YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

MEME KANSERLİ HASTA YAKINLARININ DEPRESYON SEVİYESİNİN VE SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN BAĞLANMA STİLİ İLE İLİŞKİSİ

HATİCE EKİCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

MEME KANSERLİ HASTA YAKINLARININ DEPRESYON SEVİYESİNİN VE SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN BAĞLANMA STİLİ İLE İLİŞKİSİ

HATİCE EKİCİ

20166049

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA

2018

KABUL VE ONAY

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Doç. Dr. İrem Erdem Atak (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Asuman Bolkan (Juri)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım taktirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih: 17.07.2018

İmza:

Ad, Soyad : Hatice EKİCİ

TEŞEKKÜR

Psikoloji bilimine olan sevgimin ve tutkumun baş aktörü olan, her zaman örnek aldığım, akademik ve kişisel gelişimimdeki büyük katkılarından dolayı değerli hocam Phd. Sabire DJAMGOZ ’e her zaman desteğini hissettiğm, bana çok şey katmış değerli hocam Prof. Mustafa DJAMGOZ’e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimini paylaşmaktan hiçbir zaman geri durmayan, tez çalışmam sırasındaki katkılarından dolayı değerli hocam Dr. Psk. Meryem KARAAZIZ’e ve tez danışmanım Prof.Dr. Mehmet ÇAKICI’ya,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşarak akademik gelişimimde büyük katkıları olan değerli hocalarım başta Uzm. Dr. Tülay KUŞ, Yrd. Doç. Dr Gülçin ELBOĞA ve adını buraya sığdıramadığım diğer saygıdeğer hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimde yapmış olduğum klinik stajları sırasında bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan, birikimlerimlerinden faydalanmama imkan veren adlarını buraya sığdıramayacağım değerli ruhsağlığı çalışanlarına; ve tez çalışmama katılmayı kabul etmiş, bana tez çalışma grubumu genişletebilmemde yardımlarda bulunmuş Gaziantep halkına,

Bana akademik kariyer yapma fırsatı vererek benden maddi ve manevi her türlü desteği esirgemeyen babam Ethem EKİCİ, annem Ayşe Hülya EKICI, ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman destekleyen, ilgisini ve emeğini üzerimden hiç esirgemeyen, sayın müdürüm İsmail İLHAN’a,

Teşekkürlerimi bildirmeyi bir borç bilirim.

Psk. Hatice EKİCİ

ÖZ

MEME KANSERLİ HASTA YAKINLARININ DEPRESYON SEVİYESİNİN VE SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN BAĞLANMA STİLİ İLE İLİŞKİSİ

Yapılan bu araştırmada meme kanserli hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin, sağlık inanç algılarının ve bağlanma stillerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya 394 kanser hastası yakını dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin belirlenmesinde "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği", sağlık inanç algılarının belirlenmesinde "Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği", bağlanma stillerinin belirlenmesinde ise "İlişki Ölçekleri Anketi" kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 22.0 programında Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Spearman Korelasyon analizi ve Çoklu Regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin düşük olduğu, depresyon düzeylerinin hastaya yakınlık düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hasta yakınlarının sağlık inanç algılarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, sağlık inanç algılarının hastaya yakınlık düzeyi, yaş grubu, sahip olunan çocuk sayısı ve çalışma biçimi (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanında hasta yakınlarının bağlanma stillerinin hastaya yakınlık düzeyi, eğitim düzeyi, yaşayış biçimi (yalnız ya da aile ile yaşama), sahip olunan çocuk sayısı ve çalışma biçimi (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ölçekler arasındaki ilişkiler değerlendirildiği zaman, hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon düzeyi ile sağlık inanç algıları arasında, bağlanma stilleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında, bunun yanında bağlanma stilleri ile sağlık inanç algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak meme kanserli hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon düzeyi ile sağlık inanç algısı ve bağlanma stilleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Hasta Yakınları, Sağlık İnanç Modeli, Bağlanma, Depresyon

ABSTRACT

THE RELATIONSIP BETWEEN DEPRESSION LEVEL OF RELATIVES OF BREAST CANCER PATIENTS AND ATTACHMENT STYLE WITH HEALTH BELIEF MODEL

Present study aimed to investigate the depression levels of relatives of breast cancer patients, their health belief perceptions and attachment styles. A total of 394 relatives of cancer patient participated in the study. In the determination of depression levels of the relatives of the patients participating in the study; "Hospital Anxiety and Depression Scale" was used, "Turkish Champion Health Belief Model Scale" was practised to determine health belief perceptions and "Relationship Scales Questionnaire" was used to determine their attachment styles. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Spearman correlation analysis and Multiple regression analysis were used in the statistical analysis of the data gathered. As a result of the study, it was found that depressive levels of relatives of the patients were low and depression levels showed statistically difference according to the level of intimacy of the patients ($p < 0.05$). Having evaluated the findings related to the health beliefs of the patients, it was found that there was a statistically significant difference between the health belief perceptions and the patient's level of closeness to the patient, age group, number of children and working style (part-time, full-time, not working) variables ($p<0.05$). In addition, it was found that the attachment styles of the patients' relatives differ statistically according to the level of their closeness to the patient, the level of education, the life style (alone or with family), the number of children and working style (part-time, full-time, not working) ($p < 0.05$). When the relationship between the scales were evaluated, it was determined that there was a statistically significant relationship between anxiety, depression level and health belief perceptions; attachment styles, anxiety and depression levels; besides attachment styles and health belief perceptions ($p < 0.05$). As a result, it can be concluded that there is a significant relationship between anxiety and depression level also between health belief perception and attachment styles in the relatives of breast cancer patients.

Key Words: Breast Cancer, Relatives of Patients, Health Belief Model, Attachment, Depression

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i
BİLDİRİM ii
TEŞEKKÜR iii
ÖZ iv
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vi
TABLO DİZİNİ ix
KISALTMALAR xii

1. BÖLÜM 1
GİRİŞ 1
1.1. Problem Durumu 1
1.1.1. Alt Problemler 1
1.2. Çalışmanın Amacı 6
1.3. Çalışmanın Önemi 7
1.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları 8
1.5. Tanımlar 8

2. BÖLÜM 10
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 10
2.1. Meme Kanseri Kavramı 10
2.1.1. Meme Kanserinin Yaygınlığı 12
2.1.1.1. Amerika'da Meme Kanseri Yaygınlığı 13
2.1.1.2. Avrupa'da Meme Kanseri Yaygınlığı 14
2.1.1.3. Türkiye'de Meme Kanseri Yaygınlığı 14
2.1.2. Meme Kanseri Faktörleri 15
2.1.3. Meme Kanserinin Hasta Yakınları Üzerindeki Etkileri 18
2.1.4. Meme Kanseri Olan Hastalarda Görülen Psikolojik Sorunlar 19
2.1.5. Meme Kanserli Hasta Yakınlarında Görülen Psikolojik Sorunlar 21
2.2. Bağlanma Kavramı 21
2.2.1. Bağlanma Biçimleri 24

2.2.1.1.Güvenli Bağlanma Biçimi 24
2.2.1.2.Saplantılı Bağlanma Biçimi 24
2.2.1.3.Kayıtsız/Kaçınmacı Bağlanma Biçimi 25
2.2.1.4.Korkulu Bağlanma Biçimi 25
2.3. Depresyon Kavramı 26
2.3.1. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları 29
2.3.1.1. Psikodinamik Kuram 29
2.3.1.2. Kişilerarası Kuram 30
2.3.1.3. Davranışçı Kuram 31
2.3.1.4. Bilişsel Kuramlar 32
2.3.2. Depresyonun Nedenleri ve Belirtileri 33
2.3.3. Depresyon Türleri 37
2.4. Sağlık İnanç Modeli 40
2.4.1. Sağlık İnanç Modeli İle İlişkili Kavramlar 43
2.4.2. Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Alanlar 44
2.5. Konu ile İlgili Yapılan Araştırmalar 45

3. BÖLÜM 55
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 55
3.1. Araştırmanın Modeli 55
3.2. Evren ve Örneklem 55
3.3. Veri Toplama Araçları 55
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 55
3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) 56
3.3.3. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 56
3.3.4. İlişki Ölçekleri Anketi 57
3.4. İstatiksel Analiz 58

4. BÖLÜM 59
BULGULAR 59

5. BÖLÜM **78**
TARTIŞMA **78**

6. BÖLÜM **92**
SONUÇ VE ÖNERİLER **92**

KAYNAKÇA **94**
EKLER **106**
Ek A. Aydınlatılmış Onam **108**
Ek B. Kişisel Bilgi Formu **109**
Ek C. HAD Ölçeği **110**
Ek D. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği **113**
Ek E. İlişki Ölçekleri Anketi **115**
ÖZGEÇMİŞ **116**
İNTİHAL RAPORU **117**
ETİK KURULU ONAYI **118**

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Meme Kanseri Hastalarında Görülen Psiko-Sosyal Sorunlar 19
Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 59
Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 60
Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Sürecindeki Psikolojik Destek Alma Durumlarına İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları 60
Tablo 5. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 61
Tablo 6. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 61
Tablo 7. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 62
Tablo 8. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 62
Tablo 9. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 62
Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 63
Tablo 11. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 63
Tablo 12. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 63
Tablo 13. Katılımcıların Türkçe Chanpion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 64
Tablo 14. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 64
Tablo 15. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 65
Tablo 16. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 66

Tablo 17. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 66
Tablo 18. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 67
Tablo 19. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 67
Tablo 20. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 68
Tablo 21. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 69
Tablo 22. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 69
Tablo 23. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 70
Tablo 24. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 70
Tablo 25. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 71
Tablo 26. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 72
Tablo 27. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 72
Tablo 28. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 73
Tablo 29. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları ile Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 73
Tablo 30. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları ile İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 74
Tablo 31. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 75
Tablo 32. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Güvenli Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi 76

Tablo 33. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Saplantılı Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi 76
Tablo 34. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Korkulu Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi 77
Tablo 35. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Kayıtsız Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi 77

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

IOA: İlişki Ölçekleri Anketi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

SİMO: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

1. BÖLÜM
GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir sorundur (Tünel, 2012 s. 12). Hasta açısından değerlendirildiği zaman kanser; vücutta acı ve ızdırap yaratan, bireye ölümü hatırlatan, panik ve kaygıya neden olan, kişinin yaşamını tehdit eden, ruhsal ve fizyolojik tepkilere yol açan kronik bir hastalıktır. Kanser, işaret ettiği anlamın ötesinde etkilere sahip, içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi bütün içindeki yerinden, bağlantılarından kopartan bir yük taşır (Elbi, 2001, s.23). Kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur (Tüneş, 2011, s32).

Meme kanseri, ülkemizde ve dünya çapında oldukça fazla rastlanan ve kaygı yaratan kanser çeşitlerinden olmakla beraber kadınların yalnızca fiziksel değil, psikolojik açıdan da sağlıklarına olumsuz etkileri olmaktadır. Literatürde kadınların meme kanseriyle beraber depresyon, umutsuzluk, anksiyete, öfke, öz kıyım düşünceleri, beden imajı ve benlik saygısı problemler, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi psikolojik problemlerle karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Babaoğlu-Akdeniz, 2012, s. 54). Bu süreçte meme kanserli bireylere psikolojik açıdan destek sağlayan kişilerin başında aile yakınları gelmektedir (Mallinger vd., 2006, s. 1). Literatürde yer alan araştırma sonuçları görüşü desteklemektedir (Northouse vd., 2004, s. 478).

Kanser hastalığı ağrı, ölüm korkusu ve acı çekme gibi birçok psikosomatik belirtinin ön planda olduğu bir hastalık türüdür. Yapılan araştırma bulguları da kanser hastası bireylerde psikosomatik belirti yaygınlığının oldukça yüksek

olduğunu ortaya koymaktadır. Yine yapılan araştırmalar kanser hastalarında psikosomatik belirtiler içerisinde kişilik bozukluğunun %10 düzeyinde olduğunu göstermektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s. 343). Özkan (2006, s. 20) tarafından yapılan araştırmada da kanserin psikosomatik açıdan birçok sorunu beraberinde getirdiği belirtilmiş, bu nedenle kanser hastalarında psikiyatrik tedavinin önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır. DSM 5 kriterlerine göre depresyonun tanısında aşağıdaki belirtilerin olduğu belirtilmektedir;

- Bedensel belirti bozukluğu ile anskiyete gözlenmesi,
- Uyum bozukluklarının gözlenmesi,
- Bipolar bozukluk gözlenmesi,
- Travma sonrasında stres bozukluğu meydana gelmesi (Mevsim ve Yılmaz, 2017: 21).

Kanser hastaları kendi varlığına, var oluşuna ilgin sorular geliştirir ve bu düşünceleri yaşamının gündeminin merkezi haline getirir. Birey kendi içinde bir dünya oluşturur ve oluşturduğu dünyayı kendi bakış açısına göre yorumlamaya başlar. Hastalığı hakkında fikirler üretir. Kendi içinde ki dünyada bulunduğu konumu, çevreye ve sosyal desteğe bakarak, kendi içinde bir hastalık algısı oluşturur. Hastalar; algıyı oluştururken yaşamları boyunca yaşadıkları deneyimleri göz önünde bulundururlar. Yaşamları boyu edindikleri bilgileri, inançları ve değerleri ile de birleştirerek, gereksinimleri vasıtasıyla hastalığı yorumlamaya çalışırlar. Hastalığı yorumlama biçimi kanser hastaları için farklı bir önem taşımaktadır. Çünkü; hastalık algısı, kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır (Kayır, 2014: 24). Bireyin hastalığı yorumla biçimi: psikolojik yada psikososyal durumuna etkinin dışında, yaşam kalitesine hatta hastalığın iyileşme sürecine ve medikal tedavi bittikten sonra dahi etkisi sürmektedir.

Kanser hastalarında gelişen anksiyete de ise bu durum daha da ağırlaşabilir. Vücudunda oluşan bu durumları hastalık ile bağdaştırabilirler ve anksiyete durumunda ki artışlar bireyin yaşam kalitelerinde büyük oranda düşmeye

sebeb olmaktadır. Depresyon ise; insanların kendilerini üzgün ve mutsuz hissetme durumudur. Üzüntü yaşamın normal bir parçası olması dışında, normal süreden daha fazla uzun sürüyor ve nedensiz bir şekilde ortaya çıkması depresyon olarak tanımlanır. Kanser hastalarında depresyon belirtileri; İlgi ve zevk azalması - kaybı, sıkıntı, bunaltı, halsizlik, ağlama, karamsarlık, uyku bozuklukları, iştahta artma/azalma, aşırı sinirlilik (Çalışkan, 2013, s. 201) şeklindedir. Depresyon durumu duygu ve davranışlarımızı etkiler. Hastalar da psikolojik rahatsızlar tedavi edilmediği takdirde yıllar ve hatta ömür boyu bu durumla yaşayabilirler. Kanserli hastalarda depresyon tanısı koymak zor bir aşamadır. İçinde bulunan durumdan dolayı üzgün, karamsar olma 'normal 'kabul edilip hastayı ne oranda etkilediği kontrol edilmemektedir. Ayrıca bireyin çevresindeki kişiler hem aile hem de hekimler için kanser kelimesini telaffuz etmek ve hasta ile açık bir şekilde konuşmak zordur. Hastanın morelite durumunu bozmamak için genellikle üzgün duruşu görmezden gelinir ya da durum sıradanlaştırılır. Depresyon ve hastalık belirtileri birbiriyle karıştırılabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma, çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk belirtileri önemlidir.

Bireyin anksiyete ve depresyon seviyelerinde ki yükseklikler, bireyin psikolojik ve psikiyatrik seviyesinde bozulmalara neden olmaktadır. İstatiksel verilere baktığımız zaman ise; Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk görülme oranı yüksektir (%30-40) (Aydoğan ve diğ., 2012, s.35). Depresyon ve anksiyete bozuklukları kişinin medikal tedavi sırasında ve remisyon aşamasında (remisyon, kronik hastalığı olduğu bilinen kişilerde hastalık aktivitesinin bulunmadığı durumlar için kullanılan tıbbi bir terimdir.) gözden kaçırılabilen psikiyatrik bozukluklardır. Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon sıklıkla gözlenebilmektedir. Birey tedavi sırasında almış olduğu kemoterapi sürecinde (kemoterapi, "ilaçla tedavi" anlamına gelmekle birlikte, daha çok kanser hücrelerini etkileyen kanser ilaçları kullanılarak yapılan tedavi için kullanılan terimdir) psikolojik yıkımlar yaşamaktadır. Ölüm korkusu ile yüz yüze gelmektedir. Ciddi bir hastalıkla karşılaşma, tedaviler ve sonuçları hastaya ve duruma özel yaklaşımlar gerektirir. Kanserli hastalarda psikiyatrik tedavilerin hastanın yaşam kalitesini yükselttiği, hastayı hastalıkla

daha iyi başa çıkabilir hale getirdiği, kaygıyı azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca psikiyatrik tedavilerle bağışıklık sisteminin güçlendirildiğinden söz edilebilir (Zorlu, 2015, s. 15). Ancak bireyin anksiyete ve depresyon seviyesin, hastalık algısının genellikle hastalığın vücütta ki boyutuna bakıldığı düşünülürken; çalışma bu durumun bu şekilde olmadığını ortaya koymaktadır.

Kanserin birçok çeşidi bulunmaktadır. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipleri arasında birinci sırada yer almaktadır(T. H.S.K., 2015) ve Ülkemizde kadınlarda görülen tüm kanser olguları içinde % 24,1'lik bir oran ile ilk sıradadır (Özkan ve Alçalar, 2009, s. 102). Ancak meme kanseri diğer kanser türleri ile kıyaslandığında metastatik olmayan evrede yüz güldürücü ve yanıt oranı yüksek, yineleme riski düşük olan, erken dönemde teşhis ve tedavi edilirse iyileşme şansının ve seyrinin çok iyi ilerlediği bir hastalıktır. Tedaviye diğer kanser türlerine göre daha kolay ve olumlu yanıt verse de hastalar diğer hastalar kadar psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır. Kanser tedavisi ile birlikte, ortaya çıkan rahatsızlar sonucunda bireyde; anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk gibi semptomlar yaşamakta, kişinin hayata adaptasyon mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklentileri düşmekte , karamsar ruh hali ön plana çıkmakta, hayati planları bozulmaktadır. Genel olarak meme kanserli bayanlarda görülen psiko sosyal zorlanmalar, ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri, hastalığın tekrarlayacağı endişesi, ayrılık kaygısı, temel işlevlerini kaybetme endişesi, vücut organ ve bölümlerinin hasar görme endişesi, görünümünde değişme ve kötüleşme, sevgi, ilgi ve desteği kaybetme korkusu, kendini eksik hissetme (cinsellik, çekicilik) (Çalışkan, 2013). gibi psikolojik durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durumlar da anksiyete ve depresyon karşımıza çıkan iki önemli psikolojik rahatsızlık konumundadır. Kanser hastalarında %30 oranında kronik anksiyete mevcuttur ve depresyon ise %20-45 oranında görülmektedir (Çapar,2010).

Kişinin anksiyete ve depresyon seviyesini içinde bulunduğu çevresel durumlar ve fiziki etkenler etkilemektedir. Ankisiyete ve depresyon nedenleri arasında hastalığının tekrarlama düşüncesi, enfeksiyona yakalanma riski ve aldığı tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, steroidler, antiemetikler vb), aileden

aldığı sosyal destek, gelecek düşüncesi ve yaşamındaki belirsizlikler ön plana çıkmaktadır. Hastalarda meydana gelen ölüm korkusu ve ölümle yüzleşme aşaması, bedeninde meydana gelen değişmeler, aldığı kemoterapiler , çektiği ağrı ve acılar, bu durumların tekrarlama düşüncesi bireyde depresyon yaratan başlıca sebepleridir.

Kanserli hasta yakını, hastalık ile tanıştıktan sonraki süreçte yaşamında değişiklikler olmaktadır. Bunlarda en önemlisi ise ilişkilerin de geliştirdiği bağlanma kavramıdır.

Bağlanma kuramı literatürde duygulanım düzenleme kuramı olarak da bilinmektedir. Bu kurama göre erken bakım döneminde çocuk ile bakıcısı arasında etkileşim vasıtasıyla içsel modeller oluşmakta, bu modeller bireyin ilerleyen yaşamında dünyayı nasıl anlamlandıracağı konusunda etkili olmaktadır. Bunun yanında bireyin ilerleyen yıllarda depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşamasında da söz konusu içsel modeller etkili olmaktadır. Bu nedenle literatürde yer alan çalışmalarda bağlanmanın temelini oluşturan içsel modellerin bilişsel ve duygusal tepkileri nasıl etkilediği sıklıkla araştırılmaktadır (Çalışır, 2009, s. 240).

Kelime olarak “depresyon” çöküş anlamına gelmektedir ve belirli bir seviyeden alçalmayı ifade etmektedir (Baltaş vd., 1996, s. 129). Depresyon; bireyin kendisini hissetme biçimini, nasıl düşündüğünü ve davrandığını değiştiren tıbbi bir olgudur. Bireyin mevcut duygusal ruh halini, davranışlarını ve düşüncelerini değiştirmesine ek olarak bireyin fiziksel sağlığını da etkilemektedir (Köroğlu, 2006, s. 11).

Depresyon sık karşılaşılan bir rahatsızlıktır. Ortalama olarak her dört kişiden birini, hayatlarının belli bir aşamasında bu hastalıkla karşılaşmaları, depresyonu yaşamaları söz konusudur (Alper, 2009, s. 7). Çok sık karşılaşılması sebebiyle ruh sağlığı alanının “soğuk algınlığı” gibi olduğu değerlendirilebilir. Yaklaşık olarak erkeklerin %10’unun, kadınların ise %20’sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde depresyon yaşadıkları bilinmektedir. Herhangi bir zamanda, toplumun yaklaşık olarak %5’inde majör

depresyon vardır (bu oran kadınlarda %6.4 düzeyinde iken, erkeklerde %3.2 düzeyindedir). Depresyon, eksiklik (maluliyet) ve erken ölüm sebepleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Depresyonun her geçen gün arttığına ilişkin ispatlar da mevcuttur. 2020 yılına gelindiğinde depresyonun, dünya genelinde, kalp rahatsızlıklarından sonra ikinci sırada ciddi bir sağlık problemi olacağı tahmin edilmektedir (Köroğlu, 2006, s. 11). Depresyona neden olan unsurlar içerisinde hastalıkların önemli bir yer tuttuğu bilinmekte olup, hasta yakınları da yakınlık derecelerine göre depresyon ve duygu durum bozuklukları yaşayabilmektedir. Bu noktada hasta yakınlarında görülen duygu durum bozukluklarının belirlenmesi ve duygu durum bozukluklarını etkileyen unsurların incelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

1.1.1. Alt Problemler

1. Araştırmaya dâhil edilen katılan hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri hastaya yakınlık derecesi, yaş grubu, yaşama şekli (yalnız ya da aile ile yaşama), eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve çalışma şekli (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) değişkenlerine göre farklı mıdır?
2. Araştırmaya dâhil edilen katılan hasta yakınlarının sağlık inancı algıları hastaya yakınlık derecesi, yaş grubu, yaşama şekli (yalnız ya da aile ile yaşama), eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve çalışma şekli (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) değişkenlerine göre farklı mıdır?
3. Araştırmaya dâhil edilen katılan hasta yakınlarının bağlanma stilleri hastaya yakınlık derecesi, yaş grubu, yaşama şekli (yalnız ya da aile ile yaşama), eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve çalışma şekli (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) değişkenlerine göre farklı mıdır?
4. Araştırmaya dâhil edilen hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sağlık inancı algıları arasında ilişki var mıdır?
5. Araştırmaya dâhil edilen hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri ile bağlanma stilleri arasında ilişki var mıdır?

1.2. Çalışmanın Amacı

Meme kanseri gerek hasta birey gerekse de hasta yakınları üzerinde psikolojik açıdan birçok sorunu beraberinde getiren bir hastalık türüdür. Literatürde yer alan araştırma bulguları da bu görüşü desteklemektedir.

Ancak literatürde yer alan çalışmalarda genellikle meme kanserli hastalarda görülen psikolojik sorunların ele alındığı, yaşanan sorunların bazı sosyo-demografik değişkenler ışığında incelendiği görülmektedir. Buna karşılık literatürde meme kanseri olan hastaların yakınlarının karşılaştıkları psikolojik sorunların ele alındığı çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda yapılan bu araştırmada meme kanserli hasta yakınlarının depresyon seviyesinin ve sağlık inanç modelinin bağlanma stili ile ilişkisinin incelenmesi, bunun yanında hasta yakınlarının depresyon düzeyleri, bağlanma stilleri ve sağlık inanç algılarının bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Çalışmanın Önemi

Meme kanseri genellikle kadınlarda görülmekte olup, gerek teşhis ve tanı gerekse de tedavi süreçlerinde hastada birçok psikolojik sorunu beraberinde getirmektedir. Meme kanserli kadınlarda görülen psikolojik sorunların başında depresyon, anksiyete, öfke, çaresizlik, umutsuzluk, gelecek kaygısı, ölüm korkusu ve gelecekle ilgili belirsizlik gibi problemler gelmektedir (Babacan-Gümüş, 2006, s. 109). Meme kanseri teşhisi hastaların aile yaşamlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle meme kanseri teşhisinden sonra aile içerisindeki diğer bireylerin hastalık sürecine uyum sağlamada zorlandıkları ve bazı psikolojik problemler yaşadıkları belirtilmektedir (Hocaoğlu vd., 2007, s. 163). Bu yönüyle meme kanseri hasta yakınlarında psikolojik sorunları beraberinde getiren bir olgu olarak da dikkat çekmektedir.

Meme kanseri teşhisi konulmuş olan hasta yakınlarının psikolojik sorun yaşamaları gerek kendileri gerekse de hasta açısından oldukça olumsuz sonuçları da beraberinde getirebilmektedir. Bu noktada hasta yakınlarının psikolojik sorun yaşama düzeylerinin belirlenmesi ve psikolojik sorunlarla ilişkili unsurların incelenmesi önemli bir çalışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda yapılan bu araştırma literatüre katkı sağlayacak değere sahip bir araştırma olarak değerlendirilmiştir.

1.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

1. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının kendilerine yöneltilen anket formuna doğru, samimi ve dürüst yanıtlar verdikleri varsayılmıştır.
2. Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve İlişki Ölçekleri Anketi'nin gerekli yeterlikte olduğu varsayılmıştır.
3. Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan ve hasta yakınlarına uygulanan ölçekler Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ölçeklerdir.
4. Yapılan bu araştırma Güneydoğu Anadolu bölgesindeki bir devlet üniversitesinin Tıbbi Onkoloji Hastanesinde tedavi gören meme kanseri kadın hastaların yakını olan 394 birey ile sınırlandırılmıştır.
5. Yapılan bu çalışma veri toplama sürecinde kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile sınırlandırılmıştır.
6. Yapılan bu çalışma veri toplama sürecinde kullanılan Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile sınırlandırılmıştır.
7. Yapılan bu çalışma veri toplama sürecinde kullanılan İlişki Ölçekleri Anketi le sınırlandırılmıştır.

1.5. Tanımlar

Meme kanseri: meme kanseri genellikle genetik unsurlara bağlı olarak ortaya çıkan (Güllüoğlu vd., 2009, s. 26), erkeklerle kıyaslandığı zaman kadınlarda daha yaygın görülen (Kutluk ve Kars, 2001, s. 67), meme dokusu içinde bulunan süt (meme) kanallarında yer alan kanser hücrelerinin oluşması ve hızla yayılması sonucunda ortaya çıkan hastalıktır (Güllüoğlu vd., 2009, s. 18).

Bağlanma: Bebeklik döneminden itibaren ebeveynlere ya da birincil bakımı sağlayanlara olumlu tepkilerin verilmesi, söz konusu kişilere yönelme, arama, bağlanılan bireyin varlığının duyumsanmasına eş zamanlı olarak rahatlama hissinin de eklenmesi gibi duygu ve tutum kalıplarını ifade etmektedir (Soysal vd., 2005, s. 88). Bağlanma kuramı gerek çocukluk gerekse de yetişkinlik dönemlerinde bireyin insanlar arası ilişkilerini anlamaya katkı sağlayan

(Karataş, 2017, s. 867), temelde anne-çocuk bağlanma örüntüleri ile gelişen bir kavramdır (Demirdağ, 2017, s. 1).

Depresyon: Kavramsal açıdan ele alındığı zaman depresyon tıbbi ve teknolojik gelişmelere paralel olarak büyük oranda tedavi edilebilen (Savrun, 1999, s. 12), bireyde olağan üzüntü ya da umutsuzluktan farklı olarak en az iki hafta ve üzerinde devam eden, bireyin günlük yaşamsal fonksiyonlarını ciddi düzeyde bozan (Köroğlu, 2006, s. 12), bunun yanında kişiler arası ilişkileri olumsuz yönde etkileyen bir duygudurum bozukluğudur (Karimpour-Vazifehkhorani vd., 2019, s. 7).

Sağlık inanç modeli: Sağlık inanç modeli başta kanser ve AIDS hastalığının teşhis edilmesinde, bunun yanında sağlığın korunmasında sıklıkla kullanılan (Glanz vd., 2002; Aktaran: Çenesiz, 2007, s. 10), erken teşhis ve tedaviye yönelik tutum ve hareketleri anlamaya rehberlik eden uygulamalar bütünüdür (Nahcivan ve Seçgili, 2003, s. 33).

2. BÖLÜM
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Meme Kanseri Kavramı

Meme kanseri, meme dokusu içerisinde yer alan meme (süt) kanallarının iç kısmında bulunan kanser hücrelerinin oluşturmasından meydana gelen ve bu hücrelerin hızlı bir biçimde artmasıyla ortaya çıkmaktadır. Kanser hücrelerinin meme dokusu kısmında büyümesi sonucunda oluşan, daha sonra bu kanser hücrelerinin yakınında bulunan dokulara lenf damaları (beyaz kan) sayesinde yayılarak meydana geldiği bilinmektedir. Meme kanserinin kan yolunu kullanarak uzak organlarda çoğalması (metastaz) olarak tanımlanmaktadır. Meme kanseri genellikle kadınlarda görülmesiyle beraber, erkeklerde görüldüğü de bilinmektedir. Her 100 meme kanserinden hemen hemen bir tanesinin erkekler üzerinde görüldüğü bilinmektedir. Meme kanserinin oluşma mekanizmasıyla beraber tedavi yöntemlerinin kadınlarda kullanılan yöntemler ile birbirine paralel olduğu görülmektedir (Güllüoğlu vd., 2009, s. 18).

Meme kanseri hücreleri, süt kanalı etrafında bulunan duvarı henüz geçmemesi durumunda, yani kanalın iç kısmında artmaya devam etmekte ise buna “in situduktal kanser” adı verildiği bilinmektedir. Bu tip kanserlerin yayılma potansiyellerinin henüz ortaya çıkmadığı saptanmaktadır. Bu kanser tiplerinin tedavi sürecinde, sistematik tedavi (kemoterapi) ihtiyaç duyulmadan tedavi edilebilmektedir. Fakat meme kanseri hücrelerinin kanal etrafını kapsayan duvarı geçmesi durumunda, bu kanser türlerine “invaziv kanser” adı verildiği bilinmektedir. Meme üzerinde genellikle iki tür invaziv kanser ortaya çıkmaktadır: Bu türlerden “invazivduktal” kanserin %90 olguda görülebilmektedir. Diğer yoğun olarak görülmekte olan tür ise “invazivlobuler”

kanser olduğu bilinmektedir. Söz konusu olan bu kanser türleri arasında, hastalığın agresifliği, seyir yönü ve uygulanmakta olan tedaviler yönünden paralellik gösterdiği bilinmektedir(Güllüoğlu vd., 2009, s. 19).

Meme kanserinin klinik belirtileri arasında meme başında gelişen akıntılar son derece öneme sahiptir. Meme başı akıntılarında şüphelendiren akıntılar çoğu zaman renksiz ve koyu vişneçürüğü ve kırmızı renkli olanlardır. Bununla beraber kanser belirtisi olarak meme başında ve çevresindeki kahve renkli kısımda iyileşmeyen yaralar, çok nadir de olsa kadınlarda karşılaşılan bir durumdur, ancak mutlaka bir uzmanın muayene etmesi gereken durumlardandır. Koltukaltında elle hissedilebilen kitle her zaman kanser anlamına gelmez. Ya da meme kanseri dışında farklı tedavi gerektiren durumlarında ispati olabilir. Memede bir kitle ile birlikte de belirebilir. Bu tür şikayeti olan kadınların en kısa sürede bir uzmana muayene olması tavsiye edilmektedir. Bunun yanı sıra memede kızarıklığa rastlanması ağrı ile birlikte gelişebilir veya ağrı olmayabilir. Bunun haricinde portakal kabuğu görünümü bu belirtilerle birlikte görülebilir veya çok nadiren karşılaşılamayabilir. Bu durumun olmasının her zaman meme kanseri anlamına gelmeyeceği bilinmelidir. Ancak bu gibi durumlarda, tıpkı memede elle hissedilen kitle durumunda olduğu gibi bir uzmana başvurulması gerekmektedir. Özellikle bebek emziren kadınlarda bu tip ağrılı kızarıklık, ciltte portakal kabuğu görüntüsü, genellikle enfeksiyon belirtisi olabilmektedir. Ancak yine de bu belirtilere sahip olan tüm kadınların bir doktora başvurması önemlidir (Güllüoğlu vd., 2009, s. 34-35).

Meme kanserinde kullanılan tanı ve tedavi yöntemleri, kadınların yaşam alanını fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritual) düzeylerinde etki gösteren kriz konusu olduğu bilinmektedir. Oluşan bu kriz, kadınların reaksiyonlarını çoğunlukla iki alanda topladığını ortaya çıkarmaktadır. Verilen ilk reaksiyonlar genellikle kanserin yayılma ihtimalini, gelecek konusunda belirsizlik, ümitsizlik, acı çekme, ölüm gibi yaşamı ve varoluşu kapsayan problemlerle ilgili olduğu bilinmektedir. Bu reaksiyonlardan sonra oluşan tepkilerde ise, beden imajının kırılması, benlik saygısının eksilmesi, dişilik özelliklerinin kaybedilme korkusu gibi organ kaybının ortaya çıkardığı

fiziksel değişimlerden meydana gelen sorunlarla ilgili olduğu bilinmektedir. Oluşan sorunlara ilave olarak sık ve uzun sürmekte olan kanser tedavisi de kadınların günlük yaşamındaki işlevlerine etkileyen psikososyal problemlere neden olduğu saptanmaktadır (Çam ve Babacan-Gümüş, 2006, s. 52).

Bu sebepten dolayı tedaviden sonra başlayan süreçte meme kanseri hastalarına psikolojik dayanak verilmesi gerektiği bilinmektedir. Verilen bu desteğin işlevi, bireyin hastalıkla beraber hastalığın sebep olduğu yaşam problemleriyle savaşacak güce ulaşmasına ve yaşadığı hastalıktan bir anlam kazabilmesine yardımcı olması gerektiği saptanmaktadır (Işık, 2014, s. 58).

2.1.1. Meme Kanserinin Yaygınlığı

Meme kanserinin özellikle kadınlar üzerinde son dönemlerde çoğalan sıklıkta karşılaşılmakta olan önemli bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra tanı ve tedavilerde oluşan gelişmelere benzer olarak meme kanseri olduktan sonraki dönemde sağ kalma zamanının önceki yıllara oranla daha uzun olduğu ortaya çıkmaktadır (İrdesel, 2005, s. 25).

Kadınlar üzerinde yoğun olarak görülmekte olan kanser tipinin meme kanseri olduğu bilinmektedir ve meme kanserinin tüm kanser tipleri arasında en çok denk gelen ikinci kanser tipi olduğu bilinmektedir (Koçak vd., 2011, s. 47). Tüm dünya genelinde farklı ülkeler arasında meme kanseri (yaygınlığı) yönünden 10 katlık bir değişikliğin olduğu bilinmektedir. Diğer ülkelere göre daha az oranda sanayileşmiş ülkelerde yaşam sürdüren kadınlarda meme kanseri insidansı sanayileşmiş ülkelerde yaşam sürdürmekte olan kişilere oranla daha az olma yönünde olduğu ortaya çıkmaktadır, fakat bu ülkeler arasında Japonyanın ayrık olduğu bilinmektedir (Koçak vd., 2011, s. 48).

85 yaşına kadar yaşamını sürdürmekte olan her 8 kadında bir kadının meme kanserinden kaçma ihtimali olmadan yakalanacağı saptanmaktadır. 2002 yılı yapılmış olan GLOBOCAN çalışmasının içeriğine göre, tüm dünyada 10.9 milyon ortaya çıkan kanser olgusu bulunmuş olduğu bilinmektedir. Kanserden yaşamını yitiren hasta sayısı 6.7 milyon iken yaşamını sürdüren hasta sayısı ise 24.6 milyon olarak ortaya çıkmaktadır. En çok tespit edilen

kanser türleri: akciğer (1.35 milyon), meme (1.15 milyon), kolorektal (1 milyon) kanser türleri olduğu bilinmektedir. Görüldüğü üzere yapılan tespitlerden sonra meme kanseri kadınların çoğunun yaşadığı bilinmektedir. Yapılan tespitlerden 5 yıl sonra yaşamını sürdüren meme kanserli hastaların sayılarının 4.4 milyon olduğu bilinmektedir (Erel, 2006, s. 43).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, her dönem karşılaşılmaktan olan olayların sayısı, %60'ı gelişmiş ülkelerde meydana gelecek biçimde, 2002 yılında 10 milyon düzeylerinde yer almakla birlikte, 2025 yılına kadar 15 milyon düzeyinde olması gerektiğinin tahmin edildiği bilinmektedir. Meme kanserinin, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde kadınlar üzerinde en sık rastlanan kanser türü olduğu bilinmektedir ve bu kanser dünyada genellikle kanser ölümlerinde ilk sırada yer aldığı bilinmektedir. Standart durumunda olan yaş niceliğinin ilerlemekte olan ülkelerde, endüstrileşmiş ülkelerden daha az olması nedeniyle, coğrafik çeşitliliklerin ortaya çıktığı bilinmektedir (WHO, 2006).

2.1.1.1. Amerika'da Meme Kanseri Yaygınlığı

Yılda ortalama 1,2 milyondan fazla kadına meme kanseri teşhisi konulmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, çoğu meme kanserli hasta (> 80%) memenin tamamen alınması ile ameliyat edilebilir durum sergilemektedir. Bu hastaların neredeyse yarısında hastalık er ya da geç tekrar etmektedir ve ilk aşamadaki ileri seviye hastalıkla birleşince, meme kanserli hastaların çoğunun sonunda tedaviye gereksinim duyacağı açıktır. Klinik meme kanseri araştırması, hastalığın erken dönemlerinde teşhis edilmesine ve teşhisten sonra uygulanacak standart tedavi metotlarına odaklanmıştır. Bunun yanı sıra, bu alandaki ilerlemelere rağmen, meme kanserine sahip Kuzey Amerika'daki kadınların üçte birinin sonu ölümle sonuçlanmaktadır (WHO, 2006, s. 7).

Genel yaygınlık oranı değerlendirildiği zaman Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 184.000 yeni olgu tespit edilmektedir. Meme kanserinin sıklığı dünya genelinde her ülkede çeşitlilik göstermektedir. ABD'de, tüm hayatı süresince her 8 kadından 1'inde, Avustralya'da her 13 kadından 1'inde,

Japonya'da her 50 kadından 1'inde, meme kanserinden etkilenme görülmektedir (Yalçınöz-Baysal, 2008, s. 6). Amerikan Kanser Derneğine göre, : 2017 yılında ABD'de, kadınlarda 252.710 yeni invaziv meme kanseri vakası gelişecek ve erkeklerde 2.470 vaka teşhis edilecek. Ayrıca, kadınlarda 63.410 meme karsinomu vakası teşhis edilecek. 2017 yılında, meme kanserinden yaklaşık 40.610 kadın ve 460 erkeğin öleceği tahmin edilmektedir (American Cancer Society, 2017, s. 3).

2.1.1.2. Avrupa'da Meme Kanseri Yaygınlığı

Meme kanseri dünya genelinde yaygın olan bir hastalıktır (Işık, 2014, s. 58). Avrupa'da da yılda 180.000 bireye meme kanseri tanısı konulmaktadır (Yalçınöz-Baysal, 2008, s. 6; Alanyalı, 2018, s. 5). Toplum tabanlı yapılan bir çalışmada Avrupa'da yaşayan kadınlarda meme kanserine yakalanma olasılığının %12.8 düzeyinde olduğu (her 13 kadından biri) rapor edilmiştir (Eser, 2015, s. 95).

2.1.1.3. Türkiye'de Meme Kanseri Yaygınlığı

Türkiye'de gerek kadın gerekse de erkek bireyler arasında ikinci en sık ölüm nedeni kanserdir. Toplum tabanlı veriler ile elde edilen bulgular, yurtdışı verilerinin değerlendirilmesi ve ulusal istatistikler dikkate alındığında kanser yaygınlığının 200-220/100.000 olduğu, bunun yanında yılda 145-160 bin yeni kanser tanısı konduğu tahmin edilmektedir (Boyle ve Levin, 2008; Aktaran: Bag, 2013, s. 110). Türkiye'de kanser hastalıkları içerisinde meme kanseri dünya genelinde yaygın olan bir hastalık olmakla beraber, Türkiye'de de meme kanserinin yaygın bir hastalık olduğu bilinmektedir (Işık, 2014, s. 58). Yapılan araştırmalarda Türkiye'de kadınların en az %25'inin hayatının bir döneminde meme kanserine yakalandığı, meme kanseri görülme sıklığının en fazla olduğu illerin başında İzmir (22 kadından biri), Antalya (26 kadından biri), Edirne (30 kadından biri) ve Trabzon (28 kadından biri) illerinin geldiği rapor edilmiştir (Eser, 2015, s. 95).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan ve 20-69 yaş grubunda bulunan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada meme kanserinin yaygınlığının incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya 375 kadın dâhil edilmiştir. Araştırma

verileri örneklem grubunu oluşturan kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın sonunda kadınlarda meme kanseri yaygınlığının düşük olduğu, kadınların meme kanserinin teşhis ve tanısında hem kendi kendine muayene hem de mamografiye başvurmayı sıklıkla kullandıkları rapor edilmiştir (Tosun, 2010: 1-2).

2.1.2. Meme Kanseri Faktörleri

Epidemiyolojik çalışmaların meme ve over kanserleri içerisinden en etkin risk faktörünün ailevi öykü olduğunu belirttiği bilinmektedir (Haberal, 2004, s. 27). Bununla beraber literatürde meme kanseri ile ilgili risk faktörleri aşağıda görüldüğü gibi belirtilmektedir;

Genetik yapı: Meme kanseri için risk etkenlerini çoğunlukla düşük, orta ve yüksek ayrılabilmektedir. Yüksek risk etkenlerinin başında genetik yatkınlık olduğu bilinmektedir. Bugün meme kanserine yatkınlık olarak etki gösteren bazı gen değişimlerinin olduğu saptanmaktadır. Bu değişimler “genetik mutasyon” olarak adlandırılmaktadır. Mutasyon normal bir sırası olan genin ya kanserin ortaya çıkmasına izin vermeyen kesimin bozulması durumunda ve ya değişim sonrası meydana gelen kanserin ilerleyişine kendisi etki yapan kesimin devamlı olarak değişmesi durumunda ortaya çıktığı bilinmektedir. Mutasyonu oluşmasını sağlayan sebeplerin çevresel faktörler olduğu bilinmektedir. Bu çevresel faktörlerin üzerinde tam anlamıyla aynı görüş etrafında toplanma durumu olmadığı ortaya çıkmaktadır. Fakat hormonal etkenlerin etki gösterdiği savunulmaktadır. Bugün toplum üzerinde tespit edilen bütün meme kanserli olguların yalnızca %5 ila 10’unun bu genetik yatkınlık nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir. Yine olguların %90’ı, sporadik; yani herhangi bir sebebe dayanamayan kanserlerden meydana gelmektedir (Güllüoğlu vd., 2009, s. 26).

Cinsiyet: Sanayileşmiş batılık ülkelerde yoğun olarak rastlanmaktadır. 25 altı sık olmayıp yaşla beraber artış gösterdiği bilinmektedir. Sebebi net olarak saptanamamakla beraber kalıtsal, çevresel ve hormonal faktörlerin görevi üstünde olmaktadır. Ailesinde meme kanserine yakalanmış kadınlar (nadiren erkekler) risk ekibi meydana getirmektedir. Birinci derecen herhangi bir yakın

kişide meme kanser görülüyorsa bu risk 1.7-2.5 kat, ikinci dereceden herhangi bir yakın kişide görülüyorsa 1.5 kat arttığı bilinmektedir. Anne ve kız kardeşlerde iki yanlı meme kanseri olması durumunda risk faktörünün 5-6 kat arttığı saptanmaktadır (Kutluk ve Kars, 2001, s. 67).

Kanserin Bireysel Geçmişi: Belirlenmiş meme kanserinin diğer memenin kanser olma riskini 4 kat arttırabildiği bilinmektedir. Önceki yumurtalık, rahim ve kolon kanserlerinin toplum içerisinde yer alan risk durumu 1-2 kat artmasıyla bağlantı kurulmaktadır (Allen vd., 2013, s. 15).

Kanserin Aile Geçmişi: Ailesinde meme kanserine yakalanmış kişilerin (anne, kız kardeş, kız evlat) yakalanma risk durumu 2-4 katı kadar ihtimal olabilmektedir. Meme kanseri hadiselerinin yalnızca %10 unun kalıtımsal mutasyonla bağlantılı olması durumuna rağmen, BRCA1 ya da BRCA2 tümör bastırıcı genlerinin mutasyonuna sahip olan taşıyıcı kişilerin hayatları boyunca kanser olma riski olduğu bilinmektedir (Allen vd., 2013, s. 16). Literatürde bulunan araştırma neticeleri de aile hikâyesinin meme kanseri üstünde önemli bir saptayıcı etkisi olduğu fikrini ortaya çıkarmaktadır (American Cancer Society, 2017, s. 12).

Beslenme: Çevresel etkenlerin ve beslenmenin meme kanserini ortaya çıkarmaya etkisi, kanser yoğunluğun en az görüldüğü Japonya'da, çok görüldüğü Kuzey Amerika'ya göçen kadınlar üzerinde artış gösterdiğinin gözlem yapılmasıyla dikkat çekmektedir. Bati türü, yağdan verimli gıdalar meme kanserine yakalanma ihtimalini yükseltmektedir. Bu sebepten dolayı erken yaşlarda başlayıp az yağlı gıdalar tüketmenin ileri yaşlarda kanser yoğunluğunu aza indirgeme ihtimali olmaktadır (Kutluk ve Kars, 2001, ss. 67-68). Rabin & Pinto (2005, s. 1) tarafından yapılan araştırmada da yetersiz diyetin meme kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

Adet görme yaşı: Adeti geç yaşlardan itibaren ortaya çıkan, düzenli olması uzun süren, erken yaşlarda olan ve en az bir doğum gerçekleştiren ve erken menopoza yakalanan kişilerde meme kanserine yakalanma riskinin az olduğu bilinmektedir. Yumurtalıklarını aldırmış kadınlara 10 seneden uzun süre

östrojen verilme durumu meme kanserine yakalanma riskini 2-3 kat daha yükseltebilmektedir. Östrojenler kısa vadeli ve düşük miktarda kullanılmaları sonucunda bu risk artması durumu ortaya çıkmamaktadır. Doğum kontrol ilaçlarının meme kanserine yakalanma riskini artırmasına ilişkin çok net deliller bulunmamakla beraber bu ihtimali tamamıyla geri çevirmenin zor olduğu ortaya çıkmaktadır. Doğum kontrol ilaçları ve meme kanseri ilerleyişi riski bazı gruplarda görmezden gelinememektedir. Bunların ilk gebelik aşamasından önce ya da 45 yaşından sonra 4 yıldan fazla süre bu ilaçtan kullanan kadınlar olduğu bilinmektedir (Kutluk ve Kars, 2001, s. 67).

Radyasyona Maruz Kalma: Ortaya çıkan verilerde radyoaktif ışın aldıktan 8 yıl ve 10 yıl sonra meme kanserine yakalanma riskinin fazlasıyla arttığı bilgi verilmektedir. Bilinmekte olan görüntüleme tekniklerine sahip olan akciğer filmi, tomografisi ve ya mamografi çektirmek, meme kanseri riskinin artmasına sebep olan öğelerden olmadığı bilinmektedir.

Burada değinilmekte olan, tedavi işlevli fazla miktarda iyonize radyasyon kapsayan ışın tedavisi almış olmayı gerektirmektir (Güllüoğlu vd., 2009, s. 27).

Vücut Yapısı: Daha çok doğum yüküne ya da sonuçlarına sebep olan etkenler büyük ihtimalle premenopoz meme kanseri taşıma durumu ile ilgili olduğu bilinmektedir.

Yetişkin kişilerde kilo alma büyük ihtimalle post-menopoz meme kanserine sebep olabilmektedir. Şişmanlık durumunun bir post-menopoz meme kanseri sebebi olması kabul edici olmaktadır. Bunun dışında, karın kısmı şişman olmaya da bir sebep olarak gösterilebilmektedir. Bir diğer taraftan, şişmanlık, pre-menopoz teşhisi olmuş meme kanserine karşı koruma vazifesi görmektedir. Toplam beslenme ile vücudu giriş yapan yağın bir post-menopoz meme kanseri sebebi ortaya çıkardığına ilişkin sınırlı sayıda delil bulunduğu bilinmektedir (Dünya Kanser Araştırma Fonu ve Amerikan Kanser Araştırmaları Enstitüsü, 2010, s. 4).

Hormonal Faktörler: Erken ilk adet (12 yaşından önce), geç menopoz (55 yaşından sonra) ve düzene sahip adetlerin müddetinin daha fazla olması artış göstermiş meme kanseri riski ile bağlantı kurulmaktadır. Kısırlık ve 30 yaşından sonra olan ilk hamilelik artış göstermiş meme kanseri riskiyle ilişki kurulmaktadır. Oral doğum kontrol hapları, bilhassa hormon değiştirme tedavisinin içerisinde gebelik hormonu barındırması ve uzun zaman kullanılması (5 yıldan fazla) meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı bilinmektedir. Emzirme 50 araştırmayı kapsayan 30 ülkeden elde edilmiş veriler, bütün parotidli kadınlar için 12 aylık emzirme sürecinde %4'lük bir genel risk kaybına yol açtığını ortaya çıkarmaktadır (Allen vd., 2013, s. 16).

2.1.3. Meme Kanserinin Hasta Yakınları Üzerindeki Etkileri

Bir hastaya meme kanseri tanısı konulduğu zaman hem hasta hem de ailesi tarafından benzer potansiyel güçlükler ortaya çıkmaktadır. Özellikle meme kanserli hastaların eşleri tıpkı meme kanseri olan eşleri gibi yaşamları boyunca psikotravmatik sorunlar yaşamaktadır. Bunun temelinde özellikle genç yaşlarda ortaya çıkan jinekolojik hastalıkların evli bireyler tarafından travmatik bir olay olarak algılanması yatmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda da genç yaşta meme kanseri tanısı konulmasının aile içi ilişkilri bozduğu, tedavi sürecinde ve sonrasında eşlerin yeni yaşam tarzına uyum sağlama konusunda bazı psikolojik sorunlar yaşadıkları rapor edilmiştir (Hocaoğlu vd., 2007, s. 163). Schmid-Büchi ve diğerleri (2008: 2895) tarafından yapılan araştırmada da meme kanserinin hasta yakınları üzerinde bazı psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir.

Alacacıoğlu'na (2007, s. 16) göre, kanser teşhisi hem aile bireyleri hem de hasta yakınları üzerinde kaygı ve gerilime zemin hazırlamaktadır. Meme kanseri tanısından sonra bireyin geçirdiği bedensel ve psikolojik değişiklikler hasta yakınlarının acıyı ve çaresizliği gözlemlemesine neden olmakta, bunun yanında hasta yakınlarında rol değişiklikleri, hastanın sahip olduğu bazı ailevi işleri üstlenme, hastanın çalışamamasına bağlı olarak ekonomik sıkıntı yaşama gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Söz konusu gelişmeler hasta yakınlarında hem hastaya bakmaktan kaynaklı fiziksel yorgunluğa hem de psikolojik sorunlara neden olmaktadır

2.1.4. Meme Kanseri Olan Hastalarda Görülen Psikolojik Sorunlar

Meme kanseri tespitinden sonra hastalarda psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır. Literatürde yer alan araştırma bulguları da meme kanserli bireylerde birçok psikolojik sorunun ortaya çıktığı görüşünü desteklemektedir (Tünel, 2011, s. 6). Meme kanseri yaşadıkları problemeler Tablo 1'de gösterilmektedir (Babacan-Gümüş, 2006, s. 109).

Tablo 1. Meme Kanseri Hastalarında Görülen Psiko-Sosyal Sorunlar

Psikolojik problemler	Depresyon, anksiyete, gelecek yaşamla ilgili belirsizlikler, öfke ve umutsuzluk, ölüm korkusu, çaresizlik ve kanserin tekrar ortaya çıkacağı korkusu
Beden imajı, cinsellik, benlik algısına yönelik problemler	Beden imajında bozulma, benlik saygısının düşmesi, kadınsal özellik ve nitelikleri kaybetme korkusu, erken yaşlarda menopoza girme
Bedensel uyum ile ilgili problemleri	Yorgunluk ve enerji kaybı, uyku problemleri, kusma, hormonal bozukluklar
Toplumsal ve aile hayatı ile ilgili problemler	Kendini toplumdan soyutlama ve izolasyon, toplumsal etkileşimlerde ve rollerde sorunlar yaşama, damgalama
Ekonomik ve mesleki problemler	Sağlık güvencesine sahip olmama, iş yaşamına girememe, çalışma öncelikleri ile çalışma aktivitelerinde değişiklikler, ekonomik zorluklar ve iş ayrımcılığı

Tablo 1'de de görüldüğü üzere kanser hastalarında psikiyatrik bozukluğa rastlanma olasılığı %30-40 gibi yüksek düzeydedir. En yoğun rastlanan psikopatoloji majör depresyondur (MD). Majör depresyon, kanser hastalarında dikkat edilmesi gereken ciddi bir psikiyatrik bozukluk olmakla

birlikte hastanın hayat kalitesini, tedaviye uyum sağlamasını, tedaviye yanıtı, hastalığın şiddetini olumsuz açıdan etkilemektedir (Tokgöz, 2008; Berard, 2001). Kanserde depresyon bakımından başlıca risk unsurları psikiyatrik hastalık öyküsü, tanı esnasında duygusal stres ve yetersiz kalan toplumsal destek, benlik saygısının düşüklüğü, olumsuz fiziksel koşullar, işlevsel performans düşüklüğü, eş ya da yakın akraba kaybıdır (Breitbart vd., 2000). Diğer risk unsurları yetersiz ağrı kontrolü, alkol bağımlılığı, eşlik eden fiziksel rahatsızlıklar, ilerlemiş kanser ve depresyon yan etkisi olan kemoterapötiklerin kullanımıdır. Kanserin kliniği ve kemoterapini yan etkileri başlı başına depresif belirtilere benzer şikayetlere sebep olabilir. Hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları depresyondan ayırmak gerekmektedir (Sertöz ve Mete, 2004; Aktaran: Aydoğan vd., 2012, s. 56).

Meme kanseri olan hastalarda cerrahi müdahaleler hastalarda endişe ve özürlülük hissinin gelişmesine neden olur, ancak pek çok hastada, hastalığın hayatı tehdit edici düzeyine dair kaygıları ön planda olduğundan, beden imgesi ve dış görünüşle ilgili kaygılar ikinci planda yer alır. Bu kaygıların oldukça yoğun gözlendiği hastalar ise, cerrahi müdahalelerin ertelenmesine ya da cerrahi işlemler dışında farklı yöntemlere yönelmeye özen gösterirler. Bu hastalar cerrahi bir işlem uygulandığı zaman depresyona girme olasılığı yüksek grup içerisinde bulunmaktadır. Bu hastaların cerrahi işlemlere verdikleri tepkilerin şiddeti genellikle beden bölgelerinde yaşadıkları sorunlarla ilgilidir (Tünel, 2011, s. 8).

Kanser hastalarının her birinde psikiyatrik bozukluk geliştiği görüşü de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği görüşü de doğru değildir. Hastanın davranışsal ve duygusal tepkileri normal kabul edilebilecek ya da beklenen düzeyleri aşınca psikososyal ve psikiyatrik problemler kendini gösterir. Kansere yönelik gelişen tepkilerde;

1. Kanser hastalığının sahip olduğu özellikler

2. Kanser hastasının sahip olduğu bireysel özellikler

3. Çevresel ve psiko-sosyal farklılıklar söz konusudur (Tünel, 2011, s. 5).

2.1.5. Meme Kanserli Hasta Yakınlarında Görülen Psikolojik Sorunlar

Meme kanseri yalnızca hastayı değil, hastaların ailelerini de etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle kanser hastalığına psikolojik uyum aşamasında ailelerin sağlıklı fonksiyonlara sahip olmaları oldukça önemlidir. Kanser hastalığına yönelik psikolojik uyum aşamasında aile bireylerinin hastalığa yönelik tepkileri birbirinden farklı olmakta, aile içi dinamikler de de değişimler gözlenmektedir. Bu süreçte şüphesiz ki ailelerin hastalıkla mücadele etmesinde aile fonksiyonlarının sağlıklı olması oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu kapsamda kanser hastasının bulunduğu sağlıklı ailelerde iletişim becerisi, sorunları çözme becerileri, rol dağılımları, davranış kontrolü ve esnekliği sağlıklı bir biçimde yürütülmelidir (Atay vd., 2015, ss. 612-613).

Tünel'e (2011, s. 10) göre, meme kanserli hasta yakınlarının çoğunlukla anksiyete, çaresizlik, umutsuzluk ve belirsizlik gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Hastalık sürecinde özellikle eşlerin yaşadıkları sorunların temel sebeplerinin başında evlilikle ilgili rollerin değişmesi, hasta eşin yaşadığı psikolojik ve duygusal sorunlar gelmektedir. Bununla birlikte evli çiftlerde çocuklar gelişim dönemlerine paralel olarak korku ve endişe yaşayabilmekte, bu durum aile içi ilişkileri de olumsuz etkilemektedir.

2.2. Bağlanma Kavramı

Bağlanma; tehdit sırasında kendisinin ve diğerlerinin olası tutumlarını öngörerek tutumlara uygun davranışları yapmayı sağlayan bilişsel bir şemadır (Yıldızhan, 2017, s. 67). Bebeklik çağında duygusal gelişimin sağlıklı olabilmesinde kilit rol ebeveynlerindir. Bebeklikteki bağlanma bebeğe bakıcılık yapan bireye ya da anneye olumlu yönde tepkiler verilmesini, söz konusu bireylere yönelmeyi, bireylerin varlığından hoşlanmayı ve rahatlamayı içermektedir. Bağlanma bebekle birincil bakımı sağlayan kişi arasından gelişen ve bebekte güven hissini aşılayan güçlü bir bağdır. Doğumun altıncı ayından itibaren bebek kendisinin gereksinimlerine cevap veren bireye bağlanmaya başlamaktadır (Soysal vd., 2005, s. 88).

Bağlanma kuramı temel olarak çocukluk ve yetişkinlikteki ilişkileri anlamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle yakın ilişkilerin psikolojisini inceleme noktasında bağlanma kuramı önemli bir yere sahiptir. Hayatın ilk dönemlerinde bakım veren kişiler ile çocukların arasındaki ilişkinin niteliğini ele alan çalışmalar bağlanma teorisini farklı açılardan tanımlamaya ve açıklamaya çalışmışlardır (Karataş, 2017, s. 867). Bağlanma teorisi John Bowlby ve Mary Ainsworth'un ortak çalışmasıdır. Etoloji, güdümbilim, bilgi işleme, gelişimsel psikoloji ve psikanaliz kavramlarından yararlanarak John Bowlby teorinin temel ilkelerini formülleştirdi. Böylece bir çocuğun annesine olan bağı ve bu bağın ayrılık, kaybolma ve ölüm yoluyla bozulması hakkındaki düşünme biçimimizde bir devrim yaptı. Mary Ainsworth'un yenilikçi metodolojisi Bowlby'nin fikirlerini empirik olarak test etmeyi mümkün kılmanın yanında teorinin genişlemesine de yardımcı oldu ve teorinin şu an edindiği yeni yönlerin bazılarından sorumludur. Ainsworth bağlanılan figürün çocuğun dünyayı oradan keşfedebileceği güvenli bir merkez olması kavramını sundu. Ayrıca çocuğun sinyallerine yönelik anne hassasiyeti kavramını ve bunun çocuk-anne bağlılık örüntülerinin gelişimindeki rolünü formülleştirmiştir (Demirdağ, 2017, s. 1).

Bowlby'e (1998) göre, insanların yaşamlarının ilk dönemlerinde kurdukları ilişkilerin başında bakım veren anne ya da bakıcılığı üstlenen diğer bireylerle ilişkiler gelmektedir. Bu ilişkiler temelde bebeğin güven hissetmesi, gereksinimlerinin giderilmesi, bebeğe duygusal yakınlık gösterilmesi gibi ilişkileri içermektedir. Bu dönemde bebek ile bakıcıları arasındaki ilişkilerin olumlu yönde ilerlemesi bebek ve bakıcı arasındaki etkileşimi olumlu yönde etkilemekte, bebek kendini sevilmeye layık görmekte, karşısındaki bakıcıyı ve dünyayı güvenli bir olgu olarak algılamaktadır (Aktaran: Çalışır, 2009, s. 242). Bağlanma kişisi aynı zamanda özellikle de keşif sırasında korku, tehdit, tehlike hissedildiğinde geri dönülen bir yer olduğundan Bowlby bağlanma kişisinin güvenli sığınak işlevi de gördüğünü belirtmiştir. Özetle bağlanma, hayatta kalmak için yakınlığı koruma, endişe, kaygı ve korku hissedildiğinde ayrılık stresi yaratma, keşif için güvenli bir unsur, stres ve tehlikelerden korunmak için ise güvenli bir sığınak işlevi gören genel düzenleyici bir sistemdir. Bu işlevlerin yerine getirilebilmesi için çocuk ile onu büyüten arasındaki ilişkinin optimum düzeyde dengeli ve kaliteli olması gerekir. Aksi

takdirde hayatta kalmak için çocuk alternatif yollar, çareler aramak zorundadır. Bu alternatif yollar da aşağıda anlatıldığı gibi genellikle güvensiz bağlanma davranışları ve onlarla ilişkili başta bağımlılık olmak üzere çok sayıda olumsuz duygu ve davranışlarla ilişkilidir (Sümer vd., 2015, s. 194).

Bowlby tarafından yapılan deneysel çalışmalarda ulaşılan sonuçlara göre, bebek ile annesi arasında yaşanan ilişkinin sıcak, devamlı ve yakın olması çocuğun zevk bulacağı bir ilişkiye zemin hazırlamaktadır. Daha sonraki özetler genellikle anne rolünde bulunan başka kişi ve partnerlerin ortak zevklerine dair referansı gözden kaçırmaktadır. Aynı zamanda Bowlby'nin iyi işleyen anne-çocuk ilişkilerinin gelişiminde sağlık faktörleri kadar sosyal ağların ve ekonominin rolü üzerindeki vurgusunu da ihmal ederler. Onun topluma yönelik ebeveynler için destek sağlama çağrısı bugün hala göz ardı edilmektedir (Demirdağ, 2017, s. 6).

Bağlanma, çocukluğun son seneleri ile ergenlik dönemindeki bireylerde değişikliğe uğramaktadır. Yaşanan değişikliğin nedeni, ergenlerde ilginin aileden çok akranlara yönelmesidir. Ergenlik çağında gereksinimlerin azalması nedeniyle, bebeklik döneminden daha düşük seviyede bağlanma görülmektedir. Yine ergenlik döneminde görülen bağlanma davranışları, fiziksel yakınlık şeklinde değil, ihtiyaç anında bağlanılan kişi ile duygu, kaygı ve korkuların paylaşılması olarak ortaya çıkmaktadır. Bebeklik döneminde güvenli bağlanma yaşamış ergenlerin, hem yaşıtlarıyla hem de aileleriyle daha çok uyumlu oldukları, bağımsız olabildikleri ve tatmin oldukları tespit edilmiştir. Erken yıllarda güvensiz bağlanmış ergenler, akranlarıyla bağımlı ilişkiler kurarken ebeveynleri ile zorlayıcı ve uyumsuz ilişkiler geliştirmektedirler (Okci, 2017, s. 19).

Gerek bebeklik gerekse de erken çocukluk yıllarında psikolojik gelişme ile ilgili yapılan çalışmalar sürekli artmaktadır. Bağlanma üzerine yapılan araştırmaların da büyük bir bölümü bebeklik ve erken çocukluk yıllarına yönelik yapılmaktadır. Bunun temelinde bağlanmanın bebeklik ve erken çocukluk yıllarında gelişmesi yatmaktadır. Buna karşılık bağlanma olgusu ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de insanlar arası ilişkilerde önemli bir

yere sahiptir. Bağlanma olgusu bireyin şiddete maruz kalma, kötü madde kullanma, kendine zarar verme i, ihmal ve istismara uğrama gibi olumsuz unsurlardan etkilenmektedir. Bu nedenle erken çocukluk döneminde bağlanmanın sağlıklı bir biçimde olabilmesi için çocukların ilişkisel problemlerinin iyi bir biçimde belirlenmesi ve koruyucu ruh sağlığı uygulamaları yapılması gerekmektedir (Soysal vd., 2005, s. 97). Yıldızhan'a (2017, s. 67) göre, bağlanma kuramı bireyin hastalık gibi bir stres durumunda neler hissedeceğini, nasıl yanıt vereceğini anlamada ve doktorların bu stresle başa çıkmada nasıl destek olabileceğine yön vermede yardımcı olmaktadır.

2.2.1. Bağlanma Biçimleri

Bireylerin bağlanma türleri karakter özelliklerinin bir parçasını meydana getirmekte ve ayrılık, kayıp gibi bağlanmayla ilişkili belirli durumlarda daha açık ortaya çıkmaktadır (Yıldızhan, 2017, s. 67).

2.2.1.1. Güvenli Bağlanma Biçimi

Güvenli anne-çocuk ilişkisinde anne ve çocuk karşılıklı bir ilgi halindedirler. Güvenli tipte bağlanan çocuklar, anneleri ortamdan ayrıldığında bile onlara ulaşacaklarını bilmektedirler. Bu çocuklar gelecekte mutlu ve özgüvenli yetişkinler olmaya yatkındırlar (Ainsworth ve diğerleri, 1978; Aktaran: Okci, 2017, s. 19). Güvenli bağlanma bireyin olumlu benlik modellerine sahip olması ile gerçekleşmektedir. Bu kapsamda bireyin yaşamında yer alan güvenilir bireyler çocuklarda güvenli benlik şemaları oluşmasına, bireyin kendisini sevilmeye değer görmesine, başka insanları iyi niyetli olarak algılamalarına ve başka insanlar ile iyi ilişkiler kurmalarına katkı sağlamaktadır (Sümer ve Güngör, 1999, s. 75). Bu nedenle çocukların sağlıklı bir kişilik yapısına sahip olmalarında destekleyici ve güvenli bir aile ortamı önemli bir yere sahiptir (Karataş, 2017, s. 867).

2.2.1.2. Saplantılı Bağlanma Biçimi

Saplantılı (preoccupied) bağlanma bireyin yaşadığı çevredeki olumsuz benlik modellerinin bir birleşimi olarak ortaya çıkmaktadır. Saplantılı bağlanma stili bireyin kendisini toplum içinde değersiz hissetmesine, kendisini sevilmeye değer bir kişi olarak görmemesine neden olmaktadır. Bundan dolayı saplantılı

bağlanma düzeyi yüksek olan insanlarda yakın ilişkilerde kendisini doğrulamaya çalışma ya da kendisini kanıtlama gereksinimi sıklıkla görülmektedir. Bunun yanında saplantılı bağlanma stili yüksek olan bireyler ilişkilerinde sürekli takıntılı olmakta ve gerçekçi olmayan beklentiler içine girmektedirler (Sümer ve Güngör, 1999, s. 76).

2.2.1.3. Kayıtsız/ Kaçınmacı Bağlanma Biçimi

Çocuklarının kişilik gelişimlerinin sağlıklı olmasında destekleyici ve güvenli aile ortamı önemli bir yere sahiptir. Boşanma, ebeveyn kaybı, yoksulluk, soyo-ekonomik sıkıntılar, ihmal ve kötü muamele gibi değişkenler bireyin yaşadığı sosyal ortamdan kopmasına, güven duygularının zedelenmesine ve yaşama uyum problemleri görülmesine zemin hazırlamaktadır. Bağlanma kuramı açısından ele alındığı zaman bireyde travma etkisi oluşturan kaybetme, ayrılma ve kopma gibi durumlara maruz kalan bireyler geçmişte yaşadıkları bu sorunlara bağlı olarak kaçınmacı ya da kayıtsız bağlanma stili geliştirebilmektedirler (Karataş, 2017, s. 867). Kayıtsız bağlanma yüksek öz saygı/kendine fazla değer verme ve başka insanlara karşı olumsuz tutuma sahip olmanın karışımı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlanma stiline sahip olan bireyler başkalarına olan gereksinimi reddetme ve özerkliğe önem verme eğilimindedirler (Bartholomew, 1990; Aktaran: Sümer ve Güngör, 1999, s. 76). Yıldızhan'a (2017, s. 69) göre bu sürekli bakım arama paterni bireyin potansiyelinin yeterli olmadığına dair içsel inancı sonucunda sürekli başkalarına yaslanmayı, ancak verilen yardımı yetersiz ya da eksik bulmayı, çevresindekileri sürekli bir sıkıntı içine sokmayı ve sakinleşebilmek için tatmin edilemeyen bir yardım arayışını doğurur.

2.2.1.4. Korkulu Bağlanma Biçimi

Bağlanma stilleri bir bakıma kan basıncı, vücut ısısı ve benzeri fizyolojik sistemlere benzemektedir. Fiziksel yakınlığın korunması sürecinde ortaya çıkan sonuçlar bireyde kaygıya neden olmakta, kaygının ortaya çıkmasından sonra birey yakınlığı korumak için bağlanmayı gerçekleştirmektedir. Bu tür davranışlar yakınlığın korunması noktasında amaca ulaşıncaya kadar devam etmektedir. Kaygıyı kutusunda tutma girişimleri çocuklara bakan bireylerin yakınlıklarına, yaşlarına, çevresel tehditlere, bakıcının fiziksel ve duygusal

durumuna göre şekillenmektedir. Çocuk ile yakınlığın sağlanması çocukta sevgi ve güven duygularının şekillenmesine, ilişkide ortaya çıkabilecek her türlü kopukluk ise kaygı, üzüntü ya da kızgınlığa zemin hazırlamaktadır (Çıkılı-Uytun vd., 2013, s. 178). Bu tür durumlarda korkulu bağlanma stili ortaya çıkabilmektedir. Korkulu anne-çocuk ilişki tipinde anne, çocuğun ihtiyaç ve gereksinimlerine karşı duyarlı ya da ilgili değildir. Anne ortamdan ayrıldığında çocuk kaygılanır ve çoğunlukla ağlayarak tepki gösterir. Çocuğun tepkisi, diğer yetişkinler tarafından değiştirilemez (Ainsworth vd., 1978; Aktaran: Okci, 2017, s. 19).

Korkulu bağlanma biçimi olumsuz benlik modellerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kayıtsız bağlanma da ise benlik modelleri olumlu, buna karşılık yaşanan çevre olumsuzdur. Bu nedenle korkulu bağlanma stili doğrudan güvenli bağlanma stilinin karşıtı olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla korkulu bağlanma stiline sahip olan insanlar çevrelerindeki bireyleri güvenilmez ve reddedici olarak görmektedirler (Bartholomew, 1990; Sümer ve Güngör, 1999, s. 76).

Korkulu ve kayıtsız bağlanma stiline sahip olan bireylerin kaçınma noktasında benzer özelliklere sahip oldukları bilinmekte olup, olumlu benlik düzeyini korumak adına başka insanlara olan gereksinimleri/bağlılıkları birbirinden farklıdır.Saplantılı bağlanma düzeyi yüksek olan bireyler bağlılık gereksinimlerinin karşılanması amacıyla sürekli olarak başkalarına ulaşma çabası içindedirler. Korkulu bağlanma stiline sahip olan bireyler ise hayal kırıklığı yaşamamak adına başka insanlarla yakınlaşmaktan çekinirler (Sümer ve Güngör, 1999, s. 77).

2.3. Depresyon Kavramı

Depresyon bir duygudurum bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Duygudurum içsel biçimde yaşantılanan, tutumları ve dünyayı anlamasını değiştiren etkin ve devam eden duygu tonu olduğu bilinmektedir. Duygulanım ise duygu vaziyetini dışa yönelik dile getirmektir. Duygudurum normal, artış göstermiş veya çökmüş bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011, s. 65). Depresyonlarda ortak olan ve çoğunlukla sık sık

karşılaşılan temel bozukluk kederli duygu durumudur. Kederli duygu durumu, elem doğrultusunda artmış olan duygulanımdır. Sıkıntı, karamsarlık, yalnızlık, mutsuzluk, kötümserlik, umutsuzluk gibi hislerin durumlarını içerir. Kederli duygu durumundaki değişmeler, depresyonun seviyesi ve şiddetiyle doğru orantılı olarak artar ya da azalır. Duygu durumunda tedirginlik, huzursuzluk durumu da bulunabilir. Kederli veya tedirgin duygu durumu, zihinsel fonksiyonlarda yavaşlama, azalma yapar. Buna paralel olarak hareketler azalır, yavaşlar. Böylelikle hastalarda ruhsal aktivitelerde azalma ve yavaşlama olur. Başlangıçta, hasta o güne kadar yapabildiği gündelik aktiviteleri yapmakta güçlük çektiğini söyler. En kolay işleri yaparken güçlük yaşar. Duygu durumunda elem doğrultusunda artma hayattan zevk ve haz almayı engeller (Köknel, 2005, s. 58).

Çoğu birey, kendisini tasalı, yalnız, acılı, üzüntülü veya çökmüş hissettiği zaman depresyonda olduğunu ifade eder. Ancak, tıbbi olarak depresyon, kendini bir süreliğine, geçici olarak kötü hissetmekten veya sıkıntı duymaktan öte bir durumdur. Depresyon, olağan yaşanabilir bir üzüntüden veya umutsuzluk durumundan farklıdır. Sık görüldüğü şekliyle klinik depresyon en az iki hafta, çoğunlukla çok daha uzun sürer ve gündelik hayat fonksiyonelliğini ciddi düzeyde bozar. Bunun yanı sıra depresyon gibi duygusal durum bozukluklarında, duygularının kontrolünün ortadan kalktığı sezgisi bireyse ciddi bir sıkıntı meydana getirir (Köroğlu, 2006, s. 12).

Depresyon öyküsü insanlık tarihiyle beraber başlamakta olup, ilk doktor Hipokrat’tan beri bilinmekte olan bir duygudurum bozukluğu olduğu bilinmektedir. Bu kadar uzun zamandır bilinmekte olan bu hastalık ismine, 20.yüzyılın başlarına kadar olan sürede teşhis ve tedavi durumuna ilişkin birçok teknik kullanmaya girişimde bulunmakla beraber temelinde olan sebep ve tedaviye ilişkin çok somut başarılara ulaşılmadığı bilinmektedir. Fakat 1900'lerin başlarında Freud'un psikanalizi bir tedavi yöntemi olarak ortaya çıkarmasında ve bunun sonuncundan gelen medikal tedavideki büyük yenilikler (Lityum, MAOI, SSRI gibi ilaçların kullanıma girmesi) depresyona yönelik tedavilerde anında ileri derecede bir gelişme olduğu bilinmektedir (Özgan, 2012, s. 2).

Son on yıllık süreçte depresyonun önüne geçilmesi ve tedavi yönteminde tesirli psikososyal girişimlerdeki ortaya çıkan ilerlemeler dikkat çektiği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü major depresyonun yetişkin, yaşlı ve çocuklar üzerinde etkisi olduğunu ve dünya genelinde tüm engelliliklerin hemen hemen %12'sinin başta gelmekte olan bir sebebe dayalı olduğunu dile getirmektedir. Depresyon sağlık giderleri, işgücü kaybetmesi, intihar riski, yenilenme durumu dikkate alınması gerektiğinde sağlık çalışanı görevlileri bakımından göz ardı edilmemesi gereken bir mevzu olması gerekmektedir. Bu derlemenin işlevi; dünyada gösterdiği yaygınlık, giderek çoğalan depresif bozulmalara ilişkin psikososyal teşebbüsler ve bu teşebbüslerin faaliyetlerine değinmektir. 2020 yılına gelindiğinde depresyonun çalışma yaşamına etki gösteren rahatsızlık sorunları içerisinde ilk sırada olacağı kestirilebilmektedir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2015, s. 1).

Tıptaki ve teknolojideki gelişmelere bağlantılı bir şekilde birçok hastalık yok edilmiş ve ya kesin tedavilerle kontrol edilmeye başlanmışken, depresyon bilhassa sanayileşmiş batı ülkeleri başlıca gösterilmek için tüm dünya genelinde hızlı bir şekilde artış göstermekte ve büyük bir sağlık sorununu ortaya çıkarmaktadır. Depresyona bağlantılı işgücü yitimleri, verimlilikte düşme durumları epey bir ekonomik kayıp yaşamaya neden olduğu bilinmektedir. Depresyon yoğunluğundaki artış miktarının dışında depresyona başlangıç yaş oranının düştüğü gözlemlenmektedir. Bununla bağlantılı bir şekilde depresyonun komplikasyonlarından biri olan alkol ve madde kullanımı da bilhassa genç kişiler arasında giderek artmaktadır. Tedavisi yapılmamış depresyonun bir diğer etkin komplikasyonun ise intiharlar olduğu bilinmektedir. Genç ölüm nedenlerinde intihar Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenler içerisinde üçüncü sıraya yükselerek yerini değiştirdiği bilinmektedir (Savrun, 1999, s. 12).

Depresyon, bireyin işine, yaşına, cinsiyetine, gelir seviyesine, nerede oturduğuna, hangi milletten veya dinden olduğu dikkate alınmaksızın herkes de gelişebilir bir durumdur. Depresyon, kadınlarda, erkeklerden iki kat daha fazla görülür. İlk depresyon dönemi genellikle 25-44 yaşları arasında ortaya

çıkar. Hastaların neredeyse yarısında ilk depresyon dönemi 40 yaşından önce görülür. Ancak, gerek çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, gerekse yaşlılık döneminde ilk kez ortaya çıkabilir (Köroğlu, 2006, s. 14).

Orta ve ileri düzeydeki depresyonlu hastaların neredeyse %75'inde intihar eğilimi mevcuttur. Melankoliklerde intihar düzeyi yüksektir. %10'u başarılı olurlar. İntihar teşebbüsü (parasuicide) kadınlarda daha çok, ölümle sonlanan intihar girişimleri ise erkeklerde daha fazla düzeydedir. İntiharlar depresyonun erken aşamasında genellikle çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri nedeniyle rastlanır, buna karşın iyileşme süreçlerinde de beklenmedik bir umutsuzluk durumuna kapılması halinde de intihar girişimi yaşanabilir (Yavuz, 1999, s. 31).

2.3.1. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları

Bu bölümde depresyon kavramına yönelik olarak geliştirilen ve depresyonu açıklamaya çalışan kuramsal bilgilere yer verilmiştir.

2.3.1.1. Psikodinamik Kuram

Depresyonla ilgili psikodinamik bağlamda önemli teorisyenlerin öne sürdüğü pek çok görüş yer almaktadır. Depresyonun tedavilerinin temelinde Karl Abraham ve Sigmund Freud'un çalışmaları bulunmaktadır (Alper 2001). Kelime anlamı "çöküş, alçalma" olan depresyonda, bireyin biyo-psiko-sosyal bütünlük içerisinde hayatını en etkili şekilde yönlendiren ruhsal aygıtın fonksiyonunda bir bozulmadan söz edilmektedir. Ruhsal aygıttaki dengenin bozulması ile ruhsal aygıtı ayakta tutan obje ilişkilerinde bozulma ve narsistik durum kendini gösterir ve ana dinamik reaksiyon şeklinde gerileme meydana gelir. Farklı bir deyişle, her sistem kendini ayakta tutabilmek için, ilk olarak sistemi daha geri bir basamakta işler vaziyette ayakta tutmaya çalışır. Organizma da iç ve dış zorlanmalara yanıt olarak yeteri kadar direnç sergileyemediğinde ya da bunlarla başa çıkması mümkün olmadığı durumlarda, bu gerileme ile kendini koruma altına almaya çalışır. Gerileme dolayısıyla bireyin normal ortamı ile arasındaki uyum, eşgüdüm bozulur. Ruhsal aygıtın zorlanma durumunda verdiği yanıtlardan biri de depresyon halidir. Depresyondaki gerileme durumunda, gerek biçimsel, gerekse

zamansal bir yavaşlama, gerileme ve duraksama söz konusudur (Koptagel-İlal 1999; Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 6).

Freud'un psikoseksüel gelişim süreçleri üzerine oturtulmuş regresyon modelinde ise depresyon, oral döneme dair çözüme ulaştırılmamış çatışma, yeterli olmayan oral tatmin ya da aşırı oral gereksinimle doğrudan alakalı ve arzulanan ancak engellenmiş bir cinsel objenin yenilip yutularak zarar verilmesine ilişkin bilinçdışı bir istek şeklinde ifade edilir. Freud'a göre problem, depresif bireylerin ilk çocukluk süreçlerinde, özellikle ödipal karmaşasının çözümünden önce ciddi narsisistik yaralanmalar yaşamaları ve hayatın sonraki süreçlerinde benzer yaralanmaların gelişmesinden kaynaklanır. Işık'a göre yaşanan hayal kırıkları nedeniyle bireyler dış narsisistik destekler ararken, diğer bireylere karşı sevgi, yakınlık ve regresif bağımlılık duyguları barındırırlar (Alper 2001). Bu narsistik yardım arayışları nedeniyle süperego gelişmesini de bozarak, cezalandırıcı, affetmeyen, katı bir süperego geliştirirler. Oral bağımlılığı olan bu bireyler ihtiyaçlarını yalnızca boyun eğerek veya kendilerini beğendirerek karşılama eğiliminde oldukları için, öfke, saldırganlık gibi duygular sürekli bastırılmakta veya ters tepkiler verilmektedir. Eleştirel ve katı süperegı, bu duyguların boşaltılmasına fırsat vermemektedir. Yine bu bireylerin tüm ilişkilerinde, diğer bireylere karşı yaşanan bilinçli sevgi yanında, bilinçaltında ortaya çıkan nefret, öfke gibi ambivalan duygulara sahiptir (Alper 2001; Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 7).

2.3.1.2. Kişilerarası Kuram

Kişilerarası kuram, depresyonu üç farklı temel yapıda ele alır: Belirtiler, sosyal-kişilerarası yaşam ve kişilik. İlk olarak bireyin mevcut depresif belirtilerinin sıralanması gerektiği üzerinde duran teori, daha sonra bireyin mevcut sosyal çevresinin anlaşılmasının gerektiğini bildirir. Sosyal yapının iyi algılanması, toplumsal desteğin depresyona ilişkin koruyucu bir unsuru olmasına karşın tam aksine sosyal stresörlerin bireyin depresyon konusundaki hassasiyetini arttırması bakımından önem taşır. Diğer taraftan teori bireyin sinirli, utangaç veya kuşkucu olup olmama gibi bireyse nitelikleri ile özellikle uzun müddet süren pasiflik veya toplumsal risk barındıran durumlardan kaçınma gibi depresyonlu bireylerin oldukça sık ifade ettiği

davranış özelliklerinin tespit edilmesinin de üzerine yoğunlaşmaktadır. Kimi kuramlar depresyonun sebebi olarak bireyin mevcut problemli bireysel özelliklerinin tedavi edilmesi üzerinde dururken, kişilerarası kuramda kişiliğin tedavi edilmesi hedef gösterilmez. Depresyon halindeki bireylerin bağımlı, kendi ile yoğun uğraş halinde olan ve sinirli olarak ifade edilirken, depresyon durumu ortadan kalktığında bu niteliklerinde kaybolduğuna dikkat çekerler. Buna göre kuram bir takım uzun müddet sergilenen tutumları esasında depresyonun kendine özel niteliklerinin bir çeşit etkisi olarak görür (Weissman vd., 2007). Kişilerarası kuram müdahale için ilk iki yapıyı hedef alır. Depresyon tıbbi veya klinik bir hastalık olarak değerlendirilir ve bu bağlamda bireye hastalığın toplumsal roller ve ilişkilerde güçlükler yarattığını anlamasına ve kendini suçlama düşüncesinin azalmasına yardımcı bir yapı olur (Hinrichsen ve Clougherty, 2006; Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 8).

2.3.1.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı bakış açısının gelişmesine kadar egemen olan psikodinamik kuram, depresyona ilişkin yapmış olduğu açıklamalarda içsel süreçleri ve çocukluk yaşantılarını temel almıştır. Ancak daha sonra ortaya çıkan davranışçı kurama ise depresyonu uyaran-genellenmiş tepki ve olumlu pekiştireçlerde azalmayla gelişen sönme kavramları kapsamında ifade edilmeye çalışılmıştır (Demirbağ, 2013, ss. 8-9).

Davranışçı kuramcılara göre depresyon, işten çıkarılma gibi bir takım uyarıcılara verilen isteksizlik, iştah kaybı gibi genellenmiş tepkiler olarak ifade edilebilir. Öğrenme teorisine göre depresyona ilişkin yapılan ilk formülasyonlarından biri depresyonu, kayıp karşısında bireylerin kayıpla birlikte önem teşkil eden pekiştireçlerini kaybetmeleri ve dolayısıyla davranışlarında açık bir azalma ve durgunluk görülmesi biçiminde açıklamaktadır. Skinner depresyonu sosyal olumlu pekiştireçlerin azalması neticesin davranışlarda sönme şeklinde açıklanmıştır. Özetle, davranışçı yaklaşıma göre depresyonun temelinde ve hastalığın devam etmesinde bireyin çevresinden yeteri kadar olumlu pekiştireç alamaması yer almaktadır (Batur ve Demir, 2009; Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 9).

Davranışçı kuramlar, depresyonlu bireylerde sosyal pekiştireçlere ve açık davranışlara odaklanarak söz konusu hastalığın devam etmesine ve gelişiminde etkin olan bilişsel unsurları göz önünde bulundurmamalarından dolayı eleştiri almışlardır. İlerleyen süreçte davranışçı terapiler bilişsel terapiler ile kaynaşarak, bir arada ve birbirlerinden etkilenerek gelişmişlerdir (Batur ve Demir, 2009; Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 10).

2.3.1.4. Bilişsel Kuramlar

Bilişsel kuramlar gelişen psikolojik problemlerin ifade edilmesinde yanlış bilişsel süreçleri almaktadırlar. Toplumda oldukça yaygın şekilde rastlanan ruhsal problemlerden biri olan depresyon yine bu kapsamda pek çok bilişsel kural kapsamında açıklanmaya çalışılmıştır (Demirbağ, 2013, s. 9).

Bilişsel unsurlara değinen önemli yaklaşımlardan biri Aaron Beck'indir.. Beck'in modeli depresyonun motivasyon, duygu, fiziki ve bilişsel yapıya ilişkin semptomlar kapsadığını ortaya koysa da depresyonun bilişsel unsurlarının, sendromun belirlenmesinde eksen rolü oynadığı kabul edilir (Greenberg 2007). Kuramda dört temel öğe bulunmakta olup, araştırmacılar söz konusu öğeleri aşağıdaki gibi açıklamışlardır (Aktaran: Demirbağ, 2013, s. 10-11).

a) Bilişsel Üçlü: Bilişsel üçlü hastanın kendisi, çevresi ile olan yaşantıları ve geleceğe ilişkin fikirlerini ifade eden üç temel parçadan meydana gelir. İlk unsur bireyin kendisine ilişkin olumsuz bakış açısı olup, bireyin kendisini kusurlu, yetersiz, yoksun ya da hastalıklı olarak değerlendirmesidir (Arkar, 1992). Olumsuz üçlünün ikinci unsuru, bireyin çevresi ile olan ilişkilerini ve yaşantılarını olumsuz açıdan algılaması ile alakalıdır. Birey kendisinden beklenilenin oldukça fazla olduğunu ve dünyanın üstesinden gelinemeyecek güçlüklerle dolu olduğunu düşünür. Diğer unsur olan geleceğe dair düşünceler ise yine olumsuzdur ve o esnada yaşanılan zorluk ya da sıkıntıların sonsuza dek devam edeceğini düşünür (Batur ve Demir, 2009).

b) Olumsuz Otomatik Düşünceler: Zihin herhangi bir konu ile ilgilenirken bir başka düzeyde daha kısa ve hızlı değerlendirici düşünceler geçmektedir. Bu düşünceler otomatik düşünce olarak ifade edilmekte ve mantıkla veya

amaçla alakalı değildir. Bireyler gene olarak bu kendiliğinden ortaya çıkan, yanıp sönen düşüncelerin bilincinde değillerdir. Farkında olunan bu düşüncelerden sonra gelen duygusal durumdur (Beck, 2001). Depresyondaki bireylerin zihinlerinde ortaya çıkan otomatik olumsuz ve işlevsiz düşünceler daha temelde yer alan inançları ifade eder.

c) Ara İnançlar ve Temel İnançlar (Şemalar): Kurallar, tutumlar, beklentiler gibi fonksiyonel olmayan ara inançlar otomatik düşüncelerle temel inançlar arasından uzanan bir köprü gibidir. Bunlar bir bakıma yaşam kurallarıdır ve sürekli olarak bilişsel çarpıtmalarla pekiştirilmektedir. Bunların altında da ulaşılabilmesi en güç olan temel inançlar yer almaktadır. Söz konusu temel inanç ve şemaların çoğunlukla başlangıcı çocukluk dönemine dayanır, yaşam süresince gelişir ve değişmeleri de son derece güçtür (Batur ve Demir, 2009). Beck'e göre depresyondaki bireyler çocukluk veya gençlik sürecinde ebeveyn kaybı, birbirini takip eden çeşitli trajediler, akranların reddi, öğretmenlerin eleştirisi neticesinde olumsuz şemalar geliştirirler. Bu şemalar öğrenildiği durumlara yakından veya uzaktan benzer yeni durum veya olaylarla karşı karşıya kaldıklarında harekete geçerler. Şema verileri bilişlere çevirmede temeldir. Depresyondaki bireylerin bu şemaları gerçeği farklı yansıtmasına sebep olan bir takım bilişsel yanlılık ya da çarpıtmaları uyarır ve onlar tarafından beslenir (Davison ve Neale, 2004).

d) Bilişsel Çarpıtmalar: Beck (2001) hastaların çoğunlukla fikirlerinde istikrarlı şekilde bir takım hatalar yaptıkları üzerinde durmaktadırlar. Bunlara aşırı genelleme, seçici soyutlama, keyfi sonuç elde etme, kişiselleştirme gibi bilişsel çarpıtmalar örnek gösterilebilir.

2.3.2. Depresyonun Nedenleri ve Belirtileri

Depresyonun sebepleri eski dönemlerden bu yana araştırılmıştır. Hipokrat, depresyonu kara safra düzeyinin artmaya başlayarak beraberinde depresyonun etiyolojisiyle ilgili açıklamaların ilk duygusal örneklerinden birini ortaya koymuş oluyordu. Depresyon kendisini ruhsal alanda düşünsel, duygusal ve davranışsal belirtilerle gösterdiği için pek çok insan depresyona yalnızca bireyin başından geçen olumsuz olayların neden olduğunu

düşünmektedir. Oysaki depresyon yalnızca bir tek sebebe bağlı değildir. Meydana gelen olaylar, kişilik yapısı ve bunlara eşlik eden ya da kimi zaman da depresyona girmeyi kolaylaştıran beyindeki kimyasal değişiklikler bugün için depresyona sebep olduğu düşünülen üç ana unsuru meydana getirir. Pek çok bireyde duygu ve düşüncelerle ilgili organımız olan beyindeki kimyasal dengesizlikler –kalıtımsal olarak yatkınlığın da etkisiyle- sıkıntı veren olaylar, alkol, olumsuz düşünme şekli, farklı ilaçlar vb. gibi durumlarla depresyon tetiklenebilir. Bununla beraber kimi zaman yapısal olarak aileden depresyona son derece eğilimi olan bir birey için açık bir tetikleyici etken bulunmayabilir (Türkçapar, 2009, s. 19).

Depresyon belirtilerini 4 alt grupta incelenmektedir:
1) Duygu durum belirtileri; depresif duygu durum, dışarıdan anlaşılacak seviyede neşesiz ve mutlu olamama durumu ve bunun gün süresince ve yaklaşık olarak her gün gerçekleşmesi,
2) Bilişsel belirtiler; değer görememezlik ya da işe yaramazlık fikirleri, gelecek hakkında tahmin yapma problemleri,
3) Somatik belirtiler; iştah ve uyku problemleri,
4) Motor belirtiler; hareketlerde yavaş olmaya başlama ve ajitasyon ifadeleriyle değerlendirebilmektedir. Anhedoni, öncesinde zevk alınmakta olan etkinlikler ve uyaranlardan zevk alma durumunun olmadığını belirtmektir ve kesin olarak bir alt gruba girme durumu olmadığı bilinmektedir (Gönül, 2012, s. 2).

Literatürde depresyon nedenleri arasında cinsiyet değişkeninin de önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir. Dünyanın neresinde yapılırsa yapılsın, tüm çalışmalarda depresyon görüme sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyet değişkenine göre ele alındığı zaman depresyon görülme düzeyi bazı yaşlarda değişkenlik gösterse de genç, orta yaş, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde söz konusu farklılıklar açıkça görülmektedir. Kadınlarda depresyon düzeyinin yüksek olmasının temelinde endokrin sistemin yattığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da postpartum ve premenstrüel dönemler boyunca kadınlarda depresyon riskinin

arttığı, buna karşılık menopoz döneminde depresyon riskinin yüksek olmadığı belirtilmiştir (Savrun, 1999, s. 13).

Depresyona neden olan unsurlar arasında sosyo-ekonomik durumun da önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Literatürde kesin sonuçlar yer almamakla beraber düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir ilişki kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon düzeyi, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta yer alan kadınlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha çok görüldüğü iddia edilmiştir. Bu konuda ülkemizdeki çalışmalar kesin bir sonuç vermemesinin yanı sıra, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (Savrun, 1999, s. 15).

Köknel (2005, s. 59) depresyonun temel belirtilerini aşağıdaki gibi açıklamıştır;
Doyumsuzluk, ilgisizlik ve isteksizlik: Duygu durumundaki keder ve elem hastanın kendisinden memnun olmamasına neden olur. Bu durum yeteneksizlik, beceriksizlik, değersizlik gibi yakınmalarla ifade edilir. Hasta önceden ilgi duyduğu, zevk aldığı bireylere, olaylara, nesnelere karşı ilgisiz kalır. Gündelik hayattan, yaşamından tatmin olamaz. Bu doyumsuzluk durumu hastanın çevresi, ailesi ve işiyle bağını azaltır veya tamamen koparır. Bütün ilgiler, ilişkiler ona gereksiz, anlamsız gelir. Hasta çaba, sorumluluk, çalışma getiren durumlardan kaçıp uzaklaşmak ister. Tatminsizlik genellikle ilgi ve duygu azalması ile beraber olur. Hastanın bireylerle, olaylarla, nesnelerle kurduğu duygusal bağlar zayıflar, azalır.

Neşesizlik, karamsarlık ve kötümserlik: Neşesizlik depresyonların, elem ve keder yönünde artmış olan duygu durumunun önemli bir görüntüsüdür. Depresyonlu hastalar sevinçlerini kaybettiklerinden mizahtan, şakadan hoşlanmazlar. Genel olarak depresyonlu hastalar durumları olduğundan daha önemli bir boyutta değerlendirirler. Olaylara kötümser ve karamsar gözle bakarlar. Depresyon durumu hafif olan bir hasta, anlatılan bir fıkradan, gördüğü bir karikatürden, yapılan bir şakadan eskisi gibi zevk almadığını, haz duymadığını söyler. Depresyonu orta düzeyde olan bir hasta bu durumda,

başkalarına karşı ayıp olmasın diye gülümser, gülmek için çaba harcar, kendini zorlar. Ancak gördüklerinden, dinlediklerinden, zevk almaz, hoşlanmaz ve eğlenmezler.

Dikkatsizlik, unutkanlık ve kendini düşük değerlendirme: Depresyonlu hastalar çoğunlukla “dikkatlerinin dağıldığından”, “dikkatlerini toplama güçlüğünden” yakınırlar. Seçici dikkatsizlik görülür. Dikkat dağınıklığında hasta dikkatini bir nesneye, bireye olaya yoğunlaştıramaz. Seçici dikkatsizlikte birey için anlamlı, önemli konular, mesajlar ilgi alanına giremez. Buna bellek hataları, unutkanlık, hatırlamada güçlük eklenir. Depresyonlu hastalar çoğu zaman gördüklerini, okuduklarını, duyduklarını yapacakları işi, tanıdıklarını anımsamakta güçlük çektiklerinden yakınırlar. Dikkat ve bellek bozuklukları düşüncenin dağılmasına neden olur. Gerçekçi, doğru, mantıklı karar verme güçleşir, hatta imkansızlaşır. Kararsızlık depresyonlu hastanın esas problemlerinden biri haline gelir.

Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler ve kendini suçlama: Depresyonlu hastaların şimdiki karamsarlıkları, kötümserlikleri geleceğe dair olumsuz beklentilere, çıkarımlara neden olur. Hastalar ruhsal, fiziksel, toplumsal tüm belirtilerinin, serzenişlerinin, problemlerinin, gelecekte de devam edeceğini, hatta daha da kötüye gideceğini düşünürler. Genel olarak depresyonlu hastalarda rastlanan intihar fikirleri, girişimleri, eğilimleri, olumsuz beklentilerden kaynaklanır.

Kararsızlık ve kuşku: Depresyonlu hastalar karar vermekte güçlük çekerler, kararsızlık içinde kalırlar. Depresyon düzeyi az olan hastalar, daha önce kolay ve rahat karar verdikleri durumlarda dahi uzun uzun düşünürler. Hatalı, eksik karar vermekten çekinirler. Kendilerine ve işlerine dair karar verirken devamlı olarak başkalarına danışır, onların onayını, yardımını, desteğini beklerler. Orta düzeyde depresyonlu hastalarda kararsızlık tüm gündelik hayatı etkiler. Alışılagelmiş gündelik işlerin yapılması bile güçleşir, imkansızlaşır. Ev kadını yapacağı yemeği, yemeğe ekleyeceği tuzun, yağın miktarını başkalarına sorar. Kamu kurumunda çalışan memur her gün belirli yerlere gönderdiği, hazırladığı, onayladığı yazıları gönderirken endişe duyar.

Azalan güdülenme: Depresyonlu hastalarda motivasyon azalmıştır. Bu azalma depresyonun ciddiyetine ve düzeyine göre, toplumsal güdülerden biyolojik, fiziksel, fizyolojik güdülere doğru olur. Hafif depresyonlarda ev kadını ev işi ve yemek yapmak, iş adamı çalışmak, öğrenci okula gitmez istemez. Orta düzeyli depresyonlu hasta gündelik işlerini, sorumluluklarını, görevlerini zorlukla yerine getirir. Ciddi depresyon hastası yemez, içmez beslenmesini gerçekleştirmez.

Yanılsamalar ve varsanılar: Depresyonlarda gerçek, nesnel ortamın algılanmasında öznel algı ortamı önemli bir paya sahiptir. Bu yüzden yanılsamalar (illüzyon) kendini gösterir. Hasta kişileri, nesneleri, olayları, gördüklerini, duyduklarını, dokunduklarını yanlış olarak algılar. Seslerden kolay ve çabuk etkilenir, konuşulanları kötü yorumlar, gördüklerinden korkar. Kimi zaman yanılsamalar, sanrılara, varsanılara da (halüsinasyon) dönüşebilir. Böylelikle hasta çevreyi bir mesaj, uyarıcı olmadan algılar. Farklı bir ifadeyle, nesnesiz algılama durumuna düşer. Depresyonlarda, özellikle düşünce bozuklukları ve psikotik belirtilerle birlikte olan melankolide hasta kendini kötüleyen, aşağılayan, küçülten kötü sözler duyar. Bunlar küfür şeklinde de olabilir.

Düşünce bozuklukları ve hezeyanlar: Depresyonlarla bellek azalması, eksik ve kusurlu anımsama ve bellek kaybı sık sık kendini gösterir. Dolayısıyla hatalı olarak bunama teşhisi koyulan depresyon vakaları vardır. Düşüncenin akışı yavaşlar. Sözcükler geç ve zor olarak anımsanır ve kullanılır. Zaman zaman duraksamalar görülür (Köknel, 2005, ss. 59-65).

2.3.3. Depresyon Türleri

Depresyonun tanımlanmasıyla birlikte sınıflandırılmasına yönelik çabalar da başlamıştır. Bilim adamları tarafından tarih boyunca depresif rahatsızlıklar değişik alt gruplara ayrılmıştır. Bu kapsamda depresif rahatsızlıklar bugünkü sınıflamalarda tek bir bozukluk şeklinde görülmemekte ve farklı başlıklar altında sınıflandırılmaktadır (Türkçapar, 2009, s. 3).

Majör Depresyon: Majör depresyon literatürde büyük depresyon olarak bilinmektedir (Alper, 2009, s. 13). Depresyon denildiğinde akla ilk gelen majör depresyondur. Diğer alt gruplara daha az dikkat çekilmektedir (Savrun, 1999, s. 12). Majör depresyon nöbetler şeklinde görülür ve genellikle 30'lu yaşların başında rastlanılmaktadır. Majör depresyonda egonun gerçeği ele alma işlevi ileri düzeyde bozulmuştur. Hallüsinasyonlar, hezeyanlar, görülebilir. Hezeyanlar, kendini kınama ve suçlama şeklindedir. Şizofreniden ayrılan kısmı, yalnızca depresyon sürecinde ve affektif sendromla beraber rastlanır, iyileşme ile ortadan kalkar. Bu hastalarda bireysel yetersizlik, yoksulluk, hastalık, suçluluk, ölüm hayali günahları için cezalandırılma, cezalandırılmayı hak etme, kendisinin ve dünyanın yok olacağına ilişkin nihilistlik, kanser ya da ölümcül bir hastalığa yakalanacağına dair düşünceler, somatik günahkarlık veya yetersizlik nedeniyle kendisine kötülük yapılacağı şeklinde perseküsyon hezeyanlarına rastlanır. Hallüsinasyonlar depresif durumla uyum içindedir. Psikomoyor inhibisyon vardır, yemek reddi olabilir, az da olsa depresif duruma uymayan hezeyanlarla karşılaşılabilir (Yavuz, 1999, s. 29).

Negatif Etkilenme: Negatif etkilenme pek çok uyarıcının, depresyonun ve kaygı durumunun bir arada yaşanmasıdır. Çocuklar ele alındığında daha çok karşılaşılmaktadır, zira henüz biyolojik olarak incinebilirlikleri devam etmektedir. Zamanla bu durum ilerleyecek, çocuk erişkinlik sürecine girdiğinde bu olumsuz etkilenme hali değişime uğrayacak, rahatsızlık yerini ya tam bir depresyona ya da temel bir yoğun endişe alışkanlığına bırakacaktır (Demirci, 2017, s. 15).

Distimi (Nörotik Depresyon): Distimi literatürde depresif nevroz olarak da bilinmektedir (Alper, 2009, s. 13). Erişkinlerde en az 2 yıl, çocuk ve ergenlerde 1 yıl süreyle süren depresif duygu halidir (çocuklar ve ergenler genellikle irritabldırlar). Gün boyu devam eden depresif belirtilerle karşılaşılır, majör depresyon kadar ağır değildirler. Klinik belirtiler şöyle ifade edilebilir: konsantrasyonun düşmesi, karar verme sürecinde sorunlar yaşama, unutkan olma ve bundan sık sık yakınma, geleceğe yönelik karamsar beklentiler içine girme, üzüntü ve çaresizlik, sevgiyi ve güvenliği yitirme korkuları bulunmaktadır. Çocuklarda aşırı huzursuzluk ve öfke, kaygı, kötümserlik,

korku, ve anksiyeteye rastlanır. Enerji düşüşleri, bitkinlik, kronik yorgunluk, verimlilikte düşüş, uyku düzensizliği, toplumdan soyutlanma, iştah bozukluğu diş gıcırdatmaları (bruksizm) ve gece korkuları görülebilir (Yavuz, 1999, ss. 32-33). Günümüzde eski yaygınlığını kaybetmesine rağmen hala bu kavramın geçerliliğini iddia eden araştırmacılar vardır. Örneğin Tsuang ve Winokur'un 1992 yılında gerçekleştirmiş oldukları ve nevrotik depresyon kavramının geçerliliğini sorgulayan çalışmalarında nevrotik depresyonu olan hastaların nevrotik olmayanlardan belirtiler, aile öyküsü, klinik gidiş ve sonlanım bakımından ayrıldıklarını bulmuşlardır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre nevrotik depresyonlu hastalar daha gençtir, ailelerinde alkolizm daha fazla görülür ve genel olarak hazırlayıcı bir etken mevcuttur (Türkçapar, 2009, s. 17).

Çifte Depresyon: Çifte depresyon, majör depresyon ve distimi bozukluğunun birlikte rastlanıldığı depresyon türüdür. Majör depresyon tanısı koyulan hastaların yaklaşık olarak %40 kadarı distimik bozukluk tanısı da alır. Çifte depresyon halinde, majör depresyonun ve distimik bozukluğun tedavisi beraber yapılmalıdır. Yalnız bir durumun tedavi edilmesi durumunda istenilen iyilik durumuna ulaşmak neredeyse imkansız olacaktır (Demirci, 2017, s. 15).

Puerperal Depresyon: Genellikle doğum sonrası dönemde bulunan kadınlarda ortaya çıkmaktadır. Bu depresyon biçimi üç tip olarak ele alınmaktadır. Birinci tip depresyon doğumdan sonra 3-5 gün içinde gelişmekte, geçici ağlama nöbetleri, anksiyete ve letarji gibi belirtiler gözlenmektedir. İkinci tip depresyon doğumdan itibaren 20-25 gün sonra gelişmekte, kadında karamsarlık, üzüntü ve yetersizlik gibi duygular gözlenmektedir. Üçüncü tip depresyon ise doğumdan itibaren ilk üç ay içerisinde ortaya çıkmaktadır (Yavuz, 1999, s. 33).

Atipik Depresyon: Genel olarak 15-40 yaşları arasında karşılaşılan ve endojen olmayan, gün içerisinde değişim gösterebilen, anksiyete fobik, obsessif ya da histerik belirtilerin yanı sıra akşamları artan depresif duygular, uygu düzensizliği, kilo artışı ya da iştah kaybı, cinsel problemler, uyumsuzluk, alkol ve buna benzer maddelere yönelme ve dürtüsel tutum sergileyen,

şikâyetlerini somatize etmeye ve histrionik davranışlarla beraber kişilik bozukluklarını anımsatan nitelikler sergilemektedir (Yavuz, 1999, s. 33).

2.4. Sağlık İnanç Modeli

Çağdaş halk sağlığı felsefesine göre mühim olması gereken kişinin hastalığa yakalanmadan önce, daha sağlıklı bir durumdayken sağlıklarını koruma altına almak ve onları geliştirmekte olmaktır. Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruma ve geliştirme noktasında bireyin tedaviye uyum şeklini tanımlama ve değerlendirmede kullanılan bir rehberdir (Gözüm ve Çapık, 2014, ss. 230-231). Bir başka düşünce ile İnanç Modeli kişilerin erken teşhise bağlantılı olarak tutum ve hareketlerini anlamada ve tanımlamada etkin olarak kullanılmakta olan modellerden biri olduğu bilinmektedir (Nahcivan ve Seçgili, 2003, s. 33).

Sağlık inanç modeli temel olarak 6 bileşenden meydana gelmekte olup, literatürde söz konusu bileşenler aşağıdaki gibi açıklanmaktadır (Glanz ve diğerleri, 2002);

Algılanan Duyarlılık: Bireyin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilişkili algısıdır. Bu, tanının kabul edilmesini, hastalığa yakalanma ihtimalini de barındırır. Bireysel bir durumdur.

Algılanan Ciddiyet: Hastalığın algılanan ciddiyetidir. Tedavi reddedildiğinde gelişebilecek sonuçları da kapsamaktadır. Hastalığın ağrı, sakatlık, ölüm, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmeleri de içermektedir. Duyarlılık ve ciddiyetin beraber değerlendirilmesi, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır.

Algılanan Yarar: Ciddi olduğuna inanılan bir duruma duyarlı olunduğunun kabulü, bireyi davranışa zorlar. Gerçekleştirilecek tutum sonucu, hastalığa kapılma riskinin azalacağına ilişkin algılanan faydadır. Birey, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin fayda sağlayacağı görüşündedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma ihtimalinin azalacağı beklentisidir.

Algılanan Engeller: Tavsiye edilen davranışın, gerçekleştirilmesini güçleştirdiği, düşünülen engeller veya davranışın olası olumsuz yanlarıdır. Birey, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını karşılaştırır. Algılanan ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini düşürürse, tutum gerçekleştirilir. Bir başka ifadeyle, sağlığa ilişkin koruyucu bir tutumun gerçekleştirilmesine engel olan ya da güçleştiren unsurlarla ilgili algıdır. Böyle bir algı, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini geciktirebilir veya engelleyebilir.

Öz Yeterlilik: Albert Bandura'ın Sosyal Bilişsel Teorisi'nin bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçları elde etmek için tutumun gerçekleştirilmesine ilişkin bireyin kendine olan inancını, iradesini ve kararlılığını içermektedir. Bu bileşen modele daha sonra ilave edilmiştir. Modelin orijinal yapısında, koruyucu sağlık tutumlarının gerçekleştirilmesi üzerinde durulmaktadır. Tarama testi yaptırmak veya aşı olmak gibi. Bu tutumlar kısa vadelidir ve çoğunlukla bir kere gerçekleştirilmektedir. Mamogram çektirmek veya aşı yaptırmak, yüksek kalorili yiyecekler tüketmek, sigara kullanmak, düzenli cinsel yaşam gibi hayat boyu devam edebilecek davranışlardan farklıdır. Yaşam şekline ilişkin davranış değişikliği gerçekleştirilirken, hayat tarzını değiştirmek ve sonucun iyi olacağına inanmak gerekmektedir. Davranış değişikliğinin başarılı olabilmesi için, hali hazırdaki durumun tehdit edici olduğunun algılanması (algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılık) ve davranış değişikliğinin kabul edilebilir bir maliyetle faydalı bir sonuca varacağına inanmak gerekmektedir. Harekete geçmek için, algılanan engelleri aşma noktasında, bireyin kendisini yeterli hissetmesi önemlidir. Dolayısıyla, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın devam ettirilmesinde öz yeterlilik önemli bir etkendir.

Davranış ile İlgili İpuçları: Sağlık İnanç Modeli geliştirilirken, davranışa etki eden ipuçları da tartışılmıştır. İpuçlarının önemli olmasının yanı sıra, sistematik açıdan çalışılmamıştır. İpuçları, davranışa etki eden mekanizma olarak değerlendirilmektedir (Aktaran: Çenesiz, 2007, s. 2-4).

Sağlık inanç modelinin birtakım sınırlıkları ortaya çıkmaktadır. Rohleder (2012)'nin düşüncelerine göre Sağlık İnanç Modelinin birtakım sınırlıkları şöyle tanımlanmaktadır;

1. Sağlık inançlarını değerlendiren ölçeklerde SİM'in çeşitli sürümleri çalıştırılmaktadır. Çalışmaların birtakımlarında sağlık motivasyonu ve hareket geçirici unsurlardan bahsedilmemektedir.

2. Çalışmalarda yalnızca bileşenlerin harekete gösterdiği etkisi gözlemlenmektedir. Harekete geçiş evresinde bir bileşenin gösterdiği etki fazla iken, diğer bir birleşenin gösterdiği etki düşük ölçüde ortaya çıkmaktadır. Ancak modelde bulunan bileşenlerin birbirleri ile gerçekleşen bağlantıları kesin bir şekilde duruluk kazanamamaktadır.

3. Modelin sabit bir yapıda olduğu saptanmaktadır. Bileşenler çoğunlukla eş süreli ve tek bir zaman diliminde değerlendirmeye alınmaktadır. Bundan dolayı model dinamik varyasyonların inançlar üzerinde gösterdiği etkiyi değerlendirmeye almamaktadır.

4. Model sağlık hareketine etki gösterecek diğer etkenleri açıklığa kavuşturmada başarıl olamamaktadır. Örneğin spor salonunda çalışmakta olan kişinin vücudu zinde olduğundan dolayı güdülenmesinin fazla olabilmesi ortaya çıkmaktadır.

5. Model, kişinin öz verimini ya da kontrolünü meydana çıkarması için toplumsal çevre ya da kültürel normlardan oluşan engellerin verimini göz önünde bulundurmamaktır.

6. Model, kişinin hareketinin yalnızca sağlık inançlarından değil niyetten/arzudan da etkileneceğini hesapta tutmamaktadır (Akt. Gözüm ve Çapık, 2014, s. 231).

Meme ve serviks kanseri mühim bir toplum sağlığı problemi olmakla beraber erken teşhis konulduğunda kişinin yaşamını sürdürme ihtimali

yükselmektedir. Erken teşhis konulduğundaki zamanlarda ise hastalığın prognozu kötüye gitmekte, hayat kaybetmekle sonuçlanmakta ve sağlık bakım masrafları fazla olmasını ortaya çıkarmaktadır. Kadınların erken teşhise ilişkin faaliyetlerini etkide bulunan etkenleri kapsayan sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli, verilmesi gerekecek sağlım derslerinin planlanmasında ve derslerin etkinliğinin arttırılmasında verimli olma durumu düşünüldüğü belirtilmektedir (Gördes-Aydoğdu ve Bahar, 2014, s. 34).

Ersin ve Bahar'a (2012, s. 28) göre, meme kanseri erken teşhis hareketlerine ilişkin farkındalığın arttırılması ve bu hareketlerin sistemli bir şekilde uygulanması için modellerle destek verilmiş ders programlarının düzenlenmesi ve uygulanması fazlasıyla etkili olmaktadır. Kadınlarda meme kanseri erken teşhis hareketlerinin kazandırılmasında en fazla kullanılmakta olan modelin Sağlık İnanç Modeli olduğu bilinmektedir.

2.4.1. Sağlık İnanç Modeli İle İlişkili Kavramlar

Sağlık inancı modeli ile ilişkili temel olarak sekiz kavram bulunmaktadır. Bunlar; algılanmakta olan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet, fayda, güdüleme, engel, gözdağı, hareketin etkililiği ve eyleme başlama ihtimali olduğu bilinmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014, ss. 230-231).

Yatkınlık algısı: Meme kanserine tutulmada bireysel risk anlaşılma düzeyinde olmaktadır.

Ciddiyet algısı: Meme kanseriyle ilişkin bireysel tehdidin, hastalığının ehemmiyetinin algılanması olarak ifade edilmektedir.

Yarar algısı: Mammografi, meme ultrasonografisi ve klinik meme muayenesinin pozitif sonuçlarının, faydalarının anlaşılması olarak ifade edilmektedir.

Engel algısı: Kişinin meme kanserinin erken teşhisine ilişkin hareketleri oluşturmasında verimli olan etkenlerin anlaşılması olarak ifade edilmektedir.

Güven algısı: Kişinin erken teşhise yönelik harekeleri ile yapma yetkisine olan kişisel inancı olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık motivasyonu algısı: Kişinin çoğunlukla sağlığını kaybetmemek için gereken inanç ve hareketleri olarak tanımlanmaktadır.

Tehdit algısı: Meme kanserinin toplumdaki sık olmasının ve yoğunluğunun anlaşılması olarak ifade edilmektedir (Champion1993; Champion 1999; Champion ve Scott 1997; Akt. Nahcivan ve Seçgin, 2003, s. 35).

2.4.2. Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Alanlar

Sağlık İnanç Modeli'nin son derece yoğun kullanıldığı alan, sağlığın korunmasına ilişkin tarama tutumlarının uygulanmasıdır. Modelin kullanıldığı tarama davranışlarından en fazla tercih edileni, meme kanserinin erken teşhis edilmesi için mamogram çektirilmesidir. Konuya ilişkin çalışmalarda, mamogram çektiren kadınlarda, algılanan risklerin güçlü; algılanan engellerin zayıf belirleyiciler olduğu tespit edilmiştir. Sosyoekonomik seviyesi düşük olan kadınlarda, inançlara ilişkin hazırlanan materyal ve mesajın, uyumu artırdığı gösterilmiştir (Glanz vd., 2002; Aktaran: Çenesiz, 2007, s. 7).

Sağlık İnanç Modeli'nin kullanıldığı diğer bir alan HIV/AIDS uygulamalarıdır. AIDS'e ilişkin algılanan tehdit seviyesi yüksek olduğu için, koruyucu davranışlarda bulunma kararı, algılanan engel ve algılanan faydanın bileşkesi olarak kendini göstermektedir. Algılanan tehdit seviyesi zayıf, algılanan fayda güçlü ise, davranış değişikliği gelişebilir. Söz gelimi, bireyin eşi, kondom kullanılmasını istiyorsa, birey tehdit algısından bağımsız olarak kondom kullanabilir ve bu davranışı benimseyebilir. Burada algılanan fayda, doğrudan AIDS'le ilişkili olmayıp, eşini memnun etmek ile alakalıdır. Kimi durumlarda algılanan fayda, gebeliğin önüne geçmektir. Bu noktada birey, kondom kullanmayı kabul ederek, AIDS'ten korunmuş olabilir. Algılanan fayda ve tehdit seviyesi yüksek değilse, algılanan engellerin seviyesi yüksek olmasa dahi, davranış değişmeyebilir. Eşin cinsen tatminin azalması, konuya ilişkin fikirleri, algılanan engelleri meydana getirebilir ve riski tutumları artırabilir (Glanz vd., 2002; Aktaran: Çenesiz, 2007, s. 10).

Sağlık İnanç Modeli, kanser tarama çalışmalarında da kurumsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Modele göre meme kanserine duyarlı olduğuna ve meme kanserinin öneminin bilincinde olan kadın, Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapmaktadır. KKMM'nin faydalı olduğunu düşünen kadın uygulamaya ilişkin daha az engelle karşı karşıya gelmekte; daha fazla güdülenmekte ve daha sık KKMM yapmaktadır (Gözüm ve Aydın, 2004; Aktaran: Çenesiz, 2007, s. 11).

Yalçınöz-Baysal (2008: 6)'ın yaptıkları çalışmada kadınların meme kanseri ve mamografi çektirmeye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Mamografi çektirmeyi düşünmeyen kadınların meme kanserine dair duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu algılarının mamografi çektirmeyi düşünen kadınlardan daha düşük, mamografi çektirmeye ilişkin engel algısının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mamografinin faydasına yönelik sağlık inancı ise her iki grupta benzer tespit edilmiştir.

2.5. Konu ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Güciva ve Topçu(2017, s. 63-74) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri teşhisi konan hastaların sağlıklı yaşam davranışlarının ve yaşam kalitesi amacı ile yapılmıştır. Uygulamaya katılan kişi bir Uygulama ve Araştırma Merkezinde gün içerisinde kemoterapi bölümüne başvuran reşit olan çalışmaya gönüllü olan 6. doz kemoterapisini alan, iletişim konusunda sıkıntısı olmayan, 1-2. evrede olan meme kanseri teşhisi konmuş 150 hasta katılmıştır. Yapılan çalışmada kullanılan ölçek çeşidi olarak Sağlam Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılara ölçek bire bir diyalog şeklinde tek görüşmede uygulanmıştır. Meme kanseri tanısı konan hastaların yaşam kalitesi olarak; en az puan alan Emosyonel Rol kısıtlığı çıkmıştır, en çok puan alan alt boyutun ise Mental Sağlık çıkmıştır. Araştırmada sonuç olarak teşhis konan hastalarda sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam davranışlarına olan etkisi incelendiğinde, eğitim düzeyi, tedaviye destek olan kişilerin, medeni durum ve mesleki durumun önemli birer değişken olarak karşımıza çıkmıştır.

Çeler (2017, s. 66) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri tanısı konmuş hasta ve yakınlarının sosyo demografik özellikleri ve bakım yükleri, yaşam kalitesi arasındaki bağlantıyı incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Yapılan çalışmada örneklem grubu olarak Hafsa Sultan Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi polikliniklerine 2016 – Mart 2017 tarihleri arasında tedavi olmak için başvuran 100 meme kanserli kişilerin öncelikli yakını katılmıştır. Çalışmada ölçek olarak Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Zarit Bakıcı Ölçeği Kullanılmıştır. Araştırmacı anketleri bire bir görüşme tekniği ile yapmıştır. Araştırmanın sonucunda ise hastaya bakan kişinin yaş ortalaması yükseldikçe sosyal olarak yaşam kalitesinde azalma olduğu, gelir seviyesi yükseldikçe sosyal alanda ve ulusal çevresel alanda yaşam kalitesi daha yüksek bir duruma gelmektedir. Bu bulgular sonucunda meme kanseri hastası ve yakınlarının yaşam kaliteleri, bakım yükleri belirli aralıklarla değerlendirme altına alınmalı, teşhis konan meme kanseri hastalar kadar yanlarında bakımlarına yardımcı olan hasta yakınları; sosyoekonomik durumlara bakarsak sosyal durumdan, özellikle hasta eşi eğitim tarafından desteklenmelidir. Bakımında yardımcı olanlara eğitim kısmında, ekonomik ve sosyal alanlarda ihtiyaçları belirlenip ve tamamlanması gibi sorunlarının unutulmaması gerekmektedir. Bunlar yapıldıktan sonra bakım için yardımcı olan hasta yakınlarının bakım yükleri azalıp yaşam kalitesinin daha iyi bir duruma geldiği takdirde tedavi olan hastanın tedavi boyunca hastalıkla baş edebilme çabaları daha olumlu etkilenecektir.

Özçolak (2016, s. 142) tarafından yapılan araştırmada kanser teşhisi erken yapılan kişilerin ruhsal durumları ve eş uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Kasım 2015 – Mayıs 2016 arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde erken teşhis kuralına uyan 186 hasta katılmıştır. Araştırmada kullanılan anket veya ölçek türleri şunlardır: Ruhsal Belirti Tarama Testi, Çiftler Uyum Ölçeği, Genel Sağlık Anketi Form kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre erken tanının ardından hastaların ruhsal durumları ve eş uyumu arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Hastanın eş uyumu azaldıkça ruhsal belirtileri artmaktadır. Tanının ardından hastaların psikolojik olarak sorunların çözülmesi için destek olanaklarının aktif edilmesi gerekmektedir. Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisi

ile ortak iş birliğinde yürütülmesi ve kanser hastalarının eşlerinin desteklerini artırmaları için hemşirelik girişimleri yapılıp uygulanması önerilmiştir.

Kefeli-Çol (2016, s. 79) tarafından yapılan çalışmada meme kanseri operasyonu geçiren hastalar ile eşlerinin sağlık açısından geliştirme modeline ile evde verilen eğitimin yaşam kalitesi ve aile işlevselliği ve etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmayı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji bölümünde tedavi olan 94 kadından oluşmaktadır. Çalışmada veri toplamak için Kadınlara Yönelik Tanıcı Form, Aile Değerlendirme Ölçeği, Eşlere Yönelik Tanıcı Form, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca hastalara ön test ve son test olarak kontrol gruplu ie deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda ise masketomi olan kadınlar ile eşleri sağlığı geliştirme türlerine göre evde alınan eğitimin eşlerini ve kadınların aile işlevliğini olumlu etkilediğini, yaşam kalitesinde gelişme gözlemlenmiştir.

Olgun (2015, s. 56) tarafından yapılan çalışmada birinci derecede yakını meme kanseri olan kadınlara sağlık inançları hakkında verilen eğitimin etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan kişiler Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi bölümlerine başvuran meme kanseri teşhisi konan kişilerin yakınlarından oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan çalışma türleri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Tanıcı Özellikler Formu. Sonuç olarak araştırmada kadınları büyük çoğunluğu araştırmaya gönüllü olmadan önce meme kanseri taramasına ve koruması hakkında bilgi sahibi olmadığı gözlemlenmiştir. Eğitim başlangıcından önce ve sonrası SİMO' nün KKMM engelleri ve yararları ile öz etkililiği engelleri ve mamografi yararları alt başlık sonuçlarında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Fakat önemseme, duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu hakkındaki alt başlıkta ise istatiksel olarak bir anlamlı farklılık göstermemiştir.

Atay ve Diğerleri (2015, s. 612) tarafın yapılan araştırmada meme kanseri nedenlerinin depresyon ve aile işlevleri arasındaki ilişkiyi bulmayı amaçlamıştır. Yapılan çalışmada en az 6 ay önceden meme kanseri teşhisi

konmuş Evre 3 ve Evre 2'de metastazı bulgusu bulunmayan 45 hasta üzerinde yapılmıştır. Araştırmada Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Aile Değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonunda ise roller ile duygusal tepki verme BDÖ puanı ile negatif bir bulgu olduğu bulunmuştur. Ayrıca ADÖ bulgularına göre, problem çözme alt ölçek haricinde, roller, iletişim, gereken ilgiyi göstere bilme, duygusal tepki verebilme ve davranış kontörlü alt ölçeklerin tamamında işlevsel olarak bozulma bulunmuştur.

Arslantaş (2014, s. 12) tarafından tamamlanan araştırmada meme kanserli kadınlarda meme ampütasyonun eş uyumu ve benlik saygısı üzerindeki etkisinin neler olduğu amaçlanmıştır. Araştırmaya 50 sağlıklı kadın ile 50 mastektomili kadın katılmıştır. Araştırmada Çiftler Uyum Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda meme ampütasyonu geçiren kadınlar memeyi cinsellik ve kadınlığın bir kısmı olarak görmekte, memeyi sadece bir organ olarak görenlere oranla anlamlı bir fark olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada Eş uyumu ve benlik saygısı açısından sağlıklı kadın ile mastektomili kadınlar arasında istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kolutek (2014, s. 6) tarafın yapılan araştırmada evde planlı izlenim, evli kadınların serviks kanseri ve meme kanseri aramalarına ilişkin davranışlarına ve sağlık inançlarına etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Yapılan çalışmaya 153 kadın katılmıştır. Araştırmada kullanılan Tanıcı Anket Formu, Rahim Ağzı kanseri ve Pap Smear Testii Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Taramalarında Sağlık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda kadınlarda planlı bir izlenim ile serviks kanseri ve meme kanseri için erken teşhis ve taramalara katılım olarak olumlu bir gelişme görülmüştür.

Tunç (2014, s. 298) tarafından yapılan araştırmada iki farklı amaç bulunmaktadır. 1. Amaç araştırmada tedavi altında olan meme kanseri olan kadınların hastalık algıları ile başa çıkma şekilleri kaygısı ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. 2. Amaç ise tanı konmuş hastaların psiko-sosyal ihtiyaçlarını bulmaktır. Araştırmaya 1. Aşama için katılanlar Adana ve Mersin yaşamını sürdüren, birincil meme kanseri teşhisi

konmuş ve ayakta tedavisi devam eden 103 kadından oluşmuştur ve nicel bir araştırma benimsenmiştir. Çalışmada Beck Anksiyete Envanteri, Hastalık Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın 2. Amacı olan ise nitel bir yaklaşım benimsenip çalışma grubu olarak gönüllükle ilkesiyle belirlenen 20 meme kanseri teşhisi konmuş kadından oluşmaktadır. Bu bölümde araştırmacı tarafın belirlenmiş 6 soru içeren yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır ve bu form bire bir görüşme tekniği şeklinde tamamlanmıştır. Araştırmanın sonucunda ise nicel analiz ile bulunan sonuçlarda tanı konmuş hastalarda problem odaklı ve duygu odaklı hastalık algıları başa çıkma adına stratejik ile depresyon ve kaygı seviyeleri arasında doğrudan ve ya dolaylı olarak anlamlı düzeyde ilişkiler ortaya çıkmıştır. Nitel olarak analiz edilen kısımda ise veriler katılımcıların psiko-sosyal ihtiyaçları tedavi ve teşhise yönelik başa çıkma stratejileri, engelleyici ve koruyucu etmenler ile psiko-sosyal ihtiyaçlar ve kaynaklar olmak üzere 4 başlık altında incelenebileceği ortaya çıkmıştır.

Babaoğlu-Akdeniz (2012, s. 53) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri teşhisi konmuş evli kadınların eşler arası uyumu ve baş etme şekilleri arasındaki ilişkiyi tetkik etmek amacı ile yapılmıştır. Araştırmada Hacettepe Üniversitesi Onkoloji bölümünde tedavi olmuş 50 meme kanseri teşhisi konmuş ve 50 kontrol edilip kanser olmayan veya benzer özellikler taşıyan kadın hastalar üzerinde yapılmıştır. Yapılan araştırmada ölçek olarak Stresle Baş Etme Ölçeği ve Uyum Ölçeği Kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda ise evli meme kanseri olan kadın hastaların eş uyumu arttıkça baş etme olarak daha çok etki göstermiştir. Aynı zamanda baş etme ve eş uyumu şekillerinin ele alınmasının, kanser hastasının yaşantısına iyi uyum sağlaması açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Aydoğan vd., (2012, s. 55) tarafından araştırmada kanserin ölümün yanında psikolojik olarak bozulmalarında artma riskinin yüksek olduğu bir hastalıktır. Kaygı bozukluğu ve depresyon bu zaman diliminde çoğunlukla göz ardı edilebilen iki psikiyatrik bozukluk durumudur. Bu hastalardaki anskiyete durumlarını ve depresyon ile iki durumun hastalıkla baş edebilme derecesi ve ilişkisini incelemektir. Çalışmaya Mart 2009 – 2010 tarihlerinde GATA Tıbbi

Onkoloji kliğinde ayakta tedavi gören ve yatan 74 kanser teşhisi konmuş hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplamak için Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise Onkoloji bölümündeki gelişmeler ne kadar hızlı ilerliyor olsa bile hastalığın psikolojik olarak yıkım yaşaması kaçınılmazdır. Ayrıca kanserin medikal tedavisinin yanında psikiyatrik tedavinin önemini ortaya çıkarmıştır.

Tünel (2011, s. 5) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri tanısı konmuş cerrahi operasyon öncesi ve sonrası erken, geç dönem kaygı , depresyon seviyelerini analiz etmeyi amaçlamıştır. Araştırmada örneklem olarak yen teşhis olan meme kanserli 34 kadın katılmıştır. Veriler toplanırken kullanılan Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Psikiyatrik Hastlıkları Tanı ve Sınıflandırması El Kitabı-IV' e göre eksen bozuklukları için yapılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Duruluk/Sürekli Kaygı Envanteri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinde zaman içinde azalma olsa da teşhisten itibaren ve tedavi zamanında bulunan oranlar, hastaların psikiyatrik olarak yardıma ihtiyacı olduğunu tespit edilmiştir.

Çivi Vd., (2011, s. 248) tarafında yapılan araştırma çalışmasında kanser teşhisi konmuş hastaların ve yakınlarında yaşam kalitesi ve depresyonu etkileyen faktörleri bulmayı amaçlamıştır. Yapılan çalışmada Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji bölümünde tedavi olan 110 kanser teşhisi konmuş hasta yakını katılmıştır. Yapılan araştırma ölçek olarak Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan araştırmanın soncunda kanserli hastadan psikolojik olarak etkilenecek olan hasta yakınları üzerinde depresyon ve anksiyete büyük sorunlar olacaktır. Bu yüzden sağlık personeli ile hekimler bu sorunları çözmek için empati yoluyla yaklaşması gerekmektedir.

Şener-Dede (2010, s. 4) tarafından yapılan araştırmada kanser hastasına bakan birinci derece yakınlarının teşhis sonrasında yaşam şekillerinin nasıl

değiştiğini tespit etmeyi amaçlamıştır. Yapılan çalışmaya geçen 2 yıl içerisinde kanser teşhisi konmuş kişilerin 155 birinci derece yakını katılmıştır. Araştırmada şahıslara medeni durum, yaş, eğitim durumu, eve giren toplam aylık gelir, yakınlarının kanser teşhisi öncesi ve sonrasında bireylerin kendilerinin uyguladıkları sağlık yaşam davranışları ,sağlık güvencesi, bakım verdikleri hastanın kanserlerinin alt gruplarını ölçen sorulardan oluşan bir anket ile yapılmıştır. Sonuç olarak ortaya şu çıkmıştır hastaya bakım veren kişilerin, hasta yakını ile benzer oranda genetik yükü, çevre şartlarını taşıyan kişiler olduğu için bu şahıslara sağlıklı yaşam davranışları hakkında danışmanlık ve eğitim verilmesi önerilmektedir.

Tiryaki vd., (2010, s. 95) tarafın yapılan araştırmada meme kanseri teşhisi konan kadınların eşlerinde anksiyete ve depresyon belirtileri üzere farklı ruhsal değişkenlerin ile çiftler arası ve cinsel uyum düzeylerinin incelemeyi amaçlamıştır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon onkoloji Anabilim Dalı'nda mastektomi olmuş, 4 defa kemoterapi görmüş, meme lokalizasyonuna küraktif amaçlı radyoterapi yapılan, metastatik olmayan meme kanseri teşhisi sonucu tedavi almakta olan 50 hastadan çalışmaya gönüllü olan 25 hastanın eşi ve sağlığında sıkıntı olmayan, eğitim düzeyi, yaş çalışma durumu bakımından eşit eşleştirilmiş aynı sayıda evli eş seçilmiştir. Araştırmada her iki gruba Çifter Uyum ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda meme kanseri sebebi ile tedavi altında olan kadınların eşleri kontrol grubundakilere oranla cinsel yaşamdan daha az kaçınıp ve duygularını cinsellikle ifade etmekte olumlu tarafta bir fark taşımaktadırlar. Ulaştığımız bulgular sonucunda meme kanseri tanısı konan kadınlara eşleri tarafından uygun desteği sağladıkları görülmüştür. Fakat bu bireylerde zorlanmanın bir sonucu olarak ansiyete ve yüksek depresyon seviyeleri oluşmuştur. Bu neden ile ruhsal bozukları açısından etkili önleme ve izleme programlarına gerek duyulmuştur.

Çam vd., (2009, s. 73) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri teşhisi konmuş hastaların psikososyal olarak uyumlarını etkileyen faktörleri

araştırmak amacıyla yapılmıştır. Yapılan çalışma Temmuz – Eylül tarihlerinde Bursa Ali Osman Sönmez Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmaya mini meme kanseri teşhisi konan , araştırmaya katılmak için gönüllü olan 91 hasta üzerinde yapılmıştır. Yapılan çalışmada Öz Bildirim Ölçeği, Psikososyal Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda ise meme kanseri tanısı konan hastaların psikososyal uyumunda tıbbı özelliklerinin ve sosyodemografiğin etkili olduğu etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışkan (2009, ss. 62-63) tarafından yapılan çalışmada mastektomi operasyonu geçiren hastaların eş uyumu ve beden algılarını incelemek amacı ile yapılmıştır. Çalışmaya 1 Aralık 2008 – 30 Haziran 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi bölümünde 1 ila 5 yıl önce meme alma operasyonu geçirmiş, meme kanseri kontrolüne giren, 18-65 yaş içerisinde olan, okur ve yazar olan, farklı bir kanser türünden tedavi görmeyen, gerçeği değerlendirebilen ve kanser evresi 0, 1, 2, 3 çalışmaya katılmak için olasılıksız ve gönüllü örneklem şekliyle seçilmiş olup 101 kadın hasta dahil olmuştur. Araştırmada Vücut Algısı Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeğinden yararlanılmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda ise Çiftler Uyum Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeğinden çıkan ölçek puan sonuçları literatüre göre yüksek çıkmıştır. Ayrıca araştırmanın daha fazla örneklem ile tekrar yapılması önerilmektedir.

Karayurt vd., (2008, s. 15) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin KKMM ve meme kanseri ilişkin inançları ve uygulama halini incelemek için yapılmıştır. Araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi bölümlerinde görev yapan 100 gönüllü hemşire yer almıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Tanımlayıcı Özellikler Formu kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda KKMM uygulayan ve uygulamayan hemşirelerin yarar, duyarlılık, güven, sağlık motivasyonu alt boyut puan sonuçlarındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Ayrıca sağlık inançlarının KKMM uygulamada etkin olduğu görülmüştür.

Yalçınöz-Baysal (2008, s. 5-6) tarafından yapılan araştırmada daha önce bir kez mamografi çektirmiş 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi ve meme kanserine ilişkili sağlık inançlarının mamografi niyetlerine göre randevusunun tekrar telefonla hatırlatılmasının mamografi çektirmeye etkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan Erzurum Kanser Tarama ve Eğitim Merkezine geçmiş zamanlarda başvuran ve mamografi çektiren, telefon kayıtları bulunup, 2008 Ocak ayından sonra ikinci randevusuna gelen 1372 kadından telefon ile aranıp ulaşılabilen 740 kadının verilerinden oluşmaktadır. Araştırmada veri toplamak için Meme Kanseri ve Mamografiye İlişkin Sağlan İnanç Modeli Ölçeği telefon görüşme süresince yapılıp doldurulmuştur. Sonuç olarak çalışmada sağlık çalışanlarının yönlendirme ve eğitimlerle mamografi çektirmeye yönlendirip engelleri azaltılıp, mamografi kontrollerinin devamlı olmasını sağlayabilirler. Aynı zaman mamografiye kayıtlı kadınlara randevularının anımsatılması davranışı pekiştirmede önemli bir yol oldu tespit edilmiştir.

Hocaoğlu vd., (2007, s. 163) tarafın yapılan araştırmada meme kanseri tanısı konan kadınların eşleri ile teşhis konduktan sonraki değişen ilişki durumlarını incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada meme kanseri teşhisi konmuş bir olgu ve eşinin hastalıktan sonra değişen ilişki araştırılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek türü Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda değersizlik hissi, öfke, yaşamın anlamsızlaşması, umutsuzluk, yetersizlik gibi ruhsal sıkıntılar, tedavi kabul etmeme, kriz çıkartacak düzeyde aile içi ve ya iş çatışmaları ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar için danışmanlık yapan hizmetlerde aile içi anlaşmazlıklar için yardım sunması gereklidir. Aile bireylerinin yaşama yön verme, yaşama anlam katma, aile içi duyguda aile bireylerine yönelik çalışmaların önemi ve önceliği öneminin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Alacacıoğlu (2007, s. 8) tarafından yapılan yapılan araştırmada hasta yakınları ile kanser hastalarının umutsuzluk, depresyon, kaygı durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tedavi gören 330 hasta yakını ile 330 hasta göz önünde bulundurulmuştur. Hasta yakınlarında 188 kadın ve 142 erkek, hastalarda ise

177 kadın ile 153 erkek çalışmalarda yer almıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde Beck Umutsuzluk, STAI, Beck Depresyon ölçekleri kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda kadınlarda, eğitim seviyesi düşük ve ekonomik olarak kısıtlı olan hastalarda, nüks ile ileri evre olanlarda ve tanı süresi 6 aydan daha fazla olan hastalarda anlamlı oranla yüksek bulunmuştur, hastalık hakkında bilgi sahibi olan kişilerde ise depresyon seviyelerinin düştüğü gözlemlenmiştir. Hastalar ve yakınları tedavi sürecince duygusal olarak etkilendikleri için psikososyal destek verilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Elik (2006, s. 4) tarafından yapılan çalışmada kadınların Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda meme muayenesini doğru olarak uygulamaları amaçlanmıştır. Çalışma grubu için seçilen 1 Eylül 2004-13 Mayıs 2005 tarihler arasında Kocaeli Santral Sağlık Ocağı bölgesindeki Karabaş Mahallesi'nde yaşantısını sürdüren 20-60 yaş arasındaki grubu, 42 deney ile 48 kontrol yapılarak 90 ev kadını üzerinde yapılmıştır. Verilere ulaşmak için gruplarda Independent Samples Test, Paired Samples t Test, McNemar Testi, ve Fisher Kesin Ki-kare Testi kullanılmıştır. Deneye katılan katılımcılara Sağlık İnanç Modeli ile eğitim ve KKMM ve meme kanseri hakkında eğitim verilmiştir. Yapılan kontrollerde kontrol grubu ile deney grubu arasında KKMM ile meme kanseri hakkında bilgi artışı olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca gösterilen eğitimin ardından KKMM ve sağlık motivasyonu yararları haricindeki iki grup içerisinde anlamlı bir fark oluşturmuştur. Bu çalışmada meme sağlığı ve uygulamalarda inançları arttırmıştır.

3. BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon düzeyi ile sağlık inanç algısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde "İlişkisel Tarama Modeli" kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Güneydoğu Anadolu bölgesindeki bir devlet üniversitesinin Tıbbi Onkoloji Hastanesinde tedavi gören meme kanseri kadın hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi meme kanseri bayan hasta yakını olan 394 birey dâhil edilmiştir. Bilindiği gibi güven aralığının %95 olduğu ($p<0.05$) ve evrendeki kişi sayısının 1.000.000'a kadar olduğu çalışmalarda araştırma grubunun 384 olması gerekmektedir (Can, 2014). Bu kapsamda araştırmaya dâhil edilen hasta yakını sayısının güvenilir araştırma bulguları elde etme noktasında yeterli olacağı düşünülmüştür.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan kişisel bilgi formu ile veri toplama ölçeklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sahip oldukları demografik özelliklerin belirlenmesinde araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formundan yararlanılmıştır (Ek. A).

3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kullanılacaktır. Ölçek, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiş olup, Aydemir ve diğerleri (1997) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte toplam 14 madde yer almaktadır. Ölçek maddelerinden 7'si anksiyete düzeyini, 7'si ise depresyon düzeyini tespit etmede kullanılmaktadır. Aydemir ve diğerleri yaptıkları geçerlik, güvenilirlik çalışmasının sonunda anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanının 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7 olduğunu tespit etmişlerdir (Aydemir vd., 1997). Buna göre her iki alt boyutta söz konusu puanların üzerinde puana sahip olan bireyler risk altında olarak değerlendirilmektedir (Okanlı vd., 2006, s. 40).

3.3.3. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Araştırmaya katılacak olan hasta yakınlarının sağlık inançlarının tespit edilmesinde "Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" kullanılacaktır. Ölçek ilk olarak 1950'li yıllarda Amerika'da halk sağlığı üzerine araştırmalar yapan araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, ölçek ile sağlık eğitimini arttırmaya yönelik psiko-sosyal bir model ortaya konulması amaçlanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda yaş, cinsiyet, , etnik köken ve sosyo-ekonomik yapı gibi demografik parametrelerin koruyucu sağlık davranışları üzerinde önemli birer belirleyici olduğu bulunmuş, buna karşılık sağlık hizmetleri ücretsiz bile sunulsa sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden hala düşük düzeyde faydalanacakları sonucuna ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu sonuçlar dâhilinde koruyucu sağlık hizmetlerini demografik değişkenlerin dışında başka parametrelerin de etkilediği düşünülmüştür (Gözüm ve Çapık, 2015). Söz konusu durumu açıklamak amacıyla Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından sağlık inancı modeli geliştirilmiştir (Aktaran: Ceylan, 2017, s. 24).

Geliştirilen ölçeğin Türkiye'de üç ayrı çalışmada güvenirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Karayurt (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının 0.58-0.89 aralığında değiştiği, Seçginli ve Nahçivan (2004) tarafından yapılan araştırmada güvenirlik katsayılarının

0.74-0.85 aralığında olduğu, Gözüm ve Aydın (2004) tarafından yapılan araştırmada ise güvenirlik katsayılarının 0.69-0.83 aralığında olduğu rapor edilmiştir (Ceylan, 2017, s. 25).

Ölçek 6 alt boyuttan ve 43 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekte yer alan 1-3'üncü maddeler ciddiyet alt boyutunu, 4-10'uncu maddeler yarar alt boyutunu, 11-15'inci maddeler engel alt boyutunu, 16-26'ıncı maddeler güven alt boyutunu, 27-36'ıncı maddeler sağlık motivasyonu alt boyutunu, 37-43'üncü maddeler ise duyarlık algısı alt boyutunu oluşturmaktadır. Duyarlılık algısı; bireyin kendisini belirli şartlar altında hassas ya da incinebilir hissetmesi, hastalığı bir tehdit olarak algılanmasını ifade etmektedir. Ciddiyet algısı; kişiyi ilgilendiren herhangi bir özel bir duruma yönelik bireysel tehdidin (hastalığın doğurduğu zararlı sonuçların) algılanmasını ifade etmektedir. Yarar algısı; bireyin hastalığın şiddetini azaltma ya da hastalıktan korunma amacıyla önerilen koruyucu davranışın kendinde oluşturacağı faydaya inanmasını ifade etmektedir. Engel algısı; yeni bir davranışı uygulama ile yeni duruma uyum sağlamada bireysel olarak algılanan engelleri ifade etmektedir. Güven algısı; bireyin herhangi bir hareketi başarı ile yapabilmeye olan inancını ifade etmektedir. Sağlık motivasyonu alt boyutu ise bireyin sağlığını devam ettirmesi ve geliştirmesinde davranışlarını oluşturması için genel istekliliğini ve niyet düzeyini ifade etmektedir (Gözüm ve Çapık 2014; Canpulat, 2006; Aktaran: Ceylan, 2017, s. 25). Bireyin ölçek alt boyutlarından aldığı puanların yüksek olması söz konusu alt boyuta ilişkin sağlık inancının da yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.4. İlişki Ölçekleri Anketi

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının bağlanma stillerinin belirlenmesinde İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) uygulanacaktır. Bağlı olma tarzları Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından dörtlü bağlı olma stili şeklinde olmak üzere güven içeren, saplantı bulunan, kayıtlı olmayan ve korku barındıran ifade olarak tanımlanmaktadır. İnsanların bağlı olma tarzlarını belirmek üzere Griffin ve Bartholomew (1994) tarafınca gerçekleştirilen İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) uygulanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama olarak yapılması Sümer ve Güngör (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir (Yücelten, 2016, s. 32).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında çeviri-yenileme tekniği uyarlama yapılarak ölçeğin son durumu göstermesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerden kendileri ve yakın bağlarını düşünme yoluna gidilerek problemlerdeki “Beni Hiç Tanımlamıyor”, “Beni pek tanımlamıyor”, “Bir fikrim yok”, “Beni biraz tanımlıyor”, “Beni oldukça tanımlıyor”, “Tamamıyla beni tanımlıyor” ifadelerinden bir tanesine tercih etmeleri istenmektedir. Likert tipi şeklinde yer alan İÖA 1 ile 7 arası ölçülmektedir. İlişki Ölçeği Anketi dört alt ölçek türüne yer vermektedir; güven içeren, saplantı bulunduran, korku barındıran ve kayıtlı olmayan kavramları olarak açıklanmaktadır. Ölçekte yer alan alt ölçek türlerinden güven içeren bağlı olma alt ölçek türü, İÖA’nin 3., 7., 8.,10. ve 17. sorularından meydana gelmektedir. Saplantı bulunduran alt ölçek türü ise 5. sorunun tersi, 6., 11. ve 15. soruların yanıtları hesaplama yapılarak tespit edilmektedir. Korku barındıran alt ölçek türü 1., 4., 9. ve 14., sorulardan ortaya çıkmaktadır. Kayıtlı olmayan bağlı olma alt ölçek türü ise 2., 5., 12., 13. ve 16. soruların yanıtları hesap yapılarak elde edilmektedir (Yücelten, 2016, s. 32).

3.4. İstatiksel Analiz

Araştırma kapsamında örneklem grubundan elde edilmiş olan verilerin analiz sürecinde SPSS 22.0 programından yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan 3 ölçeğin alt boyutları için normallik testi uygulanmıştır. Katılımcıların yaşama şekilleri ve medeni durumlarına göre ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testinden yararlanılırken, katılımcıların hastalara olan yakınlıkları, yaş grubu, eğitim durumu, çocuk sayısı ve çalışma durumuna göre ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis H testi sonucunda grupların arasında anlamlı farklılık olması durumunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesinde post hoc test olarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutlarının birbirleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Depresyon düzeyi ile sağlık inanç modelinin bağlanma stili üzerindeki etkisinin incelenmesinde ise Çoklu Regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BÖLÜM
BULGULAR

Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Alt değişkenler	f	%
Yaş grubu	20-30 yaş	39	9,9
	31-40 yaş	84	21,3
	41-50 yaş	117	29,7
	51-60 yaş	103	26,1
	60+ yaş	51	12,9
Yaşama şekli	Yalnız	82	20,8
	Ailemle	312	79,2
Eğitim durumu	Okuma yazma yok	124	31,5
	İlköğretim	120	30,5
	Lise	119	30,2
	Üniversite	31	7,9
Medeni durum	Evli	292	74,1
	Bekar	102	25,9
Çocuk sayısı	1 çocuk	46	12,5
	2 çocuk	165	44,8
	2+ çocuk	157	42,7
Çalışma durumu	Tam zamanlı	14	3,6
	Yarı zamanlı	59	15,0
	Çalışmıyor	321	81,5

Hastaların %9,9'u 20-30 yaş grubunda, %21,3'ü 31-40 yaş grubunda, %29,7'si 41-50 yaş grubunda, %26,1'i 51-60 yaş grubunda, %12,9'u 60+ yaş grubunda ve %20,8'i yalnız yaşarken, %29,2'si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %31,5'inin okuma yazması yok, %30,5'i ilköğretim mezunu, %30,2'si lise mezunu, %7,9'u üniversite mezunu, %74,1'i evli ve %25,9'u bekardır. Çocuk sahibi olan hastaların %12,5'inin 1 çocuğu bulunurken, %44,8'inin 2 çocuğu, %42,7'sinin 2+ çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %3,6'sı tam zamanlı olarak çalışıyorken, %15'i yarı zamanlı olarak çalışmakta ve %81,5'i çalışmamaktadır.

Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Alt değişkenler	f	%
Teşhis yaşı	20-30 yaş	56	14,2
	31-40 yaş	88	22,3
	41-50 yaş	133	33,8
	51-60 yaş	83	21,1
	60+ yaş	34	8,6
Hastalık evresi	I	125	31,7
	II	147	37,3
	III	122	31,0
Menopoz durumu	Postmenopozal	188	47,7
	Premenopozal	206	52,3
Tedavi sonrası geçen süre	Kemoterapi alıyor	169	42,9
	0-2 yıl	112	28,4
	2-5 yıl	60	15,2
	5+ yıl	53	13,5

Hastaların %14,2'sinin teşhis yaşı 20-30 yaş, %22,3'ünün 31-40 yaş, %33,8'inin 41-50 yaş, %21,1'inin 51-60 yaş, %8,6'sının 60+ yaştır. % 31,7'si hastalığın I'inci evresinde, %37,3'ünün hastalık evresi II'inci evre ve %31'inin hastalık evresi III'üncü evre, %47,7'si postmenopozal ve %52,3'ü premenopozal dönemdedir. Hastaların %28,4'ü mevcut olarak kemoterapi alıyorken, %28,4'ünün tedavisi üzerinden 0-2 yıl geçmiş, %15,2'sinin 2-5 yıl geçmiş ve %13,5'inin 5+ yıl geçmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Sürecindeki Psikolojik Destek Alma Durumlarına İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımları

Sorular	Yanıtlar	f	%
Hastalık sürecinde psikolojik destek aldınız mı?	Evet	70	17,8
	Hayır	324	82,2
Hastalık sürecinde psikiyatrik ilaç kullandınız mı?	Evet	49	12,4
	Hayır	345	87,6
Şu an psikolojik destek alıyor musunuz?	Evet	16	4,1
	Hayır	378	95,9
Şu an psikolojik ilaç kullanıyor musunuz?	Evet	5	1,3
	Hayır	389	98,7

Katılımcıların %17,8'i hastalık sürecinde psikolojik destek almış, %12,4'ü hastalık sürecinde psikiyatrik ilaç kullanmış, %4,1'i şuan psikolojik destek almakta ve %1,3'ü şuan psikolojik ilaç kullanmakta.

Tablo 5. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyutlar	N	X	Ss
Anksiyete	394	16,63	2,314
Depresyon	394	18,09	1,892

Tablo incelendiğinde, katılımcıların hem anksiyete hem de depresyon düzeylerinin risk altında düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yakınlık	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Anksiyete	Kızı	206	16,52	2,245	192,73	12,525	,014*
	Kardeşi	105	16,28	2,517	179,22		
	Kuzeni	40	17,08	2,235	217,45		
	Arkadaşı	29	17,55	2,028	244,60		
	Diğer	14	17,57	1,785	250,21		
Depresyon	Kızı	206	18,01	1,848	194,03	5,525	,238
	Kardeşi	105	18,39	2,069	212,10		
	Kuzeni	40	18,00	1,881	193,26		
	Arkadaşı	29	18,21	1,473	202,02		
	Diğer	14	17,14	1,748	141,79		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların hastalara yakınlık düzeylerine göre depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), anksiyete düzeylerinin ise hastalara yakınlık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Hastanın arkadaşı olan katılımcıların anksiyete düzeyi hastanın kızı veya kardeşi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p<0,05), hastaya yakınlığı diğer olan katılımcıların anksiyete düzeyi hastanın kardeşi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p<0,05) görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaş grubu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Anksiyete	16-25 yaş	150	16,71	2,153	203,12	7,479	,058
	26-35 yaş	136	16,88	2,352	210,67		
	36-45 yaş	89	16,25	2,460	175,25		
	45+ yaş	19	15,95	2,392	163,08		
Depresyon	16-25 yaş	150	18,02	1,763	194,28	3,217	,359
	26-35 yaş	136	18,03	1,805	192,43		
	36-45 yaş	89	18,18	2,203	201,64		
	45+ yaş	19	18,74	1,939	239,79		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaş gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 8. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaşama şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Anksiyete	Yalnız	92	16,88	2,213	209,63	19285,5	12776,5	,238
	Ailemle	302	16,55	2,342	193,81	58529,5		
Depresyon	Yalnız	92	18,03	1,800	196,74	18100,0	13822,0	,941
	Ailemle	302	18,11	1,922	197,73	59715,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaşama şekillerine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 9. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Eğitim durumu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Anksiyete	İlköğretim	53	16,89	2,293	205,72	,422	,810
	Lise	181	16,57	2,217	194,44		
	Üniversite	160	16,61	2,434	198,24		
Depresyon	İlköğretim	53	18,49	1,660	223,62	3,439	,179
	Lise	181	18,09	1,851	195,45		
	Üniversite	160	17,97	2,001	191,17		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların eğitim durumlarına göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Medeni durum	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Anksiyete	Evli	234	16,50	2,462	190,75	44636,5	17141,5	,151
	Bekar	160	16,81	2,073	207,37	33178,5		
Depresyon	Evli	234	18,18	1,998	202,45	47374,0	17561,0	,290
	Bekar	160	17,98	1,726	190,26	30441,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların medeni durumlarına göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 11. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çocuk sayısı	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Anksiyete	1 çocuk	69	16,78	2,449	130,80	3,377	,185
	2 çocuk	134	16,51	2,551	119,36		
	2+ çocuk	37	15,97	2,034	105,42		
Depresyon	1 çocuk	69	18,12	1,875	118,66	1,989	,370
	2 çocuk	134	18,15	2,054	117,44		
	2+ çocuk	37	18,49	1,789	135,03		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların sahip oldukları çocuk sayılarına göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 12. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çalışma şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Anksiyete	Tam zamanlı	179	16,49	2,556	190,03	2,060	,357
	Yarı zamanlı	53	16,57	2,135	193,17		
	Çalışmıyor	162	16,80	2,079	207,17		
Depresyon	Tam zamanlı	179	17,97	2,126	190,99	5,958	,051
	Yarı zamanlı	53	18,75	1,426	232,42		
	Çalışmıyor	162	18,01	1,709	193,27		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların çalışma şekillerine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 13. Katılımcıların Türkçe Chanpion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyutlar	N	X	Ss
Ciddiyet algısı	394	3,60	,982
Yarar algısı	394	3,95	,858
Engel algısı	394	3,89	,990
Güven algısı	394	2,60	,499
Sağlık motivasyonu	394	2,86	,653
Duyarlık algısı	394	4,06	,683

Tablo incelendiğinde, katılımcıların güven algısı ve sağlık motivasyonlarının orta düzeyin olduğu, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve duyarlık algılarının ise orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yakınlık	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Ciddiyet algısı	Kızı	206	3,66	,979	203,39	6,218	,183
	Kardeşi	105	3,67	,959	206,45		
	Kuzeni	40	3,35	,975	166,31		
	Arkadaşı	29	3,45	1,032	182,78		
	Diğer	14	3,31	1,042	163,36		
Yarar algısı	Kızı	206	4,05	,825	212,02	16,346	,003*
	Kardeşi	105	3,96	,890	197,49		
	Kuzeni	40	3,84	,933	188,79		
	Arkadaşı	29	3,56	,818	140,48		
	Diğer	14	3,51	,655	126,96		
Engel algısı	Kızı	206	3,94	,985	202,77	1,941	,747
	Kardeşi	105	3,93	,926	197,31		
	Kuzeni	40	3,79	1,057	191,85		
	Arkadaşı	29	3,68	1,023	181,57		
	Diğer	14	3,51	1,242	170,50		
Güven algısı	Kızı	206	2,62	,527	198,72	7,795	,099
	Kardeşi	105	2,61	,466	208,13		
	Kuzeni	40	2,52	,364	171,80		
	Arkadaşı	29	2,68	,592	215,26		
	Diğer	14	2,38	,430	136,46		
Sağlık motivasyonu	Kızı	206	2,85	,656	195,47	7,280	,122
	Kardeşi	105	2,93	,697	210,11		
	Kuzeni	40	2,82	,544	190,96		
	Arkadaşı	29	2,97	,578	209,50		
	Diğer	14	2,46	,602	126,64		
Duyarlık algısı	Kızı	206	4,06	,686	196,60	2,635	,621
	Kardeşi	105	4,04	,800	208,40		
	Kuzeni	40	4,12	,444	195,16		
	Arkadaşı	29	3,98	,506	171,24		
	Diğer	14	4,12	,641	190,04		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların hastalara yakınlıklarına göre ciddiyet algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve duyarlık algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), yarar algısının ise hastalara yakınlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Hastanın kızı ya da kardeşi olan katılımcıların yarar algısı hastanın arkadaşı ya da diğer yakını olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 15. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaş grubu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Ciddiyet algısı	16-25 yaş	150	3,56	,983	190,49	5,101	,165
	26-35 yaş	136	3,50	1,067	188,97		
	36-45 yaş	89	3,78	,859	216,85		
	45+ yaş	19	3,89	,754	223,26		
Yarar algısı	16-25 yaş	150	4,00	,848	207,10	9,347	,025*
	26-35 yaş	136	3,78	,936	177,07		
	36-45 yaş	89	4,06	,718	201,81		
	45+ yaş	19	4,27	,792	247,79		
Engel algısı	16-25 yaş	150	3,92	,955	199,40	6,001	,112
	26-35 yaş	136	3,69	1,121	184,26		
	36-45 yaş	89	4,13	,812	219,27		
	45+ yaş	19	3,87	,787	175,24		
Güven algısı	16-25 yaş	150	2,61	,473	199,82	,179	,981
	26-35 yaş	136	2,60	,507	197,24		
	36-45 yaş	89	2,60	,548	195,66		
	45+ yaş	19	2,56	,441	189,63		
Sağlık motivasyonu	16-25 yaş	150	2,86	,601	196,74	3,020	,389
	26-35 yaş	136	2,80	,669	186,84		
	36-45 yaş	89	2,93	,682	210,79		
	45+ yaş	19	2,96	,790	217,55		
Duyarlık algısı	16-25 yaş	150	4,10	,617	203,94	4,269	,234
	26-35 yaş	136	3,96	,752	181,98		
	36-45 yaş	89	4,12	,664	210,69		
	45+ yaş	19	4,02	,741	195,97		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaş gruplarına göre ciddiyet algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve duyarlık algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), yarar algısının ise yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. 16-25 yaş ve 45+ yaş grubundaki katılımcıların yarar algısı

26-35 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 16. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaşama şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Ciddiyet algısı	Yalnız	92	3,47	1,042	185,02	17021,5	12743,5	,219
	Ailemle	302	3,64	,961	201,30	60793,5		
Yarar algısı	Yalnız	92	3,88	,877	190,04	17484,0	13206,0	,471
	Ailemle	302	3,97	,853	199,77	60331,0		
Engel algısı	Yalnız	92	3,80	1,005	186,30	17139,5	12861,5	,275
	Ailemle	302	3,91	,985	200,91	60675,5		
Güven algısı	Yalnız	92	2,64	,435	210,91	19404,0	12658,0	,194
	Ailemle	302	2,59	,517	193,41	58411,0		
Sağlık motivasyonu	Yalnız	92	2,94	,598	208,96	19224,5	12837,5	,268
	Ailemle	302	2,84	,668	194,01	58590,5		
Duyarlık algısı	Yalnız	92	4,01	,655	184,92	17013,0	12735,0	,223
	Ailemle	302	4,07	,692	201,33	60802,0		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaşama şekillerine göre ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 17. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Eğitim durumu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Ciddiyet algısı	İlköğretim	53	3,62	,939	200,79	3,109	,211
	Lise	181	3,53	1,014	187,08		
	Üniversite	160	3,68	,959	208,20		
Yarar algısı	İlköğretim	53	4,01	,850	207,81	,872	,647
	Lise	181	3,90	,898	192,40		
	Üniversite	160	3,98	,817	199,85		
Engel algısı	İlköğretim	53	3,93	,966	199,16	,740	,691
	Lise	181	3,86	1,003	192,36		
	Üniversite	160	3,91	,988	202,77		
Güven algısı	İlköğretim	53	2,58	,460	195,44	,575	,750
	Lise	181	2,58	,464	193,53		
	Üniversite	160	2,63	,550	202,68		
Sağlık motivasyonu	İlköğretim	53	2,94	,593	210,95	,890	,641
	Lise	181	2,84	,633	194,41		
	Üniversite	160	2,85	,695	196,53		
Duyarlık algısı	İlköğretim	53	4,14	,459	200,92	,750	,687
	Lise	181	4,05	,611	192,18		
	Üniversite	160	4,03	,812	202,39		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların eğitim durumlarına göre ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 18. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Medeni durum	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Ciddiyet algısı	Evli	234	3,67	,969	205,04	47980,5	16954,5	,104
	Bekar	160	3,51	,997	186,47	29834,5		
Yarar algısı	Evli	234	3,96	,858	197,35	46180,5	18685,5	,975
	Bekar	160	3,93	,861	197,72	31634,5		
Engel algısı	Evli	234	3,89	,996	197,19	46142,0	18647,0	,947
	Bekar	160	3,89	,985	197,96	31673,0		
Güven algısı	Evli	234	2,60	,531	195,51	45748,5	18253,5	,672
	Bekar	160	2,60	,451	200,42	32066,5		
Sağlık motivasyonu	Evli	234	2,85	,682	196,60	46004,5	18509,5	,849
	Bekar	160	2,87	,609	198,82	31810,5		
Duyarlık algısı	Evli	234	4,04	,702	195,88	45836,5	18341,5	,731
	Bekar	160	4,08	,656	199,87	31978,5		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların medeni durumlarına göre ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 19. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çocuk sayısı	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Ciddiyet algısı	1 çocuk	69	3,69	1,034	125,34	,710	,701
	2 çocuk	134	3,61	1,001	117,27		
	2+ çocuk	37	3,79	,751	123,18		
Yarar algısı	1 çocuk	69	3,94	,859	119,81	9,847	,007*
	2 çocuk	134	3,86	,874	112,06		
	2+ çocuk	37	4,26	,786	152,35		
Engel algısı	1 çocuk	69	3,90	1,011	121,87	,324	,850
	2 çocuk	134	3,82	1,041	118,47		
	2+ çocuk	37	4,02	,839	125,28		
Güven algısı	1 çocuk	69	2,65	,584	123,70	,712	,701
	2 çocuk	134	2,60	,534	121,18		
	2+ çocuk	37	2,52	,377	112,08		
Sağlık motivasyonu	1 çocuk	69	2,84	,673	119,58	1,936	,380
	2 çocuk	134	2,80	,693	117,02		
	2+ çocuk	37	2,95	,652	134,82		
Duyarlık algısı	1 çocuk	69	4,06	,661	122,20	,105	,949
	2 çocuk	134	4,01	,780	119,22		
	2+ çocuk	37	4,07	,583	121,95		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların sahip oldukları çocuk sayılarına göre ciddiyet algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve duyarlık algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), yarar algısının ise sahip oldukları çocuk sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. 2+ çocuğu olan katılımcıların yarar algısı 1 çocuğu veya 2 çocuğu olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 20. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çalışma şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Ciddiyet algısı	Tam zamanlı	179	3,70	,988	213,39	7,070	,029*
	Yarı zamanlı	53	3,56	1,019	192,55		
	Çalışmıyor	162	3,51	,958	181,56		
Yarar algısı	Tam zamanlı	179	3,99	,831	201,35	,982	,612
	Yarı zamanlı	53	3,84	,950	183,78		
	Çalışmıyor	162	3,94	,859	197,73		
Engel algısı	Tam zamanlı	179	3,90	,957	197,77	,381	,827
	Yarı zamanlı	53	3,90	1,062	205,54		
	Çalışmıyor	162	3,87	1,008	194,57		
Güven algısı	Tam zamanlı	179	2,67	,587	208,87	3,361	,186
	Yarı zamanlı	53	2,54	,430	184,95		
	Çalışmıyor	162	2,54	,397	189,04		
Sağlık motivasyonu	Tam zamanlı	179	2,86	,692	197,13	,006	,997
	Yarı zamanlı	53	2,86	,673	198,43		
	Çalışmıyor	162	2,86	,603	197,60		
Duyarlık algısı	Tam zamanlı	179	4,04	,805	203,70	1,100	,577
	Yarı zamanlı	53	4,03	,675	187,84		
	Çalışmıyor	162	4,08	,525	193,81		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların çalışma şekillerine göre yarar algısı, engel algısı, güven algısı, sağlık motivasyonu ve duyarlık algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), ciddiyet algısının ise çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. 2+ çocuğu olan katılımcıların ciddiyet algısı 1 çocuğu veya 2 çocuğu olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 21. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyutlar	N	X	Ss
Güvenli	394	4,20	,808
Saplantılı	394	4,65	,705
Korkulu	394	5,52	,988
Kayıtsız	394	5,44	,843

Tablo incelendiğinde, katılımcıların güvenli bağlanma düzeyinin orta düzeyde olduğu, saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeyinin ise orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 22. Katılımcıların Hastalara Yakınlıklarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yakınlık	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Güvenli	Kızı	206	4,20	,757	198,42	3,832	,429
	Kardeşi	105	4,16	,840	193,01		
	Kuzeni	40	4,20	,993	186,58		
	Arkadaşı	29	4,18	,726	195,88		
	Diğer	14	4,59	,899	252,14		
Saplantılı	Kızı	206	4,66	,714	200,77	11,634	,020*
	Kardeşi	105	4,50	,622	176,57		
	Kuzeni	40	4,63	,675	194,71		
	Arkadaşı	29	5,07	,823	256,12		
	Diğer	14	4,68	,682	192,96		
Korkulu	Kızı	206	5,54	,973	198,72	1,214	,876
	Kardeşi	105	5,42	1,068	188,99		
	Kuzeni	40	5,58	1,091	207,40		
	Arkadaşı	29	5,71	,665	208,14		
	Diğer	14	5,54	,887	193,11		
Kayıtsız	Kızı	206	5,49	,798	203,02	5,430	,246
	Kardeşi	105	5,31	,924	181,59		
	Kuzeni	40	5,58	,949	224,68		
	Arkadaşı	29	5,37	,778	182,88		
	Diğer	14	5,49	,575	188,25		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların hastalara yakınlıklarına göre güvenli, korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), saplantılı bağlanma düzeyinin ise hastalara yakınlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Hastanın arkadaşı olan katılımcıların saplantılı bağlanma düzeyi hastanın kızı, kardeşi veya kuzeni olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 23. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaş grubu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Güvenli	16-25 yaş	150	4,18	,802	190,47	4,869	,182
	26-35 yaş	136	4,31	,795	213,75		
	36-45 yaş	89	4,08	,861	183,21		
	45+ yaş	19	4,21	,641	203,63		
Saplantılı	16-25 yaş	150	4,74	,734	209,78	6,364	,095
	26-35 yaş	136	4,65	,648	200,74		
	36-45 yaş	89	4,48	,729	172,17		
	45+ yaş	19	4,67	,651	196,00		
Korkulu	16-25 yaş	150	5,50	,980	194,56	2,326	,508
	26-35 yaş	136	5,53	,895	191,94		
	36-45 yaş	89	5,51	1,146	203,99		
	45+ yaş	19	5,75	,939	230,11		
Kayıtsız	16-25 yaş	150	5,46	,816	198,02	3,479	,323
	26-35 yaş	136	5,49	,748	199,35		
	36-45 yaş	89	5,29	1,026	185,21		
	45+ yaş	19	5,72	,664	237,74		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaş gruplarına göre güvenli, saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 24. Katılımcıların Yaşama Şekillerine Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Yaşama şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Güvenli	Yalnız	92	4,23	,787	199,96	18396,5	13665,5	,811
	Ailemle	302	4,20	,816	196,75	59418,5		
Saplantılı	Yalnız	92	4,79	,731	221,17	20347,5	11714,5	,022*
	Ailemle	302	4,60	,692	190,29	57467,5		
Korkulu	Yalnız	92	5,35	1,004	177,13	16295,5	12017,5	,047*
	Ailemle	302	5,58	,979	203,71	61519,5		
Kayıtsız	Yalnız	92	5,39	,824	188,11	17306,0	13028,0	,364
	Ailemle	302	5,46	,849	200,36	60509,0		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaşama şekillerine göre güvenli ve kayıtsız bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), saplantılı ve korkulu bağlanma düzeylerinin ise yaşama şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Yalnız yaşayan katılımcıların saplantılı bağlanma düzeyi ailesiyle yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek

(p<0,05), ailesiyle yaşayan katılımcıların ise korkulu bağlanma düzeyi yalnız yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 25. Katılımcıların Eğitim Durumu Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Eğitim durumu	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Güvenli	İlköğretim	53	4,17	,775	192,91	1,359	,507
	Lise	181	4,16	,852	191,76		
	Üniversite	160	4,26	,769	205,52		
Saplantılı	İlköğretim	53	4,60	,481	187,76	,896	,639
	Lise	181	4,65	,705	195,19		
	Üniversite	160	4,66	,767	203,33		
Korkulu	İlköğretim	53	5,65	,964	215,48	1,765	,414
	Lise	181	5,52	,982	197,28		
	Üniversite	160	5,49	1,006	191,79		
Kayıtsız	İlköğretim	53	5,80	,683	248,78	14,201	,001*
	Lise	181	5,44	,845	196,99		
	Üniversite	160	5,33	,861	181,09		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların eğitim durumlarına göre güvenli, saplantılı ve korkulu bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), kayıtsız bağlanma düzeyinin ise eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. İlköğretim mezunu olan katılımcıların kayıtsız bağlanma düzeyi lise veya üniversite mezunu olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 26. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Medeni durum	N	X	Ss	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Güvenli	Evli	234	4,18	,796	196,53	45987,5	18492,5	,836
	Bekar	160	4,24	,828	198,92	31827,5		
Saplantılı	Evli	234	4,62	,733	190,41	44556,5	17061,5	,132
	Bekar	160	4,68	,661	207,87	33258,5		
Korkulu	Evli	234	5,55	,965	200,47	46909,0	18026,0	,527
	Bekar	160	5,49	1,022	193,16	30906,0		
Kayıtsız	Evli	234	5,43	,887	198,87	46536,5	18398,5	,771
	Bekar	160	5,46	,776	195,49	31278,5		

Tablo incelendiğinde, katılımcıların medeni durumlarına göre güvenli, saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 27. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çocuk sayısı	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Güvenli	1 çocuk	69	4,19	,785	120,28	2,402	,301
	2 çocuk	134	4,23	,819	124,88		
	2+ çocuk	37	4,02	,721	105,04		
Saplantılı	1 çocuk	69	4,77	,784	131,49	2,581	,275
	2 çocuk	134	4,55	,734	116,99		
	2+ çocuk	37	4,53	,549	112,73		
Korkulu	1 çocuk	69	5,68	,832	128,03	3,908	,142
	2 çocuk	134	5,48	,989	112,91		
	2+ çocuk	37	5,65	1,013	133,95		
Kayıtsız	1 çocuk	69	5,48	,835	123,59	8,592	,014*
	2 çocuk	134	5,32	,907	111,21		
	2+ çocuk	37	5,75	,790	148,39		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre güvenli, saplantılı ve korkulu bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), kayıtsız bağlanma düzeyinin ise sahip oldukları çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Kayıtsız bağlanma düzeyinde 2+ çocuğu olan katılımcıların bağlanma düzeyi 2 çocuğu olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 28. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Çalışma şekli	N	X	Ss	Sıra ort.	x^2	p
Güvenli	Tam zamanlı	179	4,31	,754	214,00	7,457	,024
	Yarı zamanlı	53	4,05	,828	174,59		
	Çalışmıyor	162	4,14	,849	186,76		
Saplantılı	Tam zamanlı	179	4,66	,796	199,94	,263	,877
	Yarı zamanlı	53	4,56	,586	191,00		
	Çalışmıyor	162	4,65	,631	196,93		
Korkulu	Tam zamanlı	179	5,57	,959	199,39	1,062	,588
	Yarı zamanlı	53	5,58	,967	209,14		
	Çalışmıyor	162	5,45	1,027	191,60		
Kayıtsız	Tam zamanlı	179	5,34	,838	179,32	8,838	,012*
	Yarı zamanlı	53	5,60	,819	221,24		
	Çalışmıyor	162	5,51	,846	209,82		

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların çalışma şekillerine göre saplantılı ve korkulu bağlanma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı (p>0,05), güvenli ve kayıtsız bağlanma düzeylerinin ise çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<0,05) görülmektedir. Ciddiyet bağlanma düzeyinde tam zamanlı çalışan katılımcıların bağlanma düzeyi yarı zamanlı veya çalışmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05). Kayıtsız bağlanma düzeyinde yarı zamanlı veya çalışmayan katılımcıların bağlanma düzeyi tam zamanlı çalışan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,05).

Tablo 29. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları ile Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anksiyete	Depresyon
Ciddiyet algısı	r	-,586	,317
	p	,000*	,000*
Yarar algısı	r	-,530	,263
	p	,000*	,000*
Engel algısı	r	-,328	,286
	p	,000*	,000*
Güven algısı	r	-,057	-,120
	p	,258	,017*
Sağlık motivasyonu	r	-,101	,212
	p	,045*	,000*
Duyarlık algısı	r	-,262	,432
	p	,000*	,000*

*p<0,05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların anksiyete düzeyi ile ciddiyet algısı, yarar algısı düzeyleri arasında negatif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05), anksiyete düzeyi ile engel algısı, sağlık motivasyonu ve duyarlık algısı düzeyleri arasında ise düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05) görülmektedir. Depresyon düzeyi ile duyarlık algısı arasında negatif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05), depresyon düzeyi ile ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı ve sağlık motivasyonu arasında ise negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05) görülmektedir.

Tablo 30. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları ile İlişki Ölçekleri Anketi Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anksiyete	Depresyon
Güvenli	r	,274	-,076
	p	,000*	,131
Saplantılı	r	,167	,162
	p	,001*	,001*
Korkulu	r	-,315	,220
	p	,000*	,000*
Kayıtsız	r	-,103	,255
	p	,041*	,000*

*p<0,05

Tablo incelendiğinde, katılımcıların anksiyete düzeyi ile güvenli ve saplantılı bağlanma düzeyleri arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05), anksiyete düzeyi ile korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeyleri arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05) görülmektedir. Depresyon düzeyi ile saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma düzeyleri arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu (p<0,05) görülmektedir.

Tablo 31. Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Güvenli	Saplantılı	Korkulu	Kayıtsız
Ciddiyet algısı	r	-,246	-,188	,351	,063
	p	,000*	,000*	,000*	,211
Yarar algısı	r	-,363	-,298	,268	,208
	p	,000*	,000*	,000*	,000*
Engel algısı	r	-,299	-,156	,523	,314
	p	,000*	,002*	,000*	,000*
Güven algısı	r	,022	-,113	-,303	-,281
	p	,670	,024*	,000*	,000*
Sağlık motivasyonu	r	-,147	,046	-,383	-,196
	p	,004*	,364	,000*	,000*
Duyarlık algısı	r	-,094	,050	,409	,224
	p	,062	,322	,000*	,000*

*p<0,05

Tablo incelendiğinde, güvenli bağlanma düzeyi ile ciddiyet algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05), güvenli bağlanma düzeyi ile yarar algısı arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05) görülmektedir. Saplantılı bağlanma düzeyi ile ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve güven algısı arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Korkulu bağlanma düzeyi ile ciddiyet algısı, engel algısı ve duyarlık algısı arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmakta (p<0,05), korkulu bağlanma düzeyi ile yarar algısı arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmakta (p<0,05), korkulu bağlanma düzeyi ile güven algısı arasında negatif ve düşük düzeyde, sağlık motivasyonu ile negatif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki (p<0,05) bulunmaktadır. Kayıtsız bağlanma düzeyi ile yarar algısı, engel algısı ve duyarlık algısı arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunuyorken (p<0,05), kayıtsız bağlanma düzeyi ile güven algısı ve sağlık motivasyonu negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (p<0,05) bulunmaktadır.

Tablo 32. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Güvenli Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Ölçekler	Alt boyutlar	β	p (alt boyut)	F	r^2	p (model)
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Anksiyete	,067	,268			
	Depresyon	,052	,316			
	Ciddiyet	,021	,792			
Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Yarar	-,106	,171	13,153	,198	,000*
	Engel	-,424	,000			
	Güven	,081	,128			
	Sağlık motivasyonu	-,171	,001			
	Duyarlık algısı	,189	,004			

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, anksiyete ve depresyon ve inanç modelinin güvenli bağlanma üzerinde %19,8'lik anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05). Alt boyut bazında incelendiği zaman ise inanç modeli engel, sağlık motivasyonu ve duyarlılık algısının anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 33. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Saplantılı Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Ölçekler	Alt boyutlar	β	p (alt boyut)	F	r^2	p (model)
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Anksiyete	-,025	,676			
	Depresyon	,164	,002			
	Ciddiyet	,014	,859			
Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Yarar	-,156	,045	12,692	,192	,000*
	Engel	-,309	,000			
	Güven	-,130	,015			
	Sağlık motivasyonu	,108	,032			
	Duyarlık algısı	,292	,000			

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, anksiyete ve depresyon ve inanç modelinin saplantılı bağlanma üzerinde %19,2'lik anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05). Alt boyut bazında incelendiği zaman ise anksiyete ve depresyon ölçeği depresyon düzeyinin, inanç modeli yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu ve duyarlılık algısının anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 34. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Korkulu Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Ölçekler	Alt boyutlar	β	p (alt boyut)	F	r^2	p (model)
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Anksiyete	-,147	,007			
	Depresyon	,130	,006			
Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Ciddiyet	,110	,118	27,294	,349	,000*
	Yarar	-,014	,841			
	Engel	,171	,022			
	Güven	-,063	,184			
	Sağlık motivasyonu	-,426	,000			
	Duyarlık algısı	,049	,408			

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, anksiyete ve depresyon ve inanç modelinin korkulu bağlanma üzerinde %39,4 anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05). Alt boyut bazında incelendiği zaman ise anksiyete ve depresyon ölçeği anksiyete ve depresyon düzeyinin, inanç modeli engel algısı ve sağlık motivasyonunun anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 35. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının İlişki Ölçekleri Anketi Kayıtsız Bağlanma Stili Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Ölçekler	Alt boyutlar	β	p (alt boyut)	F	r^2	p (model)
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Anksiyete	-,016	,794			
	Depresyon	,195	,000			
Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Ciddiyet	-,273	,001	11,435	,175	,000
	Yarar	,171	,030			
	Engel	,234	,005			
	Güven	-,174	,001			
	Sağlık motivasyonu	-,203	,000			
	Duyarlık algısı	-,042	,528			

*p<0.05

Tablo incelendiğinde, anksiyete ve depresyon ve inanç modelinin kayıtsız bağlanma üzerinde %17,5'lik anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05). Alt boyut bazında incelendiği zaman ise anksiyete ve depresyon ölçeği depresyon düzeyinin, inanç modeli ciddiyet, yarar, engel, güven algısı ve sağlık motivasyonunun anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (p<0,05).

5. BÖLÜM
TARTIŞMA

Yapılan çalışmada meme kanserli bayan hasta yakınları ele alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin depresyon seviyelerinin, sağlık inanç modeli ve bağlanma stili ile ilişkisi incelenmiştir. Sonucunda bireyin geliştirdiği inanç sistemi kişinin hastalık ile tanıştıktan sonraki yaşamını etkilediği tespit edilmiştir. Hasta yakının hastalığa yüklediği anlam ile depresyon seviyesinin ve bağlanma stilini etkilediği görülmüştür. Bilindiği gibi kanser hastalığı gerek hasta gerekse de hasta yakınları açısından korku, çaresizlik, umutsuzluk, terkedilme ve suçluluk duygusu gibi olumsuz psikolojik sonuçlar ile karakterize bir hastalıktır (Tünel vd., 2012, s. 189). Hasta yakını ise hastalıktan en çok etkilenen gruptur. Yaşamda değişen yeni rollere bireyler uyum sağlamada zorlanmalar yaşamaktadırlar.

Meme kanseri hastalarında depresyon yaygınlığının yüksek olduğu bilinmekle beraber (Zainal vd., 2013, s. 3397), bu durum hasta yakınlarında da depresyon oluşumunu tetikleyen bir unsur olarak ele alınmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiği zaman, hem anksiyete hem de depresyon düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastalık sürecinde psikolojik yardım alma düzeyleri değerlendirildiği zaman, katılımcıların sadece %17.8'inin bu süreçte psikolojik destek aldıkları, bunun yanında %12.4'ünün ise psikiyatrik ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgulara göre, hasta yakınlarının hastalık sürecinde psikolojik destek alma düzeylerinin oldukça düşük olduğu söylenebilir. Psikolojik destek alma oranın azlığından kaynaklanan durum ile

de bireyin depresyon seviyesinde artışlar meydana gelmekte olup, yaşamı zorlaştırmaktadır. Bilindiği gibi kanser hastası bireylerin yakınlarında psikolojik problemler yaygın olarak görülmekte olup, literatürde yer alan araştırma bulguları da bu görüşü desteklemektedir. Bunun yanında yapılan çalışmalarda kanser hastası bireylerde psikolojik sorunların en aza indirilmesi için psikolojik yardım almaları (Alacacıoğlu, 2007, s. 6; Atay vd., 2015, s. 615), bunun yanında hasta ile hasta yakınları arasında olumlu ilişkiler olması gerektiği vurgulanmıştır. Hasta ile hasta yakını arasındaki iletişim hastalık sürecindeki yaşam kalitesini etkilemektedir.(Manne vd., 2007, s. 380).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarının hastalara yakınlık derecelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş, hastanın arkadaşı olan katılımcıların anksiyete düzeyinin hastanın kızı veya kardeşi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, bunun yanında hastaya yakınlığı diğer olan katılımcıların anksiyete düzeyinin hastanın kardeşi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalık sürecinde şüphesiz ki ailelerin hastalıkla mücadele etmesinde aile fonksiyonlarının sağlıklı olması oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu kapsamda kanser hastasının bulunduğu sağlıklı ailelerde iletişim becerisi, sorunları çözme becerileri, rol dağılımları, davranış kontrolü ve esnekliği sağlıklı bir biçimde yürütülmelidir (Atay vd., 2015, ss. 612-613). Yakınlık derecesine göre değişkenlik göstermesinin bir diğer faktörü de kültür etkili olabilmektedir. Bireyin Yetişme tarzı etkili olmaktadır. Hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin ise hastaya yakınlık derecelerine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde hasta yakınlarının hastalık sürecinde hastalar ile ilgilenme düzeylerinin farklılık göstermesinin yattığı düşünülebilir. Hastaya, yakınlığa yüklediği anlama bu durumu etkilemiş olabilmektedir.

Kanser hastalarında gelişen anksiyete de ise bu durum daha da ağırlaşabilir. Vücudunda oluşan bu durumları hastalık ile bağdaştırabilirler ve anksiyete durumunda ki artışlar bireyin yaşam kalitelerinde büyük oranda düşmeye sebeb olmaktadır. Kanser hastalığı bireyin hem kendisini hem de ailesini

olumsuz yönde etkilemektedir (Atay vd., 2015, s. 612; Hocaoğlu vd., 2007, s. 163; Çivi ve vd., 2011, s. 251). Literatürde yer alan çalışmalarda elde edilen bulgular da bu görüşü desteklemektedir. Hatta kanser hastasından çok, hastalıktan etkilen kişiler baz durumlarda hasta yakını olmaktadır. (Schmid-Büchi vd., 2008, s. 2895). Hasta yakınları içerisinde de meme kanserinden en fazla etkilenen bireylerin başında eşlerin geldiği görülmektedir. Eşlerin hastalıktan etkilenmesin de yaşam içinde değişen roller olmaktadır. (Gaston-Johansson vd., 2004, s. 1161; Vahidi, 2016, s. 31; Wei vd., 2007, s. 950). Buna karşılık yapılan bu çalışmada hasta yakınlık derecesine göre katılımcıların anksiyete düzeylerinin anlamlı farklılık göstermesinin temelinde hastaya yakınlık derecesi arttıkça bireylerin psikolojik sorun yaşama olasılıklarının da artmasının yattığı düşünülebilir. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kanser hastalarının yakınlık derecelerinin sırasıyla eş, çocuk, kardeş, akraba, anne ve babanın geldiği, hastaya yakınlık derecesinin de psikolojik sorun yaşama düzeyini etkilediği rapor edilmiştir. Kişilerin yaşam içindeki değişen rolleri, değişen hayt faktörleri ile aslında bireyler de hasta olmasalar dahi en fazla bu durumdan etkilenmektedirler.(Alacacıoğlu, 2007, ss. 24-35; Türkoğlu ve Kılıç, 2012, s. 4141; Şener-Dede, 2010, s. 5). Literatürde yer alan bu bulgular ışığında kanser hastalarında hasta yakınlarının psikolojik sorun yaşama düzeylerinin hasta yakınlık derecesine göre farklılaşacağı söylenebilir.

Yaş grubu değişkenine göre değerlendirildiği zaman araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarının yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çeler (2017, s. 40) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da kanser hastası yakınlarının ruhsal yapılarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde kanser hastası bireylerde depresyonun psikiyatrik yöntemlerle önlenmesinin, buna paralel olarak hasta yakınlarının da depresyon düzeylerinin azalmasının yattığı düşünülebilir. Yapılan araştırma bulguları da meme kanserli hastalarda depresyonun önlenebildiği rapor edilmiştir (Qiu vd., 2013, s. 1). Gerekli önlemler alındığı zaman, hasta

yakınları durumdaki farkındalık düzeyleri arttığı zaman depresyonda buna eş olarak azalmaktadır.

Kanser günümüzde her yaş grubunun karşılaşabileceği bir hastalıktır. Özellikle meme kanseri her yaş grubundaki bayanın karşısına çıkmaktadır. Meme kanserli bayanlarda görülen psikososyal zorlanmalar, ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri, hastalığın tekrarlayacağı endişesi, ayrılık kaygısı, temel işlevlerini kaybetme endişesi, vücut organ ve bölümlerinin hasar görme endişesi, görünümünde değişme ve kötüleşme, sevgi, ilgi ve desteği kaybetme korkusu, kendini eksik hissetme (cinsellik, çekicilik) (Çalışkan, 2013). gibi psikolojik durumla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bilindiği gibi meme kanseri 25-50 yaş grubunda bulunan kadınlarda yaygındır.(Peto & Mack, 2000, s. 411). Bu kapsamda meme kanserli hasta yakınları çocukları olacağı gibi eşleri ve ebeveynleri de olabilmektedir. Dolayısıyla meme kanserli hasta yakınları farklı yaş gruplarında olabilmektedir. Bu kapsamda yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde hasta yakınlarının yaş grupları arasında büyük farklılıklar bulunmasının yattığı düşünülebilir. Her yaş grubunda farklı seviyede hasta yakınları olabileceği için anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının yaşama biçimlerine göre depresyon düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesinin temelinde meme kanserli hastaların tedavi süreçlerinde benzer psikolojik sorunlar yaşamalarının, buna paralel olarak da hasta yakınlarının yaşama biçimlerine göre depresyon düzeylerinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir.
Ailesi ile birlikte ya da yalnız yaşama durumlarına göre ele alındığı zaman meme kanserli hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bilindiği gibi meme kanserli hastalarda tedavi sürecinde birçok psiko-sosyal bozukluk meydana gelmekte olup (Choi vd., 2014, s. 1103) bu durum hasta yakınlarının da psikolojik açıdan bazı sorunlar yaşamalarına zemin hazırlamaktadır. Çeler (2017, s. 40) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da kanser hastası yakınlarının psikolojik özelliklerinin

birlikte ya da yalnız yaşama durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde ailesi ile yaşayan katılımcılar ile yalnız yaşayan katılımcıların hastalara bakım verme veya hastalarla ilgilenme düzeylerinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir. Nitekim literatürde yer alan çalışma bulguları hasta yakınlarının tedavi sürecinde hastalar ile ilgilenme düzeylerinin psikolojik yapılarını etkilediğini ortaya koymaktadır (Çeler, 2017, s. 39). Bu kapsamda hasta yakınlarının yaşama biçimlerine göre hastalar ile ilgilenme düzeylerinin psikolojik yapı üzerinde önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir.

Kanser hasta yakınları eğitim düzeyi değişkenine göre ele alındığı zaman hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarının eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bulguların aksine literatürde yer alan bazı çalışmalarda kanser hastası bireyler ile hasta yakınlarının psikolojik sorun yaşama düzeylerinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği bulgularına ulaşılmıştır (Alacacıoğlu, 2007, s. 28; Atay vd., 2015, s. 614; Çeler, 2017, s. 40; Orak ve Sezgin, 2015, s. 33). Yapılan bu çalışma ile literatürde yer alan bulguların benzerlik göstermemesinin temelinde araştırmaya katılan örneklem gruplarının farklı sosyo-demografik özelliklere sahip olmalarının yattığı düşünülebilir. Kişlerin eğitim seyileri ile sahip oldukları kültüründe etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle literatürle farklılık gösterdiği düşünülüyor.

Araştırma ya katılan hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarının medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda duygusal bozukluklar meydana geldiği göz önünde bulundurulduğu zaman (Linden vd., 2012, s. 343; Reyes-Gibby vd., 2012, s. 311; Krebber vd., 2014, s. 121), meme kanserli hastaların özellikle eşlerinin diğer hasta yakınlarına göre depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir. Alacacıoğlu (2007, s. 27) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da hem kanser hastalarının hem de hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir. Bu kapsamda

elde edilen bulguların literatürle paralellik gösterdiği söylenebilir. Buna karşılık yapılan bazı çalışmalarda medeni durum değişkeninin hasta yakınlarının hasta yükünü etkilediği (Vahidi vd., 2016, s. 31), dolayısıyla hasta yakınlarının psikolojik durumlarını etkilediği rapor edilmiştir (Dökmen, 2012, s. 3). Kızılcı (Kızılcı, 1999, s. 18) tarafından yapılan araştırmada da kemoterapi alan hastalarda hasta yakınlarının medeni durumlarının yaşam kalitelerini etkilediği belirtilmiştir (Orak ve Sezgin, 2015, s. 33; Koç vd., 2016, s. 1). Literatürde yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman medeni durum değişkeninin hasta yakınlarının psikolojik yapıları üzerinde önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir.

Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre değerlendirildiği zaman araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Çeler (2017, s. 40) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da kanser hastası yakınlarında çocuk sayısı değişkeninin psikolojik yapı üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı rapor edilmiştir. Bu kapsamda araştırmada elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Hasta yakınlarında çocuk sayısı değişkeninin psikolojik yapı üzerinde belirleyici olmamasının temelinde çocuk sayısının hasta yükünü etkilememesinin yattığı düşünülebilir. Literatürde yer alan çalışmalarda da kanser hastası yakınlarında hasta yükünün çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Kızılcı, 1999, s. 18). Hasta yakını, için hastaya yüklediği anlam ile çocuk sayısı etkilememektedir. Birinci önceliği hasta olduğu için diğer faktörler bir tık daha az önem taşıdığı görülmektedir.

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden alınan puanlar çalışma şekillerine göre (tam zamanlı, yarı zamanlı, çalışmıyor) ele alındığı zaman, araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında durumu değişkenine göre elde edilen bulgunun literatürle paralellik gösterdiği görülmektedir. Dolayısıyla hasta yakınlarının çalışma biçimlerinin psikolojik yapı üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı söylenebilir. Çeler (2017, s. 40) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da

kanser hastası yakınlarının psiko-sosyal özelliklerinin çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. psikolojik yapı üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı söylenebilir.

Sağlık inanç modeline yönelik hasta yakını yaklaşımları değerlendirildiği zaman, katılımcıların güven algısı ve sağlık motivasyonlarının orta düzeyde olduğu, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve duyarlık algılarının ise orta düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgulara göre hasta yakınlarının sağlık inancı konusunda yeterli tutum ve algıya sahip oldukları söylenebilir. Bilindiği gibi sağlık inanç algısı bireyin sağlığı ile ilişkili durumlara yönelik farkındalık düzeyini etkilemektedir. Bunun yanında bireyin sağlığı ile ilgili sorunların çözümünde istekli olmasını ifade etmektedir (Curtis, 2016, s. 32). Bu noktada araştırmaya katılan hasta yakınlarının yüksek sağlık inancı algısına sahip olmaları sağlıklarına özen gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Bulgulara göre, hastanın kızı ya da kardeşi olan katılımcıların yarar algılarının hastanın arkadaşı ya da diğer yakını olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde hasta yakınlarının hastalığın yapısı, özellikleri, sonuçları ve tedavi süreçleri hakkındaki bilgi düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir. Bilindiği gibi sağlık inancı algısını meydana getiren unsurlardan birisi yarar algısı olup (Curtis, 2016, s. 32), yapılan bu çalışmaya katılan hastaların sağlık inanç modeline yönelik algılarının hastaya yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdiği, söz konusu farklılığın sadece yarar algısı alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda da kanser hastası yakınlarının psikolojik özelliklerinin hastalık konusunda bilgi sahibi olma durumlarına göre bazı farklılıklar gösterdiği rapor edilmiştir (Alacacıoğlu, 2007, s. 31). Literatürde yer alan bu bilgiler ışığında hasta yakınlarının meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin sağlık inançlarını etkilediği söylenebilir.

Yaş grubu değişkenine gör ele alındığı zaman araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının sağlık inanç modeline yönelik algılarının anlamlı farklılık gösterdiği, söz konusu farklılığın sadece yarar algısı alt boyutunda olduğu

tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, 16-25 yaş ve 45+ yaş grubundaki hasta yakınlarının yarar algılarının 26-35 yaş grubundaki hasta yakınlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da meme kanserli hastalarda sağlık inancı algılarının yaş gruplarına göre bazı farklılıklar gösterdiği rapor edilmiştir (İlhan ve Özdemir, 2012, s. 235; Lee vd., 2015, s. 454; Wang vd., 2014, s. 422). Literatürde yer alan bulgular ışığında yaş grubu değişkeninin sağlık inancı algısı üzerinde önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir. Bunun temelinde hasta yakınlarının yaş gruplarına göre hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir.

Sağlık inanç modeline yönelik hasta yakını algılarının yaşama biçimlerine (aile ile yaşama, yalnız yaşama) göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde hem yalnız hem de ailesi ile yaşayan hasta yakınlarının sağlık inancı konusundaki bilgi düzeylerinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre değerlendirildiği zaman araştırmaya katılan hasta yakınlarının sağlık inancı algılarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde araştırmaya katılan bireylerin meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık göstermemesinin yattığı düşünülebilir. Literatürde yer alan çalışmalarda meme kanseri hastası yakınlarında mevcut eğitim düzeyine ek olarak verilen bilgilendirme eğitimlerinin sağlık inançlarını geliştirdiğini göstermektedir (Olgun, 2015, s. 44). Bireylerin ne kadar hastalık konusunda bilgi sahibi olursa, farkındalık seviyesi de o derece değişeceği için eğitim çok önemli bir noktada bulunmaktadır. Meme kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık inancı algısının yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar lehine yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (Wang vd., 2014, s. 422).

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ele alındığı zaman sağlık inanç modeline yönelik algılarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde meme kanseri hasta yakınlarının sağlık inançlarının medeni durum değişkenine göre ele alındığı çalışmalar

bulunmamaktadır. Bununla birlikte yapılan bu çalışmada medeni durum değişkenine göre hasta yakınlarının sağlık inançlarının benzerlik göstermesinin temelinde hem evli hem de bekâr katılımcıların sağlık inancı ve meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin benzerlik göstermesinin yattığı düşünülebilir. Lee ve diğerleri (2015, s. 454) tarafından yapılan araştırmada meme kanserli hastaların sağlık inancı algılarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre ele alındığı zaman hasta yakınlarının sağlık inanç modeline yönelik algılarının çocuk sayılarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, söz konusu farklılığın sadece yarar algısı alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, 2+ çocuğu olan hasta yakınlarının yarar algılarının 1 veya 2 çocuğu olan hasta yakınlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının katılımcıların çocuk yetiştirme sürecinde sağlık inancına yönelik bilgileri öğrenme düzeylerinin artmasının yattığı düşünülebilir.

Çalışma biçimlerine (tam zamanlı, yarı zamanlı, çalışmıyor) göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının sağlık inancı algılarının anlamlı farklılık gösterdiği, söz konusu farklılığın sadece ciddiyet algısı alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde çalışan ve çalışmayan bireylerin sağlıklarına dikkat etme düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir.

Hasta yakınlarının bağlanma stilleri değerlendirildiği zaman, güvenli bağlanma stiline orta düzeyde, saplantılı, korkulu ya da kayıtsız bağlanma stiline ise orta düzeyinin üzerinde sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu kapsamda hasta yakınlarının korkulu ve kayıtsız başlanma stiline orta düzeyin üzerinde sahip olmalarının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.
Bilindiği gibi meme kanserli hastalarda gerek ilaçların yan etkileri gerekse de hastalığın yol açtığı bazı sorunlar aile yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Hocaoplu vd., 2007, s. 164).

Hastaya yakınlık derecesi değişkenine göre ele alındığı zaman araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının saplantılı bağlanma stillerinin hastaya yakınlık derecelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği, diğer bağlanma stillerinin ise hastaya yakınlık derecesine göre herhangi bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre hastanın arkadaşı olan katılımcıların saplantılı bağlanma stillerinin hastanın kızı, kardeşi veya kuzeni olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında hastaya yakınlık derecesine göre katılımcıların hasta ile ilişkilerinin de farklılık göstermesinin yattığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında katılımcıların bağlanma stillerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermemesinin temelinde yetişkin bireyler olmalarının, bağlanma stillerinin çocukluk çağlarının sonuna kadar şekillenmesinin yattığı düşünülebilir. Hasta yakınlarının bağlanma stillerinin yaş gruplarına göre herhangi bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bilindiği gibi bağlanmanın temelleri anne-bebek ilişkisi ile atılmaktadır (Erözkan, 2004, s. 155).

Hasta yakınlarının birlikte ya da yalnız yaşama durumlarına göre bağlanma stillerinin anlamlı farklılık gösterdiği, farklılığın sadece saplantılı ve korkulu bağlanma stillerinde görüldüğü tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, saplantılı bağlanma stilinin yalnız yaşayan, korkulu bağlanma stilinin ise ailesi ile yaşayan hasta yakınları lehine yüksek olduğu bulunmuştur. Bilindiği gibi saplantılı ve korkulu bağlanma stillerinin temelinde olumsuz benlik modelleri yatmaktadır (Erözkan, 2004, s. 157). Bu kapsamda araştırmaya katılan bireylerin (ailesi ile ya da yalnız yaşayan bireylerin) çocukluk yılarında olumsuz benlik modeline sahip oldukları söylenebilir. Hasta yakınlarını hastalık sürecini nasıl geçirdiği, bu süreçte neler yaşadığı da bireyin daha sonraki yaşamını şekillendirmede önemli bir etkendir.

Hasta yakınlarının eğitim düzeylerine göre bağlanma stilleri değerlendirildiği zaman, kayıtsız bağlanma stillerinin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, diğer bağlanma stillerinin ise eğitim durumu değişkenine göre herhangi bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarının kayıtsız bağlanma stilinin lise veya

üniversite mezunu olan hasta yakınlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasında eğitim düzeyinin psikolojik ve duygusal yapıyı etkilemesinin yattığı düşünülebilir.

Medeni durum değişkenine göre değerlendirildiği zaman hasta yakınlarının bağlanma stillerinin medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında bağlanmanın çocukluk yıllarında şekillenmesinin yattığı düşünülebilir.

Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının bağlanma stillerinin anlamlı farklılık gösterdiği, farklılığın sadece kayıtsız bağlanma stilinde görüldüğü tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, 2+ çocuğu olan hasta yakınlarının kayıtsız bağlanma stillerinin 2 çocuğu olan hasta yakınlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bilindiği gibi bağlanma stillerinin şekillenmesinde bireyin kendisi için önemli gördüğü kişilere yönelik geliştirdiği duygular önemli bir yere sahiptir (Yıldız, 2012, s. 1). Bireyin kendisi için önemli gördüğü kişiler arasında sahip olunan çocukların önemli bir yer tuttuğu göz önünde bulundurulduğu zaman, çocuk sayısı değişkenine göre katılımcıların bağlanma stillerinin anlamlı farklılıklar göstermesinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların güvenli ve kayıtsız bağlanma stillerinin çalışma biçimlerine göre (tam zamanlı, yarı zamanlı, çalışmıyor) anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre tam zamanlı çalışanların güvenli bağlanma stillerinin, yarı zamanlı çalışanları ise kayıtsız bağlanma stillerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Temelleri bebeklik dönemlerinde atılan bağlanmanın etkileri yetişkinlik dönemlerinde de etkisini göstermektedir (Tarı-Cömert ve Ögel, 2014, s. 9). Bu süreçte bireyin aile yaşamının yanında iş yaşamındaki ilişkilerde bağlanma stillerini etkilemektedir. Bu kapsamda katılımcıların bağlanma stillerinin çalışma durumu değişkenine göre farklılık göstermesinin temelinde iş yaşamındaki bireylerin insanlarla olan ilişkilerinin herhangi bir işte çalışmayan bireylerden farklı olmasının yattığı düşünülebilir. Birey tam

zamanlı çalışıyor ise sorumlulukları daha fazla olmakla beraber, bu duruma hastalık sürecide eklenirse hasta yakını daha fazla yıpranmakta ve depresyon seviyesi ve bu duruma bağlı olarak geliştirdiği inanç modeli ve insanlara, hayat bağlanma şekli de o oranda değişiklik göstermektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının anksiyete seviyelerinin; ciddiyet ve yarar algısı üzerinde negatif düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Meme kanseri diğer kanser türleri ile kıyaslandığında metastatik olmayan evrede yüz güldürücü ve yanıt oranı yüksek, yineleme riski düşük olan,erken dönemde teşhis edilen ve tedavi edilirse iyileşme seyrinin iyi ilerlediği bir hastalıktır. Kanser tedavisi ile birlikte, ortaya çıkan rahatsızlar sonucunda bireyde; anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk gibi semptomlar yaşamakta, kişinin hayata adaptasyon mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklentileri düşmekte , karamsar ruh hali ön plana çıkmakta, hayati planları bozulmaktadır (Çalışkan, 2013). Kanser hastası yada hasta yakını bu süreçten negatif olarak etkilenmekte ve yaşamlarının her aşamasında da kanseri hissetmektedirler. Bu noktada hasta yakınlarının sağlık inançları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Meme kanserli hastalar ile hasta yakınlarının karşılaştıkları psikolojik sorunlar ile mücadele noktasında bu konuda almış oldukları eğitimin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Hodges ve diğerleri (2005, s. 1) tarafından yapılan araştırmada da hem hasta hem de hasta yakınlarına yönelik eğitim faaliyetlerinin karşılaşılan psikolojik sorunlarla baş etmede önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu kapsamda hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sağlık inanç algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmasının temelinde hasta yakınlarının meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olmasının yattığı düşünülebilir.

Bireylerin hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları ile bağlanma stilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre hasta yakınlarının ansiyete seviyeleri ile güvenli ve saplantılı bağlanma stilleri arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki

olmasına rağmen korkulu ve kayıtsız bağlanma stili arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçların ortaya çıkmasının temelinde bağlanmanın psikolojik yapı ile yakından ilişkili olmasının yattığı düşünülebilir. Literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiği zaman yetişkin bireylerde bağlanma stilleri ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkilerin ele alındığı araştırmaların artış göstermeye başladığı görülmekle beraber (Bifulco vd., 2002, s. 50), yetişkin bireylerde bağlanma stilleri ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmaların hala sınırlı olduğu belirtilmektedir (Bifulco vd., 2006, s. 796). Benzer şekilde meme kanserli hasta yakınları üzerinde bu konuda yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Buna karşılık hasta yakınları dışında bulunan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar bağlanma stilleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Shaver vd., 2005, s. 343; Canton-Cortes vd., 2014, s. 420; Muris vd., 2000, s. 157; Safford vd., 2004, s. 25).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının sağlık inanç algıları ile bağlanma stilleri arasında anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Elde dilen bulgulara göre, güvenli bağlanma stili ile ciddiyet algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, güvenli bağlanma stili ile yarar algısı arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, saplantılı bağlanma stili ile ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve güven algısı arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu, korkulu bağlanma stili ile ciddiyet algısı, engel algısı ve duyarlık algısı arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu, korkulu bağlanma stili ile yarar algısı arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu, korkulu bağlanma stili ile güven algısı arasında negatif ve düşük düzeyde, sağlık motivasyonu ile negatif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında kayıtsız bağlanma stili ile yarar algısı, engel algısı ve duyarlık algısı arasında pozitif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken, kayıtlı olmayan bağlanma düzeyi ile güven algısı ve sağlık motivasyonu negatif ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçların ortaya çıkmasının temelinde bağlanma düzeylerine göre hasta yakınlarının sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin,

bunun yanında sağlıklarına dikkat etme durumlarının farklılıklar göstermesinin yattığı düşünülebilir. Literatürde konu ile ilgili yapılan araştırmalar değerlendirildiği zaman, bağlanma stillerinin tedavi ve hastalıkla mücadele aşamalarında bireyin hastalığa yönelik tutum ve davranışlarını etkilediğini ortaya koymaktadır (Ciechanowski vd., 2003, s. 627). Bu kapsamda hasta yakınlarının sağlık inanç algıları ile bağlanma stilleri arasında anlamlı ilişki bulunmasının literatürle uyumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

6. BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak meme kanseri olan kadınların yakınlarına yönelik yapılan bu çalışmada hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastaya yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş, elde edilen bu sonucun literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür. Buna karşılık hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaşama biçimlerine (yalnız ya da aile ile yaşama), eğitim düzeylerine, medeni durumlarına, çocuk sayılarına ve çalışma biçimlerine (yarı zamanlı, tam zamanlı, çalışmıyor) göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçların literatürle kısmen paralellik gösterdiği görülmüştür. Gerek araştırmada elde edilen bulgular gerekse de literatürde konu ile ilgili yapılan benzer çalışma bulguları değerlendirildiği zaman meme kanserli hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde hastaya yakınlık derecesinin önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Bununla birlikte literatürde hmeme kanserli hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmüş, araştırmaların genellikle hasta bireyler üzerinde gerçekleştirildiği gözlenmiştir. Bilindiği gibi hastalıklarla mücadelede hasta yakınlarının psikolojik yapıları ve hastalığa yönelik tutumları oldukça önemli bir husustur. Bu nedenle literatürde meme kanserli hastalar üzerinde yapılan araştırmaların yanında hasta yakınları üzerinde yapılan çalışmalara da ağırlık verilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sağlık inanç algılarının yaş gruplarına, çocuk sayılarına ve çalışma biçimlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş, buna karşılık sağlık inancı algılarının yaşama biçimi, eğitim düzeyi ve

medeni durum değişkenlerine göre herhangi bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bu bulgulara göre hasta yakınlarının sağlık inancı algıları üzerinde sosyo-demografik değişkenlerin kısmen etkili olduğu söylenebilir. Araştırmada sağlık inancı algısına yönelik bulgular literatürde benzer yeterli çalışma olmadığı için ayrıntılı bir biçimde tartışılamamıştır. Bu noktada meme kanseri hastaların yakınları üzerinde sağlık inancı algısını etkileyen değişkenlerin ele alındığı benzer çalışmalar yapılabilir. Yapılan çalışmalarda sağlık inancı algısı hem demografik değişkenlere hem de farklı psikolojik unsurlara göre ele alınabilir.

Araştırmaya dâhil edilen hasta yakınlarının bağlanma stillerinin yaşama şekli, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı ve çalışma biçimi değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş, buna karşılık hasta yakınlarının bağlanma stillerinin yaş grubu ve medeni durum değişkenlerine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Yapılan literatür taraması sonucunda meme kanseri hastaların yakınları üzerinde bağlanma stillerinin ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu kapsamda meme kanseri hastası olan bireylerin yakınları üzerinde bağlanma stillerinin incelendiği yeni çalışmalar yapılabilir.

Sonuç olarak, meme kanser gerek hasta birey gerekse de hasta yakınlarının yaşamlarını birçok açıdan olumsuz yönde etkilemekte olup, hasta yakınlarında en sık görülen olumsuz davranış biçimlerinin başında psikolojik sorunların geldiği söylenebilir. Bilindiği gibi meme kanseri hastalığının tedavi sürecinde hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da psikolojik yapıları ve sağlık inancı algıları tedavi sürecini ve sonuçlarını etkilemektedir. Bu noktada meme kanseri hastası olan bireylerin yakınları üzerinde sağlık inancı, bağlanma stili ve psikolojik yapı üzerine yapılacak olan çalışmaların hastalıkla mücadelede önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

KAYNAKÇA

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hills-dale. NJ Eribaum.

Alacacıoğlu, A. (2007). *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi), Dokuz Eylül Ünivesitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Alanyalı, H. (2018). Meme kanseri. http://www.kanserdanismanlik.com/assets/pdf/meme_kanseri.pdf Erişim tarihi: 02.06.2018.

Allen, J., Burrell, C., Caplie, C., Collins, D., Mcgreal, P. & Purcell, J. (2013). *Oncology: Breast cancer*. https://www.physio-pedia.com/images/3/35/Oncology.pdf Erişim tarihi: 02.03.2018.

American Cancer Society. (2017). *Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018.* Atlanta: American Cancer Society

Arkar H. (1992).Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* 5(1-3):37-40.

Alper Y. (2001).*Depreson psikoterapisi*. 1.Baskı. İstanbul: Alfa Basım.

Alper, Y. (1999). *Bütün yönleriyle depresyon: tanısı, nedenleri, psikodinamiği, tedavisi*. Gendaş.

Arslantaş, A. (2014). *Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Eş Uyumu*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin.

Atay, İ. M., Kaya, V., Yalçın, A. Y. & Özdamar-Ünal. (2015). Meme kanseri olgularında aile işlevleri ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine,* 612-615.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. &6 Kültür, S. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 8(4): 280-287.

Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. & Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve

anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hek Derg, 16*(2): 55-60.

Babacan-Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme sağlığı dergisi, 2*(3): 108-114.

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

Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2010). *Stres ve başaçıkma yolları*. Remzi Kitabevi.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*: 226-241.

Başoğul, C. ve Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(*1): 1-15.

Batur S, Demir HK. (2009). *Depresyonun tedavisi: bilişsel-davranışçı yaklaşım*. In: Savaşır I, Soygüt G, Barışkın E (Eds), Bilişsel davranışçı terapiler. 4.Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; p. 19-56

Beck JS. (2001). *Bilişsel terapi ve temel ilkeler ötesi*. Hisli Şahin N (Eds). 1. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; p. 87-106

Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, (4): 561-571

Berard RM. (2001). *Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective.* J Clin Psychiatry;62 (Suppl. 8): 58-61; Discussion 62-63.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 41*(10): 796-805.

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2): 50-59.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, & ark. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284:2907-11

Bowlby J. (1998). *Attachment and Loss*. Vol. II. Seperation, anxiety and anger, Australia, Pimlico. 1998.

Boyle P, & Levin B. (2008). *World cancer report 2008*. France: International Agency for Research on Cancer.

Can, A. (2014). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi*. 2. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.

Canbulat, N. (2006) *Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Canton-Cortes, D., Cortes, M. R., & Canton, J. (2015). Child sexual abuse, attachment style, and depression: The role of the characteristics of abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(3): 420-436.

Ceylan, S. (2017). *Hemşirelik anabilim dalkadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği programı.* Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Champion, V. L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors*. Nursing Research, 42*(3). 139-143.

Champion, V. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health,* 22: 341-348.

Champion, V. L. & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in african-american women. *Nursing Research, 46*(6): 331-337.

Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain, 104*(3): 627-637.

Choi, E. K., Kim, I. R., Chang, O., Kang, D., Nam, S. J., Lee, J. E., ... & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103-1110.

Curtis, A. (2016). Health Belief Model and Fatalism related to Breast Cancer Screening in Working Women. Doctoral Thesis. Alabama.

Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar,* 1(3): 240-255.

Çalışkan, i. (2009). *Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların beden algıları ve es uyumlarının incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Çam, O. & Gümüş-Babacan, A. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10*(3): 52-60.

Çam, O., Saka, Ş., & Gümüş, A. B. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sagligi Dergisi/Journal Of Breast Health,* 5(2): 73-81.

Çenesiz, E. (2007). *Türkiye'de yapılmış sağlık inanç modeli ile ilgili çalışmaların değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Çeler, H.G. (2017). *Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.7

Çenesiz, E. (2007). *Türkiye'de yapılmış sağlık inanç modeli ile ilgili çalışmaların değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Çıkıklı-Uytun, M., Öztop, D. B., & Eşel, E. (2013). Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma Davranışının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(2): 177-189.

Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Medical Journal,* 53(4): 248-253.

Davison GC, & Neale JM. (2004). *Anormal psikolojisi*. Dağ İ (Eds). 7. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; p. 241-247.

Demirbağ, E. (2013). *Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği.* Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.

Demirci, R. (2017). *Eğitim fakültesi ve spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin depresyon ve motivasyon bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.* Yüksek Lisans Tezi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Uşak.

Demirdağ, M. F. (1992). Bağlanma Teorisi'nin Kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth. *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,* 1(2): 76-90.

Dogan, S. (2012). *Gevşeme egzersizinin adjuvan kemoterapi alan meme ve kolorektal kanser tanılı hastaların yorgunluk, depresyon ve yasam kalitesi düzeyine etkisi*. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.

Duran, Ö. (2008) *Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançları ve algılanan sağlık durumlarına etkisi*. Doktora Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.

Dökmen, Z. Y. (2017). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1): 3-35.

Elik, Z. (2006). *Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi.* Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Erel, T. (2006). Meme kanseri ve hormon replasman tedavisi, Ovulasyon induksiyon ajanları ve oral kontraseptiflerin etkileri. *Meme Kanseri Sempozyum Dizisi,* (54): 43-48.

Erözkan, A. (2004). Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri Ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2): 155-175.

Ersin, F. & Bahar, Z. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *DEUHYOED, 5* (1): 28-38.

Eser, S. (2015). Türkiye’de yaşam boyu kanser olma yığılımlı riskleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 13(2): 87-96.

Gaston-Johansson, F., Lachica, E. M., Fall-Dickson, J. M., & Kennedy, M. J. (2004, November). *Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation.* In Oncology nursing forum (Vol. 31, No. 6, pp. 1161-1178). 125 Enterprıse Dr, Pıttsburgh, PA 15275 USA: Oncology Nursıng Socıety.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. Jossey- Boss CO: San Fransisco.

Gönül, A. S. (2012). Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları. *Journal of Mood Disorders, 2*(5): S1-S5.

Gördes-Aydoğdu, N. & Bahar, Z. (2011). Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 4, 34-40.

Gözüm, S. and Aydın, İ. (2004) Validation evidence for Turkish adaptation of champion's health belief model scales, *Cancer Nursing, 27*(6): 491-498.

Gözüm, S. & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7*(3): 230-237.

Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 343-367.

Güllüoğlu, B., Aydın, E. & Soryano, V. (2009). *Meme kanseriyle baş etme rehberi*. Amerikan Hastanesi Yayınları, İstanbul.

Gülcivan, G., & Topçu, B. (2017). Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi,* 5(2) : 63-74.

Haberal, A. (2004). Meme ve over kanserlerinde genetik tarama: yalnız araştırma amaçlı mı yoksa rutin tarama mı olmalıdır. *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6: 26-29.

Hinrichsen G.A, & Clougherty K.F.(2006). *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults. Interpersonal psychotherapy: origins, structure, research, and applications*. 1. Basım. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi, 7*: 3-13

Hocaoğlu, Ç., Kandemir, G. & Civil, F. (2007). Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi, 3*(3): 163-166.

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

İrdesel, J. (2005). Postmenopozal meme kanserinde osteoporoza genel yaklaşım. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 51(*1): 25-32.

İlhan, T., & Özdemir, Y. (2012). Beliren yetişkinlerde yaş, cinsiyet ve bağlanma stillerinin kimlik statüleri üzerindeki yordayıcı rolü. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, *19*, 227-241.

Işık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11*(3): 58-64.

Karamustafalıoğlu, O. & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni,* 45: 65-74.

Karayurt, Ö. & Dramalı A. (2007) Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs, 30*: 69-77.

Karataş, Z. (2017). Bağlanma Kuramı Açısından Kurum Bakımının Çocuklar Üzerindeki Etkileri Effects Of Resıdentıal Care On Chıldren In Terms Of Attachment Theory. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(54): 868-875.

Karimpour-Vazifehkhorani, A., Bakhshipour Roodsari, A., Kamali Ghasemabadi, H., & Etemadi Chardah, N. (2019). Effectiveness of Reward-Based Task on Affective Levels of Depressed Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 24*(1): 6-15.

Kayır, G. (2014). *Onkoloji Hastalarının Hastalık algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri.* İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Kefeli-Çol, B. (2016). *Kalitesine etkisi / the influence of home-based training given to women undergoing mastectomy and their spouses according to health promotion model on family functioning and quality of life*. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.

Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2): 18-26.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A. & Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde rısk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: istanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 7*(2): 47-67.

Kolutek, R. (2014). *Evde planlı izlemin evli kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançları ve davranışlarına etkisi*. (Doktora Tezi), Erciyes Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Koptagel-İlal G. (1999). *Psikodinamik açıdan depresyon.* In: E Eker (Eds). Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller. 1. Baskı. İstanbul; 53-58.

Köknel, Ö. (2005). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. 6. Baskı. Akdeniz Yayıncılık: İstanbul.

Köroğlu, E. (2006). *Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir*?. HYB Yayıncılık: Ankara.

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.

Kutluk, T. & Kars, A. (2001). *Kanser konusunda genel bilgiler.* TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Bşk. Türk Kanser Arş. ve Savaş Kurumu.

Lee, H. Y., Stange, M. J., & Ahluwalia, J. S. (2015). Breast cancer screening behaviors among Korean American immigrant women: findings from the health belief model. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(5), 450-457.

Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 343-351.

Mallinger, J. B., Griggs, J. J., & Shields, C. G. (2006). Family communication and mental health after breast cancer. *European Journal of Cancer Care, 15*(4), 355-361.

Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 380-388.

Mevsim, V., & Yılmaz, O. (2017). Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Ayırıcı Tanısı. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 8(1), 21-28.

Muris, P., Mayer, B., & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality: An İnternational Journal, 28*(2), 157-162.

Nahcivan, N. Ö. & Seçginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7*(1): 33-38.

Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology, 14*(6), 478-491.

Okanlı, A., Özer, N., Akyıl, R. Ç. & Koçkar, Ç. (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 9*(4): 38-44.

Okci, B. (2017). *Cinsel yönelimin bağlanma stilleri, cinsel doyum ve psikopatoloji yönünden değerlendirilmesi*. Master's thesis, Işık Üniversitesi. İstanbul.

Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 6(1): 33-39.

Olgun, Ş. (2015). *Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özçolak, Y. (2016). *Percevied adjusment of spouse and mental status in patients with early stage cancer diagnosis*. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Özgan, A. Y. (2012). Depresyon. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi, 5*(6): 1-5.

Özkan, S. (2006). Kanserde psikososyal destek ve psikoonkoloji. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(10), 20-25.

Peto, J., & Mack, T. M. (2000). High constant incidence in twins and other relatives of women with breast cancer. *Nature Genetics, 26*(4), 411.

Rabin, C., & Pinto, B. (2006). Cancer-related beliefs and health behavior change among breast cancer survivors and their first-degree relatives. *Psycho-Oncology, 15*(8), 701-712.

Reyes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K., Shete, S., & Hassan, S. (2012). Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Women's Health*, 21(3), 311-318.

Rohleder, P. (2012). Critical issues in clinical and health psychology. London, SAGE Publications.

Safford, S. M., Alloy, L. B., Crossfield, A. G., Morocco, A. M., & Wang, J. C. (2004). The relationship of cognitive style and attachment style to depression and anxiety in young adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*(1): 25-41.

Savrun, M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyoloji. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu,* 11-17.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Dassen, T., & Van Den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing, 17*(21), 2895-2909.

Seçginli, S. & Nahcivan, N. (2006) Kendi kendine meme muayenesi: yeni öneriler neler? *Sağlık ve Toplum, 16*(4): 13-18.

Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 2:63-9.

Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(3): 343-359.

Sümer, N. & Güngör, D. (1999). Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemi Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi, 14*(43): 71-106.

Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* dergisi, 8: 88-99.

Şener-Dede, D. (2010). *Kanser hastasına bakım veren birinci derece aile yakınlarında kanser teşhisi sonrasında yaşam tarzı değişikliğinin değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Tanrı- Cömerta, I., & Ögelb, K. (2014). Madde Kullanan Ergenlerin Bağlanma Stilleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(1): 9-40.

Tiryaki, A., Özçürümez, G., Sağlam, D., & Yavuz, M. (2010). Meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalığa tepkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 11, 95-101.

Tokgöz G, Yaluğ, İ., Özdemir S, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 59-66.

Tosun, N. (2010). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan 20-69 yaş arasındaki kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

Tunç, A. (2014). *Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile psiko-sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi.* (Doktora Tezi), Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi.* (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* 21(3): 190-220.

Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y.E., Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *21* (3), 189-219.

Türkçapar, M. H. (2009). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon.* HYB Basım Yayın.

Turkoglu, N., & Kilic, D. (2012). Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 13(8): 4141-4145.

Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Ziaei, J. E., Hosseinzadeh, M., & Kermani, I. A. (2016). Other side of breast cancer: Factors associated with caregiver burden. *Asian nursing research*, 10(3): 201-206.

Chang, E. W. C., Tsai, Y. Y., Chang, T. W., & Tsao, C. J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology,* 16(10): 950-955.

Qiu, J., Chen, W., Gao, X., Xu, Y., Tong, H., Yang, M., ... & Yang, M. (2013). A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2), 60-67.

Wang, W. L., Hsu, S. D., Wang, J. H., Huang, L. C., & Hsu, W. L. (2014). Survey of breast cancer mammography screening behaviors in Eastern Taiwan based on a health belief model. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 30(8), 422-427.

Weissman M M, Markowitz J C, Klerman G L. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy, What is IPT?.* New York: Oxford University Press;. 3-5.

WHO. (2006). *Guidelines for management of breast cancer.* EMRO Technical Publications Series.

World Cancer Research Fund American Institute For Cancer Research. (2010). *ContinuousUpdate Project Report. Food, Nutrition, Physical Activity, And The Prevention Of Breast Cancer.*

Yalçınöz-Baysal, H. (2008). *Meme Kanseri Ve Mamografďye İlişkin Sağlık İnançları İle Telefonla Hatırlatmanın Tekrar Mamografďelefonla Hatırlatmanın Tekrar Mamografi Çektirmeye Etkisi Çektirmeye Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

Yavuz, R. (1999). Depresyonun Kliniği. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu.* 2-3 Aralık, İstanbul, S. 29-34.

Yıldız, M. (2012). Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 36(1): 1-30.

Yıldızhan, E. (2017). Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(1): 66-72.

Yücelten, E. (2016). *Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığının bağlanma stilleri ile ilişkisinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Zainal, N. Z., Nik-Jaafar, N. R., Baharudin, A., Sabki, Z. A., & Ng, C. G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2649-2656.

Zigmond, A.S. & Snaith, P.R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psyciatry Scandinavia, 67*: 361-370.

EKLER

Ek A. Aydınlatılmış Onam

Meme Kanserli Hasta Yakınlarının Depresyon Seviyesinin ve Sağlık İnanç Modelinin Bağlanma Stili İle İlişkisi

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket, meme kanseri hasta yakınlarının depresyon seviyesinin ve sağlık inanç modelinin bağlanma stili ile ilişkisini incelemektedir. Bu anket aracılığıyla toplanan veriler meme kanseri hasta yakınlarının, hastalık ile tanıştıktan sonraki yaşamların de nasıl bir değişim yaşadıklarının anlamamız için kullanılacaktır. Aşağıda bulunan anketi doldurarak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılıp katılmamanız hiçbir şekilde yaşamınızı etkilemeyecektir. Kimlik bilgileriniz araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilirseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, bize aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Ek B. Kişisel Bilgi Formu

Hasta Yakını:	**Hastanın Bilgileri:**
Ad Soyad:	Ad Soyad:
Yaş:	Şu anki Yaşı:
Yaşama şekli : -Yanlız ( ) -Ailemle ( )	Teşhis yaşı:
Eğitim Durumu: 1- İlkokul ( ) 2- Lise ( ) 3- Yüksekokul ( ) 4- 4-Okuma Yazma Yok ( )	Hastalık evresi: -(I) -(II) -(III)
Medeni durum: 1- Evli ( ) 2- Bekar ( )	Yaşama şekli : -Yanlız ( ) -Ailemle ( )
Çocuk Sayısı: -(1) -(2) -(3 ve daha fazla)	Eğitim Durumu: 1- İlkokul ( ) 2- Lise ( ) 3- Yüksekokul ( ) 4- Okuma Yazma Yok ( )
Çalışma Durumu: 1. Tam zamanlı ( ) 2. Yarım zamanlı (part- time) ( ) 3. Çalışmıyor ( )	Medeni durum: 1- Evli ( ) 2- Bekâr ( )
	Çocuk Sayısı: -(1) -(2) -(3 ve daha fazla)
	Çalışma Durumu: 1.Tam zamanlı ( ) 2.Yarım zamanlı ( )(part-time) 3.Çalışmıyor ( )

MENOPOZ

Postmenoppozaal (Girdi)	Premenopozal (Girmedi)

	EVET	HAYIR
Hastalık sürecinde psikolojik destek aldınız mı?		
Hastalık sürecinde psikiyatrik ilaç kullandınız mı?		
Şu an psikolojik destek alıyor musunuz?		
Şu an psikolojik ilaç kullanıyor musunuz?		

Ek C. HAD Ölçeği

Hasta adı soyadı:_____

Tarih: _____

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

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

( ) Çoğu zaman

( ) Birçok zaman

( ) Zaman zaman, bazen

( ) Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

( ) Aynı eskisi kadar

( ) Pek eskisi kadar değil

( ) Yalnızca biraz eskisi kadar

( ) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

( ) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

( ) Evet, ama çok da şiddetli değil

( ) Biraz, ama beni endişelendiriyor

( ) Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

( ) Her zaman olduğu kadar

( ) Şimdi pek o kadar değil

( ) Şimdi kesinlikle o kadar değil

( ) Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

( ) Çoğu zaman

( ) Birçok zaman

( ) Zaman zaman, ama çok sık değil

( ) Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

( ) Hiçbir zaman

( ) Sık değil

( ) Bazen

( ) Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

( ) Kesinlikle

( ) Genellikle

( ) Sık değil

( ) Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

( ) Hemen hemen her zaman

( ) Çok sık

( ) Bazen

( ) Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

( ) Hiçbir zaman

( ) Bazen

( ) Oldukça sık

( ) Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

( ) Kesinlikle

( ) Gerektiği kadar özen göstermiyorum

( ) Pek o kadar özen göstermeyebilirim

( ) Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

( ) Gerçekten de çok fazla

( ) Oldukça fazla

( ) Çok fazla değil

( ) Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

( ) Her zaman olduğu kadar

( ) Her zamankinden biraz daha az

( ) Her zamankinden kesinlikle daha az

( ) Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

( ) Gerçekten de çok sık

( ) Oldukça sık

( ) Çok sık değil

( ) Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

( ) Sıklıkla

( ) Bazen

( ) Pek sık değil

( ) Çok seyrek

Ek D. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
DUYARLILIK ALGISI					
1- Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek.					
2- Birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim çok yüksek.					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı Hissediyorum.					
CİDDİYET ALGISI					
4- Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor.					
5- Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor.					
6- Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutuyor.					
7- Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir.					
8- Meme kanseri olmam eşim veya partnerimle ilişkimi kötüleştirebilir.					
9- Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir.					
10- Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam.					
YARAR ALGISI					
11- Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum.					
12- Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (urları) erken bulmama yardımcı olur.					
13- Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir.					
14- Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (ur) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
15- Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak benim için mememde oluşan bir kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur.					
ENGEL ALGISI					
16- Kendi kendine meme muayenesi yapmak benim için mememde oluşan küçük bir kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur.					
17- Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir.					
18- Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor.					
19- Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor.					
20- Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum.					
21- Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok.					
22- Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur.					
23- Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur.					

24- Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyük.					
25- Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur.					
26- Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var.					
GÜVEN ALGISI					
27- Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28- Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim.					
29- Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (ur) varsa bulabilirim.					
30- Mememde 2,5 cm büyüklüğündeki bir kitleyi (uru) bulabilirim.					
31- Mememde 1,5 cm büyüklüğündeki bir kitleyi (uru) bulabilirim.					
32- Mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi (uru) bulabilirim.					
33- Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum.					
34- Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim.					
35- Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim.					
36- Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim.					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
37- Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim.					
38- Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
39- Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
40- Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum.					
41- Dengeli beslenirim.					
42- Haftada en az üç kez egzersiz yaparım.					
43- Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırırım.					

Ek E. İlişki Ölçekleri Anketi

Aşağıda verilen cümleleri lütfen yakın ilişkilerinizi (arkadaşlık, romantik ilişkiler gibi) düşünerek 7 ölçek üzerinden size en uygun olanı işaretleyiniz.

1)Beni Hiç Tanımlamıyor 2)Beni pek tanımlamıyor 3)Bir Fikrim Yok 4) Beni Biraz Tanımlıyor 5)Beni oldukça Tanımlıyor 6)Tamamıyla Beni Tanımlıyor

		1	2	3	4	5	6	7
1	Başkalarına kolaylıkla güvenemem.							
2	Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.							
3	Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4	Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.							
5	Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
6	Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.							
7	Yalnız kalmaktan korkarım.							
8	Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
9	Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.							
10	Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.							
11	Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğinden kaygılanırım.							
12	Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							
13	Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.							
14	Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.							
15	Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.							
16	Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
17	Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.							

ÖZGEÇMİŞ

Hatice Ekici, 26/08/1992 tarihinde Şehitkamil/Gaziantep'de doğdu. Gaziantep'de ikamet etmektedir. İlkokul Kocatepe İlkokulu, ortaokul Kocatepe Ortaokulu, lise inci konukoğlu Lisesi, lisans eğitimi Zirve Üniversitesi – Eğitim Fakültesi Rehberlik ve psikolojik Danışmanlık Bölümü, yüksek lisans eğitimini ise 2017/2018 Bahar Dönemi'nde Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında tamamlamıştır. Lisans eğitimleri sırasında Gaziantep Üniversitesi / Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Bölümünde ve yüksek lisans eğitiminde Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastahanesinde staj yapmıştır.

Öğrenim hayatı süresince bir çok konferans, seminer ve eğitime katılmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi 1. Modül eğitimini tamamlamıştır. WISC-R Zeka Testi, , Objektif Testler ve Projektif Testlerinden birçoğunu uygulayabilmektedir. Lisans 2. Sınıftan itibaren Phd. Sabire Djamgoz den süpervizyon eğitimini almaktadır.

İNTİHAL RAPORU

ETİK KURULU ONAYI

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

17.04.2018

Sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/140 proje numaralı ve **"Meme Kanserli Hasta Yakınlarının Depresyon Seviyesinin ve Sağlık İnanç Modelinin Bağlanma Stili ile İlişkisi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol