



**T.C.**

**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ HASTALARININ CERRAHİ MÜDAHELE ÖNCESİ  
ve SONRASI EVREDE GESTALT TEMAS BİÇİMLERİNİN BAŞA  
ÇIKMA BİÇİMLERİNE ETKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Öğrencinin Adı Soyadı: Gözdem Özdem**

**Öğrenci No: 145181100**

**Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Ceylin Özcan**

**OCAK, 2018**



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**MEME KANSERİ HASTALARININ CERRAHİ MÜDAHELE ÖNCESİ  
ve SONRASI EVREDE GESTALT TEMAS BİÇİMLERİNİN BAŞA  
ÇIKMA BİÇİMLERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Projeyi Hazırlayan: **GÖZDEM ÖZDEM**

## **KABUL ve ONAY**

Gözdem Özdem tarafından hazırlanan ‘Meme Kanseri Hastalarının Cerrahi Müdahale Öncesi ve Sonrası Evrede Gestalt Temas Biçimlerinin Başa Çıkma Biçimlerine Etkisi’ Adlı başlıklı bu çalışma, savunma tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Tezin/Raporun Türü olarak kabul edilmiştir.

Başkan:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

**YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘Meme Kanseri Hastalarının Cerrahi Müdahale Öncesi ve Sonrası Evrede Gestalt Temas Biçimlerinin Başa Çıkma Biçimlerine Etkisi’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiği ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

**Öğreninin Adı SOYADI**

**ONAY**

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım;

..... Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

.....Tezimin sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.

.....Tezimin .....yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

**Öğrencinin Adı SOYADI**

# GİRİŞ

<b>1.BÖLÜM: TEZİN HAZIRLANMASI.....</b>	<b>10</b>
1.1. Giriş .....	10
1.2. Konu Seçimi.....	10
1.3. Konunun Sınırlandırılması.....	11
1.4. Çalışmanın Hipotezi.....	11
1.5. Çalışmanın Amacı.....	12
1.6. Çalışmanın Yöntemi .....	12
1.7. Çalışmanın Geçici Planı.....	13
<b>2.BÖLÜM: TEMEL İLKLERLER ve KAVRAMLAR.....</b>	<b>14</b>
2.1: Meme Kanseri Kavramı – PSİKOSOMATİK: Tıp ve Psikoloji.....	17
2.1.1:Meme Kanseri Tanımı ve Belirtileri.....	17
2.1.2: Meme Kanseri ve Travma.....	18
2.1.3: Meme Kanserinin Toplumsal Yönü.....	25
<b>2.2:Meme Kanserinde Tedavi.....</b>	<b>25</b>
2.2.1:Meme Kanserinin Cerrahi Yönü.....	26
2.2.1.1:Koruyucu Cerrahi Girişim.....	26
2.2.1.2:Mastektomi.....	27

2.2.2:Meme Kanserinde Tedavi: Kemoterapi.....	27
2.2.2.1:Kemoterapinin Fiziksel Süreci.....	28
2.2.2.:Kemoterapinin Psikolojik Süreci.....	28
2.2.3:Meme Kanserinde Tedavi:Hormonal Tedavi.....	29
<b>2.3:Gestalt Psikolojisi.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4:Gestalt Temas Sınırı.....</b>	<b>30</b>
2.4.1:Beden Sınırları.....	34
2.4.2:Değer Sınırları.....	36
2.4.3:Tanıdıklık Sınırları.....	36
2.4.4:İfade Sınırları.....	36
2.4.5:Dışa Vurma Sınırları.....	36
<b>2.5:Gestalt Temas Süreci.....</b>	<b>37</b>
2.5.1: Birinci Basamak: Duyum.....	37
2.5.2: İkinci Basamak: Farkındalık.....	37
2.5.3:Üçüncü Basamak: Harekete Geçme.....	37
2.5.4:Dördüncü Basamak: Hareket.....	37
2.5.5:Beşinci Basamak: Temas.....	37
2.5.6:Altıncı Basamak: Doyum.....	37
2.5.7:Yedinci Basamak: Geri Çekilme.....	37
<b>2.6:Gestalt Temas Engelleri.....</b>	<b>38</b>
2.6.1:İçe Verme.....	39

2.6.2:Dışa Yansıtma.....	40
2.6.3:Kendine Çevirme.....	41
2.6.4: Yön Değişirme.....	43
2.6.5:Sınırların Yokluğu.....	45
2.6.6:Duyarsızlaştırma.....	46
2.6.7:Yardım Eden Sendromu.....	47
2.6.8:Çekilme.....	48
<b>2.7:Gestalt Temas Engelleri Kavramı.....</b>	<b>49</b>
2.7.1:Temas .....	49
2.7.2:Tam Temas.....	49
2.7.3:Bağımlı Temas.....	49
2.7.4:Temas Sonrası.....	50
<b>3. BÖLÜM: YÖNTEM.....</b>	<b>50</b>
3.1.Örnekleme.....	51
3.2. Veri Toplama Araçları.....	51
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	51
3.2.2:Gestalt Temas Engelleri Ölçeği.....	51
3.2.3:İşlem.....	51



<b>4.BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>53</b>
<b>5.BÖLÜM: GESTALT PSİKOTERAPİSİ.....</b>	<b>94</b>
5.1. Gestalt Psikoterapisi.....	94
<b>6.BÖLÜM: TARTIŞMA ve SONUÇ.....</b>	<b>98</b>
<b>7.BÖLÜM: SINIRLILIKLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>105</b>
<b>8.BÖLÜM: KAYNAKÇA.....</b>	<b>106</b>
<b>9.BÖLÜM: EKLER.....</b>	<b>110</b>

# 1.BÖLÜM

## 1.1.GİRİŞ

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamını devam ettirebilmek, gereksinimlerini tespit edip onları karşılayabilmesi için çevresinde bulunan diğer insanlar ile bir arada yaşama halindedir. Bu durum insanı sosyal bir yapı içerisinde diğer insanlarla; başka bir ifadeyle çevresiyle temas kurmasına, ilişkiye girmesine yol açar. İnsanoğlu temas kurarken; dokunarak, görerek, işiterek, tadarak, koklayarak, konuşarak ve hareket ederek gerçekleştirir. Temas kavramını çok fazla vurgulayan, hatta bu yönüyle diğer tüm terapi yaklaşımlarından ayrılan yaklaşım türü ise 'Gestalt Terapi'dir.

### **Konu Seçimi:**

Gestalt terapisinde temas ifadesi bireyi anlamada önemli bir kavram olarak kabul edilir. Polster ve Polster<sup>1</sup>, teması bireyi dünya ile ilişkide kılan bir araç olarak tanımlamıştır ve bireyin ancak temas yoluyla dünya ile ilişkiye geçerek büyüüp gelişebileceğini belirtmiştir. Laura Perls'e<sup>2</sup> göre temas başkalarının tanınması, farkların farkındalığı, ben ve başkalarının sınırlarının yaşanmasıdır. Temas süreci, bireyin çevresi ile yaşanabileceği bir süreç olduğu kadar aynı zamanda bireyin kendisi ile de yaşanan bir süreç olma ile de bilinir. Bireyin kendisi ile temasında kendi bedeni, duygu ve düşünceleri ile teması söz konusudur. Çevre ile temasında ise kişinin geçmiş, gelecek ve şimdide yaşanan olaylar ile tanımlanır. Organizmanın büyüme ve öğrenmesini sağlayan temas, bir şeye kendiliğinden dikkat etme ya da diğerleriyle birlikte olma olarak da tanımlanır. Temas kavramı sadece birey ile çevre arasında değil, bireyin kendisi ile teması şeklinde de yaşanabilmektedir.

---

<sup>1</sup> Polster, E.&Polster, M.(1974). Gestalt therapy integrated. Vintage Books:USA

<sup>2</sup> Perls,F.S.(1973). Gestalt approach eye witness to therapy science and behaviour. United States of America Books:Inc

### **Konunun Sınırlandırılması:**

Gestalt terapi yaklaşımına göre birey temas biçimlerini kullanarak kendi ihtiyaçları ile çevresinin talepleri arasındaki dengeyi sağlama halindedir. Gestalt yaklaşımına göre kişi ve çevre arasındaki bu dengelenme durumu bir döngü şeklinde devam eder. Bireyler bazı durumlarda temas biçimlerini sağlıklı biçimde kullanarak temas döngüsünün hareketini engellerler. Temas engellerini bu şekilde kullanan bireyler, ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamazlar. Temas engelleri farklı bir alanda değil bireyin kendi temas sürecinde oluşur<sup>3</sup>.

Gestalt terapiye göre temas yaşantıdaki fenomenolojik süreçtir. Temas döngüsü; temas öncesi, temas, tam temas ve temas sonrası olmak üzere dört aşamadan oluşur. Ancak bazı bireylerin bazı olası durumlarda temas biçimlerini sağlıklı kullanması sonucunda temas döngüsünün hareketini engellerler. Bireyin ihtiyaçların karşılanamaması temas biçimlerinin sağlıklı kullanılması sonucunda temas engellerinin ortaya çıkmasıdır. Özetle; ben ile başkaları ile temasa geçerken ortaya çıkan ilişki çarpıtmaları ya da temasın yön değiştirmesi temas engellemeleri olarak adlandırılır<sup>4</sup>.

### **Çalışmanın Hipotezi:**

Çevre ile temasa geçerken ortaya çıkan ilişki çarpıtmaları veya temasın yön değiştirmesi temas engellemeleri olarak adlandırılmıştır. Bu temas engellemeleri ise; içe verme, dışa yansıtma, kendine çevirme, yön değiştirme, sınırların yokluğu, yardım eden sendromu, çekilme olmak üzere toplam yedi adettir. Temas engelleri kişilik özellikleri değildir; kişiliğin gelişimsel sürecini tanımlamaktadır<sup>5</sup>. Bu bağlamda, “meme kanseri teşhisi almış kadınların kurdukları temas biçimleri hangileridir ya da nasıldır?” sorusundan yola çıkılmıştır.

İnsanoğlı patolojik süreçleriyle bitirilmemiş işlerini tamamlama eğilimdedir. Bu süreç içerisindeken yani meme kanseri tanısı aldığı anda birey, geçmişte yaşanan ancak bitirilmemiş meseleleri kendisinin bugününe yansır; bireyin ruhsal durumu hafif ya da orta seyirli depresif bir tablo ile karşımıza çıkabilir.

---

<sup>3</sup> Bloom, J.D.(2009). Commentary I:The cycle of experience re-cycled:then, now next. Lets's go round again: Cycle of experience or sequence of contact.Dan Bloom has another go with Sean Gaffney. Gestalt Review, 13 (1), 24-36.

<sup>4</sup> Voltan-Acar,N. (2006). Ne kadar farkındayım?Gestalt terapi. Ankara: Nobel Yayıncılık

<sup>5</sup> Jacobs,S. (2007).The implementation of Humour as deflective technique in contact boundary disturbance.Mastre of Diaconiologh, Universty of South Africa.

### **Çalışmanın Amacı:**

Bu araştırmada Meme kanseri tanısı almış kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada cerrahi müdahale öncesi ve sonrasındaki evrede temas engellemelerinin kanser tanısı sonrası tedavinin aşamalarında; tanıyı öğrenip opere olduğu birinci evre, 2. kez kemoterapi aldığı ve saçlarının dökülmesi sürecine eşlik eden ikinci evre ve kemoterapi sonrasında tedavinin tamamlandığı üçüncü evrede yaşanan sıkıntıların farklılıklarını ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirildi.

Meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda depresyon, öfke, anksiyete, belirsizlik, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, kadınsı özelliklerini kaybetme, beden imgesinin bozulması, gibi psikolojik sorunlara neden olur. Unutulmamalıdır ki bunlar kişinin sürece adaptasyon yanıtlarıdır ve beklenir. Kanser tedavisinde uygulanan tedaviler ve bu tanıyı almak bireyin iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Tedavinin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, hormonal değişiklikler, uyku problemleri en sık karşılaştığımız sorunlar olup bu sorunlarla baş etme sürecinde hastanın çevre ile kurduğu temas biçiminin yaşam fonksiyonlarını da etkilemektedir.

### **Çalışmanın Yöntemi:**

Olmayan davranışlarının etkilerini belirleyerek sonuçların ilgili literatüre ve alanda yapılacak çalışmalara katkı göstermektir. Bu ilişkilerin araştırılması için Kişisel Bilgi Formu ve Gestalt Temas Engellemeleri Ölçeği kullanılmıştır. İlişkilerin saptanması durumunda, bu ilişkilerin ölçülebilir bir nitelik kazanabilmesi için verilerin analizinde İstatistiksel programlardan olan SPSS v22.0 kullanılmıştır.

### **Kullanılan testler,**

- Tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler)
- Manova - Wilks Lambda
- Tekrarlı ölçümler analizi (Repeated measures)
- Pearson Korelasyon analizi

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. 2'den fazla grubun karşılaştırılmasında anova- Wilks lambda sonucu kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

### **Çalışmanın Geçici Planı:**

Çalışmamızda meme kanseri tanısı almış kadınların temas engellerini eğitim düzeyi, sosyo- ekonomik düzey, alkol ve sigara kullanım durumu, estetik operasyon isteyip istememe durumu gibi yaşamlarını en çok geçirdikleri ve onları en çok etkileyen yer- olay değişkenlerine göre; tanıyı öğrendiklerinde yapılan cerrahi girişim, sonrasındaki kemoterapi evresi ve kemoterapinin sonlanması aşamalarında farklılaşıp farklılaşmayacağını araştırmaktır. Bütüncülük, alan kuramı ve fenomenolojik yaklaşım özelliklerini içeren Gestalt terapide, birey sosyal çevresinden ve kültüründen bağımsız olarak düşünülemez. Bir başka deyişle, Gestalt terapiye göre, insanların kullandığı temas biçimleri içinde buldukları sosyal çevre ve yaşam alanları ile ilgili özellikleriyle anlam kazanır. Bu bağlamda kanser hastalarının tanıyı öğrendikleri anda verdikleri tepkilerin travmatik bir etki yaptığını destekleyen birçok araştırma literatürde yer almaktadır.

## 2.BÖLÜM

### TEMEL İLKLERLER ve KAVRAMLAR

#### 2.1: Kanseri Kavramı – PSİKOSOMATİK: Tıp ve Psikoloji

Kanser fiziksel bir hastalık olduğu kadar, ruhsal ve sosyal bileşenleride içinde barındıran günümüz insanın ve tıbbın en güncel sorunlarından biridir. Kanser; kelime anlamıyla korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur.1800’lü yıllarda kanser enfeksiyöz hastalıklar gibi bulaşma riski olan bir hastalık olarak algılanmaktaydı. O dönemlerde ölüme karşı en yaygın tutum kaderci kabullenme olup, hekimin işlevi hastanın rahatlatılması ile sınırlıydı.

1930’lu yıllarda kanserde erken tanı ve radikal cerrahi girişimler dikkat çekmektedir. 1940’lı yıllarda psikosomatik tıp anlayışı ile yeni ufuklar açılmış ve kansere yatkın kişilik, yaşam olaylarının kanser gelişimindeki etkilerine yönelik araştırmalar hızlanmıştır. Takiben, 1950’li yıllarda kemoterapide gelişmelerin sağlanması kansere ilişkin tutum ve beklentileri önemli boyutta etkilemiştir. Bu yıllarda kanserde psikolojik tepkilere ilişkin ilk çalışmalar dikkati çekmiş, kansere ilişkin “ sessiz tutum” sorgulanmaya başlamıştır.1970’li yıllardan itibaren de psiko-onkoloji yavaş yavaş ortaya çıkmıştır<sup>6</sup>.Kanserin hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini, psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser risk ve seyirindeki etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikolojik tıp hizmetlerini sunan, psikiyatrik tıp şemsiyesi içinde kanser psikiyatrisini temsil eden psiko-onkoloji disiplini insan sağlığına ve varoluşuna ilişkin tüm çabaları gündeme getirir.Varoluşsal bir kriz ile kendisini gösteren kanser hastalığının ruhsal ve bedensel bileşenleri histeri ve/veya somatizasyon alanında bedende semptomatolojilerin olması nedeniyle görünür işaretleri tanımlamak daha kolay olacaktır.

---

<sup>6</sup> Holland JC. History of psycho- oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. Psychosom Med. 2002; 64:206-21.

Bir çok kanser türü ve kanser tanısı alan hastalar tarafından bedenlerine yapılan yatırımlar ile ilgili sorunları ortaya koyan histerik yapılanmalar söz konusudur. Ele aldığımızda bunların heterojen seviyede yer alınması olası bir tablodur. Görünüş olarak nevroz dediğimiz öznelde somatizasyonların belirtileri nevrotik bir zihin ürünüdür. Özellikle de Meme Ca tanısı almış kadınların bedenleri ve organları ile ilgili çeşitli şikayetleri yer almaktadır. Vücutlarında ameliyat sonrası kemoterapi ve radyoterpi tedavisine bağlı yan etkilerden; yanma hisleri, sürekli yer değiştiren kas ağrılarının varlığı, dillerinde farklı tatların olması, tat duyumunun azalması ve ara ara diz ve eklem bölgelerine giren krampları ile yakınırılar. Tüm bu yaşananlar ilaçların yan etkisi olduğu kadar kişinin kanser tanısı almış olmasının yarattığı stres unsurlarının kişi tarafından fark edilememesi, görmezden gelinmesi ya da çözülememesi sonucunda kişideki psikolojik sıkıntının somatik şikayetler olarak kendisini göstermesi durumdur. Bu durumu kanser tanısını almış bireyin stres yükünü beyinde kaygı bozukluğu ya da depresyon geliştirebildiği gibi bedensel hissiyatlarına odaklamasına da sebebiyet verdiğini görürüz.

Stres yüküne neden olan en önemli etken yaşanmış travmatik yaşantılardır. Kanser tanısını almak, tedavisini sürdürmek bireyin sürecinde fenomenolojik alanındaki etkisini varoluşsal gündemi ile gösteren travmatik bir yaşantı deneyimidir. Bedensel hastalığın ağırlık derecesi benliğin sağlamlık derecesi ile ters bir ilişki izler. Benlik ne denli sağlamsa hastalık o denli hafif şiddettedir. Buna karşı ağır hastalıklar (burada bağışıklık sistemi hastalıkları ile kanseri kastediyorum) sıklıkla ruhsal aygıt sisteminin başından itibaren erken çocukluk travmalarına bağlı olarak, benliğin yetersiz olarak kendini gösterdiği kişilerde ortaya çıkmaktadır. Erken çocukluk travmaları yaşamın ilk iki yılındaki anne-çocuk ilişkisiyle bağlantılıdır. Bu travmalar, ruhsal aygıtının oluşumunda boşluklar bırakmak suretiyle, kişileri kırınglaştırmakta ve geç çocukluktaki, ergenlikteki, yetişkinlikteki olaylara karşı daha duyarlı kılmaktadır. Bu travmaların doğasına gelince, bunlar özellikle çocuğun veya annenin depresyonudur. Düşünüldüğünde çok daha sık ortaya çıkan bu depresif durumlar, bir çocukta, duygusal olarak yatırım yapılmış nesnenin kaybı ile veya sıkıntı durumlarının süresi ve fazlalığı ile bağlantılıdır. Dolayısıyla erken çocukluk travmaları zihinsel yapının niteliği ile çok yakından ilgili olup, bu yapının üzerine gerçek delikler açabilirler<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Pierre Marty, Ulusal Psikanaliz Kongresi, Montreal,1987.

Travma ile çalışıldığında somatik şikayetlerin kaybolduğunu görmemiz geçmişe dair oluşan stres yüklerinin kişide somatizasyon bozukluğuna yol açtığını görüşünü tutarlı kılmaktadır. Bedensel hastalıkların ağırlık derecesi benliğin sağlamlık derecesi ile ters orantılıdır. Benlik ne denli sağlamsa hastalık o denli hafif şiddetlidir. Buna karşılık ağır hastalıklar (burada özellikle bağışıklık sistemi hastalıkları ve kanseri kastediyorum), sıklıkla ruhsal aygıt gelişimin başından itibaren, erken çocukluk travmalarına bağlı olarak benliğin yetersiz olarak kendisini gösterdiği kişilerde ortaya çıkmaktadır. Üzerinde ısrarla durduğum erken çocukluk travmaları, yaşamın ilk iki yılındaki anne-çocuk ilişkisiyle alakalıdır. Bu travmalar ruhsal aygıtın oluşum sürecinde boşluklar bırakmak suretiyle kişileri kırılabilir kılmakta ve geç çocuklukta, ergenlikteki ve yetişkinlikteki olaylara karşı daha duyarlı kılmaktadır. Bu travmalarının doğasına gelince, bunlar özellikle küçük çocukluğun veya annenin depresyonudur. Düşünüldüğünden çok daha sık ortaya çıkan bu depresif durumlar, küçük bir çocukta, duygusal olarak yatırım yapılmış bir nesnenin kaybı ile veya sıkıntı durumlarının süresi ve fazlalığı ile bağlantılıdır. Dolayısıyla erken çocukluk travmaları zihinsel yapının niteliği ile çok yakından ilgili olup, bu yapı üzerine gerçek delikler açabilirler.<sup>8</sup>

Mevcut bedensel bozukluğa eşlik eden ruhsal bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilgilidir. Kanser tanısı, hastanın hızla felaket haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi; hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, yaşamın gelişimsel evresine, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası etmenlere bağlıdır. Kanser tanısı ve sonrasında hastanın tedaviye uyumunda hastalığın şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir. Çeşitli araştırmalar yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı gruplarla karşılaştırıldığında kanser tanısı konulan insanlarda intihar riskinde artışı göstermektedir<sup>9</sup>. Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Pierre Marty, Uluslararası Psikanaliz Kongresi, Montreal, 1987.

<sup>9</sup> Llorente M, Burke M, Gregory G et al. Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:195-201.

<sup>10</sup> Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım- Kuram- Sağlatım. In : İntihar (Özkıyım). Ed. C. Odağ. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1995. Sayfa 1-120.



İntihar stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişi; gerçekten ölmek arzusunda olduğu kadar yaşam acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirme arzusuyla da eylemde bulunabilir. Kanser hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar bazı dönemlerde hastaları intihar düşüncelerine hatta intihar girişimlerine sürükleyebilmektedir. Kanser hastaları bunu amansız ve acı içinde bir ölüme yeğlemekte ve intiharı daha huzurlu bir ölüm biçimi olarak algılamaktadır<sup>11</sup>. Elizabeth Küb Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş evreye ayırarak tanımlamıştır<sup>12</sup>. Bu evreler bir yitim sonrasındaki yas dönemine benzemektedir. Kanser hastaları bu yitim duygusunu henüz ölmeden önce yaşamaktadır. Çünkü zannedilenin aksine yas sadece ölüm sonrasında gerçekleşen bir süreç değildir. Yaşarken yitirdiğimiz manevi değeri olan bir eşya olabileceği gibi, bir umut, bir dostluk, hatta bir eski kendilik de bir yastır.

### **2.1.1: Meme Kanseri Tanımı ve Belirtileri**

Günlük yaşantının içerisinde “kanser” kelimesi bile başlı başına olumsuzlukları çağırır. Kanser olma durumu veya olasılığı olan kişilerde ise olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır. Kanser; korku, endişe, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, kayıp, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kanserin oluşumunda davranışsal faktörlerin rolü olduğu gibi kanser hastalarındaki çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik komplikasyonlar gelişir. Bu kişilerde ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizler hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmanın ötesinde hastalığın seyrini ve tedaviye cevabı olumsuz etkilemektedir.

---

<sup>11</sup> Brown J, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients desire death?. Am J Psychiatry 1986;143:208-211.

<sup>12</sup> Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry 1999; 175:322-326.

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, kadınsılığı ve kadınsı cinselliği ile anneliği sembolize eden bir organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı, bugüne kadar kanserler arasında ruhsal ve psiko-sosyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur <sup>13</sup>.

### 2.1.2: Meme Kanseri ve Travma

Herhangi bir yaşam evresinde hepimizin bir krizle karşı karşıya kalırız. Ölümcül bir hastalık olarak bilinen "kanser", bir kriz dönemidir. Krizi döneminin ardından birçok varoluş sorunlarıyla birey yüz yüze gelmektedir. Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri; kanser tanısının verdiği korku ve endişe haline ek olarak kadının annelik ve kadınsalık kimliğinin kaybı olarak da yorumlandığından birey üzerindeki etkisi yaşadığı travmanın şiddetini anlaşılır kılmaktadır. Yaşanan her travmava ve kayıp sürecin bireyin fizyolojik dengesini bozduğu gibi psikolojik etkileri ile de kendisini gösterir.

Gyllensköld 'doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici' bir hastalık olarak tanımlamıştır kanseri.<sup>14</sup>

Kanser hastalarında izlenen korkular '6d belirtisi' olarak tanımlanmaktadır.<sup>15</sup>

- 1:Ölüm : death
- 2: Aileye, eşe, doktora bağımlı kalma: dependency
- 3:Şekil bozukluğu, kendilik imajı ve görüntüde bozulma: disfigurement
- 4:İş, okul ve boş zamanlara yönelik aktivitede başarısızlık ya da yetenek kaybı: disability
- 5: Kişilerarası ilişkilerde bozulma: disruption
- 6: Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilen rahatsızlık ya da ağrı: discomfort.

---

<sup>13</sup> Gagnon P, Massie MJ, Holland JC. The woman with breast cancer:

<sup>14</sup> Gyllensköld K. On having breast cancer—psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis. *Lakartidningen* 1974;71:2471-4.

<sup>15</sup> Hoorens I, Vossaert K, Pil L, et al. Total- Body Examination vs Lesion- Directed Skin Cancer Screening. *JAMA Dermatol* 2016;152:27-34.

Batı kültürlerinde temel inanışlar, kendiliğin temel olarak iyi olduğu, kontrol gücünün olduğu, ölüme ve hastalıklara karşı dayanıklı olduğu, dünyanın koruyucu, adil, anlamlı bir yer olduğu ve olaylardan mantıklı sonuçların çıkarılabileceği yönündedir. Travmatik hayat olaylarında birey yeterli önemli aldığı anda kendisini korunabileceği varsayılır. Ancak kanser tanısı tüm bu inanışları kesin bir şekilde yıkar. Hayata dair dikkatli ve iyi olduklarını düşünenler, yaşadıkları olayın başlarına neden geldiğini anlamakta güçlük çekerler.

Travmatik bir olayın ardından yeni bilgilerin yüklenmesiyle beyin, travmatik olaya dair düşünceleri, görüntüleri, anıları temel inanışlar ile bağdaştırmaya çalışırken zorlanır. Travmatik stres belirtileri, aslında travma ilişkili yeni bilginin temel inanışları içeren eski bilgiyle bütünleştirilmesine çalışırken yaşanan mücadeleyi temsil eder. Kaçınma ve duyarsızlığın anıları bilinçten uzaklaştırma ve duygusal stresi düzeltmek için bir fren sistemi gibi çalıştığı varsayılır. Girici düşünceler ve kaçınma arasındaki salınım, travmatik bilgiyi temel inançlarla bütünleştirmeye çalışırken uyuma yardımcı olur. Travma ile ilişkili bilgi başarılı bir şekilde bütünleştirildiğinde, travmatik stres belirtileri artık gerekli değildir ve zamanla çözüleceği ileri sürülür. Travma sonrası stres bozukluğu, bu bütünleşme gerçekleşmediğinde ortaya çıkar.

Son dönemler de ‘travma sonrası büyüme’ tanımı travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan olumlu değişimleri kavramsallaştırmak için kullanılmaktadır. Travma sonrası büyüme, travmaya ya da majör bir hayat krizine bağlı, bireyin kendine bakışında, kişilerarası ilişkilerinde, hayat felsefesinde değişiklik anlamına gelir. Değişiklik tanı öncesi veya yaşantıdan önceki duruma dönmeyi değil, travma sonrası duruma göre uyumla ilgili bir harekettir. Meme kanseri hastaları benign meme hastalığı olan ve sağlıklı kontroller ile karşılaştıklarında benzer seviyede stres ve düşük işlevselliğe rağmen olumlu varoluşsal ve kişilerarası değişiklik bildirmişlerdir.<sup>16</sup> Reich, insanların duygusal anılarını ve bunlara karşı savunmalarını, kaslarına ve iç organlarına depo ettiklerini keşfetmiştir. Bu fizyolojik sınırlamalar, travmatik deneyimlerin olgunlaşmamış fizyolojik kapanamsı olarak nitelendirilmiştir. Bu nedenle, Gestalt yaklaşımları, bedenin duyumsanmasında enerjinin bırakılmasının psikolojik bütünleşmenin temel yolu olduğu üzerinde odaklanmıştır<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC et al. Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1- Year Follow-Up. *Psycho-Oncology* 2000;9 69-78.

<sup>17</sup> Clarkson, P. (1991). *Gestalt Counseling in Action*. London: Sage Publisher.

Kanserli hastanın ruhsal yönden etkilenişi hastanın benlik gucu, kişilik yapısı, kanserli organına verdiği değer, aile düzeni, meslek ve parasal durumu, destekleyici uğraşların olup ol maması gibi birçok değişkenlere bağlıdır Kanser ruhsal yaşam üzerindeki etkilen ve hasta hekim ilişkileri açısından gerek cerrahlar, gerekse ruh hekımlerince yapılan yayınlarda kişinin hasta organına verdiği değer ve anlamın önemli yeri olduğu belirtilmektedir.

Kanser hastalığına karşı yaşanan tepkiler ve psikososyal zorlanma açısından Elizabeth Kübler Ross'un çalışmaları önemli bilgiler sunmaktadır. Kanser tanısını takiben yaşanan tepkileri Kübler Ross şu şekilde evrelenedirmektedir: İnkâr,öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme.<sup>18</sup> Meme kanseri tanısını alan, bu tanı nedeniyle mastektomi veya koruyucu cerrahi girişimi yaşayan hastalar; kanser ve cerrahı girişimle ilgili endişe ve zorlanmalar yaşarlar .Bu psikososyal zorlanmaları Özkan ve Turgay<sup>19</sup> Tablo l'de şöyle özetlemişlerdir.

---

<sup>18</sup> Smaldone MC, Uzzo RG. The Kubler Ross model,physician distress, and performance reporting. Nat Rev Urol 2013;107:425-8.

<sup>19</sup> Özkan ve turgay1995

Tablo 1: Meme kanseri olan kadınların tanı ve tedavi sürecinde gösterdikleri psikolojik tepkiler

	Normal (Adaptif)	Maladaptif
Tanı Onesi	1 Kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş	1 Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme
Tanı Aşaması	Şoke olma 2 İnanamama 3 Başlangıçta kısmi inkar 4 Kaygı 5 Kızgınlık, ısyan, suçlayıcı duygular 6 Depresif mizaçlı uyum güçlüğü	Kesin inkar tedaviyi reddetme 2 Olumun kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi 1 Cerrahi girişimin geciktirilmesi 2 Cerrahi dışı tedaviler arayışı 3 Vücut imajı değişikliğine bağlı kayıp tepkisi Radyoterapi 1 Işın tedavisinin yan etkilerinden korkma 2 Terkedilme korkusu Kemoterapi 1 Yan etkilerinden korkma 2 Vücut imajı değişiklikleri 3 Kaygı, izolasyon eğilimi hafif depresif duygu durumu 4 Altüstlük duygular (Organlarını bağışlama)	1 Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2 Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyon  1 İlaça bağlı psikotik reziduel bulgular 2 İleri izolasyon ve deprivasyon halleri psikotik inkar 3 Paranoid tepkiler
Tedavi Aşaması	1 Normal başetme düzeneklerine ve hastalık-tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2 Nuks korkusu	
Nuks	1 Şoke olma 2 İnanamama 3 Kısmi inkar 4 Kaygı 5 Kızgınlık 6 Depresif duygu durumu	1 Uykusuzluk, iştahsızlık gıda reddi, huzursuzluk, panik hali, katastrofik algı, suçlayıcı düşünceler ile belirgin reaktif depresyon
Hastalığın Seyir ve İlerlemesi	1 Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	1 (Major) Depresyon
Terminal-Palyatif Donem	1 Terkedilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2 Olum düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve (umut korkusu) kabulleniş	1 Depresyon 2 (Akut) Delirium

Elisabeth Kübler Ross, birey üzerinde travmatik bir etki yaratan kanser sürecinde psikolojik aşamaları beş evre üzerinde tanımlamaktadır.

**1:İnkâr:** Kanserın ölümcül ve tedavisi olmayan, olsa bire süreündürdüğüne inana birey bu tanıyı almasıyla ‘şok’ a uğrar. Hayatındaki her şeyin bir an gözlerinin önünden geçtiğini, doktorun tanıyı açıkladıktan sonrasını hatırlamadığını dile getiren hasta ‘şok evresi’ndedir. Bu evrenin belli bir zamanı yoktur. Kişiyeye göre değişkenlik gösteren bir durumdur. Kimi bireyde birkaç saat sürerken kimi bireyde birkaç hafta ile kendisini gösterebilir. Kişisel özellikleri, çevresel faktörler ve bireyin bilgiyi işleme hızına bağlı olarak yaşananır. Hekimin açıklamasıyla birlikte bunun ölümlle sonuçlanacağına inanan hastada şoktan evrsinde yadsıma dediğimiz inkar durumu gelişir. Bu evrede hastaların çoğunda öğrenmeye bağlı şokun etkisiyle ortaya çıkan ilk uyuşukluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında ‘‘ Hayır ben hasta değilim, bu doğru değil’’ şeklinde dile getirilir.

İnkâr, benlik için tehdit ve tehlike oluşturabilecek, kabullenilemeyecek bir olayın bilinçdışına atılması, yok sayılması sürecidir. Bu süreçte hasta kendisinin iyilik halini önce kensinine sonra da çevresine göstermek için birçok arayıştadır. Kendisini iyi hissettiğini, böyle bir hastalığın olmadığını, başvurduğu doktor veya sağlık kurumunun yanlış yapmış olabileceğini, yetersiz olduklarını, çekimlerde hata olduğunu, çekimlerin karıştığını öne sürebilir. İnkâr mekanizmasının hasta üzerinde çift yönlü bir etkisi vardır. Yüksek derecede anksiyete ve panikten koruma, depresyona girmesini engelleme, bunlarla baş etmek için kullanılacak enerjiyi tedavi için saklama gibi avantajları vardır. Ancak kişinin gerçeği değerlendirmesini bozacak, gerekli girişimleri ve tedaviyi kabul ettirmeyecek, geciktirecek düzeyde ise zararlıdır.

**2.Öfke:** Hasta inkâr dönemini tamamladıktan sonra ciddi bir hastalığın olduğunu, bu hastalık üzerine tedavisi almasının, bu tedavin hayatında bir çok noktada kendisini sınırladığını fark ettiği, kabullenmeye başladığı zaman bir başkaldırma dönemine girer. Buna öfke evresi denir. Bu evrede hasta hastalığın niye kendine geldiğini sorgular. ‘‘Niye ben, neden o değil’’ gibi isyan içeriğini taşıyan duyguları görülür.

Öfke ve kızgınlık kendisine olabileceği gibi ailesine, arkadaşlarına ve tedavi ekibine veya Tanrıya karşı da olabilir. İnkâr evresinin tersine öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması çok güç bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltilmesi ve çevreye zaman zaman neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır. Aile veya sağlık personeli bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında, hastanın tepkilerinde öfkenin şiddeti giderek artar. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi depresyon gelişim riskini artırır. Bunu da, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk tepkileri düşündürür.

**3.Pazarlık dönemi:** İnkâr ve öfke aşamalarının sonlanmasıyla hastalığını kabul etmeye başlayan birey, bu evrede kendisini iyileşme üzerine odaklandırmaktadır. Bu evre tedaviye uyum gösterme evresi olarak da tanımlanan bir evdedir. Pazarlık evresi; ilk evrede bireyin kendisini üzen gerçekleri ile yüzleşemediği, ikinci evrede yeri gelir kendisine yeri gelir insanlara çevresine yeri gelir Tanrı'ya öfkelenmesiyle hastanın kaçınılmaz sonu olarak gördüğü süreçlerin tamamlandığı, sonrasında Tanrı ile anlaşmaya karar verildiği evredir.

Bireyi pazarlığa sokan süreç Tanrı'nın kendi öfkesini duymadığını düşünmesidir. "Madem Tanrı öfkeye cevap vermiyor öyleyse bu seferde uzlaşmayı deneyeyim ne fark eder düşüncesiyle" yaklaşır birey. Temel pazarlık gündemleri; çocuklarının mezuniyetini ve düğünlerini görebilmek olan birey Tanrı'ya yapacaklarının olduğunu ve bu yapabilecekleri için zamanı elde etme arayışındadır. istediği evredir. Hastaları örnek almak, tedaviye uyum ve işbirliği bu dönemin özelliklerindedir.

**4.Depresyon:** Bireyde hastalığın tekrar etme korkusu, hayat kalitesinin düşmesi gibi nedenlerden ötürü depresyon gelişir. Hastaya uygulanan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri de depresyon gelişiminde rol oynar. Kişinin yeteneklerin kısıtlanması, yararlılık duygusunun azalması da bu durumu destekler.

**5.Kabullenme:** Bu dönem hastanın ne öfkeli nede üzüntülü olduğu gözlenir. Kübler- Ros bu dönemi tanımlarken sanki ağrı yok olmuştur, savaş bitmiş olarak açıklar. Bu sebeple duygusal boşluk dönemi olarak da döneme açıklık getirir. "Uzun yolculuktan önceki son istirahat" zamanıdır. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım arayışıve desteğe gerek duyduğu zamandır. Bu dönemdeki hastalar genelde yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez.

Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz ve gelirlerse de pek konuşmaz. Artık televizyon kapanmıştır. Çevresiyle ilişkisini kesme eğilimi olan hasta desteklenmeli ve kendini terk edilmiş olarak hissetmesi önlenmelidir. İletişimin sözel olmayan basamağı etkindir.

Kabullenme; Bu zamana dek hissettiklerini, yaşayan ve sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve eceli bu kadar çabuk gelmemiş olanlara duyduğu öfkeyi ifade edebilmiş kişi kabullenme evresine girecektir. Başta kanser olmak üzere tüm hastalıkların genetik faktörler olmak üzere biyolojik olduğu kadar psikolojik nedenleri de bulunmaktadır. Meme kanseri kadın sağlığını tehdit eden hastalıkların başında ilk sırada yerini aldığı bilinmektedir. Gelişen tıbbi olanaklar, erken tanı ve teşhis sayesinde meme kanseri hastalarının sağkalım süreleri uzatılmaktadır.

Tıptaki tüm ilerlemelere rağmen ‘kanser’ toplumca kötü prognozu olan ve ölümü sağrıştıran, yoğun ve yorucu tedavi süreci ile hem hasta için hem de hasta yakını için zorlayıcı stres faktörlerini içeren bir hastalık olarak anılmaktadır. Bu süreç fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi anlamda kadının hayatını etkileyen bir ‘kriz’ gerçekliğini de beraberinde getirir. Bu yaşamsal kriz durumu yaşa, hastalığın evresine , türüne bakmaksızın her öğrenen bireyde evrensel tepkiler ile karşılanır. İlk tepki kanser kelimesinin çağrıştırdığı ölüm düşüncesi ikinci tepki ise meme kanseri tanısıyla ilişkili olarak beden imajı, cinsellik ile ilgili sorunlar, annelik ve kadınlık rolü, benlik saygısı ile bağlantılı sorunlardır. Bu süreçte izlenecek yol öncelikle bu tanıyla verilen psikolojik tepkilerin tespiti önemlidir.

Davranışsal olarak bu hasta grubunun sağlığın kaybına bağlı verdikleri davranışsal yas tepkileri sırasıyla sayacak olursak; şok ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Bu süreçlerden sonra bireylerde tekrarlayacağı endişesi, belirsizlik tablosu, her kontrolde, ölüm korkusu, ayrılık endişesi, vücudu üzerinde denetimi ve otonomisini kaybedeceği düşüncesi, ruhsal gücünü yeni yaşantısına entegre edememe durumları ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Kanser tanısı almak bireyin yaşam bütünlüğüne bir tehdit olarak algılanmaktadır ancak meme kanseri tanısı almak kadın için hem yaşamın hem de kadınlığın, kadınsallığın tehtididi Meme kanseri hastalarıyl yapılan çalışmalar sonucunda en çok ortaya çıkan ruhsal sorunların; uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete olduğu tespit edilmiştir.



### 2.1.3: Meme Kanserinin Toplumsal Yönü

Meme kanseri kadınlarının meslek hayatlarında, ekonomik durumlarında da önemli ve etkin sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar sigorta sistemi ile ilgili olduğu gibi, tekrar iş yaşamına girememe, damgalanma gibi sorunlardır. Sağlık güvencesi olmayan hastaların ise uzun ve maliyetleri tedavi koşullarını sağlamaları güçleşmekte ve ekonomik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Tedavi sürecinde de izin alma, transfer edilme, ücret yetersizliği, iş yerinde ayrımcılık gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Hastanın tedavi sürecindeki bir diğer önemli unsur ise bedeninin ilaçların yan etkileri ile mücadelesidir. Çalışma yaşamlarındaki diğer zorlukları ise; bulantı, kusma, ishal olma, kabız olma, halsizlik nedenleri ile performans düşüşü yaşanmaktadır.

Tedavi süreci meme kanseri hasta yakını içinde anksiyete, çaresizlik, belirsizlik psikolojik tepkilerini yaşatan oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Eşlerin yaşadıkları sorunlar ise yeni rollerine uyumda yaşadıkları güçlüklerle kendisini gösterir. Devam eden bir iş hayatı, ev ile ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi, eşinin tedavi sürecinde hissettiği duygusal karmaşa hali ile hissedilen çaresizlik durumlarıdır. Çocukların bakımı ve ev ile ilgili süreçlerde geniş ailenin yardım ve desteği çekirdek ailenin düzen anlamındaki karmaşasının önüne geçmektedir. Duygusal düzen anlamında ise çocukların gelişim düzeylerine bağlı olarak yaşadıkları farklı korku ve kaygı halleri onları kendi bireysel stresleri ile karşı karşıya getirir. Genetik yatkınlık durumu hekim tarafından hasta ile paylaşıldığında bu durum hasta yakınları için de endişe verici bir nitelik taşıyor hal gelmektedir. Aile ve arkadaş çevresi bu süreçte hastaya nasıl yaklaşacağını ve ne yapacağını bilemediğinden şaşkınlırlar. Hasta ile fiziksel ve duygusal anlamda temas kurmaktan kaçınabilirler.

### 2.2: Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde tedavi cerrahi, radyoterapi ve medikal tedavi (kemoterapi ve hormonoterapi) olmak üzere 3 yöntem vardır <sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Simon, H., Cannistra, S.A., Huang, E.H., Heler, D.H., Shellito, P.C., Stern, T.A., Juhn, G. (2004). Breast Cancer. A.D.A.M., 12, 1-12, Erişim: 20.05.2007.

Tedavi seçeneklerinden her biri bütün hastalar için uygun olmayabilir, bu nedenle birkaç tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir .Bu tercihi, hastanın yaşı ve menopozda olup olmadığı, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içerip içermediği gibi pek çok faktör belirler<sup>21</sup>. Meme kanseri tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılır. Lokal tedavi doğrudan tümöre, memeye, lenf nodlarına veya diğer spesifik bölgelere uygulanır. Radyoterapi ve cerrahi tedavi bu grup tedavilerdir. Tüm vücuda etki eden kemoterapi ve hormon tedavisi ise sistemik etkilidir<sup>22</sup>

## **2.2.1:Meme Kanserinin Cerrahi Yönü**

Meme kanserinin tedavisinde öncelikli nokta hastanın hangi evrede olduğudur. Erken evre meme kanserinde ilk tercih cerrahi oluyor. Meme kanserinde iki türlü ameliyat yapılır. Hangi çeşit ameliyatın yapılacağını hastanın memesinin büyüklüğü, tümörün büyüklüğü, hastanın genel durumu ve istekleri belirler<sup>23</sup> Birinci grup, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır. İkinci grup ise memenin tümünü alınmasını içeren mastektomi ameliyatlarıdır<sup>24</sup>.

### **2.2.1.1.Koruyucu Cerrahi Girişim Nedir?**

Meme kanseri tedavisinde memenin tümünü almak yerine tümör çıkartılır. Tek tümör odaklı durumlarda meme koruyucu cerrahi yöntemiyle tümörlü dokunun çıkartılması işlemine 'koruyucu cerrahi girişim' denir. Koruyucu cerrahi girişimi erken evre (evre I-II), ufak çaplı, tek odaklı tümörlerde olduğu gibi cerrahi sonrası radyoterapi görecektir meme kanserli hastalarda uygulanır.

---

<sup>21</sup> Akçay ,D. (2005). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlenim Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Ünivetsitesi,Erzurum.

<sup>22</sup> Balon,J., Wehrwein, T.C. (2000). Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.) Woman and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective.2 ed. (p:318-355). Jones and Bartlett Publishers.

<sup>23</sup> Baron,R.H. (2007). Surgical Management of Breast Cancer. Seminars in Oncology Nursing, 23(1),10-19.

<sup>24</sup> Dağoğlu,T. (2002). Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi.G.Kalaycı (Ed). Genel Cerrahi (s:594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

### 2.2.1.2.Mastektomi nedir?

Mastektomi girişi geçmişte yaygın olarak kullanılan bir tedavi biçimi iken günümüzde meme koruyucu cerrahinin uygun olmadığı memede yaygın dağılım gösteren çok odaklı tümörlü hastalarda tercih edilmektedir.Mastektomi girişimi meme kanseri tedavisinde meme koruyucu cerrahi girişimin uygun olmadığı durumlarda kullanılan diğer bir tedavi yöntemidir. Mastektomi, memenin tümüyle çıkarılmasıdır. Eğer kanser meme dokusunun diğer bölümlerine veya koltuk altı lenf bezlerine yayılmışsa ya da meme dokusu çok küçük olup, meme koruyucu cerrahi sonrası meme deforme olacaksa mastektomi uygulanır <sup>25</sup>. Mastektomi aynı zamanda ailesinde yakın akrabalarında özellikle birinci dereceden meme kanseri tanısı almış bir bireyin varlığı durumunda, meme kanseri kalıtsal bir risk taşıyorsa risk azaltıcı koruma amaçlı hastaliksız memeye mastektomi girişimi de yapılıyor.

### 2.2.2.Meme Kanserinde Tedavi: Kemoterapi

Meme kanseri lokal olarak başlayan, tedavi edilmezse etrafa ve diğer organlara yayılan bir hastalıktır. Lokal tedavi yöntemleri olan cerrahi ve radyoterapi, memedeki lokal hastalığı çıkarır ve yok ederler, fakat vücuda yayılmış kanser odaklarını etkileyemezler. Diğer bir anlatımla, meme kanseri lokal başlar ve sistemik hastalık halini alır.

Tedavinin de sistemik olması gerekir. İşte bu sistemik tedaviyi kemoterapi sağlar <sup>26</sup>. Bu tedavinin amacı, tanıda hastaların %50’den fazlasında bulunan mikro metastazları yok etmektir. Koltuk altı lenf nodülleri pozitif olan, uzak metastazı tespit edilemeyen cerrahi, radyoterapi veya her ikisiyle birlikte tedavi edilebilen evre 2 ve 3’deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılmaktadır <sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Surgery for Breast Cancer Treatment, Breast Health. Erişim:21.06.2007 , <http://www.healthsystem.virginia.edu/>

<sup>26</sup> Keçer,M., Asaoğlu, O. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A.Aydiner, M.Dinçer (Ed). Meme Kanseri( s:275-286). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.

<sup>27</sup> Özberksoy, A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı DüzeyleriÜzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

### **2.2.2.1:Kemoterapinin Fiziksel Süreci**

Bireyin fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeniyle değişmesinin ve bozulmasının beden imajını değiştirdiği ve bu değişikliğin de benlik saygısına tehdit olarak algılanır. Dolayısıyla bu durumun sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliği de beraberinde getirir. Tedavi boyunca bulantı, kusma, ishal, kabızlık, eklem ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk hissi, gerginlik ve saldırganlık görülebileceği anlatılır. Bulantı-kusma cinselliğe ilgiyi azaltacağından cinsel ilişkiden önce ağır yemeklerden kaçınması, bulantı - kusmanın kontrolünde non-farmakolojik girişimler tavsiye edilir. Vajinal kuruluşun kemoterapinin bir yan etkisi olduğu, sorunun iyi bir kayganlaşma yardımıyla aşılabileceği ve hekimin önerdiği Replen ve Lubrin gibi ilaçların hastayı rahatlatacağı belirtilmelidir<sup>28</sup>. Disparonide, üzerinde de rahatsızlığa ve distrese neden olabilir.

Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı yorgunluk hastanın cinsel isteğini ve aktivitesini azaltır. Meme kanserli hasta grubunda cinsel istekte azalmanın sebepleri olarak; meme dokusunda kayıp, saçların dökülmesi, hissedilen ağrı, beden imajına ilişkin yaşanan zorluklar, sağlık durumunu algılamada değişiklikleri göstermiştir. İlave olarak, ilaç uygulamaları, aşırı yorgunluk, nüks korkusunun da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında olduğunu bildirmiştir.<sup>29</sup>

### **2.2.2.2:Kemoterapinin Psikolojik Süreci**

Kanser kemoterapisi uzun süren ve defalarca hastaneye gitmeyi, bazı tahlillerin yapılmasını gerektiren ağır bir tedavi şeklidir. Hastanın psikolojik durumu, hastalığının farkında olması, ilaçların yan etkileri gibi pek çok faktöre bağlı olarak olumsuz yönde etkilenebilir. Kemoterapi, meme kanserli hastaların işlevsel durumları üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Kemoterapi sonrası özellikle cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği, hastalarda enfeksiyon ve kanamaya yatkınlık, anemi, halsizlik, yorgunluk, saç dökülmesi, bulantı-kusma, konstipasyon/diyare, ağız, diş eti ve boğazda değişiklikler gibi birçok yan etkinin görüldüğü bildirilmektedir.

---

<sup>28</sup> Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual Functioning in Breast Cancer Survivors, *Cancer Control*, 8(5),2001;442-448.

<sup>29</sup> Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL, Bruera E. "Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Outpatient Clinic in a Comprehensive Cancer Center on Recommendations, Symptom Intensity, and Patient Satisfaction", *J of Pain and Symptom Management* 2004;27:481-491. (PMID:15165646).

Kemoterapinin bu yan etkileri, hastanın yaşam biçimini ve günlük yaşam aktivitelerini yani yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kemoterapinin kullanıma bağlı olarak verilen duygusal yanıtlar çeşitlidir. Çoğu zaman tedavi süreci kişilik değişimi, uyum güçlükleri, panik ve kaygı bozukluğu gibi durumlara ek olarak alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi riskli davranışlara da yol açabilmektedir. Bu kişinin psikopatolojik yapısı ve bireysel tarihine göre farklılık gösterir. Kanser tedavisinde, kullanılan pek çok ilacın depresyona eğilimi arttırdığını bilinmektedir. Bunun dışında hastalığa bağlı şikayetlerin ağırlığı da hastayı olumsuz etkileyebilir. Özellikle hastanede yatarak kemoterapi uygulanan hastalarda psikolojik sıkıntılar daha fazladır. Çünkü hastanede yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığı etkindir.

### 2.2.3: Meme kanserinde Tedavi: Hormonal Tedavi

Yapılan testler sonucunda endojen ve eksojen östrojenin meme kanseri gelişiminde önemli rol oynadığı görülmüştür<sup>30</sup>. Östrojen reseptörlerinin bloke edilerek seviyesinin düşürülmesi kanserin büyümesini geriletir<sup>31</sup>. Bu amaçla meme kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaç östrojen reseptörlerini bloke eden Tamoksifen'dir<sup>32</sup>. Tamoksifen kullanımı ile ilk beş yıl içinde yıllık nüks oranında %25, mortalitede %16 düşüş sağlanmıştır<sup>33</sup>. İdeal olarak 5 yıl süreyle günde bir kez kullanılır<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> Levine, M., Moutquin, J.M., Walton, R., Feightner, J. (2001). Chemoprevention of Breast Cancer. *CMAJ*, 164(12), 1681-90

<sup>31</sup> Dağoğlu, T. (2002). Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

<sup>32</sup> Balon, J., Wehrwein, T.C. (2000). Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.). *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. 2ed. (p:318- 355). Jones and Bartlett Publishers.

<sup>33</sup> Bozfakioğlu, Y. (2002). Meme Kanserlerinde Sistemik Tedavi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 615-618). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

<sup>34</sup> Aydın, A. (2001). Menopoz ve Meme Kanseri. T. Atasü (Ed.). *Menopoz- Tedavisi ve Kanser* (s: 633-693). Nobel Tıp Kitapevleri.

### **2:3:Gestalt Psikolojisi**

Gestalt psikolojisi, 1910'lu yıllardan itibaren ve öncülüğünü Max Wertheimer, Kurt Koffka, Wolfgang Köhler, Kurt Lewin gibi isimlerin yaptığı bir akım şeklinde doğmuştur. İnsan yaşantısının ve davranışının örgütlü, bütünsel özelliğini vurgulayan bu ekol, davranışların olduğu kadar bilişsel süreçlerin de temel, ilkel bileşenlerine indirgenerek anlaşılamayacağını, çünkü bütünü, kendisini oluşturan algısal parçalardan farklı olduğunu ve bu farklılığın, parçalar arasındaki örgütlenmeyle, ilişkilerle, düzenlemeyle oluştuğunu ve ancak bu şekliyle anlaşılabilceğini savunmaktadır.

Gestalt kelimesi bütün anlamına gelmektedir. Gestalt psikolojisinin temelini oluşturan düşüncedir. Organizma ise kendisini oluşturan parçaların örgütlenmesi halidir. Gestalt psikolojisine göre bütün parçaların toplamından çok daha fazla ve farklı bir oluşumu temsil etmektedir. Dolayısıyla Gestalt psikolojisi kognitif mekanizmalara vurgu yapmaktadır. Gündem maddesi davranışlar değil düşünsel süreçlerdir. Algı ve algısal örgütlenme konularına yoğunlaşmış olan Gestalt psikoloji teorisi olarak 20. yy'ın ilk yarısında Almanya'da ortaya çıkmış ve zamanla tüm dünyaya yayılmıştır. Gestalt psikolojisinin kurucularından olan Max Wertheimer tarafından 17 Kasım 1924'te Berlin'de bir konferansta ifade edilen şu sözler Gestalt teorisinin davranışın nasıl incelenebileceğini vurgulaması açısından son derece önemlidir.

### **2.4: Gestalt Temas Sınırı**

Bireyselleşme ve ayrışma kavramları analitik literatürde sıkça rastladığımız kavramlardır. Bu sürece göre kişinin çocukluk döneminde bakım verenle kurduğu ilk ilişkilerinin niteliği, daha sonraki yıllarda onun ayrışma sürecinin neresinde olduğuna dair bilgi verir. Örneğin Kohut,<sup>35</sup> dönüştürerek içselleştirme yoluyla çocuğun kendilik nesnesinin işlevlerini içsel bir yapıya dönüştürerek bu yapı sayesinde ileride de narsistik gerilimleriyle baş etme ve kendini yatıştırma becerisini kazanmasına değinir. kendilik nesnesi işlevlerini üstlenen kendiliğin temeli olan iç yapılar oluşamaz<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Kohut, H. (2004) Kendiliğin Çözümlemesi. 1. Basım. İstanbul: Metis Yayınevi. Kohut(2004, sf.70-71).

<sup>36</sup> Kohut, H. (2004) Kendiliğin Çözümlemesi. 1. Basım. İstanbul: Metis Yayınevi. Kohut(2004, sf.88).

Bu durum o dönemin eş duyumuyla karşılanmayan narsistik ihtiyacına saplanıp kalan çocuk, yetişkinlikte kendilik nesnesi işlevini hep dışardaki insanlarda arayacak ve dolayısıyla bağımlı kişilik özellikleri gösterecektir<sup>37</sup>. Mitchell, hepimizin arzularımızı ve deneyimlerimizi yetersiz olarak karşılayan ebeveynler tarafından büyütüldüğü gerçeğini ihmal etmeyerek, psikopatolojiyi bir derece meselesi olarak yorumlar. Buna göre, çocuk zamanla ebeveynin kendisiyle ilgili yaratmış olduğu imgeye daha fazla benzeyerek ebeveyn için görünür olmayı öğrenir<sup>38</sup>. Diğer yandan, Winnicott'a göre bütün kişiliklerde sahtelik ve boyun eğme öğeleri yer alır. Başka bir deyişle çocuk, kaçınılmaz olarak ebeveynlerin anlam ve değerler dünyasının esiri olur. Böyle bir kişi, belirli bir ihtiyacını karşılayamamış, o ihtiyaçta takılı kalmış, sonuç olarak da ebeveyninden ayrışamamış, yani bireyselleşememiş demektir. Bu dinamik yaklaşıma göre ayrışma öncemli bir terapötik hedef olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gestalt kuramında yaşantı, organizma ve çevre arasındaki temas sınırının bir fonksiyonu olarak tarif edilir. Buna göre temas sınırı, kişinin ben olanı, ben olmayanlara göre deneyimlediği yer olarak tanımlanmaktadır. Kişinin ben sınırının daha önceki deneyimlerine ve yeni yaşantılarına göre belirlendiğini belirtmektedir. Buna göre, ben sınırı farklı açılardan tanımlanabilir.<sup>39</sup> Bunlar beden sınırı (Ör: cinsel bölge), değer yargıları sınırı (ör. “kadınlar zayıftır.”), alışkanlıklar sınırı (ör. memnun olmadığı halde “gelen gideni arar” düşüncesiyle işini değiştirmeme), kendini ifade etme sınırı (ör. çok gülme, ağlama) ve diğerlerinin dikkatini çekme sınırı (ör. nazar degecek inanışıyla olumlu şeyleri saklama) olarak adlandırılabilir. Gestalt terapisinde, dinamik terapide olumlu bir anlam atfedilen bireyselleşmenin sağlanabilmesinin, bu sınırların esnetilmesi ile gerçekleştiğini; bu sebeple de, bunun ayrışmadan ziyade bütünleşme olarak adlandırıldığını düşünüyoruz. Başka bir deyişle, alışlagelen anlamıyla bireyselleşme, Gestalt terapide bütünleşme ile başa baş giden bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.

---

<sup>37</sup> Kohut,H., Wolf, E.(2004) Kendilik Bozuklukları ve Tedavileri:Ana Hatlar. Sf.80-109. Çev:G.Budan(orijinal basım tarihi:1978).Psikanalizin ‘Öteki’Yüzü:Heinz Kohut’un içinde.İstanbul:İthaki Yayınları sf.55-56;Kohut&Wolf,2004,82-83.

<sup>38</sup> Mitchell A.S.(2009) Psikanalizde İlişkisel Kavramlar. Çev:G. Algaç, İ. Anlı. İstanbul:Bilgi Üniversitesi Yayınları (Orijinal basım tarihi:1946) syf105-107.

<sup>39</sup> Daş,C.(2010) Bütünleşmek ve Büyümek:Gestalt Terapi Yaklaşımı.3. Baskı.Ankara:HYB Yayıncılık.

Gestalt yaklaşımına göre, tüm psikolojik olaylar bu temas sınırında oluşur. Başka bir deyişle, temas sınırı, kişinin hem diğerlerinden ayrıştığı, hem de onlarla temas kurduğu yerdir. Korb ve arkadaşları<sup>40</sup> temas sınırında yapılan seçimlerin yaşam biçimini, içinde yaşanan kültürün yapısını, iş, aile ve aşk ilişkilerini belirlediğini ifade eder. Buradan bakıldığında temas sınırının hem organizmaya, hem de çevreye ait olduğu görülmektedir. Bu nedenle temas sınırı sabit değil dinamik bir yapı gösterir, yani kişideki, çevredeki ve kişi-çevre arasındaki değişikliklere bağlı olarak her an değişir. Bu anlamda Gestalt yaklaşımı, kişi ile çevre arasındaki dengenin bozulmasının, sadece kişiden ya da sadece çevreden kaynaklandığına inanan diğer yaklaşımlardan farklı olarak, kişi ile çevre arasındaki temas sınırında ortaya çıkan bozukluklara odaklanır. O halde, Gestalt yaklaşımında temas ve ayrışma yaşam içinde dönüşümlü olarak yer değiştirmektedir. Önemli olan ayrışmak değil, uygun zamanda ve uygun yerde, uygun temas biçiminin kullanılmasına izin veren esnek sınırlara sahip olmak, yani aslında bütünleşmektir.

Gestalt yaklaşımında ayrışmadan ziyade temasa yapılan vurgu ve temas kavramına atfedilen önemin nedeni; Mackewn<sup>41</sup> tarafından Gestalt yaklaşımında kişinin ancak temas yoluyla büyüyebileceğine ve değişebileceğine inanılması olarak ortaya konmuştur. Bu bağlamda kişinin büyüüp değişmesi, yani temas etmesi tüm duygularını içe alması, tamamlanmamış işlerini tamamlaması ve temas sınırını duruma göre esnetmesi ile mümkündür. Kişi ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çevreyle temas ederken çeşitli temas biçimlerinden yararlanır. Bunlardan “içe alma”da kişi çevresinden gelen duygu, düşünce ve davranışları ayırt etmeden ve özümsemeden, olduğu gibi içine alarak kabul eder. Duyarsızlaşmada kendi bedeninden gelen duyum ve duyguların farkına varmaz. Saptırmada diğer kişilerden gelen mesajları, tepkileri, duygu ifadelerini duymaz. Yansıtmada, kendi duygu, düşünce, davranış ya da özelliklerini başka bir kişi, durum, ya da objeye atfeder. Kendine döndürmede, diğerlerinden beklediklerini kendine veya diğerlerine gösterir. Kendini seyretmede kendini sanki bir başkasıymış gibi dışarıdan gözler.

---

<sup>40</sup> Korb, M., Gorrell, J. Ve Vernon Van De Riet.(tarihsiz). Gestalt Therapy Practice and Theory.(2nd ed), New York:Pergomon Press.

<sup>41</sup> Mackewn,J. (1999). Developing gestalt counseling. London:Sage Publications.



İç içe geçmede ise kendisi ve diğerlerini bir olarak görür ve sınırlarını belirleyemez. Bu temas biçimlerinin her biri uygun durumlarda ve optimum düzeyde kullanıldığında işlevseldir. Bu bağlamda, danışan için yukarıda sözü edilen temas biçimlerinin en işlevsel şekilde kullanıldığı en uygun ve en güzel ritmi danışanla birlikte oluşturmak hedeflenir.

Temasın sağlanabilmesi için birden fazla kişi, obje ya da durum olması gerekir. Bir başka deyişle temas ancak birbirinden farklı iki şey arasında gerçekleşebilir. Bu anlamda kişi canlı, cansız tüm varlıklarla ve kendisiyle de temas kurabilir. Temas esnasında dışarıdan gerçek ya da metaforik anlamda bir şey alınır ve dışarıya bir şey verilir. Bu alışveriş kişinin çevre ile tanımlanan iki farklı şey (insan, nesne, durum gibi) arasındaki çekim ya da itmeye bağlı olarak ortaya çıkar. Dolayısıyla temas, hem ben ile ben olmayan arasındaki ilişki, hem ben ile senin ayırt edilmesi anlamlarına gelmektedir. O halde temas, hem birleşmenin hem de ayrışmanın yaşandığı yerdir ve tüm alışverişler bu sınırdaki gerçekleşir. Bu noktada temas sınırında duran gümrük memurunun çok mu katı, çok mu müsamahalı, ya da kontrollü bir biçimde duruma göre esnek bir tutum mu takındığı önem taşımakta ve bireyselleşme derecesi ile ilgili bilgi vermektedir.

Bu noktada temas ritminin bozulmasının nedeni Perls'e göre kişinin ihtiyaçları ile çevrenin ihtiyaçları birbirinden farklılaştığında, kişinin kendi ihtiyaçlarının mı, yoksa çevrenin ihtiyaçlarının mı daha önemli olduğunu ayırt edememesidir. Bu durum toplumu da bireyi de sıkıntıya sokar. Bu durumda kişi iki sağlıksız tepki verebilir. İlkinde, kişi toplumun sınırlarını aşabilir, bu durumda başkalarının ihtiyaçlarını göremez ve anlayamaz (Suçlu). İkincisinde ise, kişi kendini çok fazla geri çeker, kendi ihtiyaçlarını anlayamaz ve neticede toplumun kendi sınırını aşmasına izin verir (nevrotik) Bu tepkilerin ikisi de biri tepkisel, biri teslimiyetçi olma suretiyle kendi seçimleri dışında bir etkene yani çevreye bağımlıdır. Bu anlamda burada kişinin bireyselleştikten söz edilemez. Buna karşılık sağlıklı kişiler bu ikisi arasında denge kurabilen kişilerdir.

Sonuç olarak, iyi bir temasın sağlanabilmesi için temas sınırının esnek ve geçirgen olması gerektiğini belirtmiştir. Buna göre, kişinin ben sınırı temasa ne kadar izin veriyorsa, temas sınırı o kadar esnek ve geçirgendir denilir. Temasa kapalı kişi ben sınırını genişletemez ve dolayısıyla büyüyüp gelişemez.

Gestalt yaklaşımında kişinin bireyselleşmesi, dinamik yaklaşımdakinden farklı olarak, temas sınırının duruma göre esneyen bir yapı kazanması, başka bir deyişle temas sınırındaki gümrük memurunun karşılaştığı duruma kontrollü bir biçimde kendini adapte edebilme becerisi kazanmasıdır. Gestalt yaklaşımında ‘sınır’ (boundary) sistemin bir parçası olarak deneyimlerin duyumsanmasıdır. Sınırlar yoluyla herhangi bir şeyin ya da deneyimin özelliği anlamlandırılır ve diğer fenomenlerin yaşantıları ayırt edilir.

Birey ve diğerleri arasındaki sınırlar değerler sistemi, alışkanlıklar, beden işlevleri, duygular gibi farklı bakış açılarından etkilenebilir oluşur. Temas sınırlarının temel işlevleri: bireyin farkındalıklarına ve değişime uyum sağlaması, tehlikelerle ya da engellerle başa çıkması ve bazı yenilikleri ve durumları seçerek ayırt etmesidir. Kişi ve çevre arasındaki sınırlar olabilecek değişimlerin kabul edilmesi için gerektiği kadar geçirgen ve esnek olmalıdır .Ben sınırları; bireylerle diğer birey ya da obje arasındaki ayırmadır ve ben sınırları bireyin yaşam deneyimleri ile oluşmaktadır. Polster ve Polster’ e <sup>42</sup>göre ben sınırları şöyle sınıflandırılmaktadır; <sup>43</sup>

a)Beden sınırları

b) Değer sınırları

c) Tanıdık sınırları

d) İfade sınırları

e) Dışa vurma sınırları

#### **2.4.1. Beden Sınırları**

Kepner <sup>44</sup> beden sınırlarını fiziksel ve sosyal anlamda beden sınırları olarak ikiye ayırır. Fiziksel anlamda beden sınırları; vücudu çevreleyen deri ve kas sistemini içerir. İnsan vücudu çevrenin fiziksel değişimlerine göre kendisini ayarlar. İnsan fiziki yapısındaki değişimleri fark etmeye ve tehlikelerden korunmaya yatkındır.

---

<sup>42</sup> Polster, e.&Polster, M. (1974). Gestalt therapy integrated. Vintage Books; USA.

<sup>43</sup> Sharf,R.S. (2000).Theories of psychotherapy and counseling:concepts and cases. Belmont:Wadsworth Brooks Cole.

<sup>44</sup> Kepner,J.(1993)Body process: Working with the body in psychotherapy. San Francisco Joseyy-Bass.

Sosyal olarak beden sınırları; organizmanın sosyal ihtiyaçlarına, algılarına ve çevrenin durumuna göre değişir. Bunun yanı sıra sosyal çevre içerisinde bireyin kendini rahat hissettiği, rahat hareket ettiği ve kendi mesafesini belirlediği kişisel sınırları bulunur. Beden sınırlarının farkında olabilmesi için bireyin, bedenindeki organların farkında olması gerekir. Beden sınırlarının varlığı bireyin fiziki anlamda bütünlüğünü, sağlığını temsil ettiği gibi sosyal anlamda da işlevselliğini arttırmaktadır. Bireyin bedeninin farkında oluşu bedensel ve ruhsal sınırlarının işlevselliği açısından önem arz eder. Beden algısı, bireyin kendine ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosu olarak tanımlanır.

Beden algısı fiziksel, biyolojik ve sosyal deneyimlerden oluşmasına karşın, fizyolojik temele dayanır<sup>45</sup> Bu nedenle, vücut bölümlerinin bir yapısındaki, fonksiyonundaki veya görünüşündeki değişiklik beden algısında değişimlere neden olur<sup>46</sup>. Beden algısındaki değişim benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı da bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur.<sup>47</sup> Beden imgesi değişen bireyin tepkilerini birçok faktör belirler. Bu faktörler, birey için beden bölümünün ve fiziksel görünüşün önemi, dışardan bakıldığında görünüp görünmediği, rehabilitasyon uygunluğu, değişikliğin hızı, günlük yaşam için önem derecesi, bireyin baş etme gücünden oluşur.

Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar<sup>48</sup> Benlik saygısı ise, bireyin kendine verdiği değerle ilgilidir. Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında bir ilişki vardır.

---

<sup>45</sup> - Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce.

<sup>46</sup> Potter, P., Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing* (5.ed.) (p:541-551), Mosby, St. Louis.

<sup>47</sup> Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.

<sup>48</sup> Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. , Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Sağlık problemleri ile birlikte benlik saygısında azalma meydana gelir. Benlik saygısının azalması, hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir .

#### **2.4.2. Değer Sınırları**

İnsanın sahip olduğu değerler sistemi, onun değer sınırlarını oluşturmaktadır. Başkasından gelen bir istek, beklenti 'ben'in diğer sınırlarına uymayabilir. Böyle bir durumda bireyin değer sınırlarını esnekletmesi gerekir. Bireyin içerisinde bulunduğu ortama uyum sağması için değer sınırlarını esnekletmesi gerekir. Bir başka deyişle, bu bireyin değişime uyum sağlamsında etkindir.

#### **2.4.3 Tanıdıklık Sınırları**

Tanıdıklık sınırları; her gün aynı işe gitme, giderken aynı yolu kullanma ya da iş arkadaşı ile aynı yollarda karşılaşma gibi sık sık tekrarlanan ama hakkında düşünülmeyen, karşı konulmayan olayları ifade eder. Eğer birey beklenmedik bir şekilde terk edilirse tanıdıklık sınırları yıkılabilir. Bilinen her zaman rahatlık sağlar. Bilinmeyen heyecan yarattığı kadar korku ve endişe duygularını da yaratabilir. Bilinmeyenle 'Ben'in oluşturduğu sınırlar dolayısıyla bireyler yeni kişilerle tanışmayı çevre değiştirmeyi reddeder .

#### **2.4.4. İfade Sınırları**

İnsanlar, bağırma, ağlamayı, dokunmayı, öğrenirler. Birisi için önemli kişiler ile temasta olmak, ifade sınırlarını geliştirmeyi zorunlu kılabilir. Hepimiz çevremizde kendi anne babasından görmediği için çocuklarını öpmeyen ya da onlara mesafeli duran ebeveynlere tanıklık etmişizdir. Anne- baba ve toplum tarafından verilen emir ve komutlar ifade sınırlarını oluşturmaktadır. Bir başka deyişle; ifade sınırları bireyin kendini kendi duygularını kendi düşüncelerini gerek sosyal yolu ile gerekse beden dili ile ifade tarzını oluşturur.

#### **2.4.5. Dışa Vurma Sınırları**

Bazı insanlar için seyredildiğini bilmek rahatsız edicidir. Kimi insanlar tanımadıkları yerlerde daha rahat davranırlarken, kendi çevrelerinde istedikleri gibi davranamayabilirler. Bazı olumsuz sıfatlarla anılmak istemediklerinden kullandıkları bir temas engelidir. Organizma için diğerlerine göre daha iyi daha uygun denilebilecek sabit sınırdan bahsedilemez.

Sağlıklı olan, bireyin kendi ihtiyaçları ve temasın içeriğine göre kişinin sınırlarını ayarlama becerinin olmasıdır. Bir başka deyişle dışa vurma sınırları; bireyin kendisini nasıl ortaya koyacağını etkiler. Bireyin kendisini ortamda bulunma şekli ortamında bulunan kişilerde etkilenmektedir ki bu durumun kendisi dışa vurma sınırlarını oluşturur.

## 2.5: Gestalt Temas Süreci

Organizmanın çevre ile ilişkisi Gestalt yaklaşımında ‘Temas Süreci’, ‘Temas Döngüsü’, ‘Gestalt Oluşum ve Yıkım Döngüsü’ gibi kavramlar ile ifade edilir.<sup>49</sup> Temas döngüsü bazı kaynaklarda aşağıdaki gibi döngüsel olarak ifade edilir. Woldt ‘un oluşturduğu farkındalık ve temas döngüsünde benzer şekilde altı temas aşamasını duyum, farkındalık, heyecan, hareket, tam temas ve çekilme olarak adlandırmıştır<sup>50</sup> Temas döngüsünün aşamaları ;

### 1. Aşama

- a. Nötr Alan: Gestalt oluşum ve yıkım döngüsünün ilk aşamasında birey dengededir. Bir başka deyişle; birey için herhangi bir ihtiyacın varlığından söz edilemez.. Henüz şekil oluşmamıştır.
- b. Duyum Aşaması: Organizmanın dengesinin bozulmaya ve ihtiyacın belirdiği aşama ikinci aşamadır. Bu aşamada Perls oluşabilecek ihtiyaçları dörde ayırmaktadır.
  - b.1. Periyodik ihtiyaç ve istekler. Açlık, susuzluk vs.
  - b.2. Sürekli ağrı.
  - b.3. Dışardan gelen tepkime ile oluşan duygular.
  - b.4. Çevrede meydana gelen değişimlere verilen psikolojik tepkiler.

---

<sup>49</sup> Kirchner , M. (2000). Gestalt therapy theory: An overview. Journal of Gestalt Therapy 4,(3).  
Latner, J. (1992). The theory of gestalt therapy. Gestalt Institute of Cleveland Pers. (Krichner, 2000; Latner, 1992).

<sup>50</sup> Hartung, P.J. (1991). Breaking ground: a study of gestalt theory and Holland’s theory of vocational choice. Speeches/Conference Papers Reports Research, 150-165, 13th Chicago, IL.

## 2.Aşama

a: Farkındalık( Değerlendirme ve Planlama): İhtiyacın farkına varıldığı aşamadır. Bu aşamada birey ihtiyacını gidermek için yüksek motivasyona sahiptir. İhtiyaç bu aşamada şekil halini almıştır.

## 3.Aşama

a. Eylem( Hareket): Bireyin eyleme geçtiği aşamadır. Birey ihtiyacını uygun yolda giderebilmek için harekete geçer. Bu aşamada bireyin eyleme ihtiyacına uygun duygusal ve davranışsal aktiviteleri içerir. İhtiyaçlarına uygun seçeneklerin kabul edildiği ve yahut red edildiği aşamadır.

## 4.Aşama

a. Tam Temas: Birey kendisi için uygun olduğunu düşündüğü seçeneği seçmiştir. Temas sürecinde duygular ve duyular aktivedir. Ancak bunlar tam ve iyi bir temasın garantisi değildir. Temas sürecinde hayaller ve anılar da aktive olmaktadır.

## 5. Aşama

a. Özümseme (Tamamlama): Bireyin ihtiyaçları bu aşamaya kadar karşılanmış ise birey tatmin olur ve doyuma ulaşır. Aksi halde üzülür, sızlanır ve uygun olmayan ifadelerin kullanımı aktifleşir.

## 6. Aşama

a. Geri Çekilme ( Çekilme): Birey için olay ilgisini kaybeden bir nitelik almıştır. Bireyin dikkatini şekilden uzaklaştırmıştır.

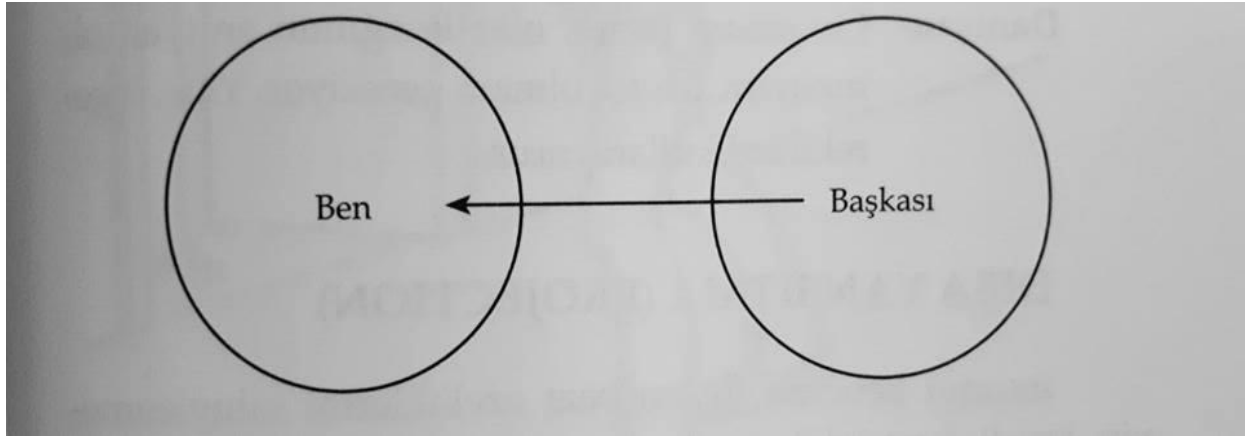
### **2.6:Gestalt Temas Engelleri**

İnsanoğlu, doğası gereği patolojik yollarla ya da uygun olmayan şekilde bitmemiş işlerini tamamlar ya da bastırır. Geçmişte yaşanan bitmemiş işler kişinin şimdiki anını etkiler. Birey depresif belirtiler gösterebilir.

Geçmişte yaşanan bitmemiş işler kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve çevresiyle iyi temas kurmasını engeller<sup>51</sup>. Gestalt terapide terapi süreci temas, temas engellemeleri ve bunlara ilişkin farkındalıklar üzerinedir. Terapide şekli oluşturan, ön planda olan temastır. İnsanlar işiterek, dokunarak, koklayarak, görerek, tadarak, konuşarak, hareket ederek temas kurarlar. Ben ve başkaları ile temasa geçerken ortaya çıkan ilişki çarpıtmaları ya da temasın yön değiştirmesi temas engellemeleri olarak adlandırılır<sup>52</sup>

Perls Sınırların Yokluğu, İçe Verme, Dışa Yansıtma, Kendine Çevirme temas engeli üzerinde dururken; Polster ve Polster (1974) Yön Değiştirme, Duyarsızlaşma temas engelini eklemiştir. Perls'e göre bu mekanizmalar sürekli ve uygun olmayan şekilde kullanıldığında nevrotiktir. Aslında hepsi doğru şekilde seçildiğinde ve kullanıldığında uygun ve sağlıklıdır. Bir diğer ifadeyse; temas biçimleri bireyin kendi kişisel gelişimine yardımcı olur. Bireyin kişisel gelişime yardımcı olmayan temaslar ise temas engeline dönüşür.

**2.6.1: İçe Verme (Introjection):** Gestalt yaklaşımında “içe verme” kişinin kuralları, mesajları, modelleri, özümsemeden tümü ile içine alması, yutmasıdır. İçe verme mekanizması sık ve farkında olunmadan kullanıldığında sağlıklı biçimde fonksiyon görmeyi engelleyen en yaygın temas engellemesidir ve diğer temas engellerinin temelini oluşturur.<sup>53</sup>



Şekil1: İçe Verme Temas Engeli

<sup>51</sup> Clarkson, P.(1994). Gestalt counselling in action. Londra:Sage Publications.

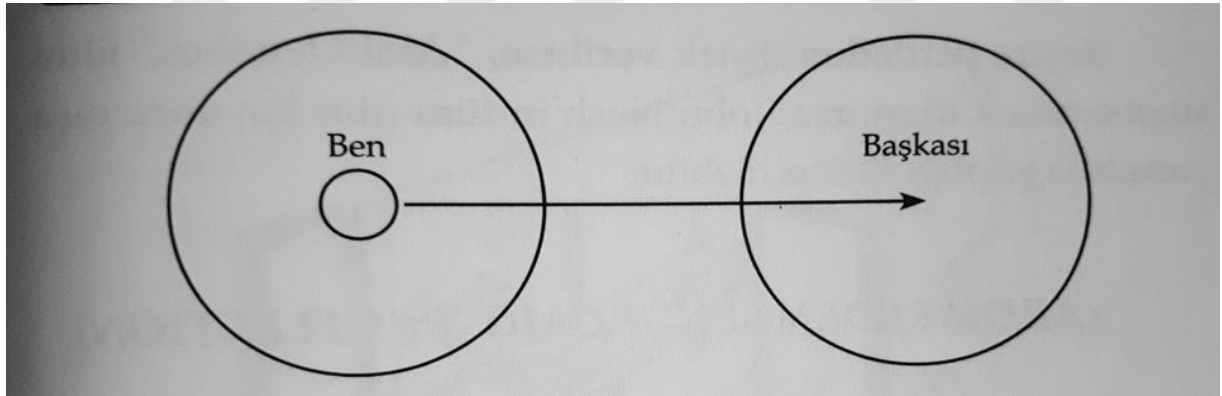
<sup>52</sup> Voltan-Acar, N.(2006). Ne kadar Farkındayım?Gestalt Terapi. Ankara. Ankara:Babil Yayıncılık

<sup>53</sup>Kirchner, M.(2000). Gestalt therapy theory:An overview. Journal of Gestalt Therapy 4, (3).

Yaşamın ilk yıllarında çevresiyle temas kurmaya başlayan bir birey için, çevrenin kuralları hakimdir. Çocuk pek çok kuralı ve değeri içe alır. Dolayısıyla çocukların çevrenin değerlerinden ayrılmış bir benliği yoktur. Çocuklar içe verdiklerini özümsemeye başladıklarında kendi benlikleri oluşmaya da başlar. Örneğin çocuklar, anne-babalarının görüşlerini olduğu gibi alırlar. Çocuklar büyüdükçe anne-babalarının görüş biçimlerini daha az sıklıkla içe alırlar.

“İçe verme”, insanın çevresindeki önemli kişilerden alınan kuralları, düşünceleri içeren ilk mekanizmadır. İnsanlar, bebekler gibi kuralları ya da öğütleri içe alır. Bireyler, “ihtiyaçlarını ön planda tut”, “duygularını kontrol et” gibi ifadeleri, mesajları özümsemeden yutarlar, ayrıca diğerlerinin kişinin kendisine ilişkin söylediği mesajları da yutarlar.

**2.6.2 Dışa Yansıtma (Projection):** Dışa Yansıtma temas engellemesi kişinin kendinde var olan, ancak kabul etmediği duygu, davranış ve düşüncelerin diğer insanlara yöneltilmesi ve bunlar kendisine ait değilmiş gibi yansıtması sürecidir. İnsanlar kendilerinde var olduğunu kabul etmekte zorlandıkları özellikleri başkalarına yansıtırlar. Dışa yansıtma içe vermenin tersidir.<sup>54</sup> Önyargı genellikle yıkıcı ve olumsuz dışa yansıtma şeklidir. Dışa yansıtma çok az dürüstlük söz konusudur.



Şekil 2: Dışa Yansıtma Temas Engeli

İçe verilen ve kişinin kendisi tarafından kabul edemediği yönleri dışa yansıtılır. Dışa yansıtma temas engelinin sık kullanan bireyler genelde karşı tarafı suçlarlar.

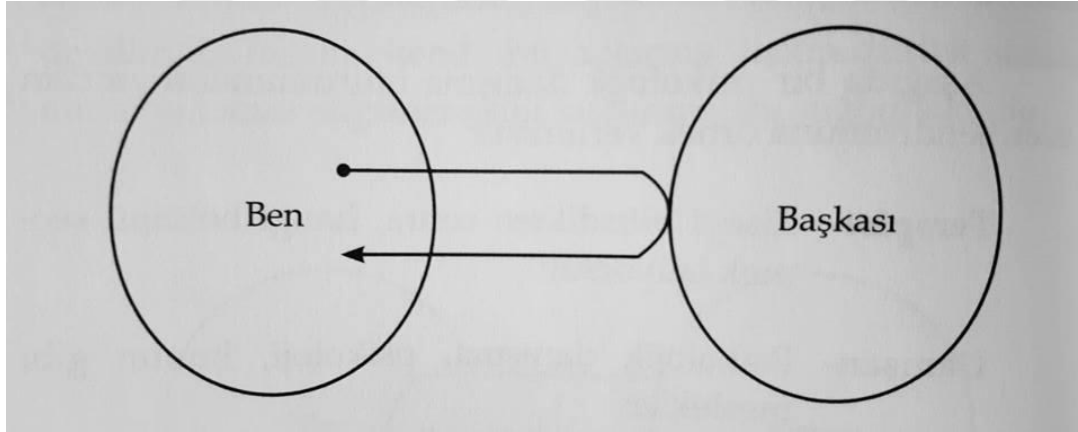
<sup>54</sup> Latner, J. (1992). The theory of gestalt therapy. Gestalt Institute of Cleveland Press.



Bu yolla birey kendi hatalarının görünmesini engeller. Bu tarz kişiler kişilerarası ilişkilerinde suçlayıcı, gergin ve reddedilmeye karşı duyarlıdırlar. Ayrıca diğer insanların nasıl davranacaklarını önceden tahmin edebileceklerini düşünürler. Bu kişilerin abartılı benlikleri vardır. Bu durum abartılı bir hal aldığında paranoya ve delüzyon görülebilir<sup>55</sup>.Sağlıklı dışa yansıtmaya bir sanat eseri oluşturmak örnek verilebilir. Sanatkârların eserleri sağlıklı dışa yansıtmmanın birer sonucudur.

### 2.6.3 Kendine Çevirme (Retroflection)

Kendine çevirme “ben” den gelen diğerine giden uyarıcıların geri dönüp “ben”e gelmesidir. Kendinden nefret etme, kendini sevme, özdenetim, narsizm, tırnak yemek, dudak ısırma, yeme bozuklukları kendine çevirmeye örnektir. Kendine çevirme farkında olunmadan yapılırsa bireye zarar verir.



Şekil 3: Kendine Çevirme Temas Engeli

Depresyon, intihar etme, kendine çevirmenin uç örnekleridir<sup>56</sup>. Çocuk ihtiyaçlarının karşılanması için ailesi ya da çevresiyle girdiği mücadelelerde başarısız olur ve cezalandırılırsa bu durum kendine çevirme temas engelinin kullanması açısından risk oluşturur. Bu bireyler ileri yaşlarda da kendi isteklerini sürekli bastırırlar ve bu şekilde enerjileri bölünür. Kendine çevirme temas engelini farkında olmadan kullanan birey, hem ihtiyacını karşılamaya çalışır hem de bu çabayı baskı altına alır.

<sup>55</sup> Kepner, J.I (1982). Questionnaire measurement of personality styles from the theory of gestalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, Ohio.

<sup>56</sup> Voltan-Acar, N.(2006). Ne kadar Farkındayım?Gestalt Terapi. Ankara. Ankara:Babil Yayıncılık

Bir süre sonra kişi kendi içerisinde elişi ki yaşar ve kendine yabancı bir “ben” oluşur. Bu temas engelini sık kullanan bireyler sürekli olarak kendilerini suçlarlar, kontrollü olmaya çalışırlar ve olumsuz benlik imgesine sahiptirler. Onlar, ihtiyaçlarını dile getirmek ve yardım almak konusunda zorluk yaşarlar. Doğal olarak dışarıya çevrilecek olan enerjinin ie çevrilme sürecidir. İki Şekil kendine çevirme vardır. Kişi kendisine ilişkin dışunceleri dışardan alır ve kendi kendine zarar verir. Dolayısıyla enerjisini kendine çevirir. Bu tür zararlı dışunceler kişinin biyolojik yapısını, özellikle kas sistemini ve vücudun kimyasal dengesini olumsuz etkiler. Kendine evirme temas engelini temelinde de ie verme yatmaktadır. Kendine evirme, temas döngüsünün her aşamasında görülebilir fakat genellikle tam temas aşamasında görülür.

Kendine evirme temas engelini kullanan bireyler çevreye yönelerek davranışta bulunamazlar ve bunu kendilerine yöneltirler. İnsan başkalarının kendisine yardım etmesini istediği zaman ‘bunu kendim için yapabilirim.’ ifadesi, kendine çevirmeye örnektir. Bu davranışı birey öz-yeterlik hissini yaratmak içindir. Bununla birlikte birey kendisini yalnız hissetmesine ve diğerler bireylerden kendisini ayırmasna neden olur. Organizmayla evre arasında bir çatışma olarak başlayan durum, kişiliğin bir yanı ile başka bir yanı arasındaki içsel çatışma olup çıkar. Kendine evirme bilinçli olarak yapılmakta ise herhangi bir problem ortaya çıkmaz. Ancak, bu durum alışkanlık haline geldiyse, kronikleştiyse ve denetlenmiyorsa patolojiktir. Kişi bu durumun farkında olmaz, kişilikteki bir çıkmaz haline gelir ve nevrotik bir durum olur <sup>57</sup>. Birey duygu ve dışuncelerini normal yollardan ifade edemediğinde var olan enerjisi bazı hastalıklarla kendini gösterebilir <sup>58</sup>. Kendine evirme ve ie verme temas engelini temelinde de bitirilmemiş istismar yaşantıları olabilir.

---

<sup>57</sup> Erkmen, N. (1992). Gestalt Terapisi (zn Harekete Geçirilmesi) İçimizdeki ocuk. İstanbul:Söz Yayınları.

<sup>58</sup> Sills, C., Finch, S., ve Lapworth, P.(1998). Gestalt counselling. United Kingdom: Winslow Press Limited.

Ayrıca kronik baş ve mide ağrılarının, psikosomatik rahatsızlıkların temelinde kendine çevirme temas engeli yatmaktadır. Bu durumdaki bireyler diğerlerine karşı hissettikleri fakat ifade edemedikleri öfke ve kin gibi duyguları kendilerine yöneltirler <sup>59</sup>. Bu temas engelini sık sık kullanan bireylerin öncelikle enerjilerini kendilerine nasıl çevirdiklerini fark etmek gerekmektedir, “tırnaklarını mı yiyor, dudaklarını mı ısırıyor ya da kendine farklı bir şekilde mi zarar veriyor” gibi.

Kendine çevirme temas engelini bazı durumlarda kullanmak ise kişinin işini kolaylaştırır. Örneğin kızgınlığı ifade etme güdüsüne direnmek, tehlikeli çevre ile baş etmeyi sağlayabilir. Böyle bir durumda, bireyin dudağını ısırması, kötü bir söz söylemesinden daha işlevsel olabilir <sup>60</sup>Bir başka deyiş ile kendine çevirme; içe verilen mesajları bireyin alarak kendine mal etmesidir. Bu temas engelini sık kullanan bireylerin kendisini suçlayarak kendilerine zarar verme eksenidir. Bu yüzdendir ki psikosomatik rahatsızlıkların temelinde kendine çevirme temas engeli yatmaktadır.

#### **2.6.4 Yön Değiştirme (Deflection)**

Yön değiştirme, direkt temas kurulacak kişiden başka bir yöne, tarafa yönelmektir. Kişinin farkındalıktan kaçmasının da bir yoludur. Bu şekilde sorun daha anlaşılabilir hale gelir ya da daha yumuşar. Gerçek problemden bu şekilde uzaklaşmış olunur. Kişi, doğrudan kendi duygularını ifade etmek yerine farklı bir dil kullanmayı seçer. Mizahın kullanılmasının da yön değiştirmenin bir başka şekli olarak tanımlanır.

Kişinin çevreden gelen duyuların etkisini azaltmak ve oluşacak temasın meydana getireceği güçlü duygulanımlardan kaçınmak için enerjisini temas dışındaki başka bir alana yönelterek hedeften uzaklaşması yön değiştirmedir <sup>61</sup>Yön değiştirme genellikle zararlıdır ve kişinin iyi temas kurmasını engeller. Yön değiştirme bazı durumlarda ise sağlıklıdır. Kişinin potansiyel tehlikelere karşı hayatta kalmasını sağlayabilir.

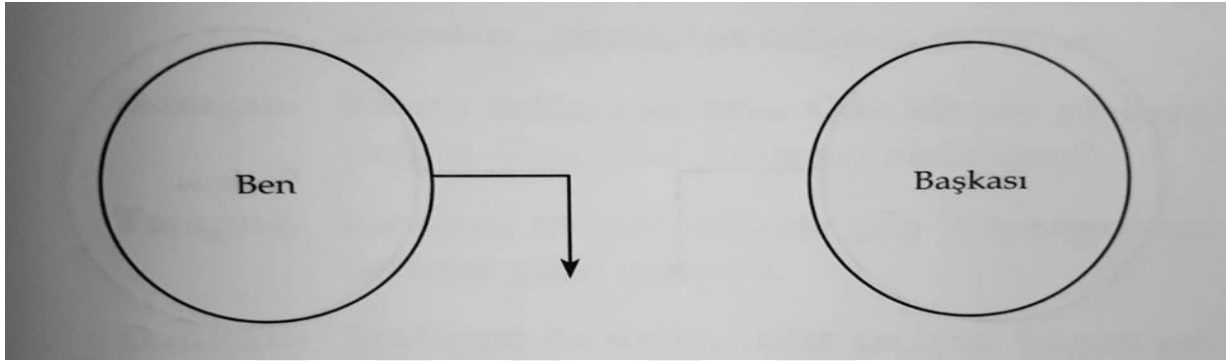
---

<sup>59</sup> Harris, S.M. ve Busby, D. M. (1997). Pant- legs and pathology: The marriage of individual, and family assessment. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), 507-521.

<sup>60</sup> Yontef, G. Ve Simkin, J. S. (1989). *Gestalt therapy*. Current Psycottherapies (Ed. Corsini, R. J., Wedding D.). Illinois: Peacock Publishers.

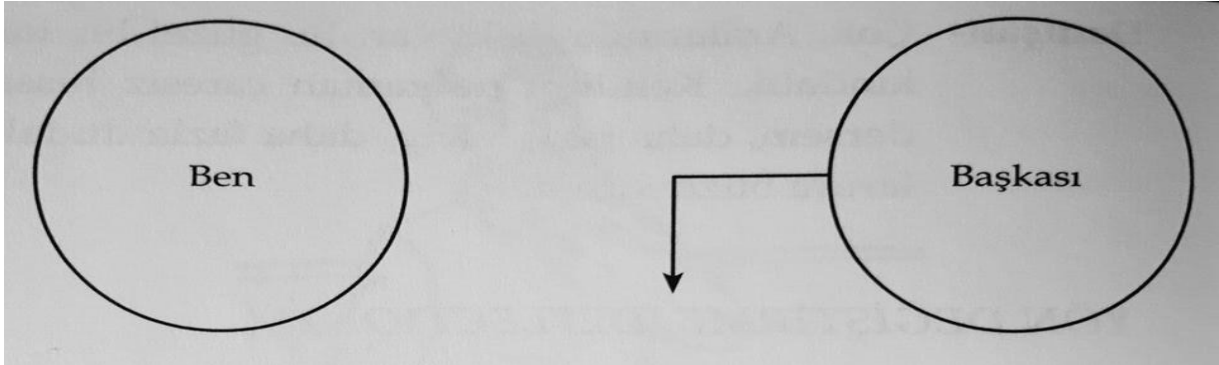
<sup>61</sup> Latner, J. (1992). *The theory of gestalt therapy*. Cleveland: Gestalt Intstitute of Cleveland (GIC) Pres.

Yön değiştirme temas engelini birey kendini stresli durumların etkisinden korumak için kullanabilir. Böylece kişi enerjisini doğal yolundan farklı bir yöne çevirir. Kişi nevroitik anlamda kendisiyle ve çevresiyle çatışmaktan kaçarak kendi duygularını görmezden gelir. Yön değiştirme temas engeli genellikle temas döngüsünün tam temas aşamasında görülür. Üç çeşit yön değiştirme vardır. Birincisi; şekilde de görüldüğü gibi benden diğerine doğru gitmesi gereken bir impulsun yön değiştirerek başka yöne gitmesidir. Bir konu anlatılırken bireyin farkında olmadan konu değiştirmesi gibi.

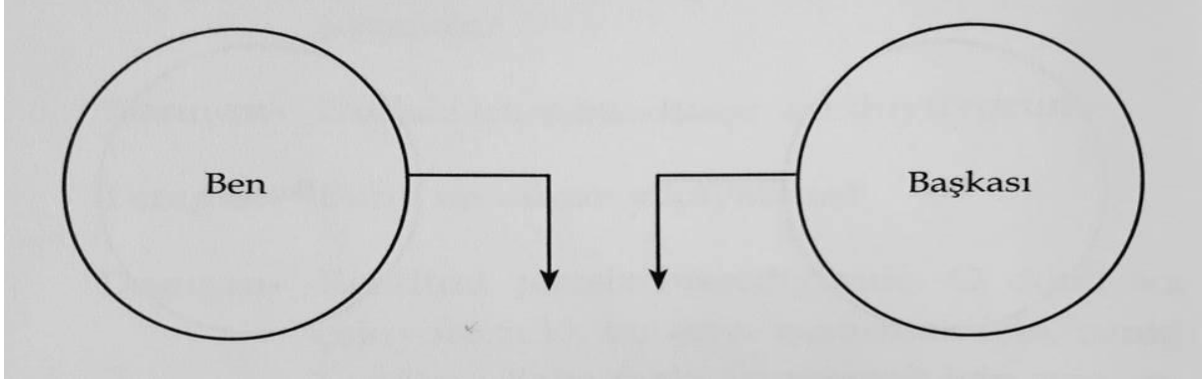


şekil 4:Yön Değiştirme

İkinci çeşit yön değiştirme aşağıda yer alan şekildeki gibidir. Başkasından çıkarken ben'e doğru gitmesidir.



şekil 5:Yön değiştirme



Şekil 6:Yön Değişirme

Şekilde de amlaşıldığı gibi; birinci ve ikinci yön değiştirmenin aynı anda olmasıdır. Diğerine doğru giden bir implusun benden çıkıp yol ortasında başka bir yöne doğru giderken, diğerinden çıkıp bene doğru gitmesi gereken bir diğer implusun ise yol ortasında yön değiştirmesidir.

**2.6.5 Sınırların Yokluğu (Confluence)** Kişinin “ben” ile “ben” olmayan arasındaki sınırı kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin benliği ile başkaları arasındaki sınır belirsizleşir bazen bu sınırlar tamamen kaybolur <sup>62</sup>. Sınırların yokluğu temas engelini sık kullanan bireyler başkalarını kırmaktan korkarlar ve hayır demekte zorlanırlar.Bu bireyler, çatışma yaşamaktan çekindiklerinden böyle durumlarda düşüncelerini ifade edemezler ve daha çok uyarlı bireylerdir <sup>63</sup>.Kişi, özerk olmak bireyselleşmek yerine başkalarıyla bütünleşmeyi seçebilir.

Kronik sınırların yokluğu özellikle borderline kişilik bozukluğunun özellikleri arasında da yer alır. Bu kişilerdeki sınırların yokluğu temas engeli düzensiz ve dengesiz kişilik özelliği olarak kendini gösterebilir <sup>64</sup>. O'Leary <sup>65</sup>, Birey-Merkezli yaklaşım ile Gestalt Terapi'yi karşılaştırmış ve empati ile sınırların yokluğu kavramlarını incelemiştir. Sağlıklı olan sınırların yokluğu, bireyin diğerlerine empati duyması olarak yaşanabilir. Sağlıksız olan sınırların yokluğu, bireylerin diğerlerinden izole olmalarına neden olabilir.

<sup>62</sup> Latner, J. (1992).The theory of gestalt therapy. Cleveland:Gestalt Inttstitute of Cleveland (GIC) Pres.

<sup>63</sup> Kepner, J.I (1982). Questionnaire measurement of personality styles from the theory of gestalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, Ohio.

<sup>64</sup> Clarkson, P. (1994). Gestalt counselling in action. Londro: Sage Publications.

<sup>65</sup> O'Leary, E. (1997). Towards integrating person centered and gestalt therapies. The Person-Centered Journal, 4,14-23.

Terapistin sağlıklı bir biçimde sınırların yokluğunu kullanması, psikolojik danışma ortamında anında olarak, onu anlaması şeklinde yaşanabilir. Sağlıksız temas sürecinde, tam temas aşamasından sonra birey ihtiyaçlarının da ötesinde sınırların yokluğunu kullanırsa temas sürecinde sorun yaşanmasına neden olur. Temas öncesi aşamada bireyin yeni durumları kabullenmesinde sınırların yokluğunun yaşanması sağlıklı olabilir.

Anne bebek ilişkisinde ortaya çıkan sınırların yokluğu durumu, meditasyon sırasında birey ile çevre arasındaki sınırların kaybolması sonucu yaşanan mutluluk hissi, cinsellik eyleminin kendini kaybetmek olarak ifade edilmesi sınırların yokluğunun sağlıklı şekilde kullanılmasına örnektir <sup>66</sup>. Sınırların yokluğu temas engeline bireyler özerk ve bağımsız olmaktan yoksundurlar. Bu temas engelini sık kullanan bireyler genelde uyumlu görünürler ve kendilerine uygun olmayan düşüncelere bile karşı çıkmazlar, tepkilerini göstermezler. Dolayısıyla, başkalarına bağımlılık söz konusudur. Sınırların yokluğu temas engeli genellikle tam temas aşamasından sonra daha sık görülür.

**2.6.6 Duyarsızlaşma (Desensitization)** Duyarsızlaşma temas engeli temas döngüsünün duyumsama aşamasındaki sıkıntılardan kaynaklanır. Kişi bedeninin verdiği uyarıları yanlış değerlendirebilir ya da olayları net değerlendiremeyebilir. Kişinin bedeninin verdiği uyarıları veya çevreden gelen uyarıları gereğinden fazla duyumsamasıda da bir duyarsızlaşmadır.

Duyarsızlaşma kişinin kendi duyularına karşı ilgisizlik ve kayıtsızlık olarak ortaya çıkar. Kişi görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma ve bunların bütünleşmesine ilişkin duyularına dikkat etmez. Kişinin belli duyularının farkına varması durumunda ortaya çıkabilecek tehlikelerden kaçınması duyarsızlaşmanın temelini oluşturur. Duyarsızlaşma temas engelini sık kullanan bireyler zihinsel etkinlik gerektiren yaşantıları, fiziksel etkinlik gerektiren yaşantılara tercih ederler. Onlar, çevreleri tarafından duygusuz, duyarsız olarak tanımlanırlar<sup>67</sup>. Bazı durumlarda duyarsızlaşma temas engelinin kullanılması bireyin uyumunu artırabilir.

---

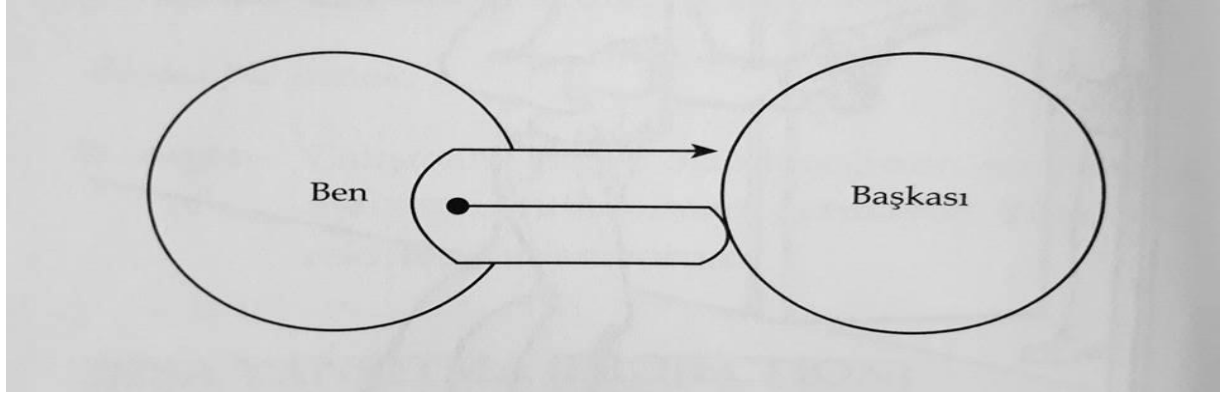
<sup>66</sup> Sills, C., Finch, S., ve Lapworth, P.(1998). Gestalt counselling. United Kingdom: Winslow Press Limited.

<sup>67</sup> Kepner, J.I (1982). Questionnaire measurement of personality styles from the theory of gestalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, Ohio.

Örneğin bireyin açlık ya da susuzluğunu geçici olarak bastırması ya da bireyin ağrıya yönelik duyarlılığını artırması gibi, fakat duyarsızlaşmanın sağlıklı olabilmesi için bireyin bu durumun farkında olması ve duyarsızlaşmayı geçici olarak yapması önemlidir <sup>68</sup>. Duyarsızlaşma temas engeli bireyin kendi duyularına ilgi göstermemesi durumudur. Temas döngüsünde temas öncesi duyum aşamasında ortaya çıkar. Dolayısıyla birey ihtiyaçlarının farkında değildir, duyumsamaz; doğal olarak da temas oluşmaz.

### 2.6.7 Yardım Eden Sendromu (Proflection) Yardım eden sendromu, dışa yansıtmanın bir

şeklidir. Ayrıca bu temas engeli, dışa yansıtma ile kendine çevirmenin karışımı olarak nitelendirilen bir temas engellemesidir. Bu temas engeli insanların, kendilerine yapılmasını istediklerini başkalarına yapmalarını



Şekil 7: Yardım Eden Sendromu

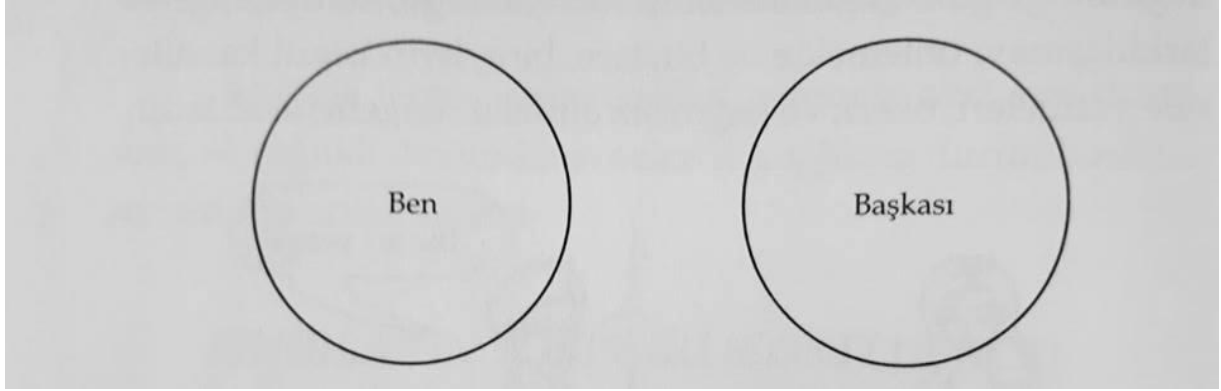
Bireyler gereksinimlerini ifade edemedikleri, isteklerini dile getiremedikleri durumlarda, başkalarının gereksinimlerini giderme konusunda yardım ederler ve bu davranışlarının farkında olmazlar. İnsanın kendi gereksinimlerine karşı dürüst olmaması bu temas engelinin kullanımına neden olmaktadır. Böyle yaparak bireyler ikincil doyum sağlarlar <sup>69</sup>. Beklentisi farklı bile olsa gereğinden fazla müdahaleci davranışlar gösterebilir ve bunun farkında olmaz. Dolayısıyla, bu bireyler gerçek duygularını ifade edemeyen, çevresini kırmaktan korkan kişilerdir.

<sup>68</sup> Sills, C., Finch, S., ve Lapworth, P.(1998). Gestalt counselling. United Kingdom: Winslow Press Limited.

<sup>69</sup> Voltan-Acar, N.(2006). Ne Kadar Farkındayım? Gestalt Terapi. Ankara: Babil Yayıncılık.

Yardım eden sendromu bireyin kendisine nasıl davranılmasını istiyorsa başkalarına o şekilde davranmasıdır. Bu şekilde ikincil bir doyum sağlanır. Yardım eden sendromunu sağlıklı biçimde kullanan bireyler, kendi ihtiyaçlarının tam olarak farkında olmayan ve başkaları için yaşamayı değer edinen bireylerdir. Bu bireyler sınırların yokluğu temas engelinde de görüldüğü gibi bağımsız ve özerk olamazlar. Dolayısıyla yardım eden sendromu temas engelini sık kullanan bireylerin çevreleriyle bağımlı bir şekilde temas kurdukları söylenebilir.

**2.6.8 Çekilme (Withdrawal)** Çekilme, sınırların yokluğunun tersi bir durumdur. Çekilme bireyin dikkatini temas objesinden çekmesidir. Bazen dikkat temas objesinden bireyin kendisine de yönelir. Çekilme temas engeli, yorgunluk, doygunluk, ilgilerde donukluk, hareketlerde yavaşlık, göz kontağının kesilmesi gibi duyum ve davranışlarla kendini gösterebilir<sup>70</sup>.



Şekik8: Çekilme Temas Engeli

Tam temas aşaması doyumla tamamlanır ve birey sindirmek için çekilir. Bu sağlıklı bir süreçtir. Bazı durumlarda birey tam temas aşamasını doyumla tamamlamadan temastan çekilir ve bu durumun farkında olmaz. Bu ise sağlıklı olanıdır. Bu süreç temas sonrası aşaması, ya da temastan çekilme olarak da adlandırılır. Bazen de sınır koymak için çekilmeye gereksinim duyulabilir. Bu durumlar sağlıklı birer çekilmedir. Sağlıklı olan çekilme ise bireyin farkında olmadığı çekilme yaşantılarıdır<sup>71</sup>.

<sup>70</sup> Jacobs, S.(2007). The implementation of Humour as deflective technique in contact boundary disturbance. Mastre of Diaconiologh, Universty of South Africa.

<sup>71</sup> Voltan-Acar, N.(2006). Ne Kadar Farkındayım? Gestalt Terapi. Ankara: Babil Yayıncılık.



Kepner, temas sonrası aşamasını temas döngüsünün ritmik noktalama aşaması olarak ifade eder. Çekilme bireyin kafa dinlemek, yaşananları sindirmek, kişilerle arasına sınır koymak amacıyla ve farkında olarak yapıldığında sağlıklıdır. Temas süreci sona erdiğinde birey yeni bir ihtiyaç oluşana kadar temastan çekilir. Bireyin tam temas aşamasını sağlıklı olarak tamamlamadıktan sonra farkında olmadan çekilmesi ise sağlıksızdır. Çekilme temas engeli, temas döngüsünün son aşamasında ortaya çıkar ve temas sonrası olarak ifade edilir. Bağımsızlıktan çok bağımlılığı pekiştiren Türk toplumunda çekilme pek alışılmış bir durum olarak değerlendirilmez. Dolayısıyla çekilmeye Türk kültüründe olumsuz bir anlam yüklenir<sup>72</sup>.

## **2.7.Gestalt Temas Engelleri Kavramı**

**2.7.1:Temas:** Temas aşamasında ihtiyacın açıklığa kavuştuğu evredir. Bu aşamada oluşa temas engeli ‘dışa yansıtma’dır. Gestalt Temas Engelleri ölçeğinde ayrı bir boyut olarak çıkan ‘dışa yansıtmanın’ oluşturduğu boyut ‘Temas Boyutu’ olarak adlandırılır.

**2.7.2:Tam Temas:** Tam temas aşamasında birey ihtiyacını gidermek için kendisi için en uygun olduğunu düşündüğü seçeneği seçer. Duygular, duyumlar temas oluşturduğunda işler işler hale gelir. Bu aşamada karşılaşılabilecek temas engelleri kendine çevirme ve yön değiştirmedir. Bu temas engellerinin oluştuğu boyut ise ‘Tam Temas’ olarak adlandırılmıştır.

**2.7.3:Bağımlı Temas:** Sınırların yokluğu temas engeli bireyin çevreden, farklılaşmadığını, ayrışmadığını gösterir. İlişkilerinde kişi kendi sınırlarını çizemez. Bu temas engelini kullanan bireyin ilişkileri özerklikten, farklılıktan, bireysellikten yoksundur. Tam temas aşamasından sonra birey ihtiyaçlarının ötesinde sınırların yokluğunu kullanırsa bu sağlıksız olur ve temas sürecinde sorun yaşanmasına neden olur. Yardım eden sendromu ise, insanların kendilerine yapılmalarını istemediklerini başkalarına yapmalarındır.

Bireyler gereksinimlerini ifade edemediklerini dile getiremedikleri durumlarda, başkalarının gereksinimini giderme konusunda yardım etmektedirler ve bu davranışlarının farkında değildirler. İnsanın kendi gereksinimlerine karşı dürüst olmaması bu temas engelini kullanılmasına neden olur. Böyle yaparak bireyler ikincil bir doyum sağlarlar.

---

<sup>72</sup> Voltan-Acar, N.(2006). Ne Kadar Farkındayım? Gestalt Terapi. Ankara: Babil Yayıncılık.

Ayrı boyutta oluşan sınırların yokluğu ve Yardım Eden Sendromu temas engellerinin bulunduğu boyuta ‘Bağımlı Temas’ ismi verilmiştir çünkü bu temas engellerinde diğerlerine karşı olan bağımlılıktan söz edilir.

**2.7.4: Temas Sonrası:** Tam temas aşaması doyum ile tamamlanır ve birey sindirmek için çekilir. Bu sağlıklı bir süreçtir. Bazı durumlarda birey tam temas aşamasını doyumla tamamlamadan temastan çekilir ve bu durumun farkında olmaz. Bu ise sağlıksız olandır. Bu süreç temas sonrası aşama ya da temastan çekilme olarak tanımlanmıştır. Temas döngüsünde son nokta sindirme ve şekli bırakma noktasıdır. Çekilme temas engeline bu aşamada ‘temas sonrası’ adı verilmiştir.

### **3.BÖLÜM : YÖNTEM**

#### **1:Örneklem**

Çalışmamız; Nigtingale Hastanesi Meme Sağlığı Merkezine ayaktan ve yatarak başvuran meme kanseri tanılı 20-65 yaş arası araştırmaya gönüllü katılmak için yazılı onamları alınan 100 gönüllü yetişkin kadın ile yürütülmüştür. Araştırma, boylamsal bir yöntem benimsenerek operasyon öncesi, tedavi sürecinde ve tedavinin sonlanması sürecinde olmak üzere üç evreden oluşturulmuştur. Popülasyon kabul ölçütlerine göre; 20-45 ile 45- 65 yaş arasında, okuma yazma bilen, meme kanseri tanısı almış, dönem 1,2,3 evrelerinde olan başka herhangi bir kanser hastalığı olmayan, hormon terapi dışında en az 3 ay sürecince radyoterapi, kemoterapi ve bu kombine tedavilerden birini alan kadınlardan oluşmaktadır.

Çalışmadan dışlanma ölçütleri; DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre mental retardasyon, alkol- madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, demans ve diğer bilişsel bozukluklardan birinin olması, şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar, epilepsi, multipl skleroz ve Parkinson hastalığı gibi özgün kişilik özellikleri tanımlanan nörolojik hastalıklar ile bilişsel bozukluğa yıl açan sistemik hastalıkları olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır.

## **2:Veri Toplama Araçları**

### **2.1:Kişisel Bilgi Formu**

Ölçek hastaya ayrıntılı anlatıldıktan sonra hasta tarafından doldurulmuş ve sonrasında araştırmacı psikolog tarafından kontrol edilmiştir Ancak sosyo-demografik veri formu araştırmayı düzenleyen psikolog tarafından doldurulmuştur.

### **2.2:Gestalt Temas Engelleri Ölçeği**

Nilüfer Voltan Acar ve Özlem Tagay<sup>73</sup> tarafından geliştirilen Gestalt Temas Engelleri Ölçeği kullanıldı.

### **2.3:İşlem**

Verilerin analizinde istatistiksel programlardan olan SPSS v22.0 kullanılmıştır. Verilerin dağılım analizlerinde ise;

- Tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler)
- Manova - Wilks Lambda
- Tekrarlı ölçümler analizi (Repeated measures)
- Pearson Korelasyon analizi

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. 2'den fazla grubun karşılaştırılmasında anova- Wilks lambda sonucu kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

---

<sup>73</sup> Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2012, 4 (37), 61-72

## Kısaltmalar

Ort. : Ortalama

S.S. : Standart sapma



#### 4.BÖLÜM : BULGULAR

Tablo 1: Sosyo-demografik bilgilerin dağılımı

Cinsiyet	Kişi sayısı (n)	%
Kadın	100	100,0
Hastanın yaşı	Kişi sayısı (n)	%
25-35 arası	9	9,0
36- 45 arası	38	38,0
45 üzeri	53	53,0
Medeni hali	Kişi sayısı (n)	%
Evli	79	79,0
Bekar	10	10,0
Dul/Boşanmış	11	11,0

Çalışmanın tamamına kadın bireyler katılmakta olup yaş grupları değerlendirildiğinde; %9'u 25-35 arası (genç), %38'i 36-45 arası (orta) ve %53'ü 45 yaş üzerinde (yaşlı) oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %79'u evli, %10'u bekar ve %11'i ise dul/boşanmış olarak görülmektedir.

Tablo 2: Meslek, sosyo-ekonomik düzey ve yaşanılan yer dağılımı

Meslek	Kişi sayısı (n)	%
Ev hanımı	31	31,0
Memur	2	2,0
Diğer	67	67,0
Sosyo-ekonomik düzey	Kişi sayısı (n)	%
Orta	19	19,0
Yüksek	81	81,0
Yaşanılan yer	Kişi sayısı (n)	%
Köy	1	1,0
Şehir	99	99,0

Çalışmaya katılan kişilerin %31'i ev hanımı, %2'si memur ve %67'si ise diğer meslek gruplarında çalıştıklarını; %19'u orta seviye gelir düzeyinde ve %81'i ise yüksek gelir düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. Yaşadıkları yer değerlendirildiğinde; kişilerin %99'u şehirde, %1'i ise köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3: Hastalık ile ilgili dağılımlar

Yandaş hastalığı	Kişi sayısı (n)	%
Yok	90	90,0
Hipertansiyon	9	9,0
Astım	1	1,0
Meme kanseri evreleri	Kişi sayısı (n)	%
Evre 1	11	11,0
Evre 2	31	31,0
Evre 3	58	58,0
Hastalık süresi	Kişi sayısı (n)	%
0-6 ay	53	53,0
6-12 ay	44	44,0
12-18 ay	2	2,0
18 ay ve üzeri	1	1,0

Çalışmaya katılan kişilerin %9'u hipertansiyonu, %1'i astım hastalığı olduklarını bununla birlikte %90'ı ise herhangi bir hastalığı olmadıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin meme kanseri evreleri incelendiğinde; %11'i 1.evrede, %31'i 2.evrede ve %58'i ise 3.evrede oldukları görülmektedir. Kişilerin %53'ü 0-6 ay arasında, %44'ü 0-12 ay arasında ve %3'ü ise 12 ay ve üzerinde hastalık geçirdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4: Psikiyatrik hastalık geçmişi, estetik operasyon durumları dağılımları

Psikiyatrik hastalığı geçmişi	Kişi sayısı (n)	%
Yok	90	90,0
Var	10	10,0
Estetik operasyon isteği varlığı	Kişi sayısı (n)	%
Yok	86	86,0

Var	14	14,0
-----	----	------

Kişilerin %90'ı psikiyatrik hastalığına dair bir durumları olmadıklarını, %10'u ise psikiyatrik hastalık geçmişleri olduklarını; ayrıca %86'sı estetik operasyon istemediklerini, %14'ü ise estetik operasyon istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5: Sigara, alkol kullanımları ve intihar öyküsü durumları dağılımları

Sigara kullanımı	Kişi sayısı (n)	%
Yok	72	72,0
Var	28	28,0
Alkol kullanımı	Kişi sayısı (n)	%
Yok	81	81,0
Var	19	19,0
İntihar öyküsü	Kişi sayısı (n)	%
Yok	100	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin %72'si sigara kullanmadıklarını, %28'i ise sigara içtiklerini; %81'i alkol kullanmadıklarını, %19'u ise alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin tamamı ise herhangi bir şekilde intihar etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 6: Ölçeklerin betimsel istatistikleri

Evreler	GESTALT TEMAS ENGELLERİ				Toplam Ortalama (±SS)	P
	Temas Ortalama (±SS)	Tam Temas Ortalama (±SS)	Bağımlı Temas Ortalama (±SS)	Temas Sonrası Ortalama (±SS)		
Birinci	13,52 ± 2,19	21,22±4,37	29,48±3,39	10,70±2,39	74,92 ± 7,89	0,000
İkinci	14,18 ± 2,56	30,48±3,83	20,77±4,05	13,82±2,97	79,25 ± 6,51	0,000
Üçüncü	12,55± 2,00	18,61±2,52	19,26±2,99	13,64±2,25	64,06 ± 6,35	0,000

Çalışmaya katılan kişilerin primer, sekonder ve tersiyer temas toplam puanları, temas maddeleri, tam temas maddeleri, bağımlı temas maddeleri ve temas sonrası maddeleri puanlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerini gösteren tablo yukarıdaki gibidir.

Burada; Primer toplam ortalama puanları 74,92; sekonder toplam ortalama puanları 79,25 ve tersiyer toplam puanları ise 64,06 olarak görülmektedir. Temas maddeleri değerlendirildiğinde; primer ortalama puanı 13,52; sekonder ortalama puanı 14,18 ve tersiyer ortalama puanı ise 12,55 olarak görülmektedir. Tam temas maddeleri değerlendirildiğinde; primer ortalama puanı 21,22; sekonder ortalama puanı 30,48 ve tersiyer ortalama puanı ise 18,61 olarak görülmektedir. Bağımlı temas maddeleri değerlendirildiğinde; primer ortalama puanı 29,48; sekonder ortalama puanı 20,77 ve tersiyer ortalama puanı ise 19,26 olarak ve son olarak temas sonrası maddeleri değerlendirildiğinde; primer ortalama puanı 10,70; sekonder ortalama puanı 13,82 ve tersiyer ortalama puanı ise 13,64 olarak hesaplanmıştır.

### Toplam puanların ilişki analizleri

Tablo 7: Yaş grupları ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Yaş grupları	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	25-35 arası	77,00	5,77	9	2,879	0,061
	36- 45 arası	76,87	7,18	38		
	45 üzeri	73,17	8,38	53		
Sekonder	25-35 arası	75,33	7,48	9	2,177	0,119
	36- 45 arası	78,97	7,03	38		
	45 üzeri	80,11	5,79	53		
Tersiyer	25-35 arası	63,11	3,95	9	0,327	0,722
	36- 45 arası	63,63	6,24	38		
	45 üzeri	64,53	6,79	53		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,772; p:0,107>0,05

MANOVA (Multivariate Tests) tablosu incelendiğinde içerisinde birden fazla test olduğu görülür. Bu testlerden genellikle "Wilks' Lambda" testi dikkate alınır. Çalışmaya katılan kişilerin yaş gruplarının temas biçimlerinin üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

( $\Lambda$ :1,772; p=0,107; p>0,05).



Tablo 8: Medeni durum ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam Puanlar	Medeni durum	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evli	75,34	7,93	79	1,333	0,268
	Bekar	75,6	4,93	10		
	Dul/Boşanmış	71,27	9,37	11		
Sekonder	Evli	79,47	6,55	79	0,209	0,812
	Bekar	78,5	7,56	10		
	Dul/Boşanmış	78,36	5,64	11		
Tersiyer	Evli	63,67	6,41	79	0,757	0,472
	Bekar	66	6,73	10		
	Dul/Boşanmış	65,09	5,58	11		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,854; p:0,530>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,854; p=0,530; p>0,05).

Tablo 9: Meslek grupları ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Meslek	Ort. $\pm$ S.S.	S.S.	N	F	p
Primer	Ev hanımı	73,45	8,13	31	0,774	0,464
	Memur	75,50	17,68	2		
	Diğer	75,58	7,56	67		
Sekonder	Ev hanımı	81,39	5,77	31	4,326	0,016*
	Memur	86,50	0,71	2		
	Diğer	78,04	6,58	67		
Tersiyer	Ev hanımı	66,23	6,78	31	2,807	0,065
	Memur	65,00	4,24	2		
	Diğer	63,03	6,00	67		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,137; p:0,050 $\leq$ 0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının meslek grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin meslek gruplarının temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. ( $\Lambda$ : 2,137;  $p=0,050$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Meslek grupları arasında temas biçimlerinden sekonder toplam puanları farklılık göstermektedir ( $F:4,326$ ;  $p:0,016<0,05$ ). Ev hanımlarının ortalama sekonder toplam puanları (81,39) diğer meslek grubuna ait kişilerin ortalama puanlarından (78,04) daha fazladır.

Tablo 10: Sosyo-ekonomik düzey grupları ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Sosyoekonomik düzey	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Orta	75,26	8,23	19	0,044	0,834
	Yüksek	74,84	7,86	81		
Sekonder	Orta	79,00	7,06	19	0,034	0,854
	Yüksek	79,31	6,43	81		
Tersiyer	Orta	64,68	7,45	19	0,225	0,636
	Yüksek	63,91	6,10	81		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,146;  $p:0,932>0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının sosyo-ekonomik düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sosyo-ekonomik düzeylerinin temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,146$ ;  $p=0,932$ ;  $p>0,05$ ).

Tablo 11: Hastalık grupları ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Yandaş hastalığı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	75,09	7,91	90	0,390	0,678
	Hipertansiyon	72,89	8,25	9		

	Astım	78,00	78,00	1		
	Yok	79,08	6,6	90		
Sekonder	Hipertansiyon	80,44	5,98	9	0,444	0,643
	Astım	84,00	0,00	1		
	Yok	63,76	6,33	90		
Tersiyer	Hipertansiyon	67,78	5,63	9	2,151	0,122
	Astım	58,00	0,00	1		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,988; p:0,434>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının komorbidite düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin komorbidite düzeylerinin temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,988; p=0,434; p>0,05).

Tablo 12: Meme kanseri evreleri ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Kanser evreleri	Ort.	S.S.	N	F	p
	Evre 1	73,45	6,47	11		
Primer	Evre 2	75,42	8,19	31	0,248	0,781
	Evre 3	74,93	8,06	58		
	Evre 1	78,82	5,84	11		
Sekonder	Evre 2	78,19	6,86	31	0,713	0,493
	Evre 3	79,90	6,47	58		
	Evre 1	67,00	6,93	11		
Tersiyer	Evre 2	62,42	6,03	31	2,351	0,101
	Evre 3	64,38	6,26	58		

Wilks Lambda' ( $\Lambda$ ):1,011; p:0,420>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının meme kanseri evreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin kanser evrelerinin temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :1,011; p=0,420; p>0,05).

Tablo 13: Hastalık süresi ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Hastalık süresi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	0-6 ay	75,91	7,41	53	0,894	0,412
	6-12 ay	73,86	8,14	44		
	12 ay ve üzeri	73,00	13,23	3		
Sekonder	0-6 ay	79,77	6,61	53	0,360	0,699
	6-12 ay	78,66	6,62	44		
	12 ay ve üzeri	78,67	2,89	3		
Tersiyer	0-6 ay	65,72	6,29	53	4,081	0,020*
	6-12 ay	62,18	5,99	44		
	12 ay ve üzeri	62,33	6,43	3		

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):1,775; p:0,100>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının hastalık süreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :1,775; p=0,100; p>0,05). Bununla birlikte temas biçimlerinden tersiyer toplam puanları, hastalık süreleri arasında farklılık göstermektedir (F:4,081; p:0,020<0,05). Hastalık süresi 0-6 ay arasında olan kişilerin ortalama puanları (65,72), hastalık süresi 6-12 ay arasında olan kişilerin ortalama puanlarından (62,18) daha fazladır.

Tablo 14: Estetik operasyon isteği ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Estetik operasyon isteği	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	75,09	7,72	86	0,293	0,589
	Var	73,86	9,13	14		
Sekonder	Yok	79,12	6,62	86	0,257	0,613
	Var	80,07	5,99	14		
Tersiyer	Yok	64,35	6,60	86	1,275	0,262
	Var	62,29	4,23	14		

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):0,905; p:0,442>0,05).

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının estetik operasyon istek durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin estetik operasyon durumlarının temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,905;  $p=0,442$ ;  $p>0,05$ ).

Tablo 15: Sigara kullanımı ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Sigara kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	74,44	8,17	72	0,933	0,336
	Var	76,14	7,12	28		
Sekonder	Yok	80,21	6,09	72	5,838	0,018
	Var	76,79	7,02	28		
Tersiyer	Yok	64,67	6,62	72	2,381	0,126
	Var	62,50	5,40	28		
Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):2,514; $p:0,063>0,05$						

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının sigara kullanımları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanım durumlarının temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :2,514;  $p=0,063$ ;  $p>0,05$ ). Bununla birlikte temas biçimlerinden sekonder toplam puanları, sigara kullanımları arasında farklılık göstermektedir ( $F:5,838$ ;  $p:0,018<0,05$ ). Sigara kullanmayan kişilerin sekonder toplam ortalama puanları (80,21), sigara kullanan kişilerin ortalama puanlarından (76,79) daha fazladır.

Tablo 16: Alkol kullanımı ile temas biçimleri toplam puanları ilişki analizi

Toplam puanlar	Alkol kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	74,91	7,71	81	0,000	0,987
	Var	74,95	8,85	19		
Sekonder	Yok	79,30	6,44	81	0,021	0,884
	Var	79,05	7,00	19		
Tersiyer	Yok	64,30	6,68	81	0,588	0,445
	Var	63,05	4,72	19		

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):0,198; p:0,897>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas biçimleri toplam puanlarının alkol kullanımları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanım durumlarının temas biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,198; p=0,897; p>0,05).

#### Temas Maddeleri ilişki analizleri

Tablo 17: Yaş grupları ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Yaş grupları	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	25-35	13,22	2,64	9	2,040	0,136
	36- 45	14,08	2,29	38		
	46 ve üzeri	13,17	1,99	53		
Sekonder	25-35	12,56	2,92	9	3,395	0,038*
	36- 45	13,84	2,57	38		
	46 ve üzeri	14,70	2,37	53		
Tersiyer	25-35	12,44	2,51	9	0,498	0,609
	36 - 45	12,32	1,58	38		
	46 ve üzeri	12,74	2,19	53		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,397; p:0,030<0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. ( $\Lambda$ :2,397;  $p=0,030<0,05$ ). Bu farklılık ise sekonder temas puanlarının, yaş grupları arasında farklılık göstermesidir ( $F$ :3,395;  $p$ :0,038<0,05). 46 yaş ve üzerinde olan kişilerin ortalama sekonder temas puanları (14,70) ile 25-35 yaş arasında olan kişilerin ortalama puanları (12,56) arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 18: Medeni durum ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Medeni durum	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Evli	13,62	2,20	79	1,260	0,288
	Bekar	13,80	2,74	10		
	Dul/Boşanmış	12,55	1,37	11		
Sekonder	Evli	14,05	2,58	79	0,797	0,454
	Bekar	14,20	3,01	10		
	Dul/Boşanmış	15,09	1,87	11		
Tersiyer	Evli	12,41	1,92	79	1,093	0,339
	Bekar	13,30	2,45	10		
	Dul/Boşanmış	12,91	2,07	11		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,279;  $p$ :0,269>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :1,279;  $p$ :0,269;  $p>0,05$ ).

Tablo 19: Meslek grupları ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Meslek	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Ev hanımı	13,39	1,80	31	0,872	0,421
	Memur	15,50	6,36	2		
	Diğer	13,52	2,23	67		
Sekonder	Ev hanımı	15,32	2,63	31	6,380	0,002
	Memur	16,50	3,54	2		
	Diğer	13,58	2,31	67		
Tersiyer	Ev hanımı	12,90	2,02	31	3,351	0,039
	Memur	15,50	4,95	2		
	Diğer	12,30	1,83	67		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,884; p:0,010<0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. ( $\Lambda$ :2,884; p=0,010<0,05). Sekonder ve tersiyer temas maddeleri puanları, meslek grupları arasında farklılık göstermektedir (p<0,05).Ev hanımlarının sekonder temas maddeleri ortalama puanları (15,32) ile diğer meslek gruplarında olan kişilerin sekonder temas maddeleri ortalama puanları (13,58) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:6,380; p:0,002<0,05).Memurların tersiyer temas maddeleri ortalama puanları (15,50) ile diğer meslek gruplarının tersiyer temas maddeleri ortalama puanları (12,30) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:3,351; p:0,039<0,05).

Tablo 20: Sosyo-ekonomik düzey ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Sosyoekonomik düzey	Ort.	S.S.	N	F	P
Prime	Orta	13,79	2,42	19	0,353	0,554
	Yüksek	13,46	2,15	81		
Sekonder	Orta	14,26	2,4	19	0,025	



	Yüksek	14,16	2,61	81		0,87 6
Tersiyer	Orta	12,53	2,06	19	0,003	0,95 5
	Yüksek	12,56	1,99	81		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,134; p:0,940

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının sosyoekonomik düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sosyoekonomik düzeylerinin temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,134; p=0,940; p>0,05)

Tablo 21: Hastalık ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Yandaş hastalık	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	13,61	2,27	90	0,974	0,381
	Hipertansiyon	12,56	0,88	9		
	Astım	14,00	0,00	1		
Sekonder	Yok	14,21	2,61	90	0,133	0,875
	Hipertansiyon	14,00	2,24	9		
	Astım	13,00	0,00	1		
Tersiyer	Yok	12,49	1,90	90	0,585	0,559
	Hipertansiyon	13,22	2,95	9		
	Astım	12,00	0,00	1		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,772; p:0,593

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının hastalık durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık durumlarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,772; p=0,593; p>0,05).

Tablo 22: Meme Kanseri evreleri ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Kanser evreleri	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evre 1	13,64	1,8	11	0,044	0,957
	Evre 2	13,58	2,25	31		
	Evre 3	13,47	2,26	58		
Sekonder	Evre 1	14,45	2,91	11	0,984	0,377
	Evre 2	13,65	2,5	31		
	Evre 3	14,41	2,52	58		
Tersiyer	Evre 1	13,36	2,5	11	1,054	0,353
	Evre 2	12,52	2,23	31		
	Evre 3	12,41	1,75	58		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,851; p:0,532

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının meme kanseri evreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin kanser evrelerinin temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,851; p=0,532; p>0,05).

Tablo 23: Hastalık süresi ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Hastalık süresi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	0-6 ay	13,72	2,29	53	0,481	0,62
	6-12 ay	13,32	2,11	44		
	12 ay ve üzeri	13,00	1,73	3		
Sekonder	0-6 ay	14,19	2,60	53	0,007	0,993
	6-12 ay	14,16	2,60	44		
	12 ay ve üzeri	14,33	1,53	3		
Tersiyer	0-6 ay	12,72	1,95	53	0,583	0,560
	6-12 ay	12,41	2,07	44		
	12 ay ve üzeri	11,67	2,08	3		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,373; p:0,895>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının hastalık süreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,373$ ;  $p=0,895$ ;  $p>0,05$ ).

Tablo 24: Psikiyatrik hastalık geçmişi ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Psikiyatrik hastalığı geçmişi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	13,46	2,08	90	0,777	0,380
	Var	14,10	3,11	10		
Sekonder	Yok	14,21	2,59	90	0,132	0,717
	Var	13,90	2,33	10		
Tersiyer	Yok	12,61	2,04	90	0,842	0,361
	Var	12,00	1,49	10		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,730;  $p:0,536>0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmişleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik hastalık geçmişlerinin temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,730$ ;  $p=0,536$ ;  $p>0,05$ ).

Tablo 25: Estetik operasyon varlığı ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Estetik operasyon isteği	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	13,59	2,10	86	0,681	0,411
	Var	13,07	2,73	14		
Sekonder	Yok	14,3	2,62	86	1,413	0,237
	Var	13,43	2,03	14		
Tersiyer	Yok	12,67	2,11	86	2,419	0,123
	Var	11,79	0,70	14		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,928;  $p:0,432>0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmişleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik hastalık geçmişlerinin temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,928$ ;  $p:0,432 >0,05$ ).

Tablo 26: Sigara kullanımı ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Sigara kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Yok	13,40	2,14	72	0,735	0,394
	Var	13,82	2,33	28		
Sekonder	Yok	14,40	2,50	72	1,973	0,163
	Var	13,61	2,64	28		
Tersiyer	Yok	12,74	2,19	72	2,262	0,136
	Var	12,07	1,27	28		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,691;  $p:0,174 >0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının sigara kullanımları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanımlarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:1,691$ ;  $p:0,174 >0,05$ ).

Tablo 27: Alkol kullanımı ile temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas maddeleri	Alkol kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Yok	13,54	2,07	81	0,047	0,828
	Var	13,42	2,69	19		
Sekonder	Yok	14,16	2,60	81	0,025	0,876
	Var	14,26	2,45	19		
Tersiyer	Yok	12,62	2,12	81	0,481	0,489
	Var	12,26	1,37	19		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,260;  $p:0,854 >0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının alkol kullanımları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanımlarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,260$ ;  $p:0,854>0,05$ ).

### Tam Temas Maddeleri ilişki analizi

Tablo 28: Yaş grupları ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Yaş grupları	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	25-35	22,56	4,275	9	1,518	0,224
	36 - 45	21,87	4,256	38		
	46 ve üzeri	20,53	4,423	53		
Sekonder	25-35	29,67	2,693	9	0,301	0,740
	36 - 45	30,37	4,529	38		
	46 ve üzeri	30,70	3,462	53		
Tersiyer	25-35	18,33	1,732	9	0,095	0,910
	36 - 45	18,55	2,379	38		
	46 ve üzeri	18,70	2,757	53		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,673;  $p:0,672>0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:0,673$ ;  $p:0,672>0,05$ ).

Tablo 29: Medeni durum ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Medeni durum	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Evli	21,32	4,39	79	0,993	0,374
	Bekar	22,20	3,46	10		
	Dul/Boşanmış	19,64	4,92	11		
Sekonder	Evli	30,81	3,77	79	1,892	0,156
	Bekar	28,40	4,35	10		
	Dul/Boşanmış	30,00	3,38	11		

	Evli	18,56	2,31	79		
Tersiyer	Bekar	19,70	4,22	10	1,280	0,283
	Dul/Boşanmış	18,00	1,95	11		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,269; p:0,273>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :1,269; p:0,273>0,05).

Tablo 30: Meslek grupları ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Meslek	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Ev hanımı	20,42	4,33	31		
	Memur	21,00	5,66	2	0,768	0,467
	Diğer	21,60	4,38	67		
Sekonder	Ev hanımı	31,10	3,47	31		
	Memur	33,00	2,83	2	1,138	0,325
	Diğer	30,12	3,98	67		
Tersiyer	Ev hanımı	19,26	2,85	31		
	Memur	18,00	0,00	2	1,515	0,225
	Diğer	18,33	2,36	67		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,284; p:0,273>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının meslek grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin meslek gruplarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :1,284; p:0,273>0,05).

Tablo 31: Sosyo-ekonomik düzey ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Sosyo ekonomik düzey	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Orta	21,21	3,52	19	0,000	0,992
	Yüksek	21,22	4,57	81		
Sekonder	Orta	30,00	4,45	19	0,367	0,546
	Yüksek	30,59	3,69	81		

Tersiyer	Orta	19,26	4,08	19	1,582	0,211
	Yüksek	18,46	2,00	81		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,616; p:0,606>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının meslek grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin meslek gruplarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,616; p:0,606>0,05).

Tablo 32: Hastalık grupları ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Hastalık	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Yok	21,13	4,27	90	0,638	0,531
	Hipertansiyon	21,56	5,53	9		
	Astım	26,00	0,00	1		
Sekonder	Yok	30,48	3,92	90	0,009	0,991
	Hipertansiyon	30,44	3,24	9		
	Astım	31,00	0,00	1		
Tersiyer	Yok	18,49	2,50	90	1,698	0,188
	Hipertansiyon	20,00	2,55	9		
	Astım	17,00	0,00	1		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,783; p:0,584>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının hastalık grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık gruplarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,783; p:0,584>0,05).

Tablo 33: Meme kanseri evreleri ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam Temas Maddeleri	Kanser Evreleri	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evre 1	21,18	4,49	11	0,006	0,994
	Evre 2	21,29	4,03	31		
	Evre 3	21,19	4,59	58		
Sekonder	Evre 1	29,27	2,72	11	0,621	0,539
	Evre 2	30,71	3,77	31		
	Evre 3	30,59	4,04	58		
Tersiyer	Evre 1	18,36	2,20	11	1,168	0,315
	Evre 2	18,10	2,13	31		
	Evre 3	18,93	2,75	58		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,603; p:0,728

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının meme kanseri evreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin kanser evrelerinin tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ :0,603; p:0,728>0,05).

Tablo 34: Psikiyatrik hastalığı geçmişi ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Psikiyatrik hastalığı geçmişi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	21,19	4,29	90	0,045	0,832
	Var	21,50	5,30	10		
Sekonder	Yok	30,64	3,68	90	1,674	0,199
	Var	29,00	4,97	10		
Tersiyer	Yok	18,42	2,31	90	5,200	0,025
	Var	20,30	3,68	10		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,171; p:0,096>0,05



Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmiş durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik geçmiş durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:2,171$ ;  $p:0,096>0,05$ ). Bununla birlikte psikiyatrik hastalık geçmişi olan kişilerin tersiyer tam temas ortalama puanları (20,30) ile psikiyatrik geçmişi olmayan hastaların ortalama puanları (18,42) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F:5,200$ ;  $p:0,025<0,05$ ).

Tablo 35: Hastalık süreleri ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam Temas Maddeleri	Hastalık süresi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	0-6 ay	21,85	4,30	53	1,195	0,307
	6-12 ay	20,55	4,33	44		
	12 ay ve üzeri	20,00	6,24	3		
Sekonder	0-6 ay	30,15	4,08	53	0,653	0,523
	6-12 ay	30,75	3,54	44		
	12 ay ve üzeri	32,33	3,51	3		
Tersiyer	0-6 ay	19,17	2,81	53	2,910	0,059
	6-12 ay	18,00	2,05	44		
	12 ay ve üzeri	17,67	1,53	3		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,409;  $p:0,213>0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının hastalık süreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 1,409$ ;  $p:0,213>0,05$ ).

Tablo 36: Estetik operasyon ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Estetik operasyon	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	21,48	4,29	86	2,144	0,146
	Var	19,64	4,67	14		

Sekonder	Yok	30,28	3,96	86	1,707	0,194
	Var	31,71	2,64	14		
Tersiyer	Yok	18,64	2,65	86	0,083	0,773
	Var	18,43	1,60	14		

Wilks' lambda ( $\Lambda$ ):1,277; p:0,287>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının estetik operasyon isteği durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin estetik operasyon istek durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,277; p: 0,287>0,05).

Tablo 37: Sigara kullanımı ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam Temas Maddeleri	Sigara kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	21,26	4,43	72	0,026	0,873
	Var	21,11	4,28	28		
Sekonder	Yok	31,06	3,22	72	6,121	0,015
	Var	29,00	4,82	28		
Tersiyer	Yok	18,71	2,39	72	0,388	0,535
	Var	18,36	2,87	28		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,231; p:0,089>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının sigara kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanım durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 2,231; p: 0,089>0,05). Bununla birlikte sigara kullanan kişilerin sekonder tam temas ortalama puanları (29,00) ile sigara kullanmayan kişilerin ortalama puanları (31,06) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:6,121; p:0,015<0,05).

Tablo 38: Alkol kullanımı ile tam temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Tam temas maddeleri	Alkol kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	21,42	4,25	81	0,889	0,348
	Var	20,37	4,90	19		
Sekonder	Yok	30,79	3,38	81	2,854	0,094
	Var	29,16	5,24	19		
Tersiyer	Yok	18,75	2,61	81	1,377	0,243
	Var	18,00	2,05	19		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,743; p:0,163

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının alkol kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanım durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,743; p: 0,163>0,05)

#### Bağımlı Temas Maddeleri ilişki analizi

Tablo 39: Yaş grupları ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Yaş grupları	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	25-35	29,56	2,70	9	0,567	0,569
	36- 45	29,92	3,42	38		
	46 ve üzeri	29,15	3,50	53		
Sekonder	25-35	19,56	2,70	9	1,300	0,277
	36- 45	20,24	3,57	38		
	46 ve üzeri	21,36	4,50	53		
Tersiyer	25-35	18,56	2,35	9	0,884	0,417
	36- 45	18,92	2,83	38		
	46 ve üzeri	19,62	3,18	53		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,588; p:0,740>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,588;  $p$ : 0,740>0,05).

Tablo 40: Medeni durum ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Medeni durum	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Evli	29,82	3,12	79	1,962	0,146
	Bekar	28,10	3,07	10		
	Dul/Boşanmış	28,27	5,04	11		
Sekonder	Evli	20,67	4,18	79	0,441	0,645
	Bekar	21,90	4,63	10		
	Dul/Boşanmış	20,45	2,38	11		
Tersiyer	Evli	19,20	3,10	79	0,710	0,494
	Bekar	18,70	2,21	10		
	Dul/Boşanmış	20,18	2,75	11		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,565;  $p$ :0,159>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,565;  $p$ : 0,159>0,05).

Tablo 41: Meslek grupları ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Hastanın mesleği	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Ev hanımı	28,97	3,75	31	0,769	0,466
	Memur	28,00	1,41	2		
	Diğer	29,76	3,25	67		
Sekonder	Ev hanımı	21,68	5,00	31	1,581	0,211
	Memur	23,00	1,41	2		
	Diğer	20,28	3,53	67		
Tersiyer	Ev hanımı	19,90	3,17	31	1,069	0,347
	Memur	18,50	2,12	2		
	Diğer	18,99	2,91	67		
Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,954; p:0,458>0,05						

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının meslek grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin meslek gruplarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,954; p: 0,458>0,05).

Tablo 42: Sosyo-ekonomik düzey ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Sosyoekonomik düzey	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Orta	29,37	3,48	19	0,025	0,874
	Yüksek	29,51	3,40	81		
Sekonder	Orta	20,74	4,29	19	0,002	0,969
	Yüksek	20,78	4,02	81		
Tersiyer	Orta	18,95	3,76	19	0,255	0,615
	Yüksek	19,33	2,80	81		
Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,138; p:0,997>0,05						

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının sosyo-ekonomik düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sosyo-ekonomik düzeylerinin bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,138; p: 0,997>

Tablo 43: Hastalık ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Hastalık	Ort.	S.S.	N	F	P
Primer	Yok	29,50	3,49	90	0,038	0,962
	Hipertansiyon	29,22	2,68	9		
	Astım	30,00	0,00	1		
Sekonder	Yok	20,39	3,78	90	4,297	0,016
	Hipertansiyon	24,33	5,24	9		
	Astım	23,00	0,00	1		
Tersiyer	Yok	19,11	3,08	90	1,285	0,281
	Hipertansiyon	20,78	1,30	9		
	Astım	19,00	0,00	1		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,455; p:0,196>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının yandaş hastalık durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yandaş hastalıklarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,455; p: 0,196>0,05). Bununla birlikte, hipertansiyon hastalığı olan kişilerin sekonder bağımlı temas ortalama puanları (24,33) ile hastalığı olmayanların ortalama puanları (20,39) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:4,297; p:0,016<0,05).

Tablo 44: Meme kanseri evreleri ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Kanser evreleri	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evre 1	28,36	3,20	11	1,212	0,302
	Evre 2	30,13	3,02	31		
	Evre 3	29,34	3,60	58		
Sekonder	Evre 1	22,00	2,19	11	1,013	0,367
	Evre 2	20,06	3,76	31		
	Evre 3	20,91	4,43	58		
Tersiyer	Evre 1	20,64	3,07	11	2,856	0,062
	Evre 2	18,35	2,44	31		
	Evre 3	19,48	3,14	58		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,282; p:0,267

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının meme kanseri evreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin kanser evrelerinin bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,282; p: 0,267>0,05)

Tablo 45: Hastalık süreleri ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Hastalık süresi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	0-6 ay	29,49	3,23	53	0,296	0,745
	6-12 ay	29,57	3,48	44		
	12 ay ve üzeri	28,00	6,00	3		
Sekonder	0-6 ay	21,70	4,40	53	3,082	0,050
	6-12 ay	19,73	3,48	44		
	12 ay ve üzeri	19,67	0,58	3		
Tersiyer	0-6 ay	19,89	2,99	53	2,600	0,079
	6-12 ay	18,52	2,79	44		
	12 ay ve üzeri	19,00	4,36	3		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,266; p:0,275>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının hastalık sürelerinin arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 1,266$ ;  $p: 0,275 > 0,05$ ). Hastalık süresi 0-6 ay arasında olan kişilerin bağımlı temas ortalama puanları (21,70) ile hastalık süresi 6-12 ay arasında olanların (19,73) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F: 3,082$ ;  $p: 0,050 \leq 0,05$ )

Tablo 46: Psikiyatrik hastalık geçmişi ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Psikiyatrik hastalığı geçmişi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	29,41	3,38	90	0,368	0,545
	Var	30,10	3,63	10		
Sekonder	Yok	20,69	4,00	90	0,358	0,551
	Var	21,50	4,62	10		
Tersiyer	Yok	19,28	3,10	90	0,032	0,859
	Var	19,10	1,73	10		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,457;  $p: 0,713 > 0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmiş durumu arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik hastalık geçmiş durumlarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 0,457$ ;  $p: 0,713 > 0,05$ )



Tablo 47: Estetik operasyon ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Estetik operasyon	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	29,50	3,38	86	0,021	0,885
	Var	29,36	3,63	14		
Sekonder	Yok	20,95	4,23	86	1,263	0,264
	Var	19,64	2,56	14		
Tersiyer	Yok	19,42	3,08	86	1,745	0,190
	Var	18,29	2,13	14		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,637; p:0,593>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının estetik operasyon isteği durumu arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin estetik operasyon durumlarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,637; p: 0,593>0,05).

Tablo 48: Sigara kullanımı ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Sigara kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	29,21	3,46	72	1,658	0,201
	Var	30,18	3,19	28		
Sekonder	Yok	21,06	4,13	72	1,28	0,261
	Var	20,04	3,81	28		
Tersiyer	Yok	19,40	3,18	72	0,585	0,446
	Var	18,89	2,44	28		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,869; p:0,460>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının sigara kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanımının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,869; p: 0,460>0,05).

Tablo 49: Alkol kullanımı ile bağımlı temas maddeleri arasındaki ilişki analizi

Bağımlı temas maddeleri	Alkol kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	29,48	3,28	81	0	0,993
	Var	29,47	3,96	19		
Sekonder	Yok	20,64	4,15	81	0,423	0,517
	Var	21,32	3,65	19		
Tersiyer	Yok	19,25	3,16	81	0,008	0,928
	Var	19,32	2,14	19		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,201; p:0,895

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının alkol kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanımlarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,201; p: 0,895>0,05).

### **Temas Sonrası Maddeleri İlişki Analizi**

Tablo 50: Yaş grupları ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Yaş grupları	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	25-35	11,67	2,29	9	1,729	0,183
	36- 45	11,00	2,60	38		
	46 ve üzeri	10,32	2,21	53		
Sekonder	25-35	13,56	2,13	9	1,783	0,174
	36- 45	14,53	3,52	38		
	46 ve üzeri	13,36	2,57	53		
Tersiyer	25-35	13,78	1,56	9	0,314	0,731
	36- 45	13,84	2,21	38		
	46 ve üzeri	13,47	2,39	53		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,243; p:0,286>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,243;  $p$ : 0,286>0,05).

Tablo 51: Medeni durum ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Medeni durum	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evli	10,58	2,32	79	0,666	0,516
	Bekar	11,50	2,92	10		
	Dul/Boşanmış	10,82	2,44	11		
Sekonder	Evli	13,94	3,06	79	0,703	0,498
	Bekar	14,00	2,31	10		
	Dul/Boşanmış	12,82	2,86	11		
Tersiyer	Evli	13,51	2,25	79	0,706	0,496
	Bekar	14,30	2,54	10		
	Dul/Boşanmış	14,00	2,05	11		
Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,579; $p$ :0,747>0,05						

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,579;  $p$ : 0,747>0,05).

Tablo 52: Sosyo-ekonomik düzey ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Sosyoekonomik düzey	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Orta	10,89	2,42	19	0,155	0,695
	Yüksek	10,65	2,39	81		
Sekonder	Orta	14,00	2,31	19	0,086	0,770
	Yüksek	13,78	3,11	81		

Tersiyer	Orta	13,95	2,59	19	0,435	0,511
	Yüksek	13,57	2,17	81		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,213; p:0,887

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının medeni durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin medeni durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,579; p: 0,747>0,05)

Tablo 53: Hastalık ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Yandaş hastalığı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	10,84	2,45	90	1,868	0,160
	Hipertansiyon	9,56	1,13	9		
	Astım	8,00	0,00	1		
Sekonder	Yok	14,00	2,97	90	3,255	0,043
	Hipertansiyon	11,67	2,00	9		
	Astım	17,00	0,00	1		
Tersiyer	Yok	13,67	2,25	90	1,341	0,266
	Hipertansiyon	13,78	2,11	9		
	Astım	10,00	0,00	1		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,884; p:0,085>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının yandaş hastalık durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,884; p: 0,085>0,05). Bununla birlikte, hipertansiyon hastalığı olan kişilerin sekonder temas sonrası ortalama puanları (11,67) ile hastalığı olmayanların ortalama puanları (14,00) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:3,255; p:0,043<0,05).

Tablo 54: Meme kanseri evreleri ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Kanser evreleri	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Evre 1	10,27	2,453	11	0,656	0,521
	Evre 2	10,42	2,172	31		
	Evre 3	10,93	2,498	58		
Sekonder	Evre 1	13,09	2,212	11	0,418	0,659
	Evre 2	13,77	1,961	31		
	Evre 3	13,98	3,502	58		
Tersiyer	Evre 1	14,64	2,656	11	1,238	0,294
	Evre 2	13,45	1,877	31		
	Evre 3	13,55	2,341	58		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,771; p:0,594>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının meme kanseri evreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin kanser evrelerinin temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,771; p: 0,594>0,05).

Tablo 55: Hastalık süreleri ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Hastalık süresi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	0-6 ay	10,85	2,59	53	0,822	0,443
	6-12 ay	10,43	2,15	44		
	12 ay ve üzeri	12,00	2,00	3		
Sekonder	0-6 ay	13,74	3,45	53	0,496	0,611
	6-12 ay	14,02	2,38	44		
	12 ay ve üzeri	12,33	0,58	3		

	0-6 ay	13,94	2,41	53		
Tersiyer	6-12 ay	13,25	2,08	44	1,186	0,310
	12 ay ve üzeri	14,00	1,00	3		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):0,731; p:0,625>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının hastalık süreleri arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 0,731; p: 0,625>0,05).

Tablo 56: Psikiyatrik hastalık geçmişi ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Psikiyatrik hastalığı geçmişi	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	10,58	2,361	90	2,389	0,125
	Var	11,80	2,486	10		
Sekonder	Yok	13,67	2,384	90	2,441	0,121
	Var	15,20	6,179	10		
Tersiyer	Yok	13,67	2,303	90	0,125	0,724
	Var	13,40	1,776	10		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,586; p:0,198

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmiş durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik hastalık geçmişlerinin temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,586; p: 0,198>0,05).

Tablo 57: Estetik operasyon ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Estetik operasyon	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	10,52	2,195	86	3,445	0,066
	Var	11,79	3,239	14		
Sekonder	Yok	13,58	2,442	86	4,101	0,046
	Var	15,29	5,030	14		
Tersiyer	Yok	13,62	2,347	86	0,068	0,795
	Var	13,79	1,578	14		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):2,415; p:0,071

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının estetik operasyon durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin estetik operasyon durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 2,415; p: 0,071>0,05). Bununla birlikte estetik operasyon olan sekonder temas sonrası ortalama puanları (15,29) ile estetik operasyon olmayanların ortalama puanları (13,58) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:4,101; p:0,046<0,05).

Tablo 58: Sigara kullanımı ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Sigara kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	10,57	2,500	72	0,766	0,384
	Var	11,04	2,081	28		
Sekonder	Yok	13,69	2,299	72	0,458	0,500
	Var	14,14	4,266	28		
Tersiyer	Yok	13,82	2,260	72	1,647	0,202
	Var	13,18	2,195	28		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,065; p:0,368>0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının sigara kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanımlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,065;  $p$ : 0,368>0,05).

Tablo 59: Alkol kullanımı ile temas sonrası maddeleri arasındaki ilişki analizi

Temas sonrası maddeleri	Alkol kullanımı	Ort.	S.S.	N	F	p
Primer	Yok	10,47	2,33	81	4,106	0,045
	Var	11,68	2,43	19		
Sekonder	Yok	13,70	2,28	81	0,458	0,421
	Var	14,32	5,00	19		
Tersiyer	Yok	13,68	2,37	81	0,127	0,722
	Var	13,47	1,71	19		

Wilks lambda ( $\Lambda$ ):1,689;  $p$ :0,175

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının alkol kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanımlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,689;  $p$ : 0,175>0,05). Alkol kullanan kişilerin temas sonrası ortalama puanları (11,68) ile alkol kullanmayan kişilerin ortalama puanları (10,47) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F$ :4,106;  $p$ :0,045<0,05).

### Temas maddelerinin bağımlı ilişki analizleri

Tablo 60: Toplam puanların bağımlı ilişki analizleri

Toplam puanlar	Ort.	S.S.	N	Anlamlı fark
Primer	74,92	7,89	100	1>3
Sekonder	79,25	6,51	100	2>1
Tersiyer	64,06	6,35	100	2>3

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):211,768;  $p$ :0,000<0,05



Çalışmaya katılan kişilerin toplam puanları her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203;  $p:0,000<0,05$ ). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ )

Tablo 61: Temas maddeleri

Temas maddeleri	Ort.	S.S.	N	Anlamlı fark
Primer	13,52	2,19	100	1>3
Sekonder	14,18	2,56	100	2>1
Tersiyer	12,55	2,00	100	2>3

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):24,203;  $p:0,000<0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203;  $p:0,000<0,05$ ). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 62: Tam temas maddeleri

Tam Temas maddeleri	Ort.	S.S.	N	Anlamlı fark
Primer	21,22	4,37	100	1>3
Sekonder	30,48	3,83	100	2>1
Tersiyer	18,61	2,52	100	2>3

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):312,889;  $p:0,000<0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):312,889;  $p:0,000<0,05$ ). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer tam temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ).

Tablo 63: Bağımlı temas maddeleri

Bağımlı Temas maddeleri	Ort.	S.S.	N	Anlamli fark
Primer	29,48	3,39	100	1>2
Sekonder	20,77	4,05	100	1>3
Tersiyer	19,26	2,99	100	

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):247,680; p:0,000<0,05

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):247,680; p:0,000<0,05). Primer ile sekonder ve primer ile tersiyer temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05).

Tablo 64: Temas sonrası maddeleri

Temas Sonrası maddeleri	Ort.	S.S.	N	Anlamli fark
Primer	10,70	2,39	100	2>1
Sekonder	13,82	2,97	100	3>1
Tersiyer	13,64	2,25	100	

Wilks' Lambda ( $\Lambda$ ):69,132; p:0,000<0,05

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203; p:0,000<0,05). Sekonder ile primer ve tersiyer ile primer temas sonrası maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05).

## Korelasyon Analizleri

Tablo 65: Temas maddeleri korelasyon analizi

Temas maddeleri		Primer	Sekonder	Tersiyer
Primer	R	-		
	P	-		
Sekonder	R	<b>,270**</b>	-	
	P	<b>,007</b>	-	
Tersiyer	R	<b>,260**</b>	<b>,465**</b>	-
	P	<b>,009</b>	<b>,000</b>	-

\*\*p<0,01

Ölçekler arasındaki ilişki korelasyon analiziyle ve ilişki katsayısı pearson korelasyon katsayısı olarak gösterilmiştir. Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü gösterir. Korelasyon katsayısının negatif ya da pozitif olması ilişkinin yönünü belirler. Bu katsayı; 0,40'dan küçük ise arası zayıf ilişki, 0,40-0,60 arası normal ve 0,60-1,0 arası da güçlü ilişkiyi gösterir.

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri değerlendirildiğinde; primer ile sekonder arasında (r:0,270; p<0,01); primer ile tersiyer arasında (r:0,260; p<0,01) ve sekonder ile tersiyer evreleri arasında (r:0,465; p<0,01) pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır (p<0,01)

Tablo 66: Tam temas maddeleri korelasyon analizi

Tam temas maddeleri		Primer	Sekonder	Tersiyer
Primer	r	-		
	p	-		
Sekonder	r	-,004	-	
	p	,969	-	
Tersiyer	r	,115	-,068	-
	p	,254	,499	-

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 67: Bağımlı temas maddeleri korelasyon analizi

Bağımlı temas maddeleri		Primer	Sekonder	Tersiyer
Primer	r	-		
	p	-		
Sekonder	r	-,120	-	
	p	,236	-	
Tersiyer	r	-,067	<b>,646**</b>	-
	p	,506	<b>,000</b>	-

\*\* $p<0,01$

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri değerlendirildiğinde; sekonder ile tersiyer evreleri arasında ( $r:0,646$ ;  $p<0,01$ ) pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,01$ )

Tablo 68: Temas sonrası maddeleri korelasyon analizi

Temas sonrası maddeleri		Primer	Sekonder	Tersiyer
Primer	r	-		
	p	-		
Sekonder	r	,064	-	
	p	,530	-	
Tersiyer	r	<b>,230*</b>	-,179	-
	p	<b>,022</b>	,074	-

\* $p<0,05$

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri değerlendirildiğinde primer ile tersiyer arasında ( $r:0,230$ ;  $p<0,05$ ) pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ )

Tablo 70: Toplam puanlar korelasyon analizi

Toplam puanlar		Primer	Sekonder	Tersiyer
Primer	R	-		
	P	-		
Sekonder	R	,059	-	
	P	,560	-	
Tersiyer	R	-,084	<b>,344**</b>	-
	P	,404	<b>,000</b>	-

\*\* $p<0,01$

Çalışmaya katılan kişilerin toplam puanlar değerlendirildiğinde; sekonder ile tersiyer toplam puan evreleri arasında ( $r:0,344$ ;  $p<0,01$ ) pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,$

## 5.BÖLÜM: GESTALT PSİKOTERAPİSİ

Gestalt Psikoterapi; psikanaliz, varoluşçuluk, psikodrama, Zen- Budizim, Lewin'in Alan Kuramı, fenomenoloji ve geştalt psikolojiden etkilenmiştir. Gestalt terapi geştalt psikolojinin temel kavramı yanında, psikanalizin, varoluşçu yaklaşım ve Zen Budizim inancının temelini oluşturan kavramları kendine özgünlüğü ile yeni bir biçimde bütünleştiren ve buna dayanarak psikolojik sağlık alanına bazı yeni teknikleri de beraberinde getiren bir psikoterapi anlayışıdır. Gestalt terapi yaklaşımı, 1940'larda Fritz ve Laura Perls tarafından geliştirilmiştir ve temel yöntemi fenomenoloji ve diyaloga dayanmaktadır. Pek çok görüşten etkilenen Geştalt psikoterapisinin varsayımları şu şekilde özetlenebilir <sup>74</sup>.

\*İnsanlar doğuştan iyi ya da kötü değillerdir.

\*İnsanlar kendilerini sadece içinde buldukları an içinde deneyimleyebilirler.

\*Geçmiş ve gelecek, hatırlama ve sezgi aracılığı ile ancak şu anda deneyimlenebilir.

\* İnsan içinde varolduğu çevrenin bir parçasıdır ve bu çevreden ayrı olarak anlaşamaz.

\*İnsanlar kendi duyuları, düşünceleri, duyguları ve algılarının farkında olma becerisine sahiptir.

\*İnsanlar etkin bir şekilde yaşayacak ve kendi ihtiyaçlarını karşılayacak potansiyel ve kaynaklara sahiptir.

\*İnsanlar kendi farkındalıkları aracılığıyla seçimler yapabilirler. Bu nedenle de kendi davranışlarından sorumludurlar.

\*İnsan, beden, duygular, düşünceler, duyular ve algılardan oluşan bir bütündür. Bunlara sahip değil, bunların bütününden oluşmuştur.

\*İnsanlar dünyaya verdikleri tepkileri kendileri belirlerler ve birşeye karşı sadece tepki gösteren bir varlık değildirler. Bunun ötesinde o şeyin yaratıcısıdır ve bundan dolayı da oluşumundan sorumludur.

---

<sup>74</sup> Clarkson, P.(1991). Gestalt Counseling in Action. London:Sage Publisher.

Kişinin kendini gerçekleştirme sürecinde bireyin ihtiyaçlarını, istek ve arzularını karşılayabilmesinin ve insanlarla etkileşimler sonucunda kendisiyle ilgili olumlu değerlendirmelerde bulunabilmesinin mutlu bir yaşantıya katkı sağlayan etmenler olduğunu öne sürmüştür. Bu açıdan bakıldığında, Gestalt terapide ifade edilen bireyin gereksinimlerinin karşılanması sürecinde çevresiyle kurduğu ilişki biçimini içeren temas biçimleri, bireyin hem kendisiyle hem de çevresiyle ilişkisini değerlendiren ise temas engelleri olarak tanımlanmaktadır. Kanserli hastalarda Gestalt temas biçimlerinin tanıyı öğrendiklerinde, opere olduklarında ve tedavi sürecinde; kemoterapi alımında, kemoterapinin sonlanmasında farklı olduğuna ilişkin gözlemimizden yola çıkılarak söz konusu değişkenlerin birbiri ile ilişki gösterip göstermediğini incelenmiştir. Genel anlamıyla Gestalt kavramı; şeylerin parçalarına indirgenerek anlaşılamayacağını tam tersine bir bütün olarak incelendiğinde anlaşılabilirliğine vurgu yapar.

Gestalt kavramı; kuramında bütünlük, şekil, düzen, organize olmuş örüntü anlamında kullanılır. Psikoterapinin amacı ise kişinin bütünleşmesine, bitmemiş işlerin tamamlanması amacını tanıtır. Bireyi içerisinde bulunduğu sosyal yapıda anlamlı kılan Gestalt terapi, bireyi daha iyi anlayabilme yolunun içerisinde bulunduğu sosyal yapıyla etkileşime girmesiyle mümkün kılan kuram bunu kendi içerisinde 'temas' kavramını kullanarak açıklar. Temas diğerleri ile bir araya gelme buluşma anlamı taşımaktadır. Gestalt terapinin temas kavramına yaptığı vurgu, onu diğer terapi yaklaşımlarından farklılaştıran en önemli noktalardan biridir<sup>75</sup>. Organizmanın ihtiyaçlarını karşılaması ve kendi içerisinde dengede durabilmesi çevre ile kurduğu temas sonucunda gerçekleşir. Temas başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğinde, değişim, büyüme ve olgunlaşma yaşanır<sup>76</sup>. Gestalt yaklaşımına göre insanlar gereksinimlerini karşılarken şekil- fon ilişkisi bağlamında belirli aşamalara bağlıdır. Bu ilişkide öncelik ihtiyacın varlığına ilişkin bir duyumun ortaya çıkmasıyla kendisini gösterir. Böylece ihtiyaç kişi için bir şekil özelliği haline gelir. Bu duyumun farkına varılmasının ardından bir sonraki aşama olan ihtiyacın doyurulması süreci gelir.

---

<sup>75</sup>Daş,C.(2010) Bütünleşmek ve Büyüme:Gestalt Terapi Yaklaşımı.3. Baskı.Ankara:HYB Yayıncılık.

<sup>76</sup> Aktaş, C. G.(2002). Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği yeniden düzenlenmiş formunun Türk örneğinde faktör yapısı geçerliliği ve güvenilirliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Hareketin tamamlanmasıyla birlikte bireyde doyum sağlanır ve ihtiyaç geri plana çekilerek fondaki yerini alır. Bir sonraki ihtiyacın şekil olarak kendisini göstermesi sürecine dek kişi kendisini çeker. Clarkson<sup>77</sup>, bu aşamaların tümünü ‘ Gestalt oluşması ve bozulması döngüsü’ olarak adlandırmıştır. Dolayısıyla anlaşılan o ki Gestalt psikologları kişinin görüş alanını şekil ve fon ilişkisi ise açıklamaktadırlar. Şekil, bir bağlamda yani fonda ilginin odağı olan şey iken; fon, şekli çevreleyen her şey olarak tanımlanmaktadır. Şeklin ortaya çıkabilmesi için fon ile birlikte algılanması gerekmektedir. Bu da bize şekil ile fon birlikte var olduklarını kanıtlar. Tıpkı Ying Yang kavramında olduğu gibi; her şey zıtlıklarıyla bir bütünü oluşturur. Ying Yang kavramına göre her şeyin zıtlığı, karşıtı ile bir olması, anlamlı olması Gestalt terapi yaklaşımında da insanların birbirine karşıt özelliklerini kendilerinde de bulduklarına karşılık gelmektedir.

Gestalt yaklaşımında anlam oluşturma süreci şekil ve fon ilişkisine dayanmaktadır. Kişinin ihtiyacı fonda bir şekle geçer ve ihtiyaç tamamlandığında şekil fona geri dönmektedir. Ancak bazen bazı durumlarda Gestalt’ın döngüsünün bozulması ile ihtiyaçlarının karşılanmaması durumu söz konusudur. Bu durum da temasın kesintiye uğraması haliyle açıklanır. Dolayısıyla ‘kesintiye uğrama’ durumunda bireyin şimdi ve burada çevresi ile etkileşim kurmasına olanak vermemesi halinin, bireyin devam eden gestlat temas döngüsünün engellenmesi olarak açıklanabilir.

Gestalt yaklaşımı, temas döngüsünde sürekli engellemeler yaşayan bireylerin ‘nevrotik ve duygusal sorunları olan bireyler’ olduklarını kabul eder<sup>78</sup> Gestalt Psikoterapisinde ‘hastalık’ kavramı kullanılmaktadır. Bu ifadeyle kuram uyumsuzluk kavramına vurgu yapmaktadır. İnsanı içerisinde yaşadığı çevre ile bir bütün olarak ele alan kuram, uyumsuzluğu kişinin çevre ile olan etkileşiminin ortaya çıktığı temas sınırında ortaya koymaktadır. Gestalt temas döngüsünü kesintiye uğratan mekanizmalar; ‘içe alma, yansıtma, iç içe geçme, kendine döndürme, saptırma, kendini izleme ve duyarsızlaşma’ olarak tanımlanmaktadır. Bu mekanizmalar gestalt temas döngüsünü kesintiye uğrama halidir.

---

<sup>77</sup> Clarkson, P.(1991). Gestalt Counseling in Action. London:Sage Publisher.

<sup>78</sup> Balkaya, F. (2006). Üniversite öğrencilerinde temas biçimlerinin öfke ve anksiyete ile ilişkisi. Yayımlanmış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



Kesintiye uğrama halini temas biçimleri olarak da isimlendirilmektedir. Bu bakış açısından yola çıkıldığında, bireyin kendisine temas etme sürecinin farkındalığını arttırmak, danışanın yaşantı döngüsünde ihtiyaçlarını karşılamada ve diğerleriyle etkileşimini engelleyen temas biçimlerinin farkındalığını arttırmak; ihtiyaç ve etkileşim döngüsünü tamamlaması hedeflemektedir <sup>79</sup> Perls'e göre, birey bu mekanizmalar sürekli uygun olmayan şekilde kullanıldığında nevrotiktir. Uygun yer, zaman ve kişiyle kullanımında ise bireyin sağlıklı olduğunun bir göstergesidir. Dolayısıyla sağlıklı kullanılan temas biçimlerinin bireyde kaygıya yol açtığını bilinmektedir.

Kaygı normal insanda da büyümeye, değişmeye, yeni ve denenmemiş şeyleri denemeye ve bireyin kendi kimliğinin ve hayatın anlamını bulmasına eşlik edebilir. Gün boyunca, normal bir insanda da çeşitli olaylar veya düşünceler karşısında da kaygısını gözlenebiliriz. Örneğin; Ameliyat olacağını öğrenmesi veya hekim ile görüşmesi gibi. Kaygı bireyi içsel ve dışsal tehditlere karşı uyarır; bu açıdan bakıldığında hayat kurtarıcı bir niteliği vardır. Tehditten korunmak ya da sonuçlarını azaltmak için kişiyi gereken adımları atması için hazırlar. Bu sebeplerden günümüzde oldukça yaygın bir tepki olarak kaygı, yaşamın her anında ve herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan dolayı kaygıda elde edilen veriler değişkenlik göstererek sık sık revize edilmektedir. Ancak epidemiyolojik araştırmalara göre kaygı prevalansı en yüksek psikiyatrik hastalıklardan biridir.

Gestalt terapiye göre kaygı ise şimdi ve gelecek arasındaki boşluk olarak tanımlanmaktadır ve kaygının daima gelecek ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bireylerin 'şimdi ile gelecek' arasındaki süreci planlar yaparak ve beklentiler ile tamamladıklarında, bugünü ve anı yaşayamadıkları için kaygı yaşamaktadırlar. Gestalt sadece davranışı ya da sadece düşünceleri indirgemeci tarzda ele almanın sınırlılığına inanır, bu sebepten de bütüncül yani holistik bakış açısını savunmaktadır. Gestalt yaklaşımından yola çıkarak; kişinin anda geçerli olan deneyimini algılaması ve farkındalığını arttırması, ne yaptığını nasıl yaptığına ilişkin deneyim edinme sürecidir. Meme kanserli kadınların ise ihtiyacının bu olduğu noktasında duruldu. Çünkü; terapinin her aşamasındaki farkındalık; çevreyi bilme, kendini bilme, seçim yapabilme, kendini kabul etme, sorumluluk alma sürecidir yani temas becerisidir.

---

<sup>79</sup> Nevis, E.C (2000). Gestalt therapy perspectives and applications. Gestalt Press, Cambridge.

Meme kanseri olan bireyin ise ilişkisinde kurduğu engeller onun kendi ihtiyacı ve farkındalığı noktasında yaşadığı zorlanmayı işaret etmektedir. Bu bağlamda tüm verilerimiz kadınların en çok kemoterapi döneminde zorlandığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda Meme kanseri kadınlarda gestalt terapisi yaklaşımı ile önce ,nasıl olduklarının farkına varırlar; yani duygularının, düşüncelerinin, davranışlarının, bedenlerinin, istek ve ihtiyaçlarının farkına varırlar. Sonra böyle olmayı seçtiklerini görerek, bu rasyoneli oturtarak sorumluluklarını alırlar ve daha sonra isterlerse farklı şekilde davranarak yaşamlarını değiştireceklerini anlarlar. Teori bakış açısı ile tedavinin doğası; kişinin tanı, kemoterapi ve sonrasındaki süreçte büyüme ve bütünleşme sürecine verdiği destek ile anlam kazanır.

## 6. BÖLÜM : TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada Meme kanseri tanısı almış kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada cerrahi müdahale öncesi ve sonrasındaki evrede temas engellemelerinin kanser tanısı almış kadınları tarafından tedavisinin aşamalarında; tanıyı öğrenip opere olduğu birinci evre, kemoterapi aldığı ve saçlarının dökülmesi sürecine eşlik eden ikinci seans olan ikinci evre ve kemoterapi sonrasında tedavinin tamamlandığı üçüncü evrede yaşanan sıkıntıların farklılıklarını ortaya çıkarmak amacıyla aynı 100 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %79'u evli, %10'u bekar ve %11'i ise dul/boşanmış olarak görülmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin %31'i ev hanımı, %2'si memur ve %67'si ise diğer meslek gruplarında çalıştıklarını; %19'u orta seviye gelir düzeyinde ve %81'i ise yüksek gelir düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. Yaşadıkları yer değerlendirildiğinde; kişilerin %99'u şehirde, %1'i ise köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin meme kanseri evreleri incelendiğinde; %11'i 1.evrede, %31'i 2.evrede ve %58'i ise 3.evrede oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin %9'u hipertansiyonu, %1'i astım hastalığı olduklarını bununla birlikte %90'ı ise herhangi bir hastalığı olmadıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin %53'ü 0-6 ay arasında, %44'ü 0-12 ay arasında ve %3'ü ise 12 ay ve üzerinde hastalık geçirdiklerini belirtmişlerdir. Kişilerin %90'ı psikiyatrik hastalığına dair bir durumları olmadıklarını, %10'u ise psikiyatrik hastalık geçmişleri olduklarını; ayrıca %86'sı estetik operasyon istemediklerini, %14'ü ise estetik operasyon istediklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kişilerin %72'si sigara kullanmadıklarını, %28'i ise sigara içtiklerini; %81'i alkol kullanmadıklarını, %19'u ise alkol kullandıklarını belirtmişlerdir.

## **Bilindiği gibi 100 kadının üç farklı dönemde verdiği tepkileri ele alan bu çalışmada;**

### **Temas maddelerinde ;**

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. ( $\Lambda:2,397$ ;  $p=0,030<0,05$ ). Bu farklılık ise sekonder temas puanlarının, yaş grupları arasında farklılık göstermesidir ( $F:3,395$ ;  $p:0,038<0,05$ ). 46 yaş ve üzerinde olan kişilerin ortalama sekonder temas puanları (14,70) ile 25-35 yaş arasında olan kişilerin ortalama puanları (12,56) arasında anlamlı bir farklılık vardır.

### **Temas maddelerinde;**

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri puanlarının yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yaş gruplarının temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. ( $\Lambda:2,884$ ;  $p=0,010<0,05$ ). Sekonder ve tersiyer temas maddeleri puanları, meslek grupları arasında farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ev hanımlarının sekonder temas maddeleri ortalama puanları (15,32) ile diğer meslek gruplarında olan kişilerin sekonder temas maddeleri ortalama puanları (13,58) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F:6,380$ ;  $p:0,002<0,05$ ). Memurların tersiyer temas maddeleri ortalama puanları (15,50) ile diğer meslek gruplarının tersiyer temas maddeleri ortalama puanları (12,30) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F:3,351$ ;  $p:0,039<0,05$ ).

### **Tam temas maddelerinde;**

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının psikiyatrik hastalık geçmiş durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin psikiyatrik geçmiş durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda:2,171$ ;  $p:0,096>0,05$ ). Bununla birlikte psikiyatrik hastalık geçmişi olan kişilerin tersiyer tam temas ortalama puanları (20,30) ile psikiyatrik geçmişi olmayan hastaların ortalama puanları (18,42) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F:5,200$ ;  $p:0,025<0,05$ ).

Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri puanlarının sigara kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin sigara kullanım durumlarının tam temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 2,231$ ;  $p: 0,089 > 0,05$ ). Bununla birlikte sigara kullanan kişilerin sekonder tam temas ortalama puanları (29,00) ile sigara kullanmayan kişilerin ortalama puanları (31,06) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F: 6,121$ ;  $p: 0,015 < 0,05$ ).

### **Bağımlı temas;**

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının yandaş hastalık durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin yandaş hastalıklarının bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 1,455$ ;  $p: 0,196 > 0,05$ ). Bununla birlikte, hipertansiyon hastalığı olan kişilerin sekonder bağımlı temas ortalama puanları (24,33) ile hastalığı olmayanların ortalama puanları (20,39) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F: 4,297$ ;  $p: 0,016 < 0,05$ ).

Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri puanlarının hastalık sürelerinin arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık sürelerinin bağımlı temas maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 1,266$ ;  $p: 0,275 > 0,05$ ). Hastalık süresi 0-6 ay arasında olan kişilerin bağımlı temas ortalama puanları (21,70) ile hastalık süresi 6-12 ay arasında olanların (19,73) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F: 3,082$ ;  $p: 0,050 \leq 0,05$ ).

### **Temas Sonrası;**

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının yandaş hastalık durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin hastalık durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 1,884$ ;  $p: 0,085 > 0,05$ ). Bununla birlikte, hipertansiyon hastalığı olan kişilerin sekonder temas sonrası ortalama puanları (11,67) ile hastalığı olmayanların ortalama puanları (14,00) arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $F: 3,255$ ;  $p: 0,043 < 0,05$ ).

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının estetik operasyon durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin estetik operasyon durumlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda: 2,415$ ;  $p: 0,071 > 0,05$ ).

Bununla birlikte estetik operasyon olan sekonder temas sonrası ortalama puanları (15,29) ile estetik operasyon olmayanların ortalama puanları (13,58) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:4,101; p:0,046<0,05).

Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri puanlarının alkol kullanım durumları arasında farklılık gösterip göstermediği ile ilgili olarak; kişilerin alkol kullanımlarının temas sonrası maddeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ( $\Lambda$ : 1,689; p: 0,175>0,05). Alkol kullanan kişilerin temas sonrası ortalama puanları (11,68) ile alkol kullanmayan kişilerin ortalama puanları (10,47) arasında anlamlı bir ilişki vardır (F:4,106; p:0,045<0,05).

### **Toplam Puan İlişkileri**

Bizim araştırma bulgularımıza göre toplam puanların bağımlı ilişki analizinde; birinci evre ortalaması 74,92( $\pm$ 7,89), ikinci evre ortalaması 79,25 ( $\pm$ 6,51) ve üçüncü evre ortalaması 64,06( $\pm$ 6,35)'dur. Her dönem arasındaki sonuçlar yani 1-3; 2-1 ve 2-3 dönemleri arasındakiler istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Çalışmaya katılan kişilerin toplam puanları her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203; p:0,000<0,05). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05)

Temas maddelerinde; birinci evre ortalaması 13,52 ( $\pm$ 2,19) ikinci evre ortalaması 14,18( $\pm$ 2,56) üçüncü dönem ortalaması 12,55( $\pm$ 2.00)'dır (p<0.05). Dönem arasındaki sonuçlar; 1-3, 1-2 dönemleri istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203; p:0,000<0,05). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tam temas maddelerinde; birinci evre ortalaması 21,22( $\pm$ 4,37) ikinci evre ortalaması 30,48 ( $\pm$ 3,83) üçüncü dönem ortalaması 18,61( $\pm$ 2.52)'dır. Dönem arasındaki sonuçlar; 1-3, 2-1, 2-3 dönemleri istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Çalışmaya katılan kişilerin tam temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):312,889; p:0,000<0,05). Primer ile tersiyer, sekonder ile primer ve sekonder ile tersiyer tam temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05).

Bağımlı temas engeli alt faktörü birinci evre ortalaması 29.48(±3.39), ikinci evre ortalaması 20,77(±4.05), üçüncü evre ortalaması 19,26(±2.99)'dir. Dönem arasındaki sonuçlar; 1-2, 1-3 dönemleri arasındakiler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Çalışmaya katılan kişilerin bağımlı temas maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):247,680;  $p:0,000<0,05$ ). Primer ile sekonder ve primer ile tersiyer temas maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ).

Temas sonrası alt faktör maddelerinde ise birinci evre ortalaması 10,70(±2.39); ikinci evre ortalaması 13,82(±2,97); üçüncü evre ortalaması 13,64(±2.25)'dir. Dönem arasındaki sonuçlar; 2-1, 3-1 dönemleri arasındakiler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Çalışmaya katılan kişilerin temas sonrası maddeleri içinde her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\Lambda$ ):24,203;  $p:0,000<0,05$ ). Sekonder ile primer ve tersiyer ile primer temas sonrası maddeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan kişilerin temas maddeleri içinde her üç evre için değerlendirildiğinde; evreler arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $\Lambda$ ):24,203;  $p<0,05$ ). En yüksek ortalama skor 2. evrededir. Bu bulgular bize hastaların en çok temas engellerini kemoterapi döneminde kullandıklarını göstermektedir. En düşük ortalama skor ise 3. evrededir. Bu bulgular bize; hastaların temas engellerini kullanımını azalttıkları dönemin ise tedavinin sonlandığı dönemde olduğunu göstermektedir. Benzer bulgular, tam temas maddeleri için de geçerlidir. Her üç evre sonuçları istatistiksel olarak da farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). İhtiyacın ortaya çıktığı dönem olan temas döneminde hastaların temas engellerini kullanımını artmaktadır.

Bağımlı temas maddelerine göre en yüksek ortalama skor 1. evrededir. İkinci ve 3. evre sonuçları benzer olup 1. dönem sonuçlarından belirgin bir şekilde düşüktür ( $p<0,05$ ). Bu bulgular bize; hastanın bağımlı temas engellerini kullanımını arttıkça içe dönüşü artıyor yani içe çekilme süreci başlamaktadır. Temas sonrası dönem maddelerinde ise 2.ve 3. dönem sonuçları benzer olup 1. evre sonuçlarına göre istatistiksel olarak yüksektir ( $p<0,05$ ). Bu bulgular bize operasyon sürecinin sonlanmasında hastaların temas engellerini kullanımını artmakta, kemoterapi ile kendi ihtiyaçlarını tamamlama sürecinde temas engellerine ihtiyaçları azalmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin toplam puanları her üç evrede değerlendirildiğinde; evreler arasında farklılık görülmektedir ( $\Delta$ ):24,203;  $p<0,05$ ). Her üç evre arasındaki puanlar istatistiksel açıdan farklıdır ( $p<0,05$ ). Hastanın 1. evre ortalama skoru 2. evreye göre ve 1. ve 2. evre ortalama skorları 3. evre sonucuna göre daha farklıdır. Negatif bir korelasyon vardır. Tanı ve tedavi sürecinde temas engellerini kullanmadaki artış tedavi sonunda azalmaktadır.

Mevcut açıklamalar dikkate alındığında, temas ve tam temas engeline sahip bireylerin duygularının farkında olmadıkları ve duygularını sağlıklı şekilde ifade edemedikleri görülmektedir. Bu kişilerin psikolojik iyi oluşun alt boyutunu oluşturan; diğerleri ile olumlu ilişkiler geliştirmek, çevresel hakimiyet ve özerklik konusunda sıkıntı yaşayabileceği ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin düşük olabileceği öngörülmektedir. Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre bağımlı temas engelinin sınırların yokluğu ve yardım eden sendromu temas engelinin oluşmasıdır. Nevis' e<sup>80</sup> göre sınırların yokluğu temas engelini sık kullanan bireyler kendileri ve başkaları arasındaki sınırları çizmekte zorlanırlar. Bu durumda bireylerin özerkliğinden söz edilemez. Yardım eden sendromuna sahip olan kişiler kendi isteklerini dile getirmekte zorlanırlar ve bunun için başkalarını isteklerini yerine getirmeyi seçerler.

Araştırma verilerimize göre operasyon öncesi dönem olan primer dönemde hastaların bağımlı temas engeli puanının 29.48 olduğu tespit edilmiştir. Bu bize tanı öncesi hastaların ortalamın üzerinde yüksek olması ile çevresi ile ilişkisinde sınır koymakta oldukça zorlandıklarını göstermektedir. Bu da psikolojik iyi oluş durumu ile negatif bir korelasyondur. Sekonder dönemde ise bu bağımlı temas engeli 20.57 olarak tespit edilmiştir. Kemoterapi alınımına bağlı olarak hastaların kendi ihtiyaçlarını duyması ve çevresi ile olan ilişkilerinde optimal mesafeyi koruması, özerkliğini tanımlaması olarak yorumlanmaktadır. Bu durum hastaların psikolojik iyi oluş halinin kemoterapi alınımı ile pozitif ve anlamlı bir ilişkide olduğunu göstermektedir. Tersiyer dönemde ise veriler 19.26 olarak tespit edilmiştir. Tedavinin tamamlanması halinde de hastaların sınırlarını korumaları psikolojik iyi oluş hali ile pozitif yönde bir korelasyon göstermektedir.

---

<sup>80</sup> Nevis, E.C (2000). Gestalt therapy perspectives and applications. Gestalt Press, Cambridge.

Tüm bu bulgularda Türk kültürünün özellikleri ile açıklanabilir niteliktedir. Türkiye’de özellikle küçük bölgelerde ve beldelerde yaşayan çekirdek aile yapısına sahip olan bireyler için aileye bağlılık sağlıklıdır ve toplum tarafından desteklenir. Bu durum bireyler arasındaki sınırların geçirgenliğini ve esnekliği ile de açıklanabilir. Çekirdek aile yapısında itaat, uyum ve otoriteye bağlılık sürekli vurgulanarak pekiştirilen davranışlardır.

Kültürel etmenler bağlamında meme kanseri kadınların bağımlı temas engelleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki kurulmasının sebebi Türk toplumunda bağımlı temas engelinin normalleştirilmesi ve onaylanır bir nitelikte olmasıdır. Ancak kemoterapi alınımı ile kadınlarda tam tersi bir tablonun varlığından söz edebiliriz. Sekonder dönem ile başkaları için değil kendi için yaşamak felsefesinin benimsenmesi diğer bir deyiş ile yaşanan zorlukla orantılı olarak düşünölmeye başlaması ile kadınlar özerkliğini tanımlamaktadır. Bu da onların ruh sağlığı ve psikolojik iyilik durumu ile uyumlu bir ilişkide olduğunu düşündürmektedir.



## BÖLÜM 7: SINIRLILIKLAR ve ÖNERİLER

Mevcut çalışmamız meme kanseri aynı 100 kadın ile operasyon öncesi dönem olan primer dönemde, kemoterapi alınımı ile tanımlanan sekonder dönem ile, tedavinin tamamlandığı tersiyer dönemde boylamsal olarak gerçekleştirilmiştir. Hastaların tedavi sonrası dönemdeki çevreyle ve kendileri ile kurdukları ilişkinin izlenmesi amacıyla hayatlarında meme kanseri tanısı ile yaşadıkları bu travmatik deneyimin sonrasındaki süreçteki değişimlerin istikrarlılığı ya da değişkenliği noktasında yeniden değerlendirme yapılmaması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Çalışmamızın bir diğer sınırlılıkları ise; kültürel farklılıklar ile çalışılmamış olmasıdır. Bir diğer sınırlılığı ise hastaların aile tarihinde meme kanseri olup olunmadığının bilinmemesidir.

Psikoloji çalışmalarında ölçeklerle değerlendirme yapmanın bir takım zorlayıcı noktaları olmakla birlikte böylesi değerlendirmeler yapmak aynı zamanda önemli bir yer tutmaktadır. Temas engellemeleri gibi gözlenmesi ve ölçülmesi zor bir konunun meme kanseri hastalarında uygulanma sürecinde belli sorularla ölçülmeye çalışılması denek yanlılığı ve kendi bildiri tarzında olan tüm ölçeklerin sınırlılıklarını da taşımaktadır. Bu nedenle temas engellemeleri değerlendirmesine yönelik yapılacak bundan sonraki çalışmalarda denek yanlılığını azaltacak terapist gözlemi ve değerlendirilmesi gibi yöntemlerin birlikte kullanılmasının sonraki araştırmaların oluşum ve gelişiminde yarar sağlayıcılığı düşünülmektedir. Gestalt terapi ile ilgili bir diğer öneri ise; sonraki süreçte meme kanseri hastalar ile psikoterapi uygulanması ve mevcut temas engellerinin incelenmesidir.

## BÖLÜM 8:KAYNAKÇA

Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC et al. Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1- Year Follow –Up. *Psycho-Oncology* 2000;9 69-78.

Akçay ,D. (2005). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlenim Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi,Erzurum.

Aktaş, C. G.(2002). Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği yeniden düzenlenmiş formunun Türk örnekleminde faktör yapısı geçerliliği ve güvenilirliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aydiner, A. (2001). Menopoz ve Meme Kanseri. T. Atasü (Ed.). *Menopoz- Tedavisi ve Kanseri* (s: 633-693). Nobel Tıp Kitapevleri.

Balon, J., Wehrwein, T.C. (2000). Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.). *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. 2ed. (p:318- 355). Jones and Bartlett Publishers.

Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.

Baron,R.H. (2007). Surgical Management of Breast Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1),10-19.

Balkaya, F. (2006). Üniversite öğrencilerinde temas biçimlerinin öfke ve anksiyete ile ilişkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175:322-326.

Bloom, J.D.(2009). Commentary I:The cycle of experience re-cycled:then, now next? Lets’s go round again: Cycle of experience or sequence of contact?Dan Bloom has another go with Sean Gaffney. *Gestalt Review*, 13 (1), 24-36.

Brown J, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients desire death?. *Am J Psychiatry* 1986;143:208-211.

Bozfakıoğlu, Y. (2002). Meme Kanserlerinde Sistemik Tedavi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 615-618). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakóltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

Clarkson,P. (1991). *Gestalt Counseling in Action*.London:Sage Publisher.

Dağoğlu, T. (2002). Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakóltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

Daş,C.(2010) Bütünleşmek ve Büyüme:Gestalt Terapi Yaklaşımı.3. Baskı.Ankara:HYB Yayıncılık.

Erkmen, N. (1992). *Gestalt Terapisi (Özün Harekete Geçirilmesi) İçimizdeki Çocuk*. İstanbul:Söz Yayınları.

Gagnon P, Massie MJ, Holland JC.The woman with breast cancer.

Gyllensköld K. On having breast cancer—psychologic reactions at discovery and information about the diagnosis. *Lakartidningen* 1974;71:2471-4.

Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Holland JC. History of psycho- oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med.* 2002; 64:206-21.

Harris, S.M. ve Busby, D. M. (1997). Pant- legs and pathology:The marriage of individual, and family assessment. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), 507-521.

Hartung, P.J. (1991). Breaking ground: a study of geştalt theory and Holland’s theory of vocational choice. *Speeches/Conference Papers Reports Research*,150-165,13th Chicago,IL.

Hoorens I, Vossaert K, Pil L, et al. Total- Body Examination vs Lesion- Directed Skin Cancer Screening. *JAMA Dermatol* 2016;152:27-34.

Jacobs,S. (2007).The implementation of Humour as deflective technique in contact boundary disturbance.Mastre of Diaconiologh, Universty of South Africa.

Keçer,M., Asaoğlu, O. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A.Aydıner, M.Dinçer (Ed). *Meme Kanseri*( s:275-286). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.

Kepner, J.I (1982). Questionnaire measurement of personality styles from the theory of geştalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, Ohio.

Kepner,J.(1993)Body process: Working with the body in psychotherapy. San Francisco Joseyy-Bass.

- Kirchner , M. (2000). Gestalt theray theory:An overwiev. Journal of Gestalt Therapy 4,(3).
- Kohut, H. (2004) Kendiliğin Çözümlemesi. 1. Basım. İstanbul: Metis Yayınevi. Kohut(2004, sf.88).
- Korb, M., Gorrell, J. Ve Vernon Van De Riet.(tarihsiz). Gestalt Therapy Practice and Theory.(2nd ed), New York:Pergomon Press.
- Kübler-Ross E. In: Ölüm ve Ölmek üzerine. Ed. E. Kübler-Ross. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997
- Kohut,H., Wolf, E.(2004) Kendilik Bozuklukları ve Tedavileri:Ana Hatlar. Sf.80-109. Çev:G.Budan(orijinal basım tarihi:1978).Psikanalizin ‘Öteki’Yüzü:Heinz Kohut’un içinde.İstanbul:İthaki Yayınları sf.55-56;Kohut&Wolf,2004,82-83.
- Latner,J. (1992). The theory of geştalt therapy. Gestalt Institute of Cleveland Pres.
- Levine, M., Moutquin, J.M., Walton, R., Feightner, J. (2001). Chemoprevention of Breast Cancer. *CMAJ*, 164(12), 1681-90
- Llorente M, Burke M, Gregory G et al. Prostate cancer: a singnificant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:195-201.
- Mitchell A.S.(2009) Psikanalizde İlişkisel Kavramlar. Çev:G. Algaç, İ. Anlı. İstanbul:Bilgi Üniversitesi Yayınları (Orijinal basım tarihi:1946) syf105-107.
- Mackewn, J.(1999).Developing geştalt counseling. London:sage Publications.
- Nevis, E.C (2000). Gestalt therapy perpectives and applications. Gestalt Press, Cambridge.
- Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım- Kuram- Sağlatım. In : İntihar (Özkıyım). Ed. C. Odağ. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1995. Sayfa 1-120.
- O’Leary, E. (1997).Towards integrating person centered and geştalt therapies. *The Person-Centered Journal*, 4,14-23.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.ř. , Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu
- Özberksoy, A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı DüzeyleriÜzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Özkan ve Turgay 1995
- Sills, C., Finch, S., ve Lapworth, P.(1998). Gestalt counsellinging. United Kingdom: Winslow Press Limited.

Simon,H.,Cannistra, S.A., Huang, E.H., Heler, D.H., Shellito,P.C., Stern, T.A., Juhn, G. (2004). Breast Cancer.A.D.A.M.,12,1-12,Erişim:20.05.2007.

Smaldone MC, Uzzo RG. The Kubler Ross model,physician distress, and performance reporting. Nat Rev Urol 2013;107:425-8.

Surgery for Breast Cancer Treatment, Breast Health. Erişim:21.06.2007 , Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.

Strasser F, Sweeney C,Willey J, Benisch-Tolley S,Palmer JL,Bruera E. ‘‘Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Outpatient Clinic in a Comprehensive Cancer Center on Recommendations, Symptom Intensity, and Patient Satisfaction ‘’,J of Pain and Symptom Management 2004;27:481-491. (PMID:151

Perls,F.S.(1973). Gestalt approach eye witness to therapy science and behaviour. United States of America Books:Inc

Pierre Marty, Ulusal Psikanaliz Kongresi, Montreal,1987.Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce.

Polster, E.&Polster, M.(1974). Gestalt therapy integrated. Vintage Books:USA

Potter, P., Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing* (5.ed.) (p:541-551), Mosby, St. Louis.

Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual Functioning in Breast Cancer Survivors, Cancer Control, 8(5),2001;442-448.

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2012, 4 (37), 61-72

Voltan-Acar,N.(2006). Ne Kadar Farkındayım? Gestalt Terapi.Ankara:Babil Yayıncılık

Yontef, G. Ve Simkin, J. S. (1989).Gestalt therapy. Current Psycottherapies (Ed. Corsini, R. J., Wedding D.). İllinois: Peacock Publishers.

## EK 1:Sosyodemografik Bilgi Formu

**A: Ameliyat Olduğunda B: Kemoterapi Aldığında C: Kemoterapi Bittiğinde**

Hastanın Adı Soyadı:

1:Cinsiyet:

Kadın:..... Erkek:.....

2:Medeni Hal:

Evli..... Bekar:..... Boşanmış..... Dul.....

3:Yaş:

4: Meslek:

Ev hanımı..... Memur..... İşçi..... İşsiz..... Diğer.....

5:Sosyo- ekonomik düzey:

Düşük 2.000 TL Orta 5.000 TL Yüksek 10.00TL ve üzeri

6:Yaşadığı yer:

Köy..... Kasaba..... Şehir.....

7:Yandaş Hastalığı

Yok..... Hipertansiyon..... Diyabet..... Astım..... Guatr.....

8:Meme Ca evresi

1. Evre..... 2. Evre..... 3. Evre.....

9:Hastalık Süresi:

0-6 ay..... 6-12 ay..... 18 ay ve üzeri.....

10:Psikiyatrik Hastalığı

Var..... Yok.....

11:Estetik operasyon isteği

Var..... Yok.....

12:Sigara kullanımı

Var..... Yok.....

13: Alkol kullanımı

Var..... Yok.....

14:İntihar Öyküsü

Var..... Yok.....

## EK 2:Gestalt Temas Engelleri Ölçeği

Aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra sizi ne derece yansıttığını ifadenin karşısındaki derecelerin yanındaki paranteze (X) işareti koyarak belirtiniz. Maddeleri başkalarının sizden ne beklediğine ya da nasıl olmak istediğinize göre değil, gerçekten nasıl olduğunuza göre yanıtlayınız.

1.Hiç Katılmıyorum 2.Kısmen katılıyorum 3. Katılıyorum 4.Oldukça katılıyorum  
5.Tamamen katılıyorum

ÖLÇEK MADDESİ	1	2	3	4	5
• İşime odaklanmakta güçlük çekerim.					
• Kendimi olduğum gibi ifade edemem.					
• İnsanların kötülük etmeye daha yatkın olduklarını düşünüyorum.					
• Sorunlarımı tek başıma çözerim.					
• Kendimi ifade etmekte zorluk çekerim.					
• İnsanlarla arama sınır koyarım.					
• İnsanlar göründükleri kadar iyi değildirler.					
• Ertelemediğim için bitiremediğim çok iş var.					
• İnsanları mutlu etmek beni de mutlu eder.					
• Ailemin beklentilerine uygun olarak yaşarım.					
• Herhangi bir konuda harekete geçmekte zorlanırım.					
• “Komşusu açken kendisi tok yatan bizden değildir” sözü beni yansıtır.					
• Benim için çevrem tarafından kabul edilmek önemlidir.					
• İnsanlara güvenilmez.					
• Fedakârlığa her zaman hazırım.					
• Sürekli olarak kendimi kontrol etmeye çalışırım.					
• Yardım istemekte zorlanırım.					
• İnsanlar kuyumu kazmaya çalışır.					
• Kendiliğimden bir işi başlatmakta zorlanırım.					
• Kişilerarası ilişkilerde benden kaynaklanan hayal kırıklıkları yaşarım.					
• “Babana bile güvenmeyeceksin” sözüne inanırım.					
• Kendi kendime kalmayı tercih ederim.					
• İnsanlarla konuşurken çatışma çıkmaması için özen gösteririm.					
• Başkalarıyla geçireceğim zamanı kendime ayırmayı tercih ederim.					

**Dört alt boyutu var ve persevere madde yok.**

**Temas maddeleri: 3-7-14-18-21 alınabilecek en yüksek puan 25**

**Tam temas maddeleri: 1-2-5-8-11-17-19-20 alınabilecek en yüksek puan 40**

**Bağımlı temas maddeleri: 9-10-12-13-15-16-23 alınabilecek en yüksek puan 35**

**Temas sonrası maddeleri: 4-6-22-24 alınabilecek en yüksek puan 20**

