

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI

AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARININ YAS TEPKİLERİ VE
EVLİLİK UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

EDA ÜLGER

İZMİR, 2016

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI

AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARININ YAS TEPKİLERİ VE
EVLİLİK UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

EDA ÜLGER

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ferda AYSAN

İZMİR, 2016

YEMİN METNİ

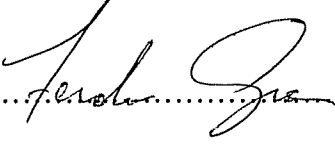
Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kanser Hastalarının Yas Tepkilerinin Ve Evlilik Uyumlarının İncelenmesi” adlı çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

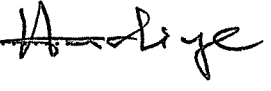
16/05 / 2016

Eda ÜLGER

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İşbu çalışma, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Ferda AYSAN.....

Üye : Yard. Doç. Dr. Hadiye KÜÇÜKKARAGÖZ

Üye :Yard. Doç. Dr. Orkide BAKALIM.....

Onay

Yukarıda imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

01/07/2016


Prof. Dr. Ali Günay BALIM
Enstitü Müdürü

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10116358
Yazar Adı / Soyadı	GÖZDE ÖZTÜRK
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 21779198194
Telefon	5303309262
E-Posta	gzdeoztrk@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Boşanma Sürecindeki Kadınların Bağlanma Stilleri ile Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	The Relationship Between Attachment Styles and Coping Strategies of Women During the Course Of Divorce
Konu	Psikoloji = Psychology
Üniversite	Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2016
Sayfa	121
Tez Danışmanları	PROF. DR. FERDA AYSAN 46219781828
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	
Kısıtlama	Yok

Yukarıda bilgileri kayıtlı olan tezimin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine ve internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.

01.07.2016

İmza:.....

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında bana olan desteği, anlayışı ve katkılarından dolayı sevgili danışmanım Prof. Dr. Ferda AYSAN'a öncelikli olarak teşekkür etmek istiyorum.

Araştırmanın önemli aşamalarından biri olan istatistiksel işlemlerin gerçekleştirilmesinde desteğini ve yardımını esirgemeyen arkadaşım Uzman Psikolog Funda GÜLYÜKSEL'e ve bu süreçteki anlayışları için çalışma arkadaşlarıma,

Hem ders hem de tez aşamasında beni motive eden, bu zorlu süreçleri birlikte yürüdüğüm arkadaşım Psikolog Gözde ÖZTÜRK'e,

Son olarak, beni bugünlere getiren ve yüksek lisans sürecinde de bana destek olan AİLEME ve tez süreci boyunca anlayış, sabır ve desteğiyle her an yanımda olan eşim Türker KARABUĞA'ya sonsuz teşekkür ediyorum.

Eda ÜLGER

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.Problem Cümlesi	1
2.Araştırmanın Amacı	5
3.Araştırmanın Önemi.....	5
4.Problem Cümlesi	5
5. Alt Problemler	6
6.Sayıtlılar	7
7.Sınırlılıklar	7
8.Konu İle İlgili Tanımlar.....	7
9.Kısaltmalar.....	8

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR

2.1. Kanser	9
2.1.1. Tanım	9
2.1.2. Kanserin Tarihçesi	10
2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi	10

2.1.4. Tedavi Prosedürleri	14
2.2. Yas	15
2.2.1. Yas Kavramı	15
2.2.2. Yas Çeşitleri.....	17
2.2.3. Normal Yas.....	17
2.2.4. Patolojik Yas.....	17
2.2.5. Travmatik Yas	17
2.2.6. Farklı Kuramsal Bakış Açlarına Göre Yas	18
2.2.7. Yas Modelleri.....	20
2.2.8. Yas Tepkileri.....	22
2.2.8.1. Yas Süreci ve Aşamaları.....	24
2.2.8.2. Kanseri ve Yas	25
2.3. Evlilik Uyumu	28
2.3.1. Evlilik Uyumu.....	28
2.3.2. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	32
2.4. Kanseri ile Yas Tepkisi ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler.....	34
2.5. İlgili Yayın ve Araştırmalar.....	36
2.5.1. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar	36
2.5.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar.....	38

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	41
3.2. Evren ve Örneklem.....	41
3.3. Veri Toplama Araçları.....	46
3.3.1. Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi.....	46
3.3.2. Çiftler Uyum Ölçeği.....	47
3.3.3. Kişisel Bilgi Formu	48
3.4. Verilerin Toplanması.....	48

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yas Tepkilerine İlişkin Bulgular.....	49
4.2. Kanser Tanısı Alan Hastaların Evlilik Uyumlarına İlişkin Bulgular	52
4.3. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yas Tepkileri ve Evlilik Uyumlarına İlişkin Bulgular	55

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Tartışma.....	56
5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleriyle Yas Tepkileri Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar.....	56
5.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleriyle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar	57
5.1.3. Hastaların Yas Tepkileri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar.....	59
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	61
KAYNAKÇA	63
EKLER.....	81
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	81
EK 2: Hogan Yas Tarama Listesi (HYTL).....	84
EK 3: Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ).....	85

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Ortak Yas Tepkileri.....	23
Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	42
Tablo 3: Hastaların Cinsiyetine Göre Yas Tepkilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Sonuçları.....	49
Tablo 4: Hastaların Yaşlarının Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	49
Tablo 5: Hastaların Eğitim Durumlarının Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	50
Tablo 6: Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerinin Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	51
Tablo 7: Hastaların Kanseri Türlerinin Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	51
Tablo 8: Hastaların Cinsiyetine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Sonuçları.....	52
Tablo 9: Hastaların Yaşlarının Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	52
Tablo 10: Hastaların Eğitim Düzeylerinin Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	53
Tablo 11: Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerinin Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	54
Tablo 12: Hastaların Kanseri Türünün Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları.....	54
Tablo 13: Hastaların Yas Tepkileri ve Evlilik Uyumları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen İlk 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları13
- Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen İlk 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları14

ÖZET

Bu araştırmada kanser tanısı alan hastaların, yas tepkileriyle evlilik uyumları arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, kanserin türü, vb.) belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırma örneklemini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran ve kemoterapi alması kararı verilen 100 hasta oluşturmuştur. Örneklem oluşturulurken ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara verilen ölçekler, hastayla birlikte araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama araçları olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, kanser tanısı alan hastaların tanı aldıktan sonra geçirdikleri yas sürecini incelemek için, Hogan, Greenfield ve Smith (2001) tarafından geliştirilen, Yıldırım ve Fışıloğlu (2005) tarafından geçerlilik ve güvenirliliği yapılan "Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi" (HYTL) ve hastaların eşleriyle arasındaki evlilik uyumlarını incelemek için de Spainer (1976) tarafından geliştirilen ve Fışıloğlu ve Demir (2000) tarafından Türk toplumuna uyarlanması yapılan "Çift Uyum Ölçeği" (ÇUÖ) kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde, Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı (SPSS) 16.0 kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan hastaların %76'sı kadın, %24'ü erkektir. Hastaların yas tepkileriyle cinsiyet, yaş ve eğitim durumları ve kanser türleri arasında anlamlı bir fark bulunamamış; sadece sosyo-ekonomik bakımdan geliri 1000-1999 TL olan hastaların yas tepkileri diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Hastaların evlilik uyumlarıyla cinsiyet arasında bir fark bulunamazken; yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey ve kanser türleri arasında istatistiksel fark saptanmıştır. Meme kanseri olanlarla pankreas ve diğer kanser türleri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında, pankreas kanseri olanlarla meme, kolo-rektal ve testis kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında, testis ve diğer kanser türleri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yas tepkisi ile evlilik uyumu arasında ise ($r=-.25$) olumsuz yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Kanser, yas tepkileri, evlilik uyumu

ABSTRACT

In this research, it is aimed to determine the relationship between grief reactions and marital adjustment in cancer patients and the factors (age, gender, educational status, types of cancer, etc.) that effect these in cancer patients.

A hundred cancer patients who consult to İzmir Katip Celebi University Atatürk Education and Research Hospital Department of Medical Oncology Polyclinic and who were decided to get chemotherapy compose this research sampling. Accessible sampling method has been used when composing the sampling. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 11.0 was used to analyze the data collected on this research. As methods collecting data, Patient Information Form which has been prepared by the researcher and as the second method of collecting data, the Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC) whose validity and reliability has been done by Yıldırım and Fıfıloğlu (2005) and improved by Hogan, Greenfield and Smith (2001) has been used. As the third method of collecting data, Dyadic Adjustment Scale developed by Spainer (1976) and adapted to Turkish society by Fıfıloğlu and Demir (2000) has been used. The scales given to the patients who attend the research volunteer have been carried out by researcher.

According to the results of this research, %76 are female and %24 of them are male. It hasn't been found any significant difference between the grief reactions and gender, age and educational status. The grief reactions have been found statistically significantlt higher only in the patients who have 1000-1999 TL revenue than the other socio-economic groups. While it couldn't been found statistically significantly difference between the marital adjustment and gender of the patients; it has been determined statistically significantly difference between age, educational status, socio-economic level and the other cancer types. In terms of marital adjustment and types of cancer; it has been found statistically significantly differences between the breast cancer patients and pancreas and the other types of cancer; between pancreas cancer and breast, colo-rectal and testis cancer patients; between testis cancer patients and the other types of cancer patients . It is also found a negatively weak relation ($r=-.25$) between grief reactions and mariage adjustment of the patients.

Key Words: Cancer, grief reaction, mariage adjustment

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde problem durumu, araştırmanın amacı ve önemi, problem cümlesi, alt problemler, sayıtlar, sınırlılıklar ve tanımlar bulunmaktadır.

1.1. Problem Cümlesi

İnsanlar dünya ve kendileri ile ilgili bir takım temel varsayımlara sahiptirler. Bu varsayımlar kişilerin işlevsel olarak yaşamlarını ve beklentilerini şekillendirmelerinde önemli olan inanç sistemleri olarak kabul edilebilir. Travmatik olaylar kişilerin dünyanın güvenilir, öngörülebilir bir yer olduğuna ilişkin bu temel psikolojik varsayımlarının yıkılmasına neden olabilir. Yaşamdaki düzen ve sürekliliğe olan temel inançlarının zedelenmesine yol açabilir (Janoff-Bulman ve Berg, 1998).

Tuncay'a (2009) göre, insanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spiritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalıklarından olan kanser, tedavi sürecinde ve sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin psiko-sosyal dünyasında iz bırakan, hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen çok boyutlu ve travmatik bir yaşam deneyimidir.

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağrıştıran bir hastalık olarak algılanır. Bu nedenle kanser bir yıkım gibi algılanır ve dramatik anlamıyla kişinin ruhsal dengesinde bozulmaya neden olur. Bu nedenle kanser, tıbbi- fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir olgudur (Altuğ B, Kaya N, Encirli Ş, Dura S, Kucur R).

Yalom, kanser hastalarında da sıkça görülen ölüm anksiyetesinin; kötülük, terk edilme veya yok olma korkusuyla birleştirildiğini ifade etmektedir. Bazıları ebediyetin büyüklüğü, sonsuza dek ölü kalma fikri karşısında sendeler; bazılarıysa var olmama durumunu kavramada zorluk çekip öldükten sonra nerede olacakları sorusunu düşünüp dururlar; kimileri ise bütün kişisel dünyalarının yok olmasının verdiği dehşete odaklanır (Yalom, 2008).

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler. Tanıyı takiben şok hali, inanamama, inkar, kızgınlık, depresif duygu durum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gelişir (Elbi,1998). Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden yaşanmaktadır (Anuk,1999). Bolund kanser tanısının konulması ile şok, tepki, direnme ve uyum olmak üzere toplam dört aşamalı bir sürecin yaşandığını bildirmiştir (Anuk,1999; Özkan,1993). Elisabeth-Kübler Ross ise “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda kanserde ortaya çıkan psikososyal aşamaları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır (Elbi,1998). Yas üzerine çalışmaları olan bir diğer araştırmacı Bowlby (1973) ise yas sürecini dört evreye ayırmıştır. Bunlar (1) hissizlik, (2) kaybedilen kişiyi özlemek, aramak ve öfke, (3) dezorganizasyon ve umutsuzluk, (4) yeniden organize olma olarak belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında çeşitli çalışmalarda yas için birbirine benzer evreler tanımlanmıştır (Bowlby ve Parkes, 1970, 1969; Rando, 1993). Yas alanında geniş kabul gören Kubler-Ross (1969), Bowlby (1973) ve Parkes’ın (1970) önerdikleri evreleri Jacobs (1993) sentezlemiş ve inanamama, özlem, öfke, depresyon ve kabul olmak üzere beş aşamadan bahsetmiştir.

Yas literatürüne bakıldığında değişik yaklaşımların yasa farklı açıklamalar getirdiği görülmektedir. Psikodinamik yaklaşım yas sürecini intrapsişik süreçlerin yönettiğini, ölüm ve kaybın içselleştirilmesinin yas sürecinin önemli bir parçası olduğunu, kişinin yas sürecini çözümleyebilmek için analitik yas çalışması yaşaması gerektiğini vurgulamaktadır (Freud, 1917, akt., Aranda ve Milne, 2000; Kaunonen, 2000). Bowlby’nin (1980, akt.,Kaunonen, 2000) bağlanma kuramına

göre yas, bağlanılan figürün istemsiz kaybı sonucu yaşanan ayrılma kaygısıdır. Yas süreci karşı çıkma, arama, umutsuzluk ve depresyondan oluşmaktadır. Benzer şekilde Kubler-Ross'a göre sevilen bir kişinin kaybının yaşanması ya da ölümcül bir hastalığın ortaya çıktığı durumlarda kişiler, yas süreci olarak adlandırılan bir dizi aşamadan geçerler. (Özkan, 1992; akt. Anuk, 1997). Kübler-Ross bu yas sürecinin inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak 5 evreden oluştuğunu, yasın çözümlenebilmesi için bu evrelerin tam olarak yaşanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu aşamalar: yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Yalnızca ölüme değil, tüm kayıplara karşı verdiğimiz tepkileri betimleyen beş evre; ister büyük ya da küçük, ister kalıcı ya da geçici olsun, yaşamdaki kayıplarımıza uyarlanabilir.

Hogan ve arkadaşlarının (1996, akt.,Herkert, 2000) varoluşsal yas kuramında; ölüm nedeni, aradan geçen süre, ölen kişi ile aradaki ilişki ne olursa olsun yasın bütünüyle tutarlı bir süreç olarak yaşandığını; bu sürecin umutsuzluk, panik davranışları, suçlama ve kızgınlık, kopma, dağınıklık ve kişisel gelişim olmak üzere 6 boyut barındırdığını belirtmiştir. Yas sürecini oluşturan bu boyutlar iç içe yaşanabildiği gibi belli bir sırayla da yaşanabilmektedir.

Kanser hastalığı, kuşkusuz sadece hasta bireyin değil yakınlarının da bilişsel, psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyal alanlarında derin etkiler oluşturmaktadır. Gerek hastalığın tanısında gerekse tedavi sürecinde hastanın benlik saygısı, bedeniyle ilgili algısı, yaşam kalitesi, hayatının işleyişi, seksüel durumu, kişisel ve sosyal rolleri, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde değişiklik yaratmakta, sosyal desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Tuncay, 2010).

Son yıllarda ailenin pozitif işlevlerine bakılması gerektiği çeşitli araştırmalarla vurgulanmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda sosyal desteğin ve başa çıkma becerilerinin ailenin duygusal durumunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Longo&Bond, 1984; Singer&Irvin, 1989, 1994; Wikler, 1981). Voss ve diğer. göre (Akt. Çelik, 2006) yakın ilişkilerin fiziksel ve psikolojik sağlığımız üzerinde önemli rolü vardır.

Aile üyelerinden birinin ya da birkaçının geçici veya sürekli hastalığı, engelliliği (görme, işitme, zihinsel veya fiziksel engellilik vb.) tüm üyelerin uyumunu etkilemekte, en sağlam yapıdaki ailelerin bile dengeleri sarsılabilmektedir (Yörükoğlu, 1998). Psikolojik yardım arayanların en sık rastladıkları sorunlar, evlilik uyumu üzerinedir. (Yörükoğlu, 1998). Pek çok birey evliliklerinde uyumsuzluk ya da doyumumsuzluk sebebiyle aile ve çift terapine başvurmaktadır.

Tümer'e göre eşler arasındaki uyum, literatürde genellikle eşlerin evlilikleri hakkında hissettikleri ile ilişkilendirilmiş olup uyumun değerlendirilmesinde eşlerin bireysel olarak evlilik doyumları ya da mutluluk düzeyleri temel alınmıştır. Bazı araştırmacılar ise eşler arasındaki uyumu eşlerin ayrı ayrı duyguları olarak değil de eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak değerlendirmişlerdir. (Ostroff & Steinglass, 1996; Tufan, 1983; Turan, 1992). Whisman (2002)'ın bildirdiğine göre de eşler arası uyum hakkında farklı bakış açıları olsa da bu konuda ortak buluşulan nokta eşlerin birbirleri ile iletişim ve etkileşimlerine dayalı olarak algıladıkları memnuniyettir. Konuyla ilgili gerçekleştirilmiş diğer çalışmalarda da birbiri ile iletişim sorunu olmayan eşlerde, bireylerin sorunları daha aşılabılır algıladığı, daha pozitif tutum sergilediği ve çözüme ulaşmada birlikte hareket edebildikleri görülmekte ve sorunlarla daha etkin baş edebildikleri dikkati çekmektedir (Whisman&Delinsky, 2002; Berterö, 2000). Volf ve ark.nın (1991) bildirdiğine göre ise çatışma ağırlıklı iletişim örüntüsüne sahip olan eşler, var olan sorundan kaçma, erteleme, öteleme, yadsıma ve yansıma gibi etkisiz baş etme davranışlarını sergilemektedirler.

Araştırmalar, kanser hastalarının eşinden alacağı desteğin önemini vurgulamaktadır (Ferrell ve ark, 1998; Drageset, 2010; Kraemer, 2011; Kinsinger, 2011). Sherman ve ark.nın (2009) kanser tanısı alan hasta ve eşleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir. Literatürde, etkin baş etme davranışlarını olumlu yönde etkileyen duygusal ve sosyal desteğin

sağlanabilmesinde, eşler arasındaki uyum düzeyinin önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (Kinsinger ve ar, 2011; Inoue ve ark, 2003; Fobair, 2006).

1.1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın temel amacı, kanser tanısı alan hastaların, hastalık süreci içerisinde yaşadıkları yas tepkilerini ve evlilik uyumlarını etkileyen faktörleri incelemek ve yas süreci ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Kanser tanısı konulan hasta sayısı gün geçtikçe artmakta ve uygulanan tedaviler sayesinde yaşam sürelerinin uzamasına paralel olarak, hastaların psiko-sosyal bakımdan durumlarının iyileştirilmesi konusu son yıllarda önem kazanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanser hastalarının yas tepkilerini ve evlilik uyumlarını araştıran bir çalışma olmamasından yola çıkılarak yapılacak olan bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma sonucunda elde edilecek verilerin, ülkemizde kanser hastalarının yas tepkileri ve evlilik uyumları ile ilgili araştırma eksikliğini gidermeye yönelik bir katkı sağlayacağı düşünülmekte ve ileride yapılacak olan çalışmalara katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Kanser hastalarının, hastalığa karşı tepkilerinin ne olduğu ve bu tepkilerinin hastaların evlilik uyumlarına nasıl yansıdığının belirlenmesinin, hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerinin artırılması ve süreci daha sağlıklı bir şekilde geçirmelerinde etkili olacağı ve bireysel danışmanlık ve sağlık danışmanlığı uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yaşanan sorunların saptanmasının, bu sorunlarla baş etmeye yönelik etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

1.4. Problem Cümlesi

Bu araştırmanın problemi şu şekilde ifade edilebilir: Kanser tanısı konan hastaların yas süreci ile evlilik uyumları arasındaki ilişki nedir ve hastaların

gösterdikleri yas tepkileri ve evlilik uyumları; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve ailenin sosyo-ekonomik düzeyi gibi değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

1.5. Alt Problemler:

Araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Kanser hastalarının yas tepkileri, ilgili değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?
 - a. Kanser hastalarının yas tepkileri, cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Kanser hastalarının yas tepkileri, yaşa göre farklılık göstermekte midir?
 - c. Kanser hastalarının yas tepkileri, eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - d. Kanser hastalarının yas tepkileri, ailenin sosyo-ekonomik düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - e. Kanser hastalarının yas tepkileri, kanserin türüne göre farklılık göstermekte midir?
2. Kanser hastalarının evlilik uyumları, ilgili değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?
 - a. Kanser hastalarının evlilik uyumları, cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b. Kanser hastalarının evlilik uyumları, yaşa göre farklılık göstermekte midir?
 - c. Kanser hastalarının evlilik uyumları, eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - d. Kanser hastalarının evlilik uyumları, ailenin sosyo-ekonomik düzeyine göre farklılık göstermekte midir?

- e. Kanser hastalarının evlilik uyumları, kanserin türüne göre farklılık göstermekte midir?
- 3. Kanser hastalarının yas tepkileri ile evlilik uyumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.6. Sayıtlar

Bu araştırmanın temel aldığı sayıtlar aşağıda sunulmaktadır:

1. Araştırma sırasında sorular, hastalar tarafından içtenlikle yanıtlanmıştır.
2. Araştırma kapsamındaki örneklem grubundan elde edilen bulgular kemoterapi tedavisi için polikliniğe başvuran hastalara genellenebilir.

1.7. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır:

1. Bu araştırmada elde edilen bulgular, veri toplama araçlarının değerlendirilmesiyle sınırlıdır.
2. Araştırmanın örneklem grubu, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde kemoterapi tedavisi gören veya görmeyen hastalarla sınırlıdır.

1.8. Konu ile İlgili Tanımlar

Kanser: Kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücrelerin çekirdeklerinin stoplazmaya yanlış mesajlar göndermesi sonucu hücre bölünmesindeki kontrolü kaybedilmesiyle meydana gelen bir hastalıktır (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 2000).

Yas: Lindermann (1944)'a göre yas, kayıpla başlayan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen, dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken karmaşık bir süreç, bir yaşantıdır.

Evlilik Uyumu: Sabatelli (1988) uyumlu evliliği; eşlerin birbirleriyle iletişim kurabildiği, evliliğin önemli alanlarında fazla anlaşmazlık yaşanmadığı, anlaşmazlıkların her iki tarafı da hoşnut edecek şekilde çözümlendiği evlilik olarak tanımlamaktadır.

1.9. Kısaltmalar

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği

HYTL: Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR

2.1. Kanser

2.1.1. Tanım

Kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücrelerin çekirdeklerinin sto-plazmaya yanlış mesajlar göndermesi sonucu hücre bölünmesindeki kontrolün kaybedilmesiyle meydana gelir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 2000). Kısacası kanser anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalmasdır.

Normal koşullarda mitozdan önce, DNA zincirleri eşleşmekte ve anormal DNA zincirleri düzeltme işleminden geçirildikten sonra, mitoz gerçekleşmektedir. Bu kalıtsal önlemlere karşın yeni oluşan hücrenin düşük olasılıkla mutant olma ihtimali bulunmaktadır. Çok sayıda kanser vakasına bu mutant özellikteki hücrenin neden olduğu düşünülmektedir. Bunun beraberinde kanser, sonradan mutasyona uğrayan hücreler aracılığıyla ortaya çıkabilmektedir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006).

Vücutta mutasyona uğrayan çok sayıda hücrenin ancak çok küçük bir bölümü, kansere neden olmaktadır. Mutasyon geçiren hücrelerin, normal hücrelere oranla, yaşamlarını sürdürmeleri güçtür. Bu hücrelerin çoğunda aşırı büyümeye engel olan, geri bildirim kontrol mekanizmaları bulunur (Guyton ve Hall, 2006). Mutasyona uğrayıp, kanser riski oluşturacak hücrelerin birçoğu, hastalık meydana getirmeden, bağışıklık sistemi tarafından yok edilir. Kanser oluşturabilecek etkiyi meydana getirebilmek için çok sayıda onkogenin aynı anda aktif olması gerekir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006). Bu

nedenle, mutasyona uğrayan onkogenlerin bir bölümü, kanser oluşumunda etkili olmaktadır (Guyton ve Hall, 2006; Aliustaoğlu, 2009).

2.1.2. Kanserin Tarihçesi

Tıp tarihinde, kanser hastalığına bakıldığında, bu hastalığın geçmişinin insanlık tarihi kadar eski olduğu, tümörlerle ilgili ilk tanımlamalara Mısır papirüslerinde, Babil çivi yazısı ve tabletlerinde, eski Hint yazmalarında rastlandığı belirtilmektedir (Atıcı, 2007). Örneğin; Edwin Smith Papirüsü'nde (M.Ö.3000), meme kanseri ile ilgili tanımlamalar yapılmış, Ebers Papirüsü'nde (M.Ö.1500) yumuşak doku tümörlerinden, deri, uterus, mide ve rektumda kanser oluşabileceğinden söz edilmiştir. Bu tümörler, tedavi edilirken, ölümcül durumların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Babil tabletlerinde ise tümörler ve tümörlerin çıkarılması işlemi anlatılmıştır (Papac, 2001; Hadju, 2011a).

Kanser teriminin ilk defa Hipokrat tarafından (M.Ö 460-377) organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülür. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülsera neden olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere Hipokrat, “Karkinos” ya da “Karkinoma”, Galen (M.S. 2.Yüzyıl) ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle “Kanser” adını verdi. (Yener, 1973, Aktaran Atıcı, 2007).

Yunan tıbbında, “praeter naturam” adı verilen anormal patolojik büyüme ise “tümör” olarak adlandırıldı. Galen, tümörleri, doğaya uyan, doğayı aşan ve doğaya karşı olan şeklinde üç grupta sınıflandırmıştır. Hipokratla başlayan ve Galenle devam eden humoral patoloji teorisi doğrultusunda, tümör oluşumundan “kara safra” sorumlu tutuldu (Atıcı, 2007).

Türk tıp tarihinde ise kansere “sereton” adı verilmektedir. Tarsuslu Osman Hayri Efendi'nin “Kenzüsihhatül Ebdaniye (1928)” adlı eserinde sereton, fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağzı, etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanmaktadır (Ünver, 1938, Aktaran Atıcı, 2007).

2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanserin çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Dünyada her yıl 10 milyondan fazla yeni kanser olgusu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her yıl 6 milyondan fazla insan kansere yakalanmakta ve 5 milyon insan kanserden ölmektedir. Dünyada kalp-damar sistemi hastalıklarından sonra en sık ölüme neden olan ikinci hastalık türü kanserdir (WHO. 20/11/2011, 2011, Ağ Sitesi: <http://www.who.int/cancer/en>).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2012) raporunda, 2012 yılında tahmini olarak dünya genelinde 14 milyon olan yeni kanser vaka sayısının 2025 yılına kadar 19 milyona, 2030 yılına kadar 22 milyona, 2035'te ise 24 milyona çıkacağı öngörüldüğü bildirilmektedir (<http://www.haberler.com/dunya-saglik-orgutu-dunya-kanser-dalgasiyla-karsi-5624875-haberi/>). Kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerde de benzer bir artışın beklendiği raporda, 2012'de 8,2 milyon ölüm oranının da 20 yıl içinde yıllık 13 milyona çıkacağı öngörülmüyor. Rapora göre, 2012 yılında en fazla akciğer, meme ve kalın bağırsak kanseri tanıları konulduğu, kanserden ölüm oranlarında da birinci sırayı akciğer kanseri aldığı görülmektedir.

Genel kanser insidansına bakıldığında erkeklerde (her 100.000'de 205) kadınlara oranla kanser görülme sıklığının (her 100.000 de 165) %25 daha yüksek olduğu görülmektedir. Dünyanın farklı bölgelerinde erkeklerde kanser insidansı 5 kata kadar farklılık göstermektedir. Bu sayı Batı Afrika'da her 100.000 de 79 iken, Avustralya/Yeni Zellanda da 365'tir. Kadınlarda ise kanser insidansı Güney Orta Asya'da her 100.000' de 103 iken, Kuzey Amerika'da 295'tir (WHO, 2012).

Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society-ACS, 2012b) verilerine göre Amerika'da 1.638.910 yeni kanser vakası olduğu ve kanserden ölümlerin toplamda 577.190 kişi olduğu belirtilmiştir. Amerika'da son 50 yılda ölüm nedenleri incelendiğinde kalp hastalıkları, inmelere enfeksiyonlardan kaynaklanan ölümlerde ciddi oranda bir azalma görülürken, kanser nedeniyle ölümlerin sadece %5 azaldığı görülmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü (National

Center for Health, 2011) verilerine göre gelecekte kanser hastalığının birinci ölüm nedeni olacağı düşünülmektedir.

Avrupa’da 2006 yılında 3.191.600 kanser vakası saptanmış, 1.703.000 kişi kanser nedeniyle ölmüştür. En sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu, kanser kaynaklı ölümlerde de akciğer kanserinin ilk sırada olduğu belirtilmiştir (Ferlay et al, 2007).

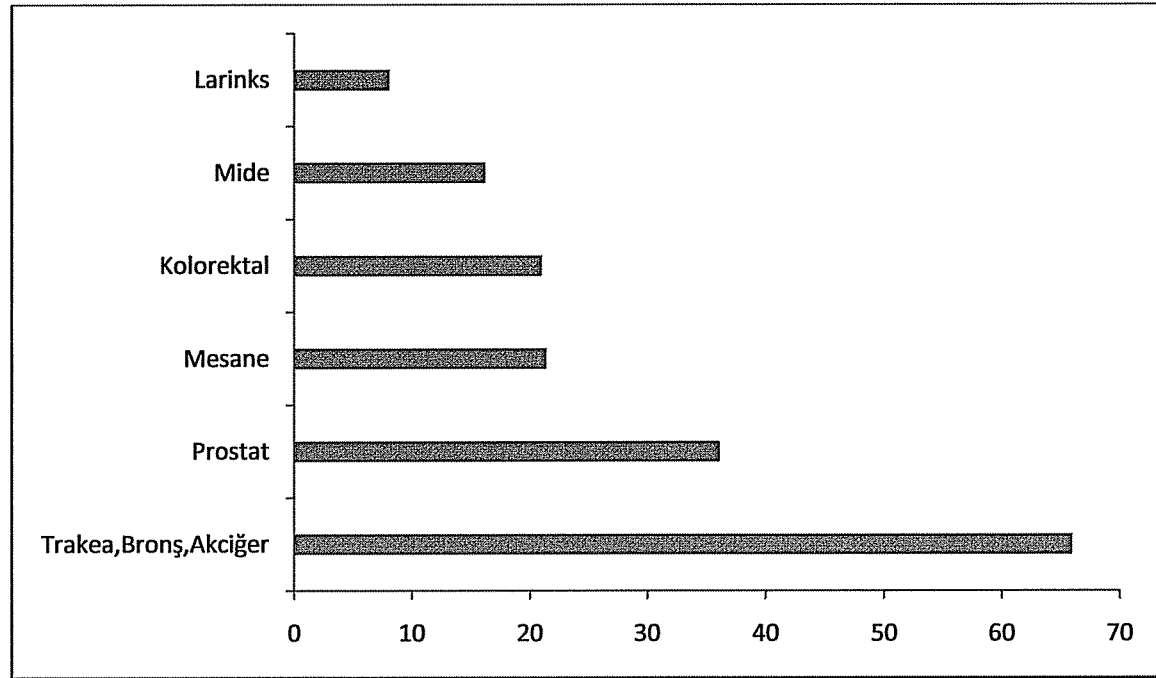
Genel istatistikler ışığında, 2030 yılına ilişkin tahminlerde, dünya nüfusunun 8,7 milyara yükseleceği, o yıl için 27 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, aynı yıl 17 milyon kişinin kanser nedeniyle öleceği öngörülmektedir. Yine 2030 yılı için, son beş yıl içinde kanser tanısı almış birey sayısının 75 milyona yükseleceği tahmini yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

2009 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır.(Sağlık Bakanlığı, 2010).Türkiye kanser insidansı dünyadaki diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizin halen kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki örüntü ile benzerlikler gösterdiği görülmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (66,0/100000 kişide YSH), kadınlarda ise meme kanseri (40,6/100000 Kişide YSH) en sık görülen kanser türleridir. Çocukluk çağı kanserlerinde ise çocukluk çağı lösemileri en sık görülen kanser türüdür. Çocukluk çağında her iki cinsiyette de lenfomalar, merkezi sinir sistemi tümörleri ve nöroblastomalar lösemileri takip etmektedir.

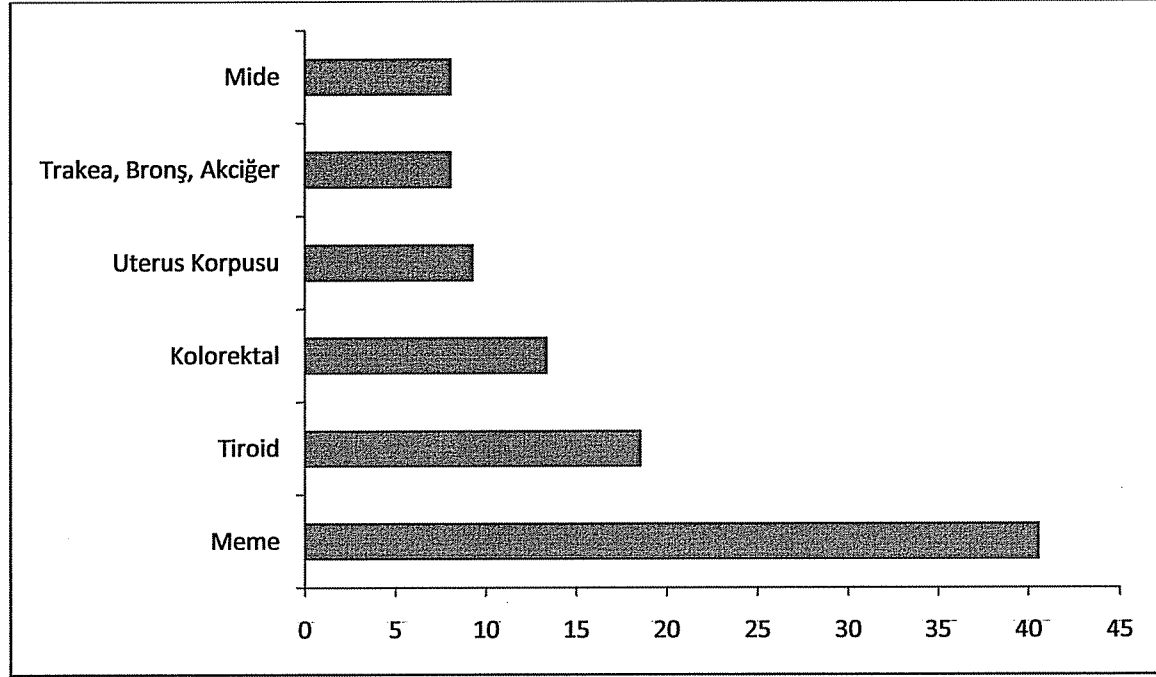
(http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf)

Gençlerde ise (15-24 yaş grubu) erkeklerde testis kanseri ve kemik kanserlerinin, kadınlarda ise tiroid ve Hodgkin Hastalığının ön planda olduğu görülmektedir. Kanser genellikle ileri yaş hastalığı olmasından dolayı, yaş ilerledikçe ilk sıralarda görülmekte olan kanserlere ilişkin örüntü genel Türkiye örüntüsüne yaklaşmaktadır.

(http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf)



Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen İlk 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen İlk 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)

2.1.4. Tedavi Prosedürleri

Kanserde erken teşhis çok önemlidir. Kanser türlerinin çok çeşitli olması yüzünden kanser belirtileri de çok fazla ve çeşitlidir. Bu nedenle kanserin türünün teşhis ve ayrımında kullanılan yöntemler vardır. En önemli yöntem patolojik tetkiklerdir (biyopsi v.b.). Buna ek olarak radyolojik tanı yöntemleri kullanılır (radyografi, mamografi, endoskopi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, MR v.b.). Ayrıca biyokimyasal incelemelerde teşhis için kullanılır.

Hasta için uygun tedavi belirlenirken, hastaya en çok yarar sağlayacak tedaviyi seçmek ana amaçtır. Kanser hastalarına uygulanan tedavi biçimleri; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve biyolojik tedavi (immünoterapi ve gen tedavisi) olmak üzere dört gruptur (Üstüner ve Taş, 2011).

Radyoterapi ve cerrahinin uygulanamadığı, lösemi ve lenfoma gibi tanıları olan hastalarda veya yaygın metastazı olan hastalarda daha çok kemoterapi

kullanılmaktadır. Kemoterapi, hastaların etkin profilaktik ve sistemik tedaviden yarar görebilmeleri için sıklıkla kullanılan bir tedavi biçimidir (İçli, 1997).

Kanserde kemoterapinin amacı sağlıklı hücrelere zarar vermeden maling hücrenin büyüme ve çoğalmasını durdurmak ve onları yok etmektir (İçli, 1997). Ancak antineoplastik ilaçların kanser hücresine olan seçicilikleri azdır. Bunun nedeni maling hücrenin normal hücre ile nitelik olarak benzer özellikler göstermesidir. Kemoterapi ilaçları maling hücrelere zarar vermek için hızla bölünen hücreleri hedef alırken, vücutta hızla çoğalan (kemik iliği hücreleri, bağırsak ve ağız mukozası hücreleri, saç folikülleri, testis epitelyumu, fetüs ve embriyo hücreleri gibi) normal hücrelere de zarar verip, bu normal hücrelerin de çoğalmalarını engellemektedir (Erkurt ve ark, 2009).

Kemoterapinin; yorgunluk, bulantı-kusma, mukozit, ağrı, nöropati, dispne, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, nötropeni, saç dökülmesi, tırnak yapısında değişiklik, anksiyete, cinsel yaşamda değişiklik gibi yan etkileri vardır (Yazgan, 2014).

2.2. Yas

2.2.1. Yas Kavramı

Literatürde yas kavramı ölüm ya da sevilen birinin kaybıyla ilişkilendirilmiştir. Kanser ölümü çağrıştırmaları nedeniyle, ölüm gerçekleşmeden yasin yaşanmasına sebep olan bir hastalıktır.

Literatüre bakıldığında kayıp sonrası yaşanan süreci anlatmak için yas, matem, keder gibi terimlerin kullanıldığı görülmektedir. Bu kavramların çeşitli dillerdeki karşılıklarına bakıldığında bazı farklılıklara rastlanmaktadır. Örneğin İngilizce’de Grief terimi, sevilen kişinin, nesnenin ya da düşüncenin kaybına verilen normal tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Türkçe sözlüklerdeki karşılığı ise keder olarak geçmektedir. Bereavement terimi, kedere ve üzüntüye yol açan her türden kayıp olarak tanımlanırken; Mourning, akrabalarını kaybeden insanların kaybın ardından yaşadıkları ve toplumsal ritüelleri olan matem ve

taziye olarak tanımlanmıştır (Goldman, 1946; Göka, 2010). Türkçede, bu terimler sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

Yas, kayıp yaşayan bireyin yaşamının her alanını ilgilendiren çok boyutlu zor bir süreçtir. Ancak, bir hastalık değildir. Kayba karşı gelişen doğal bir tepkidir. Dolayısıyla her insan yaşamı boyunca kayıplarla ve doğal olarak yas ile karşı karşıya kalmaktadır. Bireyin yas tepkileri bir uzlaşmadan, ciddi kriz tepkisine kadar değişir. Yaşam döngüsünde her birey için yas farklı bir deneyimdir. Bu nedenle her birey farklı yas tepkileri verilebilir (Malkinson, 2009). Bu genel tanıma ek olarak, literatürde birçok araştırmacı tarafından bu süreç tanımlanmaya, kavramsallaştırılmaya ve diğer süreçlerden/durumlardan ayrıştırılmaya çalışılmıştır.

Freud (1917)'a göre yas, sevilen bir yakının veya ülke, özgürlük, bir ideal gibi düşünsel-soyut bazı değerlerin kaybına karşı gelişen bir tepkidir (Akt. Karpat, 2011).

Bowbly (1980) yası "çevredeki ani bir değişikliğin neden olduğu biyolojik dengesizlik durumu" olarak açıklamıştır (Akt. Yıldırım, Fıfıloğlu, 2005).

Lindermann (1944)'a göre ise, yas kayıpla başlayan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen, dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken karmaşık bir süreç, bir yaşantıdır (Akt. Şenelmiş, 2006).

Volkan (2010) yas tutmayı; "herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalar" olarak tanımlamıştır.

Kavramsal olarak yas, bir kayıp sonrası ortaya çıkan şiddetli ve uzun süreli acı olarak tanımlanmaktadır (Weiss, 2001). Farklı tanımlarla ifade edilen yas kavramı farklı çeşitlere de ayrılmaktadır.

2.2.2. Yas Çeşitleri

Yas tepkilerinde görülen kişiler arası farklılıklar ve yas sürecine etki eden faktörlerin çeşitliliği nedeniyle yas, kavramsal olarak normal yas, karmaşık yas ve travmatik yas olarak üç farklı şekilde tanımlanmaktadır.

2.2.3. Normal Yas

Yas kavramını ilk kez Freud, Mourningand Melancholia adlı makalesinde tanımlamıştır (Freud, 1997). Birçok yazara göre bireyin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken belli evreleri olan bir süreçtir (Lindemann, 1994; Bowlby, 1973). Literatürde ilk başlarda, normal yas sürecinin evreler ile doğrusal biçimde ilerlediği kabul edilirdi. Günümüzde ise yasin kaotik ve dairesel bir süreç olduğu görüşü hakimdir (White, 2009).

2.2.4. Patolojik Yas

Kaybın ardından en az altı ay geçmesine rağmen bireyin sosyal ve mesleki yaşam alanlarındaki işlevselliğin giderek bozulması olarak tanımlanmıştır (Zhang, 2006). Bireyin normal yas evrelerinin birinde takılıp kalması sonucunda yas sürecini tamamlayamaması ile gelişen patolojik tepkilerdir. Klinik pratikte farklı bulgu ve biçimlerde görülmesi nedeniyle anormal yas, komplike yas, çözülmemiş yas, maskelenmiş yas, kronik yas, gecikmiş yas gibi değişik şekillerde adlandırılır. Yas tutmanın artık ilerlemeden bir noktada kalıp sürekli yas tutma halini almasıdır. Uyuma yönelik ilerlemelerin yerine, stereotipik tekrarlamalar ve iyileşmenin duraklaması görülür. Kayıp sonrası oluşan acı derinleşerek yoğunlaşır (Bonanno ve ark, 2001; Çevik ve ark, 1995; Horowitz ve ark, 1980).

2.2.5. Travmatik Yas

Travmatik yas, zamansız ve beklenmedik bir anda ve özellikle şiddet ya da korkunç bir olay sonucu meydana gelen ölümlerin ardından bireyde oluşan tepkiler (Parkes, 2001) ve bu tepkilere bağlı olarak bireyin yaşam alanlarındaki

işlevselliğin önemli derecede olumsuz etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Travma ve kaybın birey üzerinde yarattığı ikili etki, birey için temel bir psikolojik yük olmakta ve bireyin değerlerini, beklentilerini, dünyayı algılama biçimini ve baş etme mekanizmalarını ciddi oranda örseleyerek yas tepkilerinin çözümleme sürecini uzatmaktadır. Ayrıca, travmatik yas yaşayan bireylerde, yaşadıkları travmaya bağlı olarak travma sonrası stres bozukluğu gelişebilmektedir.

2.2.6. Farklı Kuramsal Bakış Açılarına Göre Yas

a) Analitik Kurama Göre Yas

Freud (1917) yası sevilen bir yakının kaybına yönelik tepki olarak tanımlar. “Yas ve Melankoli” adlı makalesinde Freud, nesne kaybının olası iki sonucu olan yas ve melankoliyi birbirinden ayırır; fakat yası patolojik bir durum olarak tarif etmez. Freud, öfkenin melankoli ve yas tutmada bilinç dışı merkezi duygu olduğunu söyler. Ancak melankolide öfkenin kendine yönelik; yas tutmada ise dışarıya yönelik olduğundan bahseder. Melankoliyi yasin normal gidişatından bir sapma olarak değerlendirir. Kişinin benlik değeri düşer, egoda büyük ölçüde bir zayıflama olur ve özgüveni azalır; fakat yasta olan kişide kendine olan saygıda bir bozulma ve suçluluk duygusu yoktur (Freud, 1917).

Psikodinamik yaklaşım yas sürecini intrapsişik süreçlerin yönettiğini, ölüm ve kaybın içselleştirilmesinin yas sürecinin önemli bir parçası olduğunu, kişinin yas sürecini çözümleyebilmek için analitik yas çalışması yapılmasının gerektiğini vurgulamaktadır (Freud, 1917; akt., Aranda ve Milne, 2000; Kaunonen, 2000).

Analitik yaklaşımın önemli isimlerinden biri olan Klein ise yas süreçlerinin prototipinin bebeğin memeden kesilmesinde yattığını öne sürer (Akt. Habib, 2009). Bebeğin süttten kesildiği dönemde bebek, anne memesini “kötü nesne” olarak değerlendirir (Klein, 1940). Memenin kaybedilmesi, bebek için bir keder, yas sürecine dönüşür. Klein bu dönemi depresif pozisyon olarak adlandırır ve bu dönemdeki yas çalışmasının ilkel benliği zenginleştirdiğini savunur (Akt. Habib, 2009). Buradan kuramsal olarak insanoğlunun var olduğu andan itibaren nesnelerin kaybına tahammülünün az olduğu ve bu durumun oldukça acı verici olduğu anlaşılmaktadır.

b. Bilişsel Kurama Göre Yas

Yaşamın ilk yıllarında şekillenen ve kişilerin dünya ve kendilikleri ile ilgili incinmezlik duygularını etkileyen temel varsayımlar vardır. Bunlar yaşamı rahat, güvenli ve kestirilebilir hale getirirler (Janoff-Bulman ve Berg, 1998; Bowlby, 1969).

İnsan bilişsel düzeyde, sevdiklerinin ve kendinin bir gün öleceğini bilir. Ancak kazaları, felaketleri ya da ani bir şekilde ölmeyi kendisine ve sevdiklerine uzak görür; bu tür bir olayın kendi başına geleceğine inanamaz (Janoff-Bulman, 1989). Dolayısıyla ölüm kişilerin dünyaya ve kendilerine olan varsayımlarının yıkılmasına ya da değişmesine yol açabilir. Özellikle ani ve şiddet içeren bir kayıp ile karşı karşıya kalan kişinin o ana kadar olan dünya algıları derinden sarsılabilir (Schwartzberg ve Janoff-Bulman, 1991; Fleming ve Robinson, 2001). Bu kontrol edilemez yaşantı, kişinin dünya ve kendisiyle ilgili olumlu inançlarını sorgulamasına ve kendi incinebilirliğini fark etmesine neden olur (Janoff-Bulman ve Berg, 1998).

Yaşam ve kişiler hakkında var olan inanç ve varsayımları yıkılan kişiler için bunların yeniden yapılandırılması sancılı bir süreçtir. Yaşanan kayıp ne kadar travmatik ise, kişinin inanç ve düşünce sistemi üzerindeki etkileri o kadar büyük olur (Akt. Malkinson, 2009).

c) Bağlanma Kuramına Göre Yas

Bowlby'nin (1980, akt., Kaunonen, 2000) bağlanma kuramına göre yas, bağlanılan figürün istemsiz kaybı sonucu yaşanan ayrılma kaygısıdır. Bowlby'e göre bağlanma figürü gözden kaybolduğunda ya da varlığı tehdide uğradığında yanıt, yoğun bir bunaltı ve güçlü bir duygusal protestodur. Potansiyel kaybın büyüklüğü verilen tepkinin yoğunluğunu ve çeşidini belirler. Yas sürecinde davranışsal tepkiler kaybedilen ile yeniden bağ oluşturmaya yöneliktir" (Bowlby 1977; akt. Worden, 1991). Yas süreci karşı çıkma, arama, umutsuzluk ve depresyondan oluşmaktadır.

d) Varoluşsal Kurama Göre Yas

Hogan ve arkadaşlarının (1996, akt., Herkert, 2000) varoluşsal yas kuramında; ölüm nedeni, aradan geçen süre, ölen kişi ile aradaki ilişki ne olursa olsun yasin bütünüyle tutarlı bir süreç olarak yaşandığı; bu sürecin umutsuzluk, panik davranışı, suçlama ve kızgınlık, kopma, dağınıklık ve kişisel gelişim olmak üzere 6 boyut barındırdığı belirtilmiştir. Yas sürecini oluşturan bu boyutlar iç içe yaşanabildiği gibi belli bir sırayla da yaşanabilmektedir.

2.2.7. Yas Modelleri

2.2.7.1. Kübler-Ross'un Aşama Modeli

Kübler-Ross (1969) ölmekte olan farklı yaşlardaki 200'den fazla insanla yaptığı gözlemler sonucu, kişilerin beklenen ölümlerine yaklaşırken 5 dönemden geçtikleri sonucuna varmıştır. Bu evreler şunlardır:

1. *İnkar ve izolasyon*: Hasta ölümün yaklaştığına inanmaz ve bir yanlışlık olduğunu ümit eder. Bu süreçte hâkim olan tepkiler inkar ve şoktur.
2. *Öfke*: Hasta durumun gerçekliğini kabul eder fakat planlarını gerçekleştirecek yaşam süresine sahip olanlara karşı kıskançlık ve öfke duyar. "Neden ben?" sorusunu sorar ve öfkesini, sağlıklı olan herhangi bir kişiye yöneltebilir.
3. *Pazarlık*: Ölümün gerçekliği ile baş etmek için sağlıklı bir girişim olarak doktorlarla, aile üyeleriyle, din adamlarıyla ve Tanrı ile anlaşarak umutsuzca zaman kazanmaya çalışır.
4. *Depresyon*: Pazarlık işe yaramayınca ve zaman akıp geçtikçe birey artık düzeltilmesi mümkün olmayan hatalar ve başarısızlıklar için ağlayarak yas tutarak depresyona yenilir. Bu aşamada hastalar kendi ölümlerinin yasını tutarlar.
5. *Kabullenme*: Durumunu kabullenen hasta, daha gerçekçi davranmaya, yarım kalan işlerini düzene sokmaya başlar. Bu aşamadaki hasta artık "ölmek" kavramına da alışmıştır. Yorgun ve zayıf düşmüş birey kadere boyun eğerek "sessiz bekleyiş" dönemine girer.

2.2.7.2. Rando'nun Süreç Yaklaşımı Modeli

Rando (1993, akt; Oates, 2003) ise yas sürecini kaçınma (kaybı farketme), yüzleşme (kayba tepki verme, ölen kişi ile ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, ölen kişiye yönelik bağlanmadan feragat etme) ve uyum(ölen kişiyi unutmadan yeni ortama alışma, duygusal enerjinin yeniden kazanılması) olarak üç temel boyutta ve altı aşamada değerlendirmiştir. Süreç yaklaşımı da tıpkı görev yaklaşımı gibi belli bir sıra izlemez ve bireyler dalgalı bir seyir izleyip süreçler arasında ileri geri hareket edebilirler.

2.2.7.3. Worden'ın Yas Görevleri Modeli

Worden (2001), yas sürecini belirli 'aşamalar'dan [phases/stages] oluşan bir süreç olarak kavramlaştırmak yerine, bireyin yas sürecine uyum gösterebilmesi için yerine getirmesi gereken temel 'görevler' [tasks] olarak tanımlamaktadır. Bu görevler, kaybın gerçekliğini kabul etme, acının ve yasın üstesinden gelme, ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyum sağlama, duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenleme ve yaşama devam etmeden oluşmaktadır. Bu görevlerin her birinin tamamlanma gerekliliği yoktur ancak kişinin bir diğer göreve geçmesi için bir önceki görevin üstesinden gelmiş olması önemlidir. Worden'a göre (2001) bu görevler ile amaçlanan, kişinin ölen kişi ile olan bağlarını sürdürerek yaşamına uyum sağlamasıdır.

2.2.7.4. Kayıp Yaşamının İkili Süreç Modeli

Bir diğer model ise Stroebe ve Schut'a (2001) ait olan "Kayıp Yaşamının İkili Süreç Modeli"dir (The Dual Process Model of Coping With Bereavement). Buna göre kayıp yaşama süreci kayıp ve onarım adı verilen iki yönelimin birleşiminden oluşur. Kayıp yönelimi kişinin kayıp deneyimine odaklandığı, kaybı hakkında değerlendirmeler yaptığı yoğun ve acılı bir deneyimken; onarım yönelimi kişinin değişikliklerle yüz yüze geldiği, hayatında yeni düzenlemeler yaptığı bir süreç olarak tanımlanır. Buna göre yas süreci her iki yönelim arasında dinamik bir gidip gelme sonucu tamamlanır. Yas sürecindeki kişinin hangi sürece yöneleceği kültürel beklentiler ve kişisel farklılıklar gibi birçok etkenden

etkilenebilir. Kişi kayıp yaşantısının zorlukları ile zaman zaman yüzleşerek zaman zaman da bunlardan kaçınarak bu iki yönelim arasında dalgalanır.

2.2.7.5. İki Eksenli Kayıp Yaşama Modeli

İki eksenli model, kaynağını birçok yaklaşımdan, klinik gözlemden ve araştırmalardan (Rubin, 1981, 1984 ve 1986) almıştır. İlk yaklaşım psikodinamik ve ilişkisel bakış açılarının kayba getirdiği açıklamalardır. Bu da ölen kişi ile olan ilişkiye dayanır.

Kişinin, ölen kişiye olan psikolojik bağlılığını değiştirmesi ve yeniden düzenlenmesi bu bakışın esas noktasıdır (Rubin, 1999). Freud'a göre sevilen bir kişi kaybedildiğinde, hayatta kalanın libidinal enerjisi ölen kişi ile olan anılara ve düşüncelere bağlanmaya devam eder. Ancak kişinin sınırlı bir enerjisi vardır; dolayısıyla libidinal yatırımın ölen kişiden çekilmesi ve yeni bağlanmalar için kullanılması gerekir (Freud, 1917).

Bir diğer yaklaşım ise travma ve strese karşı verilen tepkiler literatürüne dayanır. Bu da kayba verilen tepkilerin, biyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal olarak strese veya bir krize verilen tepkiler ile benzer olduğuna ilişkindir (Rubin, 1999).

Rubin (1999) bu iki yaklaşımın birleştirilmesi gerekliliğini savunmuştur. Yani yas süreci hem yaşlı olan kişinin işlevselliği ile hem de ölen kişi ile devam eden bağlanmanın doğası ile ilgilidir.

2.2.8. Yas Tepkileri

Yas süreci bireysel ve kendine özgü bir süreçtir. Bu nedenle her birey için farklı bir deneyimdir ve gösterilen tepkiler bireyseldir. Bireyin tepkileri, sakin bir kabulden, ciddi kriz tepkisine kadar değişebilir. Bazıları, tepkilerini açık bir şekilde ortaya koyarken, bazıları ise rahatsızlıklarını saklarlar. Sevilen birinin kaybı sonrasında gelişen yas tepkileri her bireyde farklı olmakla beraber, bir dizi ortak bedensel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler görülür (Malkinson, 2009; Benkel, 2009; Worden, 2001). Bu ortak belirtiler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Ortak Yas Tepkileri

Fiziksel Tepkiler	Bilişsel Tepkiler	Duygusal Tepkiler	Davranışsal Tepkiler
Midede boşluk hissi	İnanmama	Şaşkınlık ve şok	Uyku düzensizliği
Nefes alamama	Konfüzyon	Üzüntü	İştah düzensizliği
Boğulacakmış gibi olma	Konsantrasyon bozukluğu	Kızgınlık ve öfke	Ağlama
Ağız kuruluğu	Karar verme güçlükleri	Suçluluk	Sosyal içe çekilme
Güç kaybı	Kayba yönelik aşırı zihinsel meşguliyet	Kaygı	Tekrarlayan rüyalar
Çabuk yorulma		Çaresizlik	Kaçınma
Seslere aşırı duyarlılık	Kaybın varolduğuna yönelik inanç	Bitkinlik	İç çekme
Gerçek dışılık		Uyuşukluk	Aşırı hareketlilik
Göğüs ve boğazda gerginlik	Sanrılar	Yalnızlık	Anlamsız etkinlikler sürdürme
Tükenme		Özlem	Organize bir etkinliği sürdüremem

Rahatlama

Sürekli ölen kişiyi
hatırlatıcı yerlere
gitmek ya da ona
ait eşyaları taşımak

2.2.8.1. Yas Süreci ve Yas Süreci Aşamaları

Yas süreci ilk kez Freud (1917; akt. Stroebe, Hansson, Stroebe ve Schut, 2001) tarafından tanımlanmış ve normal yas sürecinin aşamalarından da ilk kez Lindemann (1944) söz etmiştir. Bu çalışmada, Bostonlu birçok ailenin “Coconut Grove” gece kulübü yangınında yakınlarını kaybettikten sonra yaşadıkları akut yas tepkileri üzerinde çalışılmıştır. Bu klasik çalışmada, akut yası sevilen bir yakının ölümü karşısında verilen normal tepki olarak tanımlar ve normal yas tepkilerinin belirtilerini şu şekilde sıralar: (1) bedensel sıkıntılar, (2) ölenin hayali ile uğraşma, (3) suçluluk, (4) düşmanlık tepkileri, (5) alışla gelmiş davranım örüntülerinin yitirilmesi. Bazen bu tabloya (6) ölenin bazı özelliklerinin veya ölüme neden olan olay sırasındaki davranışlarının yastaki kişide görülmesi de eklenebilir.

Lindemann’da yas çalışmasından bahseder. Bu çalışmayı, kişinin “ölmüş kişi ile olan bağlarının azat olmasını”, çevreye yeniden uyum sağlamasını ve yeni kişilerarası ilişkiler kurmasını amaçlayan bir süreç olarak değerlendirmiştir. Lindemann bu süreçte sorun yaşayan kişileri de gözlemlemiş ve bu duruma “çarpık yas tepkileri” (morbid grief reactions) adını vermiştir (Lindemann, 1979).

Ardından, birçok önemli araştırmacıyas sürecinin belirli aşamalardan oluştuğunu belirterek bu aşamaları betimlemeye çalışmışlardır:

Bowlby (1973) yas sürecini dört döneme ayırmıştır. Bu dönemler (a) uyuşukluk, (b) kaybedilen kişiyi arama, (c) umutsuzluk ve (d) yeniden organize olma olarak nitelendirilmiştir.

Kübler-Ross (1969, akt. Servaty-Seib, 2004) ise yas sürecini (a) inkar, (b) öfke, (c) pazarlık etme, (d) çökkünlük ve (e) kabul etme olarak beş aşamada değerlendirmiştir.

Rando (1993, akt; Oates, 2003) ise yas sürecini kaçınma(kayı farketme), yüzleşme(kayba tepki verme, ölen kişi ile ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, ölen kişiye yönelik bağlanmadan feragat etme) ve uyum(ölen kişiyi unutmadan yeni ortama alışma, duygusal enerjinin yeniden kazanılması) olarak üç temel boyutta ve altı aşamada değerlendirmiştir.

Bir diğer öncü isimlerden olan Engel (1961) ise, "Is grief a disease?" adlı makalesinde yasin bazı durumlarda komplike olup olmadığını sorgulamıştır. Ona göre normal yas süreci 3 evreden oluşmaktadır. Bunlar: (1) Şok ve inkar (kayıbı inkar etme), (2) Farkındalık geliştirme (mutsuzluk, suçluluk, utanç, çaresizlik ve umutsuzluk, ağlamak, boşluk hissi, uyku bozuklukları, somatik belirtiler, günlük aktivitelere ilgi kaybı gibi), (3) Yeniden yapılanma ve iyileşme (kaybın ve yaşanan travmanın üstesinden gelme, iyilik halinin yeniden kurulması) olarak tanımlamıştır.

2.2.8.2. Kanser ve Yas

Kanser tanısı alan bireylerde ilk gözlenen tepki şoktur. Hasta bedenine yabancılaşır ve hastalığı inkar eder. Böylece benlik bütünlüğünü korumaya çalışır. Bu durumun sonlanmasına kadar geçen süre bireysel farklılık gösterir.

Hastalığı kabul eden bireyin yaşadıklarına karşı temel tepkisi kaygıdır. Kaygı kaynakları yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri ve bedene yabancılaşma duygusudur.

Kansere uyum gösteren kişi enerjisini ve ruhsal gücünü yaşamına yöneltir; hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenir; tedavi programını kabul eder; yaşam tercihlerini sorgular, güven ve denge arayışına girer.

Onat (2002, akt; Süreyya, 2006) kanser tanısı konulan hastanın kansere uyum mekanizmasını gerçekleştirinceye kadar yaşadığı psikolojik sorunları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak 5 aşamada tanımlamıştır.

Greer ve arkadaşları, kansere uyum mekanizmasını 5 aşamada sıralamıştır (Kissane ve ark., 1994; akt. Anuk, 1997; Kongar, 1972; akt.,Anuk, 1997):

Savaşma Ruhu

Bu aşamada; kanser tanısı şok tepkisine neden olur. Kişi kendi bedenine yabancılaşır. Gelecekteki yatırımları tehdit altındadır. Yaşam krizi içindedir. En yaygın uyum stili inkârdır.

Çaresizlik ve Umutsuzluk

İkinci Aşamada; tepki fazladır. Kişi gerçeği kabule yönelmiş ve ona emosyonel tepki göstermektedir. Temel tepki biçimi kaygıdır.

Bunaltılı Aşırı Uğraş

Üçüncü Aşama; hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemidir.

Kaderci Kabulleniş

Hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, var oluşunu yeniden yorumlamaya başlar. Kimliğini, yaşamın amacını, kendi narsistik amaçlarını, yaşam tercihlerini sorgular. Güven ve denge arayışı içindedir.

Kaçınma ve İnkâr

Tanıyla takiben şok hali, inanamama, inkâr, kızgınlık, depresyon günlük faaliyetlerde bozulma gelişir. Hastalığı tümünden inkâr edip tedaviyi reddedebilir. Tedavinin reddi, ölümün kaçınılmaz olduğu hissinden de kaynaklanabilir.

Kübler-Ross da kanser hastalığıyla baş etmede 5 evreden bahseder (akt; Anuk, 1997). Bu evreler; (1) Yadsıma ve yalıtım, (2) Öfke, (3) Pazarlık, (4) Depresyon ve (5) Kabullenmedir.

1. Yadsıma ve yalıtım: İlk olarak şoka giren hasta zamanla kendisini toparlar. Toparlama sürecinde yaşadığı gerçeğe inanmak istemez, inkar eder. İnkâr etmenin yanı sıra bazı savunma mekanizmaları kullanabilir.

2. Öfke: İnkâr süreci kısa sürdüğünde, yerini öfke, hiddet, kıskançlık ve gücenme duygularına bırakır. Bu dönemde kişinin yaşadığı öfke çevre tarafından kişisel olarak alınırsa büyük sorunlar yaratır. Hasta kendisine saygı gösterildiğini ve anlaşıldığını hissederse öfkesi azalır ve kendisinin değerli olduğuna inanır.

3. Pazarlık: Hasta öleceğini bilir ve daha fazla yaşayabilmek için pazarlık eder. Çoğunlukla tanrıyla pazarlık eder.

4. Depresyon: Kişinin hastalığı ilerledikçe öfke duygusu yerini büyük bir kayıp duygusuna bırakır (akt; Anuk, 1997). Bireyin yaşadığı en büyük kayıp olgusu ölümdür. Kayıp sözcüğüyle anlatılmak istenen bireyin yaşamdaki değer verdiği her şeyin –kişiler, organlar, işlevler, hayvanlar, yaşamının sonlanması, işi, parası vb.- yitimidir. Kayıp karşısında yas duygusu ortaya çıkar (Okyayuz, 1993 akt; Avuçsn ve ark, 2006).

Ekonomik, sosyal sorunlardan kaynaklanan depresyona ise tepkisel depresyon denir. Hastalığın ileriki aşamalarında görülen ve hastanın bu dünyadan ayrılmaya yönelik kayıp düşüncelerinden kaynaklanan depresyona hazırlık depresyonu denir.

5. Kabullenme: bu dönemde ölmekte olan hasta olumsuz duygulardan kurtulur ve huzur ve kabullenme duygusu yaşar. Çevreye olan ilgisi gittikçe azalır. Diğer insanlardan, uzaklaşır. Bu dönemde hasta, iletişimi sözel yollardan değil de sözel olmayan yollardan sağlar (Özkan, 1992; akt. Anuk, 1997).

Kanserli hastalarla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında eş uyumu (Kinsinger SW ve ark, 2011; InoueS, ve ark, 2003; Fobair P ve ark, 2006; Ostroff J ve ark, 1996), sosyal destek (Nour ve ark, 1996; Ferrell 1998) , eş desteği (Kraemer LM ve ark, 2001; Drageset S ve ark, 2010), umut (Chen 2003) gibi değişkenlerin hastalık sürecine olumlu etkide bulunduğu görülmüştür. Bu

çalışmada kanserli hastaya olumlu etkisi olduğu düşünülen evlilik uyumu ele alınmıştır.

2.3. Evlilik Uyumu

2.3.1. Evlilik Uyumu

Evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları, evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır. Evlilik kalitesi, evli çiftlerin ilişkilerinin öznel değerlendirilmesi olarak tanımlanır (Spanier, 1979). Tanımlanması ve kapsamıyla ilgili tartışmaların sürmesine rağmen birbiri ile iletişim halinde olan, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen, sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği, uyumlu bir evlilik olarak tanımlanabilir (Açık, 2008).

Yakın ilişkiler psikolojik iyilik hali için en önemli unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir (Tutarel-Kışlak, 2002). Evlilik ilişkisi, birçok açıdan kültürler arasında farklılıklar göstermekle birlikte, kişilerarası ilişkiler içinde çok önemli bir yere sahip olmasından dolayı uzun zamandır birçok farklı disiplinden araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Evlilik; cinsel birlikteliği yasal kılmak, çiftler ve doğacak çocuklar arasındaki sorumlulukları ve hakları ortaya koyan yazısız evlilik sözleşmesini kabul etmektir (aktaran Hashmi, Khurshid& Hassan, 2007).

Evlilik uyumu ile evlilik doyumu kavramları aralarında yüksek korelasyon olmasından dolayı birbirlerinin yerine kullanıldığı gözlenmektedir. Bu durum, doyumlu çiftlerin aynı zamanda uyumlu oldukları ifade edilerek açıklanabilmekte ve bu iki kavramın farklı kavramlar olmadığı ileri sürülmektedir. (Yılmaz, 2001). Aile ve evlilik ile ilgili yapılan ilk çalışmalar, evlilikteki mutluluk, tatmin – doyum, evlilik başarısı gibi kavramları, evlilikte uyum kavramı ile birlikte kullanılmışlardır; ancak daha sonra aralarındaki farklar netleştirilmiş ve ayrı değişkenler olarak ele alınmaya başlanmıştır (Kastro,1998). Ancak bazı araştırmacılar doyumun ve uyumun iki farklı kavram olduğunu belirtmişlerdir (Yılmaz, 2001).

Evlilik doyumu; bireylerin, evlilik olgusu içindeki ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı konusundaki algıları şeklinde tanımlanabilmektedir (Tezer, 1996). Bunun yanı sıra evlilik doyumu, ilişkilerdeki tüm yönlerin incelenmesi sonucu bireylerin hissettikleri mutluluk ve hoşnutluk durumu olarak da kabul edilebilmektedir. (Akt. Ersanlı& Kalkan, 2008).

Evlilik uyumu karmaşık bir kavramdır. Bununla birlikte, tanımlanması ve kapsamıyla ilgili tartışmaların sürmesine rağmen birbiri ile iletişim halinde olan, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanabilir.

Literatüre bakıldığında, genel olarak, birbirleriyle iletişim halinde olan, evlilik ve aileyle ilgili bir çok konuda anlaşılan ve sorunlarını yapıcı bir şekilde çözebilen çiftler evlilik uyumuna sahip çiftler olarak tanımlanmaktadır (Erbek ve ark., 2005). Evlilik uyumu, aynı zamanda kişinin ilişkiden aldığı tatmin ve mutluluğuyla da ilişkilendirilmiştir (Roach ve ark, 1981).

Locke (1968), evlilik uyumunu; çiftlerin birbirlerine ve evliliğin bütünlüğüne uyum sağlayacak şekilde var olan değişiklikleri özümledikleri; birbirleri ile sağlıklı iletişim kurabildikleri; anlaşmazlıklardan uzak durdukları ve var olan anlaşmazlıkları her ikisini de memnun edecek şekilde çözümledikleri, birbirlerinden ve evlilikten bu şekilde mutluluk duydukları adaptasyon olarak tanımlamaktadır.

Johnson ve arkadaşlarına (1986) göre, evlilik uyumu beş ayrı bölümden oluşmaktadır. Bunlar, eşler arasındaki mutluluk, etkileşim, anlaşmazlıklar, problemler ve boşanma eğilimidir. Bunlar içinde mutluluk ve etkileşim birinci boyut, anlaşmazlıklar, problemler ve boşanma eğilimi de ikinci boyut olarak adlandırılır. Söz konusu araştırmacılara göre, mutluluk, ilişkinin hem genel hem de özel alanlarındaki kişisel doyum anlamına gelmektedir. Etkileşim ise birlikte yapılan aktiviteler ve geçirilen vakit olarak tanımlanabilir. Diğer boyutta yer alan anlaşmazlık ise ilişkideki sözel ve fiziksel çatışma yoğunluğunu açıklamak için kullanılan bir terimdir. Problemler, kişilerin strese tepki verme özellikleri ya da problem davranışlarının (alkol alma, küsme, kolay incinme vb.) ilişkide problem

yaratma oranıyla ilgilidir. Son boyut olan boşanma eğilimi, problemli durumlarda boşanma olasılığını düşünme gibi bilişsel ve yakınlarla veya eşle bu konuyu konuşma gibi davranışsal öğeler içerir. Ancak bu boyutlar evlilik süresi ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda evlilik uyumunun kişilik özellikleri kadar durağan olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte, yıllar içinde anlaşmazlık ve boşanma eğilimi değişmezken, mutluluk ve etkileşimin azaldığı görülmüştür (Johnson, ve ark., 1986).

Diğer bir taraftan; Spanier (1976) çiftler arasında problemlere sebep olan farklılıkların, bireyler arası gerginlik ve kişisel kaygının, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, ev işlerinin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleri, çiftler arası uyumun belirlenmesi sürecinde önemli olduğunu belirtmiştir. Evlilik uyumu ile ilgili araştırmalarda genellikle öne çıkan konular eşlerin düşünme biçimleri, cinsel doyumları, bireysel özellikleri, bağlanma çeşitleri vb.dir (Ulu, 2008).

Eşlerin uyumlu olabilmesi için; eşler arasındaki iletişimin kuvvetli olması, eşlerin ortak değer ve amaçları benimseyip aile içerisinde alınacak kararları birlikte verebilmeleri, ayrıca akrabalarıyla olan ilişkilerinde, boş zaman etkinliklerinde ve gelir idaresi konularında anlaşma sağlamaları gerekmektedir (Şener ve Terzioğlu, 2002).

Uyumlu bir evlilik ilişkisi eşlerin evlilikten sağladığı doyumu ve evlilik mutluluğunu etkilerken, diğer değişkenlerle birlikte gittikçe zorlaşan sosyo-ekonomik koşullar karşısında eşlerin psikolojik sağlığını da korumaktadır (Sardoğan ve Karahan, 2005).

Sosyal yaşamın parçalarından biri olan evlilik, bireylerin uyum sağlamasını gerektiren bir beraberliktir. Ruhsal, duygusal, sosyal ve cinsel ilişkileri kapsayan evlilikte, uyumun sağlanmış olması eşlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının temelini oluşturan önemli bir etmendir (Kalkan, 2002). Bu görüşü destekler nitelikte; kişilerin evlilik uyumlarının sosyal uyumları üzerinde etkili

olduğunu, evlilik uyumu ile sosyal uyum arasında olumlu yönde ilişki bulunduğunu gösteren araştırma sonuçları mevcuttur (Kitamura ve diğ., 1998).

Evlilik uyumu somut değil soyut bir kavramdır. Beşeri bilimlerde bir kavramın ne derecede varlık gösterdiğini belirlemek çok kolay değildir. Ölçülecek kavram içerisinde yer alan alt kavramların belirlenmesiyle bazı ölçütler oluşturulmakta ve buna bağlı olarak çeşitli ölçme araçları geliştirilmektedir. Ancak bu alanda yapılan tüm ölçümler fiziki, sosyal, duygusal ve kültürel farklılıklara göre değişkenlik gösterebilmektedir (Özaydınlık, 2014).

Yılmaz'a (2001) göre eşler arasındaki uyumu ölçme konusunda birbirinden ayrı görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar eşlerin evlilikleriyle ilgili ne hissettiklerine odaklanmışlar, bazı araştırmacılar da uyumu, eşlerin ayrı ayrı duyguları olarak değil de, eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak kabul etmişlerdir.

Örneğin; Locke ve Wallace (1959), çiftler arasındaki uyumun ölçülmesinde eşlerin ilişkileriyle ilgili bizzat ne hissettikleri ile ilgilenmiş ve evlilik uyumunun belirlenmesinde kişilerin evlilik doyumu ya da mutluluğuna dair verdikleri bilgileri kullanmışlardır. Diğer yandan, Spanier (1976) ise, eşler arasındaki uyumu eşlerin ayrı ayrı duyguları ve düşünceleri olarak değil, eşler arasındaki ilişkinin bir özelliği olarak değerlendirmişlerdir. Chung'a göre ise (1990), evlilik doyumu kavramı kişinin ilişkiye dair öznel izlemine ifade etmektedir ve bu yüzden doyuma dair analizin uygun birimi kişinin algısı olmalıdır. Ancak evlilik uyumu, uyumlu ve esaslı bir evlilik ilişkisi yaşayabilmek için gerekli olduğu öngörülen süreçlere işaret eder ve bu yüzden analiz birimi çift veya ilişki olmalıdır. Diğer yandan, Johnson, Amazola ve Booth (1992), evlilik uyumunun doğasını anlamak için yaptıkları boylamsal çalışma kapsamında, evli çiftlerle 8 yıl içerisinde 3 kez yaptıkları görüşmelerde, eşler arasındaki uyumun nasıl ölçülürse ölçülsün kişilik özellikleri kadar sabit olduğunu görmüşlerdir.

Evlilik uyumu çeşitli modeller açısından da ele alınmıştır. Psikodinamik modele göre insanlar bilinçli veya bilinçsizce kendi narsisistik ihtiyaçlarını doyuran eşler ararlar. Eşlerden biri baskın veya agresifken, diğer eş boyun eğici

veya mazoşistik düşüncelere sahip olabilir. Yani insanlar ego ideallerine en iyi hizmet edecek kişiyi eş olarak seçerler ve evlilik aracılığıyla bu ihtiyaçlarını gidermeye çalışırlar. Öte yandan ihtiyaçların benzerliği de eşleri bir araya getiren bir etmen olabilir. Yeni evli ve evlendikten dört yıl sonra boşanmış bireyler üzerinde ihtiyaç tamamlama ve benzerlik durumlarını ele alan bir araştırma yapılmıştır. Evliliği süren çiftlerde anlamlı bir ihtiyaç tamamlama davranışı görülmemiş, fakat anlamlı bir benzerlik düzeyi ortaya çıkmıştır. Boşanmış bireylerde ise ne ihtiyaç tamamlama ne de benzerlik bulunmuştur. Eşlerin benzerlik düzeyleri arttıkça evlilik uyumlarının da arttığı görülmektedir (O'leary ve Smith, 1991).

Psikodinamik modele göre, her eşin psikoseksüel gelişimi de evlilik uyumunda önemli rol oynamaktadır. Mutlu ve sağlıklı bir çocukluk yaşantısı geçirmiş, psikoseksüel çatışmaları sağlıklı bir şekilde çözümlenmiş bireylerin evlilik uyumları da yüksek olmaktadır. Çocukluk döneminde güvenli bir yakınlık sağlamış bireyler yetişkinlik dönemin romantik ilişkilerinde de olumlu özellikler gösterirler (Kalkan, 2002). Güvenli bireyler başkalarına yaklaşmaktan ve kendilerine yaklaşmasından rahatsız olmadıkları gibi, terk edilme korkusu da duymazlar. Kaçınan bireyler başkalarına fazla yakın olmaktan rahatsız olurlar. Başkalarına güvenmek ve yaklaşmaktan korkarlar. Kaygılı bireyler ise eşlerinin kendilerini yeterince sevmediklerini düşünürler; üzerlerine fazla düşerek onları kaçırlar (Hortaçsu, 1991). Sevilme veya terk edilme kaygısını denetleyerek eşine baskı yapmamak ya da kuşatılma kaygısını denetleyerek geri çekilmemek evlilik uyumunun artmasında geliştirici bir yaşantı olabilir.

Kişisel etmenlerde psikodinamik modele göre evlilik uyumunu etkilemektedir. Kişinin nörotiklik düzeyinin yüksek olması, düşük dürtü kontrolü, zayıf sosyal beceriler, alınganlık, içe dönüklük gibi özellikler evlilik uyumunun azalmasına neden olmaktadır (Kalkan, 2002).

2.3.2. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Kadın ve erkek arasında evlilikle kurulan ilişki biçimine karı koca birlikteliği denir. Bu birlikteliğin sağlıklı yürütülebilmesi, eşlerin karşılıklı

iletişim ve etkileşimde uyum göstermeleri ile sağlanabilir. Bu uyum için öncelikle eşlerin birbirini sevmesi anlaması, birbirine saygı göstermesi ve değer vermesi gerekmektedir (şendil ve Kızıldağ, 2005). Evlilik uyumu çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatlarında yaşadıkları memnuniyet ve mutluluk anlamına gelmektedir. Bu açıdan bakılırsa, çiftlerden her ikisinin de ilişki sürdürebilme kapasiteleri evlilik uyumunu sağlamak için önemli hale gelmektedir (Akar, 2005).

Evlilik uyumuyla ilgili  alışmalar Hamilton'un (1929) klasik çalışmasına kadar uzanmakla birlikte (Spanier, 1976), günümüze kadar yapılan araştırmalar evlilik uyumunu etkileyen birçok faktörü de ortaya koymuştur. Sporakowski ve Hughston (1978), evliliklerinde 50 yılı aşmış çiftlerle yaptıkları çalışmada, evlilik uyumunu en çok etkileyen faktörün, eşlerin birbirleriyle benzer olduklarına dair algıları olduğunu bulgulamıştır. Burgess (1939) de, çok sayıda evli çiftle yürüttüğü araştırmada, yüksek evlilik uyumunu belirleyen şu faktörleri sıralamıştır; a) eşlerin mutlu bir şekilde evlenmiş olması, b)  ocuk isteme konusunda eşlerin anlaşmış olması, c) eşlerin birbirlerinin aileleriyle yakın bir ilişkide olması, d) eşlerinin ailelerinin ve kendilerinin, milliyet, dinsel, dini aktiviteler, eğitimsel, sosyal ve kültürel durumun da içinde bulunduğu kültürel arka plan açısından birbirleriyle benzer olması. Bu benzerliklerin yanında, kadın ve erkek arasındaki yaş benzerliğinin de evlilik uyumuna olumlu katkı sağladığı görülmüştür (Kirkpatrick, 1937).

Terman'a (1938) göre, evlilik uyumunu etkileyen faktörler şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Eşler arasında fikir birliği,
2. Fikir ayrılığını düzeltmek için kullanılan yöntemler,
3. Evli olmaktan duyulan memnuniyet/pişmanlık,
4. Evliliği sürdürme/ ayrılma ya da boşanmanın düşünülmesi,
5. Eşe karşı şikayetlerin ifadesi,

6. Eşlerin evlilikten aldıkları doyumun öznel değerlendirilmesi (Terman, 1938'den aktaran: Kastro, 1998).

Spanier (1976) ise, evlilik uyumu sürecinde şu etkenleri önemli görmektedir:

1. Çiftler arasında sorun yaratan farklılıklar,
2. Kişilerarası gerilim ve bireysel kaygı,
3. Çift doyumunu,
4. Çift birlikteliği,
5. Çiftlerin işlevselliğinde önemli olabilecek konularda görüş birliği.

Özgüven (2000) ise evlilikte uyumsuzluğa yol açan faktörleri; iletişim yokluğu, sürekli tartışma, doyurulamamış ya da giderilmemiş duygusal gereksinimler, cinsel doyumsuzluk, para yönetimine ilişkin anlaşmazlıklar, eşlerin kendi ailelerine ilişkin sorunlar, aile sadakatini bozmak, çocuklara ilişkin sorunlar, otorite buhranı, şüphecilik ve ayrımcılık, alkol, uyuşturucu, madde bağımlılığı, fiziksel saldırganlık, boş zamanı kullanmada uyumsuzluk, politik görüş ve inançlardaki farklılıklar, ailede rol kargaşası olarak tanımlamıştır.

Kısacası evlilik uyumu, kadın ve erkeğin ilişkilerini nasıl algıladıkları, beklentilerini ne kadar karşıladığı, duygusal tatmin, cinsel birliktelik gibi kavramları da kapsayan çok değişkenli bir olgudur.

2.4. Kanser ile Yas Tepkisi ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler

Evlilik uyumu, evli çiftler arasındaki ilişkilerin uyumunu ve farklı süreçleri belirtmektedir. Bu süreçler evlilik ve aile hayatında değişen durumlar karşısında eşlerin birbirlerinin beklenti ve ihtiyaçlarındaki dengeyi ve koşullara adaptasyonu içermektedir. Diğer bir deyişle evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir (Şener ve Terzioğlu, 2008). Spanier (1976) da evlilikte uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde

değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Evlilik uyumu ile ilgili yapılmış çalışmalarda birbiri ile iletişim sorunu olmayan eşlerde, bireylerin sorunları daha aşılabılır algıladığı, daha pozitif tutum sergilediği ve çözüme ulaşmada birlikte hareket edebildikleri görülmekte ve sorunlarla daha etkin baş edebildikleri dikkati çekmektedir (Whisman, 2002; Bertöre, 2000).

Doğaner'in bildirdiğine göre (2000) Margolis ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri olan evli kadın hastaların evlilik uyumlarında hastalık öncesine göre düşme olduğu bulunmuştur. Aynı yazarların bildirdiğine göre, kanser hastalarında evlilik uyumunun azalması ile birlikte depresyon, anksiyete ve spiritual sıkıntı gibi bazı psikiyatrik semptomlar ortaya çıkmıştır.

Romero ve ark. da (2008), meme kanseri tanısı alan kadınların tanı aldıkları tarihten itibaren 8 yıl boyunca evlilik uyumlarını inceledikleri çalışmalarında, eşler arası uyumun kanser tanısı aldıktan 3 ay sonra giderek azaldığını ve buna paralel olarak hastaların, baş etme biçimlerinin var olan sorunları çözmede yetersiz kaldığını, daha fazla psikiyatrik semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Literatürde, etkin baş etme davranışlarını olumlu yönde etkileyen duygusal ve sosyal desteğin sağlanabilmesinde, eşler arasındaki uyum düzeyinin önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (Kinsinger ve ark, 2011; Inoue ve ark, 2003; Fobair, 2006). Baider ve ark.(Ostroff, 1996) da (1996), eşler arası uyum sorunları bulunan kanser hastalarının etkili baş etme davranış oranının, evliliklerinde ilişkileri uyuma dayalı olan hastalara göre 25 kat daha az olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmalar, meme kanseri olan kadının hastalığa ve tedaviye uyumunu artırmada eşinden alacağı desteğin önemini vurgulamaktadır (Ferrell, 1998; Sherman, 2009; Drageset, 2010; Kraemer, 2011). Sherman ve ark.nın (2009) 45 meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların,

kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir.

2.5. İlgili Yayın ve Araştırmalar

2.5.1. Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar

Yapılan literatür çalışmasında kanserde evlilik uyumu ve yas tepkilerinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bölümde kanser hastalarında yapılan çalışmalarda incelenen bazı değişkenlere, evlilik uyumu ve yas tepkileri hakkında yapılan bazı çalışmalara yer verilmiştir.

Konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda evlilik uyumu yükseldikçe hastaların kanser yaşantısının ortaya çıkardığı sorun alanlarıyla daha etkin baş etme davranışları gösterdikleri belirtilmektedir (Wenzel, 1999;Uçar, 2008). Tiryaki ve ark.nın (2010) bildirdiğine göre, özellikle bu süreçte eşlerin, tedavi ile ilgili bir takım kararları alırken hastaların yanlarında bulunması, günlük yaşamın getirdiği sorumlulukları paylaşması ya da eş tedavi sürecinde iken ailenin devamı için hasta eşin sorumluluklarını üstlenmesi hastanın, bu deneyimde kendisine destek bulunduğunu algılamasını sağlamaktadır.Yine aynı yazarın bildirdiğine göre, eşi tarafından desteklendiğini algılayan hastalar bu durumda kanser ve kanser yaşantısının getirdiği sorunlarla daha etkin baş edebilmektedirler.

Babaoğlu Akdeniz (2012)’nin yaptığı araştırmada, meme kanseri olan hastaların stresle baş etme biçimleri ve eşler arası uyum arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada eşler arası uyum yükseldikçe etkili baş etme biçiminin arttığı bulunmuştur.

Önen ve ark (2004) ‘nın yaptıkları çalışmada, meme kanseri nedeniyle kadınların vücutlarında meydana gelen değişikliklerin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabildiği bulunmuştur.

Konuyla ilgili olabileceği düşünölen çalışmalardan birinde mastektomili kadınlarda görölen psikososyal etkiler ortaya konulmuştur (Okanlı, 2004). Bu çalışmada mastektomi sonrası kadınlarda yas ve elem reaksiyonu, fiziksel ve ruhsal regresyon, suçluluk duygusu, öfke, izolasyon, kişinin kendinden

soğuyacağı korkusu, aile ve arkadaşlarından uzaklaşacağı korkusu ve benlik imajında olumsuz etkiler görülebildiği belirtilmiştir .

Kanser hastalarında yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanser hastalarında; yaşam kalitesi (Kutlu ve ark, 2011; Arslan ve ark, 2003), bazı psikolojik rahatsızlıklar (Özkan, 1999; Ülger 2014), psikiyatrik bozukluklar (Ateşçi ve ark, 2003), varoluşsal kaygı (Hallaç ve ark, 2011), gibi değişkenlerin çalışıldığı araştırmalara rastlanmıştır.

Batı literatüründe eşler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar çok sayıda yapılmasına karşın, ülkemizde bu konuya ilişkin kuramsal ve görgül yaklaşımların çok sınırlı düzeyde olduğu görülmektedir. Ülkemizde öncelikle eşler arasındaki ilişkiyi ölçmeye yönelik olarak batı literatüründeki ölçeklerin uyarlama çalışmaları (Tutarel-Kışlak, 1999; Fıfıloğlu ve Demir, 2000, Azizoğlu-Binici ve Hovardaoğlu, 1996; Büyüksahin ve Hovardaoğlu, 2004) yapılmıştır. Ancak 2000’li yıllarda konu ile ilgili araştırma sayısının artmış olması dikkat çekicidir.

Yıldırım (1993), 1990 yılında, karıkoca ilişkileri kapsamında bazı değişkenler açısından evli bireylerin psikolojik uyum düzeylerini incelemiştir. Toplam 1100 evli bireyden veri toplanmıştır. Eşlerin birbirleriyle duygu ve düşüncelerini paylaşma derecesi düştükçe, uyum puan ortalamalarında da bir düşme gözlenmektedir. Eşlerin birbirleriyle duygu ve düşüncelerini paylaşma derecelerine göre evli bireylerin uyum düzeyleri arasında manidar bir fark bulunmuştur.

Güven’in (2005) ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ve evlilikte problem çözme becerilerinin evlilik doyumu ile ilişkisi adlı araştırması kapsamında alınan değişkenlerden, evlilikte problem çözme becerilerinin evlilik doyumunu birinci sırada, gerçekçi olmayan ilişki beklentilerine ilişkin bilişsel çarpıtmaların ise ikinci sırada yordadığı, incelenen diğer değişkenlerden demografik değişkenler (yaş ve cinsiyet), yakınlıktan kaçınma ve zihin okumanın ise evlilik doyumunu yordamada bir katkısının olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tezer (1994), eşler arasında çıkan çatışmaların sıklığı, yarattığı gerginlik ve çatışmanın nedenini eşine veya kendine yükleme eğilimi ile çeşitli demografik değişkenlerin evlilik doyumu üzerindeki etkisi tüm grupta ve kadın eşin çalıştığı ve çalışmadığı eş gruplarında araştırılmıştır. Bulgular, eşlerin çatışmanın nedenini eşlerine yükleme eğilimi arttıkça evlilik doyumlarının düştüğünü göstermektedir. Erkek eşlerin doyum puanının etkileyen tek değişken, aile yaşam siklusudur. Erkeklerin doyum düzeyinde, çocuklarının ergenlik çağına doğru bir düşme görüldüğünü ortaya koymaktadır. En dikkati çeken bulgu, kadının çalışmasının yalnız kadının doyum puanını etkiler görünmesidir. Çalışan kadınlarda gerginlik puanının evlilik doyumunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Karısı bir işte çalışan erkek eşlerinde evlilik doyumlarının, karısı çalışmayan erkeklerden yüksek olduğu, bu araştırmanın en göze çarpan bulgusu niteliğindedir.

2.5.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

Yapılan literatür incelemesinde kanserli hastalarda evlilik uyumu ve yas tepkilerinin birlikte incelenmiş olduğu bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bölümde daha çok kanserli hastalarda evlilik uyumunun ve etkili başa çıkma biçimlerinin incelenmiş olduğu çalışmalara yer verilmiştir. Etkili başa çıkma becerileri olan bireylerin yas tepkilerinin de daha sağlıklı ve uygun olacağı düşünülmüştür.

Literatüre göre, evlilikteki eşler arası uyum, hastanın etkili ya da etkisiz baş etme davranış biçimlerinin kullanılmasında belirleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Romeo, 2008; Watson, 1991; Northouse, 2001).

Kinsinger ve ark (2011) meme kanseri olan kadınların, algıladıkları sosyal destek ve kansere uyum ilişkilerini araştırdıkları çalışmalarında, kanser tanısından sonra evlilik uyumları yüksek olan hastaların eşlerinin, tanıdan sonra hastadan uzaklaşmayarak kanser yaşantısının zorluklarını birlikte taşıdıkları ve eşe olan ilgilerinin bir göstergesi olarak olumlu-destekleyici davranışlar gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Evlilikteki uyumla ilgili diğer çalışma sonuçlarında da benzer bulgulara rastlanmış olup birbirini koruyan, duygu paylaşımı olan, sağlıklı iletişimin hakim

olduğu evliliklerde kansere bağlı olarak gelişen fiziksel bütünlüğün, çekiciliğin bozulması gibi sorunların ve evlilik ilişkisine olan olası etkilerinin paylaşılabildiği ve buna bağlı olarak da hastanın kansere ilişkin fiziksel ve ruhsal sorunların çözümünde daha güçlü, kararlı ve kendine güvenen bir yaklaşım sergilediği belirtilmiştir. (Wenzel, 1999; Matchim, 2011; Tiryaki, 2010).

Baider ve ark. da (2001), eşler arası uyum sorunları bulunan kanser hastalarının etkili baş etme davranış oranının, evliliklerinde ilişkileri uyuma dayalı olan hastalara göre 25 kat daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Margolis ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri olan evli kadın hastaların evlilik uyumlarında hastalık öncesine göre düşme olduğu, bu düşmeyle birlikte depresyon, anksiyete ve spiritual sıkıntı gibi bazı psikiyatrik semptomlar ortaya çıkmıştır.

Romero ve ark. da (2008), meme kanseri tanısı alan kadınların tanı aldıkları tarihten itibaren 8 yıl boyunca evlilik uyumlarını inceledikleri çalışmalarında, eşler arası uyumun kanser tanısı aldıktan 3 ay sonra giderek azaldığını ve buna paralel olarak hastaların, baş etme biçimlerinin var olan sorunları çözmede yetersiz kaldığını, daha fazla psikiyatrik semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Sherman ve ark.nın (2009) 45 meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir.

Kraemer ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada, kanser tanısının ardından bu yeni ve zorlu süreçte kendisinin duygusal ve sosyal olarak yeterince desteklenmediğini algılayan hastalarda suçluluk, yalnızlık, umutsuzluk, eşe ve kendisine öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıktığını belirtirken bu duyguların hastanın, kanser yaşantısının oluşturduğu diğer sorun alanları ile baş etmesine olumsuz etkilerinin olduğunu vurgulamışlardır.

King ve ark.nın bildirdiğine göre (2000) ise birbirini destekleyen, koruyan ve uyuma dayalı evlilik paylaşımları bulunan eşlerde gerek kanserin oluşturduğu gerekse de günlük yaşamın getirdiği sorun alanları ile hastaların daha etkin baş edebildiklerine değinilmiştir. Konuyla ilgili gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da evlilik uyumu yüksek olan, ortak karar verilebilen evliliklerde meme kanseri olan hastaların mastektomi gibi radikal tedaviler sonucu ortaya çıkabilen fiziksel değişimler, beden imajı sorunları ve bunları takiben cinsel fonksiyon bozuklukları gibi evlilik yaşantısını olumsuz etkileyebileceği düşünülen sorunlarla daha etkin baş edebildikleri belirtilmiştir (Drageset, 2010; Romero, 2008; Wenzel, 1999; Önen Sertöz O, 2004).

Fobair ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada, evlilikte mutsuz paylaşımları olan eşlerin hasta kanser tanısı aldıktan sonra, çatışma ve anlaşmazlıklarının giderek arttığını ve bu durumun özellikle kanser tedavisinin yoğun bir şekilde sürdüğü ilk bir yıllık dönemde ortaya çıktığını vurgulamışlardır. Hastanın duygusal ve sosyal olarak desteğe en çok ihtiyaç duyduğu bu dönemde çatışmaların giderek şiddetlenmesi evliliklerin sonlanmasına; bu durum da meme kanseri olan hastanın bugüne kadar süregelen baş etme örüntülerinin ve destek faktörlerinin yetersiz kalmasına ve buna bağlı olarak da suçluluk, kendine güvensizlik, yalnızlık ve geleceğe ilişkin ümitsizlik gibi olumsuz ve yıkıcı duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Anuk , 1997; Hisli, 1994; Watson, 1991).

Kanserli hastalarda evlilik uyumuyla ilgili yapılan araştırmalardan birinde Kramer ve ark. (2011), bilişsel olumlu düşünme yetisine sahip olan meme kanserli kadınların evlilik uyumlularının olumlu düşünme yetisine sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu; yine bu kadınların kanser yaşantısından olumlu bir anlam çıkarak sorun alanları ile daha etkili baş edebildiklerini saptamışlardır.

Görüldüğü gibi yapılan çalışmalarda daha çok meme kanserli hastalarda eş uyumu ve baş etme becerileri çalışılmıştır. Bu sebeple bu çalışmada diğer kanserli hastaların da ele alınmış olması ve yas tepkilerinin incelenmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde evren, örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, bu araçların uygulanması ve elde edilen verilerin analizleri hakkında bilgiler sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, kanser tanısı alan hastaların bu tanıdan dolayı yaşadıkları yas süreçleri ve evlilik uyumları arasındaki ilişki incelendiğinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve var olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Tarama modellerinde önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir. İlişkisel tarama modelleri ise iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Tarama yolu ile bulunan ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlanamaz; ancak, o yönde bazı ipuçları vererek, bir değişkendeki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesinde yararlı sonuçlar verebilir (Karasar, 2009).

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmada kanser tanısı konan hastaların yaşadıkları yas tepkileri ve evlilik uyumları araştırıldığı için araştırmanın evrenini kanser hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemine ise İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği’nde kemoterapi tedavisi görmek için başvuran 76 kadın ve 24 erkek hasta oluşturmaktadır.

Örneklem oluşturulurken ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ulaşılabilir örnekleme (convenience sampling) yöntemi, cevaplayıcıların yakınındaki bireylerden seçilmesini ve sürecin gereken örneklem sağlanana kadar

devam etmesini içermektedir. Bu örnekleme yönteminde araştırmacılar örnekleme kolay ulaşabilecekleri kişilerden seçerek oluştururlar (Cohen ve ark, 2007). Bu araştırmada ulaşılabilir örnekleme yöntemi, kanser tanısı almış hastalar olarak özel bir grupta çalışıldığından çalışmanın daha kolay bir şekilde sürdürülmesi sebebiyle seçilmiştir.

Ölçekler 100 kanserli hastaya uygulanmıştır. Örnekleme oluşturan katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 'de verilmektedir.

Tablo 2. Örnekleme Oluşturan Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	76	76.0
Erkek	24	24.0
Yaş		
18-30	0	
31-45	33	33.0
46-59	59	59.0
60 yaş ve üstü	8	8.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	12	12
İlköğretim	59	59
Lise	19	19
Üniversite	4	4
Yüksek Lisans/Doktora	6	6
Gelir Durumu		
500-999	51	51
1000-1999	23	23
2000-3999	26	26

4000 ve üzeri	0	0
Evlenme Şekli		
Görücü usulü	59	59
Anlaşarak	25	25
Zorla	0	0
Kaçarak	16	16
Evlilik Süresi		
1-5 yıl arası	3	3
6-10 yıl arası	12	12
11-15 yıl arası	17	17
16-20 yıl arası	8	8
21 ve üzeri	60	60
Çocuk Sayısı		
Yok	19	19
Tek çocuk	7	7
İki çocuk	46	46
Üç çocuk	24	24
Dört ve üstü	4	4
Kanser Türü		
Meme	42	42
Pankreas	10	10
Kolo-rektal	20	20
Testis	8	8
Diğer	20	20
Hastalık Evresi		
Evre	0	0
2.evre	85	85

3.evre	15	15
4.evre	0	0
Kemoterapi Durumu		
Alıyor	4	4
Almıyor	9	96
Metastaz Durumu		
Metastaz Yok	76	76
Metastaz Var	24	24
Nüks Durumu		
Nüks Yok	92	92
Nüks Var	8	8
Psikolojik Özgeçmiş		
Psikolojik Tedavi Almış	35	35
Psikolojik Tedavi Almamış	65	65
Toplam	100	100

Tablo 2’de görüldüğü üzere, araştırmanın örneklemini 76 (%76) kadın ve 24 (%24) erkek olmak üzere 100 kanser hastası oluşturmaktadır.

Hastaların 33’ü (%33) 31-45 yaş arasında; 59’unun (%59) 46-59 yaş arasında ve 8’inin (%8) 60 yaş ve üstü olduğu anlaşılmaktadır.

Eğitim durumlarına bakıldığında örneklemini oluşturan hastaların 12’sinin (%12) okur-yazar; 59’unun (%59) ilköğretim; 19’unun (%19) lise; 4’ünün (%4) üniversite ve 6’sının (%6) yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmektedir. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun ilköğretim mezunu hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların gelir durumlarına bakıldığında 500-999 TL arası geliri olan hastaların sayısının 51 (%51); 1000-1999 TL arası geliri olan hasta sayısının 23 (%23); 2000-3999 TL arası geliri olan hasta sayısının 26 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların evlenme şekillerine bakıldığında, 59'u (%59) görücü usulü; 25'i (%25) anlaşılarak; 16'sı (%16) kaçarak evlendiklerini ifade etmişlerdir. Görüldüğü gibi örneklemin büyük bir çoğunluğunu görücü usulüyle evlenen bireyler oluşturmaktadır.

Örneklemini oluşturan hastaların evlilik süreleri incelendiğinde, 3 (%3) hastanın evlilik süresinin 1-5 yıl arası; 12 (%12) hastanın evlilik süresinin 6-10 yıl arası; 17 hastanın (%17) evlilik süresinin 11-15 yıl arası; 8 (%8) hastanın evlilik süresinin 16-20 yıl arası; 60 (%60) hastanın evlilik süresinin 21 yıl ve üstü olduğu görülmektedir. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun 21 yıl ve üzeri evli bireylerden oluştuğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sahip oldukları çocuk sayısına bakıldığında, 19 (%19) hastanın çocuğunun olmadığı; 7 (%7) hastanın tek çocuk; 46 (%46) hastanın iki çocuk; 24 (%24) hastanın üç çocuk; 4 hastanın da 4 veya daha fazla çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bu bilgilere göre araştırma grubunu oluşturan bireylerin çoğunluğunun iki çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Kanser türüne baktığımızda hastaların 42'sinin (%42) meme kanseri; 10'unun (%10) pankreas kanseri; 20'sinin (%20) kolo-rektal kanseri; 8'inin (% 8) testis kanseri ve 20'sinin diğer kanser türlerinden biri (akciğer, karaciğer, rahim) nedeniyle tedavi gördükleri anlaşılmaktadır.

Hastaların 88'i (%88) 1 yıldan daha az bir süre önce; 12'si ise 1-2 yıl arasında bir süre içinde kanser tanısı almışlardır.

Örneklemini oluşturan hastaların evreleri incelendiğinde 85'inin (%85) 2. evre; 15'inin (%15) 3. evre olduğu görülmektedir. Bu hastaların 96'sı (%96)

kemoterapi tedavisi almaya başlanamışken; 4 tanesi ilk seans kemoterapilerini aldıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir.

Son olarak katılımcıların aile toplam aylık geliri incelendiğinde, 7 (%1.8) bireyin aylık gelirinin 500-1000 tl arası olduğu, 20 (%5.2) bireyin aylık gelirinin 1000-1500 tl arası olduğu, 24 (%6.2) bireyin aylık gelirinin 1500-2000 tl arası olduğu, 48 (%12.4) kişinin aylık gelirinin 2000-2500 tl arası olduğu, 287 (%74.4) bireyin aylık gelirinin 2500 tl ve üzeri olduğu görülmektedir. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun ekonomik durumunun yüksek olduğu anlaşılmaktadır

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada kanser tanısı alan hastaların tanı aldıktan sonra geçirdikleri yas sürecini incelemek için “Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi” (HYTL) ve hastaların eşleriyle arasındaki evlilik uyumlarını incelemek için de “Çift Uyum Ölçeği” (ÇUÖ) kullanılmıştır. Hastalara ait kişisel bilgilerin toplanması için ise araştırmacı tarafından düzenlenen kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

3.3.1. Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi: HYTL, Hogan, Greenfield ve Schmidt (2001) tarafından geliştirilen, A.B.D için güvenilirlik ve geçerliği desteklenmiş, 61 maddelik bir tarama listesidir. Her madde 1 ile 5 arasında değişen 5 aralıklı bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır. HYTL’nin umutsuzluk, panik davranış, suçlama- kızgınlık, kopma, kişisel gelişim ve dağınıklık olmak üzere 6 boyutu bulunmaktadır.

Bu ölçeğin Yıldırım ve Fışıloğlu (2005) tarafından Türk örneklemini için yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; HYTL öncelikle Türkçe’ye tek yönlü çeviri yöntemi ile çevrilerek bebeğini kaybeden 55 evli çiftte (n = 110) uygulanmıştır. HYTL’nin güvenilirliği, iç tutarlılık ve test tekrar test güvenilirliği ile belirlenmiştir. Tarama listesinin güvenilirlik katsayısı her bir boyut ve tüm tarama listesi için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Tarama listesinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.74 ile 0.95 arasında bulunmuştur. Her bir boyuttaki maddelere yapılan madde-toplam korelasyonun 0.20’den yüksek olduğu belirlenmiştir.

HYTL'nin iç tutarlılık katsayısı, umutsuzluk boyutu için 0.89, panik davranış için 0.90, kişisel gelişim için 0.82, suçlama-kızgınlık için 0.79, kopma için 0.87, dağınıklık için 0.84 ve tüm tarama listesi için 0.90 olarak belirlenmiştir. Test tekrar test güvenirliği ise umutsuzluk boyutu için 0.84, panik davranış için 0.79, kişisel gelişim için 0.81, suçlama ve kızgınlık için 0.56, kopma için 0.77 ve dağınıklık için 0.85 olarak belirlenmiştir (Hogan ve ark, 2001).

3.3.2. Çiftler Uyum Ölçeği: Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Spanier (1976) tarafından evli ve birlikte yaşayan çiftlerin ikili ilişkilerine ait uyumlarını ölçmek için geliştirilen 32 maddelik Likert tipi bir ölçektir.

Spanier evlilik uyumunun; eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık ve yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç olduğunu belirtmiştir. Bu ölçek tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Çift uyumunun yanı sıra evlilik doyumunun da ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Dört alt ölçekten oluşur; eşler arası tatmin alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içerir. Eşler arası bağlılık alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur. Eşler arası fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur. Duygusal ifade alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır.

Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir.

Spanier (1976) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafından Türk örneklemini için yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında; puan ortalaması erkeklerde 103,7 (S.D.=18,8), kadınlarda 105,2 (S.D.=18,4) olmak

üzere, ortalama 104.5 (S.D.=18.6) olarak bulunmuştur. Türk örnekleminde ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik sonucu, orijinal sonuca yakın bir şekilde 0.92 olarak bulunmuştur. Ayrıca alt ölçeklerin güvenirlik sonuçları orijinalinden küçük farklılıklar göstermekte olup 0.75 ile 0.83 arasındadır.

3.3.3. Kişisel Bilgi Formu: Kişisel Bilgi Formu, örneklemle ilgili bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, çocuk sayısı ve hastalığının türü, süresi gibi sorular yer almaktadır.

3.4. Verilerin Analizi:

Verilerin istatistiksel çözümleme aşamasında, Kişisel Bilgi Formu Bilgileri, HYTL ve ÇUÖ ölçeklerinden elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programına, her bir hasta için 1'den 100'e kadar numara verilerek veri girişleri yapılmıştır. Veriler, bilgisayarda sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 16.0) kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde Spearman Korelasyon Analizi, t testi (Independent Samples t-Test) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, örnekleme tanıtıcı bulgular, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular ve yorumları, araştırma amaçlarının sırasına göre sunulmuştur.

4.1. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yas Tepkilerine İlişkin Bulgular

Kanser tanısı alan hastalardaki yas tepkileri; hastanın cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine, ailenin sosyo-ekonomik düzeyine ve kanserin türüne göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Tablo 3: Hastaların Cinsiyetine Göre Yas Tepkilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Sonuçları

	t	sd	P
Cinsiyet	0,064	98	0,949

Kanserli hastalardaki yas tepkisinin cinsiyet değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için bağlantısız örneklemeler için t testi yapılmıştır. Bu t testi sonucunda kanserli hastalarının cinsiyetlere göre yas tepkileri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [$t(98)=.064$ $p>.05$].

Tablo 4: Hastaların Yaşlarının Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar	347,357	2	173,679	0,550	0,578
Yaş grubu Arası					-

Gruplar İçi	30603,953	97	315,505
Toplam	30951,310	99	

Kanserli hastalardaki yas tepkisinin yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının yas tepkilerinin yaş gruplarına göre değişim göstermediği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle yaş grupları arasında yas tepkileri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır $[F(2,97)=.550 P>.05]$.

Tablo 5: Hastaların Eğitim Durumlarının Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler	sd	Kareler	F	P
		Toplamı		Ortalaması		
Eğitim	Gruplar	2775,824	4	693,956	2,340	0,061
Durumu	Arası					
	Gruplar İçi	28175,486	95	296,584		
	Toplam	30951,310	99			

Kanserli hastalardaki yas tepkisinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının yas tepkilerinin eğitim durumlarına göre değişim göstermediği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle eğitim durumları arasında yas tepkileri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır $[F(4,97)=2.340 P>.05]$.

Tablo 6: Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerinin Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Sosyo-ekonomik Düzey	Gruplar Arası	2478,084	2	1239,042	4,221	0,017*
	Gruplar İçi	28473,226	97	293,538		
	Toplam	30951,310	99			

Kanserli hastalardaki yas tepkisinin sosyo-ekonomik düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının yas tepkilerinin sosyo-ekonomik düzeylerine göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle sosyo-ekonomik düzeyleri arasında yas tepkileri açısından anlamlı farklılık vardır. Gelir durumu 1000-1999 TL arasında olan bireylerin yas tepkisi ortalamaları diğer iki grubun ortalamasından daha yüksek bulunmuştur [$F(2,97)=4.221$ $P<.05$].

Tablo 7: Hastaların Kanser Türlerinin Yas Tepkileri Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Kanser Türü	Gruplar Arası	2233,134	4	558,283	1,847	0,126
	Gruplar İçi	28718,176	95	302,297		
	Toplam	30951,310	99			

Kanserli hastalardaki yas tepkisinin kanser türlerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının yas tepkilerinin

kanser türlerine göre değişim göstermediği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle kanser türleri arasında yas tepkileri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır [$F(4,95)=1.847$ $P>.05$].

4.2. Kanser Tanısı Alan Hastaların Evlilik Uyumlarına İlişkin Bulgular

Kanser tanısı alan hastaların evlilik uyumları; hastanın cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine, ailenin sosyo-ekonomik düzeyine ve kanserin türüne göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Tablo 8: Hastaların Cinsiyetine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Sonuçları

	T	Sd	p
Cinsiyet	0.555	98	0.580

Kanserli hastalardaki evlilik uyumunun cinsiyet değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için bağılantısız örneklem için t testi yapılmıştır. Bu t testi sonucunda kanserli hastalarının cinsiyetlere göre evlilik uyumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [$t(98)=.555$ $p>.05$].

Tablo 9: Hastaların Yaşlarının Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Yaş grubu	Gruplar	27881,114	2	13940,557	9,738	0,000*
	Arası					
	Gruplar İçi	138856,886	97	1431,514		
	Toplam	166738,000	99			

Kanserli hastalardaki evlilik uyumunun yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının evlilik uyumlarının yaş gruplarına göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle yaş grupları arasında evlilik uyumu açısından anlamlı farklılık vardır. 4. yaş grubunun evlilik uyumu ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir [$F(2,97)=9.738$ $P<.05$].

Tablo 10: Hastaların Eğitim Düzeylerinin Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Eğitim	Gruplar	25029,480	4	6257,370	4,195	0,004*
Düzeyi	Arası					
	Gruplar İçi	141708,520	95	1491,669		
	Toplam	166738,000	99			

Kanserli hastalardaki evlilik uyumunun eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının evlilik uyumlarının eğitim durumlarına göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle eğitim durumları arasında yaş tepkileri açısından anlamlı farklılık vardır. Okur yazar grubun evlilik uyumu ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir [$F(4,95)=4.195$ $P<.05$].

Tablo 11: Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerinin Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Anova Testi Sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Sosyo-	Gruplar	14933,983	2	7466,991	4,771	0,011*

ekonomik	Arası			
Düzy	Gruplar İçi	151804,017	97	1564,990
	Toplam	166738,000	99	

Kanserli hastalardaki evlilik uyumunun sosyo-ekonomik düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının evlilik uyumlarının sosyo-ekonomik düzeylerine göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle sosyo-ekonomik düzeyleri arasında evlilik uyumu açısından anlamlı farklılık vardır. Geliri 500-999 TL arasında olan bireylerin evlilik uyumları 1000-1999 TL arasında olanlardan yüksek bulunmuştur [$F(2,97)=4.771$ $P<.05$].

Tablo 12: Hastaların Kanser Türünün Evlilik Uyumları Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin One-Way Anova Testi Sonuçları

		Kareler	sd	Kareler	F	p
		Toplamı		Ortalaması		
Kanser	Gruplar	37134,267	4	9283,567	6,805	0,000*
Türü	Arası					
	Gruplar İçi	129603,733	95	1364,250		
	Toplam	166738,000	99			

Kanserli hastalardaki evlilik uyumunun kanser türlerine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda kanser hastalarının evlilik uyumlarının kanser türlerine göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Yani başka bir deyişle kanser türleri arasında evlilik uyumları açısından anlamlı farklılık vardır. Meme kanseri olanlarla pankreas ve diğer kanser türleri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında, pankreas kanseri olanlarla meme, kolo-rektal ve testis kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında, testis ve diğer kanser türleri olanların evlilik uyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Pankreas kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları meme, kolo-rektal ve diğer kanser türüne göre anlamlı derecede yüksek, testis kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları pankreas ve diğer kanser türüne göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [$F(4,95)=6.805$ $P>.05$].

4.3. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yas Tepkileri ve Evlilik Uyumlarına İlişkin Bulgular

Kanser tanısı alan hastaların yas tepkileri ile evlilik uyumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 13: Hastaların Yas Tepkileri ve Evlilik Uyumları Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	Yas Tepkisi	Evlilik Uyumu
Yas Tepkisi	1	-.25*
Evlilik Uyumu	-.25*	1

* $p < 0.05$

Yas tepkisi ile evlilik uyumu arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre yas tepkisi ile evlilik uyumu arasında ($r=-.25$) olumsuz yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Tartışma

Bu araştırmada, kanser hastalarının tanıdan dolayı yaşadıkları yas süreci, evlilik uyumları ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir.

5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yas Tepkileri Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar

Araştırmada ilk olarak; kanser tanısı alan hastaların yas tepkileri/süreçleri; hastanın cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik düzeyine, kanserin türüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, çalışmaya katılan kanser hastalarının yas tepkileri sosyo-ekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Hastaların yas tepkilerinin cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumu ve kanser türleriyle ise değişme göstermediği bulunmuştur. Başka bir deyişle, bu değişkenlerle hastaların yas tepkileri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Sosyodemografik özellikler açısından kanserli hastalardaki yas tepkileri yalnızca sosyoekonomik düzey bakımından anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu bulgu bazı çalışma bulgularıyla tutarlı görünmektedir (Reed, 1998a; Johannesson ve ark., 2009). Bu araştırma sonuçlarına göre sosyo-ekonomik düzey ile yas tepkileri arasında ilişki olduğu söylenebilir. Birçok çalışma bulguları ise, bu değişkenlerin komplike yas ile bir ilişkisinin olmadığı yönündedir (örn., Melhem ve ark., 2003). Bu çalışmalara göre yas yaşıntısı kişilerin eğitim ya da sosyoekonomik düzeylerinden etkilenmemektedir. Bu çalışmada ise orta sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin yas tepkisi düzeyleri diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu da gelir durumunun kanserli hastalardaki yas tepkisini etkilediğini, ancak diğer değişkenlerin kanserli hastalardaki yas tepkileri üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, bu araştırmadan elde edilen bulgunun önceki araştırma sonuçlarıyla tutarlı olduğu görülmüştür. Literatürde yaş ve yas tepkisi arasında herhangi bir ilişki bulunmayan çalışmalar mevcuttur (Mystakidou ve ark., 2007; Schaal ve ark., 2010; Prigerson, Ahmed ve ark., 2002; Wijngaards-de Meij ve ark., 2005; Ott, 2003).

5.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleriyle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar

Araştırmanın ikinci alt problemi olarak, kanser tanısı alan hastaların evlilik uyumları; hastaların cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik düzeyine ve kanser türüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre evlilik uyumları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Hastaların yaşlarına, eğitim düzeylerine, sosyo-ekonomik düzeylerine ve kanser türlerine göre ise evlilik uyumu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastalardan pankreas kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları, meme, kolo-rektal ve diğer kanser türüne göre anlamlı derecede yüksek; testis kanseri olanların evlilik uyumu ortalamaları ise pankreas ve diğer kanser türüne göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Yapılan literatür incelemesinde, kanser hastalarının evlilik uyumuyla sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle genel popülasyonda sosyodemografik değişkenlerin evlilik uyumuna etkilerinin incelendiği araştırmalarla karşılaştırılmıştır. Gelir durumu, eğitim düzeyi, yaş gibi faktörlerin evlilikte mutlu olma düzeyini etkilediği ve evlilik uyumunda önemli role sahip olduğu çok sayıdaki araştırmada ifade edilmektedir (Anderson et al., 1983; Barling, 1994; Broderick&O'Leary, 1986; Çelik, 2006; Grych et al., 1992; Lye& Biblarz, 1993; Saxton, 1982). İncelenen çalışmalardan birinde, eşlerin yaşları, evlilik süreleri gibi değişkenler ile evlilik uyumu arasında bağlantılar görülmüştür (Demiray, 2006). Benzer biçimde bu çalışmada da evlilik uyumu ile yaş arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ortalaması yüksek olan bireylerde evlilik uyumu daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun bireylerin geçen yıllarla birlikte birbirlerine alışmaları ile ilgili

olabileceği düşünülmüştür. Kinnunen ve Feldt'in (2004) ekonomik koşullar ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi incelendikleri bir araştırmada çıkan bulgular bu araştırmadaki bulgularla çelişmektedir. Bahsedilen çalışmada, düşük ekonomik koşullardaki çiftlerin daha fazla psikolojik sıkıntıları olduğu bulunmuş ve bu bağlamda evlilik uyumunun da olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Bu araştırmada ise düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin evlilik uyumlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun geleneksel aile yapısıyla ilgili olduğu, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin durumlarını diğer bireylerden daha fazla kabullenme eğiliminde olduklarıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Tutarel- Kışlak'ın (2007) evlilik uyumuyla sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkilerini incelediği çalışmasında sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında anlamlı ilişkiler saptanamamıştır. Araştırma kapsamında evlilik uyumu ile cinsiyet, yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik türü, eşin yaşı, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Söz konusu değişkenlerin evlilik uyumu ile bir ilişki göstermedikleri belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, iş, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkili olmadığını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Erdoğan, 2007; Jose ve Alfons, 2007; Tutarel-Kışlak ve Çabukça, 2002). Ancak yazında tersi yönde bulgular da vardır. Demiray (2006) eşin yaşı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında, Şener ve Terzioğlu (2002) ise öğrenim düzeyi, ailenin aylık geliri, 35 yaş ve sonrasında evlenme, sahip olunan çocuk sayısı, eşler arasındaki yaş farkı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişkiler elde etmiştir. Bu araştırmada evlilik uyumu cinsiyet açısından farklılaşmamaktadır. Bu bulgu Tutarel-Kışlak'ın (2007) çalışmasıyla tutarlıdır. Eğitim düzeyi açısından bu araştırmada fark bulunmuştur. Bu bulgu ise Şener ve Terzioğlu (2002) tarafından yapılan çalışmayla tutarlılık göstermektedir. (makale 3) Bu araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin evlilik uyumlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun da geleneksel aile yapısıyla ilgili olduğu, düşük eğitim düzeyindeki bireylerin durumlarını yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerden daha fazla kabullenme eğiliminde olduklarıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

5.1.3. Hastaların Yas Tepkileri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuç ve Tartışmalar

Araştırmanın üçüncü alt problemi olarak, kanser hastalarının yas tepkileri ile evlilik uyumları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda yas tepkisi ile evlilik uyumu arasında olumsuz yönde zayıf bir ilişki ($r = -.25$) olduğu saptanmıştır. Yani evlilik uyumu iyi olan hastaların yas tepkilerinin daha düşük olduğu; yas tepkileri yoğun olan hastaların evlilik uyumlarının daha düşük olduğu sonucu çıkmaktadır.

Literatür incelendiğinde, bu araştırmadan elde edilen bulgunun önceki araştırma sonuçlarıyla tutarlı olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili yapılmış araştırmalardan birinde evlilik uyumu yükseldikçe hastaların kanser yaşantısının ortaya çıkardığı sorun alanlarıyla daha etkin baş etme davranışları gösterdikleri bulunmuştur (Wenzel, 1999; Uçar, 2008). Benzer şekilde, Tiryaki ve ark., (2010) tedavi sürecinde eşleri tarafından desteklendiklerini algılayan kanser hastalarının, kanser ve kanser yaşantısının getirdiği sorunlarla daha etkin baş ettiklerini bildirmektedirler. Babaoğlu Akdeniz (2012) de meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Çalışmada, eşler arası uyum yükseldikçe hastaların hastalık ve hastalık sürecinin getirdiği sorunlarla baş etme biçiminin arttığı bulunmuştur.

Yurt dışındaki çalışmalarla ilgili yapılan literatür taramasında da çıkan sonuçlar bu araştırmayla uyumludur. Literatüre göre, evlilikteki eşler arası uyum, hastanın etkili ya da etkisiz baş etme biçimlerinin kullanılmasında belirleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir. (Romeo, 2008; Watson, 1991; Northouse, 2001). Baider ve ark. da (1996), eşler arası uyumun düşük olduğu kanser hastalarının, hastalığın getirdiği sorunlarla etkili baş edebilme oranının, evliliklerinde ilişkileri uyuma dayalı olan hastalara göre 25 kat daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Margolis ve arkadaşlarının (akt: Doğaner, 2000) yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri olan evli kadın hastaların evlilik uyumlarında hastalık öncesine göre düşme olduğu, bu düşmeyle birlikte depresyon, anksiyete ve spiritual sıkıntı

gibi bazı psikiyatrik semptomlar ortaya çıkmıştır. Romero ve ark. da (2008), meme kanseri tanısı alan kadınların tanı aldıkları tarihten itibaren 8 yıl boyunca evlilik uyumlarını inceledikleri çalışmalarında, eşler arası uyumun kanser tanısı aldıktan 3 ay sonra giderek azaldığını ve buna paralel olarak hastaların, baş etme biçimlerinin var olan sorunları çözmede yetersiz kaldığını, daha fazla psikiyatrik semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir. Fobair ve ark (2006), yaptıkları çalışmada, evlilikte mutsuz paylaşımları olan eşlerin hasta kanser tanısı aldıktan sonra, çatışma ve anlaşmazlıklarının giderek arttığını ve bu durumun özellikle kanser tedavisinin yoğun bir şekilde sürdüğü ilk bir yıllık dönemde ortaya çıktığını vurgulamışlardır. Hastanın duygusal ve sosyal olarak desteğe en çok ihtiyaç duyduğu bu dönemde çatışmaların giderek şiddetlenmesi evliliklerin sonlanmasına; bu durum da meme kanseri olan hastanın bugüne kadar süregelen baş etme örüntülerinin ve destek faktörlerinin yetersiz kalmasına ve buna bağlı olarak da suçluluk, kendine güvensizlik, yalnızlık ve geleceğe ilişkin ümitsizlik gibi olumsuz ve yıkıcı duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Anuk , 1997; Hisli, 1994; Watson, 1991).

Sherman ve ark.nın (2009) meme kanseri tanısı almış hasta ve eşleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş olup eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir. Kraemer ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada, kanser tanısının ardından bu yeni ve zorlu süreçte kendisinin duygusal ve sosyal olarak yeterince desteklenmediğini algılayan hastalarda suçluluk, yalnızlık, umutsuzluk, eşe ve kendisine öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıktığını belirtirken bu duyguların hastanın, kanser yaşantısının oluşturduğu diğer sorun alanları ile baş etmesine olumsuz etkilerinin olduğunu vurgulamışlardır. Birbirini koruyan, duygu paylaşımı olan, sağlıklı iletişimin hakim olduğu yani eşler arası uyumun yüksek olduğu evliliklerde kansere bağlı olarak gelişen sorunların ve evlilik ilişkisine olan olası etkilerinin paylaşılabildiği ve buna bağlı olarak da hastanın kansere ilişkin fiziksel ve ruhsal sorunların çözümünde daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Wenzel, 1999; Matchim, 2011; Tiryaki, 2010). Buna göre hastanın evlilik uymu yükseldikçe yas tepkisi düzeylerinin azalacağı

düşünülmektedir. King ve ark. (2000) ise birbirini destekleyen, koruyan ve uyuma dayalı evlilik paylaşımları bulunan eşlerde gerek kanserin oluşturduğu gerekse de günlük yaşamın getirdiği sorun alanları ile hastaların daha etkin baş edebildiklerine değinmişlerdir. Konuyla ilgili gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da evlilik uyumu yüksek olan, ortak karar verilebilen evliliklerde meme kanseri olan hastaların mastektomi gibi radikal tedaviler sonucu ortaya çıkabilen fiziksel değişimler, beden imajı sorunları ve bunları takiben cinsel fonksiyon bozuklukları gibi evlilik yaşantısını olumsuz etkileyebileceği düşünülen sorunlarla daha etkin baş edebildikleri belirtilmiştir (Drageset , 2010; Romero, 2008; Wenzel, 1999; Önen Sertöz O, 2004).

Görüldüğü üzere kanser hastalarında yas tepkileri ile evlilik uyumu arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum bu çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır. Buna göre evlilik uyumu iyi olan hastaların yas tepkilerinin daha düşükken; yas tepkileri yoğun olan hastaların evlilik uyumlarının daha düşük olacağı beklenmektedir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ışığında, gelecekte yapılacak araştırmalar ve uygulamalar için bazı öneriler sunmak mümkündür:

1. Bu araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir. İlgili değişkenler açısından daha geniş örneklemeler üzerinde yeni araştırmalar yapılabilir.
2. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Gelecekte aynı konuda boylamsal araştırmalar yapılabilir.
3. Bu araştırmada yas tepkisi ile evlilik uyumu arasında olumsuz yönde zayıf bir ilişki ($r=-.25$) olduğu saptanmıştır. Bu düşük bir oran olmasına rağmen ileride bu konuyla ilgili yordama çalışmaları yapılabilir.

4. Bu araştırmada sadece kanser hastaları ele alınmıştır. Gelecekte kanser hastalarının eşlerinin de araştırmaya dahil edileceği çalışmalar planlanabilir.
5. Bu çalışmada kanser hastalarında sadece yas tepkileri ile evlilik uyumu değişkenleri incelenmiştir. Literatür incelendiğinde, kanser hastalarında umut, depresyon, anksiyete ve eş desteği hakkında yapılan çalışmaların çoğunlukla meme kanseri hastalarında yapıldığı görölmektedir. Bu nedenle gelecekte tüm kanser hastalarının ele alınacağı ve bu değişkenlerin araştırmaya dahil edileceği çalışmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR

Açık, Ö. (2008). *Evlilik uyumu ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Akar, H. (2005). *Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan çiftlerde; çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Aliustaoğlu, M. (2009). Temel kanser fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(3):46-49.

Altuğ B, Kaya N, Encirli Ş, Dura S, Kucur R. (1995). *Kanser hastalarında psikiyatrik semptom dağılımı*. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Konya; 268-272.

Anderson, S.A., Russel W.R., Schumm, J. (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories: a further analysis. *Journal of Marriage and the Family*. 45(2):127-139.

Anuk D. (1999). *Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi*. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı: Düz: Özkan S, İstanbul;160-173.

Anuk, D. (1997). *Kanser hasta ve eşlerinin anksiyete-depresyon düzeyleri ile evlilik niteliğinin sosyal çalışma açısından araştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Aranda, S., & Milne, D. (2000). *Guidelines for the assessment of complicated bereavement risk in family members of people receiving palliative care*. Melbourne: Centre for Palliative Care.

Arslan, S., Bölükbaşı, N. (2003). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6:38-47.

Aslan Ö., Sekmen K., Kömürcü Ş., Özet A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 11(2). Sf: 18.

Ateşçi FÇ., Oğuzhanoglu NK., Baltalarlı B., Karadağ F., Özdel O., Karagöz N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14, 145-152.

Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(4): 197-204.

Avuçan E. E., İmrek M., Karaboğa I. (2006). *Kanserin Psikososyal Yönleri*. *Türk Psikoloji Bülteni*, Temmuz 2006, Yıl: 12, Sayı: 38, s. 81.

Azizoğlu-Binici S., Hovardaoğlu S. (1996). Evlilik için karşılaştırma düzeyi ölçeğinin (ekdö) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, (38):66-76.

Babaoğlu Akdeniz, E. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):53-60.

Baider L., Peretz T., Hadani PE., Koch U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. *General Hospital Psychiatry*;23:272-277.

Barling, J. (1994). Effects of husbands. work experiences on wives' marital satisfaction. *The Journal of Social Psychology*,124: 219-225.

Benkel I., Wijk H., Molander U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliat Med.*, 23(2):141-9.

Berterö C. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nurs Health Sciences*, 2:93-101.

Berterö C. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nurs Health Sciences*, 2:93-101.

Bonanno GA., Kaltman S., (2001). The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*, 21:705-34.

Bowlby J. (1973). *Seperation*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Volume 1: Attachment. New York: Basic Book.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, Vol.3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.

Broderick, J.E., O'Leary, K.D. (1986). Contributions of affect, attitudes and behavior to marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Phychology*. 54(4):514-517.

Burgess E.W. (1939). Predictive factors in the success or failure of marriage. *Living*,1(1),1-3.

Büyükşahin A., Hovardaoğlu S. (2004). Çiftlerin aşka ilişkin tutumlarının Lee'nin çok boyutlu aşk biçimleri kapsamında incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19:59-72.

Chen M.L. (2003). Pain and hope in patients with cancer. *Cancer Nurs*, 26(1): 61-67.

Chung, H. (1990). Research on marital satisfaction: a critical review. *Family Science Review*, 3(1), 41-64.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. Taylor & Francis e-Library.

Çelik, C.K. (2006). *Eğitim yöneticilerinin mesleki tükenmişlikleri ile evlilik doyumları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı. Tokat. Çelik, M. Evlilik doyumu ölçeği geliştirme çalışması, Çukurova Üniversitesi Doktora Tezi, Adana.

Çelik, M. (2006). *Evlilik doyumu ölçeği geliştirme çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.

Çevik A., Öncü B. (1995). Normal ve patolojik yaş kliniğinin çok boyutlu incelenmesi ve tedavi ilkeleri. *Psikiyatri Bülteni*, 3(3):109-14.

De Nour AC., Manor O., Hadani PE., Baider L., et al. (1996). *Mutuality of fate: Adaptation and psychological distress in cancer patients and their partners*. In: in Baider L, Cooper CL, Kaplan De Nour, editors. *Cancer and the family*. Chichester, England: John Wiley & Sons. p. 173-85.

Demiray, Ö. (2006). *Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi*. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Diyarbakır.

Doğaner M. (2000). Meme kanserinde farklı tedavi tekniklerinin psikososyal etkileri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 16-9.

Drageset S., Lindstrom TC., Underlid K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs*, 66:149-58.

Elbi, H. (1998). Psiko– onkoloji. *3P Dergisi*; 6: 5- 7.

Engel, G.L. (1961). Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*, 23.

Eraslanlı, K. ve Kalkan, M. (2008). *Evlilik ilişkilerini geliştirme kuram ve uygulama*. (1.baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N. & Alpkan, R. L. (2005). Evlilik uyumu. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18(1): 39-47.

Erdoğan, S. (2007). *Evlilik Uyumu ile Psikiyatrik Rahatsızlıklar, Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara.

Erkurt, M., Kuku, İ., Kaya, E., Aydoğdu, İ. (2009). Kanser kemoterapisi ve böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16:63-68.

Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nurs*, 21:1-9

Fışıloğlu H., & Demir A. (2000). Applicability of the dyadic adjustment of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214-218.

Fışıloğlu, H, Demir, A. (2000). Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 214-218.

Fleming, S., ve Robinson, P. J. (2001). *Grief and cognitive behavior therapy: The reconstruction of meaning*. M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, ve H. A. W. Schut, (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care içinde* (647–670). Washington DC: American Psychological Association Press.

Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, et al. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15:579-94.

Freud S. Yas ve melankoli. Çev. Uslu R, Berksun OE (1997). *Kriz Derg*, (2):98-103.

Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.

Goldman, L. (1946). *Life & loss: A guide to help grieving children*. Philadelphia: Accelerated Development Inc, Muncie India.

Göka, E. (2010). *Ölme*. (2. Baskı). İstanbul: Tivmaş Yayınları.

Grych, J.H., Seid, M., Fincham, F.D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perception of interparental conflict scale. *Child Development*, 63, 558-572.

Guyton, A.C., Hall, J.E. (2007). *Tıbbi Fizyoloji*. 11. Baskı. Çev. Ed.: H. Çavuşoğlu, B. Ç. Yeğen. İstanbul: Nobel. s.: 1023-1024.

Güven N. (2005). *İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar ve Evlilikte Problem Çözme Becerilerinin Evlilik Doyumu İle İlişkisi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Habib, B. (2009). *Manik-Depresif Psikozlar ve Nesneyle Kurulan İlk İlişkiler*. http://www.icgoru.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=329.

Hadju, L.S. (2011a). *A note from history: landmark in history of cancer*, Part 1. *Cancer*, 117(5): 1097-1102.

Hallaç S, Öz F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 3(4):595-610.

Hamilton, G.V. (1929). A research in marriage. In H.J., Locke, & K.M., Wallace (1959). Short marital adjustment prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.

Hashmi, H. A., Khurshid, M., & Hassan, I. (2007). Marital adjustment, stress and depression among working and non-working married women. *Internet Journal of Medical Update*, 2(1), 19-26.

Herkert, B. M. (2000). Communicating grief. *Omega*, 41(2), 93-115.

Hisli ŞN., Durak A. (1994). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10:56-73.

Hogan, N. S., Greenfield, D. B., & Schmidt, L. A. (2001). *Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist*. *Death Studies*, 25, 1-32.

Hortaçsu, N. (1991). *İnsan ilişkileri*. Ankara: İmge Yayınevi.

http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf

<http://www.haberler.com/dunya-saglik-orgutu-dunya-kanser-dalgasiyla-karsi-5624875-haberi>

Inoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, et al. (2003). Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*, 11:178-84.

İçli, F. (1997). *Tıbbi Onkoloji*. Ankara: Anıtip A. Ş. Tıp kitapları.

J. Ferlay, P., Autier, M., Boniol, M., Heanue, M., Colombet & P. Boyle. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18: 581-592.

Jacobs S. (1993). *Pathologic Grief: Maladaptation to Loss*. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.

Janoff-Bulman, R. ve Berg, M. (1998). *Disillusionment and the creation of value: From traumatic loss to existential gains*. J. Harvey (Ed.) *Perspectives on Loss: A Source book* içinde (35-48). Washington, DC: Taylor & Francis.

Johnson, D.R., Amazola, T.O. & Booth, A. (1992). Stability and developmental change in marital quality: a three wave panel analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 582-594.

Johnson, D.R., White, L.K., Edwards, J.N. ve Booth, A. (1986). Dimensions of marital quality: Towards methodological and conceptual refinement. *Journal of Family Issues*, 7, 31-49.

Jose, O., & Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 73-85.

Kalkan, M. (2002). *Evlilik İlişkisini Geliştirme Programının, programa katılan eşlerin evlilik uyumu üzerindeki etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ondokuzmayıs Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Samsun.

Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Karpat, D. (2011). *Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kastro, R.M. (1998). *Evlilik içi uyum ve depresyon: Evlilik ilişkisinin niteliği ve eşlerde semptom oluşumu hakkında bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kaunonen, M. (2000). *Support for family in grief*. Unpublished doctoral dissertation, University of Tampere, Tampere.

King MT., Kenny P., Shiell A., Hall J., et al. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res*, 9:789-800.

Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Economic stress and marital adjustment among couples: Analyses at the dyadic level. *European Journal of Social Psychology*, 34, 519-532.

Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychol Health*, 26:1571-88.

- Kirkpatrick, C. (1937). Factors in marital adjustment. *American Journal of Sociology*, 43(2), 270-283.
- Kitamura, T., Aoki, M., Fujino, M., Ura, C., Watanabe, M., Watanabe, K. and Fujihara, S. (1998). Sex differences in marital and social adjustment. *The Journal of Social Psychology*, 138(1), 26-32.
- Klein, M. (1940). Mourning and its Relation to Manic-Depressive States. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 125-153.
- Kraemer LM, Stanton AL, Meyerowitz BE, Rowland JH, et al. (2011). A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *J Fam Psychol*, 25:963-72.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Routledge. Macmillan, NY.
- Kutlu, R, Çivi, S., Börüban, M.C., Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniv. Tıp Derg.*, 27: 149-153.
- Lindemann E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatr*, 101:141-148.
- Lindemann, E. (1979). *Beyond Grief: Studies in crisis intervention*. New York: Jason Aronson.
- Locke, E.A. (1968). Toward a theory of task performance and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Longo, D. C, & Bond, L. (1984). Families of the handicapped child: research and practice. *Family Relations*, 33, 57-65.

Lye, D.N., Biblarz, T. J. (1993). The effects of attitudes to ward family life and gender roles on marital satisfaction. *Journal of Family Issues*, 14(2): 157-188.

Malkinson R. (2009). *Bilişsel Yas Terapisi. Bir yakını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma*. (Çeviri: Akbaş SN). Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara: HYB Basım Yayın.

Matchim Y., Armer JM., Stewart BR. (2011). Mindfulness-based stress reduction among breast cancer survivors: a literature review and discussion. *Oncol Nurs Forum*, 38:E 61-71.

Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R. Reynolds, C.H., Brent, D. (2003). Predictors of Complicated Grief among Adolescents Exposed To a Peer's Suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 21-34.

Merkle, C. J., Loescher L.J. (2005). *Biology of cancer*. In: Cancer Nursing Principles and Practice. Ed.: S. L. Groenwald, United State of America: Jones and Bartlett Publishers, p.: 3-25.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, et al. (2007). Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 24:270-6.

National Cancer Institue. (2012). *Spirituality in cancer care*. National Institue of Health. Erişim Tarihi: 18.07. 2014.

Northouse L., Templin T., Mood D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med*, 24:115-36.

O'Leary, K. D., & Smith, D. A. (1991). Marital interactions. *Annual Rewiev of Psychology*, 42, 191-212.

Oates, M. (2003). Understanding the grief process: A first step to helping clients. *TCA Journal*, 31(1), 29-39.

Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-6.

Ostroff J, Steinglass P. (1996). *Psychosocial adaptation following treatment: a family systems perspective on childhood cancer survivorship*. In: Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour A, editors. *Cancer and the family*. Chichester, England: John Wiley & Sons. p. 129-48.

Ott, C.H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27,249-272.

Önen Sertöz O., Elbi Mete H., Noyan A., Alper M., et al. (2004). Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. *Türk Psikiyatri Derg*, 15:264-75.

Önen Sertöz Ö., Elbi Mete H., Noyan A. ve ark. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4):264-275.

Özaydınlık Ş. (2014). *Evli Çiftlerin Evlilik Uyumu ile Kişilik Özellikleri ve Romantik İlişkilerindeki Sosyal İlginin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. İstanbul. Sf: 23.

Özgüven, İ. E. (2000). *Evlilik ve aile terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları.

Özkan S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul.

Özkan S. (1999). *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, Düz: Özkan S, İstanbul; 140-153.

Papac, J.R. (2001). *Origins of cancer therapy*. Yale Journal of Biology and Medicine, 74(6): 391-398.

Parkes, C. M. (2001). *A historical overview of the scientific study of bereavement*. In Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., ve Schut H. (Eds.), *Handbook of*

bereavement research: Consequences, coping, and care (ss. 25-46). Washington, DC: APA.

Parkes, C.M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry*, 33, 444-467.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M. ve ark. (2009). *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11*. PLoS Med, 6(8).

Rando, T.A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Roach, A.J. , Frazier, L.P., & Bowden, S.R. (1981). The marital satisfaction scale: development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, 43(3): 537-546.

Romero C., Lindsay JE., Dalton WT., Nelson DV., et al. (2008). Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. *Psychooncology*, 17:237-43.

Rubin, S.S. (1981). A two-track model of bereavement: theory and application in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51,101-109.

Rubin, S.S. (1984). Mourning Distinct from melancholia. *British Journal of Medical Psychology*, 57,339-345.

Rubin, S.S. (1986). Child death and the family: parents and children confronting loss. *International Journal of Family Therapy*, 7, 377-388.

Rubin, S.S. (1999). The two-track Model of Bereavement: prospects and retrospect. *Death Studies*, 23, 681-714.

Sabatelli, R.M. (1988). Exploring relationship satisfaction: a social exchange perspective on the interdependence between theory, research and practice. *Family Relations*, 37(2), 217-222.

Sardoğan, M.E. ve Karahan, F.T. (2005). Evli Bireylere Yönelik Bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programının Evli Bireylerin Evlilik Uyum Düzeylerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 38(2), 89-102.

Saxton, L. (1982). *Marriage. The nature of marriage, the individual marriage and the family*. (5.Edith). California, Wadsworth Publishing Company Belmont, A Division of Wadsworth, Inc. 216-224.

Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J.B., Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*, 10, 55.

Schwartzberg, S.S. ve Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the Search for Meaning: Exploring the Assumptive Worlds of Bereaved College Students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10 (3), 270-288.

Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, et al. (2009). Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum*, 36:E185-97.

Singer, G, H, S., Irvin, L, K., Irvine, B., Hawkins, N, J., & Cooley, E, (1989). Evaluation of communities-based support services for families of persons with developmental disabilities. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*; 14(4), 312-323.

Spainer, G.B. (1979). The measurement of marital quality. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 3.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15–28.

Sporakowski, M. J., & Hughston, G. A. (1978). Prescriptions for a happy marriage: Adjustments and satisfactions of couples married for 50 or more years. *The Family Coordinator*, 27, 321-327.

Stroebe, M. S. ve Schut, H. (2001b). *Meaning making in the Dual Process Model*. R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss içinde* (55-73). Washington, DC: American Psychological Association.

Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W. ve Schut, H. (2001). *Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement*. In Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., ve Schut H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (ss. 3-22). Washington, DC: APA.

Süreyya Ö. (2006). *Kanser Hastalarının Yaşadığı Semptomlar ile Tedavi Kararını Değerlendirme ve Yaşam Tutum Profili Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi.

Şendil, G. ve Kızıldağ, Ö. (2005). *Evlilik çatışması ve çocuk*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.

Şenelmiş, H. (2006). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 14 (1): 1-20.

Şener, A. ve Terzioğlu, G. (2002). *Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması*. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

Şener, A.& Terzioğlu, G. (2008). Arkadaşlık İlişkilerinin Evlilik Uyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar Dergisi*.

Tezer E. (1994). Evli eşler arasındaki çatışmalar ile çeşitli demografik değişkenlerin evlilik doyumuna etkisi: kadın eşin bir işte çalıştığı ve çalışmadığı eşler üzerinde bir araştırma. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2(3):209-217.

Tezer, E. (1996). Evlilik İlişkisinden Sağlanan Doyum, Evlilik Yaşam Ölçeği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(7), 1-7

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

Tufan B. (1983). Aile içi ilişkilerin ruh sağlığına etkisi üzerine bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, 1:1-9.

Tuncay T. (2010). Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 21. Sayı.

Tuncay, T. (2009). “Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-88.

Turan AH. (1992). *Kanser hastalarında anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü prevelansı ve bunların psikososyal durumla ilişkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü.

Tutarel-Kışlak Ş. (1999). Evlilik Uyumu Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *3P Dergisi*, 7: 50-7.

Tutarel-Kışlak, Ş. (2002). *İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İMÖ): Güvenirlik ve geçerlik çalışması*. *Kriz Dergisi*, 10, 37-44.

Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çabukça, F. (2002). Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum*, 2(5), 35-42.

Tümer AB. (1998). *Evli çiftlerde gözlenebilen çatışma odakları ve iletişim sorunları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. (2000).

Uçar T., Uzun Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4:162-8.

Ulu, S. (2008). *Yetişkinlikte Algılanan Anne Baba Tutumları ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı.

Ülger E., Alacacıoğlu A., Gülseren A.Ş., Zencir G., Demir L., Tarhan M.O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85 – 92.

Ünver, S.A. (1938). Türk Tıp Tarihinde Kanser ve Tedavisine Dair. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 1 (5), 673-678.

Üstüner, Z., Taş, F.(2011). *Kanser Tedavi Prensipleri İçinde: İç Hastalıkları Onkoloji*. Ed.: H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, p.: 43-67.

Volf C., Buddeberg C., Sieber, M., Riehl, E.A., et al. (1991). Coping strategies and course of disease of breast cancer patient. *Psychotherapeutic Psychosomatic*, 55:151-6.

Volkan, V. (2010). *Gidenin Ardından*. İstanbul: Oa Yayınları.

Watson M., Greer S., Rowden L., Gorman C., et al. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med*, 21:51-7.

Weiss RS. (2001). *Grief, bonds, and relationships*. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (eds). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC; APA:47-62.

Wenzel LB., Fairclough DL., Brady MJ., Cella D., et al. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86:1768-74.

Whisman, M., Delinsky, S. (2002). Marital satisfaction and an information-processing measure of partner schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 26:617.

White P, Ferszt G. (2009). Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(4):231-40.

WHO (2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim:[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx]. Erişim Tarihi:11.08.2014

WHO. 20/11/2011, 2011, Ağ Sitesi: <http://www.who.int/cancer/en>

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., Dijkstra, I. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *J Consult Clin Psychol*, 73 (4), 617-623.

Wikler, L., Wasow, M., & Hatfield, E., (1981). Chronic sorrow revisited: parent vs. professional depiction of the adjustment of parents of mentally retarded children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(1), 63-70.

Worden, J. W. (1991). *Yas danışmanlığı ve yas terapisi*. Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı(B. nc, ev.) Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Worden, W. (2001). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Brunner-Routledge.

Yalom, I. (2008). “Güneşe Bakmak-Ölümle Yüzleşmek” Çev. Zeliha İyidoğan Babayığıt, Kabalcı Yayınevi, İstanbul. Elbi H. Psiko– onkoloji. 3P Dergisi 1998; 6: 5- 7.

Yazgan, E.Ö. (2014). *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 11-16.

Yener, N. (1973). Meme Kanseri. *Ankara Hastanesi Dergisi*, 8 (1), 5-13.

Yıldırım İ. (1993). Evli bireylerin uyum düzeni. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1(3):249-257.

Yıldırım, Ş. & Fışiloğlu, H. (2005). Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi (HYTL) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(15), 11-20.

Yılmaz, A. (2001). Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 4 (1), 1-13.

Yılmaz, A. (2001). Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 4(1), 49-58.

Yörükoğlu, A. (1998). *Çocuk Ruh Sağlığı*. (22. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.

Zhang B., El-Jawahri A., Prigerson HG. (2006). *Update on bereavement research: Evidence based guidelines for diagnosis and treatment of complicated bereavement*. *J Palliative Med*, 9(5):1188-203.

Ek 1: Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı, bu ankette, yüksek lisans tez çalışması doğrultusunda hazırlanan sorular yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyup, size en çok uyan biçimde işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Bu anketlere vereceğiniz cevaplar yalnızca araştırmacı tarafından bilinecektir ve gizli kalacaktır. Cevaplar bireysel değerlendirme amacıyla değil, araştırma amacıyla kullanılacaktır. Verdiğiniz yanıtlar bizim için çok önemlidir. Katılımınız ve araştırmaya yapmış olduğunuz katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sosyal Hizmet Uzmanı Eda ÜLGER

HASTA BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları eksiksiz cevaplayınız.

1. İsim-Soyisim
2. Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın b) Erkek
3. Yaşınız?
 - a) 18 – 30 yaş b) 31-45 yaş c) 46-59 yaş d) 60 yaş ve üstü
- 4) Eğitim Durumunuz?

- a) Okur – yazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e)Yüksek lisans / doktora

5) Mesleğiniz?

6) Aylık ortalama geliriniz ne kadar?

- a) 500- 999TL b) 1000- 1999 TL c) 2000-3999 TL d) 4000 ve üzeri

7) Eşinizle nasıl evlendiniz?

- a) Görücü usulü b) Anlaşarak
c) Zorla d) Kaçarak

8) Kaç yıldır evlisiniz?

- a) 1-5 yıl arası b) 6-10 yıl arası c) 11-15 yıl arası d)16-20 yıl arası e) 21 ve sonrası

9) Çocuğunuz var mı?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü

10) Hastalığınızın türü?

- a) Meme CA b) Pankreas CA c) Kolo-rektal CA d) Testis CA e) Diğer

11) Ne zaman tanı aldınız?

- a) 1 yıldan daha az bir zaman önce b) 1-2 yıl
b) c) 3-5 yıl d) 6 yıl ve üstü

12) Hastalığınız kaçınıcı evrede?

- a) 1. Evre b) 2. Evre c) 3. Evre d) 4. evre

13) Kemoterapi alıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

14) Metastazınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

15) Nüks var mı?

- a) Evet b) Hayır

16) Önceden psikolojik destek aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

EK-2 Hogan Yas Tepkileri Tarama Listesi

HOGAN YAS TEPKİLERİ TARAMA LİSTESİ

Bu anket çocuğunuz **kanser tanısı** aldıktan sonra sizde olabilecek duygu ve düşüncelerin listesinden oluşmaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup, **bugünü de** kapsayacak şekilde geçtiğimiz **iki hafta boyunca** hissetmiş olduğlarınızı en iyi tarif eden ifadenin yanındaki numarayı işaretleyin. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayın.

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Beni hiçbir şekilde tanımlamıyor | 4. Beni iyi tanımlıyor |
| 2. Beni tam olarak tanımlamıyor | 5. Beni çok iyi tanımlıyor |
| 3. Beni oldukça iyi tanımlıyor | |

Örnek maddeler:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Umutlarım kırıldı..... | 1 2 3 4 5 |
| 2. Hayatla başa çıkmayı daha iyi öğrendim..... | 1 2 3 4 5 |
| 3. Üzüntümü kontrol etmekte zorlanıyorum..... | 1 2 3 4 5 |
| 4. Haddinden fazla endişeleniyorum. | 1 2 3 4 5 |

EK 3: Çiftler Uyum Ölçeği

Örnek Maddeler:

ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Her insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ve anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1.Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.						
2.Eğlenceyle ilgili sorular						
3.Dini konular						
4.Muhabbet, sevgi gösterme						
5.Arkadaşlar						
6.Sevgi gösterme.....						