



Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi

2023, 6(2): 257-278.

DOI: [10.26677/TR1010.2023.1182](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1182)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



ARAŞTIRMA MAKALESİ

Meme Kanseri, Baş Etme Stratejileri ve Kanser Sonrası Büyüme: Bir Vaka Sunumu

Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT, Kıbrıs İlim Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Girne, KKTC, e-posta: asrababayigit@csu.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2102-3175>

Öz

Kanser, hayatı tehdit eden, umutsuzluk, acı veya ölüm gibi korkulara neden olan kronik bir hastalıktır. Giderek yaygınlaşması ve yüksek oranda ölümler ile sonuçlanması nedeniyle çağımızın önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Hem kemoterapi tedavisi uygulanan hem de mastektomi olan meme kanserli hastalarda psikolojik zorluklar, travmatik yaşantı deneyimi ve psikiyatrik bozuklukların görülme olasılığı yaygındır. Araştırmalar başa çıkma stratejilerinin meme kanseri olan kadınların tedavi sonuçlarını ve hayatta kalma oranlarını etkileyebildiğini göstermektedir. Hastalık bireyin yaşam dengelerinin sarsılmasına yol açarken, kendisi için yaşamını sağlıklı sürdürebilmek amacıyla hastalığa uyum sağlayacağı bir yaşam dengesi kurma gerekliliğini de ortaya çıkarmaktadır. Uygun baş etme stratejilerinin kullanımı, kanser hastalığının nasıl algılandığı ve ihtiyaç duyulan desteklerin uygun kaynaklardan alınmasının kanser tedavi sürecine ve sonrasındaki uyum sürecine aynı zamanda travma sonrası büyümenin oluşmasına etkileri oldukça fazladır. Bu çalışmada söz konusu kavramlar literatür çerçevesinde sunularak bir vaka üzerinden tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Baş Etme Stratejileri, Büyüme.

Makale Gönderme Tarihi: 13.12.2022

Makale Kabul Tarihi: 08.02.2023

Önerilen Atf:

Babayigit, A. (2023). Meme Kanseri, Baş Etme Stratejileri ve Kanser Sonrası Büyüme: Bir Vaka Sunumu, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2): 257-278.



Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences

2023, 6(2): 257-278. DOI:10.26677/TR1010.2023.1182
ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



RESEARCH PAPER

Breast Cancer, Coping Strategies and Post-Cancer Growth: A Case Presentation

Assistant Prof. Dr. Asra BABAYİĞİT, Kıbrıs İlim University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Kyrenia, TRNC, e-mail: asrababayigit@csu.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2102-3175>

Abstract

Cancer is a life-threatening chronic disease that causes hopelessness, pain, or fear of death. It is one of the most important health problems of our age due to its increasing prevalence and high mortality rates. Breast cancer is the most common type of cancer in women. Psychological difficulties, traumatic experience and the possibility of psychiatric disorders are common in breast cancer patients who have undergone both chemotherapy treatment and mastectomy. Research shows that coping strategies can affect treatment outcomes and survival rates for women with breast cancer. While the disease causes the individual's life balance to be shaken, it also reveals the necessity of establishing a life balance in which she can adapt to the disease in order to continue his life in a healthy way. The use of appropriate coping strategies, how the cancer disease is perceived and the support needed from appropriate sources have a significant impact on the cancer treatment process and the adaptation process after it, as well as on the formation of post-traumatic growth. In this study, these concepts will be presented within the framework of the literature and discussed over a case.

Keywords: Cancer, Coping Strategies, Growth.

Received: 13.12.2022

Accepted: 08.02.2023

Suggested Citation:

Babayiğit, A. (2023). Breast Cancer, Coping Strategies and Post-Cancer Growth: A Case Presentation, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(2): 257-278.

GİRİŞ

Kanser dünyadaki en önemli ve güncel sağlık sorunlarından biri olan ve hayatı tehdit eden kronik bir hastalıktır (Heidarzadeh vd., 2017). Genellikle korku, umutsuzluk, suçluluk, terk edilmişlik, kaygı, acı veya ölüm korkuları kanser hastalarına eşlik etmektedir (Sajjadi vd., 2015). 19. yüzyılın başlarında, kanser ölümüne neden olan hastalıklar arasında daha gerilerde yer alırken, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi olup kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Ülger vd., 2014).

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, yaygın görülmesi ve yüksek oranda ölümler ile sonuçlanması nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisidir (Üzar-Özçetin ve Hiçdurmaz, 2017). Birçok koruyucu ve tıbbi tedavi olmasına rağmen, hastaların yaşadığı hem fiziksel hem de psikolojik etkiler devam etmektedir (Stanczyk, 2011). Teknoloji ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte yeni yöntemler geliştirilmesine rağmen kanser hastalığı yaşam boyu süren bir tehdit olarak algılanmaktadır (Sajjadi vd., 2015). Kanser hastalığının tedavi süreci göz önünde bulundurulduğunda, aile ilişkileri, cinsellik, iş ve özbakım gibi birçok yaşam alanına etki eden bir hastalık olduğu görülmektedir (Svetina ve Nastran, 2012).

Literatürde, meme kanseri tanısı konulan hastalarda beden imajında, kendilik kavramında, ruhsal, davranışsal durumunda, aile dinamiğinde, hasta ve ailesinin rollerinde değişimlerin olabileceği vurgulanmaktadır (Elsheshtawy vd., 2014). Kronik bir hastalık olan kanser tanısı almak “kanseri” sözcüğünün kendisinin ölüm ile ilişkilendirilmesinden dolayı yüksek düzeyde kaygı ve dehşet duyguları yaratmaktadır (Tavoli vd., 2007). Kanser tanısı sadece bireyin kendisini değil ailesini ve tedavi ekibini de etkilemektedir (Cormio vd., 2014). Kronik hastalık tanısının alınması, hastanın ve ailesinin beklenmedik bir kayıp ve ayrılık durumu ile yüzyüze gelmesine yol açmaktadır. Kayıp, bireyin ona yatırım yaptığı herhangi bir nesne ya da işlevin yitirilmesi durumudur. Bu kayıp, gelişimsel (yaşamsal olaylar; doğum) ya da somut (canlı veya cansız nesne yitimi) bir kayıp olabilmektedir. Kanser hastalığında, kayıp hastanın hastalığın ve tedavi sürecinin zorluklarını fark etmesiyle başlayabilmektedir. Bu tanı ile kişi var olan gücünü ve geleceğe yönelik hayallerini kaybedeceği ile yüzleşmektedir. Bu sürece verilen tepkilere yas süreci adı verilmektedir. Bu süreci yaşamak kişiye, acı verici duygular yaşatsa da söz konusu kayıp yaşantısına uyum sağlamasına ve kendisine güç katmasına yardımcı olmaktadır. Bu süreçte hastanın ailesine ve tedavi ekibine önemli sorumluluklar düşmektedir (Okyayuz, 2013b, 2003). Tedavi ekibinin, hastaya ve ailesine hastalığı ifade etme (Okyayuz, 1999b; 2013b) ve kötü haberi verme şekli oldukça önemli bir aşamadır (Okyayuz, 1999b; 2013c). Kronik hastalıklarla çalışan tedavi ekibinin tükenmişlik sendromu (iş tatmininde azalma, yorgunluk ve işe olan ilgisinde düşüş) deneyimlemesine sık rastlanmaktadır. Bu nedenle, tedavi ekibinin hastalar ve aileleri ile iletişimde sorunlar yaşaması oldukça yaygın gözlemlenen bir durumdur (Okyayuz, 1999b; 2013c). Etkin iletişim becerileri birçok alanda olduğu gibi hasta-hekim ilişkisinde de temel belirleyicilerden biridir (Cüceloğlu, 2015).

MEME KANSERİ

Kanser, vücuttaki hücrelerin değişmesine ve kontrol edilemez bir şekilde büyümesine neden olabilen bir hastalık grubudur (American Academy of Pediatrics, 2009). Vücudun her bölümünü etkileyebilmektedir. Bu kontrolsüz büyüyen hücrelerin bir kitle şekline dönüşmesine tümör denmektedir. Kanser hücreleri tümörün vücudun hangi bölümünde kaynaklandığına bağlı olarak adlandırılmaktadır. Bu açıdan, meme kanseri meme dokusunda başlamaktadır (American Cancer Society, 2014).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (DeSantis vd., 2014). Meme annelik kavramları ile ilişkili olmakla birlikte kadınlar arasında kadınsılık sembolü olarak kabul edilmektedir. Çoğu kültürde, meme annelik, kadınlık ve cinsellik sembolü olarak algılanmaktadır (Ahuja ve Sathiyaseelan, 2018). Ayrıca, meme kanseri oldukça stresli tıbbi ve cerrahi prosedürler gerektirmektedir. Memeyi kaybetme olasılığı hastalık hakkındaki endişeyi arttırmaktadır (Arıkan, 2001). Bu durumlar tedavi sürecini daha travmatik hale getirmektedir. Kanser tanısı, kimlik, beden imgesi, cinsellik, kendine güven, benlik saygısı, psikolojik durum ve çevre ilişkisi gibi birçok faktörü etkilemektedir (Lantz ve Booth, 1998). Meme kanserinin diğer kanser türlerinden farklı bir anlamı vardır. Hem kemoterapi uygulanan hem de mastektomi olan meme kanserli hastalarda psikolojik zorluklar, travmatik yaşantı deneyimi ve psikiyatrik bozuklukların görülme olasılığının daha yaygın olduğu bilinmektedir (Arıkan, 2001).

Kanser ve Baş etme Stratejileri

Başa çıkma stratejileri meme kanseri olan kadınların tedavi sonuçlarını ve hayatta kalma oranlarını etkileyebilmektedir (Khalili vd., 2013). Kanser sonrası yaşanan olumsuz süreçlere uyum sağlamak çok önemlidir. Hastalık bireyin kendine göre belirlediği yaşam dengelerini yitirmesine yol açarken, kendisi için yaşamını sağlıklı sürdürebilmek amacıyla hastalığa uyum sağlayacağı bir yaşam dengesi kurma gerekliliğini de ortaya çıkarmaktadır (Okyayuz, 1995; 1999b). Bu uyum sürecine, kendilik değeri, kendilik-tanımı, hastalığın o kişi için öznel anlamı ve kişilik özellikleri etkilidir. Okyayuz (2013b) klinik uygulamada en fazla gözlemlenen başa çıkma belirtilerini *bilgi edinme, doğrudan eyleme girme, eylemin ketlenmesi, ve intrapsişik çabalar* olarak ele almaktadır. Ciddi bir hastalık tanısı alan her bireyin benzer süreçler yaşadığı gözlemlenmektedir. Hastalık tanısı alan bireyin ailesi de, bu tanının ciddiyetinin farkına varan hasta da farklı düzeylerde de olsa benzer süreçler yaşamaktadır (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b; Özkan ve Kutlu, 2010).

Bilgi edinme bireyin kendini daha güçlü hissetmesine yol açmaktadır. Eğer birey baş etmesi gereken durumun ne olduğunu bilirse hastalığın zorlu süreçlerine daha hazır olacaktır (Akgül-Başkale vd., 2015). Bu süreç, bireyin kendisine duyduğu güven; *kendilik değeri* (self-esteem), *kendilik kavramı* (self-concept) ve baş etme mekanizmalarıyla ilişkilidir (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b). Benlik algısının alt öğelerini incelemek hastayı ve baş etme yöntemlerini anlamaya yardımcı olmaktadır. *Fiziksel kendilik*; bireyin kendi bedenini nasıl algıladığı, *Başaran kendilik*; bireyin başarıp başaramayacağı durumlara yönelik farkındalığı olarak kabul edilmektedir (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b). *Toplumsal (Sosyal) kendilik*; bireyin çevresine yönelik algısı ve uyum yapabilme olarak kabul edilmektedir (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b). Kişi ne kadar hastalığı kabul eder, uyum sağlar ve paylaşırsa aynı oranda sosyal kendiliğinin de güçleneceği düşünülmektedir. Burada sosyal çevreye de büyük görev düşmektedir. *Özel kendilik*; hastanın amaçları, istekleri ve arzularıyla doğru orantılı bir süreçtir (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b).

Eylemin ketlenme süreci de birey için bir savunma ve başa çıkma mekanizmasıdır (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b). Kübler-Ross (2010) bireylerin hastalıkla başa çıkabilmek adına *intrapsişik çabalar* sarf ettiğini belirtmiştir. Yalom (2000) ciddi hastalık tanısı alan bireylerin *özel olma* (bana bir şey olmaz inancı) ve *bir kurtarıcı gelecek* (dıştan bir güç sayesinde zor durumdan kurtulabileceğine dair inanç) olmak üzere iki savunma mekanizmasını yoğun olarak kullandıklarını ifade etmektedir.

Çoğu zaman hastayı yaşamda tutmak adına birçok tıbbi müdahale yapılırken, ruh sağlığı atlanmakta (Perry vd., 2010) ve hastalığın sağlıklı yaşanabilmesi için günümüzde kabul edilen *biyopsikososyal modelin* (biyolojik, psikolojik ve toplumsal iyilik halinin dengede oluşu) (Okyayuz,

1999a; 2013a) psikolojik ve toplumsal yanına gerekli önem verilmemektedir (Demir ve Tarhan, 2014; Bonnaud-Antignac ve Florin, 2010).

Başa çıkmanın iki ana işlevi vardır: sıkıntıya neden olan sorunla uğraşmak (problem odaklı başa çıkma) ve stresli duyguları düzenleme (duygu odaklı başa çıkma) (Elshehtawy vd., 2014). Bireylerin stres uyarıcılarıyla ne kadar etkili başa çıktıklarına bağlı olarak, ya arzu edilen duygusal kabul hallerini, barışı ve eşitliği, ya da depresyon, anksiyete, psikopatoloji gibi istenmeyen duygusal sonuçları deneyimleyebilmektedirler (Lueboonthavatchai, 2007). Bu süreçle baş etmeyi öğrenmek için, hastanın ve ailesinin psikolojik destek almasının olumlu gelişmeler ile sonuçlanacağı yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir (Palabıyıköğlü ve Cesur, 2013; Ülger vd., 2014).

Yapılan çalışmalar birçok kişi için kanser gibi ciddi hastalıklarla karşı karşıya kaldıklarında temel başetme stratejisi olarak dinsel inançlara yönelmenin yaygın bir tepki olduğunu göstermektedir (Bussell ve Naus, 2010; Yalom, 2007; Hatamipour vd., 2015). Maneviyat, bireyin kendisini ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, onun evrendeki yerini, yaşamın anlamını, deneyimin anlamını, farkındalığını, değerlerini ve yaşamdaki amacını sorgulama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zamanda, yaşamdan kazanılan bilgilerin bir sonucudur ve yaşamın amacını oluşturan ve bireye anlamlı gelen unsurları içermektedir (Vachon, 2008). Dini ritüellerde ve inançlarda artış ruhsal gelişim olarak belirtilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Meme kanseri tanısı almış bireylerde, maneviyat ile ilgili yapılan çalışmalar maneviyatın çok boyutlu bir kavram olduğunu belirtmektedir (Levine vd., 2007) ve bu boyutlar; bakım, inanç, başa çıkma ve destek (Gibson ve Hendricks, 2006) gibi kavramları içermektedir. Meme kanserinden sonra, bir başka manevi değişim ise tanrıya yakınlaşma ve tanrıya olan inancın derinleşmesi olarak tanımlanmaktadır (Levine vd., 2007).

Bunun yanında inkâr savunma mekanizmasını kullanan bireyler de mevcuttur. İnkâr sağlıklı bir tepki olmamasına rağmen, olumsuz duygu ve düşünceler ile araya mesafe koyarak sağlıklı bir gelecek için umut da aşılacaktır. Bu nedenle inkâr savunması, tanının hemen sonrasındaki süreçte faydalı olabilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Uygun başa çıkma ve hastalık sürecine uyum kronik hastalıklarla yüzleşmede oldukça önemlidir. Başa çıkma stratejileri hem davranışsal hem de olayları içeren özel çabalar gerektirmektedir (Algın, 2009). Süreğen ve ölümcül bir hastalık tanısı almak kişinin yaşamını ve önceliklerini tekrar değerlendirmesini desteklemektedir. Kişi, o güne kadar kendisi için neler yapmış olduğunu tekrardan gözden geçirmektedir (Yalom, 2017). Tanı söylenildiği sırada hastaya detaylı bilgi verilmeden hasta belirsizlikler içerisinde bırakılmaktadır. Bu da uyum sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Okuyuz, 1999b; 2013c). Kanser bireysel bir hastalık olmaktan çok bir aile hastalığı olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni, ailenin araçsal ve duygusal desteğinin hastalığın seyrine büyük etkisinin olmasıdır (Tanrıverd vd., 2012; Weiss, 2004). Aile üyeleri de hastanın kendisi kadar bu süreçten olumsuz etkilenmektedir. Kayıp olasılığının aile bireylerinin ruhsal sağlığı üzerinde aynı olumsuz etkileri görülebilmektedir (Çivi vd., 2011). Aileden aldığı gerekli desteklerinin yanında, bireyin kendi özzerkliğini koruyabilmesi de uygun baş etme stratejileri geliştirmesine faydalı olacaktır. Diğer bir önemli ilişki ağı ise, hasta ve doktor ilişkisidir. Tedavi ekibinin hem sözel hem de sözel olmayan iletişim becerilerinin gelişmiş olmasının tedavi sürecine oldukça katkısı vardır (Yalom, 2008; Cüceloğlu, 2015).

Başetme yöntemi olarak olumlu yeniden çerçeveleme gibi stratejilerin kullanılması, meme kanseriyle ilgili potansiyel pozitif değişikliklerin fark edilmesine yardımcı olmaktadır (Silva vd., 2012). Yapılan bir çalışmada, katılımcıların başa çıkma yöntemi olarak sıklıkla pozitif yaklaşım, mesafe koyma ve sosyal destek aramaya başvurdukları görülmüştür (Özkan ve Kutlu, 2010). Yaygın olarak kullanılan başa çıkma stratejileri arasında bilgi aramak, sağlık çalışanlarından,

arkadaşlarından ve akrabalarından pratik ve duygusal destek almak ve kişisel inanca güvenmek vardır (Lifford vd., 2015).

Kişinin mevcut durum ile ilgili duygularını paylaşması ve travmatik hadise ile ilgili duygusal reaksiyonlarını anlamalandırma sürecinin paylaşılması uygun baş etme yöntemlerini kullanarak olumlu değişimlerin meydana gelmesine yardımcı olmaktadır (Manne vd., 2004). Kanser tedavisi ardından iyileşme gösteren bireylerde baş etme stratejileri arasında; mantıksal analiz, olumlu yeniden değerlendirme, rehberlik/destek, problem çözme, bilişsel kaçınma ve kabullenme gözlemlenebilmektedir (Chan vd., 2003).

Kanser hastalarının pozitif baş etmesini etkileyen faktörler arasında sosyal destek (Bourjolly ve Hirschman, 2001) evlilik memnuniyeti, (Weihs vd., 1999) dini kaynak, (Gall vd., 2000) ve sosyal problem çözme yeteneği bulunmaktadır. Benzer sonuçlar meme kanseri olan kadınların baş etme stratejilerini analiz eden başka bir çalışmada da belirtilmiştir (Bussel ve Naus, 2010). Dinsel başa çıkmanın, tedavi sırasında travma sonrası büyüme'nin önemli bir belirleyicisi olduğu kanıtlarken hem araçsal hem de duygusal olarak olumlu yeniden yorumlama ve destek arayışı, iyileşmenin sonraki aşamalarında olumlu travma sonrası değişikliklerin gelişmesinde de önemli rolü vardır.

Kanser Tanısına Tepkiler

Kübler-Ross Yas Tepkisinin 5 Aşaması

Kubler-Ross ilk olarak bireyin başa çıkma mekanizmalarının etkisiyle gösterdiği tepkinin *yadsma* (*şok*) olduğunu belirtmiştir. Bu tepki kişinin durumu kabullenmesi ve duruma alışmasına zaman kazanmasına yol açmaktadır. İnkâr, kişinin savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren tampon görevi görmektedir. Şok süresi kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. İkinci aşamada ise *öfke* yaşanabilmektedir. Hasta, öfkesini çevresindeki kendisinden sağlıklı gördüğü bireylere (aile, sağlık ekibi vb.) aktarabilmekle birlikte, dini inancıyla doğru orantılı olarak Tanrı'ya da yönlendirilebilmektedir. Yaşanan üçüncü aşama ise *pazarlığa girme* aşamasıdır. Hasta veya ailesinin bazı durumlarda fedakârlık yaparak yaşam süresini uzatmaya yönelik davranışlar sergileme sürecidir. Kişi, ölümlü olduğu gerçeği ile yüzleşmesine rağmen uzun bir yaşam sürmek için pazarlık sürecine girebilmektedirler. Dördüncü olarak *çöküntü*; bir çeşit yas süreci olarak adlandırılabilir (Okyayuz, 1995; 1999b; Bahar, 2007; Işıl ve Karaca, 2009; Zengin vd., 2012; Tedeschi ve Calhoun, 2008). Bu süreçte bireyin depresyona benzer belirtiler ve davranışlar sergilemesi normal olarak kabul edilmektedir. Eğer belirtiler şiddetlenir ve depresyon tanı ölçütlerini karşılar duruma gelirse bir uzmandan yardım alınması gerekmektedir. Bu depresyon sürecinde kişi kendi ölümünün yasını tutmaktadır (Okyayuz, 1995; Işıl ve Karaca, 2009; Okyayuz, 2013b). Beşinci olarak *kabullenme* aşamasında; birey ölüm gerçeği ile yüzleşmektedir (Okyayuz, 1995; 1999b; Bahar, 2007; Işıl ve Karaca, 2009; Zengin vd., 2012; Tedeschi ve Calhoun, 2008).

Her birey bu süreci aynı şekilde atlatmamakta ve bir aşamadan diğer aşamaya geçiş sırası farklılıklar gösterebilmektedir. Bununla birlikte, bu aşamaları aile ve hasta ile benzer şekilde tedavi ekibi de yaşantılabilmektedir. Bu süreçte hastanın geleceğe karşı umutla bakabilmesi için aile ve tedavi ekibine büyük görev düşmektedir. Ancak en az hasta kadar aile ve tedavi ekibinin de psikolojik desteğe ihtiyacı vardır (Okyayuz, 1995; Okyayuz, 2013b).

Kanser ve Travma'nın Psikolojik Etkileri

Yaşamı tehdit eden bir hastalık teşhisi, kişi için kişisel kaygıları artırabildiğinden diğer travmatik yaşantılardan daha farklı ve eşsiz algılanabilmektedir. Bu kaygıların artışı, kanser teşhisi sonrası

kendi bedenine karşı güvensizlik ve vücudun işleyişi veya fiziksel bütünlük konusundaki kontrol kaybı hissi ile tetiklenmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2006). Kanser tanısı bireyde bir kriz durumunu doğurmaktadır. Kriz evresinden sonra ise kabullenme, hastalık sonrası yaşama uyum ve uygun baş etme stratejilerinin geliştirilmesi beklenmektedir (Çam vd., 2009).

Araştırmacılar, meme kanseri tedavisi ardından iyileşme gösteren katılımcılarda, en yaygın endişelerinin sağlık durumları, kadınsılık, iş durumu, aile içindeki genel rolleri, belirsizlik ve ölüm olasılığı ile ilgili endişeler olduğunu bulmuştur (Ziner vd., 2012; Anusasananun vd., 2013; Leal vd., 2015). Genel olarak, meme kanseri, kadınların yaşamında önemli bir stres etkenidir ve bu hastaların birçoğu anksiyete, depresyon, nüks korkusu gibi bazı psikolojik problemler yaşamaktadırlar. Hastalık seyri, ailelerinin durumu ve kendi geleceklerinden endişe duyduklarından dolayı, uygun müdahaleye ihtiyaçları vardır (Khalili vd., 2013; Abdollahzadeh vd., 2014).

Kanser hastalığının ne kadar travmatik algılandığı hastalığın prognozu, hastalığın kaynaklandığı organ, tedavi seçenekleri, sosyal destek ve başa çıkma stratejileri ile ilişkili bulunmuştur (Kangas vd., 2007). Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olduğundan dolayı endişe yaratan ve travmatize eden bir durum olarak kabul edilmektedir. Kadınlar için meme ile ilgili algı ve anlamlar hakkında psikoloji literatüründe birçok araştırma vardır. Kadınlarda meme kanserinin sonucunda travma etkileri ve özellikle travma sonrası stres bozukluğu, depresyon veya diğer anksiyete bozuklukları gözlemlenmektedir (Jadoon vd., 2010). Bununla birlikte, son yıllarda olumlu psikoloji kavramına ilgi vardır. Vázquez, Hervás ve Ho (2007) "büyüme"nin bireyin kendi kişisel gelişiminde bir önceki fonksiyonel seviyesinin ötesine uzanan bir aşamaya maruz kalması olarak vurgulamaktadır. Ölüm ile yüzleşmek içgörüyeye dayalı büyük bir kişisel değişime neden olabilmektedir (Yalom, 2002a; Yalom, 2002b). Yalom (2017), ölüm ile yüzleşmeye aracı olan ölümcül bir hastalık tanısı almayı "uyanma deneyimi" olarak tanımlamaktadır.

Erken evre meme kanseri tanısı gibi yaşam olayları, aşırı stres reaksiyonu gibi geniş çaplı psikolojik reaksiyonlar uyandırma potansiyeline sahiptir. Hastalar, tıbbi tedaviler ve bunların yarattığı yorgunluk, ağrı ve saç dökülmesi gibi yan etkiler; fiziksel görünüşte geçici ve kalıcı değişiklikler, gelecekteki yaşam planları ile ilgili değişiklikler ve gelecekteki hastalık tekrarı tehdidi gibi bir dizi olumsuz deneyimler ile yaşamak durumunda kalmaktadırlar (Goldsmith ve Miller, 2013; Gho vd., 2013; Manne ve Badr, 2008). Bu deneyimler, olumsuz psikolojik tepkilere neden olabilmektedir. Çalışmalar, erken evre meme kanseri olan kadınların %7 ile %46 arasındaki popülasyonunun tanı konulduktan sonraki ilk 6 ay içerisinde anlamlı düzeylerde klinik depresif belirtiler rapor ettiklerini bildirmiştir. Bunun yanında %32 ila %45'i ise klinik olarak anlamlı kaygı bildirmişlerdir (Gallagher vd., 2002).

Kanser tanısı, stres, kontrol eksikliği derin bir korku ve yıkım duygusu uyandırabileceğinden posttravmatik belirtiler ile ilişkilidir. Bunun yanında kanser tanısının ardından duygusal sıkıntılı bir süreç, depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi ruhsal bozukluklar gözlemlenebilmektedir (Gianinazzi vd., 2016; Zeltzer vd., 2009). Paradoksal olarak, bir kanser teşhisi aynı zamanda büyüme ve adaptasyon için bir fırsat sağlayabilmektedir (Love ve Sabiston, 2011; Zebrack vd., 2012; Arpawong vd., 2013).

Meme kanseri oldukça yaygın olarak görülen heterojen bir hastalıktır (Yu ve Sherman, 2015). Bu kronik hastalık tanısını alan kadınlar, sayısız fiziksel ve psikososyal stresörlerden etkilenmektedirler (Goldsmith ve Miller, 2013). Cerrahi müdahaleler genellikle ağrılı olmakla birlikte kadının öz saygısı, cinsel işlevleri ve kimliğini etkileyen birçok bedensel değişikliklere yol açabilmektedir (Bartula ve Sherman, 2013). Radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisi gibi tedaviler genellikle uzun süreli yan etkilerle birlikte, yorgunluk, ağrı ve mide bulantısı gibi belirtilere yol açmaktadır. Bu tedaviler fonksiyonu önemli ölçüde bozabilmekle birlikte kadının

özerkliğine meydan okuyan sosyal ve aile rollerinde değişimlere neden olabilmektedir (Gho vd., 2013).

Travma Sonrası Büyüme

Kronik hastalık tanısı almanın olumsuz psikolojik etkilerine karşın, hastalık ile mücadele deneyimleri olumlu sonuçlar da doğurabilmektedir (Jansen vd., 2011). Hastanın kendisi ve ilişkileri hakkındaki görüşlerinde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Kişide meydana gelen bu olumlu değişimler, Tedeschi ve Calhoun (1996), tarafından “travma sonrası büyüme” (TSB) olarak adlandırılmıştır. Günümüzde de en yaygın olarak bu terim kullanılmaktadır (Cordova ve Andrykowski, 2003).

Nietzsche'nin “Beni öldürmeyen şey güçlendirir” sözü psikoloji, felsefe ve din gibi birçok alanda kullanılan bir inanç olmuştur (Cormio vd., 2017). Meme kanserinin literatürdeki sonuçlarına bakıldığında, TSB en çok çalışılan kavramlardan birisidir. Genel anlamda, TSB psikolojik, bilişsel ve duygusal anlamdaki pozitif gelişmeler olarak tanımlanabilmektedir (Lelorian vd., 2010; Schroevers vd., 2011). Son derece zorlu bir yaşam krizi ile mücadele ettikten sonra kişide birtakım olumlu değişiklikler meydana gelebilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bir kavram olarak büyüme, travma sonrası yaşam olayları ve bireylerin baş etme süreçlerinin olumlu sonuçlarıyla ilişkilidir. TSB, önemli ölçüde zorlu bir şekilde ortaya çıkan değişiklik ya da travmatik bir yaşam olayı ardından yaşam için daha fazla takdir, daha iyi kişilerarası ilişkiler, kişisel güç, yeni olasılıkların tanınması ve manevi gelişim gibi pozitif psikolojik gelişmeler olarak tanımlanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1996).

Kansere karşı psikososyal uyum, kanser ve sonraki tedaviler ile kişide ortaya çıkan çok sayıda değişiklikte karşı karşıya kalındığında zaman içinde oluşan dinamik psikososyal bir süreçtir (Arpawong vd., 2013). Bu görünümde, kanseri yalnızca bir stres etkeni olarak değerlendirmek yerine, bu tanıyı almanın hem olumsuz hem de olumlu yankılar uyandırarak yaşam değişimi için bir katalizör olarak görülmesi beklenmektedir (Brennan, 2001). Çoğu kanser hastası kedere gömülme yerine olumlu yönde ve çarpıcı bir şekilde değişmektedir (Koutrouli vd., 2012). Bu insanlar, hayatın önemsiz ayrıntılarını bir tarafa atarak hayatlarındaki öncelikleri yeniden düzenlemektedirler. Gerçekten istemedikleri şeyleri yapmama gücüne sahip çıkıp, sevdikleriyle daha derin ilişkiler kurup hayatın denetlenmez gerçeklerini takdir etmeye başlamaktadırlar. Ölümçül bir hastalığı olduğunu bilen birine iyileşeceğine dair temeli olmayan umutlar vermek büyük öfke yaratabilmektedir. Yas ve kayıp, kişiyi uyandırmaya yardım etmekle birlikte kendi var oluşunun farkına varmasını sağlamaktadır (Yalom, 2017).

Yapılan çalışmalar, kanser deneyiminin TSB ile sonuçlanabileceğini göstermektedir (Zebrack vd., 2012; Cormio vd., 2014; Lelorian vd., 2010). Yetişkin kanser hastalarında yapılan araştırmalar, kansere uyum sürecinin farklı zamanlarında hastaların %80'inde pozitif psikolojik değişimlerin olduğunu göstermektedir. Benzer sonuçlar çocukluk ve ergenlik kanseri çalışmalarında da gözlemlenmektedir (Arpawong vd., 2013; Turner-Sack vd., 2012). Bunun yanında, meme kanser tanısı almış kadınlarda yapılan bazı çalışmalara bakıldığında da hastaların TSB belirtilerini sergiledikleri görülmektedir (Silva vd., 2012; Tanyi vd., 2013). Sears vd. (2003), meme kanseri teşhisi konan kadınların %83'ünün, deneyimlerinden en az bir fayda gördüklerini bulmuştur.

TSB, bireyin meme kanseri gibi yüksek stres yaratan yaşam kriziyle başa çıkma çabalarının sonucu olarak ortaya çıkan pozitif psikolojik değişimleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bireyin kendini algılama, ilişkiler ve yaşam felsefesindeki (manevi, varoluşçu) değiştikleri içeren üç başlık altında toplanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Kendilik algısındaki değişiklikler kişisel güçlendirme, özerklik, benlik saygısı geliştirme, esneklik ve yeni fırsatları görebilme ve

yaratılabilir duygusu şeklinde olabilmektedir (Taku vd., 2008). Kantitatif yöntemle yapılan iki çalışmada meme kanseri hastalarında gelişme bildiren ikinci alan kişisel yetkinliktir (Mols vd., 2009). Uzun süredir hayatta kalan meme kanserli hastalar ile yapılan bir başka çalışmada, hayatta kalanların % 79.2'sinin kanser deneyiminden en az bir yarar elde ettikleri ve fayda alanlarından birinin kişisel özellikleri kapsadığı saptanmıştır (Mols vd., 2009). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda, iyileşme gösteren bireyler tarafından tanımlanan kişisel yetkilendirme özelliğini şu şekilde tanımlanmaktadır: kendini ifade etme, kendini geliştirme, pozitif kişilik özellikleri ve kişisel güç, kişisel güven, esneklik, bedenlerine duydukları güven, problem çözme ve olumlu düşünme becerilerinin gelişimidir (Mols vd., 2009; Fallah vd., 2016).

Diğer bir TSB alanı, kişilerarası ilişkilerdeki değişimdir. Kişilerarası ilişkilerin gelişmesi, merhamet duygusunun artması, empati yeteneğinde iyileşme, benzer deneyime sahip bireylerle yardım etme isteğinin artması ve ilişkilerde yakınlık duygusunun artması şeklinde olmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Taku vd., 2008). Tedaviden sonra kadınlar diğer bireyler ile mevcut ilişkilerinde anlam bulmayı ve ilişkilerini olumlu yönde değiştirmeyi tanımlamaktadırlar. Literatürde, kanser gibi travmatik bir olay ile mücadele çabalarının eşler arasındaki bağı güçlendirdiği belirtilmektedir (Weiss, 2004). Meme kanseri sonrası hayatta kalanlar üzerinde yaşam kalitesi çalışmalarının derlendiği bir derlemede (Russel vd., 2015), yeni tanı konmuş meme kanseri hastalarına yardım etme ve erken teşhis etkinlikleri için kadınları destekleme isteği bu alandaki gelişimin örnekleri olarak görülmektedir. Kişinin çevresi tarafından sağlanan sosyal destek, stres yaşamına karşı bir tampon görevi görmek ve başa çıkmayı desteklemektedir. Ayrıca, kanserin uzun süreli olumsuz etkisini ve tedavisini yaşayan bireyler için sosyal destek önemli bir faktör olarak tanımlanmakta ve sosyal desteğin yaşam kalitesindeki iyileşmenin önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmektedir. Bu noktada, kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi tedavi sonrası dönemde TSB gelişimini desteklemektedir. Yaşam felsefesindeki değişiklikler, yaşadıkları için şükretme, manevi ve varoluşsal gelişmeyi içermektedir (Taku vd., 2008). Meme kanseri tedavisi ardından iyileşme gösteren bireyler ile yapılan çalışmalarda, ruh felsefesinde, yaşam felsefesinde ve gelişiminde değişimler gözlemlenmektedir (Manne vd., 2004). Bu çalışmalarda hayatta kalanların, yaşam bakış açılarında değişiklikler, yaşamın takdirini artırma, tanrıya daha yakın olan ruhsal boyutta tanrıya güven, affetme, sabır, şükran ve hayat felsefesinde değişim olarak fedakârlık gibi özellikler kazandıklarını bildirmişlerdir. Hayatın aslında insana sunulan bir fırsat olduğu gerçeği ile yüzleşerek yaşam tarzlarında değişiklikler yaptıkları belirtilmektedir. Tarif edilen yaşam tarzı değişiklikleri beslenme değişiklikleri, düzenli egzersiz ve stres yönetimi gibi değişiklikler olabilmektedir. Çalışmalarda, meme kanseri tanısı alan bireylerde pozitif kazanımların yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Fallah vd., 2016; Mols vd., 2009).

Meme kanserinde TSB, genç yaş, tanıdan sonra daha uzun bir sürenin geçmiş olması, kanserle ilişkili stres, kanserle ilişkili tehdidin algılanması, pozitif/etkin baş etme, dini başa çıkma, kişinin meme kanseri hakkında konuşması ve sosyal destek arayışı gibi çeşitli bireysel ve psikososyal faktörlerle ilişkilidir (Lelorian vd., 2010; Koutrouli vd., 2012).

Erişkin kanser hastalarında kabullenme, dini başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama gibi adaptif baş etme stratejileri de TSB ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Porter vd., 2006; Lelorian vd., 2010). Bunun yanında yapılan çalışmaların çoğunluğunda optimizm ve TSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Büyükaşık-Çolak vd., 2012; Bozo vd., 2009). Psikolojik sağlık özelliği de uygun baş etme stratejileri, minimal uyum problemleri, hayatta kalma ve TSB ile yakından ilişkilidir.

Travma Sonrası Büyüme Etkileyen Faktörler

Literatürde TSB'yi etkileyen çeşitli faktörler vardır. Kontrol odağı gibi kişilik özellikleri (Cummins ve Swickert, 2010), tutumsal umut (Ho vd., 2011) ve algılanan sosyal destek (Bozo, Gündoğdu ve Büyükasık-Colak, 2009) TSB ile ilişkili bulunmaktadır.

Sosyal Destek

Travma sonrası gelişime katkıda bulunan faktörlerden biri, sosyal destek olarak algılanmaktadır. Sosyal destek kronik hastalıklar ile baş etme konusunda en etkili faktörlerden biridir. Sosyal destek, bir bireye sevildiğini, değer verildiğini, bakımının sağlandığını algılayan bilgi olarak tanımlanabilmektedir (Campbell ve Gilmore, 2014). Sosyal destek hastalığa uyum sürecini hızlandırarak baş etme stratejilerinin gelişimini kolaylaştırmaktadır (Bantum ve Wills, 2012). Özellikle aile üyelerinden gelen desteğin bu dönemde kişiyi olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Tanrıverd vd., 2012; Weiss, 2004). Kansere ve astım gibi kronik hastalıklara sahip bireyler sosyal desteğin özellikle de aile desteğinin yokluğunu yaşadığında, durumlarını daha da kötü algılamaktadırlar (Muhbes ve Alyeassery, 2014).

Sosyal destek sağladığı işlevlere göre temel olarak ikiye ayrılmaktadır. Yapısal destek yaklaşımında, bireyin çevresiyle kurduğu sosyal bağlantıların sayısı ve çeşitliliği ile ilişkilidir. Bunun yanında, işlevsel destek yaklaşımına göre ise var olan ilişkilerin sayısından çok bireyin ihtiyaç duyduğu andaki ulaşılabilir nitelikteki ilişkileri önemlidir (Bantum ve Wills, 2012).

İşlevsel destek içerisinde dört farklı destek çeşidini barındırmaktadır. İlk olarak *duygusal destek* olarak adlandırılan; bireye kendisini iyi hissettiren, duygularını açmasına zemin hazırlayan, bireye koşulsuz ve çikarsız sevgi, saygı duyulduğunu hissettirerek bireyin yanında olduğunu hissettiren ilişkilerdir. Kansere tanısı almış bir kişi duygusal destek ile yalnız olmadığını hissederek tedaviye motivasyonu artabilmektedir. İkinci olarak *bilgi sağlayıcı destek*; bireyi bilgilendirerek ona yararlı olacak önerilerde bulunmaktadır (Şahin, 1999; 2013). Kansere hastalarında bilgi sağlayıcı destek, hastalık ile ilgili gerekli bilgilerin öğrenilmesiyle denetim duygusunun oluşumunu sağlamakla birlikte diğer bireylerin tecrübeleriyle öneriler elde edebilmektedir. Üçüncü olarak *araçsal destek*; bireyin yaşamını kolaylaştıracak maddesel desteklerin ön planda olduğu destek türüdür (Şahin, 1999; 2013). Tedavi sürecinde, hastanın eski sorumluluklarını çevresindeki kişiler ile paylaşmasının hayatı kolaylaştırıcı bir etkisi vardır. Dördüncü olarak ise *eşlik etme veya ait olma desteği*; kişilerin sosyal etkinliklerine gönüllü olarak ve içtenlik ile yanında olup birlikte katılma anlamına gelmektedir (Şahin, 1999; 2013).

Sosyal destek, kişinin iyi olma haline katkıda bulunan, temel ihtiyaçlarını karşılayan ve benlik saygısını güçlendiren tutum ve davranışları içermektedir. Sosyal destek, kansere hastalarında travma sonrası büyüme teşvik etmektedir. Diğer kanser türlerinin yanı sıra, meme kanseri olan kadınlarda (Bussel ve Naus, 2010; Lelorain vd., 2010; Weiss, 2004), prostat kanseri olan erkeklerde (Thornton ve Perez, 2006), kemik iliği transplantasyonu sonrası bireylerde (Tallman vd., 2010) ve diğer farklı kansere hastalarında (Schroevers vd., 2011; Tanrıverd vd., 2012) sosyal desteğin önemi görülmektedir.

Ruhsal Umut

TSB ile ilişkili başka bir kişilik faktörü ise ruhsal umuttur. Snyder ve arkadaşları (1997), umudun olumlu bir motivasyonel durum ve önemli bir etken olduğunu belirtmektedirler. Umut, kişinin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve hayatta anlam

bulmasını sağlayan, dinamik bir güçtür. Kanserin neden olduğu kayıp, belirsizlik ve acı durumlarında etkili bir şekilde başatmeyi sağlayan en önemli yaşamsal faktörlerden biridir (Kavradım ve Özer, 2014). Hastalığın seyri konusundaki en önemli unsurlardan biri tedaviye uyum sağlamayı başarabilmek ve ümidi yitirmemektir (Yalom, 2010). Eğer kişi umudunu yitirmezse tedaviye uyum sağlaması ve kabullenmesi çok daha kolay olacaktır (Aslan vd., 2007).

Kontrol Odağı

Kontrol odağı, ilk olarak Rotter tarafından önerilmiş ve olumlu değişimlerin önemli bir yönü olarak kabul edilmiştir. Temel olarak, bireylerin kendilerini etkileyen olayları kontrol edebileceklerine dair inançlarını ifade etmektedir (Rotter, 1966; Chalak vd., 2014). İç ve dış kontrolün iki boyutu vardır. Yüksek iç kontrol odağı olan bireyler, davranışlarının kişisel kararları ve çabalarıyla yönlendirildiğine inanmaktadırlar. Daha yüksek dış kontrol odağı olan bireyler ise davranışlarının kader, şans veya başka herhangi bir dışsal güç ile yönlendirildiğine inanmaktadır (Dereceli ve Dorak, 2011).

Vaka

61 yaşındaki bekar kadın hasta. Bir erkek çocuğu vardır. 30 yaşından itibaren zararsız yapıdaki fibrokistikleri mevcuttu. 54 yaşında iken meme kanseri teşhisi konmuştur. Tanı konulmadan önce, bir gün bir memesinde şekil değişikliği olduğunu fark ettiğini ve şekil değişikliğinin giderek belirginleşmeye başladığını belirtmiştir. O günlerde, bu durumu ailesinden saklayarak, “Yanılıyorum ben hasta olamam.” gibi düşünceler içerisine girmiştir. 1 yıllık inkâr evresinden sonra hasta üçüncü evreye gelerek aşırı kilo kaybı, baş dönmesi, halsizlik, göz kararması gibi belirtiler hissetmeye başlamıştır.

Sonrasında radyoloji uzmanına kontrole gitmiştir. Doktordan çıktıktan sonra “neden ben?” diye kendi kendine ağladığını ifade etmiştir. Radyolog, biyopsi sonrası kesin kararın verileceğini söylediğinde hasta olmadığına dair tarifsiz bir umut hissettiğini belirtmiştir. Tanının belirlenmesi için Kıbrıs’tan İstanbula geldiğinde bir ümit ile beklerken doktorlar tarafından kesin tanı konmuştur. Tanının öğrenilmesinden sonra tanrı ile kavga etmeye başladığını ifade eden hasta, “O kadar kötü insan varken tanrı neden beni seçti” gibi öfke ifadelerini kullandığını belirtmiştir. Bu dönemlerde, kendisini sağlıklı olan herkese karşı çok öfkeli olarak tanımlıyordu. Birkaç hafta sonrasında ise hastalığı olduğunu kabul ederek sağlığına kavuşması için bir adım atması gerektiğine karar verdiğini söylemiştir. Hastalığını inkar ederek ve çevresine öfke saçarak iyileşemeyeceği gerçeğiyle yüzleşmişti. Doktoru ile konuşarak tedavi planını detaylı olarak öğrenmiştir. Hastalığının tedavi sürecine geç kalındığından, ilk olarak 8 seans kemoterapi tedavisi görecektir sonrasında ise ameliyat olacağı, en sonunda ise radyoterapi seansları alacağı bilgisi kendisine verilmişti. Hasta, üç haftada bir kemoterapi tedavisi görmekteydi. Kemoterapi seanslarına çok istekli gittiğini ve kemoterapi alımının kendisini iyileştirici olarak algıladığını belirtmiştir. Doktorların bilgilendirme aşamasında açık ve anlaşılır konuştuğunu belirten hasta, doktorların geç kalınmış bir vaka olduğunu, onkolog, genel cerrah ve hasta olarak bir ekip olduklarını söyleyerek hastaya güven verdiklerini söylemiştir. Doktorların ellerinden geleni yapacaklarını ama bu süreçte kendisinin de desteğine ihtiyaç duyduklarını samimi bir dil ile ifade ettiklerini belirtmiştir.

O dönemlerde, dikkatli bakan gözlerden rahatsız olduğunu belirterek komşusunun kendisine geldiğinde hayranlıkla “kellik bir kadına bu kadar mı yakışır” dediğini hiç unutmadığını söylemiştir. Bu sözlerin kendisini çok motive ettiğini belirtmiştir. Ailesindeki rollerin değiştiğini,

annesinin evdeki temel sorumlulukları üstlendiği, kardeşinin doktor ve hastane ziyaretlerinde kendisine eşlik ettiğinden ve oğlunun ekonomik olarak sorumluluğu üzerine aldığından bahsetmiştir.

Hasta, tedavi süresinde moralini yüksek tuttuğunu belirtmiştir. Her zamanki gibi süslenerek kemoterapilere gittiğini, birçok hastanın kendilerini bırakmış olmasına rağmen kendisinin hayata dört elle sarıldığını düşünmektedir. Diğer hastalar ile konuşmanın kendisine bazen iyi bazen kötü geldiğini belirterek bir taraftan benzer süreçleri yaşayan kişiler ile konuşmanın iyi gelmesine karşın olumsuz belirtileri ve olumsuz sonuçlanan vakaları tanımanın umudunu zedeleyen bir tarafı olduğunu düşünmektedir. Herkesin yaşadığı yan etkilerin aynı olmadığını tedavinin başlarında farketmediğini belirterek çoğu hastada kusma olurken kendisinde hiç olmadığını söylemiştir. Buna karşın ilk kemoterapi tedavilerinin sorunsuz geçmesine rağmen, ikinci kemoterapi tedavisi öncesi ailesi ile yemek yerken eline saçların gelmesinin ardından banyoya gitmesi ve tutam tutam saçlarının eline gelmesi ile kimsenin haberi olmadan suyun altında tüm saçlarını kafasından döktüğünü söylemiştir. Masaya döndüğünde herkesin şok olduğunu ve saçların tamamının dökülmesinin kendisi için sarsıcı bir etkisi olduğunu hissettiğini söylemiştir. 1-2 gün bu şokun ardından kendisini toplamak zorunda olduğunu ve bu hastalıkla iyi geçinmesi gerektiğini kendisine hatırlattığını belirtmiştir. Üzüntüden uzak kalmak için elinden geleni yapmış saç ile ilgili sorununu da peruklar olarak çözmüştür. O dönemlerde tanı ile pazarlığa girerek “oğlumun mürüvvetini görmeden ölmek istemiyorum” gibi şartlar koyarak dua ettiğini söylemiştir.

İkinci kemoterapi sonrası ilaç değişikliği olmasından dolayı ateşi çıktığını söyleyen hasta yarı baygın halde 2 gün hiçbir şey hissetmeden yattığını, gözünü açtığında ise annesi tarafından başında kuran okutulduğunu söylemiştir. Herkesin çok kaygılanmasının kendisini de endişelendirdiğini belirtmiştir. Bu dönemlerde 14 kilo vermesine rağmen hiçbir zaman mücadeleyi bırakmadığını söylemiştir. Yapabileceği her işini kendi hallederek tüm sorumluluğu ne ailesine ne de doktorlara yüklemenin doğru olmadığını düşündüğünü söylemiştir.

Kemoterapi tedavileri bittikten sonra ameliyat olarak mastektomi uygulanmıştır. Ameliyatının ailesinin destekleri ile rahat geçtiğini ifade eden hasta, doktorun da ailesi gibi her zaman sıcak ve sevecen davrandığını düşünmektedir. Kazıyıp tüm kötülüğü atacakları için ameliyat günü çok sevinçli olduğunu belirtmiştir. Mastektomi sonrası kendisini tanıyamadığını ve “giden memesinin arkasından” kimseye söylemeden doya doya ağladığını ifade etmiştir.

Hastalık tanısının belirlenmesinin ardından yer değişikliği yaşayan ve çalışırken işini bırakan hasta bu dönemde sorumluluklarının azaldığını belirtmiştir. Hem kendi bireysel sorumlulukları hem de anne görevindeki sorumluluklarının bir anda değiştiğini belirten hasta aile içerisindeki rollerinin de değiştiğini söylemiştir. Tedavi sürecinde yaşanan değişimlere uyum sağladığını düşünen hasta, hastalık öncesi yaşantısına kıyasla daha sağlıklı bir yaşama geçtiğini uyku ve beslenme alışkanlıklarını düzenlediğini, sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Kendisi gibi ailesinin de değişen bu yapıya uyum sağladığını söylemiştir. Hasta koltukaltı lenflerinin alınmasından dolayı güç kaybının devam ettiğini, damarlarının sertleştiğini ve memesinin eksik olmasının görsel olarak belli olduğunu düşünmekle birlikte bu eksikliği en çok mayo giymek zorunda olduğu deniz günlerinde yaşadığını belirtmiştir.

Bu zorlu sürece uyum sağlamasında, baş etme yöntemi olarak; telkin, pozitif yorum ve dine yönelme gibi yöntemlere başvurduğunu söyleyen hasta kontrol randevularında halen doktorunun pozitif yorumları ile kendisini motive ettiğini söylemiştir. Hastalık sonrasında sorunlara karşı daha az kaygılı yaklaştığını, hayır deme becerisinin geliştiğini, eskiden hep içe atıp pasifçe istenileni yapan biri olmasına karşın artık kendi düşünce ve duygularına önem verdiğini belirtmiştir. Tedavi sürecinin uzun ve yıpratıcı olması ile sabır yeteneğinin geliştiğini

düşünen hasta, bunun yanında, özgüven artışı, güç hissiyatı, kendine güven ve mücadele isteğinin geliştiğini söylemektedir. Hasta görüşme sırasında, “Bana benden başkası yardım edemez” bunu anladım diye ifade etmiştir. Sosyal desteğin özellikle de aile desteğinin çok önemli olduğunu belirten hasta, ailesinin hem maddi hem manevi destekleri olmasa sürecin daha zor geçeceğini söylemiştir.

Ailesinin hastalığının başından beri kendisine destek olduğunu, onun yapmakta zorlandığı şeyleri yapmasına yardımcı olduklarını, bu durumun da kendisini iyi hissettirdiğini söyleyen hasta, ailesi dışındaki tedavi ekibinden de etkili bir destek ve motivasyon aldığını belirtmiştir. Şu anda halen annesiyle birlikte yaşayan hasta aktif çalışmamaktadır. Tedavi sonrasında ilk zamanlardan itibaren ruhsal durumunun daha iyi olduğunu ve gelecek için daha umutlu olduğunu belirtmiştir.

TARTIŞMA

Sunulan vakada hasta meme kanseri geçirmiştir. Beklenmedik ve ani bir şekilde ortaya çıkan hastalık sürecinin ardından mastektomi işlemi ile hastanın bir memesi alınmıştır. Hem kanser tanısının kendisi hem de vücudun bir uzvunun kaybı travma etkisi yaşatacak olayların başında gelmektedir (Arıkan, 2001; Ziner vd., 2012). Bu travmatik etkenler kayıp ve yas sürecini ardından ise değişime uyum sağlama sürecini başlatmıştır (Çam vd., 2009).

Her travmatik yaşam olayı gibi kanser tanısı ve meme kaybının öznel anlamı kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak da kişinin uyum sürecini nasıl yaşadığı belirlenmektedir (Arıkan, 2001). Sunulan vakada, hastanın meme alımını bir kurtuluş ve geleceğe dair hastalık riskini azaltacak bir umut olarak algılaması bu süreci daha kolay geçirmesine yardımcı olmuştur. “Kanser demek ölüm demek” yaygın inancının aksine (Tavoli vd., 2007), hasta hiçbir zaman öleceğine inanmamış ve motivasyonunu kaybetmemiştir.

Aile ve tedavi ekibi tarafından hastaya, hastalığıyla ilgili bilgi ve sorumluluk vermenin, hastalığa uyum sağlamanın ve kendilik imgesini korumanın önemi bu vakada da ortaya çıktığı düşünülmektedir (Okyayuz, 1999b; Okyayuz, 2013b; Orak ve Sezgin, 2015). Hasta, elinden geldiğince sorumluluklarını devam ettirmiş yaşamdan kopmamıştır. Hastalık ve hastalık süreciyle ilgili hem doktorlarından hem de ailesinden doğru ve kapsamlı bilgiler edinmiştir. En başından bu sürecin zor olacağını bilmesi karşılaştığı zorluklara daha kolay uyum sağlamasına yardımcı olmuştur. Aile ve tedavi ekibi ihtiyacı olduğu noktalarda sorumluluklarını paylaşmış ama kendi özerkliğine devam etmesine katkıda bulunmuştur.

Sosyal desteğin kronik hastalıklar ile baş etme konusundaki önemi bahsedilmiştir (Reblin ve Uchino, 2008). Bu vakada da sosyal desteğin önemi ön plana çıkan unsurlardan biridir. Bu vaka, kendi söylemiyle ailesi ve çevresinin çoğu zaman desteğini hissetmiştir. Ailesi ve doktorlarından empati ile dinlenme noktasında ve her ihtiyaç duyduğunda çevresinde ulaşılabilir desteklerin olmasından dolayı kendini güvende hissettiğini belirtmiştir. Bu tür destekler *duygusal* destek olarak düşünülmektedir. İkinci olarak *bilgi sağlayıcı destek* (Şahin, 1999; 2013) hastaya hem ailesi hem de tedavi ekibi tarafından ihtiyaç duyduğu bilgilerin, hastalığının tanısının, hastalığın evresinin ve ölüm riskinin açık ve net bir şekilde belirtilmesiyle verilmiştir. Bunun yanında tedavi planını konusunda da kendisine bilgilendirme yapılmıştır. Üçüncü olarak ise hastanın öyküsünden, *araçsal desteğin* (Şahin, 1999; 2013) özellikle annesi, oğlu ve kardeşi tarafından kendisine sağlandığı düşünülmektedir. Annesinin tedavi sürecinde kendisiyle birlikte yaşamayı, evde kendisinin yapamayacağı birçok sorumluluğu üstlenmesi, kardeşinin kendisini her kemoterapi alacağına hastaneye götürmesi ve oğlunun ise ihtiyacı olan maddi yardımları üstlenmesi araçsal destek olarak düşünülmektedir. Son olarak ise *eşlik etme ve ait olma desteğini*

(Şahin, 1999; 2013) hastanın en fazla ailesinden ve tedavi ekibinden aldığı düşünülmüştür. Aile üyelerinin kendisine tedavinin her aşamasında hem duygusal olarak hem de fiziksel olarak eşlik etmesi ve tedavi ekibinin kendisini de bu ekibin içerisinde olduğunu hissettirmesi bu tip destekler olarak değerlendirilmektedir.

Etkilenen sosyal hayat, ekonomik problemlerin yükü hastalık sürecini olumsuz etkileyen faktörlerden biridir (Brooks vd., 2011). Hastanın ve ailesinin baş edebilmesi için hastalığa uyumu kolaylaştıran *sosyal destek* bu süreçte çok önemlidir. Bu vakada da hasta kendisinin yeterli derecede sosyal destek aldığını düşünmektedir. Hastanın işini bırakmak zorunda kalması ve tedavi için şehir değişmesi hastalık sürecini zorlaştırmasına rağmen algılanan sosyal desteğin yeterli oluşu uyum sürecini kolaylaştırmıştır.

Tedavi ekibinin bu süreçteki rolü oldukça önemlidir. Bu vakada doktor ve hemşirelerin olumlu tutumları dikkat çekmektedir (Öngören, 2017). Kanser hastalığının ekip işi olduğunu belirtmeleri ve her aşamasında hastaya duygusal desteklerini de eksik etmeyerek empatik yaklaşımları hastanın hastalık ile etkin baş etmesine ciddi katkı sağlamıştır. Tedavi ekibinin bilgilendirici tutumu da hastanın kendisini güvende hissederek geleceğe umut ile yaklaşmasını sağlamıştır. Bu süreçlerde en önemli unsur tedaviye uyum sağlamayı başarabilmek ve ümidi yitirmemektir (Aslan vd., 2007). Eğer kişinin umudu olursa tedaviye uyum sağlaması ve kabullenmesi çok daha kolay olacaktır. Bu vakada ailesinin ve hastanın umudunu çoğu zaman koruyabildikleri düşünülmektedir.

Okyayuz (2013b), klinik uygulamada bireylerin kronik hastalık sürecine uyum sağlamada en fazla gözlemlenen başa çıkma belirtilerini *bilgi edinme, doğrudan eyleme girme, eylemin ketlenmesi, ve intrapsişik çabalar* olarak ele almıştır. Bu vaka için bu süreçlerin şu şekilde ilerlediği düşünülmektedir; *Bilgi edinme* aşamasında hasta doktorlar, hemşireler, aile üyeler ve internet aracılığı ile kanser hastalığı ile ilgili ihtiyaç duyduğu bilgileri edinmek için araştırmalar yapmıştır. Hastanın, tedavi ekibi ve aile üyelerinin bilgi edinmesinin de katkısı ile tedavide motivasyon ve umut gibi birçok faktörün öneminin farkında olması bireyin kendine olan güvenini artırdığı şeklinde yorumlanmıştır (Bilgin vd., 2008). Hastanın benlik kavramına da katkıda bulunan güvenin bilgi edinmeyle ilişkili olduğu söylenebilir. Kendilik kavramı alt öğeleri (Okyayuz, 1995; 1999b; 2013b) çerçevesinde düşünüldüğünde ise hasta *fiziksel kendiliğini*; kendi deyimi ile “kadınısı fiziğine” memesinin kaybı ile bir hasar gördüğünü ama bu sürece bir şekilde alıştığını ifade etmiştir. Kemoterapi sürecindeki saç dökülmesi ile ise farklı farklı peruklar alarak alıştığını bildirmiştir. *Başaran kendilik*; hasta bu zamana kadar yaşamındaki tüm zorlu süreçler ile etkin bir şekilde başa çıktığının farkındalığı ile hastalığını da yeneceğine dair bir güvence edinmiştir. Kanser ile başa çıkma da kendi öznel algısı ile bir başarı olarak kabul edilmektedir. *Toplumsal (sosyal) kendilik*; hastanın hastalığı sürecinde de uyumlu bir biçimde çevresiyle ilişki kurabildiği görülmüştür. Herkesten izole bir hayat yerine sosyal ilişkilerini de sürdürmeye devam etmiştir. *Doğrudan eyleme girme*: Hasta, tedaviye düzenli bir uyum sağlanmazsa hayatını sağlıklı bir şekilde sürdüremeyeceğinin, eğer tedaviyi tamamen reddeder ise ölümün kaçınılmaz olduğunu bilmektedir. Bu nedenle tedavinin çok önemli olduğunu ve artık birşeyler yapmasının gerektiğini farkına vararak doğrudan eyleme girmiştir. Tedavi sürecine uyum sağlamanın hayatta kalması için tek şans olduğunun bilincinde olarak ne yapılması gerekiyorsa hiçbir ihmal yapmadan tedavi sürecine başlamıştır. Kendisi gibi ailesi de bilgiler edinerek hastalığın tedavisinin başlanması için desteklerini vermiştir. Hastanın *iç kontrol odaklı* bir birey olması doğrudan eyleme girme ve hastalığa uyum sürecini kolaylaştıran bir etken olarak değerlendirilmiştir. Hasta bu süreçteki tedavinin aksatılmadan devam etmesi için tüm sorumluluğun kendisinde olduğunun bilincinde davranmıştır. Bu nedenle, bu sorumluluğu alarak hiçbir aşamayı aksatmadan tedavisine başlamıştır. Yalom (2000), ciddi hastalık tanısı alarak ölüm gerçeğiyle yüzleşen hastaların, *özel olduğu ve bir kurtarıcı gelecek durumu*

düzelteceğine dair inancının sıfır ile çarpılarak, gerçekte yüzleşme durumunda kaldığını belirtmiştir. Bu bağlamda sözü edilen vakanın da tanrıyı öğrendiği ilk haftalarda kendisinin hasta olacağına inanmaması ve kurtarıcı olarak tanrıyı seçerek yanlış teşhis umudu yorumlanmıştır. Kubler-Ross intrapsişik çabaları özellikle de kanserli hastalar için tanımlamıştır. İlk olarak *şok* süreci Yalom'un tanımları ile benzer bir şekilde ele alınabilmektedir. Hastanın, aniden kanser hastası olduğunu öğrenmesiyle bir şok süreci başlamıştır. Hastanın da belirttiği gibi tanrıyı kabullenme süreci zor olmuştur. Kendisinin kanser olduğu fikrini kabullenmesi uzun zaman almıştır. Ailesinin de kendisi gibi şok sürecini yaşadığını belirtmiştir. İkinci olarak kabul edilen aşama ise *öfkedir*. Hastanın özellikle de tanrıya yönelik yoğun öfke yaşadığı görülmektedir. "Neden ben?" sorusu uzun bir süre zihninde yer edinmiştir. O kadar kötü kalpli insan dururken tanrı neden onu seçmişti diye tanrıya öfkelenip isyan etmiştir. Üçüncü olarak *pazarlığa girme*) sürecinde ise hastanın "ne olur hasta olmayayım" umudunun yitirilmesiyle "oğlumun mürüvetini görmeden ölmeyim" gibi pazarlık cümlelerine geçilmiştir. Dördüncü olarak ise *çöküntü* döneminde ise hastanın ve ailesinin, ilk tanı dönemi yoğun depresif (yemek yemede isteksizlik, keyifsizlik, karamsarlık vb.) belirtiler yaşantıladığı belirtilmiştir. Literatürde de çoğu kanser tanısı almış bireylerin ve ailelerinin de sıklıkla depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (Bağ, 2014; Çivi vd., 2011). Beşinci olarak ise *kabullenme* dönemi yaşanmaktadır. Hastanın kanser tanısını ve heran ölebileceğini kabullenmesi ve tedaviye uyumun öneminin farkında olması şeklinde değerlendirilmiştir.

Yalom (2017), ölümcül hastalık tanısı gibi insanı kendi ölümlü oluşuyla yüzleştirecek, bastırılmış ölüm korkusunu su yüzüne çıkararak yaşam olaylarını "uyanma deneyimi" olarak adlandırmaktadır. Bu gibi deneyimlerin arkasından, birey hayata farklı bakış açıları ile bakmaya başlayıp belirgin bir kişisel gelişim yaşayabilmektedir. Söz konusu vakada, hasta kendisinin hiç hasta olmayacağını düşünürken birden ölümün aslında kendisine çok yakın olduğu gerçeğiyle yüzleşmiştir. Kriz döneminin ardından ise, hayatını tekrar gözden geçirerek önceliklerini değiştirmiş, kendine güveninde artış, ruhsal doyum ve menaviyat, motivasyon artışı, olumlu düşünme yeteneği, sabır, problem çözme, empatik düşünme, sosyal ilişki alanlarında olumlu gelişmeler meydana gelmiştir. Bu yaşanan kişisel gelişim alanındaki olumlu gelişmeler literatürde TSB belirtileri olarak adlandırılmaktadır (Lelorian vd., 2010; Koutrouli vd., 2012).

Yetişkin kanser hastalarında kabullenme, dini başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama gibi adaptif baş etme stratejileri ve TSB belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Sears vd., 2003; Porter vd., 2006; Lelorian vd., 2010). Bunun yanında, kanser tanısının ardından sağlık davranışını geliştirme de görülebilmektedir. Vakanın hastalık ve tedavi sürecinde kullandığı baş etme stratejileri arasında da telkin, pozitif yorumlama, dine yönelme, sosyal destek arayışı ve sağlık davranışı geliştirme görülmektedir (Okyayuz, 2013a). Hastalık öncesi sağlıklı beslenmeyen ve sigara kullanan hasta, hastalık süreci itibarıyla sigara kullanımını bırakarak sağlıklı yaşama yönelik davranışlar sergilemeye başlamıştır. Bu uygun baş etme stratejilerinin kullanımından sonra ise TSB belirtilerini kendisinde gözlemlediğini ifade etmiştir.

Sonuç olarak etkin baş etme stratejilerinin geliştirilmesi, sosyal destek ve tedavi ekbinin tutumu kanser hastalığının tedavi sürecinde oldukça önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanseri deneyimleyen bireylerin yaşayabilecekleri psikososyal problemlerle uygun ve etkili baş edebilmelerinde önemli bir etken olan sosyal destek ve etkin baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve süreç içerisinde travma sonrası büyümenin ortaya çıkması bireylere sürecin olumsuz etkilerinin yanı sıra olumlu yönlerini görebilmeleri konusunda destek sağlayarak, sürece uyumu artırmaktadır. Bu kavramların ilişkilerinin daha iyi anlaşılması ve kanseri deneyimleyen bireylerde baş etme stratejilerin ve travma sonrası büyümenin geliştirilmesine yönelik yaklaşımların planlanması, kanser sürecinin daha uyumlu atlatılmasında oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- Abdollahzadeh, F., Moradi, N., Pakpour, V., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Mohammadpoorasi, A. and Howard, E. (2014). Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15, 3933-8.
- Ahuja, R. and Sathiyaseelan, A. (2018). Comprehensive cancer care: promoting posttraumatic growth among survivors of breast cancer. *Saudi Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(2), 247-49.
- Akgül-Başkale, H., Serçekuş, P. ve Partlak-Günüşen, N. (2015). Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 65-70.
- Algın, F. (2009). *Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının umutsuzluk, intihar davranışı ve içgörü ile ilişkisi*. (Uzmanlık tezi). Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: İstanbul.
- American Academy of Pediatrics. (2009). Long-term follow-up care for pediatric cancer survivors. *Pediatrics*, 123(7), 906-15.
- American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society.
- Anusasananun, B., Pothiban, L., Kasemkitwatana, S., Soivong, P. and Trakultivakorn, H. (2013). Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer survivorship. *Pacific Rim Int Nurs Res*, 17, 148-66.
- Arıkan, R.N. (2001). Travmatik bir yasanti: meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9, 39-46.
- Arpawong, T.E., Oland, A., Milam, J.E., Ruccione, K. and Meeske, K.A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2235-2244.
- Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürçü, Ş. ve Özet, A. (2007). Kanserli hastalarda umut. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 18-24.
- Bağ, B. (2014). Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 186-98.
- Bantum, E.C. and Wills, T.A. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: general-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 568-592
- Bartula, I. and Sherman, K.A. (2013). Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: Systematic review and recommendations. *Breast Cancer Research and Treatment*, 141, 173-185.
- Bilgin, G., Öztürk, G. ve Şirin, S. (2008). Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: Hekime düşen görev. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71, 22-26.
- Bourjolly, J.N. and Hirschman, K.B. (2001). Similarities in coping strategies but differences in sources of support among African American and White women coping with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, 19, 17-38.
- Bozo, O., Gundogdu, E. ve Buyukasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism – posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *J Health Psychol*, 14, 1009-1020.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.

- Brooks, J., Wilson, K. and Amir, Z. (2011). Additional financial costs borne by cancer patients: A narrative review. *Eur J Oncol Nurs*, 15, 302-310.
- Bussell, V.A. and Naus, M.J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, 28, 61-78.
- Büyükaşık-Colak, C., Gündoğdu, E. and Bozo, O. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism-posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *J Psychol*, 146, 471-483.
- Campbell, M. and Gilmore, L. (2014). The importance of social support for students with intellectual disability: an intervention to promote mental health and well-being. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 9(1), 21-28.
- Chalak, A., Nasri, N. and Heidari-Tabrizi, H. (2014). The relationship between the types of locus of control and the academic achievement of Iranian online foreign language learners. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 9(1), 50-56.
- Chan, Y.M., Ng, T.Y., Lee, P.W., Ngan, H.Y. and Wong, L.C. (2003). Symptoms, coping strategies, and timing of presentations in patients with newly diagnosed ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 90, 651-656.
- Cordova, M.J. and Andrykowski, M.A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 8, 286-296.
- Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli, V. and Annunziata, M.A. (2017). Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment. *Support Care Cancer*, 25, 1087-96.
- Cormio C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V. and Mattioli, V. (2014). Psychological wellbeing and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 5, 1341-7.
- Cummings, J. and Swickert, R. (2010). Relationship between locus of control and posttraumatic growth. *Individual Differences Research*, 8(3), 198-204.
- Cüceloğlu, D. (2015). *İnsan İnsana* (51. basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çam, O., Saka, Ş. ve Babacan-Gümüş, A. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 73-81.
- Çivi, S., Kutlu, R. ve Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 248-53.
- Demir, L. ve Tarhan, M.O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92
- Dereceli, C., Dorak, R., F. and Tekin, A. (2011). The effect of tai-chi on internal-external locus of control levels in primary school students with attention deficit hyperactivity disorder. *Global Journal of Guidance & Counselling*, 1, 08-14.
- DeSantis, C., Ma, J., Bryan, L. and Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin*, 64, 52-62.
- Elsheshtawy, E.A., Abo-Elez, W.F., Ashour, H.S., Farouk, O. and El zaafarany, M.E. (2014). Coping strategies in Egyptian ladies with breast cancer. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 8, 97-102.

- Fallah, R., Akbari, M.E., Azargashb, E. and Khayamzadeh, E. (2016). Incidence and survival in breast cancer patients and stressful life events. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 245-52.
- Gall, T.L., Miguez de Renart, R.M. and Boonstra, B. (2000). Religious resources in longterm adjustment to breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, 18, 21-37.
- Gallagher, J., Parle, M. and Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British J Health Psyc*, 7(3), 365-376.
- Gho, S. A., Steele, J. R., Jones, S. C. and Munro, B. J. (2013). Selfreported side effects of breast cancer treatment: A crosssectional study of incidence, associations, and the influence of exercise. *Cancer Causes and Control*, 24, 517-528.
- Gianinazzi, M.E., Rueegg, C.S., Vetsch, J., Lüer, S., Kuehni, C.E. and Michel, G. (2016). Cancer's positive flip side: posttraumatic growth after childhood cancer. *Support Care Cancer*, 24, 195-203.
- Gibson, L.M. and Hendricks, C.S. (2006). Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. *ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, 17(2), 67-72.
- Goldsmith, D. J. and Miller, G. A. (2013). Conceptualizing how couples talk about cancer. *Health Communication*, 29, 37-41.
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-67.
- Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K. and Majd, H.A. (2015). Spiritual needs of cancer study: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(1), 61-67.
- Heidarzadeh, M., Rassouli, M., Brant, J.M., Mohammadi-Shahbolagh, F. and Alavi-Majd, H. (2017). Dimensions of posttraumatic growth in patients with cancer. *Cancer Nursing*, 41(16), 441-449.
- Ho, S., Rajandram, K.R., Chan, N., Samman, N., McGrath, C. and Zwahlen, R.A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity patients. *Oral Oncology*, 47(2), 121-124.
- Işıl, Ö. ve Karaca, S. (2009). Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: Bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 82-87.
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A. and Choudhry, Z.S. (2010). Assesment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 10, 594-598.
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H. and Arndt, V. (2011). Benefit finding and posttraumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *Br J Cancer*, 105, 1158-1165.
- Kangas, M., Henry, J.L. and Bryant, R.A. (2007). Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress*. 20(3), 325-334.
- Kavradım, S.T. ve Özer, Z.C. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-64.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F. and Bahrami, F. (2013). Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18, 105-11.

- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F. and Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: A systematic review. *Women and Health*, 52(5), 503-16.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Ankara: Özkan Matbaacılık.
- Lantz, P. and Booth, K.M. (1998). The social construction of the breast cancer epidemic. *Social Science & Medicine*, 46(7), 907-18.
- Leal, I., Engebretson, J., and Cohen, L. (2015). Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psychooncology*, 24, 138-46.
- Lelorian, S., Bonnaud-Antignac, A. and Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *J Clin Psychol Med Settings*, 17, 14-22.
- Levine, E.G., Yoo, G., Aviv, C., Ewing, C. and Au, A. (2007). Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1, 212-225.
- Lifford, K.J, Witt, J., Burton, M., Collins, K., Caldon, K., Edwards, A., Reed, M., Wyld, L. and Brain, K. (2015). Understanding older women's decision making and coping in the context of breast cancer treatment. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 15, 45-55.
- Love, C. and Sabiston, C.M. (2011). Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 278-286.
- Lueboonthavatchai P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-2174.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Fox, K., Grana, G. and Goldstein, L. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med*, 66(3), 442-54.
- Manne, S. L. and Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112, 2541-2555.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J.J.M., Coebergh, J.W.W. and van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*, 24, 583-595.
- Muhbes, F., J. and Alyeassery, A. (2014). Asthma in adult patients: Stressors related to illness. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences*, 4, 1-12.
- Okyayuz, Ü.H. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi*, 3, 185-189.
- Okyayuz, Ü.H. (1999a). Sağlık psikolojisi. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* (s.1-17). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Okyayuz, Ü.H. (1999b). Kanser hastası ve iletişim. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* (s.221-236). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Okyayuz, Ü.H. (2003). Ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi. Kötü haber verilmeli mi? *Kriz Dergisi*, 11, 29-35.
- Okyayuz, Ü.H. (2013a). Sağlık psikolojisi. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* (s.1-15). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Okyayuz, Ü.H. (2013b). Süreğen (kronik) bir hastalık olarak kanser. Ü. H. Okyayuz (Ed.) *Sağlık Psikolojisi* (s. 179-201). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Okyayuz, Ü.H. (2013c). Kötü haber nasıl verilmeli? Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* (s. 203-228). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Orak, O.S. ve Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.
- Öngören, B. (2017). Hekim-Hasta ilişkisi ve sağlık hizmetlerinde iletişim. *Health and Illness Sociology*, 13,57-68.
- Özkan, S. ve Kutlu, Y. (2010). Evaluation of coping strategies, social support, and depressive symptoms in spouses of patients with hematological cancer. *Turk J Med Sci*, 40(6), 925-36
- Palabıykoğlu, R. ve Cesur, G. (2013). Sağlık psikolojisi. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* (s.41-61). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Perry, G.S., Presley-Cantrell, L.R., and Dhingra, S. (2010). Addressing mental health promotion in chronic disease prevention and health promotion. *Am J Public Health*, 100(12), 2337-39.
- Porter, L.S., Clayton, M.F., Belyea, M., Mishel, M., Gil, K.M. and Germino, B.B. (2006). Predicting negative mood state and personal growth in African American and White long-term breast cancer survivors. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 31, 195-204.
- Reblin, M. and Uchino, B.U. (2008). Social and emotional support and its implications for health. *Curr Opin Psychiatry*, 21(2), 201-5.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28.
- Russell, L., Gough, K., Drosdowsky, A., Schofield, P., Aranda, S., Butow, P.N., Westwood, J.A., Krishnasamy, M., Young, J.M., Phipps-Nelson, J., King, D., and Jefford, M. (2015). Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J Cancer Surviv*, 9, 462-470.
- Sajjadi, M., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Brant, J. and Majd, H.A. (2015). Lived experiences of "illness uncertainty" of Iranian cancer patients. *Cancer Nurs*, 39(4), 1-9.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V. and Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: Relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172.
- Sears, S., Danoff-Burg, S. and Stanton, A. (2003). The yellow brick road and the Emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*, 22, 487-97.
- Silva, S., Crespo, C. and Canavarro, M.C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Health*, 27(11), 1323-41.
- Snyder, C. R., Cheavens, J. and Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1,107-118.
- Stanczyk, M.M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Rep Pract Oncol Radiother*, 16(5), 170-172.
- Svetina, M. and Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 298-306.

- Şahin, D. (1999). Sosyal destek ve sağlık. Ü. H. Okyayuz (Ed.), *Sağlık Psikolojisi* (s.79-106). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şahin, D. (2013). Sosyal destek ve sağlık. Ü. H. Okyayuz (Ed.), *Sağlık Psikolojisi* (s.81-101). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G. and Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of fit models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 158-164.
- Tallman, B., Shaw, K., Schultz, J. and Altmaier, E. (2010). Well-being and posttraumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: a nine-year longitudinal study. *Rehabil Psychol, 55*, 204-210.
- Tanriverd, D., Savas, E. and Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev, 13*, 4311-4314.
- Tanyi, Z., Szluha, K., Nemes, L., Kovács, S. and Bugán, A. (2013). Health-related quality of life, fatigue, and posttraumatic growth of cancer patients undergoing radiation therapy: a longitudinal study. *Appl Res Qual Life, 8*(31), 1-14.
- Tavoli, A., Mohagheghi, M.A., Moztazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. and Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology, 7*, 28-32.
- Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress, 9*, 455-471.
- Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *Omega, 53*, 105-116.
- Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (2008). Beyond the concept of recovery: A broader understanding of the experience of loss. *Death Studies, 32*, 27-39.
- Thornton, A.A. and Perez, M.A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology, 15*, 285-296.
- Turner-Sack, A.M., Menna, R. and Setchell, S.R. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs, 29*(2), 70-79.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A.Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M.O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 28*(2), 85-92.
- Üzar-Özçetin, Y.S. ve Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9*(4), 388-97.
- Vachon, M.L. (2008). Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs, 24*(3), 218-25.
- Vázquez, C., Hervás, G. and Ho, S. M. Y. (2007). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 13*, 401-432.
- Weih, K., Enright, T., Howe, G. and Simmens, S.J. (1999). Marital satisfaction and emotional adjustment after breast cancer. *J Psychosoc Oncol, 17*, 33-49.

- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *J Social Clin Psychol*, 23, 733-746.
- Yalom, I.D. (2000). *Varoluşçu psikoterapi*. Kabalıcı Yayınevi: İstanbul.
- Yalom, I.D. (2002a). *Annem ve hayatın anlamı*. Kabalıcı Yayınevi: İstanbul.
- Yalom, I.D. (2002b). *Bağışlanan terapi*. Kabalıcı Yayınevi: İstanbul.
- Yalom, I.D. (2007). *Bugünü yaşama arzusu*. Kabalıcı Yayınevi: İstanbul.
- Yalom, I.D. (2010). *Nietzsche ağladığında*. Ayrıntı Yayınları: İstanbul.
- Yalom, I.D. (2017). *Güneşe bakmak ölümlle yüzleşmek*. Pegasus Yayınları: İstanbul.
- Yu, Y. and Sherman, K.A. (2015). Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *J Behav Med*, 38, 565-77.
- Zebrack, B.J., Stuber, M.L., Meeske, K.A., Phipps, S., Krull, K.R. and Liu, Q. Yasui, Y., Parry, C., Hamilton, R., Robison, L.L., and Zeltzer, L.K. (2012). Perceived positive impact of cancer among long-term survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Psychooncology*, 21(6), 630–639.
- Zeltzer, L.K., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J. and Tsao, J.C. et al (2009). Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol*, 27(14), 2396–2404.
- Zengin, O., Saltık, S., Duysak, Y., Soytürk, G., Orbay, E. ve Tekin, O. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 1-4.
- Ziner, K.W., Sledge, G.W., Bell, C.J., Johns, S., Miller, K.D., and Champion, V.L (2012). Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *InOncol Nurs Forum*, 39, 287-95.