

## Sağlık Psikolojik Danışmanlığı Çerçevesinde Meme Kanserli Kadınların Yaşantıları ve Psiko-Sosyal Gereksinimleri\*

### Breast Cancer Woman’s Experiences and Psycho-Social Needs within the Framework of Health Counseling

Aygül TUNÇ AKSAN\*\*, Cem Ali GİZİR\*\*\*

**Öz:** Bu nitel çalışmanın amacı, yeni tanı almış ve tedavi görmekte olan meme kanserli kadınların meme kanseri ile ilgili yaşantılarını ve psiko-sosyal gereksinimlerini belirlemektir. Çalışma grubunu, benzeşik örnekleme yöntemiyle gönüllülük esasına göre belirlenen ve Akdeniz bölgesindeki iki büyükşehirde tedavileri devam eden 20 meme kanserli kadın oluşturmaktadır. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 6 soruyu kapsayan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edilmiştir. Araştırma verileri, temel olarak, örüntüleri belirleme, kodlama ve kategorilere ayırma işlemlerini kapsayan içerik analizi tekniğiyle analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, katılımcıların kanser yaşantıları ve psiko-sosyal gereksinimlerinin tanı ve tedaviye yönelik tepkiler, başa çıkma stratejileri, koruyucu ve engelleyici etmenler ile psiko-sosyal kaynaklar ve gereksinimler olmak üzere dört tema doğrultusunda ele alınabileceğini göstermiştir. Elde edilen bulgular tartışılarak, uygulamalara ve gelecek çalışmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, kanser yaşantısı, psiko-sosyal gereksinimler, sağlık psikolojik danışmanlığı

**Abstract:** The purpose of the study is to investigate the experiences and the basic psycho-social needs of breast cancer women receiving treatment. The study group consisted of 20 breast cancer women receiving treatment in two metropolitan cities in the Mediterranean Region of Turkey. The data were gathered by utilizing semi-structured interview method including 6 interview questions developed by the researchers. The data collected through interviews were content-analyzed including the process of identifying, coding, and categorizing the primary patterns of data. The results of the study provide evidence that the experiences and the basic psycho-social needs of the participants can be examined under four themes, namely responses to breast cancer diagnosis and treatment, coping strategies, protective and vulnerability factors and psycho-social recourses and needs. Implications of the findings were discussed and some suggestions were made for further research.

**Keywords:** Breast cancer, cancer experience, psychosocial needs, health counseling

#### Giriş

Kadınlar arasında en sık karşılaşılan kanser türü olarak meme kanseri, çoğu kanser türünde olduğu gibi hem yaşamı tehdit eden akut bir hastalık hem de ciddi bir kronik hastalık durumudur (Institute of Medicine [IOM], 2008; Ogden, 2010). Meme kanserli kadınlar, meme kanseri yaşantısında çeşitli psiko-sosyal zorluklar yaşamaktadırlar. Nitekim meme kanseri tanı sürecinde kadınların şok, inanamama ve inkar gibi tepkiler verdikleri görülmektedir (Landmark, Strandmark ve Wahl, 2002; Ogden, 2004). Bununla birlikte, tanıyı aldıktan sonra, kadınların yoğun bir şekilde çaresizlik ve ümitsizlik (Andersen Kiecolt-Glaser ve Glaser, 1994; Morris ve Haybittle, 1992; Palmer, Kagee, Coyne ve Demichele, 2005), korku (Bitsikaa, Sharpley ve Christie, 2010; Palmer ve diğerleri, 2005) ile üzüntü ve yalnızlık (Bennett, Compas, Beckjord ve Judith, 2005; Blow ve diğerleri, 2011) yaşadıkları belirtilmektedir. Ameliyat sonrasında kadınlar ayrıca, kaygı, tedirginlik, üzüntü, utanç ve öfke ile birlikte uyku ve yeme sorunları, cinsel ilgi kaybı ve cinsel ilişki ile ilgili çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar (Schain ve diğerleri,

\*Bu çalışmanın bir bölümü birinci yazarın, ikinci yazarın danışmanlığında tamamladığı doktora tezinden alınmıştır.

\*\*Dr. Milli Eğitim Bakanlığı, e-posta: aygultunc@gmail.com

\*\*Doç. Dr. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Mersin, e-posta: cagizir@mersin.edu.tr

1983). Yine bu süreçte kadınlarda depresyon belirtilerinin yükseldiği görülmektedir (Sütçü, 2010). Bunlara ek olarak, bu tedaviler sırasında kadınların aile ve arkadaş etkileşimleri başta olmak üzere sosyal ilişkilerinde de azalma meydana gelmektedir (Lam, Chan, Hung, Amy ve Fielding, 2009). Kemoterapi tedavisi sırasında ise kadınlar, depresyon belirtileri, geleceğe yönelik ümitsizlik ve nedensiz korkular (Can, 2001), kaygı (Akın, 2007; Özkorumak, Tiryaki, Arslan ve Yavuz, 2012), duygudurum bozuklukları (Gallagher, Parle ve Cairns, 2002) ve sağkalım süresiyle ilgili belirsizlik (Knobf, 1986) yaşadıklarını bildirmektedirler.

İlgili alan yazında en çok tartışılan konulardan bir diğeri ise psiko-sosyal gereksinim tanımıdır. Bu bağlamda gereksinim, en yüksek iyilik-haline ulaşmak için, gerekli ve istendik olan belli eylem ve kaynaklara ilişkin talepler olarak tanımlanmaktadır (Sansón-Fisher ve diğerleri, 2000). Dolayısıyla, sağlık gereksinimi ile hastalığın psiko-sosyal sonuçlarına bağlı ortaya çıkan gereksinimlerin kavram olarak birbirine karıştırılmaması önem arz etmektedir. Nitekim, meme kanserli kadınların yaşadıkları çeşitli bio-psiko-sosyal sorunlar, bu sorunlara verdikleri tepkiler ve başa çıkma stratejileri kanser hastalığının bir sonucu olarak ortaya çıkabildiği gibi, uygulanan tedaviler, bireyin hastalığı yönetmesine yönelik bilgi eksikliği ya da resmi/resmi olmayan destek kaynaklarının eksikliğinden de kaynaklanabilmektedir (IOM, 2008). Bu bağlamda, meme kanserli kadınların hastalıklarıyla ilişkili yaşadıkları sıkıntı ve psiko-sosyal sorunlarla birlikte, hastalıklarına uyum gösterme ya da hastalıklarını yönetmelerinin önünde engel oluşturabilecek çeşitli psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (Hewitt, Herdman ve Holland 2004). Bu noktada, meme kanserli kadınların en çok tedavi kararlarına katılma, görünüş ve beden değişimlerine başa çıkma, başkalarının kendilerini nasıl gördüğüne yönelik algıları, yaşadıkları olumsuz duygular, birileriyle konuşma, arkadaş desteği ve sosyalleşme gibi çok çeşitli konularda psiko-sosyal destek gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır (The Institute for Health Research, 2001).

Diğer yandan, her ne kadar psiko-sosyal etmenlerin kanserli hastalarda sağkalım süresini önemli ölçüde etkilediği (Falagas ve diğerleri, 2007) belirtilse de, kanserli bireylerin bu gereksinimlerinin büyük oranda karşılanmadığı vurgulanmaktadır (Barg ve diğerleri, 2007). Türkiye’de ise kanserli hastaların psiko-sosyal desteği büyük oranda yakın çevrelerinden aldıkları, sağlık çalışanlarından çok az destek aldıkları ve ruh sağlığı çalışanlarından ise hemen hemen hiç destek alamadıkları belirtilmektedir (Özyurt, 2007). Buradan hareketle, sağlık psikolojik danışmanlığı kapsamında, ülkemizde meme kanserli kadınlarla yapılabilecek psiko-sosyal çalışmalar için bir başlangıç noktası oluşturmak adına, kadınların meme kanseri yaşantıları ve hastalıkları ile ilgili gereksinimlerinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Bu bakış açısıyla, bu nitel çalışmanın amacı, yeni tanı almış ve tedavi görmekte olan meme kanserli kadınların meme kanseri ile ilgili yaşantılarını ve psiko-sosyal gereksinimlerini belirlemektir. Bu çalışma sonucunda belirlenecek olan meme kanserli hastaların psiko-sosyal gereksinimlerinin, meme kanseri ile ilgili çalışan tüm sağlık çalışanlarına bir kaynak oluşturmasının yanı sıra ülkemizde sunulan psiko-sosyal hizmetlerin içerik ve çeşitliliğini artırmaya katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bilindiği üzere, genel psikolojik danışma model ve yaklaşımları sağlık ile ilgili çalışmalara bir çatı sunmakla birlikte, sağlık ile ilgili çalışmalarda odak nokta danışanın sağlık ve hastalıkla ilgili yaşantı ve kaygılarının ele alınmasını içermektedir. Bu bağlamda, psikolojik danışma alanında sağlık ve hastalıkla ilgili psikolojik danışma hizmetlerinin kapsamını geliştiren ve katkı sunan alt alanlardan sağlık psikolojik danışmanlığının gelişmesine, ülkemizde de gereksinim duyulmaktadır. Aynı zamanda, sağlık psikolojik danışmanlığı alanında çalışacak yetkin psikolojik danışmanların genel psikolojik danışma bilgi ve becerilerinin yanı sıra, çalışacakları hastalık türü ve hasta grubunu da çok iyi bilmesi gerekmektedir (Sperry ve Carlson, 2002). Dolayısıyla bu çalışmanın, sağlık alanında uzmanlaşmak isteyen psikolojik danışmanlara meme kanseri ve meme kanserli kadınlarla ilgili genel bir bakış açısı kazandırmanın yanı sıra, sağlık psikolojik danışmanlığı kapsamındaki psiko-sosyal uygulamalarının yeniden gözden geçirilmesine de kaynak oluşturması beklenmektedir.

## Yöntem

### Araştırma Modeli

Bu çalışmanın amacı meme kanserli kadınların meme kanseri ile ilgili yaşantıları ve psiko-sosyal gereksinimlerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır.

### Çalışma Grubu

Meme kanseri, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi birbirinden ayrılan çeşitli aşamalardan oluşmaktadır. Hewitt ve diğerleri (2004), meme kanserindeki aşamaları tanı, birincil tedavi, sistematik tedaviler, tedaviyi tamamlama ve olağan yaşama yeniden girme, sağkalım, tekrarlama ve ilerleyen kanserde hafifletici ya da yatıştırıcı (palliative) tedavi uygulamaları olarak tanımlamaktadırlar. Bu aşamalar içinde ise psiko-sosyal uyumun en düşük düzeyde ve psikolojik sıkıntının en yüksek olduğu aşamanın tedavi aşaması olduğu vurgulanmaktadır (Schroevers, Ranchorb ve Sanderman, 2006). Bu bilgiler ışığında, bu çalışmada, meme kanserli kadınların sıkıntı seviyesinin en yüksek olduğu aşamadaki yaşantıları temelinde, yeni tanı almış ve tedavileri devam etmekte olan meme kanserli kadınlar üzerinde durulmaktadır. Dolayısıyla, çalışma grubunun belirlenmesi sürecinde, kadın olmak, yakın zamanda meme kanseri tanısı almış olmak, tanı ve cerrahi müdahale sonrası ayaktan tedavilere (kemoterapi, radyoterapi ya da hormon tedavisi) başlamış ve devam ediyor olmak vb. temel kriterler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, araştırmanın çalışma grubunu amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemiyle belirlenen ve Akdeniz bölgesindeki iki büyükşehirde tedavileri devam etmekte olan 20 meme kanserli kadın oluşturmaktadır. Çalışma grubunda yer alan kadınların meme kanseri tanısı almalarının üzerinden geçen süre 2 ay ile 24 ay arasında değişmektedir ( $\bar{X}=12.77$ ;  $ss=17.09$ ). Bu kadınların % 55'i (n=11) kemoterapi, % 20'si (n=4) radyoterapi, % 10'u (n=2) hormon tedavisi ve %15'i (n=3) diğer tedavileri görmektedirler. Çalışma grubunun yaşları ise 32 ile 79 arasında değişmektedir ( $\bar{X}=51.80$ ;  $ss= 11.14$ ).

### Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada yüz yüze görüşme tekniklerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Veri toplamak amacıyla oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu, meme kanserli kadınların tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal sorunları, gereksinim duydukları kişileri ve desteğin içeriği ile psikolojik destek gereksinimlerini belirlemeye yönelik toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Görüşme formunun oluşturulması sürecinde öncelikle kapsamlı alanyazın incelemesi sonunda çeşitli sorulardan oluşan bir taslak form hazırlanmıştır. Ardından, bu formda yer alan sorular, uzman görüşü almak amacıyla ilgili üç öğretim üyesine sunulmuştur. Elde edilen uzman görüşleri doğrultusunda taslak form, soruların kapsam ve içeriği, açıklığı ve anlaşılabilirliği gibi konularda tekrar gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiştir. Son şekli verilen görüşme formu, iki pilot çalışma ile yazım düzeni, anlaşılabilirliği, uygulama süresi vb. açılardan test edilmiştir.

İlk pilot çalışma, kanser tanısı almış ve kemoterapi biriminde ilaç tedavisi görmekte olan dört kadınla gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, tedavi sürecinde olmaları nedeniyle, kadınların tedavi gördükleri ünitelerde yapılmıştır. Ancak, bu ortamda yapılan görüşmeler, gizliliği sağlayamama, görüşmelerin sıklıkla kesilmesi, çok fazla gürültü olması ve hastaların tedavi sırasında yaşadığı çeşitli fiziksel sıkıntılar gibi nedenlerle etkili bir şekilde gerçekleştirilememiştir. Bu kapsamda yapılan ikinci pilot çalışmada ise gönüllülük esasıyla belirlenen dört meme kanserli kadınla kendilerini rahat hissettikleri ve görüşme sürecini olumsuz etkilemeyecek ortamlar belirlenmiş ve görüşmeler bu ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalar sonucunda, görüşme mekânlarının katılımcı ve araştırmacılar tarafından belirlenmesinin daha uygun olduğu görülmüştür. Ayrıca, görüşme formunda yer alan soruların araştırma amacına uygun ve anlaşılabilir olduğu ve görüşmelerin ortalama 40 dakika sürdüğü belirlenmiştir.

### **Veri Toplama Süreci**

Veri toplamak amacıyla öncelikle ilgili etik kurullar ve sağlık kurumlardan gerekli yasal izinler alınmıştır. Her bir görüşme öncesi katılımcılara araştırmacıların kimliği, araştırmanın amacı, katılımcı bilgilerinin gizliliği, araştırma için alınan izinler ile ilgili bilgiler sunulduktan sonra araştırmaya katılma isteği ile ilgili onay istenmiştir. Bu süreçte, araştırma ile ilgili bilgi isteyen hasta yakınlarına da gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır. Ayrıca, her katılımcıya, görüşme öncesi çalışmanın amacı tekrar anlatılarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” okutulmuş, araştırmacılarla karşılıklı olarak imzalanarak bir kopyası katılımcıya teslim edilmiştir. Yaklaşık 40 dakika süren görüşmelerde veri kaybını önlemek amacıyla ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Ses kayıt cihazının kullanılması ile ilgili de katılımcılardan izin istenmiş, araştırmanın gizliliği ile ilgili etik kurullar üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte, görüşmelerde ortaya çıkabilecek karışıklıkları önlemek ve araştırmanın amacı açısından önemli olabileceği düşünülen, katılımcıların sözel olmayan ifadeleri de yazılı olarak not edilmiştir. Her görüşmenin sonunda katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür edilmiştir.

### **Verilerin Analizi**

Veri toplama süreci sonunda elde edilen nitel veri, başlıca örüntüleri belirleme, kodlama ve kategorilere ayırma işlemlerini içeren “içerik analizi” tekniği (Yıldırım ve Şimşek, 2005) ile analiz edilmiştir. Bu kapsamda öncelikle, kaydedilen görüşmelerin dökümleri yapılmış ve elde edilen veri, meme kanseri ile ilgili alanyazın, araştırma soruları ve görüşme formunda yer alan sorular dikkate alınarak analiz çerçevesini belirlemek amacıyla birçok defa gözden geçirilmiştir. Bu süreçte, veride yer alan çeşitli cümleler ya da paragraflar gibi anlamlı bölümlere isim verilmesini içeren kodlama işlemi yapılmış ve devamında kodlanmış verinin tekrar incelenmesi sonucunda birbirleriyle ilişkili olan kavramlar, kategori ve temalar belirlenmiştir. Bu kapsamda ilk kodlama sonucunda 15 genel kategori oluşturulmuştur. Daha sonra veri ve ilk oluşturulan kategoriler incelenerek benzer ve farklı örüntüler belirlenmiş ve verilerle ilgili son tema, kategori, alt kategori ve boyutlar belirlenmiştir.

Bunun yanı sıra, güvenilirlik ve geçerlik çalışması kapsamında “çeşitleme” (triangulation) yapılmıştır. Bu çalışmada, çeşitleme tekniklerinden birisi olan araştırmacı çeşitlemesi kullanılmıştır. Bu teknik kapsamında, iki farklı katılımcının dökümleri tesadüfi olarak seçilmiş ve nitel araştırma konusunda deneyimli üç öğretim üyesine analiz yapmaları amacıyla verilmiştir. Her üç öğretim üyesine verilen görüşme dökümleri aynı zamanda araştırmacılar tarafından da analiz edilmiştir. Farklı öğretim üyeleri ve araştırmacılar tarafından yapılan analiz sonuçları, oluşturulan kodlamalardaki benzerlik ve farklılıklar açısından karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda, öğretim üyeleri ve araştırmacıların benzer kategoriler oluşturduğu görülmüştür. Son olarak, karşılaştırma sonuçları temelinde kodlara yönelik düzenleme yapılarak tema ve kategorilerin belirlenmesi işlemi tamamlanmıştır. Bununla birlikte, geçerlik ve güvenilirlik kapsamında elde edilen bulgular, katılımcıların görüşlerini yansıtan doğrudan alıntılara yer verilerek sunulmuştur.

### **Bulgular**

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen içerik analizi sonucunda, *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler*, *başta çıkma stratejileri*, *koruyucu ve engelleyici etmenler* ve *psiko-sosyal kaynaklar ve gereksinimler* olarak adlandırılan dört tema ortaya çıkmıştır. Her bir tema, içerdiği ana kategori, alt kategori, boyut ve alt boyutlar ile ayrı ayrı ele alınarak aşağıda sunulmaktadır.

#### ***Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler***

Analiz sonucunda, kadınların meme kanseri tanı ve tedavisine yönelik tepkilerinin farklılaştığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla *tanı ve tedaviye yönelik tepkiler* ana teması, *tanıya yönelik tepkiler* ve *tedaviye yönelik tepkiler* olarak iki ana kategori altında ele alınmıştır. Ayrıca katılımcıların verdikleri bu tepkilerin, hem tanı ve hem de tedavi dönemlerinde *bilişsel*, *duygusal*, *davranışsal* ve *kişilerarası tepkiler* olarak isimlendirilen alt kategorilere ayrılacağı ve bu alt kategorilerin de çeşitli boyutları olduğu gözlenmiştir (Tablo 1).

### Taniya yönelik tepkiler

Meme kanseri tanısının beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmasından dolayı, katılımcıların yarıya yakını meme kanseri tanısını ilk öğrendiklerinde *şok* yaşadıklarını ve yine yarıya yakını taniya *inanamadıklarını* belirtmişlerdir. Bu tepkiler *bilişsel tepkiler* alt kategorisinin boyutlarını oluşturmuştur. Bir katılımcı inanamama tepkisini “*Yani ilk duyunca böyle zaten inanamıyorsun. Hiç beklemediğin bir olay çünkü. Zaten hiç başına gelmeyecekmiş gibi şey yapıyorsun.*” (K16) şeklinde ifade etmiştir. Katılımcıların duygusal olarak verdikleri tepkilerin sırasıyla *üzüntü*, *korku*, *yalnızlık*, *öfke* ve *suçluluk* boyutlarından oluştuğu belirlenmiştir. Yaşanan korku tepkisinin, kanserin vücutta ne kadar yayıldığı ile ilgili olduğu ya da kanserin yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmasından kaynaklandığı görülmektedir. Bir katılımcı kanserin vücuttaki yaygınlığı ile ilgili korkusunu şu şekilde ifade etmiştir: “*Derecesi nedir vücutta yayılmış mıdır? Tek korkum oydu. Yayılmış mı yayılmamış mı?*” (K11)

Diğer bir alt kategori olarak ortaya çıkan *davranışsal tepkiler*, katılımcıların meme kanseri tanısı aldıktan sonra davranışsal olarak ne tür tepkiler verdiklerini içermektedir. Analiz sonucunda, katılımcıların *ağlama*, *dua etme* ve *sosyal destek arama* gibi davranışsal tepkiler gösterdikleri belirlenmiştir. *Kişiler arası tepkiler* alt kategorisi ise meme kanserli kadınların aile üyeleri ve yakın çevrelerinden oluşan sosyal ağlarına yönelik verdikleri tepkileri içermektedir. Aileye yönelik tepkiler incelendiğinde, katılımcıların aile üyelerinin (çocuklar, anne-baba, kardeşler ve eş) duygu ve beklentilerini yönetmeye yönelik ve/veya kanserin aile üyelerinde yaratacağı etkiyi azaltmaya yönelik tepkiler sergiledikleri gözlenmiştir. Katılımcıların ailelerine yönelik olarak sergiledikleri bu tepkiler *üzmemeye çalışma* ve *gizleme* olarak adlandırılmıştır. Bir katılımcı çocuklarına yönelik tepkisini “*Fakat çocuklarıma söylemedim, en son çocukların haberi oldu. Çocuklara söylemeden kendi işimi kendim halletmeye çalıştım ama olmadı.... Onları üzmemek. Tatillerini zehir etmemek için, yaza geldi.*” (K18) cümlesiyle belirtmiştir. Katılımcıların yakın çevrelerine (arkadaş, komşu, iş arkadaşları vb.) ise aile üyelerine verilen tepkilerden farklı olarak, yalnız kalma isteğinden söz ettikleri görülmektedir. Yakın çevrelerine yönelik verdikleri tepkiler *yalnız kalma* olarak isimlendirilmiştir. Bir katılımcı yakın çevreye yönelik tepkisini şu ifadelerle dile getirmiştir: “*Yani diyorum ya ilk başta kimseyi görmek istemiyordum. Kimseyle konuşmak, bir şey yapmak istemiyordum.*” (K9)

Tablo 1  
Tanı ve Tedaviye Yönelik Tepkiler

Kategoriler	Alt Kategoriler	Boyutlar
Taniya Yönelik Tepkiler	Bilişsel tepkiler	Şok İnanamama/İnkar Üzüntü
	Duygusal tepkiler	Korku Yalnızlık Öfke Suçluluk
	Davranışsal tepkiler	Ağlama Sosyal destek arama Dua etme
	Kişilerarası tepkiler	Üzmemeye çalışma Gizleme Yalnız kalma
Tedaviye Yönelik Tepkiler	Bilişsel tepkiler Duygusal tepkiler	İnkar

---

	Öfke, Üzüntü, acı Korku Karamsarlık Boşluk Endişe Kaygı
Davranışsal tepkiler	Uykusuzluk Sosyal geri çekilme Üzmemeye çalışma
Kişilerarası tepkiler	Kaçınma Sosyal geri çekilme

---

#### *Tedaviye yönelik tepkiler*

Analiz sonuçları, tedavi döneminde de katılımcıların bir kısmının *bilişsel tepkilerden* olan *inkâr* tepkisini yaşamaya devam ettiğini göstermektedir. Tedavi döneminde en çok gösterilen *duygusal tepkinin* ise sağlık çalışanlarına yönelen *öfke* olduğu görülmüştür. Yaşanan diğer duygular sırasıyla, *üzüntü, acı, korku, karamsarlık, boşluk, endişe* ve *kaygı* olarak belirlenmiştir. Bir katılımcı öfkesini şöyle dile getirmiştir:

“...ben cahil bir insanım benden daha cahilleri de olabilir biz anlamıyoruz beni o genel cerraha göndermesi gerekirdi. Mesela o kadın doğumdaki biri büyük diyene kadar beni göndermesi gerekirdi. Ben 6 ay sonra mememi kaybettim mesela. Ben 6 ay önce çektirdim mamografi temiz diye beni gönderdiler 6 ay sonra benim gel kansersin memeni alıyoruz dediler. Ben çünkü çok sinirliyim.” (K8)

Katılımcıların tedavi dönemindeki *davranışsal tepkilerinin* tedavilerden kaynaklanan *uykusuzluk* ve birkaç katılımcının belirttiği *sosyal geri çekilmeden* oluştuğu gözlenmiştir. Bir katılımcı sosyal olarak neden geri çekildiğini şu cümlelerle ifade etmiştir: “İlk zamanlar ben eve kimseyi sokmuyordum mikrop almamak için. Zaten şu anda da tokalaşmanın dışında hiç bir şey yapmıyorum. Ne öpüşme ne sarılma hiçbir şey yok. Kendi çocuklarım ve eşimde dâhil. Kimseyle öyle temasta yok; bulunmuyorum. Ne bileyim, komşular geliyordu, benim odama girmiyorlardı. Kapıdan geçmiş olsun.” (K1)

*Kişilerarası tepkiler* alt kategorisi içinde, tanı dönemine benzer şekilde, kadınların aile üyelerini *üzmemeye çalışmaları* yer almaktadır. Yakın çevreye yönelik tepkiler ise *kaçınma* ve *sosyal geri çekilmeden* oluşmaktadır. Katılımcıların bir bölümünün, yakın çevrenin kanserli bir birey olarak kendilerine olumsuz yaklaşımları olduğunu algıladıklarından kaçınma ya da sosyal geri çekilme yaşadıkları görülmektedir. Bu konuyla ilgili bir katılımcı tepkisini aşağıdaki gibi dile getirmiştir:

“Ya aslında bakıyorum ben, ismen kötü olduğu için bakış açıları daha farklı oluyor. X’e [akrabaların yaşadığı şehir] daha gitmedim. Bütün herkesin haberi var ondan dolayı uzak kalmaya çalıştım. O yüzden buraya dolaylı yazlığa geldim. Kaçtım açıkçası yani, o şeyi kaldıramayacağımı anladığım için oradan uzaklaşmaya çalıştım. Yani çok farklı şekilde bakıyorlar. Acır şekilde bakıyorlar. Şu anda değil ama genel anlamda öyle.” (K3)

#### **Başa Çıkma Stratejileri**

İçerik analizi sonucunda, katılımcıların belirli *başa çıkma stratejileri* kullandıkları gözlenmiş, dolayısıyla bu stratejiler ayrı bir tema olarak ele alınmıştır. Ayrıca, kadınların meme kanseri tanı ve tedavi dönemlerinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada farklı stratejiler kullandıkları görülerek bu stratejiler *tanı dönemi başa çıkma stratejileri* ve *tedavi dönemi başa çıkma stratejileri* olarak iki ana kategori altında ele alınarak incelenmiştir. Tanı dönemi başa çıkma

stratejileri, *olumlu yeniden yorumlama* ve *dini açıklamalarda bulunma* alt kategorilerini içerirken, tedavi dönemi başa çıkma stratejileri, *dini açıklamalarda bulunma*, *iyimser bekleyiş*, *düşünsel uzaklaşma* ve *espri yapma* alt kategorileri altında incelenmiştir. Elde edilen kategoriler ve alt kategoriler Tablo 2’de sunulmaktadır.

Tablo 2  
Başa Çıkma Stratejileri

Kategoriler	Alt kategoriler
Tanı Dönemi Başa Çıkma Stratejileri	Olumlu yeniden yorumlama Dini açıklamalarda bulunma Dini açıklamalarda bulunma
Tedavi Dönemi Başa Çıkma Stratejileri	İyimser bekleyiş Düşünsel uzaklaşma Espri yapma

Katılımcıların bir kısmının kanser tanısının ardından kullandıkları başa çıkma stratejisi *olumlu yeniden yorumlama* olarak adlandırılmıştır. Katılımcılar tarafından kendini cesaretlendirme olarak nitelendirilen bu stratejide katılımcılar, kanserle başa çıkabilecekleri yönünde kendi kendileriyle konuştuklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, kadınların kendilik algılarıyla ilgili olumlu değerlendirmelerde buldukları gözlenmiştir. Yine katılımcılar, kanser ve tedavileriyle ilgili olumlu düşüncelere odaklandıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir ifadeyle katılımcıların, uygulanan tedavi yöntemlerinin meme kanserini iyileştirdiğini ve kanserin herkesin başına gelebilecek bir hastalık olabileceğini düşündükleri görülmüştür. Bir katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir: “*Kendi kendime konuşuyorum tabii. Tıp ilerledi ben bunu yeneceğim dedim.*” (K1)

Bazı katılımcılar ise kanser tanısı aldıktan sonra hastalığı bir sınav, Tanrı’dan gelen bir şey veya kader olarak düşündüklerini belirtmişlerdir. Tanıdan sonra *dini açıklamalarla* meme kanseri ile başa çıkmaya çalıştığını belirten bir katılımcı, bu strateji ile ilgili açıklamalarını şöyle ifade etmiştir:

“*Ne yapmak istedim ben zaten kendimi biraz inançlı biriyim ya inanç olunca Allah’a sığındım öyle düşündüm yani...Sonra kendime, yani cesaret verdim yani, üzülmemeye çalıştım, Allah’tan gelen şey olduğunu düşündüm. Hep Allah’a sığındım öyle düşündüm yani...Kitap okudum, Kuran okudum. Kuranlar okudum. Salavatlar çekmeye çalıştım, devamlı ayetler okumaya çalıştım.*” (K7)

Meme kanseri tedavisinde de kadınların, *dini açıklamalarda bulunma stratejisini* gerek tanının gerçekliği gerekse tedavilerin yan etkileriyle başa çıkmada kullanmaya devam ettikleri görülmektedir. Katılımcılar, Tanrı’ya sığındıklarını ya da Tanrı’nın kendilerine yardım ettiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcının görüşleri şöyledir: “*Yeter ki Rabbim çocuklarımla, canımla imtihan etmesin... Rabbimin kendi verdi bakıyorum bu sabır ediyor mu etmiyor mu ona sonsuz şükürler olsun...*” (K20) Katılımcıların yarıya yakını tarafından özellikle tedavilerin yan etkileriyle başa çıkmada kullandıkları diğer bir başa çıkma stratejisinin *iyimser bekleyiş* olduğu görülmüştür. Sabretme olarak nitelendirdikleri bu stratejide katılımcılar, tedavilerin sonunun olduğunu bildiklerini ve tedaviler sonrası iyileşeceklerine inandıklarını belirtmişlerdir. Konu ile ilgili bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur:

“*Yani ben başaracağım, ben değişmedim; 20XX [yıl olarak tarih] diyorum. Allah ömür verir yaşarsam diyorum 20XX benim yılum olacak. Kemoterapim, radyoterapim biter bitmez ilk işlem botoks yaptıracağım, spora gideceğim çünkü aşırı şekilde yumuşama oldu. Spora gideceğim, kendime bakacağım yine eski [ben] olarak ortaya çıkacağım. Arkadaşlarımla eski ben olarak kendimi göstereceğim. Kendi kendimi öyle telkin ediyorum.*” (K11)

Tedavi döneminde kadınların kullandıkları diğer bir stratejinin ise kanserle ilgili düşüncelerden uzaklaşma olduğu görülmektedir. *Düşünsel uzaklaşma* stratejisi olarak nitelendirilen bu stratejide, kadınlar kafaya takmama, düşünmemeye çalışma, aklına getirmeme ya da unutmaya çalışarak gerek kanserli birey olma düşüncesiyle ve gerekse tedavilerin yan etkilerinden uzaklaşmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Diğer başa çıkma stratejisinin ise birkaç katılımcı tarafından ifade edilen *espri yapma* olduğu gözlenmiştir. Katılımcılar, özellikle ameliyat döneminde, espriyi çok sık kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur: “İlk sürede dalga geçiyordum. Hatta şaka yapıyordum. Bu meme sarkık işte bunu da yaptırırım, onu da ona göre yaparlar işte daha güzel bir memeye sahip olurum dedim.” (K2)

### **Koruyucu ve Engelleyici Etmenler**

Analiz sonucunda, katılımcılar tarafından kanser yaşantısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini düşünülen belli etmenler olduğu gözlenmiştir. Bu etmenler *koruyucu ve engelleyici etmenler* olarak iki ayrı ana kategoride ele alınmış ve her bir ana kategori meme kanseri yaşantısında *içsel ve dışsal etmenler* olarak ayrı alt kategori ve alt boyutlarla incelenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3  
Meme Kanseri Yaşantısında Koruyucu ve Engelleyici Etmenler

Kategoriler	Alt kategoriler	Boyutlar
Koruyucu Etmenler	İçsel Koruyucu Etmenler	Olumlu kendilik algısı
	Dışsal Koruyucu Etmenler	Çocuklar için toparlanma Hekimin olumlu yaklaşımı
Engelleyici Etmenler	İçsel Engelleyici Etmenler	Duyguları bastırma
	Dışsal Engelleyici Etmenler	Yaşamsal sıkıntılar Çevredeki olumsuz yaklaşımlar Kötü haber verme şekli

*Koruyucu etmenler* ana kategorisi, katılımcıların tepkilerinin şiddetinde, başa çıkma yöntemlerinde ve psiko-sosyal gereksinimlerinde farklılık meydana getiren kolaylaştırıcı etmenlerden oluşmaktadır. Analiz sonucunda, koruyucu etmenlerin *içsel ve dışsal koruyucu etmenler* olarak iki alt kategori altında incelenebileceği görülmüştür. *İçsel koruyucu etmenler*, katılımcının kişilik özellikleri ya da diğer ifadeyle bireysel özelliklerinden; *dışsal koruyucu etmenler* ise katılımcıların çevresel etmenlerle ilgili kanser yaşantısını kolaylaştırıcı algılarından oluşmaktadır. *İçsel koruyucu etmenler* alt kategorisi *olumlu kendilik algısı* boyutundan, *dışsal koruyucu etmenler* alt kategorisi ise *çocuklar için toparlanma ve hekimin olumlu yaklaşımı* boyutlarından oluşmaktadır. Tanı aşamasında bir katılımcının kanser yaşantısını kolaylaştırdığını belirttiği kendisi ile ilgili algısı şöyle olmuştur: *Beni en çok cesaretlendiren nasıl diyeyim; ben her şeyi kendim yapıyorum. Çevremdeki hiç kimseden yardım almadım. Eşim dahil bu konuda....Ve ben bu hastalığımı kendi başıma, her şeyi kendi başıma takip ettim. Biraz da araştırmacı olunca. Doktorumu da kendim buldum, hastanemi de kendim buldum.”* (K4)

*Engelleyici etmenler*, meme kanseri tanısı ve tedavisinde katılımcıların tepkilerinin şiddetini, başa çıkma yöntemlerini ya da psiko-sosyal gereksinimlerini farklılaştıran ve meme kanseri yaşantısını zorlaştıran ya da riske sokan etmenlerden oluşmaktadır. *İçsel engelleyici etmenler*, katılımcının duygularını yönetmede ya da düzenlemede yaşadığı bireysel yaşantıları; *dışsal engelleyici etmenler* ise katılımcının çevresel etmenlerinin kanser yaşantısını zorlaştıran ya da riske sokan algılarından oluşmaktadır. Analiz sonucunda, *içsel engelleyici etmenler* kategorisinin *duyguları bastırma* alt boyutundan oluştuğu gözlenmiştir. Katılımcıların bir kısmı tanı ve tedavi sürecinde duygularını kendi içlerinde yaşadıklarını ya da bastırdıklarını



vurgulamışlardır. Bir katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyle olmuştur: “*Duygunu hapis ediyorsun... Acı veriyor. Ama hapis ediyorsun. Yaşlı insanlar. 84 yaşında insanlar, nasıl kaldırırsınlar onlar. Onu şey yapıyorsun. Duygularını bastırmaya çalışıyorsun.*” (K1)

*Dışsal engelleyici etmenler alt kategorisinin yaşamsal sıkıntılar, yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları ve kötü haber verme şekli alt boyutlarından oluştuğu görülmüştür. Bir katılımcı, kötü haber verme şekliyle ilgili ifadeleri şöyle olmuştur:*

*“İlk başta asistan yapacağını yapmıştı. Öncelikle geçmiş olsun, hiç unutmam o cümleyi. Öncelikle geçmiş olsun diyorum, kansersiniz dedi...İlk anlatım çok önemli. Hani size dedim ya doktor bana dedi ki işte öncelikle geçmiş olsun diliyorum o kişiyi de ve kullandığı o cümleyi de hiç unutmam. Hayatım boyunca hiç unutmam artık o cümle çok önemli. Dediğim gibi ilk baştaki konuşma çok önemli belki onu bana daha başka şekilde şey yapsaydılar belki o gün o şekilde şey yapmazdım.”* (K16)

### **Psiko-Sosyal Kaynaklar ve Gereksinimler**

İçerik analizi, katılımcıların kanser yaşantısında kendilerine destek sunan ve karşılıklı etkileşimde buldukları kişiler olduğunu göstermiştir. Katılımcılar ayrıca, etkileşim içinde oldukları bu kişilerin, meme kanseri yaşantısıyla başa çıkmayı ya da yönetmeyi kolaylaştıran belli eylemlerde bulduklarını ve önemli bir destek sağladıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak, katılımcıların da bu kişilerden kanser yaşantısını kolaylaştıracağını düşündükleri belli eylem ve destek beklentileri olduğu görülmüştür. Böylece, tüm bu bulgular *psiko-sosyal kaynaklar ve gereksinimler* teması altında toplanmıştır. Verilerin analizi sonucunda oluşturulan temada *psiko-sosyal kaynaklar* ve *psiko-sosyal gereksinimler* birer ana kategori olarak değerlendirilerek, bunlara bağlı alt kategoriler ve boyutlar oluşturulmuştur (Tablo 4.)

*Psiko-sosyal kaynaklar* ana kategorisi *resmi olmayan kaynaklar* ve *resmi kaynaklar* olarak ikiye ayrılırken, yine resmi olmayan kaynaklar alt kategorisinin tanı ve tedavi dönemlerinde farklılaştığı görülerek iki ayrı boyutta ele alınması uygun görülmüştür. Katılımcıların *tanı dönemi resmi olmayan destek kaynakları* evli olan katılımcılar için ilk önce eşleri ve medeni durumları fark etmeden sırasıyla *yakın akrabalar, çocuklar, anne-baba, kardeşler*, tanıdık meme kanserli kadınlar ve *tanıdık hekimlerden* oluştuğu görülmüş ve bu destek kaynakları birer alt boyut olarak ele alınmıştır. Bir katılımcı, tanı dönemindeki destek kaynaklarını şöyle açıklamıştır: “*Eşim her desteği sağladı. Bana moral verdi. İşte şunu yapacağız bunu yapacağız şöyle olacak böyle olacak falan. Başka annem vardı, ablam vardı ondan sonra ablam geldi [Şehir]’den biraz kaldı. Çocuklarım vardı.*” (K10) *Tedavi dönemi resmi olmayan destek kaynaklarının* ise başta kız kardeş olmak üzere ailedeki kadınlar olarak algılandığı belirlenmiştir. Diğer destek kaynakları ise kardeşlerden sonra sırasıyla *eş, yakın akrabalar, anne-baba, arkadaşlar* ve *çocuklar* olarak belirtilmiştir. Bir katılımcı kız kardeşinin verdiği desteği şöyle ifade etmiştir: “*Geldi evinin işini gücünü bıraktı. 4 aydır bende kalıyor. Üç pantolon, üç tişörtle geldi öylede duruyor. Üç aydır yıkayıp yıkayıp giyiyor. Daha ne yapsın, kocasını çocuklarını her şeyini bıraktı geldi yani.*” (K6)

Katılımcılar gerek tanı aşamasında, gerekse tedavi döneminde *genel cerrah, onkolog, asistan hekimler* ve *hemşireleri* kendileri için birer destek kaynağı olarak gördüklerini belirtmişler ve bu kişiler resmi destek kaynakları olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcılar, psikolojik desteğin kanser yaşantıları için önemli ve gerekli olduğunu belirtmelerine rağmen, psikolojik desteği bekledikleri profesyonellerin meslek adlarını belirtmemişler ama içeriğinin nasıl olması gerektiğini sıkça vurgulamışlardır. Böylece bu alt kategori *psikolojik destek sunulabilecek uzman kişi* olarak adlandırılmıştır. Buna göre kadınların bekledikleri psikolojik destek “*Karşılıklı bir şekilde tüm sorunlarını konuşup....*” (K3) ve “*İlaçla olmamalı bir kere. İlaç tedavisine karşıyım insanlara ilaç veriyorlar ondan sonra belki de onun için gitmiyorum; doktorlara psikiyatrilere işte şu ilacı içeceksin sabah akşam ben öyle istemiyorum.*” (K8) şeklinde ifade edilirken, destek veren kişinin özellikleri “*Kesinlikle anlaması gerekiyor dinlemesi gerekiyor. İnsanın içindeki yürek kabartısını dinlemeli mutlak.*” (K13) şeklinde vurgulanmıştır.

Tablo 4  
Meme Kanseri Yaşantısında Psiko-Sosyal Kaynaklar ve Gereksinimler

Ana Kategoriler	Alt Kategoriler	Boyutlar	Alt boyutlar
Psiko-Sosyal Kaynaklar	Resmi Olmayan Kaynaklar	Tanı Dönemi Resmi Olmayan Kaynaklar	Eş Yakın Akrabalar Çocuklar Anne-baba Kardeşler Tanıdık hastalar Tanıdık hekim
		Tedavi Dönemi Resmi Olmayan Kaynaklar	Kız kardeşler Ailedeki kadınlar Eş Yakın Akrabalar Anne-baba Arkadaşlar Çocuklar
Psiko-Sosyal Gereksinimler	Resmi Kaynaklar	Tıbbi sağlık çalışanları	
		Psikolojik destek sunabilecek uzman kişi	
	Duygusal Destek Gereksinimi	Resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek gereksinimi	Manevi destek
		Resmi kaynaklarından beklenen duygusal destek gereksinimi	Psikolojik destek Tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim
Doğru Bilgi Gereksinimi	Resmi olmayan kaynaklarından beklenen doğru bilgi gereksinimi	Bilgi ve yönlendirme	
	Resmi kaynaklarından beklenen doğru bilgi gereksinimi	Bilgilendirilme ve önleyici çalışmalar	

*Psiko-sosyal gereksinimler* ana kategorisi ise *duygusal destek gereksinimi* ve *doğru bilgi gereksinimi* olarak adlandırılan alt kategorilerden oluşmuştur. Her bir alt kategori resmi ve resmi olmayan kaynaklardan beklentilere göre ayrılmıştır. Buna göre, *resmi olmayan kaynaklarından beklenen duygusal destek gereksinimi* olumlu ve kanseri atlatacağına dair umut aşıl原因 cümleler ile birlikte teselli ve güven verilmesi olarak nitelendirildiği gözlenmiş ve *manevi destek* alt boyutuyla tanımlanmıştır. *Resmi kaynaklarından beklenen duygusal destek gereksinimi* ise psikolojik destek verebilecek uzmanları kapsamakta ve bu kişilerden beklenenler öfkeyi ve duyguları yatıştırmak, değerlilik duygusunun hissettirmek ve karamsarlıktan kurtulmaya yardımcı olmak olarak ifade edilmiştir. Böylece bu beklentiler *hissedilen olumsuz duygularla başa çıkmaya yardımcı olma* olarak adlandırılmış ve bir alt boyut olarak değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili bir katılımcının ifadeleri şöyle olmuştur:

*“Yani çok sıkıntılı olduğum anda gidip akıl danışabileceğim, bana ne yapmam gerektiğini öğretecek, yol gösterecek ya da bana bazı şeyleri öğretmeli. Sen şöylesin böylesin deyip; ha*

*diyacaksınız ki yaşınız gereği bunları siz zaten bilirsiniz ama insan bazen karşısındakine o kadar güvenmek istiyor ki psikoloğunu bana değerli bir birey olduğu hissettirecek o tur bir konuşma.” (K1)*

*Resmi kaynaklar içinde yer alan tıbbi sağlık çalışanlarıyla ilgili duygusal destek gereksiniminin karşılıklı etkileşimin niteliği ile ilgili olduğu gözlenmiştir. Tıbbi sağlık çalışanlarıyla etkileşim alt boyutu altında değerlendirilen bu gereksinimler, hekimlerin ciddi yaklaşımları, sağlık çalışanlarından güler yüz ve sağlık çalışanlarına güven ile ilgili olduğu görülmektedir. Katılımcılardan birinin sağlık çalışanları ile olan etkileşimi ve bu etkileşimin etkisini şöyle anlatmıştır:*

*“Yani ben şimdi cerrahi işlemde burada çok memnum kaldım. Hastanede ki hemşireler olsun, doktor asistanlar olsun yani ben onlara belki pozitif davranınca onlar bana bir kat daha pozitif davrandılar..... Bakım X bey [doktorun adı]karşıladi beni, “ooo neredesin” falan diye gülerek girdim yani. Çok güvendim..... O güldü, ben güldüm. Yani hep böyle iyi yönlerden aldık elimize.” (K8)*

*Diğer bir alt kategori olarak belirlenen doğru bilgi gereksinimi resmi olmayan kaynaklardan ve sağlık çalışanlarından meme kanserinin ne olduğu ve meme kanserinin tedavileri ve tedavilerle ilgili neler yapılması gerektiği ile ilgili doğru bilgiyi edinme gereksinimini içermektedir. Resmi olmayan kaynaklardan beklenen doğru bilgi gereksinimleri bir boyut olarak değerlendirilmiştir ve bu boyut içinde, beklenen ya da karşılanan gereksinimlerin bilgi ve yönlendirme olduğu görülmüş ve bir alt boyut olarak ele alınmıştır. Bir katılımcı, tanı döneminde meme kanseri ile ilgili gelen bilgiyle kendini daha iyi hissettiğini şöyle ifade etmiştir: “Evet birkaç saat sonra tekrar konuştuk.....İşte bir şey olmaz meme kanserinde hiçbir problem yaşanmaz, iç organlar değil, hiçbir şey değil, bunun evreleri var onları anlattı. Şey yaptı ilk başka bir rahatladım o şekilde.” (K16)*

*Doğru bilgi gereksinimi kategorisi altında resmi kaynaklardan beklenen doğru bilgi gereksinimi ayrı bir boyut olarak ele alınmıştır. Katılımcıların resmi kaynaklardan beklediği doğru bilgi gereksiniminin, hastalığın kendisi, tedavilerin etkileri kadar toplumun bilgilendirilmesi ve tüm toplumun hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi olarak ifade edildiği görülmüştür. Böylece resmi kaynaklardan beklenen doğru bilgi gereksinimi boyutunun bilgilendirme ve önleyici çalışmalar olarak adlandırılan alt boyut içerdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bir katılımcı, önleyici bilgi gereksinimi şöyle belirtmiştir: “Bir ikincisi de aslında hasta olunmadan böyle bir toplu konuşulma falan daha iyi olur. Hastalığa karşı insanın kendini hazırlaması.” (K8) Tedavi döneminde gereksinim duyulan doğru bilgiyle ilgili bir başka katılımcı da şunları belirtmiştir:*

*“Her sorduğum doktor, bekle göreceksin bekle göreceksin; bekleyerek görmek istemiyorum neyle karşılaşacağımı bilmek istiyorum. Neyle mücadele edeceğimi bilmek istiyorum.... İlk hastalığa karşılaştığımda ilk soracağım şey ne yapacağız? Beş yıllık bir tedavi süreci veriyorlar sana, ne olacak peki hep belirsizliklerle gidiyor. Ne yapacağım, ne olacak? ...İnsan aklına bir şey takıldığı sürece, evet ben, bu insan bana yardımcı olur, buradan ben bir destek alabilirim, diyebilmeli.” (K3)*

## **Tartışma**

Bu çalışma kapsamında, meme kanseri tanısı alan kadınların yaşantıları ve psiko-sosyal gereksinimleri çerçevesinde belirlenen tanı ve tedaviye yönelik tepkiler, başa çıkma stratejileri, koruyucu ve engelleyici etmenler ve psiko-sosyal kaynaklar ve gereksinimler olarak adlandırılan dört temaya ait bulgular aşağıda ayrı ayrı ele alınarak tartışılmaktadır.

### *Tanı ve tedaviye yönelik tepkiler*

Tanı ve tedaviye yönelik tepkiler teması incelendiğinde bulgular, alanyazınla paralel olarak, kadınların meme kanseri yaşantılarının belli aşamalardan oluştuğunu (Hewit ve diğerleri, 2004) göstermiş ve bu bağlamda her aşamanın ayrı ayrı ele alınması gerektiği kanısına varılmıştır. Tanı döneminde katılımcılar tarafından meme kanseri tanısına yönelik verilen bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası tepkiler, ilgili alanyazında yer alan diğer çalışmalarla (Bennett ve diğerleri, 2005; Blow ve diğerleri, 2011; Fu, Xu, Liu ve Haber, 2008; Landmark ve diğerleri, 2002; Morgan, Mock, Rose ve Fogel, 2004), büyük oranda benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde, tedavi döneminde gösterilen bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası tepkilerin de ilgili araştırmalarla (Banning, Hassan, Faisal ve Hafeez, 2010; Beatty, Oxlad, Koczwara ve Wade, 2008; Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijjer, Kelley ve Nassar, 2009; Kim ve diğerleri, 2012) paralellik gösterdiği görülmektedir. Özellikle tanı aşamasındaki tepkiler göz önüne alındığında, bu ve benzeri tepkilerin travmatik deneyimlere bağlı akut stres bozukluğu ve/veya travma sonrası stres bozukluğu kapsamında ele alınabileceği de ifade edilmektedir (Andersen ve diğerleri, 1989; Doka, 2009; Landmark ve diğerleri, 2002; Moos ve Holahan, 2007; Tjemsland, Søreide ve Malt, 1996).

Tanı ve tedavi dönemi tepkiler karşılıklı incelendiğinde, inkar tepkisinin tedavi döneminde de devam ettiğini gözlemlenmektedir. Alanyazında, bu tepkinin daha çok ameliyat döneminde yaşandığı varsayılmaktadır (Bitsikaa ve diğerleri, 2010; Watson, Greer, Blake ve Shrapnell, 1984). Aslında, meme kanseri tanısı ile cerrahi müdahale arasında kısa bir süre geçmektedir. Dolayısıyla, tanı dönemindeki bilişsel tepkilerin bazı katılımcılar için tedavi döneminde de devam ettiği ileri sürülebilir. Diğer yandan, her iki dönemdeki bilişsel ve duygusal tepkilerin içerikleri incelendiğinde, verilen tepkilerde bazı farklılaşmalar olduğu da gözlemlenmektedir. Örneğin, tanı döneminde şok ve inanamama gibi bilişsel tepkilerin daha baskın yaşandığı görülürken, tedavi aşamasında duygusal bir tepki olarak öfkenin daha baskın bir rol aldığı ifade edilebilir. Tanı ve tedavi dönemi arasındaki tepkilerdeki bu ve benzeri farklılıkların, Kübler-Ross (2010) tarafından tanımlanan ölümcül hastalık tanısı almış bireylerin beş evreli yas sürecinin ilk iki aşaması olan şok ve öfke evrelerine benzediği söylenebilir.

Tanı ve tedavi döneminde dikkati çeken bir diğer tepkinin kişilerarası ilişkiler kapsamında yer alan kadınların ailelerini üzmemeye çalışmaları olduğu görülmektedir. Başka kültürlerde de gözlemlenen benzer nitelikteki tepkiler (Fu ve diğerleri, 2008; Taylor, Klein, Lewis, ve Gruenewald, 2000), kadınların strese verdikleri tepkilerle ilgili geliştirdikleri biyolojik-davranışsal yaklaşımlarla açıklanmaktadır. Nitekim Taylor ve diğerleri (2000), kadınların stres altındayken yaklaşım ve dostluk (tend-and-befriend) tepkilerini kullanarak kendilerini ve çocuklarını korumaya yönelik besleyici etkinlikler oluşturduklarını ve sosyal ağlar yarattıklarını belirtmektedirler. Bu yaklaşıma göre, kadınların aile üyelerini korumaya yönelik tepkilerinin cinsiyet ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili olduğu söylenebilir. Buna ek olarak, tanı ve tedavi döneminde verilen bu ve benzeri tepkilerin algılanan belli tehditler ve kayıplarla ilgili olduğu da düşünülebilir. Özellikle tanı aşamasında, kadınların ilk düşünceleri ölüm ve (varsa) çocuklarının geleceklerini göremeyecekleri algısıdır (Bitsikaa ve diğerleri, 2010; Blow ve diğerleri, 2011; Büchi, 2010; Ogden, 2004). Dolayısıyla, kadınların yaşam bütünlüğüne ve gelecek ile ilgili yatırımlara yönelik olası tehditler algıladıkları görülmektedir. Tedavi döneminde ise algılanan kayıp ve tehditlerin daha çok rutin yaşam ile hayal edilen yaşamın gerçekleşmeyeceğine yönelik algıyla ilgili olduğu gözlemlenmektedir. Bu aşamada kadınlar, bir yandan tedavi olmaya çalışırken, diğer yandan tedavilerin yan etkilerini yönetmeye çabalamaktadırlar. Bu süreçte, özellikle saç dökülmesi, kaş dökülmesi ve meme kaybından dolayı, beden imgesinde düşme meydana gelmekte (Akın, 2007; Fobair ve diğerleri, 2006; Knobf, 1986; Rogers ve Turner, 2011) ve kadınlar sosyal yaşamdan uzaklaşmaktadırlar (Ucok, 2005).

### *Başa çıkma stratejileri*

Çalışma bulgularına göre, alanyazınla uyumlu bir şekilde, katılımcıların meme kanseri yaşantısında kullandıkları en temel başa çıkma stratejilerinin sırasıyla *olumlu yenden*

*değerlendirme* (Danhauer Crawford, Farme ve Avis, 2009; Henderson Fogel ve Edwards, 2003; Li ve Lambert, 2009), *dini açıklamalarda bulunma* (Cebeci, Yangın ve Tekeli, 2012; Henderson ve diğerleri, 2003; Teleghani, Yekta ve Nasrabadi, 2006), *sabretme/iyimser bekleme* (Allison, Guichard ve Gilain, 2000; Carver, Scheier ve Segerstrom, 2010; Sütçü, 2010), *düşünsel uzaklaşma* (Carver Scheier ve Weintraub, 1989; Heim, Valach ve Schaffner, 1997; Li ve Lambert, 2009; Thomas ve Marks, 1995) ve *espri /mizah yapmak* (Abel, 2002; Ben-Zur Gilbur ve Lev, 2001; Fillion, Kovacs, Gagnon ve Endler, 2002; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou ve Koutri, 2007; Schroevers ve Teo, 2008) olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri tedavisinde en çok kullanılan başa çıkma stratejisi olarak *olumlu yeniden değerlendirme* stratejisini kullanan kadınların olumlu kendilik algısı geliştirdikleri ve geçmişte kullandıkları başarılı başa çıkma yöntemleri temelinde olumlu odaklanma (Drageset, Lindstrøm ve Underlid, 2010) sağladıkları belirtilmektedir. Ayrıca, meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna yönelik inanç, tedaviye olan güven ve kanserle ilgili olumlu düşüncelere sahip olma (Al-Azri, Al-Awisi, Al-Rasbi ve Al-Moundhri, 2014; Fu ve diğerleri, 2008; Taleghani, Parsa ve Nasrabadi, 2006), meme kanserli kadınların olumlu yeniden değerlendirme stratejileri kapsamında değerlendirilmektedir.

Katılımcıların meme kanseri tedavisinde kullandıkları başa çıkma stratejilerden bir diğeri *dini yönelim*dir. Bu noktada, kanseri Tanrı'nın iradesi olduğuna inanmanın, meme kanseri tanısı alan kadınlar tarafından sıklıkla kullanıldığı vurgulanmaktadır (Cebeci, Yangın ve Tekeli, 2012; Henderson ve Gore, 2003; Taleghani ve diğerleri, 2006). Benzer şekilde Howard, Balneaves ve Bottorff (2007) dini inançlardan bağımsız olarak etno-kültürel kadınlarda, meme kanseri ile birlikte tinselliğin ve duanın, meditasyonun ve tinsel liderlere danışmanın arttığını ifade etmektedirler. Bu konuda Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau ve Florack (2009), meme kanserli kadınların daha fazla dini açıklamalar kullanmalarının bir nedeninin de kadınların meme kanseri deneyimini bütünleştirme ve anlamlandırma çabasından kaynaklanabileceğini belirtmektedirler. Bağlanma kuramı açısından ele alındığında ise bağlanma figürü olarak görülen Tanrı'ya yakın hissetmenin, güvenli bağlanma ilişkisi sağlayarak, meme kanserli kadınlara bu süreçte güç ve güven kazandırdığı (Hill ve Pargament, 2003) öne sürülmektedir.

Katılımcıların tedavi döneminde kullandıkları diğeri bir başa çıkma stratejisi ise *espri/mizah yapmak* olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bu stratejiyi özellikle ameliyat öncesi ve sonrası meme kaybıyla ilgili kullandıkları görülmektedir. Bu açıdan mizah, stresli durumlara tepkide bilişsel alternatifleri araştırma ve gerçek ya da algılanan tehdidin olumsuz sonuçlarını azaltmak için kullanılmaktadır (Abel, 2002). Meme kaybı, tüm kadınlık kimliği ile ilişkili olarak, kadınların kendilerine bakış açılarında, kendilerini anlama biçimlerinde ve yakın ilişkilerine yönelik algılarında değişiklik yaratmakta (Landmark ve diğerleri, 2002) ve fiziksel bütünlüğe bir tehdit oluşturmaktadır (Falvo, 2005). Bu noktada, kadınların yaşadıkları kayıpla ilgili espri/mizah yapımları, varolan tehdidin etkisini azaltmaya yönelik kullanılan yöntem olarak değerlendirilebilir. Nitekim mizahın, meme kanserli kadınların sık kullandıkları ve hastalık ve tedaviyle ilişkili psiko-sosyal sonuçlara olumlu etkisi olan önemli bir başa çıkma stratejisi olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Ben-Zur ve diğerleri, 2001; Fillion, Kovacs, Gagnon ve Endler, 2002; Roussi ve diğerleri, 2007; Schroevers ve Teo, 2008).

#### *Koruyucu ve engelleyici etmenler*

Bu çalışmanın bulguları arasında yer alan bir diğeri tema meme kanseri yaşantısında koruyucu ve engelleyici etmenler olarak belirlenmiş ve bu etmenler içsel ve dışsal etmenler olarak tanımlanmıştır. İlgili alanyazında da duygusal sıkıntıyı azaltan ve uyumu etkileyen çeşitli içsel (kişisel yüklemeler vb.) ve dışsal (sosyal destek vb.) etmenlerin sıklıkla ele alındığı görülmektedir (Hulbert-Williams, Neal, Morrison, Hood ve Wilkonson, 2012; Min ve diğerleri, 2013). *Olumlu kendilik algısı* bu çalışmadaki en önemli içsel koruyucu etmen olarak ortaya çıkmaktadır. Bireylerin kanserle ilgili sorunları çözebilecek becerilere sahip olduklarına yönelik geliştirdikleri inançları ve öz-saygı düzeyinin yüksekliği meme kanserli kadınlarda psiko-sosyal iyi oluşa katkı sunmaktadır (Gallagher ve diğerleri, 2002; Wong-Kım ve Bloom, 2005). Dışsal koruyucu etmen olarak ise *çocuk sahibi olmanın*, kadınların psiko-sosyal uyumlarına ve başa

çıkma stratejilerine olumlu bir etki sağladığı diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (Gallagher ve diğerleri, 2002; Gorman, Malcarne, Roesch, Madlensky ve Pierce, 2010). Benzer şekilde, *hekimin olumlu yaklaşımının*, meme kanserli kadınların yaşantısını (tanı ve tedavi sürecine uyumu) kolaylaştırıcı bir etkisinin olduğu alanyazında yer almaktadır (Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Eckel ve Sauer, 2003).

Çalışma bulgularına göre, kadınların kanser yaşantısını olumsuz etkileyen içsel ve dışsal etmenler de bulunmaktadır. Bu süreçteki en önemli içsel engelleyici etmen ise *duyguları ifade edememe* olarak belirlenmiştir. Genel olarak, öfke, kaygı ve üzüntü gibi olumsuz duyguları kontrol etme ve ifade etmeme yönelimi (Gross ve Levenson, 1993) olarak ele alınan be etmen alanyazında da önemli bir psiko-sosyal risk etmeni olarak tanımlanmaktadır (Andreua, Galdón, Dura, Martinez, Peréz ve Murgui, 2012). Kanser yaşantısını olumsuz etkileyen en önemli dışsal engelleyici etmen ise kadınların yaşamlarında varolan *yaşam sıkıntılarıdır*. Geçmiş sağlık sorunları, olumsuz yaşam olayları, finansal zorluklar, ailede kronik bir hastalık vb. durumların meme kanserli kadınların psiko-sosyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediği sıklıkla vurgulanmaktadır (Lehto, Ojanen ve Kellokumpu-Lehtinen, 2005; Safaee, Moghimi-Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee ve Pourhoseingholi, 2008). *Yakın çevrenin algılanan olumsuz yaklaşımları* (acıma, ölecekmiş gibi davranma, dış görünüşteki değişimlere bağlı dışlanma vb.) da önemli bir dışsal engelleyici etmen olarak göze çarpmaktadır. Ne yazık ki, bazı bireylerin kansere karşı oluşturdukları mitler ve damgalanmayı içeren basmakalıp bakış açıları başka kültürlerde de görülen tutumlardır (Cho ve diğerleri, 2013; Daher, 2012). Bireylerin kanser hastalarına yönelik olumsuz tutumlarının arka planında ise kanser olma korkusu, geleceğe yönelik kaygıların uyanması ve kanser hastalarına nasıl davranılması gerektiğinin bilinmemesinin yer aldığı belirtilmektedir (Woertman ve Dunkel-Schetter, 1979). Bir diğer dışsal engelleyici etmen *isekötü haber verme şekli* olarak hekimler tarafından kanser tanısının ani ve duygusal etkileşim olmadan iletilmesidir. Nitekim, meme kanseri tanı sürecinde algılanan hekim davranışları, özellikle hekimlerin kanser hastalarına yönelik şefkatli davranışları, uzun dönem depresyon, kaygı ve travma tepkilerini azaltan önemli bir değişken olarak belirtilmektedir (Mager ve Andrykowski, 2002).

#### *Psiko-sosyal kaynaklar ve gereksinimler*

Hem tanı hem de tedavi aşamasında katılımcıların resmi olmayan destek kaynaklarının öncelikli olarak *aile üyelerinden* oluştuğu görülmektedir. Benzer şekilde ilgili alanyazında da kanserli bireylerin en önemli destek kaynaklarının aile bireyleri olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Cebeci ve diğerleri, 2012; Drageset, Lindstrøm, Giske ve Underlid, 2011; Figueiredo, Fries ve Ingram, 2004). Bununla birlikte, tanı döneminde en çok destek alınan kaynak eş olarak algılanırken, tedavi döneminde bu kaynağın *kız kardeş ya da ailedeki diğer kadınlar* olarak algılandığı gözlenmektedir. Alanyazında yer alan çalışmalarda da eşler önemli bir destek kaynağı olarak nitelendirilmektedir (The Institute for Health Research, 2001). Bununla birlikte, kanserli bireylere bakım hizmeti sunanlara yönelik yapılan çalışmalarda, bakım veren ve destek sağlayanların genel olarak ailedeki diğer kadınlar olduğuna yönelik bulgular yer almaktadır (Chantler, Podbilewicz-Schuller ve Mortimer, 2006; Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Meme kanserli kadınların resmi kaynaklar kategorisinde yer alan destek kaynakları arasında ise *tıbbi sağlık çalışanları ile psikolojik destek sunabilecek uzman(lar)* bulunmaktadır. Elde edilen bu bulgu alanyazınla paralellik göstermekle birlikte (The Institute for Health Research, 2001), yurtdışında yürütülen çalışmalarda katılımcıların kanser toplulukları, bakım servisleri, hastane, sosyal servis ofisleri ve dini destek toplulukları vb. gibi oldukça fazla resmi destek kaynağından söz ettikleri görülmektedir (Landmark ve diğerleri., 2002; Lugton, 1997). Bu durum, Türkiye’de kanserli bireylere sunulan resmi psiko-sosyal destek kaynaklarının sınırlılığını ortaya koymasından önem arz etmektedir. Buna ek olarak, katılımcıların çoğunluğu meme kanseri yaşantısında psikolojik desteğin önemi ve gerekliliğini sıklıkla ifade etmiş, ancak bu hizmeti alabilecekleri uzman ya da uzmanlar grubunu bir profesyonel meslek adıyla tam olarak tanımlayamamışlardır. Bunun yerine katılımcılar, almak istedikleri psikolojik desteğin niteliğini ve psikolojik destek verecek uzmanların özelliklerini tanımlamışlardır. Bu

özelliklerin ise genel olarak, sözel iletişim ve dinleme becerileri ile ilaç tedavisi yerine konuşarak psikolojik müdahalede bulunabilme olarak betimlendiği gözlenmiştir. Bu özellikler incelendiğinde, meme kanserli kadınlara ihtiyaç duydukları psikolojik desteğin sağlık psikolojik danışmanlığı kapsamında uzmanlaşan uygulayıcılar tarafından verilebileceği öngörülmektedir.

Meme kanserli kadınların resmi ve resmi olmayan kaynaklardan beklenen ya da karşılanan *duygusal destek gereksinimlerinin*, alanyazında çok sık vurgulanan gereksinimler olduğu görülmektedir (Girgis, Boyers, Sanson-Fisher ve Burrws, 2000; McIllmurray ve diğerleri, 2001; The Institute for Health Research, 2001). Sözü edilen bu çalışmalarda duygusal destek gereksinimlerinin, bu çalışmada da gözlemlendiği üzere, genellikle kaygı, korku, öfke, utanma ve üzüme gibi travma sonrası yaşanabilecek çeşitli duygularla ilgili olduğu belirtilmektedir. Alanyazında psikolojik desteği verecek uzmanlardan beklenen temel uygulamaların öfke yönetimi, karamsarlıkla başa çıkma ve değerlik duygusunu artırma gibi gereksinimlere özgü olduğu vurgulanmaktadır (Lindop ve Cannon, 2001; Thewes, Butow, Girgis ve Pendlebury, 2004). Bu noktada, meme kanserli kadınlara yönelik psiko-sosyal destek çalışmalarında, sağlık psikolojik danışmanlığı çerçevesinde temel psikolojik danışma uygulamalarının, tanı döneminde akut ya da travmatik stres temelli uygulamaların, tedavi döneminde ise yas ve buna bağlı duygusal tepkiler ile çalışmaların yer alması gerektiği söylenebilir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Bu çalışmanın sonuçları, meme kanseri yaşantısında aile, yakın çevre ve sağlık çalışanlarının önemli rolleri olduğunu, meme kanserli kadınların belirli psiko-sosyal gereksinimleri olduğunu ve sunulacak psiko-sosyal hizmetlerin farklı disiplinlerden profesyonellerin eşgüdümü temelinde hem meme kanserli kadınlara hem de yakın ilişki içinde buldukları bireylere sunulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Alanyazında, meme kanserli kadınlara yönelik psiko-sosyal hizmetlerin kriz danışmanlığı, tinsel danışmanlık, aile ve evlilik danışmanlığı (Hewitt ve diğerleri, 2004), bilişsel-davranışçı terapiler (Sperry, 2009), destekleyici-dışavurumcu terapiler (Hewitt ve diğerleri, 2004), stresle başa çıkma müdahaleleri (Antoni, 2003; Sharoff, 2004), akran destek grupları (IOM, 2008) ve psiko-eğitim (Doka, 2009) olarak uygulandığı ya da önerildiği görülmektedir. Yine, tanı sonrası yürütülecek psiko-eğitim ve bilgilendirme çalışmaları, destekleyici terapi, davranışsal eğitim, başa çıkma stratejileri ve bilgilendirme olarak sıralanmaktadır (Fawzy ve Fawzy, 2011). Yürütülecek bu tür çalışmaların meme kanserli kadınların duygusal destek ve doğru bilgi gereksinimlerini karşılamada etkili olacağı öngörülmektedir.

Bununla birlikte, yürütülecek psiko-sosyal müdahalelerin içeriklerini belirlerken, psikolojik sağlamlık (resilience) bakış açısıyla meme kanserli kadınların tanı ve tedavindeki dirençlerini artıracak bireysel ve çevresel koruyucu faktörlerin göz önünde bulundurulması önemli bir konudur. Bu bakış açısıyla ele alındığında, araştırma bulgularının ortaya koyduğu içsel (olumlu kendilik algısı, özyetkinlik inancı, iyimserlik ve olumlu yeniden değerlendirme) ve dışsal (akran ve aile desteği) koruyucu etmenleri geliştirmeye odaklanan stratejileri öngören psikolojik müdahale yaklaşımları geliştirilebilir. Buna ek olarak, meme kanserli kadınların eş, çocuk, akraba ve arkadaşlar gibi yakın çevresindeki bireylerin de özellikle tanı ve tedavi sürecinde ikincil travmaya maruz kalan bireyler olarak değerlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu süreçte, yakın akrabaların da öncelikle yaşayabilecekleri travmatik süreçler konusunda bilgilendirilmelerine ve duygusal boşalım sağlamalarına imkan sağlayacak kısa süreli kriz odaklı psikolojik danışma etkinliklerinin planlanması önem arz etmektedir. Yine, meme kanserli kadınlar açısından önemli bir destek kaynağı oldukları düşünüldüğünde, yakın akrabaların bu süreçteki desteklerini geliştirmelerine imkan sağlayacak çeşitli basılı destek materyallerinin hazırlanması, çoğaltılması ve ilgili bireylere dağıtılması gerekmektedir. Bu sayede doğru bilgi paylaşımı sağlanabilecek ve yakın akrabaların meme kanserli kadınlara sağlayacağı sosyal desteğin niteliği artırılabilir.

Son olarak, bu çalışmanın bulguları ve ilgili alanyazında yer alan öneriler (Doka, 2009; IOM, 2008) dikkate alındığında, özellikle genel cerrahi ve onkoloji bölümlerinde sağlık

psikolojik danışmanlığı kapsamında görev alabilecek uzmanlara gereksinim duyulduğu gözlemlenmektedir. Bu noktada, sağlık psikolojik danışmanlığının amacı genel anlamda hastalık belirtilerini azaltmak, sağlık durumunu artırmak, olumlu yaşam tarzı ve sağlık davranışları geliştirmek, hekimler tarafından sunulan sağlık önerilerine uyumu arttırmak olarak ifade edilmektedir (Sperry, Lewis, Carlson ve Englar-Carlson, 2005). Bu bağlamda, sağlık psikolojik danışmanlığı alanında çalışan uzman psikolojik danışmanların, genel psikolojik danışma model ve yaklaşımlarını kullanarak meme kanserli kadınların yukarıda sözü edilen psiko-sosyal hizmetleri sunmada önemli katkıları olabileceği değerlendirilmektedir. Hastanelerin özellikle genel cerrahi, tıbbi onkoloji ve onkolojik radyasyon bölümlerinde sunulabilecek psikolojik sağlık danışmanlığı hizmetleri kapsamında psikolojik danışmanlarla eşgüdüm içerisinde çok-disiplinli çalışmaların yürütülmesi ile meme kanserli kadınların baş etme potansiyellerinin ve yaşam kalitelerinin artırılmasına önemli katkılar sunulabilecektir.

Bu çalışmada meme kanserli kadınların psiko-sosyal gereksinimleri katılımcıların kendi değerlendirmeleriyle belirlenmeye çalışılmıştır. İlerleyen dönemlerde yürütülecek çalışmalarda, nitel araştırma yaklaşımında kullanılan diğer veri toplama yöntemleri olan doğrudan gözlem ve odak grup görüşmesi (Howitt ve Cramer, 2011; Hays ve Singh, 2012) kullanılabilir. Sözü edilen bu çalışmalar, meme kanserli kadınların psiko-sosyal gereksinimlerinin gerçek ortamlarla gözlemlenerek belirlenmesine ve kadınların gereksinimlerinin derinlemesine incelenmesine katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra, aileler, bakım hizmeti sunanlar ve/veya tıbbi sağlık çalışanlarıyla da yürütülecek çalışmalarla meme kanserli kadınların yaşantıları ve psiko-sosyal gereksinimleri daha bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde belirlenebilir. Sözü edilen bu çalışmalar, tanı öncesi, tanı alındıktan sonra, tedavi aşaması, tedavilerini tamamlayanlar, metastaz ve palyatif bakımda olan bireylerin oluşturduğu çalışma gruplarında ayrı ayrı ele alınabilir ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılabilir.

### Kaynaklar

- Abel, M. H. (2002), Humor, stress and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381.
- Akın, S. (2007). *Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Al-Azri, M. H., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S. ve Al-Moundhri, M. (2014). Coping with a diagnosis of breast cancer amongst omani women. *Journal of Health Psychology*, 19(7), 839-846. doi.org/10.1177/1359105313479813.
- Allison, P. J., Guichard, C. ve Gilain, L. (2000). A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research*, 9, 951-960.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J. ve Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Martinez, P., Peréz, S. ve Murgui, S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: prevalence and risk factors. *Psychology and Health*, 27(1), 72-87.
- Antoni, M. H. (2003). *Stres mangement intervention for women with breast cancer: Therapist manuel*. Washington: American Psychological Association.
- Barg, F. K., Cronholm, P. F., Straton, J. B., Keddem, S., Knott, K., Grater, J., Houts, P. ve Palmer, S. C. (2007). Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986-2005. *Cancer*, 110(3), 631-639.
- Banning, M., Hassan, M., Faisal, S. ve Hafeez, H. (2010). Cultural interrelationships and the lived experience of pakistani breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 304-309.
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. ve Wade, T. D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342.



- Bennett, K. K., Compas, B. E., Beckjord, E. ve Judith, G. G. (2005). Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 313-3323.
- Ben-Zur, H., Gilbur, O. ve Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Bitsikaa, V., Sharpley, C. F. ve Christie, R. (2010). 'What made me unhappy'. experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British Journal of Guidance ve Counselling*, 38 (2), 179-189.
- Blow, A. J., P. Swiecicki, P. H., Haan, P., Osuch, J. R., Symonds, L. L., Smith, S. S., Walsh, K. ve Boivin, M. J. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1316-1334.
- Buick, D. L. ve Petrie, K. J. (2002). "I know just how you feel": The validity of healthy woman's perceptions of breast cancer patients receiving treatment. *Journal of applied Social Psychology*, 32(1), 110-123.
- Büchi, S. S. (2010). *Psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives* (Unpublished PhD thesis). Zürich, Maastricht University.
- Can, G. (2001). *Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Carver, S. C., Scheier, M. F. ve Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56(2), 267-283.
- Cebeci, F., Yangın, H. B. ve Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 406-412.
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. ve Mortimer, J. (2006). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2-3), 65-77.
- Cho, J., Smith, K., Choi, E., Kim, I., Chang, Y., Park, H. ve Shim, Y. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients national survey in korea. *Psycho-Oncology*, 22, 605-613.
- Daher, M. (2012). Cultural beliefs and values in cancer patients. *Annals of Oncology*, 23(3), 11166-11169.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farnes, D. F. ve Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med*, 32, 371-379.
- Doumit, M., El Saghir, N., Abu-Saad Huijjer, H., Kelley, J. ve Nassar, N. (2009). Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 42-48.
- Doka, K. J. (2009). *Counseling individuals with life-threatening illness*. New York: Springer Publishing Company.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. ve Underlid, K. (2011). "The support I need": Women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, 00(0), 1-9.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R. ve Sauer, H. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42, 710-718.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C. ve Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4), R44.
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (Third edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Fawzy, F. I. ve Fawzy, N. W. (2011). A short term, structured, psychoeducational intervention for newly diagnosed cancer patients. D. Kissane ve M. Watson (Yay. haz.). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* içinde (s. 119-133). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Figueiredo, M. I., Fries, E. ve Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 96-105.
- Fillion, L., Kovacs, A. H., Gagnon, P. ve Endler, N. S. (2002). Validation of the shortened cope for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology: Developmental Learning Personality Social*, 21(1), 17-34.
- Fobair, P., Stewart S. L., Chang S., D'Onofrio C., Banks P. J. ve Bloom J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.
- Fu, M., Xu, B., Liu, Y. ve Haber, J. (2008). 'Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 155-165.
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C. ve Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.
- Gallagher, J., Parle, M. ve Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7, 365-376.
- Girgis, A., Boyers, A., Sanson-Fisher, R. ve Burrws, S. (2000). Perceived needs of woman diagnosed with breast cancer: Rural versus urban location. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24, 166-173.
- Gorman, J. R., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Madlensky, L. ve Pierce, J. P. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns. *Breast Cancer Res Treat.*, 123(2), 477-485.
- Gross, J. J. ve Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986.
- Heim, E., Valach, L. ve Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Henderson, P. D. ve Gore, S. V. (2003). African American women coping with breast cancer: A qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum*, 30 (4), 641-647.
- Henderson, P. D., Fogel, J. ve Edwards, Q. T. (2003). Coping strategies among African American women with breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 3(4), 641-647 .
- Hewitt, M., Herdman, R. ve Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer/national cancer policy board*. Washington: The National Academies Press.
- Hill, P. ve Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Howard, A. F., Balneaves, L. G. ve Bottorff, J. L. (2007). Ethnocultural women's experiences of breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(4), 27-35.
- Howitt, D. ve Cramer, D. (2011). *Introduction to research methods in psychology* (Third edition). Essex: Pearson.
- Hulbert-Williams, N., Neal, R., Morrison, V., Hood, K. ve Wilkonson, C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*, 21, 857-867.
- Institute of Medicine (IOM). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington: The National Academies Press.
- Kim, I. R., Cho J., Choi, E. K., Kwon, I. G., Sung, Y. H., Lee, J. E., Nam, S. J. ve Yang, J. H. (2012). Perception, Attitudes, Preparedness and experience of chemotherapy-induced

- alopecia among breast cancer patients: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1383-1388.
- Knobf, M. T. (1986). Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 4, 678-684.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine*. Ankara: April (Eserin orijinali 1980'de yayımlandı).
- Lam, W. W., Chan, M., Hung, W. K., Amy, O. ve Fielding, R. (2009). Social adjustment among Chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 18, 1189-1198.
- Landmark, B. T., Strandmark, M. ve Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 216-223.
- Lehto, U. S., Ojanen, M. ve Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16, 805-816.
- Li, J. ve Lambert, V. A. (2009). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the people's republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 199-204 .
- Lindop, E. ve Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 760-771.
- Lugton, L. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1184-1191.
- Mager, W. M. ve Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: Patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 35-46.
- McIllmurray, M., Thomas, C., Franci, S. B., Morris, S., Soothill, K. ve Al-Hamad, A. (2001 ). The psychosocial needs of cancer patients: Findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 261-269.
- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., ve Kim, T. S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*, 21(9), 2469-76.
- Moos, R. H. ve Holahan. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. E. Martz ve H. Livneh (Yay. haz.), *Coping With Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* içinde (s. 107-127). New York: Springer.
- Morgan, P. D., Mock, V., Rose, L. ve Fogel, J. (2004). African american women's emotional responses to breast cancer. *Women's Health and Urban Life*, 3(1), 56-73.
- Morris, T. P. ve Haybittle, P. V. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 1, 105-114.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook*. Bershire: Open University Press.
- Ogden, J. (2010). *Understanding breast cancer*. West Sussex: John Wiley ve Sons Ltd.
- Özkorumak, E., Tiryaki, A., Arslan, F. C. ve Yavuz, M. N. (2012). Psychological distress of women with breast cancer: Remission versus treatment. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(1), 29-34.
- Özyurt, B. E. (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 15, 1-15.
- Palmer, E. C., Kagee, A., Coyne, J. C. ve Demichele, A. (2005). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66, 258-264.
- Rogers, J. V. ve Turner, M. (2011). Psychological issues for the patient with breast cancer. V. Harmer (Yay. haz.). *Breast Cancer Nursing Care and Management* içinde (s. 309-328). West Sussex: Blackwell Publishing.

- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. ve Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy Research*, 31, 97–109.
- Royer, A. (1998). *Life with chronic illness: Social and psychological dimensions*. Westport: Praeger Publishers.
- Safaei, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B. Tabatabaee ve Pourhoseingholi, R. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. ve Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 88, 226-237.
- Schain, W., Edwards, B. K., Gorrell, C. R., de Moss, E. V., Lippman, M. E., Gerber, L. H. ve Lichter, A. S. (1983). Psychosocial and physical outcomes of primary breast cancer therapy: mastectomy vs excisional biopsy and irradiation. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3, 3377-382.
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Müller, M., Dassen, T. ve van den Borne, B. (2012). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 22-9.
- Schroevers, M. C. ve Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, 17, 1239-1246 .
- Schroevers, M., Ranchor, A. V. ve Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, 63, 598–610.
- Sharoff, K. (2004). *Coping skills therapy for managing chronic and terminal illness*. New York: Springer Publishing Co.
- Sperry, L. ve Carlson, J. (2002). What is health counseling? J. Donnelly (Yay. haz.). *Health counseling: application and theory* içinde. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions: Cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Washington: American Psychological Association.
- Sperry, L., Lewis, J., Carlson, J. ve Englar-Carlson, M. (2005). *Health promotion and health counseling: effective counseling and psychotherapeutic strategies*. Boston: Allyn & Bacon.
- Sütçü, G. (2010). *Tanı ameliyat süresi yakın zamanlı olan hastaların öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P. ve Gruenewald, T. R. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411-429.
- Teleghani, F., Yekta, Z. P. ve Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265-273.
- The Institute for Health Research (2001). *What Are The Psychosocial Needs Of Cancer Patients and Their Main Carers?: A study of user experience of cancer services*. Lancaster: The Institute for Health Research.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A. ve Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 177-189.
- Thomas, S. F. ve Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 4, 231-237.
- Tjemslund, L., Søreide, J. A. ve Malt, U. F. (1996b). Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5(4), 295-303.
- Ucok, O. (2005). The meaning of appearance in surviving breast cancer. *Human Studies*, 28, 291-316.

- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z. Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.
- Watson, M., Greer, S., Blake, M. S. ve Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53(19), 2008-2012.
- Woertman, C. B. ve Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analyses. *Journal of Socail Issues*, 35(1), 120-154.
- Wong, P. T., Reker, G. T. ve Peacock, E. J.(2006). A resource-congruence model of coping and the development of the coping schema inventory. P. T. Wong ve L. Wong (Yay. haz.), *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* içinde (s. 223-287). New York: Springer.
- Wong-Kim, E. C. ve Bloom, O. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2005). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

## Extended Abstract

### Introduction

Breast cancer is one of the most common cancer type among women and negatively affects their psycho-social life. They go through mostly shock, hopelessness, helplessness, fear, sadness and loneliness in the diagnosis period (Andersen Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994; Bennett, Compas, Beckjord & Judith, 2005; Bitsikaa, Sharpley & Christie, 2010; Landmark, Strandmark & Wahl, 2002; Morris & Haybittle, 1992). In the treatment preiod, they also go throuh panic, fear, anxiety, sleep disturbances and sexual problems before and after surgery; depression symptoms, hopelesness and body-image disturbances during the chemotherapy treatment (Akin, 2007; Knobf, 1986; Özkorumak, Tiryaki, Arslan & Yavuz, 2012; Rogers & Turner, 2011; Schmid-Büchi, Halfens, Dassen & van den Borne, 2012). It can be said that these responses maybe related to coping strategies (Royer, 1998). The mostly used coping strategies among women with breast cancer are stated as positive reappraisal, fatalism, seeking social support and religious approach (Buick & Petrie, 2002; Henderson, Fogel & Edwards, 2003; Sütçü, 2010; Taleghani, Yekta & Nasrabadi, 2006).

In the literature, it is stated that the responses, coping strategies, and psycho-social problems are not only the results of the breast cancer, but also results of the treatments, lack of information or lack of formal/informal resources (Institute of Medicine [IOM], 2008). In this circuntance adding to the distress and psycho-social problems that women with breast cancer are having to deal with, psycho-social needs may also occur as obstacles which adjust and manage to their illness (Hewitt, Herdman & Holland, 2004).

It is also revealed that there are unmet psycho-social needs of women with cancer and these needs increased during the 20-year interval between two surveys times, 1986-2005 (Barg et al., 2007). Besides in Turkey, it was mentioned that persons with cancer get the most psycho-social supports from their relatives but the least from health professions and/or non-support from mental health professions (Özyurt, 2007). In the light of these information, the aim of the study is to determine the experience and psyho-social needs of breast cancer women that are newly diagnosed and receiving treatment in Turkey.

### Method

In this qualitative study, twenty women with breast cancer receiving treatment were voluntarily included to the study in two metropolitan cities in the Mediterranean Region of the Turkey. The ages of the participants ranged from 32 to 79 years, with a mean age of 51.80 (SD = 11.138). According to Hewitt and colleagues (2004), breast cancer has different phases. These phases are categorized as diagnoses, primary treatment, completing treatment, re-entry to usual living, survivorship, reoccurrence and palliation for advanced cancer. It is also stated that the psycho-social adjustment is at the lowest level and the psychological distress is at the highest level after

the first three months of the diagnosis (Schroevers, Ranchorb & Sanderman, 2006). For this reason, only the participants newly diagnosed as breast cancer and continuing their outpatient treatments (chemotherapy, radiotherapy or hormonal therapy) after the surgery were included to the study.

The data were gathered by using interview method in the study. Semi-structured interview script comprising 6 open-ended questions developed by the researchers were used to collect the data. Probing questions were also added as necessary. The script was reviewed by three faculty members who are experts on qualitative research. After revising the script based on the opinions of the experts, two pilot studies were done to test the open-ended questions. At the end of the pilot studies, the semi-structured interview script was finalized. Moreover, the approvals were taken by two ethical committees and hospital authorities. A typical interview took nearly 40 minutes. All interviews were audiotape recorded and subsequently transcribed verbatim by the first researcher. The transcribed interviews were analyzed using the content analysis including identifying, coding, and categorizing process. The expert triangulation procedure was also used for the trustworthiness of the data.

### **Result and Discussion**

The results of the study revealed mainly four themes, namely: 1) responses to breast cancer diagnosis and treatment, 2) coping strategies, 3) protective and vulnerability factors, and 4) psycho-social resources and needs. Further analysis of the data also revealed a number of categories, subcategories and dimensions within each theme. According to the responses related to the diagnosis and treatment theme, there are some differences on participants' responses to the diagnosis and the treatment phases. While the most dominant response in diagnosis phase was denial as a cognitive response, anger is the most dominant response as an emotional response in the treatment phase. In both phases, participants tried not to upset their family members to protect them from the negative consequences of the breast cancer experience in the family. These results seem to be consistent with the related literature and also those psychological responses to breast cancer almost the same in the other studies (Banning, Hassan, Faisal & Hafeez, 2010; Beatty, Oxlad, Koczwara & Wade, 2008; Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijer, Kelley & Nassar, 2009; Fu, Xu, Liu & Haber, 2008; Kim et al., 2012; Morgan, Mock, Rose & Fogel, 2004).

In second theme, it was found that women with breast cancer were using different coping strategies in the diagnosis and treatment phases. While the positive reappraisal and being in religious statements were the most used coping strategies by the women with breast cancer in the diagnosis phase, being in religious statements, optimistic wait, distracting and humor were the most used coping strategies in the treatment phase. In the literature, using positive reappraisal as a coping strategy is also stated as the most common strategy used by women with breast cancer (Buick & Petrie, 2002; Danhauer, Crawford, Farnie & Avis, 2009; Li & Lambert, 2009). Besides, it was found that being in religious statements as a coping strategy used by participants in both phases. Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau and Florack (2009) stated that women using religious statements as a coping strategy may try meaning, making and adjusting to breast cancer experiences. Based on the analysis, both the protective and vulnerability factors were categorized as internal and external factors in itself. While the positive self-perception is categorized as an internal protective factor, recovery for children, and positive behaviors of medical doctors were categorized as the external protective factors. On the other hand, repressing emotions appeared as an internal vulnerability factor while life stressors, perception of negative behavior of people to women with breast cancer, and given bad news by the health practitioners appeared as external vulnerability factors.

When considering the perceived psycho-social resources, the results indicated that the family members were seen as important informal resources by the participants. Health practitioners and an expert giving psychological support were also categorized as formal resources in both diagnosis and treatment phases. Actually, the participants remarked the importance of psychological support but they did not specify the name of these professions

formally, such as, psychologist, health counselor, psychiatrist etc. Moreover, formal and informal emotional support from environment and accurate knowledge related to the breast cancer are categorized as the basic psycho-social needs of the participants. These needs also seem to be consistent with the related literature (Beatty et al., 2008; Girgis, Boyers, Sanson-Fisher & Burrws, 2000; Schmid-Büchi et al., 2008; The Institute for Health Research, 2001). In conclusion, it seems that psycho-social needs of women with breast cancer can be fulfilled by not only medical experts and procedures but also health counseling practices especially taking a multidisciplinary perspective. Shortly, the integration of mental health practitioners to oncology and/or surgical clinics may help women with breast cancer to adjust and manage their experiences more easily.