



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**MEME KANSERİ HASTASI YOKSUL KADIN OLMAK:
BAŞETME VE SOSYAL DESTEK SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ**

Sayra LOTFİ

Doktora Tezi

Ankara, 2017

MEME KANSERİ HASTASI YOKSUL KADIN OLMAK: BAŞ ETME VE SOSYAL
DESTEK SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

Sayra LOTFİ

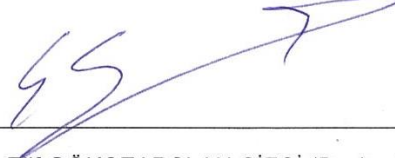
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2017

KABUL VE ONAY

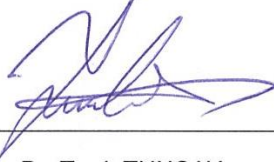
Sayra Lotfi tarafından hazırlanan "Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 13.07.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFÇİ (Başkan)



Prof. Dr. Kasım KARATAŞ (Danışman)



Doç. Dr. Tarık TUNCAY



Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin ÇETİN



Yrd. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

13/07/2017



Sayra LOTFİ

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- o **Tezimin/Raporumuntarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- o **Tezimin/Raporumun 09/06/2019 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

13/07/2017

Sayra LOTFİ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Kasım KARATAş danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.



Sayra LOTFİ

TEŞEKKÜR

Tez hazırlamanın kendine özgü zorluklarının üzerine bir de yeni bir şehirde akademisyen olarak göreve başlamak; yani yeni bir hayat kurmak işleri daha da güçleştiriyordu. İşte böyle bir durumdayken, benden yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen aşağıdaki kıymetli isimlere teşekkürü bir borç bilirim.

Öncelikle, çalışmanın planlaması ve yürütülmesini yönlendiren, tezimin her aşamasında bana destek veren, bilgilerini, deneyimlerini ve fikirlerini benimle paylaşan tezimde çok değerli katkıları bulunan değerli tez danışmanın Prof. Dr. Kasım Karataş'a, hafta içi Ankara'da bulunamadığım için görüşmelerimizi hafta sonlarında yapmayı kabul edip ve süreci anlayışlı tavrıyla en iyi biçimde geçirmemi sağladığı için çok teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmamın hazırlanması sürecinde bana her türlü destek olan değerli hocam Doç. Dr. Gülsüm Çamur Duyan çok teşekkür ederim.

Değerli hocalarım Doç. Dr. Tarık Tuncay, Doç. Dr. Ercüment Erbay, Doç. Dr. Elif Gökçearsan Çifçi, Yrd. Doç. Dr. Filiz Demiröz ve Yrd. Doç. Hüsamettin Çetin'e konuya farklı açılardan bakmamda bana yardımcı oldukları, katkıları ve yönlendirmelerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Araştırmamın ön denemesinde ve verilerin toplanmasında destek olan sosyal hizmet uzmanları Huri Karadağ Ulupınar, Seyit Ulupınar, Hakan Sakarya ve Aslıhan Öztürk'e çok teşekkür ederim. Araştırma boyunca desteğini hiç esirgemeyen değerli arkadaşım Arş. Gör. Hande Albayrak'a da teşekkür etmek isterim.

Ayrıca Mamak ve Keçiören Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ile ve Ankara Onkoloji Hastanesinde araştırmayı uygulamama izin veren bütün sorumlulara, araştırmanın yapıldığı birimlerde çalışan tüm sağlık personeline ve araştırmaya katılan hastalara değerli katkıları için çok teşekkür ederim.

Çalışma sürecinde her türlü desteği veren ve yanımda olan adlarını burada tek tek saymadığım değerli ve sevgili meslektaşlarım ve arkadaşlarıma da çok teşekkür ederim.

Son olarak, yaşamımın ve varlığımın mimarı olup her süreçte olduğu gibi burada da beni yalnız bırakmayan, ilgisini, sevgisini ve sabrını bir saniye bile yitirmeyen, yaşama sebebim ve sevincim olan biricik annem Mitra, babam Shahrokh ve kız kardeşim Sonia'ya çok teşekkür ederim. Benden hiç bir şeyi esirgemeyen, dualarının gücüyle ayakta kalabildiğimi hissettiğim anne ve babama "emeklerinizi boşa çıkarmadım" diyebildiğim için "Hayat", sana da çok teşekkür ederim...

Sayra LOTFİ

ÖZET

LOTFİ, Sayra. ‘‘Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme Ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi’’, Doktora Tezi, Ankara, 2017.

Bu araştırmada, meme kanseri yoksul kadınların baş etme ve sosyal destek süreçleri incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini meme kanseri yoksul kadınlardan oluşturmuştur. Ankara Onkoloji Hastanesi, Mamak ve Keçiören Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından tedavi gören ve hizmet alan meme kanseri 110 yoksul kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama aracı olarak ‘‘Anket Formu’’, ‘‘Sosyal Destek Ölçeği’’ ve ‘‘Baş Etme Ölçeği’’ kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde SPSS (Statistical Package For Social Science) versiyon 18.0’dan yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t test, Chi-Square ve Spearman’s Rho korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmada meme kanseri olan yoksul kadınlarda; ilkokul mezunları, eşinin düzenli işi olanlar, sosyal güvencesi olanlar, ev sahibi olanlar ve çocuk sahibi olmayanların algılanan sosyal desteğinin diğer gruplara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Meme kanseri hastalarında aileden, akrabadan, komşudan ve arkadaştan alınan sosyal desteğin, hastalıkla başa etme için önemli olduğu görölmüştür. Kamu kurumlarının, sivil toplum örgütlerinin, tıbbi sosyal hizmet birimindeki sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların desteklerinin yeterli olmaması dolayısıyla bu destekleri aileden, komşudan, akrabadan ve arkadaşlardan almalarının baş etmelerinde güçlü etkisi olduğu görölmüştür. Eğitimi düşük ve mesleği olmayan meme kanseri olan yoksul kadınların baş etme pratiklerinin dini öğelere daha bağlı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler

Meme Kanseri, Yoksul Kadın, Baş Etme, Sosyal Destek

ABSTRACT

LOTFI, Sayra, “Being A Women With Breast Cancer: Investigation Of Coping And Social Support Process”, PhD Thesis, Ankara, 2017.

The aim of this research is to analyze coping and social support process in low-income women diagnosed with breast cancer. The sampling of the research includes low income-women with breast cancer. 110 women who were served or cured by Ankara Oncology Hospital Mamak and Keçiören Social Assistance and Solidarity Foundation participated in the study. “Questionnaire Form”, “Social Support Scale” and “Coping Scale” methods were assessed as data collecting tools. Statistical analyses were done using SPSS 18 and T test, chi-square and spearman’s rho correlation tests were used for evaluation. The results states that when compared with other groups levels of perceived social support among breast cancer women was higher in primary school graduated women, married women whose husband had a regular job, women with social security, women that owns house and women without having kids. Results states that social support of family, neighbors and friends are also important factors in coping. Also it was found that substituted support on coping given by family, friends, relatives, neighbors had a stronger effect, while the state institutions, civil society, medical social work and psychologists could provide insufficient support. Low-income women with breast cancer who were primary school graduated and had no jobs were found to apply religious factors for coping.

Key Words

Breast Cancer, Low-income women, Coping, Social Support

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Meme Kanserinin Nedenleri, Korunma ve Tanısı	4
1.2. Meme Kanserinin Tedavi Süreci	6
1.3. Meme Kanseri Olan Bireylerin Psiko-Sosyal Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar	8
1.3.1. Meme Kanseri Olan Bireylerin Psikolojik Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar	9
1.3.2. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyal Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar	12
1.4. Kadın Yoksulluğu ve Kanseri	13
1.4.1. Yoksulluk Nedir?	13
1.4.2. Kadın Yoksulluğu	14
1.4.3. Yoksulluk ve Sağlık Durumu.....	16
1.4.4. Yoksulluk ve Meme Kanseri.....	17
1.5. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimleri	21
1.6. Tinsel Uyuma Etkisi	28
1.7. Onkolojik Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Müdahalesi	30
1.7.1. Onkolojik Sosyal Hizmet Uygulamaları	30
1.7.2. Feminist Kuram ve Meme Kanseri Hastaları.....	34

1.7.3. Güçlendirme Yaklaşımı ve Meme Kanseri Hastaları	36
1.8. Meme Kanseri ve Baş etme Süreci	38
1.9. Araştırmanın Problemi	43
1.10. Araştırmanın Amacı	44
1.11. Araştırmanın Önemi	45
1.12. Araştırmanın Sayıtları	46
1.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
1.14. Araştırmanın Tanımları	47
2. BÖLÜM: YÖNTEM	48
2.1. Araştırmanın Modeli	48
2.2. Araştırma Kümesi	48
2.3. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Süreci	48
2.4. Verilerin Analizi	50
3. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM	51
3.1. Kanserli Bireyleri Tanıtıcı Bulgular	51
3.1.1. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	51
3.2. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular	61
3.2.1. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	61
3.3. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Baş Etme Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular	78
3.4. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyal Destek ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular	121
4. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	123
4.1. Sonuçlar	123
4.1.1. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Genel Özelliklerine Yönelik Sonuçlar	123

4.1.2. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Özellikleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	125
4.1.3. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Özellikleri ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	127
4.1.4. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyal Destek ile Baş Etme Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	131
4.2. Öneriler.....	131
KAYNAKLAR	134
EKLER.....	143
Ek-1. Görüşme Formu.....	143
Ek-2. Sosyal Destek Hasta Formu	145
Ek-3. Brief Cope Scale.....	148
Ek-4. Gönüllü Katılım Formu	149
Ek-5. Etik Kurul İzni.....	150
Ek-6. Eğitim Planlama Kurulu Tutanağı.....	151
Ek-7. Orjinallik Raporu.....	152

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Yaş	51
Çizelge 2. Eğitim Durumu	52
Çizelge 3. Meslek Durumu	52
Çizelge 4. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu.....	52
Çizelge 5. Medeni Durumu	53
Çizelge 6. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu.....	53
Çizelge 7. Sosyal Güvence Durumu	53
Çizelge 8. Sosyal Güvencenin Niteliği	53
Çizelge 9. Ev Sahibi Olma Durumu.....	54
Çizelge 10. Aylık Gelir	54
Çizelge 11. Çocuk Sahibi Olma Durumu.....	54
Çizelge 12. Çocuk Sayısı	55
Çizelge 13. Hastalık Teşhis Süresi.....	55
Çizelge 14. Ameliyat Olma Durumu	55
Çizelge 15. Hastalığın Yaşamında Değişikliklere Neden Olma Durumu.....	55
Çizelge 16. Hastalığıyla İlgili Bilgisini Yeterli Bulma Durumu	56
Çizelge 17. Hastalığından Dolayı Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyaç Durumu	56
Çizelge 18. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu	56
Çizelge 19. Aileden Yardım Alma Durumu	56
Çizelge 20. Akrabalardan Yardım Alma Durumu	57
Çizelge 21. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu.....	57
Çizelge 22. Arkadaştan Yardım Alma Durumu.....	57
Çizelge 23. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu.....	57
Çizelge 24. Çaresizlik Hissetme Durumu	58
Çizelge 25. Ailede Hastalık Olma Durumu	58
Çizelge 26. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma Durumu.....	58
Çizelge 27. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan (SYDV) Yardım Alma Durumu	58
Çizelge 28. SYDV Yardımının İhtiyaçlarını Karşılama Durumu	59

Çizelge 29. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Hizmetler Hakkında	
Değerlendirmeler	59
Çizelge 30. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Sosyal Hizmet Hakkında	
Değerlendirmeler	59
Çizelge 31. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Psikolojik Hizmetler Hakkında	
Değerlendirmeler	60
Çizelge 32. Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler	60
Çizelge 33. Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Sosyal Hizmet Hakkında Değerlendirmeler.....	60
Çizelge 34. Tedavi Sonrasındaki Psikolojik Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler.....	60
Çizelge 35. Yaş ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	61
Çizelge 36. Eğitim Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	62
Çizelge 37. Meslek Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	62
Çizelge 38. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı	
Arasındaki İlişki	63
Çizelge 39. Medeni Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	63
Çizelge 40. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı	
Arasındaki İlişki	64
Çizelge 41. Sosyal Güvence Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	65
Çizelge 42. Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu ve Sosyal Destek Puanı	
Arasındaki İlişki	65
Çizelge 43. Ev Sahibi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	66
Çizelge 44. Aylık Gelir ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	66
Çizelge 45. Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	67
Çizelge 46. Çocuk Sayısı ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	67
Çizelge 47. Hastalık Teşhis Süresi ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	67
Çizelge 48. Ameliyat Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	68
Çizelge 49. Hastalığın Yaşamında Değişikliklere Neden Olma Durumu ve Sosyal	
Destek Puanı Arasındaki İlişki	68
Çizelge 50. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma	
Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	69
Çizelge 51. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmet Desteğini	
Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	69

Çizelge 52. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	69
Çizelge 53. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	70
Çizelge 54. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	70
Çizelge 55. Tedavi Sonrası Psikolojik Destek Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	71
Çizelge 56. Hastalığıyla İlgili Bilgisini Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	71
Çizelge 57. Psikolog veya Sosyal Hizmet Uzmanı Gibi Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyacı ile Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	72
Çizelge 58. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	72
Çizelge 59. Aileden, Aynı Hanede Yaşayan Kişilerden Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	73
Çizelge 60. Akrabadan Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	73
Çizelge 61. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	74
Çizelge 62. Arkadaştan Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	74
Çizelge 63. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	75
Çizelge 64. Çaresiz Hissetme Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	75
Çizelge 65. Ailede Kanser Hastası Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	76
Çizelge 66. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	76
Çizelge 67. SYDV'den Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	77

Çizelge 68. SYDV Yardımının İhtiyaç Karşılama Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki	77
Çizelge 69. Yaş ile Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki.....	78
Çizelge 70. Eğitim Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	79
Çizelge 71. Meslek Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	81
Çizelge 72. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki....	82
Çizelge 73. Medeni Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	84
Çizelge 74. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	87
Çizelge 75. Sosyal Güvence Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	88
Çizelge 76. Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu İle Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	89
Çizelge 77. Ev Sahibi Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	90
Çizelge 78. Aylık Gelir ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	92
Çizelge 79. Çocuk Sayısı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	93
Çizelge 80. Çocuğa Sahip Olmanın Baş Etmeye Etkisi ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	94
Çizelge 81. Hastalık Teşhis Süresi ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	95
Çizelge 82. Ameliyat Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	96
Çizelge 83. Hastalığın Yaşamında Değişikliğe Neden Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	98
Çizelge 84. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	99
Çizelge 85. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmet Desteğinin Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	100
Çizelge 86. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	101
Çizelge 87. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	103
Çizelge 88. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	104

Çizelge 89. Tedavi Sonrası Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	105
Çizelge 90. Psikolog veya Sosyal Hizmet Uzmanı Gibi Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyacı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	106
Çizelge 91. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	107
Çizelge 92. Aileden, Aynı Hanede Yaşayan Kişilerden Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	108
Çizelge 93. Akrabalardan Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	110
Çizelge 94. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	111
Çizelge 95. Arkadaştan Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	112
Çizelge 96. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	113
Çizelge 97. Çaresizlik Hissetme Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	114
Çizelge 98. Ailede Kanser Hastası Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	115
Çizelge 99. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	116
Çizelge 100. SYDV'den Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	117
Çizelge 101. SYDV Yardımının İhtiyaç Karşılama Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	118
Çizelge 102. Hastalıkla İlgili Bilgisinin Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki.....	119
Çizelge 103. Sosyal Destek Hasta Puanı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki	121

GİRİŞ

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Yirminci yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2030 yılı tahminlerine göre; dünyada 12 milyon kansere bağlı ölüm görülecek ve kanser, hastalıklara bağlı ölümler arasında birinci sırada yer aldığı düşünülmektedir. Türkiye’de 2000-2006 yılları arasında 396. 000 kanser hastasının olduğu, her yıl yaklaşık 150. 000 yeni kanserli bireyin teşhis edildiği, 140. 000 kişinin de kanser nedeniyle yaşamını kaybettiği bulunmuştur (Yakar & Pınar, 2013, s. 2).

Kanser, toplumun her kesiminden bireyleri etkileyen bir hastalıktır. Kanserli kişi, yaşamını sürdürmek ve sorunlarını çözmek için başa çıkma mekanizmalarının yeterli olmadığı için güçsüzlük, korku, endişe, çaresizlik ve dağılma gibi duygular yaşar. Bu süreçte hastalar dışarıdan gelecek etkilere karşı da hassastırlar. Bundan dolayı, doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı (SHU) ve diğer sağlık çalışanlarının hasta üzerindeki etkisi çok önemlidir. Sağlık çalışanları, hastaya duygularını açıklamaları için olanak vermeli, tepkilerine hoşgörü göstermeli, zor zamanlarında tek başına olmadıklarını hissettirmeli ve hastaya emin ellerde olduğunu düşündürmelidir. Bu yaklaşım hastanın hastalığına daha kolay uyum sağlamasına yol açar (Işıkkhan, 2007, s. 15-16).

Kanser hastalarının yaşadığı sorunları temelde üç başlık altında ele almak olanaklıdır. Bunlar psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlardır.

Ölümcül bir hastalık olarak kanser, kişiyi, böyle bir kriz dönemiyle birlikte başka birçok olası sorunla yüz yüze getirir. Hasta için kanser çoğunlukla çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, fiziksel acı, ölüm gibi duygu, düşünce ve yaşantılar anlamına gelir. Kanserli hastalar, savunucu, kaygılı, belirgin olarak inkâr ve örtme gibi mekanizmalar kullanırlar, kendi ihtiyaçlarını sürekli ihmal ederler; bununla birlikte duygusal, sözel ya da diğer yollarla rahatladıklarında, kolaylıkla mutlu olurlar.

Sosyal güvencesinin olmaması ve yaşanan diğer parasal sorunlar, kanserli hastaların sıklıkla karşılaştığı güçlüklerin başına gelmektedir. Her şeyden önce kanser, tanı, tedavi ve bakım süreci pahalı bir hastalıktır. Hastanın içinden geçtiği tanılama, tedavi ve bakım süreci oldukça masraflıdır ve çoğu kişi için bu masrafları karşılamak olanaklı değildir. Sürecin çoğu kez uzun sürmesi, hastayı varsa işinden koparmakta, geliri kesilmekte ya da çalışma yaşamındaki aksamalardan dolayı geliri azalmaktadır. Buna bağlı olarak tıbbi tanılama, tedavi ve bakım sürecinde kullanılan ilaç ve diğer tıbbi malzemeler; hastalığın gerektirdiği beslenme rejimi için artan harcamalar, aile gelirinde azalmaya neden olur.

Hasta bireyin değişen benlik imajı, cinsel ilişkilerinde kendini yetersiz hissetmesi ya da eşinin kendisinden uzaklaşması, başkalarına bağımlı olma korkusu, sürekli ilaç kullanma, beslenme konusunda yaşadıkları sınırlılıklar, günlük alışkanlıklarında ve ev ortamında ortaya çıkan değişiklikler, hastaların sosyal yaşantısında önemli değişikliklere ve işlev kayıplarına yol açar.

Kanserin, hastaların kendileri ve yakınlarının, bilişsel, psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyal alanlarında derin etkiler yarattığı tartışılmazdır. Gerek hastalık tanısı gerekse tedavi aşaması hastanın benliğinde, bedenini algılamasında, günlük yaşamının işleyişinde, ilişkilerinde, kişisel ve sosyal rollerinde destek gereksinimini artırır (Tuncay, 2010, s. 60).

Çeşitli ölüm nedenleri göz önüne alınarak yapılan incelemeler, ölme durumunda sosyoekonomik farklılıkların önemini vurgulamaktadır. Kanserden kaynaklanan ölüm, sosyoekonomik durumu düşük olan insanlarda daha fazladır. Aslında bu farklılıklar kanserin görülme sıklığında ve yaşamda kalma oranlarında görülmektedir. Sosyoekonomik farklılıklar, kanserle başa çıkma yönünden de önemli bir etmendir. Ancak, herkesin sağlık hizmetlerine erişimde eşit olanaklara sahip olduğu bir toplumda, bu farklılıkların etkisinin daha küçük olması beklenebilir.

Kanser tanısı alan hastalarda, birey ve ailesi bir çeşit kriz ile baş etmek zorundadır. Ömrünü tehdit eden bir hastalıkla mücadele etmek, insanların doğal olarak kaygı, öfke, umutsuzluk, depresyon, korku, çaresizlik, huzursuzluk gibi tepkiler vermesine neden olmaktadır (Yıldırım, 2013, s. 170).

Kanser hastalarında olumlu bilişsel değişim, inancı artırma ve savunma, etkileşimi artırma, bilgi-beceri kazandırma ve denetim hissini artırması, hastayı güçlendiren boyutları olarak

ortaya çıkmaktadır. Onkolojik tedavi ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanlarının bu boyutları dikkate alarak hastalarıyla çalışmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada tedavi aşamasında ve sonrasında meme kanseri olan yoksul kadınların sosyal ve ekonomik özellikleri, aldıkları sosyal destek ve bu süreci etkiledi baş etme stilleri ele alınarak incelemektir.

1. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Meme Kanserinin Nedenleri, Korunma ve Tanısı

Lancaster'e (2005, s. 144) göre ABD'de her üç dakikada, bir kadına meme kanseri teşhisi konulmakta ve her 13 dakikada bir kadın, meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Ancak tüm kanser türlerinin yalnızca %5-10'u kalıtsaldır. Kalıtsal olgularda mutasyon, hücreler aracılığıyla bir kuşaktan diğerine geçmektedir. Kalıtsal kanser olguları sendromlarının bazı ayırt edici özellikleri;

- a) Hastalığın erken yaşta başlaması,
- b) Aile üyelerinin çoğunun etkilenmesi,
- c) Üç kuşak boyunca aktarım,
- d) Bir bireyde birden çok kanser türünün görülmesi ve
- e) Bilateral hastalıklardır.

Tüm meme kanseri olgularının %20'sinde; pozitif aile öyküsüne sahip kadınlar, aile öyküsü olmayan kadınlara oranla 2-10 kat daha fazla bağlı riske sahiptir.

Meme içinde kanserleşen bir hücrenin, bir tümör oluşturması ve bir uzmanın muayene sırasında anlamasına ya da radyolojik muayenede belli olmasına kadar çok uzun zaman geçmesi gerekir. Kadınlar genellikle en az bir cm büyüklüğüne ulaşmış bir kitleyi, elle denetim yöntemi ile fark edebiliyorlar. Herhangi bir belirti olmayan kişilerde, kanser gibi hastalıkları yakalamak için test ve muayeneler yapılmaktadır. Meme kanseri ne kadar erken yakalanırsa tedavi şansı o kadar yüksektir. Ancak kanserlerin belirtilere yol açmadan önce yakalanması önemlidir. Meme kanserinin erken saptanmasını sağlayan testlerin, her yıl binlerce yaşamı kurtardığı görülmektedir. Meme kanserinde bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Ancak, hastanın yaşı veya ırkı gibi bazı faktörler değiştirilmez. Yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin artmakta olduğu düşünülmektedir; örneğin. 55 yaşından sonra meme kanseri riski artmaktadır. Ailede annesi veya kardeşi meme kanseri hastalığı yaşayanlar, yüksek risk altındadırlar. Fakat meme kanseri olan kadınların % 85' inin ailesinde meme kanseri olayı yoktur. Aile öyküsü sadece anne, kız

ve kız kardeşten oluşan yakın akrabaları içermektedir. Kansere neden olan diğer faktörler çevresidir. Meme kanseri, endüstrileşmiş ülkelerde (Kuzey Amerika, tüm Avrupa ve diğer bazı ülkelerde) kadınların en önemli sağlık sorunlardandır ve Türkiye’de de % 24, 1 oranıyla kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sıradadır. Kanser, yoğun tedavi süreciyle hasta ve yakınları tarafından kabul edilmesi zor, önemli bir stres kaynağı olarak çeşitli psikososyal sorunları gündeme taşımaktadır (Gümüş, 200, s. 108).

Görüldüğü gibi meme kanserinde kadın olmanın yanı sıra yaş ve genetik de en güçlü risklerdendir. Meme kanserine katkısı olan diğer risk faktörleri arasında obezite, aşırı alkol tüketimi, yüksek yağ içerikli beslenme, hormon replasman tedavisi, radyasyona maruz kalma ve egzersiz eksikliği bulunmaktadır.

Meme kanserinde bazı risk faktörleri bulunmaktadır: Kadın olmak meme kanseri için başlı başına bir risk etmenidir. Tüm meme kanserlerinin % 99'u kadınlarda, % 1'i erkeklerde görülmektedir. Yaşın meme kanseri için en önde gelen risklerden biri olduğu bilinmektedir. Yaş arttıkça meme kanserine yakalanma riski artmaktadır. Yirmi yaşından önce çok az görülen meme kanseri, 30 yaşından sonra giderek artmakta, bu artış 40 yaş dolaylarında hızlanmakta, 60’lı yaşlarda en yüksek düzeyine ulaştıktan sonra biraz yavaşlamakta, ancak artış devam etmektedir. Meme kanseri riski ile menopoza yaşı arasında da bir ilişki vardır. Meme kanseri hastası kadınların 2/3’sinden çoğunun menopoza sonrası dönemde olduğu görülmektedir. Kırk beş yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra bu döneme giren kadınların yarısı kadardır (Acar, 2009, s. 9-10).

Kırk yaş üzeri kadınlarda mamografik tarama programlarının artmasının ve menopozdaki kadınlara önerilen hormon replasman tedavilerinin gittikçe azalmasının, meme kanseri tedavisindeki başarıyı artırdığı düşünülmektedir. Meme kanserinin teşhis ve tedavi süreci, kadınların psikolojik olarak yıpranmasına ve ağır depresyonlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreçte psikolojik desteğin, kadınların günlük yaşamlarına çok etkili olduğu düşünülmektedir. Herhangi basit bir hastalık tanısı almak bile günlük yaşam dengelerimizi bozarken, meme kanseri teşhisi konması, kişinin yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik olarak ciddi olarak etkilemektedir. Bir kadın için meme kanseri tanısı konması; ekonomik gücünü, işini, vücudunun cinsel kimliğini oluşturan bir parçasını, bu parçasının işlevini ya da tümüyle yaşamının kaybedilmesi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu bakımdan meme kanseri tanısı hem hastalarda hem de hasta yakınlarında olumsuz düşünceler ve korku uyandırılmaktadır. Oysa günümüzde kanser hastalığının tedavisi en gelişmiş teknolojilerle yapılıyor ve pek çok hasta tedaviden sonra tekrar eski sağlığına kavuşabiliyor (<http://www.memesagligi.com/meme-kanseri-merkezleri/>).

Memenin kadınlar açısından taşıdığı önem bilinmektedir. Meme kadının kadınlığını ve cazibesini gösteren; anneliğin, beslenme ve üremenin sembolü; özellikle kadına özgü süt ve

yaşam verici; cinsel ilişkide önemli ve cinsel duyarlılığı olan organdır. Cinsel kimliğin gelişmesinde, beden imajının algılanma şekli de önemlidir (Arıkan, 2010, s. 41).

1985 yılında yayınlanan bir derlemede, meme kanseri tanısı almış hastalarda genel cinsel bozulma veya orgazma ulaşma konusunda belirli sıkıntılar yaşama oranı % 21 - 39 arasında değişmektedir (Pumo, 2012, s. 64).

Meme kanseri, kadınların en önemli sağlık sorunlarından biridir ve Türkiye’de kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada yer almaktadır. Her yıl tüm dünyada meme kanseri görülme oranının arttığı açıklanmaktadır; buna karşın meme kanserinden ölüm oranı aynı düzeyde yükselmemektedir. Kanser tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikososyal bileşenleri yoğun olan bir hastalıktır. Bu durum, yaşam süresinin uzamasıyla bağlantılı olarak, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal uyumu ile ilgili çok yönlü sorunları gündeme getirmektedir. Meme kanseri tanısı almak, çoğu kadın için yıkıcı bir olay olarak algılanmakta ve fiziksel sorunların yanı sıra psikolojik, sosyal, mesleki pek çok soruna yol açmaktadır. Bunlara, meme cerrahisi sonrasında kadınların bedenlerine güvenlerini yitirme, bedensel ve cinsel sorunlar eklenmektedir (Çam, 2009, s. 73).

1.2. Meme Kanserinin Tedavi Süreci

Meme kanseri olan kadınlar hastalıkları ve tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgileri olmasını isterler. Tıbbi bakımları hakkında alınan kararlarda aktif rol oynamaları gerekir. Hastalık hakkında daha fazla şey öğrenmek, kadınların meme kanseriyle mücadele etmesinde yardımcı olur. Ancak her kadın ne kadar bilmek istediğine kendisi karar verir. Meme kanserinin ilk tanısından sonraki dönemde yaşanan şok ve stres, doktora sorulacak soruları düşünmeyi zorlaştırabilir. Randevudan önce soru listesi hazırlamak bilgilenmeyi kolaylaştırabilir.

Meme kanseri, çok sayıda kadında fiziksel ve psikolojik strese yol açan ve oldukça değişken klinik seyre sahip bir hastalıktır. Cerrahi müdahaleler çoğunlukla invazif ve acı vericidir ve kadının özgüven ve kimliğini zayıflatmakta ve cinsel işlevini etkilemektedir. Radyoterapi, kemoterapi ve hormon terapisi gibi yardımcı tedaviler; yorgunluk, ağrı ve bulantı gibi uzun süreli yan etkilere yol açmaktadır. Bu tedaviler işlevleri önemli ölçüde bozmakta, kadının aile ve sosyal rollerini aksatmakta ve bağımsızlığını etkilemektedir. Tedavinin etkililiği ve hastalığın seyrine ilişkin belirsizlikler bulunduğu takdirde hastalığın nüksetmesi veya

ilerlemesi düşünceleri de sık sık akla gelmektedir. Beklendiği üzere, meme kanseri tanısı konmuş kadınların büyük çoğunluğu tanı ve tedaviden yıllar sonra bile anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır.

Meme kanserinde tedavi cerrahi, radyoterapi ve medikal tedavi (kemoterapi ve hormonoterapi) olmak üzere üç yöntem olarak belirlenmiştir. Tedavi seçeneklerinden her biri bütün hastalar için uygun olmadığından birkaç tedavi yöntemi birlikte yürütülmektedir. Bu tercihte, hastanın yaşı ve menopozda olup olmadığı, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içerip içermediği gibi pek çok faktör vardır (Uçar, 2008, s. 13).

Bir çok kadın tedavinin yaşam biçimini nasıl değiştireceğini; tedavi sırasında ve sonrasında nasıl görüneceklerini bilmek ister. Doktor, tedavi seçeneklerini, yan etkilerini ve tedavinin beklenen sonuçlarını anlatacak en iyi kişidir. Her kadın, doktoruyla ihtiyaçları ve kişisel değerleriyle örtüşecek bir tedavi planı oluşturmak için birlikte çalışabilir. Ameliyat, meme kanseri için en yaygın tedavi çeşididir. Meme kanserinde cerrahi tedavi, tedavinin temelini oluşturur. Özellikle erken evrede yakalanan kanserlerde ilk tercihtir. Diğer tedavi seçenekleri cerrahi tedavinin destekçisidir. Cerrahi tedaviye karar verirken tıbbi gerekçeler ile beraber hastanın tercihi de göz önünde bulundurularak hasta ile ortak karar verilir. Meme kanseri hastalarının hemen birçoğuna ameliyat sonrasında hastalığın tekrarlamasını önlemek amacıyla koruyucu amaçlı kemoterapi başlanır. Ameliyat sonrası iyileşme sürecinin uzaması veya hastaların bir sonraki tedaviye adaptasyonları nedeniyle çoğu zaman kemoterapiye başlama süreci gecikmektedir (Sorlie, 2003, s. 18).

Erken evre meme kanserinde bir çok hastada lokal hastalığı kontrol altına almak için cerrahi yöntem ile tümoral dokunun çıkarılması ve radyoterapi uygulaması ile olabilecek mikro metastazları önlemek amacıyla sistemik tedaviler uygulanmaktadır. Erken aşama meme kanserinde cerrahi yöntem ile tümör ya etrafındaki sağlam meme dokusu ile birlikte çıkarmaktadır (meme koruyucu ameliyat), ya da mastektomi uygulanmaktadır (Özen, 2009, s. 10).

Onkolojide, teşhis ve tedavi yöntemlerinde elde edilen ilerlemeler, yaşam süresini eskiye oranla uzatmıştır. Bu durum hastaların psikososyal uyum sorunlarının daha yoğun biçimde gündeme gelmesine yol açmıştır. Bir başka deyişle, hastalığın tedavisinde ve hastaya yaklaşımda biyo-psiko-sosyal yaklaşım önem kazanmıştır. Tıbbi tedavinin yanında

psikososyal desteğin profesyonel düzeyde verilmesi daha somut ve istenen sonuçları ortaya koyacaktır (Işık, 2014, s. 59).

Cerrahi tedavi sonrasında, dışarıdan görülen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi, hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi de kadınların dış görünüşünde köklü bir değişikliğe neden olmaktadır. Birçok toplumda, estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebek beslenmesinin simgesi olarak görülen kadının memesinin, cerrahi yöntemlerle kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye ve buna bağlı olarak da çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Ceylan, 2009, s. 19 -20).

1.3. Meme Kanseri Olan Bireylerin Psiko-Sosyal Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar

Kanser hastalarda birçok psikososyal sorunlar özellikle anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, benlik saygısının azalması ve ölüm korkusu gibi bir çok psiko-sosyal sorunlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum, sağlık personeli tarafından hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine sebep olmuştur. Destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanmasının önemli olduğu görülmektedir (Yeter, 2009, s. 66).

Çalışkana ve arkadaşlarına göre (2015, s. 21) mastektomili hastalarda psikososyal sorunlar şunlardır:

- Ölüm korkusu
- Geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri
- Hastalığın tekrarlayacağı endişesi
- Ayrılık kaygısı
- Temel işlevlerini yitirme endişesi
- Vücut organ ve bölümlerinin hasar görme endişesi
- Görünümünde değişme ve kötüleşme
- Sevgi, ilgi ve desteği yitirme korkusu
- Kendini eksik hissetme (cinsellik, çekicilik).

1.3.1. Meme Kanseri Olan Bireylerin Psikolojik Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar

Kanser tanısı almak, kişinin geleceğine yönelik bir tehdit olarak algılanmaktadır. Meme kanseri ise kadınlar tarafından hem yaşamın hem de “kadınlığın” tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireylerde inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi davranışsal tepkiler ortaya çıkar. İlk aşamada verilen en yaygın tepki şok ve inkârdır.

Bir araştırmada, meme kanseri tanısı alan ve tedavi gören hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunların yaşandığı belirlenmiştir (Gümüş, 2006, s. 110; Uzun, 2009, s. 8).

Kanser, insan yaşamını çok yönlü etkilemektedir. Kanser tanısı alan birey bir çok dönemden geçmektedir. Kubler-Ross (aktaran; Arıkan, 2010, s. 40), bu dönemleri şöyle sıralamıştır:

1. İnkâr ve izolasyon
2. Öfke
3. Pazarlık
4. Depresyon
5. Kabullenme

Kanser hastalarının en çok kullandığı başa çıkma yöntemi, inkârdır. Hacett ve Cassem (aktaran; Arıkan, 2010, s. 40), inkârı, kansere karşı geliştirilen uyum mekanizmalarından biri olarak tanımlamışlardır.

Meme kanserli kadınların yaklaşık olarak %30'unun, tanı aldıktan sonraki iki yıl içinde cinsel ilişkilerde sorun yaşadıkları açıklanmıştır. Kemoterapi sürecinin bir çok yan etkisi olduğu ve kadını etkilediği görülmektedir. Hastanın yaşam kalitesini, eşiyle ilişkisini ve cinselliğini olumsuz yönde etkileyen yorgunluk, bulantı, kusma, menstrüasyon düzensizlikleri, anksiyete, uykusuzluk, amenore, vajinal kuruluk, sıcak basmaları, depresif semptomlar gibi etkiler belirlenmiştir (Aygın, 2005, s. 111).

Tedavi sürecinde memenin alınmasına gösterilen psikolojik tepkinin derecesi, kadının memesine ilişkin algısıyla yakından ilgilidir. İnsan kişiliğinin gelişiminde beden imajı, algısı önemli bir işleve sahiptir.

Psikolojik düzeyde uyum süreci çok boyutludur. Hastanın duygusal uyum sürecinde, önceki deneyimlerin önemli olduğu ve duygusal odaklı baş etme mekanizmalarının kullanımı vurgulanmaktadır (Çam, 2009, s. 74).

Hastalar, meme rekonstrüksiyonu sonrası estetik görünümlelerinden genelde memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Mastektomi sonrası, meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların, mastektomili hastalara göre beden imajı ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu, özgüvene sahip olmanın cinsel işlevlerini olumlu etkilediği ve cinsel disfonksiyonlarının diğer hastalara göre daha az olduğu gözlenmiştir (Neto, 2013, s. 148).

Ağır depresyon veya kaygı hali içindeki kadınlar için kendilerine uygun antidepresan ve anksiyolitik terapi önerilirken; daha genel sıkıntılarda bilişsel davranışçı terapi, aromaterapi ve masaj, vizüalizasyon, dışavurumcu yazım, sanat ve müzik terapisi gibi birden fazla müdahale önerilmektedir. Rastgele seçilmiş denetimli çalışmalarda, farkındalık temelli stres azaltma müdahalesinin duygu durumunu düzelttiği ve endokrin yan etkilerinin azaldığı ortaya çıkmıştır (Fallowfield, 2015, s. 2).

Meme kanseri hastalarında cinsel istek ve orgazm ile ilgili sorunlarda; fiziksel, psikolojik ve kişiler arası iletişim sorunlarında, psikoterapi yönteminin yararları üzerinde durulmaktadır. Cinsel uyarılma ve isteği güçlendiren çeşitli yardımcı araçların kullanılması, sorunların giderilmesine veya aza indirilmesine yardımcı olmaktadır (Akyolcu, 2008, s. 82).

Kemoterapi uygulanan hastalarda; cinsel işlev bozukluğu, beden imajının olumsuz algılanışı ve psikolojik sorunlar saptanmıştır. Bu hastaların yaşam kalitesinde cinsellik ve beden imajının önemli olduğu anlaşılmaktadır. Mastektomili kadınlar, eşlerinin yanında çıplak olmaktan rahatsızlık duymakta; eşlerine göre kendilerinin daha az çekici olduklarını düşünmekte, bu durumdan utanmakta ve cinsel ilişkilerinde sorun yaşadıklarını vurgulamaktadırlar. Meme kanseri hastalarında mastektomi ile memenin kaybı, beden imajında bozulmaya, beden algısının değişmesine ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Yeter, 2009, s. 67).

Mastektomi hastalarının kendileri ve eşlerinin bu durumdan duygusal olarak zarar gördükleri, birbirilerine uyumda zorlandıkları ve mastektomi sonrasında her iki grubun da üstesinden gelmesi gereken sorunların yaşandığı ortaya çıkmaktadır. Bazı hastalar, çıplak olarak aynaya bakmakta ve eşinin yanında rahatça çıplak durmakta zorlanmaktadırlar. Bu durumdan doğal olarak eşleri de etkilenmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadının eşi duygusal sorunlar karşısında yetersizlik ve çaresizlik yaşamaktadır. Bu yüzden eşi karşındaki olumsuz duygulanımları gidermek için ya fazla ilgi göstermekte ya da cinsel ilişkilerden uzaklaşmaktadır (Acar, 2009, s. 46).

Hastaların ameliyat öncesine göre cinsel ilişki sıklığında, cinsel dürtü ve doyumlarında azalma olduğu; meme kanseri hastası kadınların eşlerinin ameliyat bölgesine dokunamadığı belirlenmiştir. Eşlerin hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınmaları, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmemeleri, birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Eşler arasında etkili bir iletişimin olması çok önemlidir. İletişim yeteneği gelişmemiş olan ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunalttığı, evlilik ilişkilerini de etkilediği ve çiftin evliliği üzerinde olumsuz etki yaptığı düşünülmektedir. Bu nedenle meme kanseri hastalarında cinsellik alanında yaşanan sıkıntılar, hastalar için büyük psikolojik sorunlara yol açmaktadır.

Araştırmalarda, maneviyatın, kanser hastaları üzerinde etkileri olduğu ve kanser sırasında ruh sağlığını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Kanser hastalarının %93'ünün kullandıkları manevi baş etme yollarının umutlarını devam ettirdiği belirlenmiştir. Manevi düşünceler, kanser hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin daha düşük yaşanmasına, daha iyi sağlık alışkanlıkları edinmelerine, umut ve yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olmasına etki etmektedir (Bag, 2013, s. 114).

Lannin ve diğerleri (aktaran; Mitchell, 2002, s. 908) son evre meme kanserinde kültürel inançların rolünü analiz etmek amacıyla, dini inançları da bir araştırmaya dâhil etmişlerdir. Araştırma sonunda gelir, yaş ve eğitime göre düzeltme (adjustion) yapıldığında; Tanrının kanseri tıbbi tedavi olmadan iyileştireceğini düşünen Afro-Amerikan kadınların oranının beyaz kadınlara oranla üç kat fazla olduğu ortaya konulmuştur.

1.3.2. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyal Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar

Meme kanseri tanısı konması bir kadın için yıkıcı bir deneyimdir. Meme kanseri hastalığı kadınlar için birçok mücadeleyi beraberinde getirir: meme kanseri olduğu haberini kabullenmek, cerrahi müdahalenin planlanması veya cerrahi müdahaleyi deneyimleme, en uygun tamamlayıcı tedavinin hangisi olduğunu sorgulama, tedavinin yan etkilerini yaşama, hastalıktan kurtulma veya hastalığın nüksetmesi ve ilerleyen hastalıklarda kendini ölüme alıştırmak. . . Bir ya da her iki memenin de alınması, değişen vücut görünümü, özsaygıda azalma, kadınlık duygusunu yitirme, cinsel çekicilik ve işlevde azalma, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, suçluluk, utanç, hastalığın nüksetmesi korkusu, terkedilme ve/veya ölüm duygusu yaratmaktadır. Memenin alınması cinsellik, kadınlık, cinsiyet ve anneliği simgeleyen organın amputasyonu olarak algılanmaktadır.

Turgut (2009, s. 93), kanserli hastalarda sosyodemografik özelliklerin (yaş, medeni durumu(evli, bekar, dul); eğitim düzeyi(okuma yazma bilmeyen, ilköğrenim, ortaöğrenim, yükseköğrenim); çalışma durumu(ev hanımı yada emekli, kamuda çalışan, özel sektörde çalışan, öğrenimi devam eden); yaşam alanı(kentsel, kırsal ve gece kondu) etkisi olduğunu ve hastanın tedavisi süresinde önemli olduğunu belirlemiştir.

Weiss (1974, s. 17-26), hastaların başkalarıyla ilişkilerinde dört sosyal özellikten söz eder:

Sosyal bütünleşme; iki kişinin sağlam ve güvenlik duygusunu, kişisel ilişkilerden alması,

Değere sahip güvence; ortak alanlarını paylaşan insanlar bir gruba ait olmaktadır,

Gelişmesi için fırsat; bir kişinin yetkinlik ve becerilerinin kabul edilmesi,

Güvenlik birliği; başkalarının refah için sorumluluk duygusunun olması, ilişkilerde, kişinin herhangi bir koşulda yardım istediği yetkili kişiler ile ilişkilerinde güvenli ilişkileri ve rehberlik tavsiye edilir.

Kanserden kaynaklanan ölüm, sosyoekonomik durumu düşük olan insanlarda genelde daha fazla gözlenmektedir. Sosyoekonomik farklılıklar, kanserle başa çıkma yönünden önemlidir. Bu farklılıkların, sağlık bakım olanaklarına iyi erişim sağlayabilen ülkelerde daha küçük olduğu düşünülmektedir. Meme kanserinin, kadınların aile üyeleriyle ilişkileri, ev ve sosyal

yaşamla ilgili rol ve sorumlulukları üzerinde olumsuz psikososyal etkileri olduğu görülmektedir. Kanser tanısının şoku ile hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişiklikler görülmektedir. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybının kadınlarda sosyal ortamlardan uzaklaşmalar, ayrı durma, yalnızlık gibi sosyal rol ve etkileşimlerde değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kadınların, evlilik ilişkilerinin ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı korkusu ve kaygıları da yaşadıkları görülmektedir.

Meme kanserinde hasta genç ise meme kanserinin beden algısı ve cinsel isteğe etkisi güçlüdür. Genç evli meme kanseri hastası kadınlarda meme kaybının daha zor olduğu ve özellikle genç kadınların vücut görünümleri ile ilgili cinsel isteklerini daha çok etkilediği belirlenmiştir (Ceylan, 2009, s. 17).

Schover'a (1997) göre meme kanseri hasta grubunda cinsel istekte azalmanın sebebi; meme dokusunda kayıp, saçların dökülmesi, ağrı, beden imajı, çocuk doğurma kapasitesi, sağlık durumunu algılamada değişikliklerdir. Ek olarak, ilaç uygulamaları, aşırı yorgunluk, nüks korkusunun da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler olduğu saptanmıştır (Çavdar, 2006, s. 65).

1.4. Kadın Yoksulluğu ve Kanser

1.4.1. Yoksulluk Nedir?

Yoksulluk, sadece gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerin değil; gelişmiş ülkelerin de yaşadığı bir sorundur. Her ne kadar üzerinde tam görüş birliği sağlanamasa bile en genel anlamıyla yoksulluk, yaşamın gerektirdiği olanaklardan yoksun olma durumunu ifade etmektedir.

“Bilindiği gibi yoksulluk iki temel nedenden kaynaklanır: birisi ekonomik büyümenin, ekonomik kalkınmanın yetersizliği, diğeri ise büyümeden elde edilenlerin paylaşımındaki eşitsizlik, adaletsizlik. Birinci durumda kast edilen ortada yeterli büyüklükte pastanın olmayışı, ikinci durumda kastedilen ise ortadaki pastanın, hangi büyüklükte olursa olsun, hakça bölüşülmemesidir. Yoksullar üzerinde yapılan araştırmalar yoksulluğun toplumun belirli kesimleri arasında daha çok yaygınlık kazandığını göstermektedir. Örneğin çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler, parçalanmış aileler, alkol ve madde bağımlılığı olanlar, alt kültürler yoksulluktan daha çok etkilenmektedir ” (Karataş, 2003b; Karataş, 2003a).

Yoksulluk, insanlığın geçmişinde olduğu gibi günümüzde de çözüm aranan bir sorundur. Yoksulluk yalnızca ekonomik bir sorun değil; sosyal ve ahlaki boyutları da olan bir sorundur. Yoksullukla mücadele çabaları, yoksulluğun tanımlanma ve anlaşılma biçimi konusundaki farklılıklara göre değişmektedir. Yoksulluğun nasıl tanımlanacağı, onunla nasıl mücadele edileceğini, bu konuda hangi politikaların uygulanabileceğini ya da uygulanması gerektiğini göstermektedir (Dinçoflaz, 2009, s. 15).

Yoksulluk, bir toplumun yaşamını asgari düzeyde sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim ve barınak gibi en basit ihtiyaçlarını bile karşılayamamasıdır (Aydoğdu, 2011, s. 34).

Yoksulluk genel olarak en temel ihtiyaçların karşılanamamasıdır. En temel ihtiyaçlar beslenme, giyim, barınmanın yansın yaşam için gereken temiz içme suyu, elektrik, sağlık, eğitim, altyapı hizmetlerini kapsar. Birleşmiş Milletler Kalkınma Örgütü'nün (UNDP) 1997'de yayınladığı raporda insani yoksulluk kavramı, insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan gelirden başka, bireyin insan olarak toplumsal yaşama katılabilmesi için gerekli olan temel olanaklardan yoksun olma durumu olarak belirlenmiştir (Arıkan, 2010, s. 10).

1.4.2. Kadın Yoksulluğu

Yoksulluk bir kadın sorunudur. Yoksulluğun hedef aldığı en önemli toplumsal kesim, dünyanın hemen her yerinde yoksulların, işsizlerin, topraksız ve mülksüzlerin çoğunluğunu oluşturan kadınlar ve çocuklardır.

Yoksulluğun kadınlar gibi dezavantajlı nüfus grupları üzerinde daha olumsuz etkiler yarattığı bilinen bir durumdur. Kadınların yanı sıra çocuklar, yaşlılar, işsizler, engelliler, ülke içerisinde ya da ülkeler arasında göç deneyimi yaşamış olanlar, sığınmacı/mülteci konumunda olanlar daha çok yoksulluk riski ile karşı karşıyadırlar. Buna karşılık yoksulluk döngüsünü kırmak için başa çıkma stratejileri bulma görevini de genellikle kadınlar üstlenmektedir. Kadınlar bir yandan yoksulluktan daha fazla etkilenirken diğer yandan yoksullukla baş eden birincil aktörler olarak ön plana çıkmaktadır (Çamur Duyan, Acar, Baykara Acar, Karataş, 2007; Tufan ve Karataş, 2003b).

Bazı sosyal göstergeler, dünya genelinde cinsiyet önyargısı olduğunu göstermektedir. Genç ve yetişkin kadınların okur-yazar olmama oranı erkeklerin neredeyse iki katıdır ve çocuk ölüm

oranı kızlarda %28 daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eşitsizliğin düşük olduğu ülkelerde ekonomik büyüme ile birlikte yoksulluğun daha hızlı azaldığı görülmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, yoksulluğun tüm boyutlarını etkilemekte ve yoksulluğun toplumsal cinsiyetten bağımsız olmadığını göstermektedir (Dinçoflaz, 2009, s. 52).

Toplumda, kadın ile erkek ve kadınlar arasında var olan yapısal eşitsizlikler, kadının yoksulluğuna neden olmaktadır. Farklı ülkelerde yoksulluğun kadınlaşmasına (feminization of poverty) ilişkin çalışmalar kimi ortak gözlemlerin var olduğunu göstermiştir; bunlar aşağıda sıralanmıştır (Çamur Duyan, 2011):

- Kadının iş yaşamındaki oranının düşüklüğü
 - Kadına yönelik etkili eğitim araçlarının olmaması veya yetersizliği
 - Geleneksel rollerinin yanı sıra çalışan kadın rolünün birlikte üstlenilmesi
 - İş yaşamında kadınların düşük ücretle yer alması ve erkek-kadın çalışanlar arasındaki ücret farklılığının ısrarla sürdürülmesi
 - Eşitliği sağlamaya yönelik politikaların yetersizliği
 - Çocuk bakımını destekleyen politikaların yetersizliği
 - Yönetimde ve politik karar alma süreçlerinde kadınların az oranda yer alması
 - Kadına yönelik sosyal yardım hizmetleri ve kadınların bu hizmetlere ulaşabilirliği
 - Kadına ilişkin diğer (boşanma, ayrı yaşama ve terk gibi) demografik etmenlerin varlığı vb.
- Tüm bunlar bize bir toplumda yoksulluğun kadınlaşması hakkında düşünceler vermektedir.

Yoksulluk elbette sadece kadınları ilgilendiren bir sorun değildir. Farklı biçimlerde erkekleri de etkilemektedir. 1995'te 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planında "yoksulluğun kadınlaşması" belirlenmiştir. Kadın yoksulluğunun belirleyici özelliklerini ortaya koymak gerekmektedir. Buvinic (aktaran; Şener, 2009, s. 2)'e göre kadın yoksulluğunun özelliği vardır: işgücü piyasasındaki konumu ve eğitim olanaklarından yararlanma düzeyi. İş piyasasında kadınların ikincil konumda olması, işgücü piyasasına katılımının düşük olması, katılım sağlandığında düşük ücretli işlerde çalıştırılması, kayıt dışı sektörde çalışma, fason çalışma, ücretsiz aile işçisi olma, özellikle kırsal alanlarda elde edilen gelir üzerinde söz sahibi olmama, gelirden yoksunluk vb. gibi durumlar bu farklılıkları göstermektedir.

Yoksulluğu oluşturan süreçlerin erkek ve kadınları farklı şekillerde etkilediği belirlenmektedir. Toplumda, yoksulluğun en fazla etkilediği kesimlerin başında kadınlar gelmektedir.

Türkiye’de iş yaşamına katılmayan, ev idaresinden birinci derecede sorumlu olan kadınlar, yoksulluğun fiziksel ve psikolojik risklerinden denklenmektedirler. Yoksulluğun yarattığı psikolojik sorunların, şiddet yolu ile erkek tarafından kadına yansıtıldığı görülmektedir. Aynı zamanda çocuğun yetiştirilmesinde temel sorumluluğu alan kadınların, yoksulluk nedeni ile yaşadıkları sıkıntılara, erkeklerin görece daha az maruz kaldıklarını da söylemek yanlış değildir. Yoksulluk nedeni ile pek çok kadının sağlıksız koşullarda doğum yapması ve bundan dolayı yaşamını kaybetmesi de belirtilmelidir (Işık, 2010, s. 313).

Şener (2009, s. 3-4)’e göre işgücü piyasasında kadın işgücü miktarının azlığı, kadınların sağlık hakkına eşleri üzerinden erişmesi gibi sonuçlara yol açan bir muhtaçlık durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu muhtaçlık, kadınların, emeklilik gibi istihdamın sağladığı birtakım fırsatlardan da faydalanamaması anlamına gelmektedir. Kadınların eğitim olanaklarından yeterince faydalanamaması, yoksulluğun kalıcı bir duruma gelmesine yol açmaktadır. Yoksul aileler eğitim önceliğini erkek çocuğa vermekte, erkek çocuklar ‘geleceğe yönelik yatırım’ olarak düşünülmektedir. Kız çocukları ‘iyi bir yatırım ‘olmadığından ve elde edeceği geliri başkasına götüreceğinden onlara çok önem verilmemektedir (Yıldız, 2013, s. 131).

Geçtiğimiz 20-25 yılda sosyo-ekonomik statü ve sağlık/hastalık arasındaki ilişki birçok araştırmanın odağı olmuştur. Bu araştırmaların temeli; sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki kuramsal çerçevedir. Marmot, Wilkinson ve House (aktaran; Herndon, 2013, s. 315), genel nüfusun yaşama oranında gelir ve eğitimin istatistiksel açıdan büyük oranda etkisi bulunduğunu ortaya koymuştur. ABD gibi zengin ülkelerde gelir ve yaşama şansı arasındaki ilişkinin sosyal katılım ve yaşam koşullarını denetim altına alma fırsatları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

1.4.3. Yoksulluk ve Sağlık Durumu

Olumsuz çocukluk deneyimleri içinde yer alan duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ve zihinsel, bedensel ve sosyal sağlık arasındaki ilişki, geniş bir süreç olarak yaşam boyunca sürmektedir. Düşük gelirli kadınlar ve çocukluk çağında tacize uğramış ve ruh sağlığı problemi olan yoksul kişiler, iş bulmada büyük sıkıntı yaşıyorlar. Bu da iş bulma ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Sağlık durumu ile yoksulluk arasında doğrudan olmayan bir ilişki vardır. Yoksul insanlar daha fazla hasta olma riski taşımaktadırlar. Sağlıklı olmayan insanların, sağlıklı bir bireyin ekonomiye sağladığı katkıyı sağlamaları, zordur. Bu nedenle sağlık yatırımları, yoksulluk döngüsünün azalması için önem taşımaktadır (Kocabacak, 2013, s. 139).

Sağlık için en önemli risk yoksulluktur. DSÖ'ye göre yoksulluk, bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük sebebidir. Dünyada tüm yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye'de yoksulluk oranı erkeklerde %17, 32 iken, kadınlarda bu oranın % 18, 27 olduğu belirlenmiştir. Yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen grup kadınlardır. Yoksulluk sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarında olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu ve yoksul kadınlarda bu oranların daha da düşük olduğu bilinmektedir (Aydoğdu, 2011, s. 34).

Kadınların yoksulluğu ile olumsuz sağlık koşulları, ağırlıklı olarak cinsiyet eşitsizliğinden etkilenmektedir. Yoksulluk, eğitim, çalışma yaşamına ve siyasete katılım gibi kadınların sağlığını da olumsuz olarak etkilemektedir. Okur yazarlık düzeyiyle sağlık arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Aktaş, 2007, s. 69).

Cinsiyet, yaş, eğitim, etnik köken ve gelir, demografik değişkenlerden bazılarıdır. Bu özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, gelir, eğitim durumu gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır.

1.4.4. Yoksulluk ve Meme Kanseri

Meme kanseri tarama ve tedavisinde gerçekleşen son yeniliklere karşın, tarih boyunca düşük sosyoekonomik statü ve daha az meme kanseri olgusu ve ölüm oranı arasında güçlü bir ilişkinin varlığı vurgulanmıştır. Sosyoekonomik statü düştükçe, lokalize meme kanseri görülme oranı azalmaktadır; ancak meme kanseri dışındaki hastalıkların görülme oranı artmaktadır. Sosyoekonomik statü düştükçe, yerel ve bölgesel meme kanseri olgu fatalite oranları artmıştır. Sosyoekonomik statü düştükçe, yerel meme kanseri ölüm oranları azalmaktadır; ancak bölgesel meme kanseri ölüm oranları artma eğilimi göstermektedir. Bu sonuçlar önceki araştırma bulgularını doğrulamaktadır ve daha düşük sosyoekonomik düzey ve daha az lokalize meme kanseri ölüm oranları arasındaki ilişkinin sosyoekonomik düzey ve lokalize meme

kanseri arasındaki ilişkiden etkilendiğini ortaya koymaktadır ve bölgesel meme kanseri ölüm oranlarının düşük sosyoekonomik düzey ve bölgesel olgu fatalite oranları arasındaki ilişkiyi yansıttığı ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda ABD’de meme kanseri teşhisi konmasının ardından, düşük sosyoekonomik düzeyin daha az yaşam şansı ve daha yüksek ölüm oranları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu araştırma, bölgesel nüfusa ait tümör gözetimi, epidemiyolojisi ve sonuç kayıtları ve sosyoekonomik verileri kullanarak, düşük sosyoekonomik düzeyin meme kanseri olaylarının artması, ölüm oranları ve teşhisin hangi aşamada konduğu ile ilişkili olup olmadığını araştırmaktadır (Yabroff, 2003, s. 2265-2266).

Meme kanserine yakalanmanın ardından yaşama şansında var olan sosyal eşitsizlik nedenleri bilinenlerden farklıdır. Bu çalışmada, sosyoekonomik faktörler ve Danimarka’da vergilerle finanse edilen ve tek tip olarak sunulan sağlık hizmetinin meme kanseri ameliyatı sonrası gelişen rahatsızlıklar vurgulanmaktadır. Çalışmada, sosyoekonomik konum ve meme kanserinden kurtulma arasındaki ilişkiyi belirlemek için Cox orantısal risk modelleri kullanılmıştır. Ayrıca meme kanserine bağlı ölümler ve diğer ölüm nedenleri yarışan riskler olarak analiz edilmiştir. Meme kanseri hastalarının hastalıktan kurtulma ve yaşama oranları artmış ancak bu artış tüm kadınlar için eşit oranda gerçekleşmemiştir. Varlıklı kadınların meme kanserine yakalanma oranı sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınlara göre daha yüksek olsa da; bireysel ve bölgesel temelli sosyoekonomik faktörlerin baz alarak yapıldığı bir çok araştırma, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınların meme kanserinden kurtulma ve yaşama şansının daha az olduğunu göstermiştir (Dalton, 2007, s. 2524).

Sosyoekonomik statü, hem bireyler hem de aynı bölgede yaşayan kişiler için, sürekli olmasa da, meme kanseri olgularıyla ilişkilendirilmiştir. Yaşa bağlı analizlerde sosyoekonomik statü, hem bireyler hem de aynı bölgede yaşayan kişiler için östrojen reseptörü pozitif olan meme kanseri olgularıyla ilişkilendirilmiştir. Bu ilişki doğum sayısı ve ilk doğurma yaşı denetimi ile zayıflatılmıştır. Bu bulgular, sosyoekonomik statü ve meme kanseri arasında gözlenen ilişkinin hem östrojen reseptörünün pozitif olması gibi üreme faktörleriyle hem de sosyoekonomik statü ile ilgili olduğunu ortaya koymaktadır (Palmer, 2012, s. 1141).

Yoksulluk, bir sosyal sorun olarak insanlık tarihinin her döneminde, farklı nitelikte ve farklı nüfus grupları üzerinde etkisini göstermiştir. Yoksulluk sorunu, özellikle 1980 ve sonrası dönemlerde farklı bir görünüme ve sonuçlara sahiptir. Ekonomik işlevleri gittikçe etkisizleşen devletin sosyal harcamaları da azalmakta ve kamu harcamaları minimize edilmektedir. Böylece

devletin sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, konut yatırımları, adalet, sosyal hizmetler gibi sosyal refah hizmetleri de zayıflamakta ve yoksulluk genelleşmektedir. Yoksulluğun tanımında; “yoksulluk bir hastalıktır”, bir “eşitsizliktir”, “yapısal bir sorundur”, “ayrımcılıktır”, “kadınlara karşı şiddettir”, “yokluk ve yetersizliktir”, kötüye gidiş, marjinalleşme, aşağılanma, güçsüzlük ve umutsuzluk duygusudur” gibi ifadelerle söylenmektedir. Kadınların eğitim düzeyi artıkça doğurganlık düzeyi düşmektedir. Burada kadının eğitim düzeyinin düşüklüğü ve üreme sağlık hizmetlerine erişimdeki aksaklıklar görülmektedir (Çamur Duyan, 2010, s. 1-3).

Yapılan çalışmalarda, kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında, sağlık güvencesinin ve erken tanı uygulamaları hakkında bilgisinin olmaması, ulaşım olanaklarının yetersizliği, aile, arkadaş ve eş desteğinin olmaması, eğitim, sağlık personelinin cinsiyeti gibi engellere sık rastlanmaktadır.

Cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir gibi demografik değişkenler; sağlığı koruma, geliştirme davranışları üzerinde etkilidir. Yaş, gelir, eğitim durumu gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını yükselmektedir. Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gösterme oranları düşmektedir. Eğitim durumunun, meme kanseri erken tanı davranışlarının yapılmasında etkili olmadığı görülmektedir (Ersin, 2012, s. 30).

Meme kanseri tanısı almak, her kadın için ciddi bir sorundur; ancak düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar için daha yıkıcıdır. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlarda kansere bağlı ölüm oranları daha yüksektir. Düşük sosyo-ekonomik düzey, tüm ırklarda meme kanserinde istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır. Düşük gelir ve eğitime sahip Afrika-Amerikan kadınların ileri evre meme kanseri tanısı alma oranları, yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip kadınlardan % 50 daha fazladır. Düşük gelir/eğitim düzeyindeki beyaz kadınların son evrelerde meme kanseri tanısı alma oranları, yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip kadınlardan % 75 daha fazladır. Yoksul bir kadının meme kanseri tanısı alması ile birlikte(hali hazırda düşük olan) yaşam kalitesi de yıkıcı bir darbe almaktadır. Bu gibi durumlarda hasta ve sağlık hizmeti sağlayan tedaviyi planlarken güven, saygı ve işbirliğine dayalı bir ilişki inşası için sıfırdan başlamalıdır. Böylece bu tedavi planlaması, kadınların kanserle baş etmesine yardım etmekte ve tedavi de, özellikle düşük gelirli nüfus grubu arasında başarılı olmaktadır. Diğer kaynaklara erişme sorunu dikkate alındığında, internet; düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar ve ailelerinin, meme kanseri ile baş etmesine yardımcı olmada büyük bir potansiyele sahiptir Bu erişim eksikliği, sayısal uçurum olarak adlandırılmaktadır. Ulusal Kanseri Enstitüsünün(NCI)

Kanser Hastaları ile İletişimde Sıra dışı Fırsatlar Programının temel amaçlarından biri, kanser hakkında bilgi sunma, muhtelif nüfus gruplarının kanserli hastalarla iletişim araçlarını kullanması ve bu iletişim araçlarına erişimlerinin artırılması yoluyla kanserin yarattığı sıkıntıların azaltılmasıdır. Bu amacın gerçekleştirilmesi için Ulusal Kanser Enstitüsü(NCI), Kanser Bilgi Hizmeti(CIS) sunanların bölgesel kanser kontrol grupları ve teknoloji uzmanı kuruluşlar ile işbirliği yapması, hizmet alamayan nüfus gruplarında kanser iletişiminin artırılmasını amaçlayan stratejilerin test edilmesi amacıyla 2000 yılı Haziran ayında “Sayısal Uçurumun Aşılması Pilot Projeleri” ni önermiştir (Gustafson, 2005, s. 173-174).

Meme kanseri riskinin yaşla birlikte artması nedeniyle yaşlı kadınlar, özellikle hassas (riskli) grubu oluşturmaktadır. Kamu sağlığı konusunda bilgilendirmede temel kaynak olan kitle iletişim araçları, meme kanseri hakkında bilgi ve farkındalığı artırmak konusunda önemli bir role sahiptir. Bilgi uçurumu hipotezini sağlık alanına uyguladığımızda bu çalışma, meme kanseri hakkında medya tanıtım düzeylerini dikkate almakta ve konu hakkında yaşlı kadınların bilgisini ve bu bilgi düzeyinin eğitim, algılanan risk ve mamografi deneyimi ile ilişkisini değerlendirmektedir. Bu rekabetçi değişkenlerin etkisi ölçülmüş ve etkileşim sonuçları değerlendirilmiştir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan hastalarda; düzenli mamografi, klinik meme testi, gaitada gizli kan testi gibi önleyici müdahaleler çok azdır. Sosyal sistemde yaşlı kadınların meme kanserine ilişkin bilgi düzeyinin ne olduğunu değerlendirmek gerekmektedir. Gaziano'nun 1997 tarihli araştırmasına göre; yapılan beş araştırmada bilgi konusunda eğitimin gelirden daha önemli olduğu belirlenmiş, öteki iki araştırmada ise bunun tam tersi bir sonuç elde edilmiştir. Diğer tüm araştırmalarda ise eğitim ve gelirin benzer değerler olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi daha yüksek kadınların, meme kanseri risklerinin daha çok farkında oldukları görülmektedir. Algılanan risk ile yaş, ırk ve medeni hal arasında negatif korelasyon olduğu; ancak bu değişkenlerin hepsi ile sosyo-ekonomik düzey arasında yüksek korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu durumda en düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınların, en hassas grup olduğu belirlenmiştir. Kadınların birinci dereceden risk altında olduklarını fark etmeleri için ön bilgiye ihtiyaçları vardır ve ön bilginin bu aşamada çok önemli olduğu vurgulamaktadır (ICA-9-10182, 2002, s. 1-2-3).

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişiler, sosyal sistemden bilgi edinme konusunda, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek akranlarından daha geridedir ve bilgi üretimdeki bu tür bir “eksiklik” bilgi düzeylerinin az olma nedenini açıklamaktadır. Meme kanserine ilişkin bilgi düzeyinde, motivasyonu yüksek yaşlı kadınların, sosyal sistemde meme kanserine ilişkin bilgileri daha iyi

kullandıkları ve daha çok ilgilendikleri ve böylece motivasyonu düşük kişilerden daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Sosyo-ekonomik bakımdan dezavantajlı kadınlardan en yaşlı olanlar ve aynı zamanda okur yazar düzeyde olmayan kadınlar, ana akım medyayı düzenli olarak takip etmemektedir. Bu nedenle özel medya türleri (yaşlılara hitap eden radyo ve televizyon programları) ve bireylerarası kanallar (örneğin yetişkin çocuk, pratisyen hekim, sosyal çalışmacılar, arkadaşlar ve komşular), meme kanseri hakkında bu hassas gruba daha etkin şekilde bilgi yaymak için harekete geçirilmelidir.

Meme kanseri ABD’de en çok görülen ikinci kanser türüdür ve kadınlarda kansere bağlı ölümlere sebep olma bakımından da ikinci sıradadır. Beklendiği üzere araştırma, meme kanseri hastalarının stres, depresyon ve endişe düzeyinin büyük ölçüde yükseldiğini belirtmektedir. Meme kanseri tanısına bağlı sorunlarla mücadelede yardımcı olması amacıyla pek çok hasta, sağlık desteği ve yardım için internete başvurmaktadır. Diğer online sağlık literatüründe de kanser hakkında kapsamlı, güvenilir, online bilgi ve destek sistemlerine duyulan ihtiyaç ve bu tür bilgilerin faydası doğrulanmıştır (Mcdowell, 2010, s. 413).

Gerçekleştirilen bir araştırmada meme kanseri hastalarının % 42-49’unun online kanser iletişim sistemlerini kullandığı ortaya çıkmıştır. Meme kanseri hastalarına ilişkin başka bir araştırmada, hastaların % 49’unun interneti destek ve bilgi için kullandığı ortaya çıkmıştır. Im, Chee, Tsai, Lin ve Cheng (2005)’e Klemm ve diğerlerine (2012) (aktaran; Mcdowell, 2010, s. 413) göre internet grupları, internet üzerinden sağlık bilgilerine erişim yoluyla hastalara artan sosyal destek, sağlık alanında bilgi edinme, ortak deneyim ve kaynak, azalan negatif etki ve artan öz yeterlilik gibi ek faydalar da sunmaktadır.

1.5. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimleri

Sosyal destekle kavramının, literatürde çeşitli tanımlarının yapıldığı görülmektedir. Bu bölümde sosyal desteğin farklı tanımları, 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.

1970'lerin ortalarında sosyal destek kavramı, kanserle ilgili çalışmalarda kullanılmaya başlanmış ve son yirmi yılda konuyla ilgili önemi ortaya çıkmıştır. Sosyal destek, kanser hastalarının yaşadığı psikolojik sorunlarla başa çıkmada yardımcı olabilecek en önemli

desteklerdendir. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması, hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması nedeniyle özellikle kronik hastalığa sahip kişilerin sosyal desteğe daha çok ihtiyacı olduğu görülmektedir. Bu nedenle duygusal destek, araçsal destek ve bilgi yardımlarının kanser gibi kronik hastaların yaşamında önemli olduğu belirlenmiştir. Duygusal destek, bireyi katlanılması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına; araçsal destek, gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları almasına; bilgi desteği ise aynı durumla diğerlerinin nasıl başa çıktığını göstererek hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili kontrol algısının artmasına önemli katkı sağlamaktadır (Savcı, 2006, S. 17).

Sosyal destek, stres altındaki ya da hasta bireye, eş, aile, arkadaş gibi çevresindeki insanlar tarafından sağlanan maddi, manevi yardım olarak belirlenmiştir. Birey çaresiz kaldığını ya da tükendiğini hissettiği zaman, ailesinden ya da yaşamındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli bir destek olduğu görülmektedir (Ayaz, 2008, s. 881).

Sosyal desteğin, tedavi sonrasında hastalıkla ilgili uyum durumunu ve iyileşmenin fizyolojik mekanizmasını etkilediği belirlenmiştir. Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca tanı koyma aşamasında verilen sosyal destek ile uzun yaşam arasında ve sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunmuştur. Baş etme becerileri, sosyal destek ve işlevselliğin, yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Alınan sosyal desteğin boyutu ve içeriği, kanser mortalite ve morbiditesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Çalışkan, 2015, s. 28).

Caplan ve Nelson (1973; aktaran; Sütcü, 2010, s. 46), insanların duygusal sorunlarıyla baş etmede, psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede, kişilere gerekli para, materyal ve donanımı sağlayarak ya da beceri ve bilgi vererek stres yaratan ortamlarla baş etmelerinde, yakınlarından aldığı sosyal desteğin, yardımların önemli olduğunu belirlemiştir.

Cohen ve Syme (1985; aktaran; Özdemir, 2013, s. 8-9) sosyal desteğin tanımını şu şekilde açıklamaktadır: Sosyal destek başkaları tarafından sağlanan kaynak ve destektir. Sosyal destek

genellikle sorun olduğu zaman ya da stres artırıcı durumlarda bireyin yararlanabileceği maddi, manevi yardım alanlarıdır. Sosyal destekten yararlanan bireyler ihtiyaçları olduğu zaman itimat edebileceği kaynaklara (eş, arkadaş ve aile gibi) sahip olmalıdır. Ayrıca sosyal destek sisteminin, bireyin sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlanmalı durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü ve önemli bir kaynak olduğu belirlenmiştir.

Işıkhan (2005, s. 24)'a göre sosyal destek bireye, çevresindeki insanlar tarafından yapılan her türlü yardım olarak açıklanmıştır.

Cutrona ve Russell' in (1987) vurguladığı gibi, sosyal destek, bilgi ve akıl vermenin yanı sıra duygusal desteği de içerecek şekilde tanımlanmıştır.

Yıldırım (2013) bireyin sosyal etkileşim içerisinde olduğu kişilerin ve çevrenin onun sosyal destek kaynakları oluşunu belirlemektedir.

Bireylerin, yaşantısının herhangi bir noktasında bu kaynaklardan biri ya da bir kaçından gelen desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Duru, 2007, s. 14).

Sosyal destek kavramı, çevredeki bireylere yönelik olumlu duygu ve yardım alanların ifadelerini içeren, bu bireylerin bazı davranışlarının veya tutumlarının kabullenilmesi, bireye maddi ve manevi yardımda bulunulması durumları içeren kişiler arası bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteğe ilişkin bu tanımlamalar ışığında genel olarak ifade etmek gerekirse sosyal destek, her türlü yaşam durumunda her bir birey açısından gereksinime yönelik doyumun sağlanmasında olduğu gibi biyo-psiko-sosyal iyilik halinin güçlenmesi, korunması ve devamının sağlanması bakımından da son derece önemli bir yere sahiptir.

1970'li yılların sosyal destek kavramına göre sosyal destek kaynakları, genel olarak biçimsel ve biçimsel olmayan destek kaynakları olarak belirlenmiştir. Biçimsel destek kaynakları; resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal bir çerçeve içerisinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlarca yapılan destekleri içermektedir. Yakın ilişkide bulunduğumuz bireyler ile herhangi bir biçimde destek olan ve katkı sağlayan diğer bireyler ise biçimsel olmayan sosyal destek kaynakları olarak belirlenmiştir (Işıkan, 2007, s. 19).

Bir başka çalışmada sosyal destek sistemleri, doğal ve resmi olarak iki grupta belirlenmiştir. Doğal destek sistemleri içinde, kişi ve aileye zor günlerinde destek olan aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar, komşular, işyerindeki kişiler, meslektaşlar, dernek, kulüp üyeleri, aile doktoru vb. belirlenmiştir. Resmi destek sistemleri ise, sosyal refah kurumları, Kızılay, Yardımseverler Derneği, çocuk yuvaları, hastaneler, halk eğitim merkezi vb. gibi sorunların çözümünde yararlanılabilecek kaynak, kurum ve hizmet olarak belirlenmiştir (Taşkiran, 2010, s. 17).

Nitekim Orth-Gomer ve Unden (1987, aktaran; Özbesler, 2001, s. 12) yaptıkları bir çalışmada sosyal destek boyutlarının tümünü kapsamayı amaçlayan ölçüm araçlarının ortak yönlerini ele almışlar ve bu ölçüm araçlarının birçoğunun materyal yardımı ve fiziksel yardım, bilgi ve geri bildirim verme, sıkı sosyal ilişkiler, ait olma duygusu ve bir gruba dâhil olma ve yeterli sosyal ilişkiler gibi boyutları içerdiğini bildirmişlerdir.

Sosyal desteğin çok boyutlu bir yapı oluşu belirlenmiştir. Ayrıca farklı destek kaynaklarından yardım almanın yanı sıra, aile için gerekli olan destek kaynaklarının sayısı da belirlenmiştir. Bu anlamda yürürlükte olan sosyal, politik ve ekonomik nitelikli birtakım yardımcıları bulunur ve aile bireylerinin içsel ve dışsal destek kaynakları, onların kaygıyla baş etmelerinde önemlidir. Bu kaynaklar, aile üyelerinin kişisel kaynakları olabileceği gibi, arkadaşlarından, profesyonellerden ve toplumsal kurumlardan yararlanılan kaynaklar da olabilir (Coşkun, 2009, s. 216).

Sosyal desteğin, yaşamda meydana gelen olumsuzluklar (olumsuz olaylar, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetmeme vb.) karşısında stres azaltmaya yardımcı olduğu belirlenmiştir. Roberts ve Cox (1994; aktaran; Özyurt, s. 3)'un meme kanseri hastası 135 kadın hasta ile yaptıkları çalışmada, yüksek düzeyde eş desteği algılayan kadınlarda, stres belirtileri daha düşük çıkmıştır. Dunkel Schetter (1984; aktaran; Özyurt, s. 3), duygusal desteğin kanser hastalarında en etkili ve önemli destek olduğunu belirlenmiştir.

Bir çok araştırmada kanser hastalarında sosyal desteğin yararlı olduğu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tanı koyma aşamasında verilen sosyal destek ile uzun yaşam arasında, sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Araştırmalar sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde doğrudan, dolaylı ve etkileşim etkileri olduğunu belirlemiştir (Taşkiran, 2010, s. 66).

Yapılmış araştırmalarda sosyal destek ve cinsiyet arasındaki ilişkiyle ilgili kadınların daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Merckaert ve arkadaşları (2010; Sütçü, 2010, s. 55) yaptıkları çalışmada, % 26'sı kadın olan 381 kanserli hasta ile görüşmüşlerdir. Bu çalışmada, kadınların erkeklerden daha fazla sosyal destek istedikleri belirlenmiştir. Bu araştırmada ilâveten, psikolojik destek istemek ile daha genç olmak ve sosyal desteğe başvurmak başa çıkma stiline sahip olmanın birbiriyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tedavi öncesi dönemde hastalar ve ailelerinin, kendine yardım ve destek gruplarından destek almaları önemlidir. Diğer meme kanseri hastalarıyla ilişki kurmanın, yardım almanın, hastalık deneyimlerini paylaşmanın, onlarında aynı duyguları hissettiklerini duymanın ve yalnız olmadığını hissetmenin, hastaların çaresizlik, umutsuzluk gibi duygularla baş etmesinde önemli bir destek kaynağı olduğu ve hastanın hastalık süresinde önemli etkisi olduğu belirlenmiştir. Tedavi sonrasında da benzer sorunları paylaşan hastaların bir araya geldiği destek gruplarının, hastalar için çok önemli ve etkili olduğu görülmektedir. Bu gruplarda genel olarak korku, anksiyete, belirsizlik gibi duyguların paylaşılmasının, umudu ve yeni ilgileri arttırmanın önemli olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle sosyal desteği yetersiz olan kadınlar için bu grupların yararlı olduğu görülmektedir. Hastane tedavileri sonrasında da hastaların sosyal destek gruplarına katılımı yönünde cesaretlendirilmesinin bu süreçle daha rahat baş etmesi için yararlı olduğu bulunmuştur (Gümüş, 2006, s. 5-8).

Hastanın meme kanseri tedavisine uyumunu sağlayan en önemli faktörlerden biri aile, eş durumudur. Ailenin bu sağlık krizinde göstereceği uyumluluk (adaptabilite) ve bağlılık kohezyon) yeteneği hastanın uyumunu olumlu taraftan etkilediği belirlenmiştir. Bu tür hastalıkta üç grup aile ile karşılaşılır. Bunların birincisi ve bizim kültürümüzde oldukça sık gördüğümüz “aşırı korumacı” gruptur. Bu ailelerde koca, evlat veya diğer yakınlar hastanın bu gerçeğe dayanamayacağını öne sürerek kanser olduğunu bilmesini istemez ve tüm kararları hastanın adına vermek isterler. Doğru olmayan bir yaklaşımdır. İkinci aile modeli “ilgisiz ailenin” grubudur. Bu aile modelinde aile bireylerinin önceden de birbirleri ile ilişkileri genellikle bozuk olduğu görülmektedir. İlgisiz, destek konusunda isteksiz veya hastalığın önemini ve ciddiyetini kavrayamayan aile veya eşlerden oluştuğu belirlenmiştir. Üçüncü aile modeli; aile bağları güçlü bireylerden oluşan ve pozitif destek sağlayabilecek aile-eş grubudur. Bu aileler hastanın doğru bilgiye ulaşmasında yardımcı olur, destek sağlar, hastanende kaldığı süreçte her gün ziyaret eder, günlük yaşam gereksinimlerine yardımcı olur, tedavilerin planlanmasını destek verir (Ünal, 2008, s.123).

Kanser yaşantısına uyum, hastanın kansere ilişkin algılamaları, geçmiş hastalık deneyimleri, uygulanan tedavinin yaşam kalitesine olan etkileri ve hastanın sosyal destek sistemleri gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Kanserli hastaların destek kaynaklarını eşler, ebeveynler, arkadaşlar, komşular ve çocuklar olarak belirlemişlerdir. Çalışmasında, hastaların kanser hastalığı ve tedavi sürecinde % 70 eşlerden, % 20 çocuklardan ve % 10 da diğer yakınlarından destek aldığını bildirmektedir. Meme kanseri olan kadının hastalığa ve tedaviye uyumunu artırmada eşinden alacağı desteğin önemini olduğu görülmektedir. Sherman ve ark. nın (2009) 45 meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile uyguladıkları araştırmada, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri bulunmuştur. Etkin baş etme davranışlarını olumlu yönde etkileyen duygusal ve sosyal desteğin sağlanabilmesinde, eşler arasındaki uyum düzeyinin önemli bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Nitekim Baider ve ark da (1996), eşler arası uyum sorunları bulunan kanser hastalarının etkili baş etme davranış oranının, evliliklerinde ilişkileri uyuma dayalı olan hastalara göre 25 kat daha az olduğunu bulmuşlardır (Akdeniz, 2012, s. 54).

Meme kanseri hastalarında manevi baş etmenin rolü üzerinde durulmuştur. Bir araştırmada hastaların, %91'i inancın sağladığı duygusal desteğin, %70'i sosyal desteğin ve %64'ü kanser yaşantısından anlam yaratma yeteneğini artırarak inançlarının hastalıklarıyla baş etmede olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada meme kanseri olan kadınların %88'i inancın önemli olduğunu ve %85'i hastalıkla baş etmelerinde yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada, tanı sırasında, kadınların baş etmek için %76'sının dua etmeyi tercih ettikleri belirlenmiştir (Daştan, 2010, s. 76). Birçok toplumda kadın memesi, cinsellik, çekicilik, estetik görünüm, doğurganlık, bebek beslenmesi ve beden bütünlüğünün sürdürülmesi açısından önemli bir organ olarak kabul edilmektedir. Annelik ve cinsellik sembolü olan memeyi bugün için tehdit eden en önemli sağlık sorunu meme kanseridir.

Güner (2008, s. 47)'in araştırmasında, aile sistemleri teorisine göre, aile üyelerinden biri için hastalık tanısı konulduğunda, bunun etkisi sadece hasta üzerinde değil, tüm aile sistemleri üzerinde olmaktadır. Aile içerisinde, özellikle hastalığın ilk yılında, birçok sıkıntılar yaşandığı görülmektedir. Hastalık ve sürecine daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların diğerlerinden daha yaşlı olduğu, daha uzun süredir evli olduğu ve eşinden, çocuklarından, doktorundan, hemşiresinden daha çok destek aldığı belirlenmiştir. Öte yandan boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş kadınların hastalık aşamalarında daha çok zorluk çektikleri belirlenmiştir. Hastalık

süresinde ailede en çok etkilenen kişi meme kanseri hastası kadının eşidir. Kadının meme kanserine alışmasında ve tedavisinde, kocasının tepkileri çok önemlidir. Kadının hastanede yattığı süre içinde kocasının olmaması, birtakım kararları verirken karısını yalnız bırakması, karı- koca arasındaki ilişkide kocanın yeterli destek sağlamaması süreci olumsuz etkilemektedir. Bu önemli desteğin verilmemesi hastanın hastalıkla baş etmesinde olumsuz etki yaratmaktadır. Hastalar, kendilerine yardımcı dokunan faktörler içinde, en başta eşlerinin ve diğer aile üyelerinin destekleyici tutumları olduğunu vurgulamaktadırlar.

Wiesman (2002, aktaran; Akdeniz, 2012, s. 54)'ın bildirdiğine göre eşler arası uyum, eşlerin birbirleri ile iletişim ve etkileşimlerine dayalı olarak algıladıkları memnuniyeti vurgulamaktadır. Birbiri ile iletişim sorunu olmayan eşlerde, bireylerin, sorunları daha aşılabilir algıladığı, daha pozitif tutum sergilediği ve çözüme ulaşmada birlikte uyum sağladıkları ve sorunlarla daha etkin baş edebildikleri görülmektedir.

Meme kanseri tanısı ve tedavisi, çok çeşitli günlük strese yol açan önemli yaşam deneyimleridir. Günlük rutinde, yaşanan sorunların yanı sıra tıbbi bakım zorlukları ve aile rollerindeki değişiklikler de stresörler arasındadır. Eşlerden gelen destek, meme kanseri ile baş etmede ve buna bağlı oluşan psikolojik stresin azalmasında kritik öneme sahiptir. Sağlık ve sosyal psikoloji literatüründe; yakınlardan görülen desteğin psikolojik işlevlerde, stresörlere verilen duygusal tepkilerde ve ilişki yakınlığında yararlı etkilere sahip olduğu görülmektedir.

Sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlığa olumlu etkileri bulunduğu ortaya konulsa da mevcut destek her zaman yararlı değildir. Bu ikilemi anlamak için mevcut desteğin iki farklı yönüne bakmak gerekmektedir: Destek alınması(support receipt), diğer kişiden desteğin alındığı ve kullanıldığı konusunda bilgi (örn: Bugün partnerimden destek aldım) vermektedir. Destek sağlama(support provision), diğer kişiye destek sunulduğu konusunda bilgi (örn: Bugün partnerime destek sundum) vermektedir. Süregelen yakın ilişkide, partnerlerden her biri, diğerinden destek alıp almadığını ve diğerine destek sağlayıp sağlamadığını bildirebilmektedir. Hastaların, partnerleri tarafından sunulan destekten faydalanmaları gerektiğini beklesek de aynı zamanda meme kanseri hastalarının eşlerinin, hastalardan da destek gördüğünü varsayıyoruz. Meme kanseri konusunda eşler hakkında yapılan önceki araştırmalar, hem hastaların hem de sağlıklı olan diğer partnerin duygusal ve pratik destek aldığını ortaya koymuştur. Ayrıca duygusal dışavurum ve desteğin karşılıklı verilmesini isteyen meme kanseri

hastalarının daha yüksek oranda psiko-sosyal uyum gösterdiği kanıtlanmıştır (Belche, 2011, s. 666).

Bazı araştırmalarda, meme kanserli eşlerin ilişkilerinde benzerlikler bulunmaktadır. Bu bulgu, uzun dönemli ilişki işlevleri modellerini desteklemektedir. Bu modelde çift, uzun dönemli ilişkilerinde dürüstlük ve memnuniyet deneyimlemişse; çiftlerden birinin yardıma gereksinimi olduğu, daha olumsuz ve daha mücadele gerektiren bir durumda bulunduğu koşullarda, diğeri bu uzun süreli durumdan yola çıkarak olumlu tepki verecektir. Bu nedenle ilişkilerinden son derece memnun olan erkekler, eşlerinin ruh hali ne olursa olsun onlara büyük oranda destek sunacaktır. Ancak evliliklerinden memnun olmayan erkekler eşlerinin ruh haline daha az duyarlı olacaktır. Eşlerin sunduğu duygusal ve araçsal desteğin, bilgi edinme ve bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi ile baş etme durumunda yarattığı etki sayesinde psikolojik uyuma dolaylı olarak katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Ağrıya dayalı durumlarda eşin eğlendirme ve oyalama çabalarının başa çıkma stratejilerine etki ettiği ortaya çıkmıştır (Boeding, 2014, s. 676).

Çalışmalar; teşhisin, sosyal destek ve psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi ve eşin desteği ve uyum arasındaki ilişkiyi ılımlı hale getirdiğini ve teşhisin iyi veya kötü olmasının eşin sunduğu duygusal desteğin algılanmasını değiştirdiğini ortaya koymaktadır (Manne, 199, s. 111).

Mishel ve Sorenson (1991, aktaran; Garip, 2008, s. 40-41) kanser tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmanın sonuçlarında, tedavinin ilk aşamasından sonraki belirsizlik ile sosyal destek arasında yüksek düzeyde ters oranda bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Yani sosyal desteğin yeterli olduğu durumda, yaşamda belirsizlik daha az olmaktadır. Belirsizlikle baş etmenin maneviyat, dini inanç, manevi huzur, algılanan yaşam kalitesi, benlik saygısı, aile beraberliği, kişisel özgürlük ve yaşanan ümitte doğru yönde ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

1.6. Tinsel Uyuma Etkisi

Tinsel yönden başa çıkma, çok faktörlü bir yapıdır. Tinsel yönden motivasyon bulma çabalarının çeşitli boyutları, kanser hastalarının refahı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahiptir.

İnancın odağını, bir düşünceye bağlı bulunma, bir dine inanma, inanılan şey ve görüş belirlemektedir. Öte yandan, bilinen bir husustaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanaat de belirlemektedir (Arsalan, 2009, s. 54).

Meme kanseri hastalarında manevi baş etmenin rolünü değerlendiren bir çalışmada; hastaların, %91'i inancın duygusal desteği, % 70'i sosyal desteği ve % 64'ü kanser yaşantısından anlam yaratma yeteneğini arttırarak, inançlarının hastalıklarıyla baş etmede olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Cotton ve arkadaşlarının (1999) meme kanseri hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada da hastaların manevi iyi oluşları, yaşam kaliteleri ve özellikle kanser uyum düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Manevi iyi oluş ve kanser uyum düzeylerinden, savaşıma ruhu ve kadercilik alt boyutları arasında pozitif bir ilişki görülürken; çaresizlik/umutsuzluk, anksiyeteli bekleyiş ve inkâr alt boyutları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada meme kanseri olan kadınların % 88'i, inancın önemli olduğunu ve % 85'i baş etmelerinde yardımcı olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak, meme kanseri hastası kadınların % 76'sının, tanı sırasında, baş etmek için dua etmeyi tercih ettikleri görülmüştür (Daştan, 2010, s. 75-74).

Maneviyatın kanser hastaları üzerinde etkileri ile ilgili araştırmalar, maneviyatın, kanser sırasında ruh sağlığına pozitif etkisi olduğunu belirtir. Bir çalışmada kanser hastalarının %93'ünün manevi baş etme yollarını kullanarak umutlarını sürdürdükleri belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar, manevi iyi oluşu daha fazla olan kanser hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin daha düşük, sağlık alışkanlıklarının daha iyi, umut ve yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (Bağ, 2013, s. 114).

Lannin ve diğerleri (1998aktaran; Mitchell, 2002, s. 908)'nin, son evre meme kanserinde, kültürel inançların rolünü analiz etmek amacıyla, dini inançları da dâhil ettikleri araştırmada gelir, yaş ve eğitime göre düzeltme (adjustion) yapıldığında; Tanrının kanseri tıbbi tedavi olmadan iyileştireceğini düşünen Afro-Amerikan kadınların oranının beyaz kadınlara oranla üç kat fazla olduğu ortaya konulmuştur.

Pargament ve diğerleri (1997), dini baş etme stratejilerinin teorik temelli ve işlev temelli olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadırlar. Bu nedenle çeşitli teorilere dayanan beş kilit dini işlevi ele almışlardır:

- 1- Olayları anlamlandırmada dini baş etme mekanizması
- 2- Zor bir durum karşısında kontrol sağlama için çerçeve sunma
- 3- Zor zamanlarda rahatlama sağlama
- 4- Benzer düşünceye sahip insanlarla yakınlık kurma
- 5- Yaşamlarında büyük dönüşümler yapmak isteyen kişilere yardım etme. Dinsel açıdan baş etme stratejisini ele alan araştırmalar, bu stratejinin kanserde en fazla kullanılan baş etme stratejilerinden biri olduğunu ortaya koymuştur.

ABD’de bulunan meme kanseri hastası kadınların %85’i, dinin hastalıkları ile baş etmede onlara yardımcı olduğunu belirtmiştir. Olumsuz dini baş etme stratejileri ise daha az kullanılmaktadır. Örneğin Fitchett ve diğerleri, hastaların yalnızca %13’ünün baş etme stratejisi olarak “Tanrının güçlerinin yeniden değerlendirilmesini kullanmıştır. Ancak dini/ruhani inançlar ve pratikler, kültürden kültüre oldukça farklılık göstermekte ve bu nedenle elde edilen bu bulgular, ABD dışındaki kanser hastaları için genelleyememektedir. Kuzey Amerikalıların %83’ü Tanrının yaşamlarında önemli olduğunu vurgularken bu oran Avrupa’da %49’dur. ABD’de kişilerin %47’si ibadet ve dua mekânlarına giderken bu oran Birleşik Krallıkta %12’dir (Boyle, 2011, s. 772).

Meme kanseri hastalarının tanrı imgesi ve bunun sağladığı özel baş etme mekanizmalarını kullanımı, psikolojik stres ve duygusal iyilik hali ile ilişkisini inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır (Schreiber, 2011, s. 294).

1.7. Onkolojik Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

1.7.1. Onkolojik Sosyal Hizmet Uygulamaları

1980’lerde, onkolojik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet içinde bir uzmanlık alanı olarak gelişti. 1982 sonbaharında ABD’de Ulusal Onkoloji Sosyal Hizmetler Danışma Kurulu New York’da bir araya geldi. Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastane veya kanser merkezlerinde daha insancıl bir yaklaşımın etkisini hissettirmeliydi. Sosyal hizmet, hastanın, sağlık sistemini en iyi şekilde kullanımını teşvik etmek için bir önemli bir meslektir. Sosyal hizmet, hastaların başa çıkma stratejilerini en uygun şekilde geliştirmeleri ve toplum kaynaklarını harekete geçirmeleri için maksimum işleve sahiptir. Onkolojik sosyal hizmet uzmanı, hastalara ve ailelerine savunuculuk ve klinik hizmetleri sunar. Aynı zamanda diğer

sağlık profesyonelleri ile ekip üyeleri olarak birlikte çalışır ve genç sosyal hizmet uzmanlarına eğitim ve danışmanlık sağlar. Onkolojik sosyal hizmetin merkezi rolü, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını değerlendirmek; fiziksel, psikolojik, kişisel ve çevre sorunlarını iyi bir şekilde çözmektir. Bazı onkolojik sosyal hizmet uzmanları yönetici veya eğitimci olarak çalıştıkları kurumlarda, topluma ve mesleğe hizmet verirler. Kanser, ABD’de ikinci başlıca ölüm sebebidir ve ileri evre kanser hastalarının psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmaması, yaşam kalitesi bakımından yıkıcı sonuçlara yol açmaktadır. Bu konudaki tıbbi literatür, bu ihtiyaçların ele alınmasının önemini kabul etmekte ve onkologların eğitim ve mesleki eğitimlerinde psikososyal sorunları değerlendirme ve ele alma becerilerini içermesi gerektiğini önermektedir (Curr Probl Cancer, 2011, s. 357-364).

Sağlık merkezlerinde psikososyal hizmet sunan onkolojik sosyal hizmet uzmanları, kanser hakkında, kanser sonucu gelişen psikososyal sorunlar ve bu sorunları ele almada kullanılan müdahale becerileri konusunda bilgi sahibidir. Öğrenimleri süresince aldıkları eğitim ve beceriler, onları kanser hastaları ile çalışmak için yetkinleştirir. Sosyal hizmet mesleği, çalışmalarında öncelikle çevresi içinde birey yaklaşımını kullanarak, birey ve çevresi arasında karşılıklı ilişkiyi ve bireyin, çevresi ile etkileşimden nasıl etkilendiğini dikkate alır. Sosyal hizmet uzmanları, bireylerin; aile, arkadaş, iş, sosyal hizmet kuruluşları, sağlık, eğitim, din, kültür, hükümet vb. den oluşan çevre sistemleri ile dinamik bir ilişki içinde olduğunu kabul eder. Çevresi içinde birey, ilişki kümesi içinde hem neden hem sonuç olarak bir bütündür. Sosyal hizmet uzmanı, önce bireyi sonra çevresini değerlendirmez; aksine bireyin çevresi içinde tedavi görmesi gerektiğini savunur. Müracaatçının psikososyal ihtiyaçlarını ele alırken ilk müdahalesi; kişi ve çevresi arasındaki etkileşimi geliştirmektir.

Onkolojik sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşımı; hastanın ilişkileri, kaynaklar, hastanın tanıyı kabullenme ve tedavinin gerektirdiklerini yapma konusundaki yerini daha geniş bir çerçevede değerlendirmede katkıda bulunur. Hastayla değerli bir insan olarak iletişime geçer; kanser teşhisini kabullenmesine yardım eder ve çevrenin bireyin ihtiyaçlarına cevap verme düzeyini güçlendirecek müdahalelerde bulunur.

Onkolojik sosyal hizmet uzmanları hem müracaatçı hem de ailesini bakım konusunda hazırlar. Araştırmalara göre; yaşamının sonunda olan ve sevilen bir bireye verilen destek, hem duygusal, hem fiziksel anlamda zorlayıcıdır; bu nedenle aile üyelerinin ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara karşı hassas olmak çok önemlidir.

Savunuculuk ve kaynak sağlama, sosyal hizmet uzmanlarının sahip olduğu becerilerdir ve kanser teşhisi konulan bireylerle çalışırken doğrudan kullanılmaktadır. İleri derecede kanser hastası bireyler, sunulan bakım ve tedaviye ilişkin seçimlerini yapabilecek güçten yoksun olabilirler. Onkolojik sosyal hizmet uzmanları, aile üyeleri ve sağlık çalışanları ile birlikte hasta haklarını savunuculuk görevi üstlenmekte ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını da savunmaktadır. Buna ek olarak; hastanın savunuculuğunu üstlenmek için sosyal hizmet uzmanlarının talep edilen ve ihtiyaç duyulan kaynakları sağlama konusunda becerisi olması gerekmektedir. Çevresi içinde birey yaklaşımı, sosyal hizmet uzmanının hastayı ilk değerlendirmesi sırasında başlar ve içinde yaşadığı çevreyi de içerir. Ailenin, yaşanılan çevrenin, devletin ve refah sistemlerinin tanınması, sosyal hizmet uzmanına mevcut kaynaklar ve bu kaynakların nasıl elde edileceği konusunda bilgi verir.

Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) tarafından, hastalara, ailelere ve bakım elemanlarına sunulan sağlık bakım sisteminde karşılaşılan engelleri aşmaya ve ön tanıdan başlamak üzere kanser aşamalarının tümünde kaliteli sağlık ve psikososyal hizmetlere erişmeyi kolaylaştırmaya yönelik bireysel yardımlar tanımlanmaktadır. Yönlendirme süreçleri, hemşirelik ve sosyal çalışma için büyük öneme sahiptir. Hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının hasta yönlendirme süresince mesleki bilgi ve becerileri artmaktadır. Mevcut araştırma sonuçları ve ampirik raporlara göre; yönlendirme hizmetlerinden en iyi sonuç, yönlendiren kişinin bilgi ve becerisinin temel mesleki eğitimin çok ötesinde olması, toplumsal değerlendirme yapma becerisine sahip olması ve ihtiyaç duyulan bakım ve hizmetlere zamanında erişmeyi engelleyen sistemin engellerini aşmak için müdahaleler geliştirmesi ile alınmaktadır (Oncology Nursing Forum, 2010, s. 251).

Hasta yönlendirme hizmetlerinin değişmesi ve gelişmesi nedeniyle onkolojik sosyal hizmet uzmanları; hastaları, aileleri, sağlık çalışanlarını ve halkı, hasta yönlendirme konusunda, bilgilendirme rolüne sahiptir. Hastalar, aileler ve hasta yönlendirme rolünü üstlenen bireyler için en iyi ve istenen sonuçlara ulaşma konusunda zorluklar bulunmaktadır.

Onkolojik sosyal hizmet uzmanları tarafından doğrudan yürütülen hizmetler şunlardır:

1. Araştırma ve psikososyal değerlendirme
2. Hastalığın kolaylaştırılmasını sağlamak
3. Bireyin, ailenin psikolojik danışmanlığı ve grup psikoterapisinin sağlanması

4. Taburculuk organizasyonu yapmak
5. Öneriler vermek
6. Savunmak

Onkolojik sosyal hizmet iki farklı bilgi modeli arasında yer alır:

- 1- Sosyal hizmette teori ve pratik
- 2- Bilim ve kanser tedavisi.

Onkolojik sosyal hizmetin sunulması ve etkili uygulama her sanat ve bilimde olduğu gibi önemlidir.

Sosyal hizmet uygulamasının amacı, insanların sorun çözme ve sorunlarla başa çıkma kapasitesini arttırma, insanları kaynak, hizmet ve fırsat verebilecek sistemlerle ilişkiye geçirme, bu sistemlerin etkili ve insanca işleyişini sağlama, sosyal politikanın gelişmesi ve ilerlemesine katkıda bulunmadır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ise hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi, sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresin azaltılması, hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemlerini çözme amacına yönelmiştir. Tüm bu amaçlar başlangıç, planlama, hizmetin verilmesi, değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamalarını kapsayan bir dizi mesleki müdahale sonucunda gerçekleştirilir (Mutlu, 2007, s. 6).

Tıbbi sosyal hizmetin odağı hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Tıbbi sosyal hizmet; hastanın tedavisi sırasında, hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşır. Sosyal hizmet mesleğinin bireyle çalışma ve grup çalışması yönteminin kullanıldığı bir uygulama alanıdır. Onkoloji hastasına yapılan tedaviler bir ekip işidir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli mesleki işlevler üstlenirler (Duyan, 1996, aktaran; Yıldırım, 2013, s. 170).

Tıp alanında, hastalıkların tanısı ve tedavi sürecinde uzun süre sosyal alan dikkate alınmamıştır. Bu nedenle yirminci yüzyılda ortaya çıkan sosyal hizmet disiplini en başından itibaren sağlık alanındaki uygulama çerçevesinde, bireyin sosyal çevresinin önemini vurgulamıştır. Bireyi yalnızca bedensel ve ruhsal bir varlık olarak değil aynı zamanda sosyal bir varlık olarak görmüş; bireyin sağlık sorunlarının çözümü sürecine bütüncül bir çerçeve ile bakılmasını savunmuştur.

Kanser hastalarında görülen psikolojik ve psikiyatrik sorunlar ve bu sorunların hastalık sürecinde, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ispatlanmıştır. Kanser tedavisinin yapılması ve psikososyal sorunların çözülerek hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için onkolojik psikiyatri ve sosyal hizmetin birlikteliğinin önemli olduğu belirlenmiştir (Ülger, 2014, s. 89).

Sosyal hizmet uygulamasında, gerek mikro düzeyde bilişsel, psikolojik ve duygusal; gerekse makro düzeyde kültürel, ekonomik ve sosyo-politik uzantıları olan çok yönlü sosyal sorunların çözümünde grup dinamiklerinden yararlanılması ön görülmektedir. Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının temel görevlerinden birisi, kanser hastalarına duygusal destek sağlamaları ve destek grupları gibi psiko-sosyal müdahalelerle hastaların uyumunu sağlamaktır. Destek gruplarında çalışmak için, sosyal hizmet uzmanlarının etkili grup liderliği becerilerini geliştirmek ve kanserin tanısı ve tedavisi konularında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalarını sağlamak gerekmektedir (Tuncay, 2010, s. 61-69).

Sosyal hizmet uzmanları, meme kanseri ve meme kanseri tedavisiyle ilgili dini görüşleri özellikle dikkate almalıdırlar. Bir araştırmada yaşlı ve Afro-Amerikan kadınlar, algıladıkları Tanrıyı onların meme kanseri tedavisinin bölünmez bir parçası olarak kabul etmektedirler. Bu durumda sosyal hizmet uzmanları, tedavinin geliştirilmesi ve manevi rahatlık sağlamak için kadınların inançlarını dikkate almak zorundadır (Altpeter, 2005, s. 230).

1.7.2. Feminist Kuram ve Meme Kanseri Hastaları

Kadınların görünmeyen özel yaralarının, sosyal ve siyasi adaletsizlikleri yansıttığı, feminizmin ana ilkelerinden biridir. Kişisel olanın aynı zamanda siyasal olduğu da feminizmin aksiyomlarından biridir. Meme kanseri yalnızca fiziksel açıdan travmatik değildir; ayrıca çok büyük oranda duygusal strese yol açmaktadır. Meme kanserinde feminist teori, kadınlık ve cinsellik konusundaki erkek tanımlarını ve hastalığın nedeni olarak mağduru görme fantezisini kabul etmez. Ayrıca siyasi lobi, hastalık destek grupları gibi yollarla meme kanserinde feminist uygulama geliştirilmelidir. Meme kanseri de tek başına bir felaket olarak görülemez. Feministlerin tecavüzü izole bir kişisel travma değil, erkek cinselliğinin, ataerkil ailenin ve kadınlara yönelik nefretin harmanlandığı bir toplumsal bağlam olarak ele almasına benzetilmektedir (Wilkinson, 1993, s. 229-235-236).

Kadınların kendine özgü sağlık problemleri yaşadığı açıktır; ancak kadın sağlığı ve özellikle kadınların bakış açıları ve öncelikleri konusundaki tıbbi araştırmalar sınırlıdır. Kadınlar sağlık bakımını sunan asıl kişilerdir. Sağlık sistemindeki çalışanların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır ve neredeyse aile ve toplum içinde bakımdan sorumlu kişilerin tümü kadındır. Sağlık hizmetlerinden en çok faydalanan kişiler de kadınlardır. Karar verme aşamasında kullanılan feminist yaklaşım, meme kanserine yakalanmış kadınların güçlendirilmesinde önemli bir adımdır. Örneğin Wilkonson ve Kitzinger, meme kanserinde feminist teori konulu ‘Kadın ve Sağlık: Feminist Yaklaşımlar’ çalışmasında kadınların kendi seçimlerini yapmaları gerektiğini ve seçim aşamasında kadınlık ve kadın cinselliği konusunda erkek tanımlamalarını kabul etmemeleri gerektiğini açıklamaktadır (Szumacher, 2006, s. 657-659).

Feministler, özelde meme kanseri ve genelde insan ve kamu sağlığı hakkında bildiklerimizi değiştirmektedirler. Çevrecilik radikal bir hareket haline gelmiştir ve kadın sağlığı bunu daha da radikalleştirmiştir. Meme kanseri destek ve aktivite grupları “pembe kurdele” aşamasının hayli ötesine taşmıştır. Feminist sağlık çevreciliği pasif bir girişim değildir: Meme Kanseri Hareketi (Breast Cancer Action) gibi gruplar yalnızca bilgileri “takip etmemekte”, ayrıca yeni bilgi üretiminde de aktif bir biçimde görev almaktadır. Bilim üretimi bakımından feminizmin, -ki çoğunluğu Carolyn Merchant (1980) tarafından oluşturulan bilim temeli üzerine inşa edilmiştir- siyasi ekoloji literatürüne katkısı muazzamdır. Batı teknolojilerinin ve “doğa denetimi” ideolojilerinin, ister 18. Yüzyıl sömürgeciliği ister 21. Yüzyıl korporatist kalkınma stratejisi olarak, alınması küresel çevre açısından güçlü bir belirleyicidir ve feminist siyasi ekolojistler bu ideolojilerin cinsiyetçi bir şekilde küresel olarak yayılmasına karşı dikkatli davranmaktadır. Yoksul kadınlar, “azınlığa mensup” kadınlar ve Avrupa ve Amerika’da yaşamayan kadınlar küresel çevre sorunları nedeniyle suçlanmakta ve ağır bedeller ödemektedir (Seager, 2003, s. 962-966-967).

Mesajın yayılması o kadar başarılı olmuştur ki meme kanseri şu an pembe kurdele ile ve feminizmin içsel ideolojisi ile eş anlamlıdır. Pembe kurdele kampanyasının yaratıcıları, farkındalık mesajını feminizme bağlantılanmışlardır. Meme Kanseri Hareketi Yöneticisi Barbara Brenner, pembe kurdele meme kanseri kampanyasının, 90’lı yılların başında, 68 yaşındaki Cehalette Hale’nin “Ulusal Kanser Enstitüsünün yıllık bütçesi 1, 8 milyar dolardır ve bunun yalnızca yüzde beşi kanser önleme için kullanılmaktadır. Amerika’yı ve kanun yapıcıları bu kurdeleyi takarak uyandırmamıza yardım edin” yazılı kartların yanında el yapımı şeftali rengi kurdele dağıtması ile başladığını belirtmiştir. Hale’nin büyükannesi, kardeşi ve

kızı da meme kanseriydi ve bu kurdele bir destek değil protesto yöntemiymi (Desiderio, 2004, s. 15-16).

Bir zamanlar protesto biçimi olan pembe kurdele, şimdi protesto içermeyen ancak modern gücün fallus temelli baskın ideolojilerinden ortaya çıkmış siyasi ve ahlaki bir duruşu ifade etmektedir. Feminist bilgi, yalnızca kadınların yaşamlarındaki olayları açıklama ve yorumlama değil ayrıca kadın çalışmaları konusunda farkındalık yaratma ve çalışma alanlarına değişiklik getirme uğraşındadır. Kadınların yorumlamaları, değerleri ve davranışları; sınıf, ırk, eğitim, yaş, cinsel yönelim ve ulusal kökene göre değişiklik göstermektedir (Thomas, 2006, s. 354).

Feminist aktiviteler, kadındaki noksansızlığın fiziksel bir olgu olduğuna dair kültürel inanışa meydan okuyan destek programlarına katılarak pozitif değişiklik yaratma çabasıdır (Kristine, 2008, s. 48).

1.7.3. Güçlendirme Yaklaşımı ve Meme Kanseri Hastaları

Barker (1999, aktaran; Zastrow, 2013, s. 21), güçlendirmeyi bir süreç olarak ele alır. Güçlendirme; bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun sahip oldukları kişisel, kişilerarası, sosyoekonomik ve politik gücü artırmaları için bir yardım etme süreci olarak tanımlanmaktadır.

Güçlendirme yaklaşımını sosyal hizmet disiplini temelinde ele almadan önce psikoloji disiplininin bu kavramsal tasarımla ilgili öne çıkan kuramsal birikiminin önemli olduğunu belirlenmiştir. Güçlendirme yaklaşımına psikoloji disiplini içinde en önemli katkılardan birini Albert Bandura öz-yeterlik kavramsallaştırması ile uygulanmıştır. Güçlendirme yaklaşımına göre, bireyin yaşadığı sorunlar, onu etkileyen ve kendisinin de etkide bulunduğu kişisel, kişiler arası ve daha geniş çevresel alanlarındaki kaynakların yetersizliği ya da bunların kullanılamaması nedeniyle ortaya çıkar ya da kanser gibi sağlık sorunlarında yoğunlaşmaktadır. Güçlendirme yaklaşımına dayalı bakışa göre, her tekil ilişki (bireyin diğer bireyle, bireyin aile ya da sosyal çevreyle, bireyin sağlık sistemiyle vb.) güç farklılıklarına göre şekillendiği görülmektedir. Kanser hastalarının güçlendirilmesi birçok unsurun etkileşimine bağlıdır. Güçlenme sürecine, hastanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel yaşantıları gibi içsel; aile - yakın çevre – tedavi sistemiyle ilişkileri, kültürel ve toplumsal yapı gibi dışsal etkinlerin tümü, birbirleriyle bağlantılı olarak etkisi görülmektedir. Bu maddelerin bazıları bireyi

güçsüzleştirip hastalık sürecini olumsuz yönde etkilerken, bazıları ise bireyin yaşamını ve hastalık sürecini olabildiğince kendi kontrolü altında tutmasında potansiyel bir kaynak olup güçlenme sürecine hizmet ettiği belirlenmiştir (Tuncay, 2009, s. 70-71).

Meme kanseri tanısı alan kadınlar bazı ilişkilerden güven ve güç alması önemlidir; bu sebeple, böyle bir durumda sevdiği kişilerle ilişkilerini gözden geçirmek, geliştirmek ve güçlendirmek ihtiyacındadır.

Bireyi baskılayan meme kanseri gibi bir sorun karşısında denetim, stresi nasıl ve hangi biçimlerde azaltmaktadır? Aile ve yakın çevre unsurlarından, sağlık profesyonellerinden alınan destekler söz konusu ise depresyon belirtilerinin bu desteklerle azaldığı görülmekte ve bu desteklerin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Kanserin neden olduğu gizlilik, belirsizlik ve zor durumlarla etkili bir şekilde baş etmeyi sağlayan en önemli faktördür. Sadece hayal etmek ve bir şeyin olmasını umut etmek değil, zorluklardan bir kaçış yolu olduğuna inanmak ve gerçekleri yönetebilmek özellikleri olduğu belirlenmiştir. Pozitif bakışın olumlu yolda desteklenmesinde, fiziksel ve ruhsal iyilik halini geliştirmede önemli olan umudun, yaşam kalitesini yükselttiği ispatlanmaktadır (Kavradım, 2014, s. 155).

Ailenin bir sosyal destek kaynağı olarak önemi kanıtlanmış olmakla birlikte, kanserli hastaya bakım veren ailelerin de desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Aileyi etkileyen bu hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikte olması, olağan günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, işine ve sosyal yaşamına dönememe gibi nedenlerle kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı, çaresizlik, umutsuzluk duyguları yaşama, hasta yakınında depresif duygulanıma yol açabilmekte, aile bireylerinde bu kayıplara bağlı olarak yas tepkileri de gözlenebilmektedir (Terakye, 2011, s. 78).

Hasta, hastalığı ile mücadele ederken olumlu ve olumsuz manevi baş etme yöntemlerini de kullanabilmektedir. Manevi ve inançla baş etme yöntemlerinin hastalar arasında daha çok kadınlarda, yaşlılarda ve sosyoekonomik seviyesi düşük olan bireylerde tercih edildiği gözlenmektedir. Maneviyata ve inanca yönelik baş etmeyi kullanan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında iyileşme görülmektedir (Daştan, 2007, s. 74-75). Bu, hastaların inanç gücünü ve aile ilişkilerini kullanıp bu süreçle iyi bir şekilde baş etmesini sağlamaktadır.

1.8. Meme Kanseri ve Baş etme Süreci

Bütün çalışmalar; insanların deneyimlerinin, sosyal, kültürel değişkenlerin ve algılarının hastalık ile başa çıkmada önemini vurgulamışlardır. Ampirik çalışmalar ve kültürler arası araştırmalar, farklı toplumların sağlık inançlarındaki değişiklikleri ortaya çıkarmıştır. Meme kanseri, dünyada ve Türkiye’de sık görülen kanser türleri arasında olup, kadınların fiziksel, ruhsal olarak sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir. Kadınların meme kanserine bağlı olarak anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk, öz kıyım düşünceleri, beden imajı ve benlik saygısı sorunları, cinsel işlev bozukluğu gibi ruhsal sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir.

Meme kanseri riskini algılama, kadının ailesinde meme kanseri olan biri ile ilişkili deneyime sahip olması ile büyük oranda etkilenmektedir. Örneğin meme kanseri nedeniyle ölen annesine bakmış olan bir kadın, genel ortalamanın altında bir oranda bile olsa kendisinde meme kanseri görülme riskinin artmasına bile tahammül edememektedir. Meme kanseri riski algısı çoğunlukla yanıltıcıdır; çünkü kadınlar kişisel risklerini abartmaktadırlar. Ancak kadınların etkili baş etme stratejilerine ilişkin, bilgilendirilmiş karar vermeleri bakımından doğru kişisel risk algısına ihtiyaç duyulmaktadır. Aile öyküsü bulunan kadınların meme kanserine ilişkin değerlendirmelerini etkileyen faktörler veya kadınların hangi baş etme stratejilerini kullandıkları konusunda fazla bilgi bulunmamaktadır.

Hastalığın öznel anlamlandırılması konusunda bir araştırmada sekiz baş etme stratejisi ortaya konulmuştur. Bu stratejiler; mücadele, düşman, değer, kayıp, ceza, zayıflık, strateji ve rahatlamadır. Henderson ve diğerleri tarafından yapılan betimsel çalışmada, Afro-Amerikan kadınlar tarafından tanımlanan baş etme stratejileri; duaya inanmak, negatif insanlardan uzak durmak, olumlu bir davranış yaklaşımı geliştirmek, yaşama isteğine sahip olmak, aileden, arkadaşlardan ve destek gruplarından destek almaktır. Ashing ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen nitel araştırma sonuçları; meme kanseri Asya-Amerikan kadınların destek ve baş etmede en çok kullandıkları destek mekanizmasının dini inançları olduğunu göstermektedir. Hastalıktan kurtulmada, dini vecibelerin sağlık bakımı almaya göre daha önemli olduğuna inanmaktadırlar (Taleghani, 2005, s. 265).

Hastalıkla baş etmenin önemli yönlerinden biri de diğer kişilerin hastalığa bakışı ve anlayışıdır. Bu durumun olumsuz olması, hastaları, hastalıklarını saklamaya zorlamaktadır ve bu nedenle de hastalıkları ile etkili bir şekilde yüzleşmemelerine yol açmaktadır.

Neuman (1995, aktaran; Lancaster, 2005, s. 146), stres kavramı ve stres değerlendirmelerine odaklanması nedeniyle bir araştırmacının kavramsal çerçevesi olarak sistem modelini seçmiştir. Bu modele göre; strese neden olan bir faktörün bulunması (örn; meme kanseri risk faktörleri), strese neden olan bu faktörün değerlendirilmesini başlatacaktır (örn; meme kanseri riski algısı). Kadının stresi değerlendirmesi sonucu, meme kanseri sürecinde kullandığı baş etme davranışlarını etkileyecektir. Neuman, normal savunma hattını veya genel sağlık durumunu esnek savunma hattını güçlendirerek koruyan baş etme stratejilerinin “birincil koruma” müdahaleleri olduğunu ifade etmektedir.

Meme kanseri tanısı alan kadınların yaşadığı deneyimler ve algılamaları, bu sorunla başa çıkma üzerinde etkisini yansıtmaktadır. Kadınların çoğunun kültürü hastalıkla ilgili inanca dayalıdır.

Meme kanseri hastası bireylerin aile yapısı, baş etme becerileri ve sosyal destek kaynakları gibi hastalığa uyumunu etkileyebilecek değişkenlerin belirlenmesi gerekmektedir. Meme kanseriyle baş etme ve evlilik uyumu ile ilgili çalışmalar sınırlıdır ve Türk toplumuna özgü bir çalışma yoktur (Akdeniz, 2012, s. 54).

Meme kanseri hastası kadınlarda, bireylerin inanç ve tutumları yerine çiftlere odaklanmanın, stresin azaltmasında daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Meme kanseri sonucunda, kadınlar ve eşleri, olumsuz fiziksel, psikolojik ve psiko-sosyal sonuçlar deneyimlemektedirler. Kadınlar ve eşleri için meme kanseri zor bir hastalıktır. Kadınların hastalık boyunca başarılı bir baş etme süreci yaşamaları, genellikle eşlerin desteğine ve uyumlarına bağlıdır. Gerçekten dememe kanseri deneyimi olan kadın ve eşleri tarafından kullanılan başa çıkma yöntemleri, bireysel stratejilere göre daha etkilidir. Eşlerin verdiği desteğin türü ve ilişkinin karşılıklı olması, başa çıkma deneyimini etkileyebilir. Örneğin, meme kanseri olan kadınların, eşlerinden aldıkları duygusal desteğin, fiziksel belirtilerin azalmasında etkili olduğu ve eşinin desteğinin azalması ile daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıkları bilinmektedir. Kadınların evlilik ilişkilerine kadar güçlü olursa bu hastalıkla baş etmek daha kolaylaşmaktadır.

Eşlerin kanser hakkında konuşmaktan kaçınması, baş etme stratejilerini engelleyerek kadının yaşadığı stresi artırabilir. Kansere ilişkin düşüncelerini, duygularını ve endişelerini paylaşmaktan kaçan kadın, hastalık deneyimi konusunda yardımcı bakış açılarını görme konusunda daha az fırsata sahip olmaktadır. Bu durum da inkar, kendini suçlama gibi davranışlara olan eğilimini artırmakta ve psikolojik stresi şiddetlendirmektedir. Problem

çözme, araçsal ve duygusal destek arama gibi sıklıkla başvurulan işlevsel baş etme davranışları, iletişime dayalıdır; ancak iletişimde kansere ilişkin içerik bulunmadığı sürece yararı olmaz hatta zarar verici olabilir (Yu, 2015, s. 266).

Bu alandaki araştırmaların çoğu baş etme ve iletişim süreçlerini psikolojik stresin bağımsız ön göstergeleri olarak ele almakta ve iletişim-stres ilişkisinde baş etmenin olası arabuluculuk rolünü dikkate almamaktadır. Meme kanseri olan kadının konuşmaktan kaçınması, duygusal desteğin daha az kullanılmasına ve kendini suçlamasına yol açmakta ve dolayısı ile stres üzerinde büyük ölçüde etkili olmaktadır.

Kanser tanısı alan kadınlarda depresyon ve anksiyetenin sık görüldüğü bildirilmekle birlikte, bu konudaki çalışmaların farklı sonuçları nedeniyle kesin yorum yapılamamaktadır. Bazılarına göre erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü, bazılarına göre tam tersi ve bazılarına göre cinsiyetten bağımsız olarak depresyon ve anksiyetenin sık olduğu bildirilmektedir.

Hastalığın nüksetmesi korkusunu yaşayan kadınlar, bununla başa çıkmak için çeşitli yollar kullanmaktadır. Lazarus ve Folkman baş etmeyi; “kişinin kaynaklarını aşan belli başlı içsel veya dışsal isteklerin yönetilmesi için kullanılan ve sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlamaktadır. Baş etmede kullanılan başlıca iki stratejiyi tanımlamışlardır: stresli durumun özelliklerini değiştirerek strese neden olan sorunla baş etme (sorun odaklı baş etme stratejisi) ve içsel duygu durumunu düzenlemek için duyguları düzenlemek veya bireysel çaba göstermek (duygu odaklı baş etme stratejisi). Sorun odaklı baş etme; kendini veya çevreyi değiştirmek, duygu odaklı baş etme kişinin gerçeklik algısını değiştirmeye yöneliktir. Duygu odaklı baş etme; bireyin stresli durumun anlamını değiştirdiği bir gerçeklik çarpıtma biçimidir. Sorun odaklı baş etme stratejisi planlı problem çözme ve yüzleşerek baş etme gibi türlere sahiptir. Duygu odaklı baş etme stratejisi; uzaklaşma, otokontrol, kaçmaktan kaçınma, sorumluluğu kabul etme ve olumlu yeniden değerlendirme türlerini içerir. Sosyal destek arama her iki baş etme türünde de kullanılır (Vrise, 2014, s. 705).

Meme kanseri tanı aşamasında, sosyal destek; başa çıkmada bir olumlu kaynaktır. Sosyal destek, anksiyetenin azalmasında etkilidir ve kadınların başa çıkma mekanizmalarının farklılıklarını açıklamasında önemi vardır. Başa çıkmanın iki önemli faktörü vardır: birinci, stratejiler olarak tanımlanır ve ikincisi sonuç, olumlu cevap olarak beklenir. Başa çıkma

stratejisi; genellikle başa çıkma, probleme odaklı, duyguya odaklı ve kaçınmaya odaklı olarak sınıflandırılır (Drageset, 2004, s. 218).

Birincil koruma baş etme davranışlarında kullanılan mekanizmalar şunlardır: a) strese neden olan etmenle savaşıp stresli insan-çevre ilişkisini değiştiren sorun odaklı baş etme davranışları(örn; her yıl/iki yılda bir mamografi görüntülemesi) ve/veya b) duygusal tepkileri düzenleyen duygu odaklı baş etme davranışları (örn: sağlık tehdidini inkar). Her iki baş etme stratejisi de tam olarak iyi veya kötü olarak değerlendirilmemekte; kullanıldıkları durumun ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığı bakımından etkililikleri değerlendirilmektedir. Sorun odaklı baş etme davranışları; genellikle aktif, uyumsal ve gerçeklik odaklı davranışları yansıtmaktadır. Duygu odaklı baş etme davranışları pasiftir ve sağlık tehdidine bağlı risk faktörlerinin nasıl algılandığını değiştirir. Örneğin; duygu odaklı baş etme davranışları umut ve iyimserliğin korunması, gerçeğin ve olası sonuçların inkarı, en kötüyü kabul etmekten kaçınmak veya olabilecekler önemli değilmiş gibi davranmak için kullanılabilir. Aile öyküsü bulunan kadınlar için birincil koruma baş etme davranışları, meme kanserinin gelişmesinden önce olası meme kanseri riski ile etkin bir şekilde baş etmesine yardım eden eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür davranışlar hem sorun hem duygu odaklı baş etme stratejilerini içerebilir.

Kaplan ve arkadaşları ile Pillay ve arkadaşlarına (aktaran; Aydoğan, 2012, s. 59) göre düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birlikte dir. Kanserde, düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel problemler için risk olduğu ve korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır. Befler ve Öz'e göre medeni durum hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyini etkilememektedir. Befler ve Öz'e göre kanserde yaş, cinsiyet ve medeni durumun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesi, kanserin bu faktörlerden bağımsız olarak doğrudan depresyon ve anksiyeteye yol açmasına bağlı olabilir.

Lazarus (1966)'un araştırmasında stres durumlarına tepki gösterilen biliş ve davranışlar ele alınmaktadır. Başa çıkma, bu anlamda, yaşanan durumla ilgili sübjektif değerlendirmelerle objektif istemlere verilen tepkinin zaman içerisinde değişen dinamikleri olarak görülmektedir. Bireyin başa çıkma eylemi aynı zamanda içinde bulunduğu durumu değerlendirme biçimini de etkilemektedir (Aysan, 2003, s. 123).

Yaş, maddi durum, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal destek, meme kanseri hastası kadınların baş etme sürecinde önemli faktörler olarak kabul edilmektedir.

Meme kanseri hastası bireylerin dinsel baş etme yollarını yoğun olarak kullandıkları, yapılan çeşitli araştırmalarca ortaya konmuştur. Bununla birlikte dinsel inançlar ve pratikler, kültürden kültüre oldukça farklılıklar göstermekte ve bu yüzden belirli bir kültüre ait araştırma bulgusunun genellemesinde ciddi zorluklar bulunmaktadır. (Boyle, 2011, s. 772; Schreiber, 2011, s. 294).

İnsanların stresli yaşam olaylarına karşı belirli başa çıkma becerileri vardır. Stres ile başa çıkmak için bir kişinin yeteneği üç yönden incelenebilir: Birinci yön; başa çıkmaya odaklı problem stratejisi. Bir insan, stresli koşullarda, aktif yüzleşme stratejileri kullanarak, yapıcı ve yararlı planlama ve etkinlikler yaparak olumlu adımlar atar. Bu süreçte aceleyle bazı işler yapmaya kalkar ve rekabetçi faaliyetlere katılırlar. İkinci yön; başa çıkmada pozitif duyguya odaklı strateji. Stresli olaylara duygusal tepki çabalarını içerir ve bu stratejiler, duyguya dayalı sosyal desteği yeniden yorumlama, kabul ve mizah arayışındadır. Son olarak, negatif veya etkin olmayan duyguya odaklı başa çıkma stratejileri. İnkâr, sorunlara doğru davranılmaması, duyguya konsantre olma ve uyuşturucu ve alkol kullanımında etkili olamama eksikliğini içerir. Genç kadınlar, yaşlı kadınlara kıyasla, daha yüksek sıkıntı ve sorunlarla karşılaşabilirler. Erken evre meme kanseri tedavisinde, bireyin iyi bir ilişkisinin olması, örnek bir çift ilişkisine sahip olması, pozitif bir şekilde başa çıkmayı etkilemektedir.

Lazarus (1996)'un değerlendirme teorisi, olumsuzluk yüklü duyguları dıştan kaynaklı değil, bilişsel olarak, üzücü olarak yorumlanması şeklinde kavramsallaştırmaktadır. Lazarus'a göre ilk değerlendirmemiz olası üzücü durumun değerlendirilmesidir ve bu durumun kişisel amaçlarımızı, bu amaçlara ulaşmadaki başarıyı ve kişiliğimizi ne derecede etkileyeceğine karar veririz. Değerlendirmede, sorun odaklı (örn: stres etkeninin ortadan kaldırılması için harekete geçmek) ve duygu odaklı (örn: stres etkeninden meydana gelen biliş ve duyguların yönetilmesi) olmak üzere iki baş etme türü olduğu varsayılmaktadır ve bu baş etme stratejileri ele aldıkları durumların doğasına göre az ya da çok etki etmektedir. Değerlendirmeye büyük önem verilmekte ve bu, baş etme sürecinde kritik bir belirleyici olarak görülmektedir. Tehlikeli veya zarar verecek bir durumda kişi bu duyguyu, duygu odaklı baş etme yöntemi olarak değerlendirecektir. Durumun harekete geçilirse kötüleşeceği değerlendirilirse, kişi duygusal sıkıntı yaratan sorunlu ilişkiyi değiştirmek için problem odaklı baş etme yöntemini

kullanacaktır. Kanser hastaları için hastalığın ve tedavinin nasıl değerlendirildiği baş etme ve uyumu oldukça etkilemektedir (Deniz, 2008, s. 416-418).

Meme kanseri ardından yaşamda kalanların kalıcı sorunları olmamasının kuramsal açıklaması; kanserin negatif etkisini yok etme amacıyla bir dizi bilişsel strateji kullanmalarıdır. İnsanların meme kanseri tanısı alma gibi olaylara; gelecekteki aksilik ve mevcut tehditler arasında tampon görevi gören kendiyle ilgili sorunları olumlu değerlendirerek alıştığı bilişsel uyum kuramı geliştirilmiştir. Bu bilişsel bozukluklar öz saygı depolama, iyimser bir bakış açısı kazanma ve olaylar üzerindeki yetkinliğini artırmayı içermektedir.

1.9. Araştırmanın Problemi

Günümüzde kadın sağlığını tehdit eden hastalıklar arasında meme kanseri ilk sıralardadır. Gelişen tıbbi olanaklar, erken tanı ve sağaltım sayesinde meme kanseri hastalarının yaşamda kalış süreleri uzamaktadır. Buna rağmen kanser hala kötü prognozu olan, ölümünden olan, yoğun tedavi süreci ile hastalar ve aileleri tarafından kabullenmesi güç, önemli bir stres kaynağı olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri hastalarında olduğu gibi hastaların aile bireylerinde de, farklı yükler nedeni ile ortaya çıkan emosyonel ve sosyal sorunlar yaşandığı bilinmektedir (Hocaoğlu, 2007, s. 163).

Günümüzün en ölümcül hastalıkları arasında yer alan kanser, hasta, ailesi ve sosyal çevresi üzerinde sadece fiziksel ve ekonomik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden birçok soruna neden olmaktadır. Kanser toplumun her kesiminde görülebilen bir rahatsızlıktır. Kadın-erkek, genç-yaşlı, zengin-yoksul ayrımı olmaksızın bütün toplumu etkilemektedir. Kadınlarda görülen kronik hastalıkların en önemlilerinden birisi de kanserdir. Kadınlarda görülen kanserlerin de en başında meme kanseri yer almaktadır. Kadınlara, meme kanseri tanısının konduğu andan itibaren hastanın ve diğer aile üyelerinin tüm yaşamını etkileyebilecek kadar uzun süre tedavi gerektiren kronik ve ölümcül bir hastalık olarak bilinir. Hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hastanın yoğun olarak tedaviye girmesiyle birçok yan etki ortaya çıkmaktadır. Kadının korku ve endişeleri artmaktadır. Görüldüğü üzere sağlıklı olabilmek için yalnız fizyolojik anlamda iyi olma değil psiko-sosyal açıdan da iyi olmak gereklidir. Kanser hastaları için de bu son derece önemlidir.

Kadınlar, her toplumda sağlık sorunlarıyla dikkat çeken bir nüfus grubu olmaktadır. Toplumların gelişmişlik düzeyine göre sağlık sorunlarının niteliği ve yoğunluğu değişmektedir. Genel olarak kadınların sağlıklarını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunların başında yoksulluk ve eğitim düzeyinin düşüklüğü gelmektedir. Özellikle eğitim düzeyi, verilen eğitimin tipi bu sorunun boyutlarını genişletmekte veya azalmaktadır (Aktaş, 2007, s. 2).

Bireyin ruh sağlığı ve sosyal destek mekanizması, hastalıkla baş etme kapasitesini arttırmakta ve tedaviye uyumlu hale getirmektedir. Sosyal destek; kansere yakalanan birey için oldukça önemli bir kaynaktır. Sosyal destek meme kanseri hastalarında yaşam süresini uzatmakta, hastanın tedaviye uyumunu ve tedavinin başarı şansını arttırmaktadır. Meme kanseri hastaları düşünüldüğü zaman, sosyal desteğin özellikle aileden aldığı desteğinin tedavi sürecinde oldukça önemli olduğu anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet mesleği her anlamda hastanın tam iyilik halinin gerçekleştirilmesini hedeflemektedir. İyilik halini oluşturan birçok kavram bulunmaktadır. Sosyal destek ve yaşam doyumu bu kavramlar arasında yer almaktadır.

Genel olarak ifade edilirse meme kanseri tanısı alan yoksul kadınlar, bu zorlu yaşam durumu ile sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmeleri için, içinde bulunduğu çevrenin, ailenin destek sistemlerinden yararlanmak durumundadırlar. Bu destek sistemlerinin yeterli olması halinde, hastanın psikososyal ve ekonomik işlevlerini daha sağlıklı ve güçlü bir biçimde yerine getireceği ve bunun da meme kanseri nedeniyle tedavi gören yoksul kadınların hastalığıyla başa çıkmasında etkili olacağı bilinmektedir. İşte bu araştırmanın problemi de meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme ve sosyal destek süreçlerinin nicel açılardan incelenmesi ve sosyal desteğin meme kanseri hastalarının psikolojik, sosyal ve ekonomik durumları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.

1.10. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri, yardım alma durumları ile sosyal destek ve baş etme durumları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktır. Bu genel amaca bağlı olarak geliştirilen alt amaçlar soru cümleleriyle şu şekilde ifade edilmiştir:

1. Meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri nedir?

2. Meme kanseri hastası yoksul kadınların resmi ve resmi olmayan çevrelerden yardım alma durumları nedir?
3. Meme kanseri hastası yoksul kadınların hastalık ve sonuçlarıyla baş etme durumları nedir?
4. Meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyal destek alma durumları nedir?
5. Meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri ile baş etme puanları arasında bir ilişki var mıdır?
6. Meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri ile sosyal destek puanları arasında bir ilişki var mıdır?
7. Meme kanseri hastası yoksul kadınların resmi ve resmi olmayan çevrelerden yardım alma durumları ile baş etme puanları arasında bir ilişki var mıdır?
8. Meme kanseri hastası yoksul kadınların resmi ve resmi olmayan çevrelerden yardım alma durumları ile sosyal destek puanları arasında bir ilişki var mıdır?
9. Meme kanseri hastası yoksul kadınların baş etme puanları ile sosyal destek puanları arasında bir ilişki var mıdır?

1.11. Araştırmanın Önemi

DSÖ'nün verilerine göre kanser ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer alırken, Türkiye'de Sağlık Bakanlığının verilerine göre ise ikinci sırada yer almaktadır. Kronik durum hasta ve hastanın çevresinde, yeni birçok psikolojik-sosyal-ekonomik soruna neden olmaktadır. Literatürde; yoksul kadınlar, sosyal destek-kanser ilişkisini açıklamaya çalışan birçok çalışmanın olduğu görülmektedir. Ancak yapılan bu araştırma, meme kanseri yoksul kadın hastaların yaşadıkları sorunlar ile sosyal destek ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi anlamlandırmaya çalışması yönüyle bir ilk olmaktadır.

Çalışma, meme kanseri hastalarının sosyal destek sistemlerini ve baş etme becerilerini geliştirme ve hastanın güçlenmesine yardımcı olmada kullanılabilecek önemli bilgiler sunmaktadır. Böylece meme kanseri hastasının ailesi ve sosyal çevresindeki insanları ve toplumun hasta ile iletişim ve ilişkisinde doğru tutum ve davranışları geliştirmelerine katkı sunması beklenmektedir. Bir yandan da kamu veya sivil toplum örgütlerince bu hastalar için sunulan hizmetlere yol gösterici olacaktır. Özellikle yoksul kadın hastaların sosyal destek sistemlerini anlamaya ve güçlendirmeye, baş etme becerilerini desteklemeye dönük bilgiler verecektir.

Özellikle yoksul meme kanseri kadınların, baş etme becerilerini destekleyecek, sosyal destek sistemlerini güçlendirecek, yaşam kalitelerini geliştirecek yeni ve daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bir yandan temsil gücü daha yüksek nicel araştırmalara bir yandan da hastaların duygu ve düşüncelerini daha derinliğine anlamaya dönük nitel araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu araştırma, bu türden yeni araştırmalar açısından da öncü bilgiler sunmaktadır.

Bu çalışmanın onkolojik sosyal sosyal hizmetin ihtiyaç duyduğu kuramsal bilginin üretimine ve mesleki uygulamalara ışık tutacak bilgiler üretmesi bakımından önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal hizmet, meme kanseri tedavisi gören yoksul kadınlara sağlık hizmeti sunan ekibin önemli bir üyesidir ve burada üretilen bilgiler ekip çalışmasına katkı sunacak niteliktedir. Bu araştırma, meme kanseri tanısı alan yoksul kadınların sosyal destek sistemleri ve baş etme becerilerini ortaya koyarak, güçlendirici sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesinde işlevsel olacaktır.

1.12. Araştırmanın Sayıltıları

Bu araştırmada kabul edilen sayıltılar şunlardır:

1. Bu araştırmada veri kaynağı olarak yer alan meme kanseri tanısı almış yoksul kadınlar, araştırmanın amacına uygun verilerin toplanabilmesi için gerekli nitelikleri taşımaktadır.
2. Araştırmada kullanılan görüşme formunun ve diğer ölçme araçları amaca uygun olarak geliştirilmiş ve seçilmiştir.
3. Araştırmada yer alan kadınlar, kendilerine yöneltilen soruları içtenlikle cevaplamışlardır.

1.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Türkiye’de tüm onkoloji hastanelerinde tedavi gören ve sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ile diğer sosyal yardım amaçlı derneklerden yardım alan meme kanseri tanısı almış, remisyon aşamasındaki kadınları temsil edebilecek bir örnek üzerinde yapılabilir. Ancak araştırmacının ekonomik kısıtları ve evrenin geniş ve dağınık yerleşim yerlerinde bulunması ve zaman sınırlılığı gibi nedenlerle bu ölçekte bir acılaştırmanın yapılamamış olması en önemli sınırlılıktır.

1.14. Araştırmanın Tanımları

Bu bölümde, araştırmada kullanılan bazı kavramların tanımları yer almaktadır.

Sosyal Destek: Meme kanseri hastası yoksul kadınların tedavi aşamasında ve tedavi sonrasında eş, aile, arkadaş, komşu gibi çevresindeki insanlar tarafından sağlanan maddi, manevi yardımları içermektedir.

Meme kanseri hastası yoksul kadınlar: Bu araştırmada meme kanseri tanısı almış tedavi sürecinde remisyon aşamasında olan, SYDV'lerden ekonomik olarak yoksul olarak değerlendirilmiş olan kadınları ifade etmektedir.

Baş etme: Bu araştırmada meme kanseri hastası yoksul kadınların tedavi aşamasında ve tedavi sonrasında hastalıkla ve yaşadıkları yoksullukla baş etmelerini ifade etmektedir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, nicel araştırma tasarımı ile gerçekleştirilmiştir. Meme kanseri tanısı almış yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri, resmi ve resmi olmayan çevrelerden yardım alma durumları, hastalık ve sonuçlarıyla baş etme durumları ve sosyal destek alma durumları genel tarama modeli ile incelenmiştir.

Ayrıca meme kanseri tanısı almış yoksul kadınların sosyo demografik özellikleri ve yardım alma durumları ile baş etme ve sosyal destek puanları ve ayrıca baş etme ve sosyal destek puanları arasındaki ilişki de ilişkisel tarama modeli ile incelenmiştir.

2.2. Araştırma Kümesi

Bu çalışmada, Ankara ili Mamak ve Keçiören ilçesinde kurulu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarından yoksulluk nedeniyle yardım alan ve Ankara Onkoloji Hastanesi sosyal servisi tarafından yoksul olarak değerlendirilen meme kanseri tanısı almış, tedavi görmüş ve remisyon aşamasındaki kadınlarla görüşülmüştür. Bu kaynaklardan ulaşılabilen kişi sayısı az olduğu için tam sayım yoluna gidilmiş; örneklem alınmamıştır. Veri kaynaklarından elde edilen bilgilerin benzer konumdaki tüm kadınlara genelleme olanağı olmasa da ilk çalışmalardan biri olması nedeniyle fikir verici değeri vardır.

Mamak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından yardım alan 25 kadınla; Keçiören Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından yardım alan 15 kadınla, Ankara Onkoloji Hastanesi Sosyal Servisinden ise 70 kadın ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Süreci

Veriler, meme kanseri tanısı almış, tedavi sürecinde ve remisyon aşamasında olan yoksul kadınlarla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşülen her kadın, araştırma hakkında

bilgilendirilmiş, gönüllü katılım onamı alındıktan sonra görüşmelere başlanmıştır. Görüşmelere, araştırmacının yanı sıra Mamak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfında çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, serbest çalışan bir sosyal hizmet uzmanı ve Ankara Onkoloji Hastanesi Sosyal Servisinde görevli iki sosyal hizmet uzmanı katkı vermiştir. Araştırmacı görüşmelerde kendisine katkı veren sosyal hizmet uzmanlarına, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapmıştır.

Görüşmelerde üç adet veri toplama aracı kullanılmıştır:

1. Görüşme Formu
2. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği / COPE, (Carver ve ark, 1989)
3. Sosyal Destek ölçeği (Berrin Eylene, 2002)

Araştırmacı tarafından geliştirilen Görüşme Formunda görüşülenlerin sosyo demografik özellikleri ile tanı ve tedavi sürecinde yardım aldıkları kişi ve kurumlar hakkında bilgi toplamayı amaçlayan 53 soru yer almaktadır.

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında, başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği / COPE'nin Türkçe'ye çevirisi ve uyarlanması Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kullanımı için Prof. Dr. Mehmet Ağargün'den izin alınmıştır. Ölçekte 28 soru bulunmaktadır.

Dr. Berrin Eylene Özyurt tarafından hastaların, ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından 2002 yılında geliştirilen Sosyal Destek Ölçeği 35 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin kullanımı için Dr. Berrin Eylene Özyurt'tan gerekli izin alınmıştır.

Görüşmeler Mamak ve Keçiören sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ile Ankara Onkoloji Hastanesi Sosyal Servisinde Eylül - Ekim 2016 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 40 -50 dakika sürmüştür. Görüşmelerde bazı bireylerin hastalıktan dolayı vakıflara gelme imkanları olmadığı için görüşmeler evlerde gerçekleştirilmiştir. Bazı hastalar yabancı oldukları için ve dil sorunu olduğu için görüşmeler gerçekleştirilmedi.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 18. 0 programı aracılığıyla veri tabanına aktarılmış ve çözümlenmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı nonparametrik testlerden faydalanılmıştır. İki gruplu verilerin karşılaştırmasında ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi, t test; iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti ve yönü hakkındaki test, Spearman's Rho Korelasyon, normal dağılım göstermeyen gruplarda üç veya fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test amacıyla kullanılan Kruskal Wallis testi (Chi-Square) kullanılmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde “Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Baş etme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi” isimli araştırmanın amaçları doğrultusunda uygulama yapılan meme kanseri hastası yoksul kadınlar elde edilen bulgulara, bunlara ilişkin çizelgeler ve yorumlara yer verilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlar dört ana bölümde ele alınmıştır. Bu bölümlerin ilkinde meme kanseri hastası yoksul kadınların tanıtıcı bulgulara, ikincisinde ise meme kanseri hastası yoksul kadınların tanıtıcı özellikleri ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye, üçüncüde meme kanseri yoksul kadınların tanıtıcı özellikleri ile baş etme arasındaki ilişkiye, dördüncüde meme kanseri hastası yoksul kadınların baş etme ve sosyal destek arasındaki ilişkiye yer verilmiştir.

3.1. Kanseri Bireyleri Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına giren meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo-demografik özelliklerine, ekonomik özellikleri ve konut durumlarına, aile içi/akrabalık ve komşuluk ilişkilerine, hastalığa ve hastane sürecine ve sosyal destek algılarına ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

3.1.1. Meme Kanseri Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki meme kanseri hastası yoksul kadınların cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, öğrenim durumu, medeni durumu, mesleği, çocuk sahip olma ve çocuk sayısı, kamular, sivil topluma göre dağılımları yer almaktadır:

Çizelge 1.Yaş

Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
110	30	78	51, 40	10, 340

Çizelge 1'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların yaşları 30 ile 78 arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 51, 40 olarak bulunmuştur.

Çizelge 2. Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	2	1, 8
İlkokul mezunu	68	61, 8
Ortaokul mezunu	18	16, 4
Lise mezunu	15	13, 6
Yükseköğretim mezunu	7	6, 4
Toplam	110	100

Çizelge 2'de çalışmaya katılan kadınların %61, 8 ile büyük çoğunluğu oluşturan 68 kadının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Daha sonra %16, 4 ile 18 kadının ortaokul mezunu olduğu, %13, 6 ile 15 kadının lise mezunu olduğu, %6, 4 ile 7 kadının yükseköğretim mezunu olduğu ve %1, 8 ile 2 kadının okuryazar olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3. Meslek Durumu

Meslek Durumu	Sayı	Yüzde
Mesleği var	15	13, 6
Mesleği yok	95	86, 4
Toplam	110	100

Çizelge 3'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %86, 4 ile büyük çoğunluğunun bir mesleği olmadığı ve %13, 6 ile 15 kadının bir mesleğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu

Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
Düzenli bir işte çalışıyor	8	7, 3
Düzenli bir işte çalışmıyor	102	92, 7
Toplam	110	100

Çizelge 4'te çalışmaya katılan kadınların %92, 7 ile büyük çoğunluğu oluşturan 102 kadının düzenli bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Çizelge 5. Medeni Durumu

Medeni Durumu	Sayı	Yüzde
Hiç evlenmemiş	5	4, 5
Eşi vefat etmiş	11	10, 0
Evli	62	56, 4
Boşanmış	22	20, 0
Ayrı yaşıyor	1	0, 9
Birlikte yaşıyor	7	6, 4
İkinci eş	2	1, 8
Toplam	110	100

Çizelge 5'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %56, 4 ile büyük çoğunluğu oluşturan 62 kadının evli oldukları belirlenmiştir. Daha sonra %20 ile 22 kadının boşanmış olduğu, %10 ile 11 kadının eşinin vefat etmiş olduğu görülmektedir.

Çizelge 6. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu

Eşin Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
Düzenli bir işte çalışıyor	59	53, 6
Düzenli bir işte çalışmıyor	51	46, 4
Toplam	110	100

Çizelge 6'da çalışmaya katılan kadınların eşlerinin %53, 6'sının düzenli bir işte çalıştığı, kalan %46, 4'ünün ise düzenli bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Çizelge 7. Sosyal Güvence Durumu

Sosyal Güvence Durumu	Sayı	Yüzde
Sosyal güvencesi var	96	87, 3
Sosyal güvencesi yok	14	12, 7
Toplam	110	100

Çizelge 7'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %87, 3 ile büyük çoğunluğu oluşturan 96 kadının sosyal güvencesi bulunduğu ancak %12, 7 ile 14 kadının sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 8. Sosyal Güvencenin Niteliği

Sosyal Güvencenin Niteliği	Sayı	Yüzde
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	57	51, 8
BAĞ-KUR	22	20, 0
Emekli Sandığı	13	11, 8
Yeşil Kart	4	3, 6
Sosyal güvencesi yok	14	12, 7
Toplam	110	100

Çizelge 8'de çalışmaya katılan kadınların %51, 8 ile büyük çoğunluğu oluşturan 57 kadının sosyal güvencesinin Sosyal Sigortalar Kurumu olduğu görülmektedir. Daha sonra %20 ile 22

kadının BAĞ-KUR'dan faydalandığı, %11, 8 ile 13 kadının Emekli Sandığı'ndan faydalandığı ve %3, 6 ile 4 kadının Yeşil kart güvencesinden faydalandığı görülmektedir.

Çizelge 9. Ev Sahibi Olma Durumu

Ev Aidiyet Durumu	Sayı	Yüzde
Aile evin sahibi	49	44, 5
Aile evin sahibi değil (Kira vs.)	61	55, 5
Toplam	110	100

Çizelge 9'da görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %55, 5 ile çoğunluğunun ikamet ettikleri evin aidiyetine sahip olmadığı, %44, 5'inin ise ikamet ettikleri evin sahibi oldukları belirlenmiştir.

Çizelge 10. Aylık Gelir

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Aylık gelir bilgisi olan	96	450	2300	1324, 53	402, 238
Yanıtlanmamış	14				
Toplam	110				

Çizelge 10'da görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 14'ü soruyu yanıtızsız bırakmıştır. Soruyu cevaplayan 96 kadının aylık gelirleri ise 450 TL ile 2300 TL arasında değişiklik göstermekte olup aylık ortalama gelir 1324, 53 olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 11. Çocuk Sahibi Olma Durumu

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Çocuğu var	101	91, 8
Çocuğu yok	9	8, 2
Toplam	110	100

Çizelge 11'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %91, 8 ile büyük çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu ve yalnızca %8, 2 ile 9 kadının çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 12. Çocuk Sayısı

Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde
Çocuğu yok	9	8, 2
1 çocuğu var	12	10, 9
2 çocuğu var	46	41, 8
3 çocuğu var	29	26, 4
4 çocuğu var	7	6, 4
5 çocuğu var	7	6, 4
Toplam	110	100

Çizelge 12'de çalışmaya katılan kadınların %41, 8 ile çoğunluğu oluşturan 46 kadının 2 çocuğa sahip olduğu, %26, 4 ile 29 kadının 3 çocuğa sahip olduğu, %10, 9 ile 12 kadının 1 çocuğa sahip olduğu, %8, 2 ile 9 kadının hiç çocuğu olmadığı, %6, 4 ile 7 kadının 4 çocuğa sahip olduğu ve %6, 4 ile 7 kadının 5 çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 13. Hastalık Teşhis Süresi

	Sayı	Minimum (Ay olarak)	Maximum (Ay olarak)	Ortalama (Ay olarak)	Standart Sapma
Hastalık teşhis süresi olan	109	6, 0	240, 0	42, 014	55, 8943
Yanıtlanmamış	1				
Toplam	110				

Çizelge 13'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 1'i soruyu yanıtızsız bırakmıştır. Soruyu cevaplayan 109 kadının hastalık teşhis sürelerine bakıldığında ise en kısa 6 ay önce teşhis almış olan ve en uzun 240 ay (20 yıl önce) teşhis almış olan kadınların çalışmada yer aldığı görülmektedir.

Çizelge 14. Ameliyat Olma Durumu

Ameliyat Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Ameliyat olmuş	102	92, 7
Ameliyat olmamış	8	7, 3
Toplam	110	100

Çizelge 14'te çalışmaya katılan kadınların %92, 7 ile büyük çoğunluğunun hastalık teşhisi sonrası ameliyat olduğu ve yalnızca %7, 3 ile 8 kadının ameliyat geçirmediği belirlenmiştir.

Çizelge 15. Hastalığın Yaşamında Değişikliklere Neden Olma Durumu

Hastalığın Değişiklik Yaratma Durumu	Sayı	Yüzde
Hastalık yaşamında değişiklik yaratmış	78	70, 9
Hastalık yaşamında değişiklik yaratmamış	32	29, 1
Toplam	110	100

Çizelge 15'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %70, 9 ile çoğunluğu geçirdiği hastalığın yaşamlarında değişikliğe yol açtığını belirtmiştir ancak %29, 1'i hastalığın yaşamlarında bir değişikliğe yol açmadığını ifade etmiştir.

Çizelge 16. Hastalığıyla İlgili Bilgisini Yeterli Bulma Durumu

Bilgi Düzeyini Yeterli Hissetme Durumu	Sayı	Yüzde
Yeterli hissediyor	51	46, 4
Yeterli hissetmiyor	38	34, 5
Diğer	21	19, 1
Toplam	110	100

Çizelge 16'da çalışmaya katılan kadınların %46, 4 ile çoğunluğunun geçirdiği hastalık hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu hissettiği ve %34, 5'inin ise hastalıkla ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını hissettiği görülmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyen 21 kadının ifadelerinde ise en azından bir yakınlarının hastalık hakkında bilgisi olduğu ve bu konuda onlardan faydalandıkları konusunda bir düşünce hâkim olmaktadır.

Çizelge 17. Hastalığından Dolayı Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyaç Durumu

Meslek Elemanından Yardım İhtiyacı	Sayı	Yüzde
Evet	58	52, 7
Hayır	52	47, 3
Toplam	110	100

Çizelge 17'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların hastalıkları ile ilgili psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi meslek elemanlarından yardıma ihtiyaç duyma durumu %52, 7 ile evet; %47, 3 ile hayır şeklinde cevaplanmıştır.

Çizelge 18. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu

STK'dan Destek Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	21	19, 1
Hayır	89	80, 9
Toplam	110	100

Çizelge 18'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %80, 9 ile büyük çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili sivil toplum kuruluşlarından destek almadığı, %19, 1 ile 21 kadının sivil toplum kuruluşlarından destek aldığı belirlenmiştir.

Çizelge 19. Aileden Yardım Alma Durumu

Aileden Destek Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	85	77, 3
Hayır	25	22, 7
Toplam	110	100

Çizelge 19'ta çalışmaya katılan kadınların %77, 3 ile büyük çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili ailelerinden olumlu bir destek aldıklarını ifade ettikleri ancak %22, 7 ile 25 kadının ailelerinden yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Çizelge 20. Akrabalardan Yardım Alma Durumu

Akrabalardan Destek Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	69	62, 7
Hayır	41	37, 3
Toplam	110	100

Çizelge 20'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %62, 7 ile çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili akrabalarından olumlu destek aldıklarını ancak %37, 3 ile 41 kadının akrabalarından yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Çizelge 21. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu

Komşu Destek Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	66	60
Hayır	44	40
Toplam	110	100

Çizelge 21'de çalışmaya katılan kadınların %60'ının hastalıkları ile ilgili komşularından olumlu destek aldıklarını ifade ettikleri ancak %40'ının komşularından yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Çizelge 22. Arkadaştan Yardım Alma Durumu

Arkadaş Destek Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	66	60, 0
Hayır	44	40, 0
Toplam	110	100

Çizelge 22'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %60'ının hastalıkları ile ilgili arkadaşlarından olumlu destek aldıklarını ifade ettikleri ancak %40'ının yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Çizelge 23. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu

Kamu Kurumlarından Destek Alma	Sayı	Yüzde
Evet	38	34, 5
Hayır	72	65, 5
Toplam	110	100

Çizelge 23'te çalışmaya katılan kadınların %65, 5 ile çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili kamu kurumlarından olumlu destek aldıklarını ifade ettikleri ancak %34, 5 ile 38 kadının yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Çizelge 24. Çaresizlik Hissetme Durumu

Çaresizlik Hissetme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	95	86, 4
Hayır	15	13, 6
Toplam	110	100

Çizelge 24'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %86, 4 ile büyük çoğunluğunun hastalık sürecinde kendilerini çaresiz hissettiği anlar olduğunu belirtmiştir ancak %13, 6 ile 15 kadın çaresizlik hissettiği anlar olmadığını ifade etmiştir.

Çizelge 25. Ailede Hastalık Olma Durumu

Hastalığın Ailede Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Var	26	24, 1
Yok	82	75, 9
Cevap verilmemiş	2	
Toplam	110	100

Çizelge 25'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadın 2'si soruyu yanıtsız bırakmıştır. Soruyu cevaplayan kadınların %75, 9 ile büyük çoğunluğunun ailelerinde daha önce kanser teşhisi alan olmadığı, %24, 1 ile 26 kadının ailesinde daha önce kanser teşhisi alan birey ya da bireyler olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 26. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma Durumu

Hastalıkla Karşılaşabileceği Bilgisi	Sayı	Yüzde
Evet	19	17, 3
Hayır	91	82, 7
Toplam	110	100

Çizelge 26'da çalışmaya katılan kadınların %82, 7 ile büyük çoğunluğunun hastalıkla karşılaşabileceği konusunda bilgi sahibi olmadığı ve %17, 3 ile 19 kadının hastalıkla karşılaşabileceği hakkında bilgi sahibi olduğu görülmektedir.

Çizelge 27. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan (SYDV) Yardım Alma Durumu

SYDV Yardım Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	42	38, 2
Hayır	68	61, 8
Toplam	110	100

Çizelge 27'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %61, 8'inin SYDV'den yardım almadığı ve %38, 2'sinin SYDV'den yardım aldığı belirlenmiştir.

Çizelge 28. SYDV Yardımının İhtiyaçlarını Karşılama Durumu

SYDV Yardımı ve İhtiyaç Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	12	28, 6
Hayır	26	61, 9
Diğer	4	9, 5
Yanıtlanmamış	68	
Toplam	110	100

Çizelge 28'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 68'i SYDV'den yardım almadığından dolayı soruyu yanıtsız bırakmıştır. Soruyu yanıtlayan kadınların %61, 9 ile büyük çoğunluğu SYDV'den aldıkları yardımın ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olmadığını ve %28, 6 ile 12 kadının aldıkları yardımın ihtiyaçlarını karşılamak konusunda yeterli olduğunu ifade ettiği görülmektedir.

Çizelge 29. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler

Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Hizmetlerin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	95	86, 4
Yetersiz	15	13, 6
Toplam	110	100

Çizelge 29'da görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %86, 4'ü teşhis ve tedavi aşamasında faydalandığı tıbbi hizmetleri yeterli gördüğünü ancak %13, 6'sı da yeterli görmediğini belirtmiştir.

Çizelge 30. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Sosyal Hizmet Hakkında Değerlendirmeler

Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Tıbbi Sosyal Hizmetin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	18	16, 4
Yetersiz	92	83, 6
Toplam	110	100

Çizelge 30'da görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların %83, 6'sı teşhis ve tedavi aşamasında faydalandığı tıbbi sosyal hizmetin yetersiz olduğunu ve %16, 4'ü de bu hizmetlerin yeterli olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 31. Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Psikolojik Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler

Teşhis ve Tedavi Aşamasındaki Psikolojik Hizmetlerin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	36	32,7
Yetersiz	74	67,3
Toplam	110	100

Çizelge 31'de çalışmaya katılan kadınların %67,3 ile çoğunluğunun teşhis ve tedavi aşamasındaki psikolojik hizmetlerin yetersiz olduğunu düşündükleri ve %32,7 ile 36 kadının bu hizmetlerin yeterli olduğunu düşündüğü görülmektedir.

Çizelge 32. Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler

Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Hizmetlerin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	89	81,7
Yetersiz	20	18,3
Yanıtlanmamış	1	
Toplam	110	100

Çizelge 32'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 1'i soruyu yanıtız bırakmıştır. Soruyu cevaplayan kadınların %81,7'si tedavi sonrasındaki tıbbi hizmetlerin yeterli olduğunu düşündüğü, %18,3'ünün yetersiz olduğunu düşündüğü görülmektedir.

Çizelge 33. Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Sosyal Hizmet Hakkında Değerlendirmeler

Tedavi Sonrasındaki Tıbbi Sosyal Hizmetin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	24	22,0
Yetersiz	85	78,0
Yanıtlanmamış	1	
Toplam	110	100

Çizelge 33'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 1'i soruyu yanıtız bırakmıştır. Soruyu yanıtlayan kadınların %78'i tedavi sonrası tıbbi sosyal hizmeti yetersiz gördüğünü belirtmiştir ve %22'si ise bu hizmetleri yeterli gördüğünü ifade etmiştir.

Çizelge 34. Tedavi Sonrasındaki Psikolojik Hizmetler Hakkında Değerlendirmeler

Tedavi Sonrasındaki Psikolojik Hizmetlerin Değerlendirilmesi	Sayı	Yüzde
Yeterli	36	33,0
Yetersiz	73	67,0
Yanıtlanmamış	1	
Toplam	110	100

Çizelge 34'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan 110 kadından 1'i soruyu yanıtızsız bırakmıştır. Soruyu cevaplayan kadınların %67'si tedavi sonrası psikolojik hizmetleri yetersiz bulduğunu ifade etmiştir ve %33'ü bu hizmetlerin yeterli olduğunu belirtmiştir.

3.2. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına giren kanserli bireylerin sosyo-demografik özellikleri, ekonomik özellikleri ve konut durumları, aile içi/akrabalık ve komşuluk ilişkileri, hastalık ve hastane süreci ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye yönelik bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

3.2.1. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki meme kanseri hastası yoksul kadınların cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, hastalıkla ilgili bilgisiz olması, tedavi aşamasında ve sonrasında tıbbi sosyal hizmet, psikolog, tıbbi hizmetler, sosyal güvencesi, sivil toplum ve kamu desteği ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkilere yönelik bulgular yer almaktadır:

Çizelge 35. Yaş ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Spearman's Rho	P
Yaş	0,009	,925
Sosyal Destek Puanı		

Çizelge 35'te görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların yaşları ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda yaş ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Ayaz ve diğerleri (2008) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, yaşın sosyal destek düzeyini etkilemediğini bulmuştur. Özbek Guni (2005) kanserli hastaların yaşının sosyal destek düzeyini etkilemediğini belirlemiştir.

Yapılan analiz sonucunda, meme kanseri hastası yoksul kadınların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının, yaş aralıklarına göre anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($F=0.709$; $p>0.05$). Buna göre, algılanan sosyal desteğin yaşa göre değişmediği bulunmuştur (Seçkin, 2009, s. 55).

Çizelge 36. Eğitim Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

	Eğitim Durumu	N	Mean Rank	Chi-square	P
Sosyal Destek Puanı	Okur-yazar değil	2	42,75	5,708	,222
	İlkokul mezunu	68	60,13		
	Ortaokul mezunu	18	50,58		
	Lise mezunu	15	52,50		
	Yükseköğretim mezunu	7	33,29		
	Toplam	110			

Çizelge 36'da meme kanseri hastası yoksul kadınların eğitim durumlarının sosyal destek puanına etkisini gösteren varyans analizi sonuçlarına bakıldığında, aldıkları sosyal destek puanları ile eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmekle birlikte yükseköğretim mezunu meme kanseri hastası yoksul kadınlarda sosyal destek puanları diğer gruplara göre düşüktür. Buna karşılık, Drageset ve Lindstrom (2005), yapmış oldukları araştırmada, öğrenim düzeyinin, sosyal desteğin en önemli belirleyicisi olduğunu belirlemişlerdir. Tan ve Karabulutlu (2005) ise yaptıkları araştırmada öğrenim düzeyinin algılanan sosyal desteği etkilemediğini bulmuştur. Bulgular arasındaki bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı hasta gruplarının kendine has özelliklerinden kaynaklandığı görülmektedir.

Kanserli hastalarda algılanan sosyal destek puanı ortalamasının durumu ile eğitim düzeyi değişeni arasındaki ilişki araştırılmıştır. Algılanan sosyal destek ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Cihandide, 2013, s. 51).

Çizelge 37. Meslek Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

	Meslek Durumu	N	Mean Rank	Z	P
Sosyal Destek Puanı	Mesleği var	15	36,93	-2,426	,015
	Mesleği yok	95	58,43		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınların mesleki durumlarının sosyal destek puanına etkisini gösteren varyans analizi sonuçlarına bakıldığında (Çizelge 37), sosyal destek puanları ile mesleki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Güni (2005) tarafından yapılan çalışmada, hastaların mesleki durumları ile algılanan sosyal

destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. Ayrıca mesleği olmayanların sosyal destek algısının diğerlerini göre daha yüksek oluşu, sahip oldukları sosyal ağların genişliği ve yoğunluğuyla açıklanabilir.

Meslek sahibi dolayısıyla çalışma yaşamına dahil olmayan kadın hastalar zamanlarının çoğunu aile içinde geçirdikleri için sosyal destek puanlarının yüksek olduğu söylenebilir. Kanserli kadının çalışma yaşamında olmaması sosyal ilişkilerine zaman ve fırsat yaratmada, ilişkilerin niteliğini artırmada olumlu etki yaratabilir.

Çizelge 38. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Düzenli İşe sahip olma Durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Düzenli işi var	8	55, 31	-0, 017	, 986
	Düzenli işi yok	102	55, 51		
	Toplam	110			

Çizelge 38’de görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların düzenli bir işe sahip olma durumlarının sosyal destek puanına etkisini gösteren varyans analizi sonuçlarına bakıldığında, aldıkları sosyal destek puanları ile mesleki durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığını görülmektedir ($p>0, 05$). Düzenli bir işi olan kanserli kadınların sayısının bu çalışma kapsamında düzenli işi olan kadınlara göre oldukça az olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu da belirtilebilir.

Seçkin (2009)’in yaptığı çalışmada başka bir işte çalışan ve çalışmayan hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t(89)=1. 028$; $p>0. 05$) (Seçkin, 2009, s. 60).

Çizelge 39. Medeni Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Medeni Durumu	N	Mean Rank	Chi-square	P
	Hiç evlenmemiş	5	76, 60	12, 266	, 015
	Eşi ölmüş	11	53, 36		
	Evli	71	60, 31		
	Boşanmış	22	35, 86		
	Ayrı yaşıyor	1	64, 00		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınların medeni durumları ve sosyal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0, 05$). Elde edilen sonuca göre hiç evlenmemiş olanların meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyal destek algısı boşanmış olanlara oranla

daha yüksektir. Hiç evlenmemiş olan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda kök aileleri ile yaşadığından destek mekanizmalarının daha iyi işlediği ve desteklendiği düşünülmektedir. Kadının meme kanseri olmasının boşanmayı tetikleyebileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla kadınların yalnız başına yaşamasının kanser ve yoksullukla ilgili sorunlarının daha da artmasına neden olabilmektedir. Boşanmış kadın hastalarda sosyal destek puanlarının düşük olmasının nedeninin eş desteğinden mahrumiyet olduğu belirtilebilir. Yapılan görüşmelerden elde edilen nitel yanıtların birçoğunda bunu destekleyici ifadeler yer almaktadır. Örneğin bir kadın bu durumu, “*Meme kanseri olmam sebebiyle eşim benden ayrıldı ve mücadelede beni yalnız bıraktı*” şeklinde ifade etmiştir (104 numaralı görüşme, 65 yaş, lise mezunu, boşanmış, 2 çocuğu var). Diğer bir görüşmede “*Rahatsızlığımdan sonra boşandık. Olumsuz etkiledi. Daha da yalnızlaştım*” görülmektedir (52 numaralı görüşme, 67 yaş, ortaöğretim mezunu, boşanmış, 2 çocuğu var). Diğer bir görüşmede “*Kanser oldum, eşimin benimle cinsel ilişkisi olmadı. Başka kadınlara gitti, bu beni yıktı. Boşanmaya karar verdim. Yardımcı olmadı, yıkıcı bile oldu. Hastanede bazıları eşleri ile geliyordu ben yalnız gidiyordum, çok etkiliyordu*” (95 numaralı görüşme, 42 yaş, ilköğretim mezunu, boşanmış, 3 çocuğu var) demektedir.

Savcı (2006) ve Yılmaz (2011) yaptıkları araştırmalarda da evli olan kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmadan farklı olarak sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuşlardır. Evli olanların sosyal destek puanlarının yüksek olması, evli insanların diğer desteklerinin yanı sıra eş ve çocuklarından da destek almaları ile açıklanabilir. Literatürdeki kimi çalışmalarda ise kanser hastalarının medeni durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı bulunmuştur (Dedeli vd, 2008).

Çizelge 40. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Eşin Düzenli İşe sahip olma Durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Eşin düzenli işi var	59	59, 92	-1, 565	, 118
	Eşin düzenli işi yok	51	50, 38		
	Toplam	110			

Çizelge 40’ta görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların eşinin düzenli bir işe sahip olma durumu ve toplam sosyal destek puanı arasında, istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0, 05$). Kanserin son yıllardaki artışı ve tüm sosyoekonomik düzeylerde yaygınlık göstermesi bu hastalığın ölümcül olduğuna ilişkin kanının da sürmesine yol açmaktadır. İşsizlik, ekonomik sorunlar ve gelir kaybı gibi sorunlar herkes için stres kaynağı

oluşturmaktadır. İstatistik olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olmasına rağmen, yapılan görüşmelerden elde edilen nitel yanıtların birçoğunda kadın meme kanseri hastalarının eşlerinin düzenli işe sahip olmamaları ve ekonomik açıdan zor durumda oldukları ifade edilmiştir. Örneğin bir kadın bu durumu “Eşim emekli maaşı yetmediği için çalışmak zorunda kaldığından ev işlerinde ameliyat olduğum için yardımcı olamadı “(109 numaralı görüşme, 48 yaş, ilköğretim mezunu, evli, 2 çocuğu var) demektedir.

Çizelge 41. Sosyal Güvence Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

	Sosyal Güvence Durum	N	Mean Rank	Z	P
Sosyal Destek Puanı	Var	96	57, 65	-1, 848	, 065
	Yok	14	40, 79		
	Toplam	110			

Çizelge 41’de görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların sahip oldukları sosyal güvence durumu ve toplam sosyal destek puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0, 05$).

Seçkinin araştırma sonuçlarına göre, hastaların sahip oldukları sosyal güvence sisteminin, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur ($\chi^2(3) = 3.555$ $p > 0.05$) (Seçkin, 2009, s. 61).

Çizelge 42. Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

	Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu	N	Mean Rank	Chi-square	P
Sosyal Destek Puanı	SSK	57	55, 02	9, 431	, 024
	Bağ-Kur	22	39, 89		
	Emekli Sandığı	13	32, 92		
	GSS	4	53, 63		
	Toplam	110			

Çizelge 42’de görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların sahip oldukları sosyal güvencenin niteliği ve toplam sosyal destek puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0, 05$). Buna göre, algılanan sosyal desteğin hastaların sahip oldukları sosyal güvence sistemine göre farklılaştığı söylenebilir. Hastaların SSK güvence durumu başka güvence durumlarına göre yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hastaların büyük bir bölümü SSK güvence durumuna sahiptir.

Çizelge 43. Ev Sahibi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Ev Sahibi Olma Durum	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	49	56,40	-0,265	,791
	Hayır	61	54,78		
	Toplam	110			

Çizelge 43'e göre meme kanseri hastası yoksul kadınların ev sahibi olma durumuna göre algıladıkları sosyal destek puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) ev sahibi olmayan hasta kadınlarda destek puanı ev sahibi olan hastalara göre düşük bulunmuştur. Meme kanseri hastası yoksul kadınların ev sahibi olmamaları ve ekonomik durumlarının düşük olması ve bunun getirdiği zorluklar, tedavi giderlerinin karşılanmasında yaşam güçlükleri ve aile üyelerinin, komşuların, arkadaşların, akrabaların, kamu ve sivil toplum örgütlerinin ilgi ve desteklerini hastalarına yeterince yöneltememelerine, bu durumun da algılanan sosyal desteği düşürdüğü düşünülebilir.

Çizelge 44. Aylık Gelir ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Spearman's Rho	P
Aylık gelir	0,090	,382
Sosyal Destek Puanı		

Çizelge 44'te görüldüğü üzere, meme kanseri hastası yoksul kadınların aldıkları sosyal destek puanları ile gelir durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyi düşük olan meme kanseri hastası hastaların tedavi ve tetkikleri ile ilgili olanaklara ulaşmalarının zor olacağı ve hastalığın meydana getirdiği ekonomik güçlükleri karşılamada sıkıntılar yaşayacağı düşünülebilir. Ayaz vd (2008) kanser hastalarında ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kanser hastalarının diğer gruplara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Gıda ve barınma olmak üzere temel ihtiyaçlarının yanında, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, meme kanseri hastası hastanın yaşama daha güvenle bakmasına ve kendisini güvende hissetmesine neden olduğu belirlenmiştir. Algılanan güven desteği düzeyinin gelirin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediği düşünen grupta daha yüksek bulunması bu görüş ile açıklanabilir. Örneğin bir kadın bu durumu “*Düzenli ilaç alamadım, çalışmak zorunda kaldım, elim hep şişiyordu mahvoldum*” (95 numaralı görüşme, 42 yaş, ilköğretim mezunu, boşanmış, 3 çocuğu var) demektedir.

Çizelge 45. Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Çocuk Sahibi Olma Durum	N	Mean Rank	Z	P
	Var	101	54,65	-0,933	,351
	Yok	9	65,00		
	Toplam	110			

Çizelge 45'te görüldüğü gibi çocuk sahibi olma ile sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmasa da; çocuk sahibi olmayan meme kanseri hastası kadın hastaların algıladıkları sosyal destek puanı daha yüksektir. Özellikle küçük çocukların varlığı kadın üzerinde önemli bir bakım yükü getirmektedir. Hem çocuk sahibi olmak hem de ölümcül etkileri olabilecek bir hastalıkla mücadele etmek kadın için ayrıca bir yük ve stres kaynağı olabilir. Ayrıca çocuklu kadınların daha fazla sosyal destek gereksinimi içinde oldukları ve bunun karşılanmaması halinde ise daha çok yoksunluk yaşadıkları da bu sonuçlar çerçevesinde ele alınabilir.

Çizelge 46. Çocuk Sayısı ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Spearman's Rho	P
Çocuk sayısı	0,090	0,350
Sosyal Destek Puanı		

Çizelge 46'da görüldüğü üzere, çocuk sayısı ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). Benzer bir çalışmada Seçkin (2009) ise aileden alınan sosyal destek ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p < 0,114$). Buna karşılık bir çalışmada, kanserli hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Güni, 2005, s. 80).

Çizelge 47. Hastalık Teşhis Süresi ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Spearman's Rho	P
Hastalık teşhis süresi	-0,031	,752
Sosyal Destek Puanı		

Çizelge 47'de görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların hastalık teşhis süresi ile sosyal destek ilişkilerini değerlendirme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p > 0,05$).

Çizelge 48. Ameliyat Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Ameliyat Olma Durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	102	55,14	-0,426	,670
	Hayır	8	60,13		
	Toplam	110			

Çizelge 48’de meme kanseri hastası yoksul kadınların ameliyat olma durumu ile sosyal destek ilişkilerini değerlendirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 49. Hastalığın Yaşamında Değişikliklere Neden Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Hastalığın yaşamında değişikliklere neden olma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	78	50,30	-2,669	,008
	Hayır	32	68,17		
	Toplam	110			

Çizelge 49’a göre meme kanseri hastası yoksul kadınlarda hastalığın yaşamlarında değişikliklere neden olma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p>0,05$). Araştırma sonuçlarına göre hastalığın yaşamında önemli değişikliklere neden olduğunu belirten kadınların düşük sosyal destek algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Bilindiği üzere meme kanseri, hastaların yaşamında büyük oranda değişikliklere neden olur. Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması, hastanın ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Meme kanseri hastası yoksul kadınlar ve aileleri, bir yandan hastalığı kabul etmek ve yan etkileriyle başa çıkmak, bir yandan da ekonomik yönden oluşabilecek güçlüklerle, aile ilişkilerinde ve rol dengelerinde görülen değişikliklerle yüz yüze gelmektedirler. Meme kanseri hastalarının, hastalık odaklı yaşam döngülerinin beraberinde getirdiği yeni dengelere uyum sağlamakla, geleceğe yönelik belirsizliklerle ve korku dolu düşüncelerle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Ayrıca meme kanseri beden görüntüsü, beden algısı ve cinsel ilişkileri olumsuz etkilemektedir.

Çizelge 50. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	95	57, 84	-1, 939	, 053
	Yetersiz	15	40, 67		
	Toplam	110			

Çizelge50’de hastaların teşhis ve tedavi aşamasında aldıkları tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu ile algıladıkları sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmemekle birlikte hastalığına dair aldığı tıbbi tedaviyi yeterli bulan kadınların sosyal destek puanları daha yüksek çıkmıştır ($p < 0, 05$).

Çizelge 51. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmet Desteğini Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı tıbbi sosyal hizmet desteğini yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	18	46, 42	-1, 321	, 186
	Yetersiz	92	57, 28		
	Toplam	110			

Çizelge 51’de görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların teşhis ve tedavi aşamasında aldığı tıbbi sosyal hizmet desteğini yeterli bulma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p > 0, 05$).

Kanser tanısı alan kişi ve ailesine profesyonel desteği veren sosyal hizmet uzmanı tedaviye başlanmasına karar verdiği zamandan itibaren tedavi hakkında bilgilendirme ve danışmanlık vermesi, birey ve ailenin hastalığa uyumlarını kolaylaştırmak için yapması gereken mesleki sorumluluklarından biridir (Kennedy, 1996, s. 36). Araştırmaya katılan meme kanseri hastaların, sosyal hizmet uzmanından aldığı mesleki desteğin yetersiz olduğu görülmektedir.

Çizelge 52. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	36	57, 44	-0, 446	, 656
	Yetersiz	74	54, 55		
	Toplam	110			

Çizelge 52’de görüldüğü üzere, meme kanseri hastası yoksul kadınların teşhis ve tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteğin yeterli bulma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuca rağmen elde edilen sonuca göre aldığı psikolojik desteği yeterli bulanların sosyal destek puanları daha yüksektir.

Bilindiği üzere kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanmakta ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olmaktadır. Kanser oluşumunda davranışsal faktörlerin rolü olduğu gibi kanser hastalarındaki çok yönlü nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik yan etkisi bulunmaktadır. Bu hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizlerin, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, hastalığın seyrini ve tedavisini olumsuz yönde etkiledi belirlenmiştir (Tünel, 2011, s. 1). Tüm bunlar psikolojik desteğin önemli olduğunu göstermektedir.

Çizelge 53. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Tedavi sonrasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	89	56,97	-1,374	,169
	Yetersiz	20	46,23		
	Toplam	109			

Araştırma sonuca göre meme kanseri hastası yoksul kadınların tedavi sonrasında aldıkları tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla ($p>0,05$) birlikte tedavi sonrası aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulan hastaların sosyal destek puanları daha yüksektir.

Çizelge 54. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Tedavi sonrasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	24	42,83	-2,136	,033
	Yetersiz	85	58,44		
	Toplam	109			

Çizelge 54’te görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların tedavi sonrasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yeterli bulma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Aldığı tıbbi sosyal hizmet desteğini yetersiz bulan kadınların sosyal destek algısı daha yüksek çıkmaktadır. Bu sonuç kanserli hastaların

yeterli sosyal destek aldığı için tıbbi sosyal hizmet desteğine daha az ihtiyaç duyduğunu akla getirebileceği gibi tam tersi de düşünülebilir. Meme kanser ile ilgili ilaç teknolojisindeki gelişimin sağ kalım oranını artırmış olmasına rağmen, meme kanserinin kronik bir hastalık olması nedeniyle bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bugün on binlerce hasta ve ailesi kanser ve kanserin neden olduğu sorunlarla baş edebilmek noktasında ciddi anlamda desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu desteğin tedavi sonrasında en önemli boyutları kuskusuz psikolojik ve sosyal destek olmaktadır.

Çizelge 55. Tedavi Sonrası Psikolojik Destek Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Tedavi sonrasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Yeterli	36	57, 26	-0, 525	, 599
	Yetersiz	73	53, 88		
	Toplam	109			

Hastaların büyük çoğunluğu (% 66, 9) tedavi sonrasında aldıkları psikolojik desteği yetersiz bulmaktadır. Daha az sayıda olsa da aldığı psikolojik desteği yeterli bulanların (% 33, 1) sosyal destek puanları, yetersiz bulanlardan yüksek çıkmıştır. Beklendik yöndeki bu fark, az bir farkla istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0, 05$).

Çizelge 56. Hastalığıyla İlgili Bilgisini Yeterli Bulma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Hastalığıyla ilgili bilgisini yeterli bulma durumu	N	Mean Rank	Chi-square	P
	Evet	51	55, 63	3, 081	, 214
	Hayır	38	49, 97		
	Yanıtsız	21	65, 19		
	Toplam	110			

Çizelge 56'da görüldüğü gibi hastalığı ile ilgili yeterli bilgisinin olmasının sosyal destek ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamakla birlikte; yeterli bilgiye sahip hastaların sosyal destek puanları yetersiz bilgiye sahip olanlara göre daha yüksektir. Hastalara hastalığıyla ilgili bilgisini yeterli bulup bulmadığı sorulduğunda, % 46, 3'ü yeterli bulurken, % 34, 5'i yeterli bulmamaktadır. Araştırmaya katılanların % 19, 1' i de bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının hastaya hastalığıyla ilgili gerekli bilgileri ayrıntılı ve anlayabileceği şekilde anlatması, hastanın hastalığına ilişkin korkularını, yaşadığı stresi ve umutsuzluğu azaltacağı düşünülebilir.

Çizelge 57. Psikolog veya Sosyal Hizmet Uzmanı Gibi Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyacı ile Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	58	50, 51	-1, 734	, 083
	Hayır	52	61, 07		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastasının sahip olduğu sosyal destek dinamikleri, hastalıkla mücadele sürecinde çok önemlidir. Meme kanseri hastalarının kendilerine yarar sağlayabilecek sosyal destek sistemleri arasında yer alan sağlık personeli ve profesyonel elemanlardan destek almaları da kuşkusuz ayrı bir öneme sahiptir. Hastalığından dolayı bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi duyan (% 52, 7) kadınlarla bu gereksinimi duymayan (% 47, 3) kadınların oranı birbirlerine yaklaşık oranlardadır. Mesleki yardıma ihtiyaç duymayanların sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak iki grubun puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0, 05$).

Çizelge 58. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Sivil toplum örgütlerinden destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	21	51, 00	-0, 719	, 472
	Hayır	89	56, 56		
	Toplam	110			

Görüşülen kadınlara, hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde sivil toplum örgütlerinden (vakıflar, dernekler vb.) destek alıp almadıkları soruldu. Kadınların % 80, 9'u bu tür yerlerden destek almadıklarını belirtmiştir. Az sayıdaki destek alanlar ile karşılaştırıldığında iki grubun sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0, 05$).

Diğer tüm kronik hastalıklar gibi meme kanser hastaları için de, sahip olunan sosyal destek dinamikleri hastalıkla mücadele sürecinde çok önemlidir. Meme kanseri hastalarının kendilerine yarar sağlayabilecek sosyal destek sistemlerinden ilk akla gelebilecekler, aile ve akraba çevresi, arkadaşlar, sağlık personeli, sosyal hizmet kurumları, bu amaca yönelik olarak oluşturulmuş olan sivil toplum örgütleri, dernekler gibi formel ve enformel destek sistemleridir ve bu sistemlerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 59. Aileden, Aynı Hanede Yaşayan Kişilerden Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	85	62, 84	-4, 452	, 000
	Hayır	25	30, 54		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınlara hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde aileden yeterli destek alıp almadıkları sorulduğunda; % 77, 2'i aldıklarını belirtmiştir. Aileden yeterli destek alan kadınların sosyal destek puanları da oldukça yüksek çıkmıştır ($p < 0, 05$). Örneğin bir kadın bu durumu “*Eşim ve çocuklarım her konuda destek oldular, özellikle eşim sevdiğim şeyleri alıyor ve ilgileniyor, saçım döküldü diye eşim de saçlarını sıfıra kestirdi*” demektedir (105 numaralı görüşme, 53 yaş, ilköğretim mezunu, evli, 2 çocuğu var).

Bilindiği gibi sosyal desteğin birçok kaynağı olmasına rağmen en önemli kaynaklarından birisi de ailedir. Meme kanseri hastalarının kendilerine yarar sağlayabilecek sosyal destek sistemlerinden ilk akla gelebilecek olan aile desteğidir.

Başka bir çalışmada, hastaların aileleri ile olan bütün değişkenlerin, hastanın sosyal destek düzeyleri bakımından önemli olduğu belirlenmiştir. Birçok araştırma da bulgularımızı destekler niteliktedir (Özbek, 2005, s. 78; Karakoç, 2008, s. 82;).

Kendini bir yere ait hissetme, eş ile birlikte yaşama ve bir aileye sahip olma, yaşanan olumsuzluklara rağmen birey açısından en önemli destektir. Çelişiklik, kırgınlık ve sorunlar olsa da aile ortamı kişiye ait olma, değer görme, sevildiğini ve güvende olduğunu hissetmesine fırsat verilir. Geleneksel ailelerde üyeler arası çatışmalar olsa da hastalık gibi kriz durumlarında çoğu zaman kriz durumlarında, tutarsızlık ve atışmaların arka plana itilerek hastaya yardımcı olma davranışı gösterme temayül vardır. Dul ya da boşanmış olmak ve yalnız yaşamak, ailenin sunduğu hizmetlerden ve ortamdaki uzak kalmak gibi zorluklarla baş etmeyi gerektirir (İl, 2005, s. 19).

Çizelge 60. Akrabadan Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Akrabalarından yeterli destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	69	61, 82	-2, 696	, 007
	Hayır	41	44, 87		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınlara hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde yakın akrabalarından yeterli destek alıp almadıkları soruldu. Kadınların % 62, 7'si yeterli destek aldığını söylerken % 37, 3'ü de yeterli destek almadığını belirtmişlerdir. Hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde yakın akrabalarından yeterli destek alabilen kadınların sosyal destek puanları almayanlardan oldukça yüksektir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0, 05$). Örneğin bir kadın bu durumu “*Özellikle ameliyatım öncesi ve sonrasında ziyaretime gelip maddi destek de verdiler*” demektedir (38 numaralı görüşme, 58 yaş, ilköğretim mezunu, evli, çocuğu yok).

Çizelge 61. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Komşulardan yeterli destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	66	58, 40	-1, 169	, 243
	Hayır	44	51, 15		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınlara yöneltilen sorulardan biri de hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde komşulardan yeterli destek alıp almadıkları sorusuydu. Kadınların % 60'ı komşulardan destek aldığını belirtirken, %40'ı komşulardan destek almadığını belirtmişlerdir. Destek alanların sosyal destek puanları yüksek çıkmış olsa da iki grubun algıladığı sosyal destek puanı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0, 05$). Bunun anlamı, komşudan alınan desteğin sosyal destek değeri aile ve akrabalar kadar yüksek değildir.

Çizelge 62. Arkadaştan Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Arkadaşlarından yeterli destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	66	56, 20	-0, 281	, 779
	Hayır	44	54, 45		
	Toplam	110			

Kadınların hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde arkadaşlarından yeterli destek alıp almadıkları sorgulandığında; % 60'ının destek aldığı, %40'ının ise destek almadığı görülmüştür. İki grubun sosyal destek puanları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0, 05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda, arkadaşlardan yeterli destek alanların sosyal destek puanı diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin bir kadın bu durumu “*Gerçeği kabullenmemde arkadaşımın çok desteği oldu. O da kanser onun mücadele azmini gördükçe ben de motive oldum*” demektedir (14 numaralı görüşme, 37 yaş, lise mezunu, boşanmış, 2 çocuğu var). Meme kanser gibi ciddi bir hastalığa yakalanmış hastanın arkadaş desteğine

ihtiyaç duymakta olduğunu düşünmek olağandır. Ancak alınan desteğin sosyal destek değeri fazla yüksek değildir.

Çizelge 63. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	38	48,70	-1,625	,104
	Hayır	72	59,09		
	Toplam	110			

Kadınların hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek alamadıkları (% 65,4) görülmektedir. Kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek alanlarla alamayanların sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Meme kanseri hastası yoksul kadınlar da dâhil olmak üzere kanser hastalarının içinde buldukları yoksulluk ve yoksunluklarla baş etmede kamunun sağlayacağı desteğin büyük önemi bulunmaktadır. Nitekim Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının iş birliği ile özel gereksinim grubu ihtiyaç sahibi vatandaşlara yönelik yeni bir sosyal yardım programı yaşama geçirileceği yönündeki gazete haberleri bu gereksinimi karşılama amacına dönüktür. Bu kapsamda, kanser ve verem gibi uzun süreli tedavi gerektiren ve kronik hastalıklarla mücadele eden, bu süreçte sadece sağlık açısından değil, maddi olarak da yıpranan ihtiyaç sahibi ailelere destek verileceği belirtilmektedir(<http://www.sabah.com.tr/saglik/2016/12/15/>).

Çizelge 64. Çaresiz Hissetme Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Çaresiz hissetme durum	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	95	51,69	-3,154	,002
	Hayır	15	79,63		
	Toplam	110			

Meme kanseri hastası yoksul kadınlara yöneltilen sorulardan biri de hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çaresiz hissetme durumunda yeterli destek alıp almadıkları sorusuydu. Kadınların % 86,3'ü çaresiz hissettiklerini belirtirken, %13,6'ı çaresiz hissetmediklerini belirtmişlerdir. Çaresiz hissetmeyenlerin sosyal destek puanları yüksek çıkmış ve iki grubun algıladığı sosyal destek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Meme kanseri hastası kadının memesi; kadınlığı, cinselliği, bebeğin beslenmesini, sevgiyi ve annelik

duygularını ifade etmektedir. Bu nedenle kadınlar meme kanseri sonucunda; beden imajında bozulma duyguları, özsaygıda azalma, kadınlığı yitirme düşüncesi, cinsel işlevlerde azalma düşüncesi, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, suçluluk ve utanç, tekrarlama korkusu, izolasyon ve ölüm korkuları gibi psikolojik yönden sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle kendilerini çaresiz ve güçsüz hissettikleri görülmektedir. Sonuçlarda görüldüğü gibi meme kanseri hastaları kendileri çaresiz his etikleri görülmektedir.

Çizelge 65. Ailede Kanser Hastası Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Ailede hastalık olma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Var	26	52, 52	-0, 370	, 711
	Yok	82	55, 13		
	Toplam	110			

Kadınların ailede meme kanser hastalığı olup olmadığında yeterli destek alıp almadıkları sorgulandığında; % 74, 5'inin destek aldığı, %23, 6'nın ise destek almadığı görülmüştür. İki grubun sosyal destek puanları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0, 05$). Seçkinin (2009) çalışmasının analiz sonuçlarına göre, hastaların ailesinde meme kanseri tanısı almış diğer bir kişinin var olup olmadığı durumunun, algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2(4)=8. 046 p>0. 05$).

Çizelge 66. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	Hastalıkla ilgili bilgi durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Vardı	19	56, 92	-0, 214	, 831
	Yoktu	91	55, 20		
	Toplam	110			

Çizelge 66'da görüldüğü üzere meme kanseri hastası yoksul kadınların hastalıkla ilgili bilgisi olma durumuna bakıldığında, sosyal destek arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0, 05$). Hastalıkla ilgili bilgili olanların %17, 2 'inin sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların meme kanser hastalığı ile ilgili bilgileri olmadıkları görülmektedir. Ayrıca hastalıkla ilgili bilgi sahibi olanların sosyal desteklerinin yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların aile üyeleri ve arkadaşları ile hastalık hakkında daha rahat konuşabildikleri düşünülmektedir.

Çizelge 67. SYDV'den Yardım Alma Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	SYDV'den yardım alma durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	42	56,48	-0,252	,801
	Hayır	68	54,90		
	Toplam	110			

Sosyal devlet anlayışı kapsamında Anayasanın "Türkiye Cumhuriyeti demokratik, laik ve sosyal bir hukuk Devletidir. " hükmü gereğince yürürlüğe giren 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun amacı kapsamında yoksullukla mücadele edilmesi, kaynakların etkin bir biçimde kullanılmasını sağlamak, temel ihtiyaçlarını karşılamaktan yoksun nüfusun en yoksul diliminde yer alan vatandaşlarımıza doğruluk, eşitlik ve objektiflik kriterlerine bağlı olarak sosyal yardımlarla desteklemektir(<http://sydv.istanbul.gov.tr>). Meme kanseri hastası yoksul kadınlara yöneltilen sorulardan biri de hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde SYDV' den yardım yeterli destek alıp almadıkları sorusuydu. Kadınların % 38,1'i SYDV' den destek aldığını belirtirken, %61,8'i SYDV' den destek almadığını belirtmişlerdir. Destek alanların sosyal destek puanları yüksek çıkmış olsa da iki grubun algıladığı sosyal destek puanı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Birey, aile ve toplum refahını arttırmak amacıyla, dezavantajlı kesimler öncelikli olmak üzere, tüm toplumu hedefleyen, katılımcı anlayışla, adil ve arz odaklı bütünsel sosyal politikalar üretmek, uygulamak ve izlemek gerekmektedir. Buna rağmen meme kanseri olan yoksul kadınların SYDV' ler den yeterli destek almadıkları görülmektedir.

Çizelge 68. SYDV Yardımının İhtiyaç Karşılama Durumu ve Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Sosyal Destek Puanı	SYDV yardımının ihtiyaç karşılama durumu	N	Mean Rank	Z	P
	Evet	12	21,83	-0,473	,636
	Hayır	28	19,93		
	Toplam	40			

Meme kanseri hastası yoksul kadınlara yöneltilen sorulardan biri de hastalık sürecinde karşılaştıkları sorunların çözümünde SYDV' ler den aldıkları yardımın ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığıdır. Kadınların % 30'u SYDV' den aldıkları yardımın ihtiyaçlarını karşıladığını belirtirken, %70'i karşılamadığını belirtmişlerdir. SYDV' den aldığı yardımın ihtiyaçlarını karşıladığını söyleyenlerin sosyal destek puanları yüksek çıkmış olsa da iki grubun algıladığı sosyal destek puanı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastalar, hastalık süresinde SYDV' den destek alamadıkları için, maddi ve manevi desteği aileden ve akrabadan aldıklarını vurgulamaktadırlar.

3.3. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Baş Etme Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular

Bu bölümde meme kanseri yoksul kadınların cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, gelir durumu, yaşadıkları konut türü, öğrenim durumları, kamu desteği, sivil toplum desteği ve meslekleri gibi sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri ile baş etme arasındaki ilişkiyi beklenmeyi amaçlayan bulgular yer almaktadır.

Çizelge 69.Yaş ile Sosyal Destek Puanı Arasındaki İlişki

Baş etme stilleri	Yaş ile korelasyon	P
Kendini suçlama	-0,327	,000
İnkâr	-0,287	,002
Davranışsal Boş Verme	-0,263	,006
Planlama	-0,257	,007
Kabullenme	0,278	,003
Aktif baş etme	-0,089	,357
Madde kullanımı	-0,055	,566
Duygusal aktarım	-0,046	,631
Zihin dağıtma	-0,018	,851
Duygusal destek	0,003	,975
Mizah	0,010	,920
Maddi destek	0,032	,742
Olumlu yeniden yorumlama	0,081	,400
Din	0,106	,268

Çizelge 69’da görüldüğü üzere baş etme stillerinden olan inkâr, duygusal boş verme, kendini suçlama ve planlama ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Baş etme stillerinden olan aktif baş etme, madde kullanımı, duygusal aktarım, zihin dağıtma, duygusal destek, mizah, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca yaş ile kabullenme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Yaş arttıkça kendini suçlama, davranışsal boş verme, planlama ve kabullenme azalmaktadır. Kansere, insan yaşamını çeşitli yönleriyle etkilemekte ve kanser olan kişi çeşitli dönemlerden geçmektedir. Bu dönem inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sınırlanmıştır ve yaşın ilerlemesiyle beraber inkârın azalması ve kabullenmenin artması görülmektedir.

Hasta tanıyı öğrendiğinde bir şok ve inkâr dönemi yaşar. İnkâr mekanizmasının bozulması hastanın depresyona girmesine sebep olmaktadır (Garip, 2008, s. 31).

Hastalarda tedavi uzadıkça, birey bir depresyon dönemi yaşamaktadır. Hasta kayıplarını ve yetersizliklerini fark eder, yapmadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemi

çok önemli bir dönemdir. Son olarak hasta bir kabullenme dönemine girer ve bu dönemde hastalığı kabul eder. Kabullenme, umutsuzluk, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak düşünülmelidir (Papilla, 2008, s. 197).

Çizelge 70.Eğitim Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Eğitim durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Okur yazar değil	2	74,00	5,129	,274
	İlkokul mezunu	68	52,69		
	Ortaokul mezunu	18	69,03		
	Lise mezunu	15	49,77		
	Yükseköğretim mezunu	7	55,00		
Aktif Baş Etme	Okur yazar değil	2	52,25	2,174	,704
	İlkokul mezunu	68	53,39		
	Ortaokul mezunu	18	65,25		
	Lise mezunu	15	54,57		
	Yükseköğretim mezunu	7	53,86		
İnkâr	Okur yazar değil	2	13,00	6,158	,188
	İlkokul mezunu	68	53,78		
	Ortaokul mezunu	18	56,53		
	Lise mezunu	15	60,27		
	Yükseköğretim mezunu	7	71,50		
Madde Kullanımı	Okur yazar değil	2	43,00	16,513	,002
	İlkokul mezunu	68	50,29		
	Ortaokul mezunu	18	55,64		
	Lise mezunu	15	69,83		
	Yükseköğretim mezunu	7	78,57		
Duygusal Destek	Okur yazar değil	2	25,00	2,328	,676
	İlkokul mezunu	68	56,63		
	Ortaokul mezunu	18	53,22		
	Lise mezunu	15	58,43		
	Yükseköğretim mezunu	7	52,86		
Davranışsal Boş Verme	Okur yazar değil	2	18,00	4,305	,366
	İlkokul mezunu	68	55,42		
	Ortaokul mezunu	18	53,86		
	Lise mezunu	15	64,30		
	Yükseköğretim mezunu	7	52,36		
Duygusal Aktarım	Okur yazar değil	2	31,50	3,082	,544
	İlkokul mezunu	68	53,56		
	Ortaokul mezunu	18	57,83		
	Lise mezunu	15	58,37		
	Yükseköğretim mezunu	7	69,07		
Maddi Destek	Okur yazar değil	2	27,75	3,660	,454
	İlkokul mezunu	68	58,44		
	Ortaokul mezunu	18	47,58		
	Lise mezunu	15	53,53		
	Yükseköğretim mezunu	7	59,43		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Okur yazar değil	2	49,50	1,979	,740
	İlkokul mezunu	68	53,93		
	Ortaokul mezunu	18	54,83		
	Lise mezunu	15	57,27		
	Yükseköğretim mezunu	7	70,36		
Kendini Suçlama	Okur yazar değil	2	23,25	5,967	,202
	İlkokul mezunu	68	52,01		
	Ortaokul mezunu	18	58,36		
	Lise mezunu	15	67,40		
	Yükseköğretim mezunu	7	65,71		

Çizelge 70. (devam). Eğitim Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Eğitim durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Planlama	Okur yazar değil	2	46, 25	7, 148	, 128
	İlkokul mezunu	68	56, 32		
	Ortaokul mezunu	18	60, 11		
	Lise mezunu	15	60, 90		
	Yükseköğretim mezunu	7	26, 79		
Mizah	Okur yazar değil	2	16, 50	6, 243	, 182
	İlkokul mezunu	68	52, 35		
	Ortaokul mezunu	18	61, 86		
	Lise mezunu	15	62, 53		
	Yükseköğretim mezunu	7	65, 86		
Kabullenme	Okur yazar değil	2	78, 25	2, 855	, 582
	İlkokul mezunu	68	57, 38		
	Ortaokul mezunu	18	55, 11		
	Lise mezunu	15	49, 93		
	Yükseköğretim mezunu	7	43, 71		
Din	Okur yazar değil	2	67, 75	10, 685	, 030
	İlkokul mezunu	68	60, 58		
	Ortaokul mezunu	18	53, 19		
	Lise mezunu	15	33, 57		
	Yükseköğretim mezunu	7	55, 57		
	Toplam	110			

Çizelge 70’te görüldüğü, üzere eğitim durumu ile baş etme stillerinden olan madde kullanımı ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Eğitim durumu ile baş etme stillerinden olan zihin dağıtma, aktif baş etme, duygusal destek, davranışsal boş verme, duygusal aktarım, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama, mizah ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişik olmadığı belirlenmiştir. Yükseköğretim gören meme kanseri yoksul kadınlarda maddi desteğin yüksek olduğu düşünülmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe iyi bir işte çalışıp daha yüksek gelir elde etme olanağı olsa da sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalıklarını daha bilinçli olarak algılamaları, yapılan tıbbi tedaviler ve uygulamaları daha iyi değerlendirebilmeleri ve hastalığa ilişkin duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade edebilmeleri mümkündür; bu nedenle yükseköğretim mezunu meme kanseri hastalarında kabullenme, duygusal aktarma ve duygusal desteğin yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca okur yazar olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların kabullenme baş etme stili puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu, bu durumun da baş etme stilleri arasındaki din ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan meme kanseri hastası yoksul kadınların dini öğelere daha bağlı olmasının, hastalığı kabullenme sürecinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında, yükseköğretim mezunu meme kanseri hastası yoksul kadınların, ‘madde kullanımı’ baş etme stili puanlarının, diğerlerine göre daha

yüksek olduğu; ekonomik gelir düzeylerinin daha yüksek olmasının, maddeye ulaşma konusunda ‘avantaj’ sağladığı düşünülmektedir.

Çizelge 71. Meslek Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Meslek durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Mesleği var	15	71, 67	-2, 156	, 031
	Mesleği yok	95	52, 95		
Aktif Baş Etme	Mesleği var	15	63, 20	-1, 041	, 298
	Mesleği yok	95	54, 28		
İnkar	Mesleği var	15	64, 73	-1, 236	, 216
	Mesleği yok	95	54, 04		
Madde Kullanımı	Mesleği var	15	75, 57	-3, 589	, 000
	Mesleği yok	95	52, 33		
Duygusal Destek	Mesleği var	15	29, 53	-3, 506	0, 000
	Mesleği yok	95	59, 60		
Davranışsal Boş Verme	Mesleği var	15	74, 43	-2, 559	, 010
	Mesleği yok	95	52, 51		
Duygusal Aktarım	Mesleği var	15	73, 37	-2, 420	, 016
	Mesleği yok	95	52, 68		
Maddi Destek	Mesleği var	15	40, 67	-2, 022	, 043
	Mesleği yok	95	57, 84		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Mesleği var	15	55, 77	-0, 036	, 971
	Mesleği yok	95	55, 46		
Kendini Suçlama	Mesleği var	15	66, 43	-1, 448	, 148
	Mesleği yok	95	53, 77		
Planlama	Mesleği var	15	47, 57	-1, 071	, 284
	Mesleği yok	95	56, 75		
Mizah	Mesleği var	15	71, 57	-2, 171	, 030
	Mesleği yok	95	52, 96		
Kabullenme	Mesleği var	15	49, 67	-0, 788	, 430
	Mesleği yok	95	56, 42		
Din	Mesleği var	15	34, 37	-2, 975	, 003
	Mesleği yok	95	58, 84		
	Toplam	110			

Çizelge 71’de görüldüğü üzere meslek durumu ile zihin dağıtma, madde kullanımı, duygusal destek, duygusal boş verme, duygusal aktarım, maddi destek, mizah ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Meslek durumu ile aktif baş etme, inkar, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama ve kabullenme baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0, 05$). Bir mesleğe sahip olmak hastanın kendi öz değerine ve güvenine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Mesleği olan meme kanseri hastası yoksul kadınların kabullenme ve planlama puanlarının yüksek olduğu görülmektedir; buna karşılık sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ayrıca, mesleği olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların, mesleği olanlara göre duygusal destek puanlarının daha yüksek olduğu; daha çok ev alanı içerisinde

bulunmaları ve komşuluk ilişkilerinin daha güçlü olmasının sosyal destek mekanizmasını artırdığı, bununla birlikte duygusal desteğinin de yüksek olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri, kadınların mesleklerine, çalışma yaşamlarına ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara neden olduğu görülmektedir. Bu sorunlar genel olarak, sağlık sigortası veya güvencesi, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma ve iş ayrımcılığı gibi problemler olduğu belirlenmiştir (Jamison, 1978, s. 432).

Mesleği olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların dinsel bağlılığının yüksek olduğu görülmektedir. İçinde yaşanan inancın, meme kanseri hastası yoksul kadınların kaderci bir anlayışa sahip olmalarına neden olduğu görülmektedir. Ayrıca meme kanseri hastası yoksul kadınların kaderci bir tutumla yoksulluğa bakışı, içinde buldukları değişmesi zor duruma uyumlarını kolaylaştırdığını akla getirmektedir. Bakış açısının, meme kanseri hastası yoksul kadınların yoksullukla baş etmede kullandıkları bir yol olduğu görülmektedir.

İstatistiksel olarak sigara içenler ve hiç içmeyenler grubu arasında fark olmamasına karşın, kanser olmayanlarda hiç sigara içmeyenler daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigarayı bırakanların oranı kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$) (Kendilci, 2015, s. 27).

Çizelge 72. Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Düzenli işe sahip olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Düzenli işte çalışıyor	8	72, 63	-1, 609	, 108
	Düzenli işte çalışmıyor	102	54, 16		
Aktif Baş Etme	Düzenli işte çalışıyor	8	64, 13	-0, 839	, 401
	Düzenli işte çalışmıyor	102	54, 81		
İnkar	Düzenli işte çalışıyor	8	51, 25	-0, 401	, 688
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 83		
Madde Kullanımı	Düzenli işte çalışıyor	8	70, 00	-1, 828	, 068
	Düzenli işte çalışmıyor	102	54, 36		
Duygusal Destek	Düzenli işte çalışıyor	8	44, 06	-1, 088	, 276
	Düzenli işte çalışmıyor	102	56, 40		
Davranışsal Boş Verme	Düzenli işte çalışıyor	8	68, 63	-1, 250	, 211
	Düzenli işte çalışmıyor	102	54, 47		
Duygusal Aktarım	Düzenli işte çalışıyor	8	68, 63	-1, 253	, 211
	Düzenli işte çalışmıyor	102	54, 47		
Maddi Destek	Düzenli işte çalışıyor	8	53, 06	-0, 234	, 815
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 69		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Düzenli işte çalışıyor	8	56, 13	-0, 060	, 952
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 45		

Çizelge 72. (devam). Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Düzenli işe sahip olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Kendini Suçlama	Düzenli işte çalışıyor	8	53, 19	-0, 216	, 829
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 68		
Planlama	Düzenli işte çalışıyor	8	61, 56	-0, 577	, 564
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 02		
Mizah	Düzenli işte çalışıyor	8	55, 44	-0, 006	, 995
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 50		
Kabullenme	Düzenli işte çalışıyor	8	55, 38	-0, 012	, 990
	Düzenli işte çalışmıyor	102	55, 51		
Din	Düzenli işte çalışıyor	8	36, 50	-1, 885	, 059
	Düzenli işte çalışmıyor	102	56, 99		
	Toplam	110			

Çizelge 72’de görüldüğü üzere düzenli bir işte çalışma durumu ile baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p < 0, 05$). Düzenli işte çalışmayan meme kanseri yoksul kadınlar kendilerini diğerlerine göre daha yoksul olarak görmektedir. Bu durumdaki meme kanseri hastası yoksul kadın için yoksulluğun anlamlı ve derinliği daha yoğun olmaktadır. Düzenli bir işte çalıştıkça maddi destekte artmaktadır ve hastalar kendilerini yoksul olarak değerlendirmemektedir. Çünkü düzenli işte çalışan bireyin sorunlarla karşı baş etme mekanizmaları daha gelişmiş ve hastalıkla baş edebileceği konusunda kabullenip çeşitli yollar bulmada da daha yaratıcı oluğu düşünmektedir ve hasta daha rahat zihin dağıtır, planlama yapar, olumlu yeniden yorumlar ve düzenli bir işte çalışma kadın için hastalıkla ve en önemlisi yoksullukla nasıl mücadele edebileceği konusunda bir öngörü, yaşam pratiği ve duygusal destek sağlayabilir. Düzenli bir işte çalışmadığı için ekonomik düzeyin düşük olduğu ve hastalıktan dolayı yoksulluğun artması kendini suçlu gördüğü düşünmektedir. Düzenli işte çalışmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların gelir düzeyi düşük olmakta; tedavi ve teknikleriyle ilgili olanaklara ulaşılmalarının zor olması ve hastalığın meydana getirdiği ekonomik güçlükleri karşılamada sıkıntılar yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 73. Medeni Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Medeni Durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Hiç evlenmemiş	14	65,79	12,513	,014
	Eşi ölmüş	11	50,23		
	Evli	62	47,95		
	Boşanmış	22	73,16		
	Ayrı yaşıyor	1	49,00		
Aktif Baş Etme	Hiç evlenmemiş	14	59,61	4,658	,324
	Eşi ölmüş	11	46,64		
	Evli	62	52,36		
	Boşanmış	22	66,50		
	Ayrı yaşıyor	1	48,00		
İnkâr	Hiç evlenmemiş	14	57,11	7,484	,112
	Eşi ölmüş	11	35,36		
	Evli	62	59,41		
	Boşanmış	22	55,45		
	Ayrı yaşıyor	1	13,00		
Madde Kullanımı	Hiç evlenmemiş	14	59,25	10,723	,030
	Eşi ölmüş	11	43,00		
	Evli	62	52,74		
	Boşanmış	22	67,70		
	Ayrı yaşıyor	1	43,00		
Duygusal Destek	Hiç evlenmemiş	14	47,14	7,457	,114
	Eşi ölmüş	11	51,50		
	Evli	62	62,35		
	Boşanmış	22	43,82		
	Ayrı yaşıyor	1	49,00		
Davranışsal Boş Verme	Hiç evlenmemiş	14	63,96	7,095	,131
	Eşi ölmüş	11	34,09		
	Evli	62	58,02		
	Boşanmış	22	53,11		
	Ayrı yaşıyor	1	69,00		
Duygusal Aktarım	Hiç evlenmemiş	14	56,29	6,320	,176
	Eşi ölmüş	11	68,14		
	Evli	62	49,58		
	Boşanmış	22	64,91		
	Ayrı yaşıyor	1	65,50		
Maddi Destek	Hiç evlenmemiş	14	41,46	11,720	,020
	Eşi ölmüş	11	58,86		
	Evli	62	63,19		
	Boşanmış	22	41,48		
	Ayrı yaşıyor	1	46,50		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Hiç evlenmemiş	14	46,39	6,634	,157
	Eşi ölmüş	11	73,18		
	Evli	62	56,02		
	Boşanmış	22	52,66		
	Ayrı yaşıyor	1	18,50		
Kendini Suçlama	Hiç evlenmemiş	14	63,29	18,582	,001
	Eşi ölmüş	11	32,82		
	Evli	62	50,23		
	Boşanmış	22	74,68		
	Ayrı yaşıyor	1	101,00		

Çizelge 73. (devam). Medeni Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Medeni Durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Planlama	Hiç evlenmemiş	14	62, 71	4, 747	, 314
	Eşi ölmüş	11	50, 82		
	Evli	62	58, 70		
	Boşanmış	22	45, 41		
	Ayrı yaşıyor	1	29, 50		
Mizah	Hiç evlenmemiş	14	46, 04	18, 016	, 001
	Eşi ölmüş	11	45, 68		
	Evli	62	51, 60		
	Boşanmış	22	79, 20		
	Ayrı yaşıyor	1	16, 50		
Kabullenme	Hiç evlenmemiş	14	55, 21	2, 522	, 641
	Eşi ölmüş	11	61, 27		
	Evli	62	51, 85		
	Boşanmış	22	62, 77		
	Ayrı yaşıyor	1	62, 00		
Din	Hiç evlenmemiş	14	60, 18	4, 455	, 348
	Eşi ölmüş	11	71, 64		
	Evli	62	53, 06		
	Boşanmış	22	51, 48		
	Ayrı yaşıyor	1	52, 50		
	Toplam	110			

Çizelge 73'te görüldüğü üzere medeni durum ile zihin dağıtma, madde kullanımı, maddi destek, kendini suçlama ve mizah baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Medeni durum ile aktif baş etme, inkar, duygusal destek, davranışsal boş verme, duygusal aktarma, olumlu yeniden yorumlama, planlama, kabullenme ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0, 05$). Duygusal destek, evli meme kanseri hastası yoksul kadınlarda yüksek çıkmıştır; ama istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hasta için kendini bir yere ait hissetme ve eş ile birlikte yaşama, yaşanan bütün olumsuzluklara rağmen hasta açısından en önemli destek kaynağıdır. Problemler ve hastalıklar olsa da eşten değer görme, sevildiğini ve güvende olduğunu hissetme, büyük bir duygusal destek sağlamaktadır. Boşanmış ve eşi ölmüş hastalarda, sahip olduğu konumun ağır yüküne ek olarak, ciddi bir hastalıkla da baş etmek zorunda kalmak, hasta için duygusal açıdan oldukça zorlu bir süreci de beraberinde getirmektedir. Aktif baş etme stillinin, boşanmış meme kanseri hastası yoksul kadınlarda diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Hastalıkla baş etmek için eş yardımını olmayan ve ailede sorumluluklarını yalnız başına yerine getiren kadınların mevcut durumu daha iyi bir hale getirmek için çabalarını yoğunlaştırması gerekmektedir. Planlama ve baş etme stili, hiç evlenmemişlerde yüksektir. Hiç evlenmemiş meme kanseri hastası yoksul kadınlarda aile içi sorumlulukların düşük olduğu ve baş etme için eş desteğinin olmadığı için hasta bu durumda hangi adımları atması gerektiği konusunda ciddi

bir plan yapmaktadır. Ayrıca eşi ölmüş olan meme kanseri hastası kadınların ‘din’ baş etme stili puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu; daha önce kayıp yaşamasının dini öğelere daha çok bağlanmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Öte yandan boşanmış meme kanseri hastası yoksul kadınların ‘kendini suçlama’ baş etme stili puanlarının yüksek olduğu; süreç içinde kadının beden algısının değişmesi ve buna bağlı olarak eşiyle cinsel yaşamının işlevsizleşmesinin buna neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan görüşmelerden elde edilen nitel yanıtların birçoğunda bunu destekleyici ifadeler yer almaktadır. Örneğin bir kadın bu durumu, “*kanser oldum, eşimin benimle cinsel ilişkisi olmadı. Başka kadınlara gitti, bu beni yıktı ve boşanmaya karar verdim.*” şeklinde ifade etmiştir (94 numaralı görüşme, 42 yaş, ilköğretim mezunu, boşanmış).

Meme kanseri olan kadınların kendilerini suçlaması oldukça yaygın bir davranıştır. Kadınlar beslenme tercihlerine, sigara içmeye, tedaviye başvurma süreçlerine, tedavi dışı alternatiflere yönelme / tedaviyi ertelemelerine ve tedavi sırasındaki davranışlarına bağlı olarak kendilerini suçlayabilir ve baş etmede manevi yöntemleri tercih edebilirler (Friedman, 2006, s. 598). Bu çalışmada boşanmış meme kanseri hastası yoksul kadınlarda kendini suçlamanın ve madde kullanımının daha yüksek oldu görülmektedir.

Bilindiği gibi aile gereksinimleri ve giderleri, özellikle çocukların varlığıyla birlikte daha çok hissedilir ve artar. Yoksul kadınların içinde bulunduğu ailelerde işsizlik ve gelir sağlayamama, ciddi bir sorun olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle kadınlar için ekonomik kaygılar ve sorunlar üst düzeyde olabilir (Çamur Duyan, 2006, s. 92).

Aile sistemi içinde yaşanan yoksulluktan, kadınların daha çok etkilendiği bilinmektedir. Evlilik, çoğu kez kadına maddi güvence sağlayan tek kurum olarak karşımıza çıkar. Bu çalışmada evli meme kanseri hastası yoksul kadınların ‘maddi destek’ baş etme puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların eşlerinin sağladığı maddi desteğin buna neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle evli meme kanseri hastalarının maddi durumlarının diğerlerine göre daha iyi olduğu ve bu dönemi ekonomik açıdan daha rahat bir şekilde geçirmelerine katkı sağladığı görülmektedir. Boşanmış meme kanseri hastası yoksul kadınların diğer gruplara göre ‘maddi desteğin’ düşük olduğu görülmektedir. Boşanmış kadınlar kendilerini diğerlerine göre daha da yoksul olarak görmektedir. Bilindiği gibi boşanmayla birlikte kadının yoksulluğa

düşme olasılığı daha da artmaktadır. Ayrıca kadının çocuğu da varsa yaşanan yoksulluk bir kat daha artmaktadır (Çamur Duyan, 2006, s. 152).

‘Zihin dağıtma’ baş etme puanı, boşanmış ve hiç evlenmemiş kadınlarda diğerlerine oranla anlamlı bir düzeyde yüksek görülmektedir. Boşanmış kadınlar, boşanmaya yol açan çatışmalardan kurtulmuş oldukları için daha kolay zihinlerini dağıtıcı etkinliklere yönelebilmektedir. Aynı zamanda boşanmış kadınlar, aile içinde artan sorumlulukları nedeniyle de zihinlerini dağıtacak meşguliyetler edinebilmektedirler. Hiç evlenmemiş kadınların da daha az aile sorumluluğu taşıyor olmaları, daha kolay zihin dağıtıcı etkinliklere yönelmelerine katkı sağlıyor olabilir.

‘Duygusal destek’ baş etme puanı, evli kadınlarda diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir ama istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Çizelge 74. Eşin Düzenli İşe Sahip Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Eşin Düzenli İşe sahip olma Durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Düzenli işte çalışıyor	59	47,30	-2,961	,003
	Düzenli işte çalışmıyor	51	64,99		
Aktif Baş Etme	Düzenli işte çalışıyor	59	49,30	-2,269	,023
	Düzenli işte çalışmıyor	51	62,68		
İnkâr	Düzenli işte çalışıyor	59	56,13	-0,227	,820
	Düzenli işte çalışmıyor	51	54,77		
Madde Kullanımı	Düzenli işte çalışıyor	59	52,32	-1,539	,124
	Düzenli işte çalışmıyor	51	59,18		
Duygusal Destek	Düzenli işte çalışıyor	59	63,67	-2,986	,003
	Düzenli işte çalışmıyor	51	46,05		
Davranışsal Boş Verme	Düzenli işte çalışıyor	59	56,04	-0,198	,843
	Düzenli işte çalışmıyor	51	54,87		
Duygusal Aktarım	Düzenli işte çalışıyor	59	50,15	-1,960	,050
	Düzenli işte çalışmıyor	51	61,69		
Maddi Destek	Düzenli işte çalışıyor	59	63,38	-2,907	,004
	Düzenli işte çalışmıyor	51	46,38		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Düzenli işte çalışıyor	59	54,03	-0,546	,585
	Düzenli işte çalışmıyor	51	57,21		
Kendini Suçlama	Düzenli işte çalışıyor	59	50,18	-1,908	,056
	Düzenli işte çalışmıyor	51	61,66		
Planlama	Düzenli işte çalışıyor	59	56,64	-0,418	,676
	Düzenli işte çalışmıyor	51	54,18		
Mizah	Düzenli işte çalışıyor	59	49,50	-2,194	,028
	Düzenli işte çalışmıyor	51	62,44		
Kabullenme	Düzenli işte çalışıyor	59	50,47	-1,839	,066
	Düzenli işte çalışmıyor	51	61,31		
Din	Düzenli işte çalışıyor	59	52,81	-1,024	,306
	Düzenli işte çalışmıyor	51	58,61		
	Toplam	110			

Çizelge 74’te görüldüğü üzere eşin düzenli bir işte çalışma durumu ile zihin dağıtma, aktif baş etme, duygusal destek, duygusal aktarım, maddi destek ve mizah baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Eşinin düzenli bir işte çalışma ile inkar, madde kullanımı, davranışsal boş verme, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama, kabullenme ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların eşleri düzenli bir işte çalışmadığı için ev ortamında eşiyile daha çok ilişki içinde olmakta ve buda hastalıkla ilgili yaşadığı olumsuz duyguların açığa çıkmasını sağlamaktadır. Düzenli bir işte çalışmak yoksullar için oldukça önemlidir; çünkü geleceklere hep tehdit altındadır, sürekli işsiz kalma kaygısı yaşarlar. Düzenli bir işte çalışmak, ekonomik olarak rahatlama hissi verir, beklenmeyen ve korkulan olaylara karşı bir güvenlik unsurudur. Meme kanseri yoksul kadınların, bu durumda daha rahat maddi ve duygusal destek aldıkları ve olumsuz duygularını daha rahat ifade ettikleri düşünülmektedir. Eşi düzenli bir işte çalışan meme kanseri hastası yoksul kadınların maddi destek baş etme puanı, diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır, bu veri beklenen bir durumu ifade etmektedir. Eşleri düzenli bir işte çalışmayan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda kendini suçlama oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda, düşük gelirli olan ve eşlerinden bu dönemde hastalıkla baş etmek için maddi ve duygusal destek almayan kadınların yaşanan sorunlarla ilgili kendilerini suçladıkları düşünülmektedir.

Çizelge 73’ teki sonuçlar ile bu sonuç birlikte ele alındığında, eşleri düzenli bir işte çalışan ve ekonomik durumları iyi kategorisinde yer alan meme kanseri hastası yoksul kadınların baş etme puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çizelge 75. Sosyal Güvence Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Sosyal güvence durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Sosyal güvence var	96	54,74	-0,668	,504
	Sosyal güvence yok	14	60,71		
Aktif Baş Etme	Sosyal güvence var	96	54,39	-0,988	,323
	Sosyal güvence yok	14	63,11		
İnkâr	Sosyal güvence var	96	55,79	-0,253	,800
	Sosyal güvence yok	14	53,54		
Madde Kullanımı	Sosyal güvence var	96	54,06	-1,701	,089
	Sosyal güvence yok	14	65,39		
Duygusal Destek	Sosyal güvence var	96	57,01	-1,339	,180
	Sosyal güvence yok	14	45,18		
Davranışsal Boş Verme	Sosyal güvence var	96	56,23	-0,650	,516
	Sosyal güvence yok	14	50,50		
Duygusal Aktarım	Sosyal güvence var	96	56,68	-1,050	,293
	Sosyal güvence yok	14	47,43		

Çizelge 75. (devam). Sosyal Güvence Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Sosyal güvence durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Maddi Destek	Sosyal güvence var	96	57,09	-1,427	,154
	Sosyal güvence yok	14	44,61		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Sosyal güvence var	96	55,90	-0,357	,721
	Sosyal güvence yok	14	52,79		
Kendini Suçlama	Sosyal güvence var	96	54,40	-0,964	,335
	Sosyal güvence yok	14	63,07		
Planlama	Sosyal güvence var	96	55,76	-0,232	,817
	Sosyal güvence yok	14	53,71		
Mizah	Sosyal güvence var	96	54,97	-0,473	,636
	Sosyal güvence yok	14	59,14		
Kabullenme	Sosyal güvence var	96	55,40	-0,093	,926
	Sosyal güvence yok	14	56,21		
Din	Sosyal güvence var	96	55,48	-0,014	,988
	Sosyal güvence yok	14	55,61		
	Toplam	110			

Çizelge 75'te görüldüğü üzere sosyal güvence var olup olmama durumu ile baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Maddi destek sosyal güvencesi olan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda yüksek olduğu görülmektedir ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yoksul meme kanseri hastası kadınların ekonomik kaynaklı sorunlar ve işsizlik önemli bir sorun olmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan yoksul meme kanseri hastası kadınların yoksullukla baş etmeleri oldukça güç olabilmektedir.

Çizelge 76. Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu İle Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Sosyal güvencenin niteliği durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	SSK	57	49,80	2,386	,496
	Bağ-Kur	22	44,39		
	Emekli Sandığı	13	54,31		
	Yeşilkart	4	33,75		
Aktif Baş Etme	SSK	57	50,36	2,582	,461
	Bağ-Kur	22	42,98		
	Emekli Sandığı	13	53,65		
	Yeşilkart	4	35,63		
İnkâr	SSK	57	49,28	2,443	,486
	Bağ-Kur	22	52,77		
	Emekli Sandığı	13	38,27		
	Yeşilkart	4	47,13		
Madde Kullanımı	SSK	57	45,53	6,753	,080
	Bağ-Kur	22	51,75		
	Emekli Sandığı	13	58,96		
	Yeşilkart	4	39,00		
Duygusal Destek	SSK	57	51,49	6,492	,090
	Bağ-Kur	22	51,64		
	Emekli Sandığı	13	37,69		
	Yeşilkart	4	23,75		
Davranışsal Boş Verme	SSK	57	47,96	2,880	,410
	Bağ-Kur	22	43,25		
	Emekli Sandığı	13	59,04		
	Yeşilkart	4	50,88		

Çizelge 76. (devam). Sosyal Güvencenin Niteliği Durumu İle Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Sosyal güvencenin niteliği durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Duygusal Aktarım	SSK	57	49,50	1,376	,711
	Bağ-Kur	22	44,61		
	Emekli Sandığı	13	47,00		
	Yeşilkart	4	60,50		
Maddi Destek	SSK	57	49,79	1,235	,745
	Bağ-Kur	22	50,18		
	Emekli Sandığı	13	42,42		
	Yeşilkart	4	40,63		
Olumlu Yeniden Yorumlama	SSK	57	45,68	1,845	,605
	Bağ-Kur	22	53,48		
	Emekli Sandığı	13	53,23		
	Yeşilkart	4	45,88		
Kendini Suçlama	SSK	57	47,87	3,375	,337
	Bağ-Kur	22	49,70		
	Emekli Sandığı	13	55,77		
	Yeşilkart	4	27,25		
Planlama	SSK	57	52,46	3,116	,374
	Bağ-Kur	22	43,55		
	Emekli Sandığı	13	42,12		
	Yeşilkart	4	40,00		
Mizah	SSK	57	46,43	1,135	,769
	Bağ-Kur	22	51,55		
	Emekli Sandığı	13	53,54		
	Yeşilkart	4	44,88		
Kabullenme	SSK	57	49,72	1,549	,671
	Bağ-Kur	22	42,55		
	Emekli Sandığı	13	51,31		
	Yeşilkart	4	54,75		
Din	SSK	57	48,95	7,412	,060
	Bağ-Kur	22	51,16		
	Emekli Sandığı	13	34,65		
	Yeşilkart	4	72,50		
	Toplam	96			

Çizelge 76'da görüldüğü üzere sosyal güvencenin niteliğinin ne olduğu ile baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 77. Ev Sahibi Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Ev sahibi olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Ev sahibi	49	52,47	-0,912	,362
	Kira ve diğer	61	57,93		
Aktif Baş Etme	Ev sahibi	49	50,54	-1,512	,131
	Kira ve diğer	61	59,48		
İnkâr	Ev sahibi	49	58,38	-0,869	,385
	Kira ve diğer	61	53,19		
Madde Kullanımı	Ev sahibi	49	56,30	-0,321	,748
	Kira ve diğer	61	54,86		
Duygusal Destek	Ev sahibi	49	58,81	-1,007	,314
	Kira ve diğer	61	52,84		
Davranışsal Boş Verme	Ev sahibi	49	53,00	-0,762	,446
	Kira ve diğer	61	57,51		
Duygusal Aktarım	Ev sahibi	49	53,38	-0,648	,517
	Kira ve diğer	61	57,20		

Çizelge 77. (devam). Ev Sahibi Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Ev sahibi olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Maddi Desek	Ev sahibi	49	58, 74	-0, 997	, 319
	Kira ve diğer	61	52, 89		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Ev sahibi	49	58, 16	-0, 821	, 411
	Kira ve diğer	61	53, 36		
Kendini Suçlama	Ev sahibi	49	48, 90	-1, 972	, 049
	Kira ve diğer	61	60, 80		
Planlama	Ev sahibi	49	47, 86	-2, 328	, 020
	Kira ve diğer	61	61, 64		
Mizah	Ev sahibi	49	62, 55	-2, 149	, 032
	Kira ve diğer	61	49, 84		
Kabullenme	Ev sahibi	49	55, 05	-0, 137	, 891
	Kira ve diğer	61	55, 86		
Din	Ev sahibi	49	60, 16	-1, 480	, 139
	Kira ve diğer	61	51, 75		
	Toplam	110			

Çizelge 77’de görüldüğü üzere ev sahipliği durumu ile kendini suçlama, planlama ve mizah baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Ev sahipliği durumu ile zihin dağıtımına, aktif baş etme, inkar, madde kullanımı, duygusal destek, davranışsal boş verme, duygusal aktarım, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0, 05$).

Ev sahibi olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların diğerlerine göre kendini suçlama baş etme stili puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin kanser tedavisinin maddi yükünün fazla olması yüzünden yapılan harcamaların artış göstermesi olabilir. Oturdıkları konutun mülk sahibi olmama ve varsa çocuklarının geleceği için güvence sağlayamama durumu kendilerini suçlamalarına yol açabilmektedir. Ev sahibi olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların diğerlerine göre planlama baş etme stili puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ev sahibi olmayanlar bu sürede hastalıkla ve gelecekte ev sahibi olmak için ne yapacağı konusunda planlama yaptıkları düşünmektedir. Ev sahipliği açısından ekonomik durumu iyi olan meme kanseri hastası yoksul kadınların ev sahibi olmayanlara göre hastalıkla baş etme konusunda daha planlı oldukları ve mevcut sorunlara daha rahat mizahi yaklaşımda bulunabildikleri görülmüştür.

Çizelge 78. Aylık Gelir ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

Baş etme stilleri	Gelirle korelasyon	P
Zihin dağıtma	-0, 230	, 024
Aktif baş etme	-0, 123	, 231
İnkâr	0, 231	, 024
Madde kullanımı	0, 127	, 219
Duygusal destek	0, 062	, 551
Davranışsal Boş Verme	0, 127	, 218
Duygusal aktarım	-0, 128	, 215
Maddi destek	0, 094	, 363
Olumlu yeniden yorumlama	-0, 153	, 137
Kendini suçlama	0, 037	, 722
Planlama	0, 024	, 722
Mizah	0, 048	, 642
Kabullenme	-0, 322	, 001
Din	-0, 367	, 000

Çizelge 78’de görüldüğü üzere aylık gelir ile baş etme stillerinden ‘inkâr’ arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlemiştir ($p < 0, 05$).

Aylık gelir ile baş etme stillerinden zihin dağıtma, kabullenme ve din arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$).

Aylık gelir ile aktif baş etme, madde kullanımı, duygusal destek, davranışsal boş verme, duygusal aktarım, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama ve mizah arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0, 05$).

Aylık geliri artıka baş etme stillerinden inkâr artmakta ve zihin dağıtma, kabullenme ve din baş etme stillerinden alınan puan azalmaktadır.

Çizelge 71’deki sonuçlar ile bu sonuç birlikte ele alındığında, mesleği olmayan ve aylık geliri düşük olan hastalarda baş etme stili olarak dini öğelerin daha yüksek düzeyde kullanıldığı görülmektedir. Bir başka ifade ile aylık geliri düşük olan ve dolayısıyla daha alt sosyo ekonomik düzeye mensup olan meme kanseri hastası yoksul kadınların, daha çok dinsel öğelerden güç aldıkları ve durumlarını kabullenme yoluna gittikleri düşünülmektedir. Verilerimize göre aylık gelirdeki artış ile zihin dağıtma ters yönlüdür. Buna hasta bireylerin sosyal ekonomik durumlarından kaynaklanabilecek sorunlara odaklanmak yerine, hastalıkları ile ilgili durumlara odaklanmalarının sebep olduğu düşünülebilir.

Hasta, hastalığı ile baş ederken olumlu ve olumsuz manevi baş etme yöntemlerini kullanarak hastalığı ile daha rahat baş etmektedir. Hastalar arasında daha çok kadınlarda, yaşlılarda ve

sosyoekonomik seviyesi düşük olan bireylerde baş etme stilleri arasında manevi ve inancı daha çok tercih edildiği belirlenmiştir (Friedman, 2006, s. 600).

Çizelge 79. Çocuk Sayısı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

Baş etme stilleri	Çocuk sayısı ile korelasyon	P
Zihin dağıtma	-0,143	,137
Aktif baş etme	-0,050	,607
İnkar	-0,166	,083
Madde kullanımı	-0,347	,000
Duygusal destek	-0,015	,873
Davranışsal boşverme	-0,244	,010
Duygusal aktarım	0,008	,934
Maddi destek	0,128	,183
Olumlu yeniden yorumlama	-0,054	,577
Kendini suçlama	-0,073	,451
Planlama	0,021	,829
Mizah	-0,135	,160
Kabullenme	0,118	,219
Din	0,267	,005

Çizelge 79’da görüldüğü üzere çocuk sayısı ile baş etme stillerinden din arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çocuk sayısı arttıkça meme kanseri hastası yoksul kadınların bir baş etme stili olarak dini inanç ve kurumlara yönelmesi artmaktadır.

Çocuk sayısı ile zihin dağıtma, aktif baş etme, inkar, duygusal destek, duygusal aktarım, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama, mizah ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Çocuk sayısı ile baş etme stillerinden madde kullanımı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Kadının çocuğu varsa ve hatta çocuk sayısı arttıkça yaşanan yoksulluk daha da artmaktadır. Çocuk sahibi olmanın beraberinde getirdiği sevgi, sorumluluk ve paylaşma duyguları meme kanseri hastası kadınların yaşamda kalma mücadelesini güdülemekte, dolayısıyla hastalıkla baş etme ve yaşamda kalabilmek adına madde kullanımına yönelmedikleri düşünülmektedir.

Bununla birlikte çocuk sayısı ile baş etme stillerinden ‘davranışsal boş verme’ arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Çocuk sayısı arttıkça duygusal boş verme durumunda azalma olduğu belirlenmiştir. Yapılan görüşmelerde elde edilen nitel yanıtlar da bu veriyi desteklemektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan görüşmede “çocuklarım için de olsa bu hastalıktan kurtulmak ve onları yalnız bırakmak istemiyorum” (75 numaralı görüşme, 44 yaş, , ilköğretim mezunu, evli, 2 çocuğu var) demektedir.

Çizelge 80. Çocuğa Sahip Olmanın Baş Etmeye Etkisi ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Çocuk sahibi olmanın baş etmeye etkisi	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet, olumlu oldu	80	56,31	-0,445	,656
	Hayır, olumsuz oldu	30	53,33		
Aktif Baş Etme	Evet, olumlu oldu	80	59,23	-2,069	,039
	Hayır, olumsuz oldu	30	45,57		
İnkâr	Evet, olumlu oldu	80	52,14	-1,850	,064
	Hayır, olumsuz oldu	30	64,47		
Madde Kullanımı	Evet, olumlu oldu	80	52,88	-1,925	,054
	Hayır, olumsuz oldu	30	62,48		
Duygusal Destek	Evet, olumlu oldu	80	56,96	-0,808	,419
	Hayır, olumsuz oldu	30	51,62		
Davranışsal Boş Verme	Evet, olumlu oldu	80	51,33	-2,316	,021
	Hayır, olumsuz oldu	30	66,62		
Duygusal Aktarım	Evet, olumlu oldu	80	57,45	-1,085	,278
	Hayır, olumsuz oldu	30	50,30		
Maddi Destek	Evet, olumlu oldu	80	58,99	-1,953	,051
	Hayır, olumsuz oldu	30	46,20		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet, olumlu oldu	80	57,14	-0,924	,356
	Hayır, olumsuz oldu	30	51,12		
Kendini Suçlama	Evet, olumlu oldu	80	54,61	-0,486	,627
	Hayır, olumsuz oldu	30	57,88		
Planlama	Evet, olumlu oldu	80	56,19	-0,382	,703
	Hayır, olumsuz oldu	30	53,67		
Mizah	Evet, olumlu oldu	80	55,39	-0,062	,950
	Hayır, olumsuz oldu	30	55,80		
Kabullenme	Evet, olumlu oldu	80	58,97	-1,927	,054
	Hayır, olumsuz oldu	30	46,25		
Din	Evet, olumlu oldu	80	60,72	-3,019	,003
	Hayır, olumsuz oldu	30	41,58		
	Toplam	110			

Çizelge 80’de görüldüğü üzere çocuk sahibi olmanın etkisi ile baş etme stillerinden aktif baş etme, davranışsal boş verme ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Çocuk sahibi olmanın etkisi ile zihin dağıtımını, inkâr, madde kullanımı, duygusal destek, duygusal aktarma, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama, mizah ve kabullenme baş etme stilleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Çocuk sahibi olmanın kendilerini olumsuz etkilediğini düşünen meme kanseri hastası yoksul kadınlar, diğerlerine göre daha yüksek düzeyde, bir baş etme stili olarak inkâr başvurumaktadırlar. Çocuk sahibi olmanın kendilerini olumlu etkilediğini düşünen meme kanseri hastası yoksul kadınlar ise bir baş etme stili olarak diğerlerine göre daha fazla kabullenmeyi kullanmaktadırlar. Bu sonuçların paralellik gösterdiği ve nedeninin de yaşama tutunma amacına sahip olup olmamak olduğu düşünülmektedir.

Kadınlar için anne olmak güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Çünkü meme kanseri hastası yoksul kadınlar görüşmeler esnasında çocukların varlığıyla yaşama tutunmalarını ve bu yaşamın onlarla güzelleştiğini dile getirmiştir. Ayrıca bu durum kadının yoksullukla mücadelede seçtiği bir yol olarak da görülmektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan

görüşmede “Çocuklar benim hayata tutunmam ve yaşama sebebim”(18 numaralı görüşme, 44 yaş, ilköğretim mezunu, evli, 4 çocuğu var) demektir.

Küçük yaşta çocuk çalıştırmanın yoksul aileler için yoksullukla mücadelede bir baş etme yolu olduğu görülmektedir. Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda ekonomik durumun iyi olmadığı için kanserle baş etmede çocuk sahip olma maddi destekte etkisi olduğu görülmektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan görüşmede “Çocuklarımız olmasaydı ne ilaçlarımı alabilirdim ne de hastaneye gelebilirdim. maddi olarak çok destek verdiler” (67 numaralı görüşme, 61 yaş, ortaöğretim mezunu, eşi olmuş, 2 çocuğu var) demektir.

Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda çocuk sahibi olma durum aktif baş etme puanı daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu hastalar çocukların eğitimini ve geleceğini düşünerek ve çocukların karşısında oldukları sorumlulukları yerine getirme düşüncesiyle hastalıkla ilgili mevcut durumu ve problemleri daha iyi bir hale getirebilmek için çabaları olduğu görülmektedir.

Çocuk sahibi olan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda kabullenme puanı daha yüksek çıkmıştır. Çocuklar, bu dönemde annelerine duygusal ve manevi destek verdikleri için, hasta bu dönem yaşanan problemlerin gerçek olduğunu kabul edip, daha rahat baş ettikleri görülmektedir.

Çizelge 79’ deki sonuçlar ile bu sonuç birlikte ele alındığında, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı ile baş etme stillerinden din arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Kadınlar, çocuklara karşı sahip oldukları sorumluluğu yerine getirmek için hastalığı kabullenip dini inançlardan yardım alarak kendini güçlendirmektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan görüşmede “Çocuklarım beni ayaklarda durduruyorlar. Duygusal destek manevi destek veriyor” (84 numaralı görüşme, 39 yaş, ilköğretim mezunu, boşanmış, 2 çocuğu var) demektir.

Çizelge 81. Hastalık Teşhis Süresi ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

Baş etme stilleri	Hastalık teşhisiyle korelasyon	P
Zihin dağıtma	0, 394	, 000
Aktif baş etme	0, 170	, 077
İnkâr	-0, 224	, 019
Madde kullanımı	0, 055	, 570
Duygusal destek	-0, 186	, 053
Davranışsal boş verme	-0, 164	, 088
Duygusal aktarım	0, 060	, 534
Maddi destek	-0, 270	, 031
Olumlu yeniden yorumlama	-0, 069	, 479
Kendini suçlama	0, 142	, 140
Planlama	-0, 042	, 664
Mizah	0, 318	, 001
Kabullenme	0, 216	, 024
Din	0, 115	, 233

Çizelge 81’de görüldüğü üzere hastalık teşhis süresi ile baş etme stillerinden zihin dağıtma, mizah ve kabullenme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; hastalık teşhis süresi ile baş etme stillerinden inkâr ve maddi destek arasında negatif yönlü düşük anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastalık teşhis süresi ile baş etme stilleri arasında yer alan aktif baş etme, madde kullanımı, duygusal destek, davranışsal boş verme, duygusal aktarım, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama, planlama ve din arasında var olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hastalık teşhis süresi arttıkça maddi destek ve inkâr azalıyor; zihin dağıtma, mizah ve kabullenme baş etme puanları artıyor. Hastalık teşhis süresi uzadıkça, bireylerin maddi kaynaklarını bu amaç doğrultusunda harcamaları sonucu ekonomik durumları kötüleşmektedir. Bulgularımıza göre zaten ekonomik durumunun kötü olması sebebi ile kurumlardan destek alan bu bireylere, bu maddi destek yetmemekte ve iş görememe sonucunda ekonomik durumları giderek zayıflamaktadır.

Kanserin tanı ve tedavi süreçlerinde hastanın yaşam tarzı olumsuz etkilenmekte ve bu nedenle birey kayıp duygusu yaşamaktadır. Hastanın bu aşamada yaşadığı gelecekle ilgili belirsizlikler, anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. Hasta bu süreçle baş etmeye çabalarırken, iş performansı düşmekte, evdeki sorumluluklarını yerine getirememektedir. Bütün bunlar aile içinde uyum güçlüğü, rol kaybı, ekonomik güçlük yaşamasına yol açmaktadır (Arslan, 2003, s. 39-47).

Tedavi uzadıkça depresyona sebep olmaktadır. Bu dönemde, hasta kayıplarını fark eder, yapmadıkları ve yapamayacakları için yas dönemine girer. Hasta bir kabullenme dönemi içine girer. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır (Papilla, 2008, s. 197)

Çizelge 82. Ameliyat Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Ameliyat olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Ameliyat olmuş	102	56,50	-1,204	,229
	Ameliyat olmamış	8	42,69		
Aktif Baş Etme	Ameliyat olmuş	102	56,88	-1,673	,094
	Ameliyat olmamış	8	37,94		
İnkâr	Ameliyat olmuş	102	54,52	-1,180	,238
	Ameliyat olmamış	8	68,00		
Madde Kullanımı	Ameliyat olmuş	102	54,24	-2,033	,042
	Ameliyat olmamış	8	71,63		

Çizelge 82. (devam). Ameliyat Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Ameliyat olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Duygusal Destek	Ameliyat olmuş	102	55,75	-0,297	,766
	Ameliyat olmamış	8	52,38		
Davranışsal Boş Verme	Ameliyat olmuş	102	54,10	-1,697	,090
	Ameliyat olmamış	8	73,31		
Duygusal Aktarım	Ameliyat olmuş	102	55,75	-0,304	,761
	Ameliyat olmamış	8	52,31		
Maddi Destek	Ameliyat olmuş	102	55,86	-0,444	,657
	Ameliyat olmamış	8	50,88		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Ameliyat olmuş	102	55,02	-0,590	,555
	Ameliyat olmamış	8	61,63		
Kendini Suçlama	Ameliyat olmuş	102	55,56	-0,070	,944
	Ameliyat olmamış	8	54,75		
Planlama	Ameliyat olmuş	102	55,07	-0,518	,605
	Ameliyat olmamış	8	60,94		
Mizah	Ameliyat olmuş	102	55,15	-0,429	,668
	Ameliyat olmamış	8	60,00		
Kabullenme	Ameliyat olmuş	102	57,68	-2,650	,008
	Ameliyat olmamış	8	27,69		
Din	Ameliyat olmuş	102	56,66	-1,463	,143
	Ameliyat olmamış	8	40,75		
	Toplam	110			

Çizelge 82’de görüldüğü üzere ameliyat olma durumu ile baş etme stillerinden madde kullanımı ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ameliyat olma durumu ile diğer baş etme değişkenler aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte ameliyat olan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda madde kullanma baş etme stili puanları ameliyat olmayanlara göre daha düşüktür. Ameliyat olan kadınların tedavi sürecine başlamış olması olumlu bir aşamaya geçişi gösterir ve bu nedenle madde kullanımının düşük olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda ameliyat olan meme kanseri hastası yoksul kadınların hastalığı ve tedavi sürecini kabullendiği ve süreçle ilgili aktif baş etme stili puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Kadının memesi; kadınlığı, cinselliği, annelik duygularını ifade etmektedir. Ameliyat olmamış kadınların kanser süresinde yaşadıkları korku; beden imajında bozulma duyguları, özsaygıda azalma, kadınlığı yitirme ve cinsel işlevlerde azalma düşüncesi ve umutsuzluk yönünden ciddi sorunlar yaşatmaktadırlar. Bu nedenle madde kullanımı, bir yanlış baş etme yolu olarak tercih edilmektedir.

Çizelge 83. Hastalığın Yaşamında Değişikliğe Neden Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Hastalığın yaşamında değişikliklere neden olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	78	57,35	-0,967	,333
	Hayır	32	51,00		
Aktif Baş Etme	Evet	78	55,03	-0,252	,801
	Hayır	32	56,66		
İnkar	Evet	78	57,56	-1,086	,278
	Hayır	32	50,47		
Madde Kullanımı	Evet	78	57,02	-1,068	,286
	Hayır	32	51,80		
Duygusal Destek	Evet	78	51,81	-1,959	,050
	Hayır	32	64,50		
Davranışsal Boş Verme	Evet	78	56,85	-0,718	,473
	Hayır	32	52,20		
Duygusal Aktarım	Evet	78	57,51	-1,068	,286
	Hayır	32	50,61		
Maddi Destek	Evet	78	51,53	-2,125	,034
	Hayır	32	65,17		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	78	51,52	-2,139	,032
	Hayır	32	65,20		
Kendini Suçlama	Evet	78	61,00	-2,862	,004
	Hayır	32	42,09		
Planlama	Evet	78	58,67	-1,684	,092
	Hayır	32	47,77		
Mizah	Evet	78	56,84	-0,711	,477
	Hayır	32	52,23		
Kabullenme	Evet	78	51,22	-2,271	,023
	Hayır	32	65,92		
Din	Evet	78	53,24	-1,248	,212
	Hayır	32	61,00		
	Toplam	110			

Çizelge 83'te görüldüğü üzere hastalık ile yaşamında değişiklik olma durumu ile baş etme stillerinden duygusal destek, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yaşamında değişiklik olma durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda gelirinin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediğini düşünenlerin büyük bir çoğunluğu bunu sağlık durumlarının bozulmasına ve sağlıkla ilgili yapılan masraflara bağlamaktadırlar. Meme kanseri hastası yoksul kadınların büyük bir çoğunluğu sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmekle birlikte, bu alanın diğer bütün ihtiyaç alanlarını da etkilediğini düşünmektedirler. Bu durumda, gelirinin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediğini düşünenlerle ilgili bulgular, sağlık durumunun bozulması ve bu durumun getirdiği yetmezlikler görülmektedir.

Meme kanseri olan kadınlarda kendilerini suçlama oldukça yaygın bir davranıştır. Tedavi sırasındaki davranışlarına bağlı olarak kendilerini suçlayabilirler. Ayrıca görüşmeler sırasında verilen nitel yanıtlara bakıldığında bir kadının “*Tüm yaşamım alt üst oldu, çocuklarımı seviyorum ama çocuklar benim varlığıma karşın yoksunluğumu yaşıyorlar. Yaşadıklarımı ve beynimde kopan fırtınaları anlatamam, tarifi yok bunun*” ifadesi ile hastalığın yaşamında olumsuz değişikliğe neden olduğunu ve dolayısıyla kendini suçlamaya başladığı görülmektedir (74 numaralı görüşme, 39 yaşında, lise mezunu, evli).

Çizelge 84. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	95	57,30	-1,520	,128
	Yetersiz	15	44,10		
Aktif Baş Etme	Yeterli	95	56,61	-0,946	,344
	Yetersiz	15	48,50		
İnkar	Yeterli	95	54,37	-0,960	,337
	Yetersiz	15	62,67		
Madde Kullanımı	Yeterli	95	53,96	-1,747	,081
	Yetersiz	15	65,27		
Duygusal Destek	Yeterli	95	58,77	-2,799	,005
	Yetersiz	15	34,77		
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	95	54,29	-1,302	,302
	Yetersiz	15	63,13		
Duygusal Aktarım	Yeterli	95	55,06	-0,375	,708
	Yetersiz	15	58,27		
Maddi Destek	Yeterli	95	59,64	-3,575	,000
	Yetersiz	15	29,27		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	95	58,37	-2,484	,013
	Yetersiz	15	37,33		
Kendini Suçlama	Yeterli	95	53,17	-1,956	,050
	Yetersiz	15	70,27		
Planlama	Yeterli	95	55,78	-0,239	,811
	Yetersiz	15	53,73		
Mizah	Yeterli	95	55,19	-0,261	,794
	Yetersiz	15	57,43		
Kabullenme	Yeterli	95	55,76	-0,221	,825
	Yetersiz	15	53,87		
Din	Yeterli	95	58,01	-2,238	,025
	Yetersiz	15	39,60		
	Toplam	110			

Çizelge 84’te görüldüğü üzere tedavi aşamasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu ile duygusal destek, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Tedavi aşamasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %86,

36'sı tedavi aşamasında tıbbi hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Meme kanseri tedavisi aşamasında aldıkları tıbbi hizmeti yeterli bulanlar, duygusal destek, maddi destek ve olumlu yeniden yorumlama baş etme puanlarından da yüksek puan almışlardır. Tedavi aşamasında tıbbi hizmetleri yeterli bulan hasta, sorunu başka bir açıdan görmeye çalışıyor ve olumlu yanlarına bakıyor. Hastalık ile ilgili olumlu yeniden yorumlama yaptığı görülmektedir. Tedavi aşamasında tıbbi hizmetleri yetersiz bulan hastalarda, yaşanan sorunlar ve hastalık hakkında kendini daha çok suçladığı görülmektedir. Tedavi aşamasında kanserli hastaların ev ve aile ortamından uzak kalmasının ve hastanede bir süre yatmanın, aileden algılanan duygusal desteği düşürdüğü düşünülebilir. Bu nedenle tedavi aşamasında hastanede alınan duygusal desteğin, tıbbi hizmetleri desteklemesi gerekmektedir. Sonuçlara göre tedavi aşamasında tıbbi hizmetleri yeterli bulanların algılanan duygusal desteği yükselmektedir. Ayrıca tedavi aşamasında, meme kanseri sonucunda; beden imajında bozulma, depresyon, tekrarlama korkusu ve ölüm korkusu yaşamaktadır. Bu aşamada baş etme için dini öğelerden yararlananlar aldıkları tıbbi hizmetleri daha yeterli bulmaktadırlar.

Çizelge 85. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmeti Desteğini Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı tıbbi sosyal hizmet desteğini yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	18	50,64	-0,722	,471
	Yetersiz	92	56,45		
Aktif Baş Etme	Yeterli	18	48,89	-0,995	,320
	Yetersiz	92	56,79		
İnkâr	Yeterli	18	60,83	-0,795	,427
	Yetersiz	92	54,46		
Madde Kullanımı	Yeterli	18	56,83	-0,265	,791
	Yetersiz	92	55,24		
Duygusal Destek	Yeterli	18	48,72	-1,109	,308
	Yetersiz	92	56,83		
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	18	59,53	-0,606	,544
	Yetersiz	92	54,71		
Duygusal Aktarım	Yeterli	18	51,33	-0,628	,530
	Yetersiz	92	56,32		
Maddi Destek	Yeterli	18	52,92	-0,392	,695
	Yetersiz	92	56,01		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	18	58,39	-0,440	,660
	Yetersiz	92	54,93		
Kendini Suçlama	Yeterli	18	63,97	-1,249	,212
	Yetersiz	92	53,84		
Planlama	Yeterli	18	47,78	-1,161	,246
	Yetersiz	92	57,01		
Mizah	Yeterli	18	48,39	-1,070	,285
	Yetersiz	92	56,89		
Kabullenme	Yeterli	18	52,81	-0,405	,685
	Yetersiz	92	56,03		
Din	Yeterli	18	51,50	-0,627	,531
	Yetersiz	92	56,28		
	Toplam	110			

Çizelge 85'te görüldüğü üzere tedavi aşamasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yeterli bulma durumu ile baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %83, 63'ü tedavi aşamasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yetersiz bulmaktadır.

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesine göre tıbbi sosyal hizmet; ayakta ya da yatakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Md.3).

Bu araştırmaya katılan meme kanseri hastası yoksul hastalar, ekonomik durumları iyi olmayan kadınlardır. Bu yoksulluk kadınların sağlık durumlarını da olumsuz etkilemektedir. Tedavi aşamasında meme kanseri hastası yoksul kadınların psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan büyük bir sorun yaşadıkları görülmektedir. Buna karşın tedavi aşamasında tıbbi sosyal hizmet birimlerinden yeterli destek almadıkları görülmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının, ekonomik durumları iyi olmayan hastalara, sivil toplum kuruluşlarından (SYDV vb.) ve kamu kurumlarından destek almalarını sağlamaları gerekmektedir. Meme kanseri hastası yoksul kadınların bu kurumlardan yeterli destek almadıkları görülmektedir. Ayrıca çizelge 92 ve 93' te görüldüğü gibi, maddi desteği daha çok komşu ve akrabadan aldıkları görülmektedir.

Çizelge 86. Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu	sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	36	61, 53	-1, 411	, 158
	Yetersiz	74	52, 57		
Aktif Baş Etme	Yeterli	36	60, 90	-1, 282	, 200
	Yetersiz	74	52, 87		
İnkar	Yeterli	36	68, 31	-3, 010	, 003
	Yetersiz	74	49, 27		
Madde Kullanımı	Yeterli	36	62, 60	-2, 228	, 026
	Yetersiz	74	52, 05		
Duygusal Destek	Yeterli	36	57, 10	-0, 379	, 705
	Yetersiz	74	54, 72		

Çizelge 86. (devam). Teşhis ve Tedavi Aşamasında Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Teşhis ve tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu	sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	36	62, 71	-1, 710	, 087
	Yetersiz	74	51, 99		
Duygusal Aktarım	Yeterli	36	61, 22	-1, 360	, 174
	Yetersiz	74	52, 72		
Maddi Destek	Yeterli	36	58, 53	-0, 724	, 469
	Yetersiz	74	54, 03		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	36	58, 22	-0, 653	, 514
	Yetersiz	74	54, 18		
Kendini Suçlama	Yeterli	36	67, 49	-2, 787	, 005
	Yetersiz	74	49, 67		
Planlama	Yeterli	36	54, 39	-0, 263	, 792
	Yetersiz	74	56, 04		
Mizah	Yeterli	36	62, 03	-1, 548	, 122
	Yetersiz	74	52, 32		
Kabullenme	Yeterli	36	46, 39	-2, 162	, 031
	Yetersiz	74	59, 93		
Din	Yeterli	36	49, 28	-1, 537	, 124
	Yetersiz	74	58, 53		
	Toplam	110			

Çizelge 86’da görüldüğü üzere tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu ile inkâr, madde kullanımı, kendini suçlama ve kabullenme baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$). Tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmıştır ($p > 0, 05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %67, 27’si tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yetersiz bulmaktadır. Ayrıca inkâr, madde kullanımı ve kendini suçlamada yeterli psikolojik desteğin olmadığı görülmektedir.

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmanın, insanları psikolojik olarak ciddi bir şekilde etkilediği açıktır. Kanser günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölüme sebep olmaktadır. Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik bir korkutma olarak görülmektedir. Meme kanseri, kadınların yaşamını ve kadınlığını tehdit eden bir hastalık olmaktadır. 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 sorunlar ortaya çıkmaktadır (Ceylan, 2009, s. 11). Meme kanseri hastalarında psikolojik desteğin önemli olduğu görülmektedir. Buna karşın sonuçlara göre tedavi aşamasında hastanede aldıkları psikolojik desteğin yetersiz olduğu görülmektedir. Ayrıca çizelge 91, 92, 93’teki sonuçlara göre; meme kanseri hastalarının duygusal desteği aileden, komşudan, akrabadan aldıkları görülmektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan

görüşmede “Psikiyatriden faydası olur düşüncesiyle aldığım tedavinin de hiç faydası olmadı” (41 numaralı görüşme, 41 yaş, lise mezunu, evli, 2 çocuğu var) görülmektedir.

Spiegel (1997), meme kanseri hastaların %80’inin, ilk tedavi süresinde kanserin tekrarlayacağına ilişkin anksiyete, ölüm anksiyetesi ve cinsel sorunlar yaşadıklarını bulmuştur.

Çizelge 87. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Tedavi sonrasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	89	56,71	-1,215	,224
	Yetersiz	20	47,40		
Aktif Baş Etme	Yeterli	89	57,50	-1,803	,071
	Yetersiz	20	43,88		
İnkâr	Yeterli	89	53,90	-0,787	,431
	Yetersiz	20	59,90		
Madde Kullanımı	Yeterli	89	53,24	-1,697	,090
	Yetersiz	20	62,83		
Duygusal Destek	Yeterli	89	57,49	-1,793	,073
	Yetersiz	20	43,93		
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	89	54,15	-0,616	,538
	Yetersiz	20	58,80		
Duygusal Aktarım	Yeterli	89	56,29	-0,933	,351
	Yetersiz	20	49,25		
Maddi Destek	Yeterli	89	57,90	-2,108	,035
	Yetersiz	20	42,08		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	89	56,65	-1,206	,228
	Yetersiz	20	47,65		
Kendini Suçlama	Yeterli	89	52,66	-1,655	,098
	Yetersiz	20	65,43		
Planlama	Yeterli	89	56,79	-1,288	,198
	Yetersiz	20	47,05		
Mizah	Yeterli	89	54,01	-0,712	,477
	Yetersiz	20	59,40		
Kabullenme	Yeterli	89	56,26	-0,911	,362
	Yetersiz	20	49,38		
Din	Yeterli	89	58,81	-2,863	,004
	Yetersiz	20	38,05		
	Toplam	109			

Çizelge 87’de görüldüğü üzere tedavi sonrasında aldıkları tıbbi hizmeti yeterli bulma durumu ile baş etme stillerinden maddi destek ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Tedavi sonrasında aldıkları tıbbi hizmetleri yeterli bulma durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %80, 90’ı tedavi sonrasında aldıkları tıbbi hizmeti yeterli bulmaktadır. Ayrıca tedavi sonrasında aldığı tıbbi hizmeti yeterli bulan meme kanseri hastası yoksul kadınların aktif baş etme stili puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Tedavi hizmetlerinden yeterli olarak yararlanan kadınlar, kendilerini hastalıkla baş etmek için daha fazla çaba sarf edebilecek güçte hissetmektedirler. Ayrıca çizelge 84’te görüldüğü gibi tedavi aşamasında tıbbi hizmetleri yeterli bulma ile maddi destek ve din baş etme stili arasında ilişki

olduğu görülmektedir. Tedavi sonrasında tıbbi hizmetlerden yeterli destek alanların diğerlerine göre maddi desteğinin iyi olduğu görülmektedir.

Çizelge 88. Tedavi Sonrasında Aldığı Tıbbi Sosyal Hizmeti Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Tedavi sonrasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	24	49, 15	-1, 409	, 294
	Yetersiz	85	56, 65		
Aktif Baş Etme	Yeterli	24	51, 83	-0, 575	, 565
	Yetersiz	85	55, 89		
İnkar	Yeterli	24	58, 52	-0, 634	, 526
	Yetersiz	85	54, 01		
Madde Kullanımı	Yeterli	24	57, 77	-0, 674	, 501
	Yetersiz	85	54, 22		
Duygusal Destek	Yeterli	24	45, 58	-1, 709	, 087
	Yetersiz	85	57, 66		
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	24	54, 31	-0, 125	, 901
	Yetersiz	85	55, 19		
Duygusal Aktarım	Yeterli	24	48, 42	-1, 197	, 231
	Yetersiz	85	56, 86		
Maddi Destek	Yeterli	24	50, 79	-0, 770	, 442
	Yetersiz	85	56, 19		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	24	54, 38	-0, 115	, 908
	Yetersiz	85	55, 18		
Kendini Suçlama	Yeterli	24	64, 00	-1, 602	, 109
	Yetersiz	85	52, 46		
Planlama	Yeterli	24	47, 44	-1, 373	, 170
	Yetersiz	85	57, 14		
Mizah	Yeterli	24	46, 79	-1, 489	, 137
	Yetersiz	85	57, 32		
Kabullenme	Yeterli	24	53, 40	-0, 291	, 771
	Yetersiz	85	55, 45		
Din	Yeterli	24	57, 00	-0, 379	, 705
	Yetersiz	85	54, 44		
	Toplam	109			

Çizelge 88’de görüldüğü üzere tedavi sonrasında aldığı tıbbi sosyal hizmeti yeterli bulma durumu ile baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %77., 27’si tedavi sonrasında aldığı tıbbi sosyal hizmetin yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Çizelge 85’ te görüldüğü gibi tedavi aşamasında da tıbbi sosyal hizmet durumu ile baş etme stilleri arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonuçlara göre meme kanseri hastalarında, tedavi aşamasında ve sonrasında tıbbi sosyal hizmet desteğinin yeterli olmadığı ve hastaların sosyal hizmet biriminin ne tür hizmetler verdikleri konusunda da hiçbir bir bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan görüşmede “*Belki bu meslek çalışanlarının ne yaptıklarını bilseydim yardım talep ederdim*” dediği görülmektedir. (111 numaralı görüşme, 50 yaş, ortaöğretim mezunu, evli, 3 çocuğu var).

Çizelge 89. Tedavi Sonrası Aldığı Psikolojik Desteği Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Tedavi sonrasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Yeterli	36	61, 10	-1, 444	, 149
	Yetersiz	73	51, 99		
Aktif Baş Etme	Yeterli	36	60, 40	-1, 297	, 195
	Yetersiz	73	52, 34		
İnkâr	Yeterli	36	62, 47	-1, 777	, 076
	Yetersiz	73	51, 32		
Madde Kullanımı	Yeterli	36	62, 42	-2, 383	, 017
	Yetersiz	73	51, 34		
Duygusal Destek	Yeterli	36	56, 81	-0, 433	, 665
	Yetersiz	73	54, 11		
Davranışsal Boş Verme	Yeterli	36	61, 26	-1, 504	, 132
	Yetersiz	73	51, 91		
Duygusal Aktarım	Yeterli	36	58, 83	-0, 921	, 357
	Yetersiz	73	53, 11		
Maddi Destek	Yeterli	36	60, 75	-1, 390	, 165
	Yetersiz	73	52, 16		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Yeterli	36	57, 50	-0, 608	, 543
	Yetersiz	73	53, 77		
Kendini Suçlama	Yeterli	36	68, 76	-3, 237	, 001
	Yetersiz	73	48, 21		
Planlama	Yeterli	36	50, 36	-1, 113	, 266
	Yetersiz	73	57, 29		
Mizah	Yeterli	36	56, 35	-0, 323	, 747
	Yetersiz	73	54, 34		
Kabullenme	Yeterli	36	49, 78	-1, 253	, 210
	Yetersiz	73	57, 58		
Din	Yeterli	36	51, 86	-0, 785	, 432
	Yetersiz	73	56, 55		
	Toplam	109			

Çizelge 89’da görüldüğü üzere tedavi sonrasında aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu ile madde kullanımı ve baş etme stillerinden kendini suçlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$). Tedavi sonrası aldığı psikolojik desteği yeterli bulma durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0, 05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %77, 27’si tedavi sonrasında aldıkları psikolojik desteği yetersiz bulmaktadır. Ayrıca tedavi sonrasında psikolojik desteği yeterli olarak yorumlayan meme kanseri hastası kadınların diğerlerine göre inkâr baş etme stili puanlarının yeterli psikolojik destek almalarından dolayı daha düşük olması beklenirken daha yüksek olduğu görülmektedir. Meme kanseri hastaları tedavi aşamasında ve sonrasında yeterli psikolojik desteği, meslek elemanlarından değil, aileden, komşudan ve akrabadan aldıkları görülmektedir. Ward ve ark. (1992) ise meme kanseri tedavisinden sonra kadınların %30’unun psikolojik “distres” yaşadığını bulmuştur. Meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalar sonucunda en çok ortaya çıkan ruhsal sorunların uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür. Walshe (1846), kanser hastalarına psikolojik destek vermenin önemli olduğunu vurgulamıştır (Cralge, 1974, s. 1326).

Çizelge 90. Psikolog veya Sosyal Hizmet Uzmanı Gibi Bir Meslek Elemanından Yardım Alma İhtiyacı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Psikolog veya Sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	58	59,37	-1,372	,170
	Hayır	52	51,18		
Aktif Baş Etme	Evet	58	55,32	-0,065	,948
	Hayır	52	55,70		
İnkâr	Evet	58	61,84	-2,258	,024
	Hayır	52	48,42		
Madde Kullanımı	Evet	58	61,68	-2,939	,003
	Hayır	52	48,61		
Duygusal Destek	Evet	58	47,41	-2,905	,004
	Hayır	52	64,53		
Davranışsal Boş Verme	Evet	58	61,12	-2,019	,043
	Hayır	52	49,23		
Duygusal Aktarım	Evet	58	54,41	-0,391	,696
	Hayır	52	56,71		
Maddi Destek	Evet	58	51,38	-1,493	,136
	Hayır	52	60,10		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	58	55,73	-0,085	,933
	Hayır	52	55,24		
Kendini Suçlama	Evet	58	64,70	-3,238	,001
	Hayır	52	45,24		
Planlama	Evet	58	55,69	-0,068	,946
	Hayır	52	55,29		
Mizah	Evet	58	59,61	-1,477	,140
	Hayır	52	50,91		
Kabullenme	Evet	58	49,29	-2,230	,026
	Hayır	52	62,42		
Din	Evet	58	50,44	-1,893	,058
	Hayır	52	61,14		
	Toplam	110			

Çizelge 90'da görüldüğü üzere psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi ile baş etme stillerinden inkâr, madde kullanımı, duygusal destek, davranışsal boş verme, kendini suçlama ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Meme kanseri hastası yoksul kadınların %52,72'si psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi duydukları görülmektedir. Meme kanseri olan kadınlar, tedaviye başvurma süreçlerinde, tedavi dışı alternatiflere yönelmede, tedaviyi ertelemelerinde ve tedavi sırasındaki davranışlarına bağlı olarak kendilerini suçlayabilirler. Hasta ilk dönemlerde kanser olduğunu psikolojik olarak inkâr edebilir. Bu dönemde baş etmek için sigara, alkol kullanabilir. Sonuçlara göre kendini suçlamada, inkâr ve madde kullanımında meslek elemanlarından yeterli destek aldıkları görülmektedir. Ayrıca meslek elemanlardan aldıkları duygusal desteğin

yeterli olmadıkları görülmektedir. Bunun yanında çizelge 86 ve 87'deki sonuçlarda psikolog ve sosyal hizmet uzmanı desteğinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Kansere yakalanmaya verilen olağan tepkilerin bir çeşit yas süreci olduğunu belirlenmiştir. Bu tepkiler; inkâr, öfke pazarlık, depresyon ve kabullenme biçiminde sıralanmıştır (Kübler, 1970, s.40). Bu süreçte hastaların psikolojik destek alma ihtiyaçlarının yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların bu süreçte psiko sosyal destek alma ihtiyaçları vardır ancak psikolog ve sosyal hizmet uzmanı desteğinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Çizelge 91. Sivil Toplum Örgütlerinden Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Sivil toplum örgütlerinden destek alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	21	72,05	-2,697	,007
	Hayır	89	51,60		
Aktif Baş Etme	Evet	21	71,62	-2,663	,008
	Hayır	89	51,70		
İnkâr	Evet	21	53,48	-0,331	,740
	Hayır	89	55,98		
Madde Kullanımı	Evet	21	50,21	-1,156	,248
	Hayır	89	56,75		
Duygusal Destek	Evet	21	52,74	-0,456	,648
	Hayır	89	56,15		
Davranışsal Boş Verme	Evet	21	48,10	-1,224	,221
	Hayır	89	57,25		
Duygusal Aktarım	Evet	21	62,10	-1,092	,275
	Hayır	89	53,94		
Maddi Destek	Evet	21	51,24	-0,710	,478
	Hayır	89	56,51		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	21	37,69	-2,977	,003
	Hayır	89	59,70		
Kendini Suçlama	Evet	21	68,19	-2,055	,040
	Hayır	89	52,51		
Planlama	Evet	21	64,40	-1,470	,142
	Hayır	89	53,40		
Mizah	Evet	21	66,07	-1,746	,081
	Hayır	89	53,01		
Kabullenme	Evet	21	60,83	-0,881	,378
	Hayır	89	54,24		
Din	Evet	21	69,48	-2,405	,016
	Hayır	89	52,20		
	Toplam	110			

Çizelge 91'de görüldüğü üzere karşılaşılan sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanması için STÖ'lerden destek durumu ile baş etme stillerinden zihin dağıtma, aktif baş etme, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Karşılaşılan sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanması için

STÖ'lerden destek durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sivil toplum kuruluşlarından destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların aktif baş etme, zihin dağıtma, kendini suçlama ve din baş etme stilleri puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Yapılan görüşmelerde alınan nitel yanıtlara bakıldığında kadınların sivil toplum kuruluşu algısının belediye ve sosyal yardımlaşma dayanışma vakıfları gibi daha çok maddi destek sağlayıcıları olduğu gözlenmiştir. Sonuçlara göre meme kanseri hastası yoksul kadınların %80,90 karşılaşılan sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanması için STÖ desteklerin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle meme kanseri hastası kadınların pek çok yaşamsal araçtan yoksun oldukları, sınırlı bir yaşam alanı içinde, belli kuruluşlarla işbirliği içinde, sosyal yardımlarla geçinerek, oldukça kötü yaşam koşullarına sahip oldukları görülmektedir.

Çizelge 92. Aileden, Aynı Hanede Yaşayan Kişilerden Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	85	55,51	-0,007	,994
	Hayır	25	55,46		
Aktif Baş Etme	Evet	85	55,79	-0,184	,854
	Hayır	25	54,50		
İnkâr	Evet	85	54,51	-0,618	,537
	Hayır	25	58,88		
Madde Kullanımı	Evet	85	55,61	-0,093	,926
	Hayır	25	55,12		
Duygusal Destek	Evet	85	58,96	-2,171	,030
	Hayır	25	43,72		
Davranışsal Boş Verme	Evet	85	54,31	-0,749	,454
	Hayır	25	59,56		
Duygusal Aktarım	Evet	85	53,92	-0,994	,320
	Hayır	25	60,88		
Maddi Destek	Evet	85	58,45	-1,867	,062
	Hayır	25	45,46		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	85	56,67	-0,743	,458
	Hayır	25	51,52		
Kendini Suçlama	Evet	85	53,51	-1,222	,222
	Hayır	25	62,26		
Planlama	Evet	85	57,80	-1,441	,150
	Hayır	25	47,68		
Mizah	Evet	85	54,48	-0,638	,523
	Hayır	25	58,96		
Kabullenme	Evet	85	56,86	-0,852	,394
	Hayır	25	50,88		
Din	Evet	85	57,65	-1,406	,160
	Hayır	25	48,18		
	Toplam	110			

Çizelge 92’de görüldüğü üzere aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu ile duygusal destek baş etme stili arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Aileden aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu %77,2’dir. Aileden aynı hanede yaşayan kişilerden destek alma durumu ile kabullenme, din, planlama, maddi destek, duygusal destek, zihin dağıtımı, mizah, olumlu yeniden yorumlama, davranışsal boş verme, kendini suçlama, inkar ve aktif baş etme puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Kanser gibi ciddi bir hastalığa yakalanmış olmak, kişinin daha çok ailesine ve ailesinin desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bununla birlikte beklendiği gibi, ailesinden destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların duygusal destek ve maddi destek baş etme stili puanı diğerlerine göre oldukça yüksektir ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sherman ve arkadaşlarının (2009) 45 meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile yaptıkları çalışmada, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş ve eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri saptanmıştır (Akdeniz, 2012, s. 54).

Sosyal desteği, bireyin duygusal problemleriyle mücadele edebilmesi için psikolojik faktörleri güçlendiren, bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak adlandırabiliriz.

Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sosyal destek, tedavi sonrası uyumu kolaylaştırmakta, iyileşmenin fizyolojik mekanizması, baş etme becerileri ve işlevsel yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Alınan sosyal desteğin boyutu ve içeriği kanser mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Çalışkan, 2015, s. 28).

Çizelge 93. Akrabalardan Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Yakın akrabalarından yeterli destek alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	69	50,22	-2,300	,021
	Hayır	41	64,39		
Aktif Baş Etme	Evet	69	53,92	-0,697	,486
	Hayır	41	58,16		
İnkar	Evet	69	56,95	-0,634	,526
	Hayır	41	53,06		
Madde Kullanımı	Evet	69	60,10	-2,687	,007
	Hayır	41	47,76		
Duygusal Destek	Evet	69	61,54	-2,661	,008
	Hayır	41	45,34		
Davranışsal Boş Verme	Evet	69	59,69	-1,848	,065
	Hayır	41	48,45		
Duygusal Aktarım	Evet	69	53,12	-1,051	,293
	Hayır	41	59,50		
Maddi Destek	Evet	69	60,03	-2,015	,044
	Hayır	41	47,88		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	69	58,33	-1,262	,207
	Hayır	41	50,74		
Kendini Suçlama	Evet	69	55,09	-0,175	,861
	Hayır	41	56,18		
Planlama	Evet	69	53,99	-0,664	,506
	Hayır	41	58,04		
Mizah	Evet	69	55,24	-0,115	,908
	Hayır	41	55,94		
Kabullenme	Evet	69	50,07	-2,395	,017
	Hayır	41	64,63		
Din	Evet	69	48,95	-3,010	,003
	Hayır	41	66,52		
	Toplam	110			

Çizelge 93'te görüldüğü üzere yakın akrabalarından destek durumu ile baş etme stillerinden zihin dağıtma, madde kullanımı, duygusal destek, maddi destek, kabullenme ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirtilmiştir ($p < 0,05$). Yakın akrabalarından destek durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yakın akrabalarından destek almayanların %37,27 olduğu görülmektedir. Bununla birlikte beklendiği gibi akrabalarından destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların duygusal destek, kabullenme, zihin dağıtma ve din baş etme stili puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir stresle karşılaşan ve geçirilmiş ruhsal sorunları olan bireyler, yeni durumla baş etmede yetersiz kalabilmekte, dolayısıyla uyum sürecini başlatmada güçlükler yaşayabilmektedirler. Meme kanseri hastası yoksul kadınların stres karşısında duygusal odaklı baş etme eğiliminde olduklarına işaret edilmektedir. Duygusal odaklı baş etme, daha pasif, bireysel ve duyguları bastırma için akrabalarından aldıkları desteğin önemli olduğu görülmektedir. Akrabalardan destek aldıkları için kabullenme ve zihin dağıtımının yüksek olduğu görülmektedir. Buna paralel olarak akrabalarından destek alan meme kanseri hastası yoksul kadınların maddi destek baş etme stili puanları da diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Uygulanan anketlerden elde edilen nitel

yanıtlarda da meme kanseri hastası yoksul kadınların çoğunun hastalık sonrası akrabalarından maddi ve duygusal olarak destek aldıklarını belirttikleri görülmüştür. Örneğin bir kadın, kendisiyle yapılan görüşmede “*Özellikle ameliyatım öncesi ve sonrasında ziyaretime gelip maddi destek de verdiler*” demektedir (38 numaralı görüşme, 58 yaş, ilköğretim mezunu, evli, çocuğu yok). Diğer bir görüşmede “*Anne babam ve eşimin kardeşleri destek oluyorlar. Hem maddi hem manevi. Hastalığımın ilk başından beri annem babam evde benimle kalıyor çocuklara bakıyorlar*” görülmektedir (14 numaralı görüşme, 37 yaş, lise mezunu, evli, 2 çocuğu var).

Çizelge 94. Komşulardan Yeterli Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Komşulardan yeterli destek alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	66	52,42	-1,267	,205
	Hayır	44	60,13		
Aktif Baş Etme	Evet	66	52,45	-1,269	,205
	Hayır	44	60,07		
İnkar	Evet	66	57,94	-1,007	,314
	Hayır	44	51,84		
Madde Kullanımı	Evet	66	53,84	-0,915	,360
	Hayır	44	57,99		
Duygusal Destek	Evet	66	62,00	-2,705	,007
	Hayır	44	45,75		
Davranışsal Boş Verme	Evet	66	59,93	-1,846	,065
	Hayır	44	48,85		
Duygusal Aktarım	Evet	66	56,00	-0,209	,835
	Hayır	44	54,75		
Maddi Destek	Evet	66	65,27	-4,102	,000
	Hayır	44	40,85		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	66	63,80	-3,496	,000
	Hayır	44	43,06		
Kendini Suçlama	Evet	66	49,71	-2,363	,018
	Hayır	44	64,18		
Planlama	Evet	66	51,67	-1,592	,111
	Hayır	44	61,24		
Mizah	Evet	66	51,29	-1,754	,079
	Hayır	44	61,82		
Kabullenme	Evet	66	53,29	-0,922	,357
	Hayır	44	58,82		
Din	Evet	66	60,70	-2,258	,024
	Hayır	44	47,69		
	Toplam	110			

Çizelge 94’te görüldüğü üzere komşulardan destek alma durumu ile baş etme stillerinden duygusal destek, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama, kendini suçlama ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Komşulardan destek durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte beklendiği üzere komşularından destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların duygusal destek, maddi destek ve olumlu yeniden yorumlama baş etme stilleri puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Uygulanan anketlerden elde

edilen nitel yanıtlarda meme kanseri hastası yoksul kadınların maddi ve duygusal destek olarak gördüğü yardımların komşularının; ilişkilerin sağlıklı ve doyum verici olmasıyla ilgili en temel göstergelerden biri, bireylerin bir sürü paylaşımlarının olmasıdır. Basitçe ifade etmek gerekirse bir paylaşım, birlikte vakit geçirme, sohbet etme olarak vakit geçirmesi, hastanede ziyarete gelmesi, refakatçi olarak kalması, ev işlerinde yardımcı olması, çocuklarının ihtiyaçlarını karşılaması gibi davranışlardır. Bu davranışlar; komşu ilişkilerini olumlu olarak değerlendirmelerine ve dolayısıyla algılanan sosyal desteğin yüksek bulunmasına katkı sağladığı vurgulanabilir.

Yoksul meme kanseri hastası kadınlarla yapılan birebir görüşmelerde hastalık sürecinde sosyal çevresinin dinsel öğelere hastayı yönlendirmesi ve bu bağlamda paylaşımlarda bulunmaları gözlenmiştir. Buna kanıt olarak komşularından destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların din baş etme stili puanları komşularından destek almadığını ifade edenlere göre daha yüksek olarak bulunduğu gösterilebilir.

Çizelge 95. Arkadaştan Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Arkadaşlarından yeterli destek alma durumu	SAYI	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	66	51, 10	-1, 809	, 070
	Hayır	44	62, 10		
Aktif Baş Etme	Evet	66	54, 19	-0, 546	, 585
	Hayır	44	57, 47		
İnkar	Evet	66	57, 96	-1, 016	, 310
	Hayır	44	51, 81		
Madde Kullanımı	Evet	66	60, 39	-2, 694	, 007
	Hayır	44	48, 17		
Duygusal Destek	Evet	66	58, 81	-1, 378	, 168
	Hayır	44	50, 53		
Davranışsal Boş Verme	Evet	66	57, 80	-0, 956	, 339
	Hayır	44	52, 06		
Duygusal Aktarım	Evet	66	56, 68	-0, 493	, 622
	Hayır	44	53, 73		
Maddi Destek	Evet	66	58, 86	-1, 410	, 159
	Hayır	44	50, 47		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	66	61, 27	-2, 433	, 015
	Hayır	44	46, 84		
Kendini Suçlama	Evet	66	51, 67	-1, 565	, 118
	Hayır	44	61, 25		
Planlama	Evet	66	50, 20	-2, 207	, 027
	Hayır	44	63, 45		
Mizah	Evet	66	54, 65	-0, 353	, 724
	Hayır	44	56, 77		
Kabullenme	Evet	66	49, 19	-2, 629	, 009
	Hayır	44	64, 97		
Din	Evet	66	53, 33	-0, 940	, 347
	Hayır	44	58, 75		
	Toplam	110			

Çizelge 95'te görüldüğü üzere arkadaşlardan destek alma durumu ile baş etme stillerinden madde kullanımı, olumlu yeniden yorumlama, planlama ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Arkadaşlardan destek durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Meme kanser sadece hastayı değil onun yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Beklendiği üzere, arkadaşlarından destek aldığını belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların olumlu yeniden yorumlama baş etme stili puanları destek almadığını belirtenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 96. Kamu Kurumlarından Yeterli Profesyonel Destek Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	38	55,20	-0,074	,941
	Hayır	72	55,66		
Aktif Baş Etme	Evet	38	52,92	-0,637	,524
	Hayır	72	56,86		
İnkar	Evet	38	51,33	-1,021	,307
	Hayır	72	57,70		
Madde Kullanımı	Evet	38	50,97	-1,480	,139
	Hayır	72	57,89		
Duygusal Destek	Evet	38	45,28	-2,524	,012
	Hayır	72	60,90		
Davranışsal Boş Verme	Evet	38	53,62	-0,465	,642
	Hayır	72	56,49		
Duygusal Aktarım	Evet	38	57,22	-0,427	,670
	Hayır	72	54,59		
Maddi Destek	Evet	38	46,83	-2,161	,031
	Hayır	72	60,08		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	38	54,36	-0,286	,775
	Hayır	72	56,10		
Kendini Suçlama	Evet	38	58,64	-0,761	,446
	Hayır	72	53,84		
Planlama	Evet	38	57,68	-0,539	,590
	Hayır	72	54,35		
Mizah	Evet	38	50,29	-1,287	,198
	Hayır	72	58,25		
Kabullenme	Evet	38	62,75	-1,792	,073
	Hayır	72	51,67		
Din	Evet	38	59,71	-1,084	,279
	Hayır	72	53,28		
	Toplam	110			

Çizelge 96'da görüldüğü üzere kamu kurumlarından yeterli destek alma durumu ile baş etme stillerinden duygusal destek ve maddi destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kamu kurumlarından yeterli destek alma durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kamu kurumlarından yeterli destek almayanlar %65.45 ve kamu kurumlarından destek alanlar %34.54 olduğu görülmektedir. Ancak kamudan destek almadığını belirten meme kanseri hastası

yoksul kadınların destek aldığını belirten kadınlara göre duygusal destek ve maddi destek baş etme stili puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Bunun nedeninin istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da duygusal destek ve ekonomik desteğin kamu desteği durumu ile değil daha çok aile, akraba ve komşu desteği durumu ile belirlendiğinin düşünülmesidir. Sonuçlara göre kamu desteklerinin yeterli olmadığı görülmektedir.

Türkiye Kamu Çalışma Konfederasyonu (Kamu-Sen) dört kişilik bir ailenin, “yoksulluk sınırı” olarak kabul edilen beslenme, barınma, ısınma, ulaşım, giyim gibi giderleri için yapması gereken aylık asgari harcama tutarının, 2016 Ekim ayı fiyatlarıyla 4. 760, 82 Lira olarak belirlenmiştir. Sonuçlar, dört kişilik bir ailenin asgari geçim haddinin bir önceki aya göre %0, 67 oranında arttığını göstermektedir. Elde edilen bulgular bu bağlamda değerlendirildiğinde kadınların gelir açısından oldukça “kötü” durumda oldukları söylenebilir.

Balay (2002, s. 257)’a göre; yerel yönetimler sosyal yardım verme konusunda önemlidir. Belediyelerin yereli ve yerelde yaşayan yoksul ve muhtaç kişileri daha yakından tanıma şansı ve siyasi anlamda gelecek seçimlere yatırım yapma amaçları da yapılan yardımlarda daha çok etkili olmaktadır.

Çizelge 97. Çaresizlik Hissetme Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Çaresizlik hissetme durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	95	56,04	-0,458	,647
	Hayır	15	52,07		
Aktif Baş Etme	Evet	95	53,94	-1,334	,182
	Hayır	15	65,37		
İnkar	Evet	95	57,04	-1,308	,191
	Hayır	15	45,73		
Madde Kullanımı	Evet	95	56,91	-1,592	,111
	Hayır	15	46,60		
Duygusal Destek	Evet	95	52,12	-2,889	,004
	Hayır	15	76,90		
Davranışsal Boş Verme	Evet	95	57,14	-1,401	,161
	Hayır	15	45,13		
Duygusal Aktarım	Evet	95	57,01	-1,291	,197
	Hayır	15	45,97		
Maddi Destek	Evet	95	52,06	-2,996	,003
	Hayır	15	77,27		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	95	54,42	-0,934	,350
	Hayır	15	62,33		
Kendini Suçlama	Evet	95	58,73	-2,706	,007
	Hayır	15	35,07		
Planlama	Evet	95	56,98	-1,265	,206
	Hayır	15	46,13		
Mizah	Evet	95	56,86	-1,162	,245
	Hayır	15	46,90		
Kabullenme	Evet	95	52,23	-2,802	,005
	Hayır	15	76,23		
Din	Evet	95	53,38	-1,891	,059
	Hayır	15	68,93		
	Toplam	110			

Çizelge 97’de görüldüğü üzere çaresizlik hissetme durumu ile baş etme stillerinden duygusal destek, maddi destek, kendini suçlama ve kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çaresizlik hissetme durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çaresizlik hissettiğini belirten meme kanseri hastası yoksul kadınların kendini suçlama baş etme stili puanları çaresizlik hissetmeyenlere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bunun nedeninin yapılan birebir görüşmeler sırasında kadınların eğitim düzeyinin düşük olmasıyla bağlantılı olarak meme kanseri hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmamaları ve buna bağlı olarak da çaresiz hissettikleri ve kendilerini suçlamaya meyilli oldukları düşünülmektedir.

Çizelge 98. Ailede Kanser Hastası Olma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Ailede kanser hastası olma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Var	26	47,04	-1,423	,155
	Yok	82	56,87		
Aktif Baş Etme	Var	26	54,35	-0,030	,976
	Yok	82	54,55		
İnkâr	Var	26	53,81	-0,133	,895
	Yok	82	54,72		
Madde Kullanımı	Var	26	55,15	-0,169	,866
	Yok	82	54,29		
Duygusal Destek	Var	26	53,77	-0,141	,888
	Yok	82	54,73		
Davranışsal Boş Verme	Var	26	60,96	-1,249	,211
	Yok	82	52,45		
Duygusal Aktarım	Var	26	43,54	-2,121	,034
	Yok	82	57,98		
Maddi Destek	Var	26	52,69	-0,351	,725
	Yok	82	55,07		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Var	26	52,54	-0,384	,701
	Yok	82	55,12		
Kendini Suçlama	Var	26	54,90	-0,077	,939
	Yok	82	54,37		
Planlama	Var	26	55,67	-0,226	,821
	Yok	82	54,13		
Mizah	Var	26	48,15	-1,227	,220
	Yok	82	56,51		
Kabullenme	Var	26	51,54	-0,573	,567
	Yok	82	55,44		
Din	Var	26	54,40	-0,019	,985
	Yok	82	54,53		
	Toplam	108			

Çizelge 98’de görüldüğü üzere ailede daha önce kanser hastası olup olmama durumu ile duygusal aktarım baş etme stili arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ailede daha önce kanser hastası olup olmama durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ailede başka kanserli

birey bulunması, hastalığın ve tedavi sürecinin daha önceden deneyimlenmesinden ötürü ailenin daha bilinçli ve duyarlı olması nedeniyle duygusal desteği arttırdığı düşünülebilir.

Çizelge 99. Hastalıkla İlgili Bilgisi Olma ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Hastalıkla ilgili bilgi durumu	SAYI	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet, bilğim vardı	19	49, 08	-0, 985	, 325
	Hayır, bilğim yoktu	91	56, 84		
Aktif Baş Etme	Evet, bilğim vardı	19	58, 63	-0, 487	, 626
	Hayır, bilğim yoktu	91	54, 85		
İnkar	Evet, bilğim vardı	19	67, 42	-1, 835	, 066
	Hayır, bilğim yoktu	91	53, 01		
Madde Kullanımı	Evet, bilğim vardı	19	66, 42	-2, 246	, 025
	Hayır, bilğim yoktu	91	53, 22		
Duygusal Destek	Evet, bilğim vardı	19	61, 21	-0, 887	, 375
	Hayır, bilğim yoktu	91	54, 31		
Davranışsal Boş Verme	Evet, bilğim vardı	19	60, 53	-0, 781	, 435
	Hayır, bilğim yoktu	91	54, 45		
Duygusal Aktarım	Evet, bilğim vardı	19	58, 21	-0, 422	, 673
	Hayır, bilğim yoktu	91	54, 93		
Maddi Destek	Evet, bilğim vardı	19	52, 24	-0, 511	, 609
	Hayır, bilğim yoktu	91	56, 18		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet, bilğim vardı	19	53, 50	-0, 314	, 753
	Hayır, bilğim yoktu	91	55, 92		
Kendini Suçlama	Evet, bilğim vardı	19	57, 89	-0, 365	, 715
	Hayır, bilğim yoktu	91	55, 00		
Planlama	Evet, bilğim vardı	19	48, 79	-1, 042	, 297
	Hayır, bilğim yoktu	91	56, 90		
Mizah	Evet, bilğim vardı	19	56, 00	-0, 078	, 938
	Hayır, bilğim yoktu	91	55, 40		
Kabullenme	Evet, bilğim vardı	19	49, 74	-0, 896	, 370
	Hayır, bilğim yoktu	91	56, 70		
Din	Evet, bilğim vardı	19	43, 21	-1, 989	, 047
	Hayır, bilğim yoktu	91	58, 07		
	Toplam	110			

Çizelge 99’da görüldüğü üzere hastalıkla ilgili bilgi durumu ile baş etme stillerinden madde kullanımı ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Hastalıkla ilgili bilgi durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0, 05$). Meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi olan kadınların sayısının oldukça düşük olması dikkat çekicidir. Buna bağlı olarak hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınların din baş etme stili puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeninin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin düşük olması sonucu kadınların kendi güçlenmelerini daha çok dini öğelerle sağlamaya çalışmaları olduğu düşünülmektedir.

Kanser hastalarında, hastaların hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, hastanın sorunlarının çözümüne katkı sağlaması, duygusal yaşamını yeniden düzenlemesi ve kendilik tanımını güçlendirerek kendilik değerinin sürdürülmesinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Okyayuz, 1999, s. 227).

Uygulamalarda görüldüğü gibi pek çok kanser hastasının kanser olduğunu öğrendiğini ya da bu durumdan ciddi bir biçimde şüphelendiği düşünülmektedir. Genellikle hastayla ilgili gerçekler aileye söylenirken, hastaya yeteri kadar bilgi verilemediği görülmektedir. Bu durum hastanın bir bakıma karanlıkta bırakılması anlamına gelmekte ve giderek daha ileri sorunların yaşanmasını etkilemektedir. Böyle bir durumda hastayı kanser olmadığına inandırma çabaları zaman ve emeğin boşa harcanması demektir. Ayrıca hastadan hastalığıyla ilgili bilgilerin saklanması çabası, hastanın ailesinden beklediği desteği alamamasına neden olmakta ve hastada yalnız yaşamasını etkilediği görülmektedir (Okyayuz, 1999, s. 225-226).

Kanser hastalarına, bilgi desteği, hekim tarafından verildiğinde etkili olmaktadır. Hemşireler tarafından verilen güven ve duygusal desteğin kanser hastaları tarafından önemli; ancak hemşirelerden alınan bilgi desteğinin pek değerli olmadığı bulunmuştur (Eylen, 2007, s. 3)

Çizelge 100. SYDV'den Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	SYDV yardım alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	42	63, 73	-2, 170	, 030
	Hayır	68	50, 42		
Aktif Baş Etme	Evet	42	60, 39	-1, 308	, 191
	Hayır	68	52, 48		
İnkar	Evet	42	49, 14	-1, 683	, 092
	Hayır	68	59, 43		
Madde Kullanımı	Evet	42	52, 02	-1, 230	, 219
	Hayır	68	57, 65		
Duygusal Destek	Evet	42	54, 06	-0, 385	, 700
	Hayır	68	56, 39		
Davranışsal Boş Verme	Evet	42	48, 42	-1, 894	, 058
	Hayır	68	59, 88		
Duygusal Aktarım	Evet	42	57, 74	-0, 599	, 549
	Hayır	68	54, 12		
Maddi Destek	Evet	42	48, 40	-1, 912	, 056
	Hayır	68	59, 88		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	42	45, 75	-2, 637	, 008
	Hayır	68	61, 52		
Kendini Suçlama	Evet	42	58, 42	-0, 764	, 445
	Hayır	68	53, 70		

Çizelge 100. (devam). SYDV'den Yardım Alma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	SYDV yardım alma durumu	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Planlama	Evet	42	64, 24	-2, 334	, 020
	Hayır	68	50, 10		
Mizah	Evet	42	56, 76	-0, 337	, 736
	Hayır	68	54, 72		
Kabullenme	Evet	42	59, 46	-1, 060	, 289
	Hayır	68	53, 05		
Din	Evet	42	64, 79	-2, 585	, 010
	Hayır	68	49, 76		
	Toplam	110			

Çizelge 100'de görüldüğü üzere sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından yardım alma durumu ile zihin dağıtma, olumlu yeniden yorumlama, planlama ve din baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından yardım alma durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0, 05$). Ayrıca zihin dağıtma, planlama ve din açıdan baş etme için yeterli destekleri aldıkları görülmektedir. Hastaların yoksul oldukları için maddi desteğin yetersiz olduğu görülmektedir. Hastalar, maddi desteğin akraba ve komşudan aldıkları görülmektedir. Kamudan destek alan meme kanseri hastası yoksul kadınlar hangi adımları atması gerektiği konusunda ciddi bir şekilde düşünüp ve planlama yaptıkları görülmektedir. Kamudan destek alanlarda hastalık hakkında daha az düşünmek için manevi inançlardan destek aldıkları ve din baş etme stillin yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 101. SYDV Yardımının İhtiyaç Karşılama Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	SYDV yardımının ihtiyaç karşılama durum	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	12	15, 00	-2, 019	, 043
	Hayır	28	22, 86		
Aktif Baş Etme	Evet	12	14, 00	-2, 431	, 015
	Hayır	28	23, 29		
İnkâr	Evet	12	20, 54	-0, 015	, 988
	Hayır	28	20, 48		
Madde Kullanımı	Evet	12	17, 00	-1, 876	, 061
	Hayır	28	22, 00		
Duygusal Destek	Evet	12	15, 83	-1, 773	, 076
	Hayır	28	22, 50		
Davranışsal Boş Verme	Evet	12	27, 75	-2, 762	, 006
	Hayır	28	17, 39		
Duygusal Aktarım	Evet	12	23, 08	-0, 943	, 345
	Hayır	28	19, 39		
Maddi Destek	Evet	12	19, 75	-0, 292	, 770
	Hayır	28	20, 82		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	12	22, 92	-0, 887	, 375
	Hayır	28	19, 46		

Çizelge 101. (devam). SYDV Yardımının İhtiyaç Karşılama Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	SYDV yardımının ihtiyaç karşılama durum	Sayı	Ortalama	Z	P (Çift yönlü)
Kendini Suçlama	Evet	12	19,08	-0,509	,610
	Hayır	28	21,11		
Planlama	Evet	12	22,04	-0,561	,575
	Hayır	28	19,84		
Mizah	Evet	12	17,96	-0,946	,344
	Hayır	28	21,59		
Kabullenme	Evet	12	21,71	-0,450	,653
	Hayır	28	19,98		
Din	Evet	12	20,25	-0,107	,915
	Hayır	28	20,61		
	Toplam	40			

Çizelge 101’de görüldüğü üzere sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından alınan yardımın ihtiyaç karşılama durumu ile zihin dağıtma, aktif baş etme ve davranışsal boş verme baş etme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından alınan yardımın ihtiyaç karşılama durumu ile diğer baş etme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çizelge 100 ve 101’de görüldü gibi SYDV yardımlarının yeterli olmadığı ve hastaların bu kurumlardan yardıma ihtiyaç duymadıkları görülmektedir.

Çizelge 102. Hastalıkla İlgili Bilgisinin Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Hastalıkla ilgili bilgisinin yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Zihin Dağıtma	Evet	51	54,71	0,607	,738
	Hayır	38	58,42		
	Diğer	21	52,14		
Aktif Baş Etme	Evet	51	57,88	0,572	,751
	Hayır	38	53,24		
	Diğer	21	53,81		
İnkar	Evet	51	65,31	9,995	,007
	Hayır	38	49,24		
	Diğer	21	43,00		
Madde Kullanımı	Evet	51	62,33	8,255	,016
	Hayır	38	48,97		
	Diğer	21	50,71		
Duygusal Destek	Evet	51	53,86	2,748	,253
	Hayır	38	52,21		
	Diğer	21	65,43		
Davranışsal Boş Verme	Evet	51	63,20	6,489	,039
	Hayır	38	46,61		
	Diğer	21	52,90		
	Toplam	110			

Çizelge 102. (devam). Hastalıkla İlgili Bilgisinin Yeterli Bulma Durumu ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

	Hastalıkla ilgili bilgisinin yeterli bulma durumu	Sayı	Ortalama	Ki kare	P (Çift yönlü)
Duygusal Aktarım	Evet	51	59,04	2,463	,292
	Hayır	38	55,71		
	Diğer	21	46,52		
Maddi Destek	Evet	51	53,34	7,511	,023
	Hayır	38	49,51		
	Diğer	21	71,57		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	51	59,00	4,204	,122
	Hayır	38	47,41		
	Diğer	21	61,64		
Kendini Suçlama	Evet	51	67,09	16,499	,000
	Hayır	38	51,26		
	Diğer	21	35,02		
Planlama	Evet	51	53,85	0,608	,738
	Hayır	38	58,66		
	Diğer	21	53,79		
Mizah	Evet	51	55,57	0,002	,999
	Hayır	38	55,33		
	Diğer	21	55,64		
Kabullene	Evet	51	50,14	2,913	,233
	Hayır	38	59,57		
	Diğer	21	61,17		
Din	Evet	51	43,75	19,509	,000
	Hayır	38	71,76		
	Diğer	21	54,60		
	Toplam	110			

Çizelge 102’de görüldüğü üzere hastalıkla ilgili bilgiyi yeterli hissetme durumu ile baş etme stillerinden inkâr, madde kullanımı, davranışsal boş verme, maddi destek, kendini suçlama ve din arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastalıkla ilgili bilgiyi yeterli hissetme durumu ile diğer baş etme değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuçlara göre meme kanser hastalığı ile bilgi yeterliliği olması; hasta inkâr, davranışsal boş verme, madde kullanımı ve kendini suçlama ile daha rahat bir şekilde baş edebileceği görülmektedir.

Özellikle kanser hastalarında, hastaların hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, hastanın sorunlarının çözümüne yardımcı olması, duygusal yaşamını tekrar düzenlemesi ve kendilik tanımını güçlendirerek kendilik değerinin sürdürülmesine etkili olduğu belirlenmiştir (Okyayuz, 1999, s. 227).

3.4. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyal Destek ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeyi Amaçlayan Bulgular

Bu bölümde meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyal destek puanı ve baş etme stilleri arasındaki ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 103. Sosyal Destek Hasta Puanı ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişki

Baş etme stilleri	SDHP ile korelasyon	P
Zihin dağıtma	0, 099	, 306
Aktif baş etme	0, 173	, 071
İnkar	-0, 108	, 259
Madde kullanımı	-0, 122	, 203
Duygusal destek	0, 511	, 000
Davranışsal boş verme	-0, 180	, 061
Duygusal aktarım	0, 120	, 210
Maddi destek	0, 364	, 000
Olumlu yeniden yorumlama	0, 011	, 906
Kendini suçlama	-0, 215	, 024
Planlama	0, 111	, 246
Mizah	-0, 120	, 211
Kabullenme	0, 103	, 283
Din	0, 084	, 382

Meme kanseri hastası yoksul kadınların duygusal destek ve maddi destek ile sosyal destek hasta puanı arasında pozitif yönlü; kendini suçlama ile sosyal destek hasta puanı arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir ($p < 0, 05$). Sosyal destek artıkça duygusal destek ve maddi destekte artıyor. Ayrıca sosyal destek artıkça kendini suçlama azalmaktadır. Meme kanseri tanısı alan her kadın, duygusal desteğe gereksinim duymaktadır. Tanıdan sonra, memenin alınıp alınmayacağına karar verildiği dönemde hastalar yoğun ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Tedavi sürecinde hastalara cinsellik ve yakın ilişkiler alanında yaşayabilecekleri güçlüklerle baş etmelerinde yardımcı olunması da son derece önemlidir. Meme kanserinin tedavi sürecinde sağlık profesyonellerinin çoğu, hastaların cinselliğiyle ilgili veri ve bilgilerinden emin değildir. Sağlık profesyonelleri kanser tanısı alan bir bireyde, meme kanser tedavisine ilişkin kaygıların ve ölüm tehdidinin cinsel problemler çok daha önemli olduğunu düşünebilir ve kanserden kaynaklanan cinsel yaşam değişikliklerini önemsememe durumu gösterebilir. Yüksek düzeyde eş desteği algılayan meme kanseri hastası yoksul kadınların stres belirtileri daha düşük düzeyde bulunmuştur. En önemli destek kaynağı meme kanseri hastasının eşi, aile üyeleri ve yakınlarıdır. Bunun dışında çocuklar, uzak akrabalar, arkadaşlar, psikolog, hekim ve sosyal çalışmacılar da meme kanseri hastasına sosyal destek sunan kişilerdir. Meme kanseri hastalarının maddi zorluk yaşamalarının ise yoğun tedavi giderlerinin sosyal güvence, kamu,

STK ve sivil toplum tarafından tam olarak karşılanamamasına ya da gerekli bürokratik sürecin uzun olmasına (ilaç raporlarının hazırlanması vb.), tedavi ve takip sürecinde hastaların fiilen çalışmamaları sebebi ile gelir düzeylerindeki azalma görülmektedir. Bu yüzden meme kanseri hastası yoksul kadınlarda sosyal destek artıkça maddi destekte artmaktadır. Yapılan çalışmada maddi desteğin evli kadınlarda yüksek olduğu görülmektedir.

Sosyal desteğin kanser hastaları için makbul olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirlenmiştir (Çalışkan, 2015, s. 28).

Kanser hastalarının ölümle ilgili duygularını tartışmayı denedikleri belirlenmektedir; ancak aile üyeleri kanser ya da ölümle ilgili tartışmaların hastayı rahatsız edeceğini kabul etmektedir. Bu duyguları tartışmanın sorunlarla baş etmede güçlüklerle neden olacağını düşünen yakınlar, hastaların ölüm ve kanser konusunda konuşmalarına karşı çıkmaktadır. Ancak, olumsuz duyguların ifade edilememesi hastada uyumsuzluğa neden olmaktadır. Birçok kanser hastası duygularını saklamak yerine paylaşmayı tercih edebilir ve buna fırsat verilmelidir. Güç sorunların ifade edilmesi ve bireyin duygularını "boşaltması", hasta açısından oldukça yararlı sonuçlar verebilir (Özyurt, s. 5).

4. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

Yapılan bu araştırma Ankara ilindeki Mamak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan ve Keçiören Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan sosyal yardım alan ve Ankara Onkoloji Hastanesi'nde tedavi gören toplam 110 meme kanseri hastası yoksul kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşmeler aracılığıyla derlenmiştir. Araştırma sonuçlar dört ayrı bölümde ele alınmıştır. Bu bölümlerde yapılan araştırma sonucunda, tüm sonuçlara yer verilmeyip sadece öne çıkan temel bulgulara yer verilecektir.

İlk bölümde araştırmaya katılan meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo-ekonomik ve demografik özellikler ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye dönük sonuçlara yer verilmiştir. Üçüncü bölümde meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri ile baş etme stilleri arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise meme kanseri hastası bireylerin algılanan sosyal destek ile baş etme puanları arasındaki ilişkiye dair sonuçlara yer verilmiştir.

4.1.1. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Genel Özelliklerine Yönelik Sonuçlar

Kadınların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Yine büyük çoğunluğunun bir mesleği yoktur ve düzenli bir işte çalışmamaktadır. Düzenli bir işte çalışmamanın sebepleri arasında, kadınların mesleğinin olmamasının yanı sıra meme kanseri hastalığının kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına olan etkisi de düşünülmelidir.

Kadınların yarısından fazlası evli; beşte biri boşanmış, onda birinin ise eşi ölmüştür. Literatüre bakıldığında meme kanseri hastası kadınların en önemli sosyal desteklerinden birinin eş desteği olduğu görülmektedir. Meme kanseri hastası yoksul kadınların yaşadıkları sıkıntının yanında bir de boşanma ve eşin ölümü sonucunda yalnız kalması baş etme pratikleri üzerinde etkili olmaktadır.

Kadınların yarısından biraz fazlasının eşi düzenli bir işte çalışmakta iken yarıya yakını düzenli bir işte çalışmamaktadır. Kadınların yarıdan fazlası ikamet ettikleri evin sahibi değildir. Kadınların aylık gelirleri ise 450 TL ile 2300 TL arasında değişkenlik göstermekte olup aylık ortalama gelir 1324, 53 TL olarak hesaplanmıştır.

Kadınların çok büyük çoğunluğunun sağlık güvencesine sahip olduğu; 14 kadının ise sağlık güvencesi olmadığı görülmüştür. Özellikle böyle bir hastalığın tedavi masraflarını düşündüğümüzde sağlık güvenesinin olmaması ve görüşülen kadınların yoksul olması dolayısıyla tedavi masrafları büyük bir maddi külfeti de beraberinde getirmektedir.

Kadınların hastalık teşhis ve tedavi süreleri 6 – 240 ay arasında değişmektedir. Kadınların büyük çoğunluğu hastalık tanısı aldıktan sonra ameliyat olmuştur.

Kadınların üçte ikisinden fazlası geçirdiği hastalığın yaşamlarında değişikliğe yol açtığını belirtmiştir.

Kadınların yaklaşık üçte biri, geçirdiği hastalık hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını belirtmiştir.

Kadınların yarısından az fazlası hastalıkları ile ilgili sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi meslek elemanlarının yardımına ihtiyaç duyarken, diğerleri böyle bir yardıma ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların yalnızca beşte biri hastalıkları ile ilgili sivil toplum kuruluşlarından destek almaktadır.

Kadınların büyük çoğunluğu hastalıkları ile ilgili ailelerinden olumlu bir destek almaktadır. Bir başka ifade ile beşte birinden fazlası ailelerinden yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade etmişlerdir.

Benzer şekilde akrabalarından olumlu destek alamayanların oranı üçte birden biraz fazladır.

Kadınların %40'ı komşularından ve arkadaşlarından yeterli olumlu destek alamadıklarını ifade etmişlerdir.

Kadınların yaklaşık üçte biri hastalıkları ile ilgili kamu kurumlarından olumlu destek alamadıklarını ifade etmektedir.

Kadınların büyük çoğunluğu, hastalık sürecinde kendilerini çaresiz hissettiği anlar olduğunu belirtmiştir.

Kadınların yaklaşık dörtte biri ailelerinde daha önce kanser teşhisi alan birey ya da bireyler olduğunu belirtmiştir.

Kadınların büyük çoğunluğu hastalıkla karşılaşabileceği konusunda bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

Kadınların beşte üçünden fazlası sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarından hiç yardım almamıştır. Benzer oranla, kadınların çoğunluğu SYDV' den aldıkları yardımın ihtiyaçlarını karşılamadığını belirtmiştir.

Kadınların büyük çoğunluğu teşhis ve tedavi aşamasında ve sonrasında faydalandığı tıbbi hizmetleri yeterli görürken; yine kadınların büyük çoğunluğu teşhis ve tedavi aşamasında ve sonrasında faydalandığı tıbbi sosyal hizmeti ve psikolojik hizmetleri yetersiz bulmaktadır.

4.1.2. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Özellikleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

Meme kanseri olan yoksul kadınların yaş, eğitim durumu, düzenli işe sahip olma, eşin düzenli işe sahip olma, sosyal güvence durumu, aylık gelir durumu, ev sahibi olma, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı gibi sosyo-ekonomik özellikleri ve ilişkilerini değerlendirme biçimleri sosyal destek algısını etkilememektedir. Ayrıca ilkokul mezunlarının, eşinin düzenli işi olanların, sosyal güvencesi olanların, ev sahibi olanların ve çocuk sahibi olmayanların algılanan sosyal desteğinin diğer gruplara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuçlara göre, mesleği olmayan meme kanseri yoksul kadınların daha çok evde olmaları için sosyal desteye daha çok ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Hastalık süresinde eşlerin desteğinin önemli olduğu görülmektedir. O yüzden hiç evlenmemiş ve ayrı yaşayan meme kanseri olan yoksul kadınların sosyal desteye daha çok ihtiyaç duydukları görülmüştür.

Araştırmada ameliyat olmayan bireylerde hastalıkla ilgili bir sürü sorunlardan dolayı sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duydukları bulunmuştur. .

Hastaların teşhis ve tedavi aşamasında ve sonrasında aldıkları tıbbi hizmetleri yeterli (%80, 9) bulduğu, tıbbi sosyal hizmet ve psikolojik desteği yeterli bulmadığı saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun tıbbi sosyal hizmet birimini dahi bilmedikleri ve psiko sosyal destek almadıkları dikkate alındığında böyle bir sonuç çıkması aslında hizmetin tam olarak verilmediğini de göstermektedir. Ayrıca tıbbi sosyal hizmet uzmanından alınan desteğin yetersiz bulunmasının sosyal destek algılarını daha ön plana çıkardığı düşünülmektedir.

Meme kanseri olan yoksul kadınlarda psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi duymayanlarda sosyal desteğin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır; çünkü bireylerin bu meslek elemanlarının görevleri ile ilgili bilgileri olmadığı görülmüştür. Diğer taraftan sivil toplum örgütlerinden, SYDV' den ve kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek almayan meme kanseri hastası yoksul kadınların, algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin desteği aileden aynı hanede yaşayan kişilerden, komşudan ve akrabadan sağladığı görülmektedir. Bu desteklerden dolayı birey kendini daha az çaresiz hissetmektedir.

Meme kanseri olan kadının memesi; kadınlığı, cinselliği, bebeğin beslenmesini, sevgiyi ve annelik duygularını ifade etmektedir. Bu nedenle kadınlar meme kanseri sonucunda; beden imajında bozulma duyguları, özsaygıda azalma, kadınlığı yitirme düşüncesi, cinsel işlevlerde azalma düşüncesi, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, suçluluk ve utanç, tekrarlama korkusu, izolasyon ve ölüm korkuları gibi psikolojik yönden sorunlar yaşamaktadır; bu nedenle kendilerini çaresiz ve güçsüz hissettikleri görülmektedir. Sonuçlarda görüldüğü gibi meme kanseri hastalarının kendilerini çaresiz hissettikleri görülmektedir.

Araçsal sosyal desteğin meme kanseri olan bireylerin tedavi süreçleri açısından ne kadar önemli olduğu bir kez daha anlaşılmaktadır. Ayrıca sosyal çevre, aile ve akrabalarla ilişkilerin sosyal destek algısına olumlu katkı sağlamasından hareketle bireylerin sahip oldukları bu sosyal destek kaynaklarının, hastalıklarına ilişkin tedavi süreçleri üzerinde etkili olacağı düşünülebilir.

4.1.3. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Özellikleri ile Baş Etme Stilleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

Bu araştırmada, meme kanseri hastası yoksul kadınların yaşları arttıkça kendini suçlama, davranışsal boş verme ve planlama azalmakta olduğu kabullenmenin ise artmış olduğu görülmüştür. Bu bilgi yaşa bağlı olarak baş etme stiline de değiştiğini göstermesi açısından ileri de yapılacak olan çalışmalarda üzerinde durulması gereken bir değişken olduğu düşünülmektedir.

Yükseköğretim mezunu meme kanseri hastası yoksul kadınlarda maddi desteğin yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek bireylerin hem kamusal hem de sivil toplum kuruluşlarının sunduğu maddi destek hizmetlerinin bilgisine veya bir başka deyişle destek kaynaklarının bilgisine daha çok sahip oldukları ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Eğitim değişkeni açısından bakıldığında araştırmanın bir başka sonucu da okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan meme kanseri hastası yoksul kadınların hastalığı daha çok kabullendikleri ve dini öğelere daha bağlı oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç hastalıkla baş etme stili konusunda eğitim düzeyinin önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyine paralel olarak mesleği olan meme kanseri hastası yoksul kadınların da baş etme stili değişim göstermektedir. Buna göre mesleği olan meme kanseri hastası yoksul kadınların zihin dağıtma, madde kullanımı, duygusal boş verme, duygusal aktarma ve mizah faktörünü baş etme stili olarak kullandıkları sonucu göstermektedir ki çalışma hayatının bireyi sosyalleştirmesi ile ilgisinin olabileceğini düşündürmektedir. Mesleği olmayan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda ise duygusal destek, maddi destek ve din faktörlerini daha çok kullandıkları görülmüştür. Bunun yanında aylık geliri azaldıkça din baş etme stillerinden alınan puan artmakta olduğu sonucu da görülmüştür. Eğitim düzeyi, mesleğin olmaması, aylık geliri az olması, boşanmış olma ve eşin ölmüş olması durumunda dinin önemli bir baş etme stili olarak kullanılması bu hastalarla yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olmalıdır.

Medeni duruma açısından bakıldığında, boşanmış meme kanseri hastası yoksul kadınlar baş etme stili olarak daha çok zihin dağıtma, madde kullanımı, mizah ve kendini suçlamayı kullandıkları görülmüştür. Bu sonuç, boşanma olayının ve hastalığın yarattığı sorunların bir araya gelmesiyle baş etme stillerinde daha çok sorunlarla yüzleşmek yerine sorunlardan çeşitli şekillerde uzaklaşmaya çalıştıklarını göstermektedir. Ama bu sorunlardan uzaklaşma

durumunda da yine yaşadıklarından dolayı kendini suçlama eğiliminin yüksek çıkması sorunları çözmeye çalışılmamasının bir yansıması olduğunu düşündürmektedir.

Evin sahibinin kendilerinin olmadığı, kiralık evde oturan meme kanseri hastası yoksul kadınların diğerlerine göre planlama ve kendini suçlama baş etme stili puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuca ek olarak araştırma sırasında kadınların bir kısmının '*ay sonunda kirayı nasıl ödeyeceğimize kaygılanırken bir de benim tedavi masraflarım çıktı*' cümlesini kurmaları ailenin yaşam mücadelesini kendilerinin daha da zorlaştırdığını bunun için daha çok düşünerek planlama yaptıklarını göstermektedir.

Çocuk sahibi olma durumu açısından bakıldığında çocuğu olanların baş etme stillerinden kabullenmenin, aktif baş etmenin, davranışsal boş vermenin ve dinin yüksek olduğu görülmüştür. Çocuk sahibi olmayanların ise inkar ve madde kullanımının yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç görüşme yaptığımız kadınların çocuklarının yaşının küçük olduğu da göz önünde bulundurulduğunda çocuklarının annenin yardımına, bakımına muhtaç olmasının kadını hastalıkla olumlu baş etmeye teşvik ettiğini düşündürmüştür.

Meme kanseri hastalığından sonra boşanma, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, iş hayatına devam edememe, ekonomik durumda bozulma sosyal ilişkilerde bozulması gibi yaşamı olumsuz etkileyen değişiklikler yaşayan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda kendini suçlama baş etme stiline yüksek olduğu, yaşamında yukarıdaki gibi olumsuz değişiklikler olmayanlarda ise duygusal destek, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme baş etme stilleri yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yukarda belirtilen meme kanseri hastası yoksul kadınların sosyo demografik verileri, yaşamdaki değişiklikler ve baş etme stilleri arasındaki ilişkiye dair sonuçlardan sonra hastalık süreçlerine ve baş etme stilleri arasındaki ilişkiye dair sonuçlara yer verilecektir. Hastalık sürecinin ilk basamağı olan teşhis aşamasında geçen sürenin hastalığı inkar etme ve kabullenme noktasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Teşhis süresi arttıkça kabullenme baş etme stiline arttığı ancak teşhis süresi kısa olursa inkar etme baş etme stiline azaldığı görülmüştür. Yapılacak diğer çalışmalarda da teşhis sürecinde geçirilen süreye göre baş etme stiline değişmesinin neden olduğu sorusunun sorularak hastanın hastalıkla ilgili bilgisi, kendisini buna hazırlaması, gibi değişkenlerin üzerinde durulmalıdır.

Hastalık sürecinin ikinci basamağında tedavi aşamasındaki ameliyat olma veya olmama durumunda ise meme kanseri hastası yoksul kadınlardan ameliyat olanların yüksek oranda kabullenme baş etme stili gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu da bedensel açıdan değişiklik yaşanmasının kabullenmeyi kolaylaştırma yönündeki ilişkisini göstermektedir.

Tedavi aşamasında alınan tıbbi hizmeti yeterli bulan meme kanseri hastası yoksul kadınlarda duygusal destek, maddi destek ve olumlu yeniden yorumlama baş etme stilleri puanının yüksek olduğu görülmüştür. İlaveten hastalıkla ilgili bilgisi olmayanlarda din baş etme stili yüksek olduğu bulunmuştur.

Tedavi aşamasında aldığı psikolojik desteği yetersiz bulanların inkar, madde kullanımı, kendini suçlama baş etme stilleri puanları yüksek çıktığı gibi kabullenme baş etme stilleri puanlarının da yüksek olduğu gösterilmiştir. Tedavi sonrasında ise psikolojik desteği yetersiz bulanların kendini suçlama baş etme stilleri puanı yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum meme kanseri hastalığında psikolojik destek alınmasının olumlu baş etme stratejileri açısından önemli olduğunu göstermiştir. Kabullenme baş etme stilinin yüksek çıkması da profesyonel bir psikolojik destek almayıp kişinin hem kendi olumlu baş etme gücünü hem de sosyal destek sistemlerini daha fazla kullanılmasıyla ilişkili olduğuna ulaşılmıştır.

Meme kanseri hastası yoksul kadınların psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinimi duyanların inkar, madde kullanımı, davranışsal boş verme ve kendini suçlama baş etme stilleri yüksek olduğu ilaveten meme kanseri yoksul kadınların psikolog veya sosyal hizmet uzman gibi bir meslek elemanından yardım alma gereksinim duymayanlarda duygusal destek ve kabullenme baş etme stilleri puanı yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç olumsuz baş etme stillerini gösteren kişilerin psiko sosyal destek gereksinimini göstermektedir.

Tedavi sürecinde ve sonrasında tıbbi sosyal hizmet biriminden herhangi bir destek alınmadığı için baş etme stillerinde herhangi bir ilişkiye bakılamamıştır. Bu durum meme kanseri hastaları ile tıbbi sosyal hizmet uygulamasının eksikliğini de göstermektedir.

Aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek alanlarda duygusal destek, maddi destek, din, planlama ve kabullenme baş etme stilleri yüksek çıkmıştır. Diğer taraftan aileden, aynı hanede yaşayan kişilerden destek almayanlarda kendini suçlama, duygusal aktarım ve inkar baş etme

stilleri yüksek olduğu bulunmuştur. Meme kanseri hastası yoksul kadınların komşulardan destek alanlarda duygusal destek, maddi destek, olumlu yeniden yorumlama ve din baş etme stillerin yüksek olduğunu ayrıca komşulardan destek almayanlarında kendini suçlama baş etme stili yüksek olduğu bulunmuştur. Yukarıda ifade edilen aile üyelerinden ve komşulardan alınan desteğin meme kanseri hastası yoksul kadınların baş etme stillerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu durum da literatürle uyumlu olarak sosyal desteğin baş etme sürecindeki önemli görülmeli ve meme kanseri hastasının aile üyelerine de bunun bilgisinin verilmesi gereklidir.

Meme kanseri hastası yoksul kadınların çaresizlik hissetmeyenlerde duygusal destek, maddi destek ve kabullenme, aktif baş etme ve din baş etme stilleri yüksek olduğu ayrıca çaresizlik hissedenlerde kendini suçlama, inkar, duygusal aktarım ve duygusal boş verme baş etme stilleri puanı yüksek olduğu görülmektedir. Çaresiz hissetme durumunda olumsuz baş etme stilleri gösterilmesi hastalık hakkında bilgi, psiko-sosyal destek ihtiyacını da gündeme getirmektedir. Bu durumun yeterli tıbbi sosyal hizmet uygulaması yapılabilsse giderilebilecek bir sorun olduğu görülmelidir.

Meme kanseri hastası yoksul kadınların kamu kurumlarından yeterli destek almayanlarda duygusal destek ve maddi destek baş etme stilleri yüksektir. SYDV'lerden destek alanlarda zihin dağıtımına, planlama ve din baş etme stilleri yüksek çıkarken destek almayan hastalarda olumlu yeniden yorumlama, maddi destek, inkar, duygusal destek ve davranışsal boş verme baş etme stilleri yüksek olduğu görülmektedir. SYDV'lerden alınan yardımın ihtiyaçlarını karşılayanlarda davranışsal boş verme baş etme stilleri yüksektir. Kamu kurumundan ve SYDV'lerden destek almayanlar diğer destek ağlarından yararlanmakta oldukları için olumlu baş etme stilleri göstererek kamu kurumlarına müracaat etmemekte olduklarını göstermektedir.

Özetlemek gerekirse, araştırmada çoğunlukla baş etme stillerinden kendini suçlama ve din öne çıkmaktadır. Bu yüzden yapılacak çalışmalarda hastaların kendini suçlama sebepleri üzerinde çalışılması gereklidir. Bu araştırmanın sonuçları hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet birimleri, psikiyatri servileri gibi psikolojik destek sunabilecek meslek elemanları için önemli bir veri sunmaktadır. Bunun yanında meme kanseri hastalarında aileden, akrabadan, komşudan ve arkadaştan alınan sosyal desteğin, hastalıkla baş etme için önemli olduğu görülmüştür, ayrıca kamu kurumların, sivil toplumların, tıbbi sosyal hizmetin, psikologların desteklerinin yeterli olmadığı ve bu destekleri aileden, komşudan, akrabadan ve arkadaşlardan aldıkları

görülmüştür. Ancak hiçbir destek birbirinin ikamesi olarak görülmemelidir. Meme kanseri hastası yoksul kadınlar hem hastalıkları hem de yoksullukla mücadele ederken çok yönlü desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bunun göz önünde bulundurularak bütüncül bir değerlendirme yapılması dezavantajlı durumun daha da fazla arttırılmamasına özen gösterilmelidir.

4.1.4. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadınların Sosyal Destek ile Baş Etme Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

Araştırmada meme kanseri olan yoksul kadınların duygusal destek ve maddi destek ile sosyal destek hasta puanı arasında pozitif yönlü; kendini suçlama ile sosyal destek hasta puanı arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir. Sosyal destek arttıkça duygusal destek ve maddi destekte artmaktadır. Ayrıca sosyal destek arttıkça kendini suçlama azalmaktadır. Meme kanseri tanısı alan her kadın, duygusal desteğe gereksinim duymaktadır.

4.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde meme kanseri olan yoksul kadınların ailelerinin, akrabasının, arkadaşların ve komşuların sosyal destek algılarına olumlu katkıda bulunmak, meme kanseri olan bireylere ve ailelerine verimli bir hizmet verilebilmesi için yapılması gerekenlere yönelik önerilere aşağıda yer verilmiştir.

- Meme kanseri olan yoksul kadınların ekonomik açıdan desteklenmesi önemlidir. Sonuçlara göre kamu kurumlarından, sivil toplum örgütlerinden ve SYDV' ler den aldıkları desteğin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle, maddi ve manevi açıdan bu süreci daha kolay baş etmeleri için kamu kurumlarınca ve sivil toplum örgütlerince verilen sosyal yardımlarda bu kadınlara öncelik verilmesi, onların ihtiyaç duydukları sosyal desteğin ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesi bakımından yararlı olacaktır. Sosyal yardım sağlayan kamu ve gönüllü kurumlarda istihdam edilecek sosyal hizmet uzmanlarının, meme kanseri olan kadınlar ve diğer hassas gruplar hakkında bilgilendirilmiş olmalarında yarar bulunmaktadır.
- Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfında olan sosyal hizmet uzmanları mesleği olmayan meme kanseri yoksul kadınların yeteneklerine göre belediyelerde kurslar ayarlamaları ve yeteneklerine uygun İŞKUR' dan destek almaları gerekmektedir.
- Meme kanseri olan yoksul kadınların büyük bir bölümünün psikolojik destek almadığı

bulunmuştur. Ancak meme kanseri tanısı bireyde birçok psiko-sosyal problemleri beraberinde getirmektedir. Meme kanseri tanısının konulduğu ilk andan itibaren meme kanseri hastalarının psiko- sosyal sorunlar ile baş edebilmesi için profesyonel destek verilmelidir. Tedavi merkezlerinin onkoloji ve kemoterapi kliniklerinde tam zamanlı çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı arttırılmalıdır. Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için profesyonel eğitim programları akademisyenler ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı daha iyi bir hizmet vermek için bu alanda sosyal hizmet uzmanlarına eğitim programları ayarlamalı ve sosyal hizmet uzmanlarının gelişimini desteklemelidir.

- Hastanelerde istihdam edilen sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların konuyla ilgili olarak belirli bir eğitimden geçirilmiş olması, hastaya ve aileye verilecek profesyonel desteğin niteliğini yükseltecektir.
- Sonuçlara göre hastaların tıbbi sosyal hizmet hakkında çok bilgileri olmadığı o yüzden yardım almadıkları görülmüştür. Bu sebepten dolayı, mikro düzeyde hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve sundukları hizmetler hakkında hastanelerde hastalar ve ailelerine yazılı (broşür vb.) ve sözlü bilgilendirme yapılmalıdır.
- Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ev incelemelerine gittikleri zaman birey ve ailelerine hastalık hakkında bilgilendirme yapmaları ve destek alabilecekleri kaynaklar hakkında bilgi vererek yönlendirmeler yapmaları gerekmektedir. Bu amaçla gerekli etkinlikler düzenlenmelidir.
- Kanser hastasının sosyal hizmet uzmanından en çok duygusal ve bilgisel destek aldığı göz önüne alınarak hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı arttırılmalıdır.
- Meme kanseri hastası yoksul kadınların toplumsal yaşamda karşılaştıkları problemlerin çözümü konusunda kadınların bireysel özelliklerini, güçlü yönlerini bulmakta; bu yönde farkındalık geliştirme, iç görü kazandırma, benlik saygısını yükseltme ve kendini kabul etme düzeyini arttırmaya dönük mesleki uygulamalara ve eğitimlere ağırlık verilmelidir.
- Sosyal hizmet odaklı çalışmalarda yoksul meme kanseri kadınların sahip olduğu psiko-sosyal becerilerini belirlemeye ve bu yönde güçlendirmeye yönelik çalışmalar planlanmalıdır.
- Meme kanseri yoksul kadınlara mesleki eğitimlerle çeşitli mesleki beceriler kazandırılması, kadınlara yeni gelir kaynakları yaratma olanakları verebilir. Bu kurslar yerel yönetim, merkezi yönetim ve sivil toplum örgütleri tarafından geliştirilebilir.

- Makro düzeyde sosyal politika açısından, kadınların çalışma ilişkileri ve çalışma hayatıyla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Bu hastaların çalışma sıkıntısı olduğu için şartlı nakit transferi yapılmalıdır.
- Meme kanseri hastası yoksul kadınların içinde yaşadığı aile, komşuluk, arkadaşlık ve akrabalar gibi sosyal sistemlerle ilişkileri güçlendirilebilir. Bu konuda diğer aile üyeleri ile yapılacak olan bilgilendirme toplantısında bu konudan bahsedilmelidir.
- Araştırmada meme kanseri olup, sağlık güvencesi olmadığı için, ekonomik nedenlerden dolayı tedavi olanağı bulamamış kadınlarla da görüşülmüştür. Sağlık hizmetlerine ulaşmak herkes için bir hak olmalı ve bu hizmetlerin ulaşılabilir olmasına önem verilmelidir.
- Meme kanseri hastalarıyla vakıflarda ve hastanelerde sosyal hizmet uzmanları tarafından birey, aile ve grup temelli mesleki çalışmalar yapılmalıdır.
- Mezzo düzeyde, meme kanseri hastalarının hastalıkla mücadele etmesinde psikolojik ve sosyal desteğin önemli olması ve grup görüşmelerinde kadınların özellikle bu ihtiyacı belirtmesi nedeni ile onkoloji birimlerinin olduğu hastanelerde ve vakıflarda kanser hastaları için kanser destek gruplarının kurulması önemlidir.
- Bu araştırmanın sonuçları, dinin, meme kanseri olan yoksul kadınlar için, etkili bir başa çıkma stratejisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, dini başa çıkma stratejileri de, hastaların tedavilerini olumsuz yönde etkilemeyecek bir biçimde tam tersi tedaviyi güçlendirecek şekilde işlev görmesini sağlamaya yönelik de müdahaleler yapılabilir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanları, tedavinin geliştirilmesi ve manevi rahatlık sağlamak için kadınların inançlarını dikkate almak zorundadır.

KAYNAKLAR

- Acar, A. (2009). *Meme Kanserli Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L. ve Kıran, Ü. K. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.
- Akdeniz, E. B. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 53-60.
- Aktaş, A. M. (2007). Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. *Aile ve Toplum*, 9 (3), 12.
- Akyolcu, N. (2008). Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2).
- Arıkan, R. N. (2010). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1) 39-46.
- Arsalan, H. ve Şener, D. K. (2009). Stigma, Spiritüalite Ve Konfor Kavramlarının Meleis’in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1).
- Arslan, S. (2003). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Atatürk Üniversitesi.
- Ayaz, S., Efe, Ş. Y. ve Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(6).
- Aydoğdu, N. G. ve Bahar, Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Modeli ve Sağlığı Sağlık İnanç Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi DEUHYO ED*, 4(1), 34-40.
- Aygın, D. ve Aslan, F.E. (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2).
- Bag, B. (2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 109-126.
- Balay, B. (2002). “Bir Başka Yoksulluk: Kadın Yoksulluğu Üzerine”, *Yoksulluk, Kent Yoksulluğu ve Planlama*. 8 Kasım Dünya Şehircilik Günü 26. Kolokyumu, Ankara: 253-269.
- Belcher, A. J., Laurenceau, J. P., Graber, E. C., Cohen, L. H. and Dasch, K. B. (2011). Daily Support in Couples Coping With Early Stage Breast Cancer: Maintaining Intimacy During Adversity. *Health Psychology American Psychological Association*, 30(6), 665–673.

- Boeding, S. E., Pukay-Martin, N. D., Baucom, D. H., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Porter, L. S. and Keefe, F. J. (2014). Couples and Breast Cancer: Women's Mood and Partners' Marital Satisfaction Predicting Support Perception. *Journal of Family Psychology American Psychological Association*, 28(5), 675–683.
- Bourjolly, J. N., Hirschman, K. B. and Barg, F. K. (2003). *African-American and White Women's Appraisal of their Breast Cancer*. University of Pennsylvania Scholarly Commons. School of Social Policy and Practice.
- Boyle, T., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I. and Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology* 20: 771–782.
- Carver, C. S., Scheier M, F. and Weintraub, J, K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal Pers Soc Psychol*, 56, 267-283.
- Ceylan, V. (2009). *Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar*. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Diyarbakır.
- Ceylan, V. (2009). *Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar*. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır.
- Cihandide, G. (2013). *Kanser Hastalarında Zaman Perspektifi ve Sosyal Destek Algısının Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD), 10(1), 213-227.
- Cralg, T. J. and Abeloff, M. D. (1974). Psychiatric Symptomatology Among Hospitalized Cancer Patients. *American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1326–1327.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A. ve Tekir, Ö. (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Dergisi*, 17(1),27-36.
- Çam, O., Saka, Ş. ve Gümüş, A. B. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5, 2.
- Çamur, D, G., Acar, H., Baykara, A, Y. ve Karataş, K. (2007). “Boşanmış Kadınların Yaşam Öyküleri ve Yoksullukla Başetme Biçimleri” Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, *Kriz Dergisi*, 14.
- Çamur, D. G. (2010). Yoksulluğun Kadınlaşması: Altındağ Örneği. *Aile ve Toplum*, 11, 6 (22).
- Çamur, D. G. (2010). *Yoksulluk İçinde Bedenler. Bedende Kıpırdanmalar*. Edt: Gülnur Elçik, Tuğba B. Özenç. Varlık Yayınları, 274-295.
- Çavdar, İ. (2006). Meme Kanseri Hastalarında Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2, 2.

- Dalton, S.O., Lone-Ross, During, M., Carlsen, K., Mortensen, P. B., Lynch, J. and Johansen, C. (2007). Influence of socioeconomic factors on survival after breast cancer-A nationwide cohort study of women diagnosed with breast cancer in Denmark 1983–1999. *Int. Journal Cancer*, 121, 2524–2531.
- Daştan, N. B. ve Buzlu, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 1.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destegın İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139.
- Deficiencies vs. Differences, (2002). Predicting Older Women’s Knowledge Levels on Breast Cancer. *ICA*, 9, 10182.
- Deniz, M. R., Kunkel, A. and Keyton, J. (2008). Problematic Integration Theory, Appraisal Theory, and the Bosom Buddies Breast Cancer Support Group. *Journal of Applied Communication Research*, 36(4), 415-436.
- Desiderio, G. (2004). *Protecting the Breast Cancer and Promoting Femininity: The Breast Cancer Movement’s Production of Fear Through a Rhetoric of Risk*. Master of Art Thesis, Virginia University, Virginia.
- Dinçoflaz, N. J. (2009). *Kentteki Kadının Yoksulluğu ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü’nün Kadın Yoksulluğuyla Mücadele Politikalar*. Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Drageset, S. and Lindstrom, T. C. (2004). Coping with a Possible Breast Cancer Diagnosis: Demographic Factors and Social Support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226.
- Drageset, S. and Lindstrom, T. C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal Adv. Nurs.*, 51, 217-26.
- Duru, E. (2007). Üniversiteye Uyum Sürecinde Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Doğrudan ve Dolaylırolleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3, 29.
- Ersin, F. ve Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. DEUHYO ED*, 5(1), 28-38.
- Eylen, B. (2002). Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği’nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, XV, 1.
- Eylen, B. (2007). Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15
- Fallowfield, L. and Jenkins, V. (2015). Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better? *JNCI Journal Natl Cancer Inst*, 107 (1), 335.
- Ford, L. A., Babrow, A. S. and Stohl, C. (2009). *Social support messages and the management of uncertainty in the experience of breast cancer: An application of problematic integration theory*. Communication Monographs.

- Fridman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Change, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F. and Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycholooncology*, 15(7), 595-603.
- Garip, M. (2008). *Meme Kanseri Nedeniyle Opere olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri*. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Gustafson, D. H., Mctavish, M. F., Stengle, W., Ballard, D., Jones, E., Julesberg, K., Mcdowell, H., Landucci, G. and Hawkins, R. (2005). Reducing the Digital Divide for Low-income Women With Breast Cancer: A Feasibility Study of a Population-Based Intervention. *Journal of Health Communication*, 10, 173-193.
- Gümüş, A. B. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2, 3.
- Güner, İ. C. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- Güni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hatchett, A., Hallam, S. J. and Ford, M. A. (2013). Evaluation of a social cognitive theory-based email intervention designed to influence the physical activity of survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 829–836.
- Herndon, J. E., Kornblith, A. B., Holland, J. C. and Paskett, E. D. (2013). Effect of socioeconomic status as measured by education level on survival in breast cancer clinical trials. *Psycho-Oncology*, 22, 315–323.
- İl, S. (2005). “*Aile Yaşam Döngüsü*”. Aile Danışmanlığı El Kitabı. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Eğitim Merkezi Başkanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Aile Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Ortak Yayın. Ankara.
- İşık, E. ve Göktürk, I. (2010). *Kadınların Yoksulluk Yönetim Stratejileri*. Uluslararası Yoksullukla Mücadele Stratejileri Sempozyumu. 13-15 Ekim İstanbul.
- İşık, I. (2014). Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelişen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Dergisi*, 11(3), 58-64.
- İşkan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1).
- İnternet: Acıbadem Meme Sağlığı Merkezi. <http://www.memesagligi.com/meme-kanseri-merkezleri/>. adresinden 12 Nisan 2017’de alınmıştır.
- İnternet: at President and Fellows of Harvard College on behalf of Harvard University. *Curr Probl Cancer*, 2011; 35: 357-364, ClinicalKey.com adresinden 15 Mart 2017’de alınmıştır.
- İnternet: <http://sydv.istanbul.gov.tr>. adresinden 15 Şubat 2017’de alınmıştır.

- İnternet: <http://www.sabah.com.tr/saglik/2016/12/15/kronik-hastalara-devlet-destegi-geliyor> adresinden 22 Ocak 2017’de alınmıştır.
- Jamison, K. R., Wellisch, D. R. and Pasnau, R. O. (1978) Psychological aspects of mastectomy: the women’s perspective. *Am. Journal Psychiatry*, 135, 432–436.
- Karakoç, T. (2008). *Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Karataş, K. (2003a.). “*Yoksulluk, Yoksullukla Savaşmada Sivil Toplum ve Etik Boyut: Bir Sosyal Hizmet Yaklaşımı*” **Yoksulluk: I. Cilt**, Editörler: Ahmet Emre Bilgili, İbrahim Altan, İstanbul: Deniz Feneri Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği.
- Karataş, K. (2003b). “*Yoksullukla Mücadele: Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Sosyal Yardımlar*” *Gül Erdost*, (Yayına Hazırlayan) 5. **Türkiye İnsan Hakları Hareketi Konferansı 2002 Bildirileri: Yoksulluk ve İnsan Hakları**, Ankara: İnsan Hakları Derneği ve İnsan Hakları Vakfı Ortak Yayını.
- Kendilci, K. (2015). *Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Servisine Başvuran Kanser Olgularında Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi.
- Kennedy, V. N. (1996). “Supportive Care of The Patients with Pancreatic Cancer: The Role of The Oncology Social Worker”. *Oncology (Hunting)*, 10(9), 35-37.
- Kılılan, T. S., Turner, J. and Cam, R. (2005). Depressive symptoms of care giving women in midlife: role of physical health. *Journal Women Aging*, 17(1–2), 115–127.
- Kocabacak, S. (2013). Kadın Yoksulluğu ve Kadın Sağlığı Üzerine Yansımalar. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği, Sosyal Güvence Dergisi*. 6. S.136.
- Kristine, G. and Musick, M. A. (1997). *The Politics of Implants for Breast Cancer Survivors*. Women & Therapy.
- Kübler-Ross, E. (1970). *On Death and dying*, Mac Millian Publishing Company, New york, 38-112.
- Macdowell, H., Kim, E., Shaw, B. R., Han, J. Y. and Gumieny, L. (2010). Predictors and Effects of Training on an Online Health Education and Support System for Women with Breast Cancer. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 15, 412–426.
- Manne, S., Pape, S. J., Taylor, K. L. and Dougherty, J. (1999). Spouse Support, Coping, and Mood Among Individuals with Cancer, 21(2).
- Mary-Alt peter, M., Mitchell, J. and Pennell, J. (2005). Advancing Social Workers' Responsiveness to Health Disparities: The Case of Breast Cancer Screening. *National Association of Social Workers*.
- Mitchell, J., Lannin, D. R., Mathews, H. F. and Swanson, M. S. (2002). Religious Beliefs and Breast Cancer Screening. *Journal Of Women’s Health*, 11, 10.

- Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları VE Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- Neto, M. S., Menezes, M. V., Moreira, J. R., Garcia, E. B., Abla, L. E. and Ferreira, L. M. (2013). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ve cinsellik. *Kadın Cinsel Sağlığı. Aesth Plast Surg Mar.* 148.
- Okyayuz, Ü. (1999). *Kanser hastası ve iletişim*. (Ed) Ü. Okyayuz. Sağlık Psikolojisi (s. 221-236). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Oncology Nursing Society, the Association of Oncology Social Work, and the National Association of Social Workers Joint Positionon the Role of Oncology Nursing and Oncology Social Workin Patient Navigation. (2010). *Oncology Nursing Forum*, 37(3).
- Özbek-Guni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algularının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Özdemir, İ. (2013). *Aile Yanında Yaşayan Ve Ailesinden AyrıYaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı Düzeyleri Ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılmaması*. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi.
- Özer, N. ve Okanlı, A. (2006). Mastektomi ve Cinselik. *İstanbul Üniversitesi F. N. H. Y. O. Dergisi*, 15, 57.
- Özyurt, B. E. (2002). Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.
- Palmer, J. R., Boggs, D. A., Wise, L. A., Adams-Campbell, L. L. and Rosenberg, L. (2012). Individual and Neighborhood Socioeconomic Status in Relation to Breast Cancer Incidence in African-American Women. *American Journal of Epidemiology, Advance Access publication*, 176(12), 19.
- Papilla, Ç. (2008). *İ. Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri, Türkiye de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar; Sempozyum dizisi*, 62, 197-200.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. NewYork: Guilford Press.
- Pumo, V., Milone, G., Iacono, M., Giuliano, R. S., Mari, A. D., Lopiano, C., Bordonaro, S. and Tralongo, P. (2012). Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Management and Research*.
- Repass, M. and Matusitz, J. (2010). Problematic Integration Theory: Implications of Supportive Communication for Breast Cancer Patients. *Health Care for Women International*, 31, 402-420.

- Savcı, A. B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. T. C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Schreiber, J. A. (2011). Image of God: Effect on Coping and Psychospiritual Outcomes in Early Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38, 3.
- Seager, J. (2003). Rachel Carson Died of Breast Cancer: The Coming of Age of Feminist Environmentalism. *Journal of Women in Culture and Society*, 28, 3.
- Seçkin, C. (2008). Hacettepe üniversitesi tip fakültesi genel cerrahi ve radyasyon onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanserli bireylerin bilgi desteği ve duygusal destek gereksinimlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Sorlie, T., Tibshirani, R. and Parker, J. (2003). Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *Proc Natl Acad USA*, 100, 8418-23.
- Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 24(1), 1-47.
- Sütcü, G.G. (2010). Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelemesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Szumacher, E. (2006). The Feminist Approach in the Decision-making Process for. *Treatment of Women with Breast Cancer*, 35, 9.
- Şener, Ü. (2009). Kadın Yoksulluğu. Tepav Türkiye Ekonomi Politikalar Araştırma Vakfı.
- Taleghani, F., Yekta, Z. P. and Nasrabadi, A. N. (2005). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265–273.
- Tan, M. ve Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients With Cancer. *Cancer Nurs*; 28, 236-40.
- Taşkıran, H. (2010). Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. Deuhyo ED*, 4(2), 78-82.
- Thomas, E. (2006). Ring of Silence: African American Women's Experiences Related to their Breast and Breast Cancer Screening. *The Qualitative Report*, 11(2), 350-373.
- Tomich, P. L. and Helgeson, V. S. (2006). Cognitive Adaptation Theory and Breast Cancer Recurrence: Are There Limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 980–987.
- Tufan, B. ve Karataş, K. (2003). "Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003: Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler

Yüksekokulu, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Hizmetler Eğitim-Araştırma ve Uygulama Merkezi, Antalya.

- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2).
- Tuncay, T. (2010). Kanserle Baş etmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1).
- Turgut, G. E., Yüksel, B., Polat, E., Yıldız, Y., Berkem, H., Özel, H. ve Hengirmen, S. (2009). Meme Yakınması ile Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5, 12.
- Tünel, M. (2011). *Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon düzeyi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Adana.
- Uçar, T. (2008). *Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Bedeb Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi. Malatya.
- Uzun, G. (2009). *Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A., Zencir, G., Demir, L. and Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85–92.
- Ünal, H. (2008). *Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahin Bakış Açısı*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi, 62, 123.
- Vrise, D., Oudsten, B. L. D., Jacobs, P. M. E. P. and Roukema, J. A. (2014). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Support Care Cancer*, 22, 705–712.
- Weiss, R. (1974). *The Provisions of Social Relationships*. In: Rubin, Z., Ed., *Doing unto Others*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 17-26.
- Wilkinson, S. and Kitzinger, C. (1993). Whose Breast Is It Anyway? A Feminist Consideration of Advice and ‘Treatment’ for Breast Cancer. *Women’s Studies Int. Forum*, 16(3), 229-238.
- Yabroff, K. R. and Gordis, L. (2003). Does stage at diagnosis influence the observed relationship between socioeconomic status and breast cancer incidence, case-fatality, and mortality? *Social Science & Medicine*, 57, 2265–2279.
- Yakar, H. ve Pınar, R. (2013). Kanserli hastalarda bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15 (2), 1-16.
- Yeter, K., Savcı, A. ve Sayiner, F. D. (2009). Meme Kanseri Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5, 2.

- Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıta Dayalı Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24, 1.
- Yılmaz, S. (2011). *Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T. C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara.
- Yu, Y. and, Sherman, K. A. (2015). Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *Journal Behav Med*, 38, 565–577 .
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş*. Nika Yayınevi-2.

EKLER

Ek-1. Görüşme Formu

1. Yaşınız.....
 2. Eğitim Durumunuz () İlköğretim / ilkokul mezunu () Ortaöğretim mezunu () Lise mezunu () Yükseköğretim mezunu
 1. Mesleğiniz var mı? () Evet () Hayır
 2. Evet ise belirtin:
 3. Düzenli bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
 4. Evet, ise ne iş yapıyorsunuz?
 5. Medeni Durumunuz nedir? () Hiç evlenmemiş () Eşi ölmüş () Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor
 6. Medeni durumunuz yaşadığınız sorunlarla baş etme sürecinde size yardımcı oldu mu? () Evet () Hayır
 7. Nasıl, açıklar
mısınız?.....
.....
 8. Eşiniz düzenli bir işte çalışıyor mu? () Evet () Hayır
Evet, ise ne iş yapıyor?
 9. Sosyal güvenceniz var mı? () Evet () Hayır
 10. Varsa sosyal güvencenizin niteliğini belirtiniz. a) SSK b) BAĞKUR c) Emekli Sandığı d) Özel Sağlık Sigortası
 11. Oturduğunuz ev size mi aittir? () Evet () Hayır (belirtiniz).....
 12. Ailenizin aylık geliri nedir?
 13. Gelir düzeyiniz yaşadığınız sorunlarla baş etme sürecini etkiledi mi? () Evet () Hayır
 14. Nasıl, açıklar mısınız?
 15. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır
 16. Kaç çocuğunuz var?.....
 17. Çocuk sahibi olmanız yaşadığınız sorunlarla baş etme sürecinde size yardımcı oldu mu? () Evet () Hayır
 18. Nasıl, açıklar
mısınız?.....
.....
 19. Hastalığınızın teşhisi ne zaman kondu?yılay önce
Hastalığınızdan dolayı ameliyat oldunuz mu? () Evet () Hayır
 20. Hastalığınız ile ilgili olarak aile içi yaşadığınız sorunlar nelerdir?
 21. Hastalığınız yaşamınızda değişikliklere neden oldu mu? () Evet () Hayır
 22. Evetse ne tür bir değişiklik belirtiniz.....
 23. Hastalığınızın teşhis ve tedavi aşamasında aldığınız hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
- | Aldığınız hizmetler | Yeterli | Yetersiz | Açıklama |
|---------------------|---------|----------|----------|
| Tıbbi hizmetler | | | |
| Tıbbi sosyal hizmet | | | |
| Psikolojik destek | | | |
24. Hastalığınızın tedavisi sonrasında aldığınız hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
- | Aldığınız hizmetler | Yeterli | Yetersiz | Açıklama |
|---------------------|---------|----------|----------|
| Tıbbi hizmetler | | | |
| Tıbbi sosyal hizmet | | | |
| Psikolojik destek | | | |
25. Hastalığınız ile ilgili bilgi düzeyinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır () Diğer
 26. Hastalığınızdan dolayı bir psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi bir meslek elemanından yardım alma ihtiyacınız oldu mu? () Evet () Hayır

27. Evetse ne tür bir yardım ya da desteğe ihtiyacınız oldu, belirtiniz.....

28. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında sivil toplum örgütlerinden (vakıflar, dernekler) destek aldınız mı? () Evet () Hayır
29. Evet ise ne türden destekler:.....
30. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında ailenizden (aynı hanede yaşayan kişiler) yeterli destek aldınız mı? () Evet () Hayır
31. Evet/Hayır ise açıklar mısınız?.....
32. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında yakın akrabalarınızdan yeterli destek aldınız mı? () Evet () Hayır
33. Evet/Hayır ise açıklar mısınız?.....
34. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında komşularınızdan yeterli destek aldınız mı? () Evet () Hayır
35. Evet/Hayır ise açıklar mısınız?.....
36. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında arkadaşlarınızdan yeterli destek aldınız mı? () Evet () Hayır
37. Evet/Hayır ise açıklar mısınız?.....
38. Hastalık sürecinde karşılaştığınız sorunların çözümü / ihtiyaçlarınızın karşılanmasında kamu kurumlarından yeterli profesyonel destek aldınız mı? () Evet () Hayır
39. Evet/Hayır ise açıklar mısınız?.....
40. Meme kanseri hastası biri olarak toplumsal çevrenizde yaşadığınız sorunlar nelerdir?.....

41. Meme kanseri hastası kadın olmak sizce ne anlama geliyor?

42. Hasta olmadan önce ben.....
43. Hasta olduktan sonra
 ben.....
44. Hastalığın bana kattığı
 şey.....
45. Hastalığın benden aldığını düşündüğüm
 şey.....
46. Hastalık sürecinde kendinizi çaresiz hissettiğiniz anlar oldu mu? () Evet () Hayır
47. Evet, ise böyle zamanlarda ne yaparsınız?
48. Ailenizde böyle bir hastalık var mı? () Evet () Hayır
49. Benzer bir sorunla sizin de karşılaşabileceğiniz konusunda herhangi bir bilgiye sahip miydiniz? () Evet () Hayır
50. Bu bilgiyi kimden/nerden aldınız?
51. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından ne zamandan beridir yardım alıyorsunuz?.....
52. Aldığınız yardım ihtiyaçlarınızı gidermeye yetiyor mu? () Evet () Hayır () Diğer.....
53. Sizce sizin gibi hastalık geçmişi olan kadınlar için bu vakıflarda ne tür hizmetler/yardımla malı?.....

Ek-2. Sosyal Destek Hasta Formu

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için "**benim durumuma çok uygun (5)**", "**benim durumuma uygun (4)**" "**benim durumuma kısmen uyuyor (3)**", "**benim durumuma uygun değil (2)**" ve "**benim durumuma hiç uygun değil(1)**" olmak üzere beş yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki paranteze yanıtın yanındaki rakamı yazarak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır.

Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

	Benim durumuma çok uygun (5)	"Benim durumuma uygun (4)	"Benim durumuma kısmen uyuyor (3)"	"Benim durumuma uygun değil (2)	"Benim durumuma hiç uygun değil (1)"
1. Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2. Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3. Ailem aldığım kararları destekler.					
4. Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5. Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6. Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7. Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8. Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					
9. Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığımı hissediyorum.					
10. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11. Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					

12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13. Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14. Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşmıyorum.					
15. Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16. Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17. Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18. Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımanın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19. Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21. Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.					
22. Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarımı düşünüyorum.					
23. Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24. Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25. Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26. Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27. Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					

28. Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim					
29. Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30. Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31. Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor.					
32. Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33. Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34. Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35. Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

Ek-3. Brief Cope Scale

Bu ölçekte meme kanseri hastası yoksul kadınlarda yaşantılarında kullandıkları başa çıkma yollarını tanımlayan 28 madde bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak dörtlü ölçek üzerinde size uygun olan dereceyi işaretleyiniz. ‘ Doğru’ ya da ‘ Yanlış’ cevap söz konusu değildir. Yardımlarınız için teşekkür ederim.1) Bunu hiç yapmıyorum 2) Bunu çok az yapıyorum 3) Bunu orta derecede yapıyorum 4) bunu çok yapıyorum

1. Zihnimi boşaltmak için kendimi işe veya diğer etkinliklere veriyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Tüm çabamı içinde bulunduğum durum için birşeyler yapmaya yoğunlaştırıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendime ‘bu gerçek değil’ diyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kendimi daha iyi hissetmek için alkol veya diğer maddeleri kullanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Diğer insanlardan duygusal destek alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Başa çıkmaya çalışmaktan vazgeçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Durumu daha iyi yapmaya çalışmak için harekete geçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Böyle bir şey olduğuna inanmayı reddediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Kendime rahatsız edici duygulardan kurtulmamı sağlayan şeyler söylüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Diğer insanlardan yardım ve tavsiye alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Bu durumu atlatabilmek için alkol veya başka maddeler kullanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Sorunu farklı bir gözle görmeye, onun daha olumlu görünmesini sağlamaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Kendimi eleştiriyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. ne yapmama gerektiğine ilişkin bir yol bulmaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Beni rahatlatan ve bana anlayış gösteren birisini buluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Başa çıkma girişimlerinden vazgeçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olup bitenlerde olumlu bir şeyler arıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Durumla ilgili şakalar yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Sorunu daha az düşünmek için sinemaya gitmek, TV seyretmek, okumak, hayal kurmak, uyumak, alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Bu durumun gerçek olduğunu Kabul ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Olumsuz duygularımı ifade ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Huzuru dinsel veya diğer inançlarımda bulmaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ne yapabileceğim konusunda diğer insanlardan tavsiye ve yardım almaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Hangi adımları atacağım konusunda çok düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Olup bitenler için kendimi suçluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Dua diyorum veya meditasyon yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Bu durumla dalga geçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-4. Gönüllü Katılım Formu

Meme kanseri yoksul kadınlarla ilgili bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi ‘‘Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme Ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi’’dir. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, meme kanseri yoksul kadınların sosyal destek ve baş etme stratejileri, hangi kurum ve kuruluşlardan yararlanarak hastalık sürecini gerçekleştirdiği ve tedavi öncesi ve sonrasında nasıl deneyimledikleridir. Gerekli kurum ve kuruluşlardan izin alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda yaptığım doktora tezim için bu çalışmaya katılımınız meme kanseri yoksul kadınların sosyal destek ve baş etme süreçlerini amaçladığı için önemlidir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonrasında da herhangi bir şekilde iletişim kurmak istediğiniz takdirde gerekli telefon numarası verilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde görüşme olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Araştırmacı:

Adı Soyadı: Sayra LOTFİ

Adres: Ankara

E-posta: sayra.lotfi@gmail.com

Ek-5. Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

29 Ağustos 2016

Sayı : 35853172/

433 - 2685

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18.08.2016 tarih ve 4387 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden Sayra LOTFI'nin Prof. Dr. Kasım KARATAŞ danışmanlığında hazırladığı "Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Baş Etme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 23 Ağustos 2016 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek-6. Eğitim Planlama Kurulu Tutanağı**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI****ABDURAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ****EĞİTİM PLANLAMA KURULU TUTANAĞI**

Karara Esas Olan Evraklar			Mevzuun Maniyeti ve Hülasaası
Tarihi	No	Nerden Gönderildiği	
29.09.2016			

Kararın Metni

Toplantı Tarihi :29.09.2016 Perşembe günü saat: 14.00
Başkanın Adı ve Soyadı: Uz. Dr. Fatih GÖKSEL

Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu : 29.09.2016 Perşembe günü, saat 14.00'da toplanmış ve aşağıdaki konular görüşülmüştür.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Bölümünde Doktora yapan Sayra LOTFİ' nin Doktora tez konusu "Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Baş Etme ve Sosyal Destek Sürecinin İncelenmesi" başlıklı çalışmayı Hastanemizde yapması hususu EPK'da görüşülmüş olup uygun olduğuna;

Oy Birliğiyle Karar Verilmiştir.

Başkan
Uz. Dr. Fatih GÖKSEL
Hastane Yöneticisi v.

Üye
Prof. Dr. B. Şafak GÜNGÖR
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Bilgin Kadri ARIBAŞ
Radyoloji Kliniği Eğitim ve İdari
Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Suat KUTUN
Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi

Üye
Doç. Dr. Gonca OĞUZ
Anestezi ve Rea. Eğitim Görevlisi

Sekretarya
Doç. Dr. Lütfi DOĞAN
Cerrahi Onkoloji

Ek-7. Orjinallik Raporu

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 13.07.2017</p> <p>Tez Başlığı / Konusu: Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi</p> <p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 138 sayfalık kısmına ilişkin, 13.07.2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 17'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar hariç/dâhil 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <div style="text-align: right;">  13.07.2017 </div> <p>Adı Soyadı: Sayra LOTFİ Öğrenci No: N11140161 Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Programı: Doktora Statüsü: <input type="checkbox"/> Y.Lisans <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <div style="text-align: center;">  Prof. Dr. Kasım Karataş </div>