

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KANSER TANISI ALAN BİREYLERDE YILMAZLIK VE  
İYİ OLUŞ DUYGUSUNUN BELİRLENMESİ**

Merve ATALAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KANSER TANISI ALAN BİREYLERDE YILMAZLIK VE  
İYİ OLUŞ DUYGUSUNUN BELİRLENMESİ**

Merve ATALAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğretim Üyesi Saliha HALLAÇ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2018-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**


Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 21 / 06 / 2018

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK  
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sevcan ATAY  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA  
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Narin DERİN**

**Enstitü Müdürü**

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Merve ATALAY



Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Saliha HALLAÇ

## TEŞEKKÜR

Yükseklisans eğitim sürecime rehberlik eden tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a

Yükseklisans eğitimime katkı veren başta Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU ve diğer hocalarıma,

Tezin veri toplama araçları içerisinde yer alan açık uçlu soruların yanıtlarının grublandırılmasında uzman görüşü veren Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU, Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI ve Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA'ya,

Tezin istatistiksel değerlendirmelerinde katkısını esirgemeyen istatistik uzmanı Dr. Deniz ÖZEL ERKAN'a ve Prof. Dr. Can Deniz KÖKSAL'a,

Araştırmaya katılmayı kabul edip bütün içtenliği ile yanıt veren hastalarıma,

Bütün emekleri ve özverisi için annem İsmihan ÇETİN'e, babam İrfan ÇETİN'e, eşim Süleyman ATALAY'a kızlarım Bilge ve Öykü'ye teşekkür ederim.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın tipi tanımlayıcıdır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran bireylerle Tıbbi Onkoloji Kliniği, Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi, Tıbbi Onkoloji polikliniğinde Ocak- Eylül 2016 tarihleri arasında 360 birey ile yapılmıştır. Veriler, “Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Yılmazlık Ölçeği” ve “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. İstatiksel analizde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson kolerasyon testi, yüzdelik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bireylerin iyi oluş puan ortalamasının  $47.83 \pm 7.32$ , yılmazlık ölçeği puan ortalamasının  $191.97 \pm 26.47$  olduğu saptanmıştır. Bireylerin yılmazlık düzeyleri ve iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur. Çalışan ve ekonomik durumunu iyi olarak algılayan bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bireylerin öğrenim seviyesinin yüksek, evli, çalışıyor, ekonomik durumunun iyi ve şehir merkezinde yaşıyor olması ile yılmazlık düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkisi vardır. Bireylerin tanı alma süresi ile yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**Sonuç:** Bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu, yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duygularının, etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hemşirelik eğitiminde yer verilmesi, kurumsal olarak bilgilendirici ve destekleyici yaklaşımların oluşturulması ve metodolojik olarak farklı yöntemlerle sonuçların ölçülmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** yılmazlık, iyi oluş, kanser, psikiyatri hemşireliği

## ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to determine the levels of resilience and well-being of individuals diagnosed with cancer.

**Method:** The study was planned as a descriptive study. It was held with 360 individuals, between January - September 2016 with the individuals who applied to Akdeniz University Hospital Medical Oncology Unit. It was used “Personally Identifiable Features Form”, “Resilience Scale” and “Psychological well-being scale”. SPSS 23.0 package program was used for statistical analysis. Data were evaluated using independent sample t-test, one-way analysis of variance, Pearson's Correlation test, percentile, mean, standard deviation, minimum and maximum values.

**Results:** The mean total score on the psychological well-being scale was  $47.83 \pm 7.32$  and resilience scale was  $191.97 \pm 26.47$ . The study was a significant positive correlation between resilience and psychological well-being scale. Individuals with working and good economic status have high levels of well-being. It has been found that individuals have a significant positive relationship between their level of resilience and the level of education, their single status, their work, their good economic status, their living in the city center and their support. There was a negative relationship between the duration of the diagnosis and the level of resilience and well-being.

**Conclusion:** Individuals have high levels of resilience and well-being. A positive relationship was found between the levels of resilience and well-being. In the light of these results, it is suggested that affected factors the resilience and well-being feelings of individuals diagnosed with cancer should be assessed; to be included in nursing education, be creating informative and supportive approaches as institutional and be measuring of the results with different methods as methodological.

**Key words:** resilience, well-being, cancer, psychiatric nursing

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	v
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	vii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Kanser Tanısı Alma ve Kanserın Psikososyal Yönleri	3
2.2. Yılmazlık	9
2.2.1. Yılmazlığı Etkileyen Faktörler	11
2.3. İyi Oluş	14
2.4. Yılmazlık, İyi Oluş ve Kanser	20
2.5. Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluşa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	29
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	38
3.3.1. Araştırmaya Alma Kriterleri	41
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	41
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	41
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	41
3.5. Verilerin Toplanması	41
3.5.1. Veri Toplama Araçları	41
3.6. Ön Uygulama	43
3.7. Uygulama	44
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	45



3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
<b>4. BULGULAR</b>	<b>46</b>
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri	46
4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Sürecine İlişkin Deneyimleri	48
4.3. Bireylerin Yılmazlık ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri Puan Ortalamaları ile Aralarındaki İlişki	52
4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri ile Yılmazlık ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin İlişkisi	54
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>60</b>
5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri	60
5.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Süreci Deneyimleri	61
5.3. Bireylerin Yılmazlık, İyi Oluş Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki	70
5.4. Kanser Tanısı Alan Bireylerin Yılmazlık ve İyi Oluş Duygularını Etkileyen Faktörler	72
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>82</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>86</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK 1.</b> Veri Kullanım İzni	
<b>EK 2.</b> Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu	
<b>EK 3.</b> Yılmazlık Ölçeği	
<b>EK 4.</b> Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	
<b>EK 5.</b> Ön Uygulama Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin Kullanımından Sonra Yapılan Görüş İstemi	
<b>EK 6.</b> Kurum İzin Yazısı	
<b>EK 7.</b> Etik Kurul İzin Yazısı	
<b>EK 8.</b> Aydınlatılmış Onam	
<b>EK 9.</b> Yılmazlık Ölçeği Kullanımına İlişkin İzin Yazısı	
<b>EK 10.</b> Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin Kullanım İzin Yazısı	
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>125</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b>	Distress Termometresi	5
<b>Şekil 2.2.</b>	Yetişkin Kanser Hastaları İçin Yılmazlık Modeli	22
<b>Şekil 2.3.</b>	Değerlendirme ve Başa Çıkma Süreçleri Modeli	23
<b>Şekil 2.4.</b>	Kanser Tanısı Alan Bireylerin Başa Çıkma Süreçlerine İlişkin Geliştirilmiş Model	24
<b>Şekil 2.5.</b>	Sağlığın Geliştirilmesi Bakımın Planlanmasında Hemşirelik Tanılarına Karar Verme ve Değerlendirme Şeması	34

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b>	G-Power post-hoc güç analizi (Yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği kolerasyon sonuçlarına göre)	40
<b>Tablo 4.1.</b>	Bireylerin sosyodemografik özellikleri	46
<b>Tablo 4.2.</b>	Bireylerin hastalık özellikleri	47
<b>Tablo 4.3.</b>	Bireylerin destek algısı, desteğini hissettiği kişilerin ve destek aldığı durumların dağılımı	48
<b>Tablo 4.4.</b>	Bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler ve meydana gelen değişimlerin dağılımı	49
<b>Tablo 4.5.</b>	Bireylerin hastalık döneminde kendilerine ilişkin duygularının ve başa çıkma davranışlarının dağılımı	50
<b>Tablo 4.6.</b>	Bireylerin yaşam amaçlarının varlığı ve yaşam amaçlarının dağılımı	51
<b>Tablo 4.7.</b>	Bireylerin psikolojik iyi oluş ve yılmazlık ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları, standart sapmaları ve minimum-maksimum değerler	52
<b>Tablo 4.8.</b>	Bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki	53
<b>Tablo 4.9.</b>	Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki	54

## SİMGELER ve KISALTMALAR

APA	The American Psychological Association -Amerikan Psikoloji Birliği
ASCO	American Society of Clinical Oncology - Amerikan Klinik Onkoloji Derneği
IARC	International Agency for Research on Cancer - Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu
ICN	The International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Konseyi
IOM	The International Organization for Migration - Uluslararası G Örgütü
NCCN	The National Comprehensive Cancer Network - Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
TDK	Türk Dil Kurumu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Kanser, günümüzde insanoğlunun önemli ve güncel sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011). Kanser tanısı alan bireyler, hastalıktan kaynaklanan semptomlar kadar tedavilerin yan etkileriyle de mücadele etmekte fiziksel sorunları yoğun bir şekilde yaşamaktadır. Bu semptomlar kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, diğer taraftan da hastaların umutsuzluk, çaresizlik, depresyon, anksiyete, yardımsızlık, ölüm ve bilinmezlik ile ilgili korku ve endişelerini artırmaktadır (Ünsar ve ark., 2007; Adler and Page, 2008; Hallaç ve Öz, 2011; Kutlu ve ark., 2011; Lucini, 2014; Stanton et al., 2015).

Kanser tanısı alan bireyler için; ailedeki rollerde değişim, ekonomik gücün azalması ve toplum içinde damgalanma hastalıkla mücadelede yaşadıkları zorlukları daha da artırmakta ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Knapp-Oliver and Moyer, 2009; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Bireylerin kanser tanısı almalarıyla iyimserlik duygusu, öz saygı, algılanan kontrol, sosyal destek algısı (Hou and Lam, 2014), toplumsal ve bireysel inanışlarına göre hastalığı algılama biçimlerindeki farklılıklar ve yaşadıkları kaygıları değiştirmekte olup bu kaygılar bireylerin iyi oluş duygularını ve yılmazlıklarını da etkilemektedir (Daher, 2012; Deshields et al., 2015). Yılmazlık, zorlu durumlarda kendini toparlayabilme, eski fonksiyonlarına dönebilmeyi kapsamaktadır (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Erişim Tarihi:13.12.2017). Ekonomik sıkıntılar (Başak, 2012), çocukluk döneminin ya da hayatın herhangi bir döneminin yoksullukla sürdürülmesi (Mullin and Arce, 2008), boşanma, uygun olmayan çalışma koşulları (Kurt, 2011), doğal afetlere ve şiddete maruz kalma, hayatı tehdit edici bir hastalığa sahip olma, algılanan ve gerçek kayıp deneyimleri (Gökmen, 2009) gibi yaşamsal değişimler bireyleri zorlayıcı durumlardır.

İyi olmaya ilişkin faktörler bireylerin pozitif özelliklerinin geliştirilmesine, pozitif deneyimler yaşamalarına ve öznel iyi oluşlarını artırıcı programlar aracılığı ile bireylerin ruh sağlıklarının korunmasına odaklıdır (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000). İyi oluşun artırılmasına yönelik varsayımlardan biri pozitif psikolojiye dayalı davranış değiştirme ve bireylerde yaşama bağlanmaya yönelik motivasyon oluşturmaktır (Wong, 2011). Ryff ve arkadaşlarına (1999) göre iyi oluş, ruh

sağlığının ve yaşam kalitesinin artırılması için bir ölçüttür. İyi oluşu etkileyen faktörler çevresel hakimiyet, kişisel büyüme, yaşamın amacı, otonomi, kendini kabul, pozitif ilişkiler kurma olarak açıklanmaktadır. Psikolojik iyi oluş, yaşamda karşı karşıya kalınan varoluşsal meydan okumaları yönetmektir (Keyes et al., 2002). Alan yazın incinebilir grupların ruh sağlığının korunması ve iyi olmalarının desteklenmesi amacıyla ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde; bireysel tutum ve davranışları, çevresel faktörleri, sosyoekonomik durumları değerlendirmenin ve ele almanın önemini vurgulamaktadır (Jormfeldt, 2014; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files) Erişim Tarihi: 01.12.2017).

Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri mesleki donanım ve becerileriyle, incinebilir gruplar arasında yer alan kanser tanısı almış bireylerin (Weismann, 1976) yaşadıkları değişimleri saptayabilir, müdahale edebilir, bireylerin yaşamlarını yeniden yapılandırmaları, deneyimlemekte oldukları bu yaşantıya hazırlaş ve adaptif bir şekilde sürdürme konusunda güçlenmelerini sağlayabilir (Hallaç ve Öz, 2011). Bu anlamda hemşireler bireylerin güçlendirilmesinde, olumlu özelliklerinin geliştirilmesinde, deneyimlerinden anlam bulmasında yardım ederek iyi oluş duygularını (Demirbaş, 2010) ve baş etme kapasitelerinin gelişimiyle yılmazlıklarını artırabilir (Ragnarsdóttir, 2012).

Ulaşılabilen alan yazın doğrultusunda ülkemizde yılmazlık ve iyi oluş duygusunu ele alan çalışmalara hemşirelik alanı boyutuyla rastlanılamamıştır. Bu araştırmanın amacı, kanser tanısı alan bireylerin deneyimlerinin, yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesidir. Bu amaca yönelik olarak aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

1. Kanser tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri nelerdir?
2. Kanser tanısı alan bireylerin hastalık ve tedavi sürecindeki deneyimleri nelerdir?
3. Kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık düzeyi nedir?
4. Kanser tanısı alan bireylerde iyi oluş düzeyi nedir?
5. Kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki nedir?
6. Kanser tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser Tanısı Alma ve Kanserın Psikososyal Yönü

Günümüz teknolojileri, tedavileriyle genetik boyutlarına kadar çözümlenmeye başlanmış bir hastalık olarak kronik bir süreç kazanmıştır (<https://ebookshopdownloads.iarc.fr/WorldCancerReport.pdf> Erişim Tarihi: 24.04.2018). Kronik ve yaşamı her yönüyle etkileyen kaygı verici, korkutucu, ürkütücü ve ölümcül bir olgu olarak algılanan kanser, bireyleri, aileleri ve toplumları etkilemektedir. Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets> Erişim Tarihi: 24.04.2018; <http://globocan.iarc.fr> Erişim Tarihi: 28.11.2017).

Dünya’da 2012 yılında kanser hızı erkeklerde yüz binde 204.9, kadınlarda ise yüz binde 165.2 iken, Türkiye’de 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246.8, kadınlarda ise yüz binde 173.6’dır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 210.2’dir (<http://kanser.gov.tr/Dosya/ca-istatistik/2014-rapor.uzun.pdf> Erişim Tarihi: 10.12.2017). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumunun - International Agency for Research on Cancer (IARC) verilerine göre; 2012 yılında Dünya’da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmekte ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmaktadır.

Bireyler, kanser tanısı almayla birlikte önerilen farklı türdeki tedavilerle ve tedavilerin oluşturduğu yan etkilerle baş etmek zorunda kalırlar. Kanser türünden, tedavi seçeneğine kadar birçok değişken farklı etkilerin görülmesine neden olabilir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı - The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) bireylerin kanser tanısı almasıyla birlikte karşılaştığı sorunları ağrı, yorgunluk, kardiyolojik etkiler, beslenme ve kilo değişimleri, duygu değişimleri başlıkları altında incelenebileceğini belirtmiştir (<https://www.nccn.org/patients/resources/life-with-cancer/side-effects.aspx> Erişim Tarihi: 02.04.2018).

Ülkemizde 2014 yılında yapılan onkoloji hemşireliği konsensusunda kanser ve kanser tedavisi ile oluşan sorunların hemotolojik sorunlar, gastrointestinal sorunlar, deri reaksiyonları, cinsel sorunlar ve psikososyal sorunlar başlıklar altında toplanmıştır (Can, 2015). Yanı sıra kanser tanısı ve tedavisi nedeniyle bireylerin en

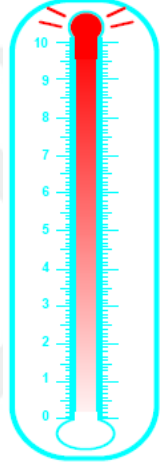
çok yakındıkları, stres yaşadıkları sorunlardan ağrı, yorgunluk ve uyku düzensizliği ayrıca ele alınmıştır (Uğur, 2014; Loh et al., 2018; Kwekkeboom et al., 2018). Bu fiziksel sorunlar kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, diğer taraftan hastaların umutsuzluk, çaresizlik, depresyon, anksiyete, yardımsızlık, ölüm ve bilinmezlik duygusu yaşamalarına neden olmaktadır (Stanton, 2015). Yaşamın tehdidi, beden bütünlüğünün bozulması, öz saygının azalması, çevreye bağımlı olma ve işe yaramazlık duyguları, geleceğe yönelik planların bozulması, sosyal rol ve etkinliklerin değişmesi, kronik hastalıklarda potansiyel stres kaynakları olarak tanımlanmaktadır (Cohen and Lazarus, 1979; Lewis, 1983 akt. Özkan ve Armay, 2007; Hallaç, 2010).

Kansere uyumda bireyin içinde bulunduğu yaş döneminin, kişilik yapısının, hastalığın kendisinin, kansere ve tedavilerine ilişkin düşünce, duygu ve algılarını etkileyen yaşantılarının, sosyokültürel tutumlarının, yaşam amaçlarının, günlük etkinliklerinin ve kimliğinin ne düzeyde tehdit altında olduğunun, çevresindeki destek sistemlerinin varlığı ve etkinliğinin, eşlik eden fiziksel ve psikolojik hastalıklarının ve başa çıkma stratejilerinin etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Watson et al., 1988; Özkan, 1993; Ferrell et al., 2003; Hallaç ve Öz, 2011).

Selye (1955), bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyaranları “stresör”, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiyi ise “stres” olarak tanımlamaktadır (akt. Özkan ve Armay, 2007). “Distres” kanser tanısı alan bireylerin kanserle baş etme yetisini engelleyen, hoş olmayan hisler ve duyguları tanımlamak için kullanılan psikolojik ve fiziksel zorlanmayı ifade etmektedir (Bultz and Holland, 2005; Vodermaier, 2009; <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf> Erişim Tarihi: 06.04.2018). Hastalığa ve tedavilere bağlı sosyal işlevsellik azalması, fiziksel ve bilişsel bozuklukların artması, nüks ihtimali ve tedavinin işe yaramayacağı korkusu emosyonel distresle ilişkilendirilmektedir (Boyes et al., 2013). Bu nedenle distresin kanser hastaları için yaşam bulguları gibi rutin ölçümler arasında yer alan bir yaşam bulgusu olması gerektiği vurgulanmakta ve önerilmektedir (Bultz and Holland, 2005; Vodermaier, 2009; Dekker et al., 2013; Li and Green, 2013). Özellikle kanser tanısı almış bireylerin psikososyal sıkıntılarını değerlendirmek amacıyla Roth ve arkadaşları tarafından (1998) geliştirilen “Distress Termometresi” kullanılması önerilebilir. Distress termometresinin geçerlilik güvenilirlik çalışması, ülkemizde Özalp ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır.



Kullanımı oldukça basit ve anlaşılırdır. Kanser hastalarında sıklıkla görülen sorunları içeren beş ayrı gruptan oluşan problemler listesiyle, bireylerin son bir hafta içerisinde yaşadıkları sıkıntılar ve sorunlar tespit edilmektedir. Sıfır puan bireyin hiç distres yaşamadığını, 10 puan ise en üst sınırdaki distres yaşadığını göstermektedir. (Roth et al., 1998; Özalp ve ark., 2007; Atlı Özbaş, 2008). Distress termometresi Şekil 2.1’de gösterilmiştir.

Geçtiğimiz hafta boyunca kendinizi ne kadar stresli hissettiniz? Lütfen termometre üzerinde stres distres düzeyinizi işaretleyiniz.		Aşağıdaki maddelerden hangisi/hangilerinin stresinizin ana nedeni/nedenleri olduğunu düşünüyorsunuz?	
Aşırı Stres		<b>Günlük yaşam sorunları</b>	<b>Bedensel Sorunlar</b>
		Barınma Sosyal güvence İş/Okul Ulaşım Çocuk bakımı	Ağrı Bulantı Yorgunluk Uyku Gezinti Banyo yapma/giyinme
Stres yok		<b>Ailevi sorunlar</b>	Nefes darlığı Ağız yaraları Yemek yeme
		<b>Duygusal sorunlar</b>	Hazımsızlık Kabızlık/ishal İdrar sorunlar
		Üzüntü Hüzün Depresyon Sinirlilik	Ateş Ciltte kuruma/kaşıntı Burun tıkanıklığı
		<b>İnançla ilgili sorunlar</b>	El/Ayakta karıncalanma
		Tanrı ile ilgili İnanç yitimi	Şişkinlik hissi
		<b>Diğer sorunlar</b>	Cinsel sorunlar

Şekil 2.1. Distress Termometresi

Roth A J, Kornblinth A B, Batel-Copel L, Peabody E, Scher H I, Holland J C. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*. 1998; 82: 1904-1908

Özalp E, Cankurtaran E S, Soygür H, Geyik Özdemir P, Jacobsen P B. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2007; 16(4): 304-311.

Bireyler hastalığın ilk aşamasından itibaren birçok farklı stresör ile karşı karşıya gelip hastalık sürecinde kendilerini ve başa çıkma becerilerini güçlendirmeye ihtiyaç duyarlar. Folkman ve Greer (2000) bireylerin aynı stres yaratan olayla karşılaşmalarına rağmen farklı tepkiler verdiğini saptamıştır. Bu tepkiler öncelikle karşı karşıya kalınan durumu bir tehdit, zarar ya da değişim fırsatı olarak görmekle başlayıp zamanla olumlu veya olumsuz başa çıkma tepkileri vermek olarak ele alınmaktadır.

Elizabeth Kübler-Ross (1997) kronik hastalığa, kayba yönelik gösterilen psikososyal tepkileri inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş evrede tanımlamıştır (Kübler-Ross, 1997). Kanser tanısı alan bireyler için de bu tepkiler söz konusudur. Bu tepkiler hastalıkla karşı karşıya olan bireylerin hastalığa verebilecekleri tepkilerin çeşitliliğini göstermektedir. Ancak bu beş evre tamamen bu sıra ve düzenle yaşanmayabilir. Bireyler bu beş evrenin belirtilerini aynı anda gösterebilir. Tüm bu tepkilerin yanı sıra dehşet, mizah ya da merhamet gibi diğer başa çıkma tepkilerini de gösterebilirler (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Kubler Ross'un yanı sıra özellikle kanser hastalarıyla çalışan Watson ve arkadaşları (1988), kanser tanısı alan bireylerin kansere karşı mücadeleci ruh, çaresizlik-ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik, inkar ve kaçınma olarak tanımlamışlardır tepkilerini (Watson et al., 1988; Hallaç, 2010; Hallaç ve Öz, 2011; Johansson et al., 2011).

**Mücadeleci ruh:** Hastalığı mücadele edilecek bir durum olarak değerlendirir, olumlu bir bakış açısıyla geleceğe yönelir ve hastalığı kontrol etmenin olanaklılığına inanır. Yüzleşmeci başa çıkma tepkileri mevcuttur.

**Çaresizlik, ümitsizlik:** Hastalığı bir kayıp ve sonlanımı kaçınılmaz olumsuz bir sonuç olarak görür, hastalığı herhangi bir şekilde kontrol edebileceğine inanır ve hastalıkla mücadelede aktif stratejilerden yoksundur.

**Endişeli bekleyiş:** Hastalığı büyük bir tehdit olarak algılar, prognoz ve kontrolün korunabileceği konusunda da belirsizlik vardır. Birey hastalıkla ilgili her değişiklik durumunda bilgiyi arar fakat bu bilgileri olumsuz bir durum olarak değerlendirme eğilimindedir.

**Kadercilik:** Hasta tanısını daha az bir tehdit gibi algılar ancak, sonucu olduğu gibi kabul ederek hastalığa herhangi bir kontrolün konabileceğine inanmaz. Yüzleşme stratejilerinden yoksundur ve pasif bir kabul etme eğilimi vardır.

**İnkâr ve kaçınma:** Hasta tanısını çok az bir tehdit olarak algılar ve prognoza olumlu bakar. Hastalığı göremediği için kontrol edebileceğini düşünmez.

Mücadeleci ruhun kansere bağlı değişimlere adapte olmada pozitif tutum olduğu (Watson et al., 2000) ve mücadeleci ruha sahip olmanın yılmazlık ve iyi oluş duygusunun yükselmesinde etkin olduğunu vurgulanmaktadır (Solano et al., 2016). Bu sonuç ile kanser tanısı alan bireylerin mücadeleci ruhlarını besleyici yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir.

Bireyler için gelecek korkusu, plan yapamama, belirsizlik ve hassasiyette artma, ikinci bir kanserin olası gelişimi, cinsel işlevler ve üreme yeteneğindeki değişiklikler, aile içindeki roller ve başkalarıyla olan ilişkilerde ortaya çıkan değişimlerden kaynaklı endişeler ortaya çıkmaktadır. Bu endişelere Tanrı ile algılanan ilişkilerini, inançlarını, yaşam ve ölümün anlamını içeren varoluşsal kaygılar da eşlik edebilir. Bazı kanser tanısı alan bireylerin bu tür stres faktörlerine karşı öfke, dışlanma duygusu ve benlik saygısında azalma tepkisi gösterdiği bildirilmektedir (Adler and Page, 2008; Nezu et al., 2012 ).

Kanserden sağ kalımla ilgili yapılmış bir çalışmada, uzun süren tedavi süreci ve sonrasında bireylerin uyum bozuklukları yaşadıkları ve bilişsel olarak olumsuz etkilendikleri belirtilmektedir. Bireylerin uyumunu artırmak, bilişsel olarak olumsuz etkilenmeyi azaltabilmek için sosyal destek almanın önemi vurgulanmıştır (Costanzo et al., 2009). Bu durum özellikle önceden bilişsel işlev bozukluğu olan yaşlı kanser hastalarını, kanser tedavileri sırasında bilişsel işlevlerin kötüleşmesi açısından daha büyük riskli hale getirmektedir. Kemoterapinin yol açabileceği harabiyet, bu hastaları genç bireylere göre daha fazla etkileyebilir. Bireylerin genel işlevselliğinde bozulma ve özerklik kaybı, hastalığı ve önerilen tedavileri tam olarak kavrama kapasitesine sahip olamamaya ve bu nedenle eylemlerinde bilinçli karar verme konusunda zorlanmaya neden olabilir (Mandilaras et al., 2013).

Bireyler olgunlaştıkça, tipik olarak günlük yaşamlarında belli davranışsal becerileri geliştirip uygular hale gelmektedirler. Bu beceriler, ebeveynlerin kendi kendine yeterliklerini, fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal bağımsızlıklarını; yakınlık ve anlamlı çalışma ile doyum verici kişisel ilişkilerde bulunmak gibi sosyal rolleri yerine getirmelerini içermektedir. Kanser ve tedavisinin etkileri, bireylerin tipik olarak bu becerileri geliştirmeye yönelik faaliyetlerini kesintiye uğratabilir, geciktirebilir ya da beceri ve etkinlikleri geçici veya kalıcı olarak bırakmayı

gerektirebilir. Sonuç olarak, bireyler gelişimsel gecikmeler, gerileme ya da sosyal rolleri gerçekleştirememeye gibi bir dizi problem yaşayabilirler (Nezu et al., 2012).

Kanser kaynaklı normal aktiviteyi gerçekleştirememeye herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Yetişkinler plansız emeklilik, ebeveynlik becerilerindeki kısıtlamalar, ailelerinde başkalarına bakıcı olarak davranamama ya da çalışma becerilerindeki kısıtlamalarla karşı karşıya kalabilirler. Adolesan ve genç erişkinlerde yaşadıkları gelişimsel dönem ve kanserin etkileriyle psikososyal sorunlar açısından yüksek risk altındadırlar. Adolesan kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada bireylerin karar vermede daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Gelecek ile ilgili planlarının bozulduğunu hatta artık bir planlarının olmadığını ifade eden bireyler bilgilendirilmedikleri için daha fazla kaygılandıklarını ifade etmektedir (Hokkanen et al., 2004). Lie ve arkadaşları (2017) kanser tanısı alan genç erişkinlerin yaşamlarındaki “değişim ve belirsizlikle başa çıkma” teması üzerine yarı yapılandırılmış görüşmelerde zorlandıkları konuların “tanı alma”, “sağlık sistemi ile ilgili zorluklar”, “kansere yaşama”, “tedavinin etkisi” ve “sosyal ağdan gelen tepkiler” olmak üzere beş tema ile ortaya çıktığı belirtilmiştir. Genç erişkinlerin uygunsuz başa çıkma teknikleri kullanımının oldukça yüksek olduğu ve bireylerin yaşın verdiği özelliklerle tedaviye uyum sağlamada zorlandıkları bulunmuştur.

Over kanserli bireylerle yapılan bir çalışmada, hastaların tanı alma sürecinden başlayarak tedavi süreci boyunca yaşadıkları streslerini tanımlamıştır. Hastalığın tanı alma aşamasında ölüm, öldükten sonra bakmakla yükümlü olduğu kişilere, çocuğuna ve eşine ilişkin kaygılar; tedavi alma aşamasında kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi süreçleri, zehirlenme, yanma, yaralanma ve enerjisiz kalma gibi stresörleri tanımladıkları saptanmıştır. Remisyon döneminde hastalığın tekrarlaması kaygısı içinde ruhsal olarak dağıldıklarını ve hastalığın nüksetmesi halinde ise “yeniden asla olmaz” diye düşündüklerini ve umutsuzluğa kapıldıklarını ifade etmişlerdir (Ferrell et al., 2003).

Bireylerin hastalık ve tedavi nedeniyle çalışma hayatından uzak kalması, sağlık bakım giderlerinin artışı ya da sağlık sigortasının olmayışı ekonomik strese neden olabilir (<https://voice.ons.org/news-and-views/help-your-patients-navigate-the-financial-challenges> Erişim Tarihi: 09.04.2017). Tanı almadan önce kronik bir hastalığa sahip olma, gecikmiş ya da hiç tedavi edilmemiş sağlık sorunlarının bulunması,

gerekli reçeteli ilaçların alınamaması bireyler için tedavide istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (Adler and Page, 2008). Kurumlarda bireylerin en çok ihtiyaç duydukları ekonomik ve sosyal destek konuları sırasıyla çocuk-hasta bakımı, evde bakım, tıbbi malzeme, protez, peruk ve ilaçların sağlanması olarak tanımlanmıştır (Akt. Adler and Page, 2008). Türkiye’de sorunların benzer sıralama ile devam ettiği bunlara ek olarak kanser ile ilgili tedavi kurumlarının büyükşehirlerde konumlanması ya da bireylerin tercihi doğrultusunda bu bölgedeki kurumlarda tedavi olmasından kaynaklı konaklama ve ulaşım giderleri ekonomik bir yük oluşturmaktadır (Altınova ve Duyan, 2013). Dış merkezde tedavi olan bireylerin kendi yaşam alanlarından uzakta olmaları ve konaklamaları, çevresinden aldıkları ya da alabilecekleri sosyal desteklerden yoksun kalmalarına ve daha yoğun stres yaşamalarına neden ve bunun sosyal izolasyon ve stres düzeyini artırdığı belirtilmektedir (Payne, 2001). Bu sonucu destekleyen bir başka çalışma olan Rosman (2004)’in çalışmasında, bireylerin beden algılarını doğrudan etkileyen alopesiyi bireylerin bir sembol olarak algıladığı ve bu nedenle toplumsal etkinliklerden uzak kalmayı tercih ettiği ifade edilmektedir.

Sonuç olarak, kanser tanısı alan bireyler aktif tedavi döneminde ortaya çıkan yan etkilerden dolayı çoğunlukla günlük işlerinde başkalarından yardım alma gereksinimi duyabilirler (Shahidi et al., 2014). Kanser hastasının bakımında hastanın ve bakım verenin gereksinimlerinin karşılanmaması, yetersiz ev hizmeti alması, ekonomik problemler yaşamaları, tıbbi tedavinin yönetiminde bireyin yaşadığı fiziksel yetersizlikler ve damgalanma gibi nedenler birey ve bakım veren için zorlu bir yaşam deneyimidir. Hasta ve ailesine verilecek bakım bireylerin yaşam kalitesini etkileyerek sıkıntılarını azaltabilir ve iyi oluş duygularını artırmalarına yardımcı olabilir (Özkan ve Armay, 2007; van Scheppingen et al., 2011; Macdonald et al., 2012; Kocaman Yıldırım ve ark., 2013a; <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress.pdf>. Erişim Tarihi: 04.04.2018).

## **2.2. Yılmazlık**

Bir bireyin veya topluluğun bir zorluğun sıkıntısının vereceği zararları aşmak, engellemek ya da en az seviyeye düşürmek için sahip olduğu kapasite yılmazlık olarak tanımlanmaktadır (Werner, 1993; Newman and Blackburn, 2003; Masten and Tellegen, 2012). Yılmazlık, pozitif uyumluluğu kapsayan geniş bir kavramdır. Yılmazlık, baskıya ve zorlu yaşam deneyimlerine dayanabilmede önemli bir faktör olduğu kadar, aynı zamanda bir süreçtir (Luthar et al., 2000; Cicchetti, 2010; Lucini,

2014; <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Erişim Tarihi: 13.12.2017). Kişide zamanla gelişebilir, öğretilbilir, öğrenilmiş veya modellenmiş olabilir (Wolin, 1993 akt. Chitty and Black, 2007).

Türk Dil Kurumu'nda (TDK) yılmazlık, “yılmaz olma durumu”, yılmaz sözcüğü ise, “Bir işten gözü korkup vazgeçmeyen, yılmayan” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr/index> Erişim Tarihi: 24.04.2018). Yılmazlık kavramı, ingilizcede “resilience” olarak ifade edilmekte olup, Oxford sözlükte “resilience” kelimesi “zorluklardan çabuk iyileşme kapasitesi, dayanıklılık ve bir maddenin veya nesnenin şekline dönme kapasitesi, esneyebilme” olarak tanımlanmaktadır (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/resilience> Erişim Tarihi: 30.05.2018). Türkçe alan yazında ise psikolojik dayanıklılık, dayanıklılık, dirençlilik, güçlülük gibi tanımlamalarla ifade edildiği görülmektedir. Bu anlamda ulusal tez tarama merkezinden “resilience” anahtar sözcüğü ile yapılan taramada, sözcüğün türkçe karşılığı olarak farklı sözcüklerin kullanıldığı bazı çalışmalar görülmektedir. Sözcüğün, “yılmazlık” (Öğülmüş, 2001; Özcan, 2005; Gürkan, 2006a; Onat, 2010; Arastaman ve Balcı, 2013), “kendini toparlama gücü” (Terzi, 2008), “psikolojik sağlamlık” (Gizir ve Aydın 2006; Kararımak, 2006; Gizir, 2007), “dayanıklılık” (Taşgın ve Çetin, 2006; Eminağaoğlu, 2006) ve “psikolojik dayanıklılık” (Gökmen, 2009; Kılıç, 2014; Akyüz, 2016; Yalçın, 2015) şeklinde kullanımlarının olduğu görülmektedir (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> Erişim Tarihi: 10.04.2018).

Yılmazlığa ilişkin çalışmalar küçük yaşta zorlu yaşam deneyimleri olan grupların uzun süreli incelenmesi ve bu bireylerin gelecekte kurdukları yaşantılarında herhangi bir travmaya maruz kalmamış bireyler gibi devam ettirdiklerinin fark edilmesiyle ortaya atılmıştır (Fergusson and Horwood, 2003). Masten ve arkadaşları yılmazlık olgularının ayırımına varılarak risk altındaki bireylerin “beklenenden daha iyi sonuçlar gösteren”, “stresli deneyimler ortaya çıkmasına rağmen pozitif adaptasyonu koruyan” ve “travmadan iyi bir iyileşme sağlayanlar” olarak üç grup halinde ele alınmasını önermektedirler (Masten et al., 1990; Luthar et al., 2000; Gizir, 2007). Bu üç durum yılmazlığın önemli göstergeleri olarak da ifade edilebilir.

Buradan da anlaşılacağı üzere yılmazlık bireyin travma sonrası büyümesini de kapsayan geniş bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (Luthar et al., 2000; Cicchetti, 2010; Lucini, 2014). Levine, travmatize olayların yaşam yolculuğunda varoluşsal bir yer değiştirme meydana getirdiğini, bu yer değiştirmenin bir değişim ve dönüşüm süreci olarak kabul edilmesini ve mevcut durumdan daha yüksek bir başa çıkma seviyesine yükselme için kullanılabileceğini vurgular (Levine ve Frederick, 1997). Yılmazlık, sağlamlık, tutarlılık algısı, travma sonrası büyüme ve iyimserlik birbirleriyle ilişkili kavramlar olup, bireylerin sıkıntılı durumlarını iyi yönetebilmeleri anlamına gelmektedir. Ancak iyimserlik, tutarlılık gibi kavramlar başa çıkma kapasitesini kapsamamakta, daha çok kişilik özelliği olarak ele alınmaktadır. Travma sonrası büyüme ve yılmazlık kavramları, stresli yaşam olaylarından sonra bireylerin travma öncesi sağlıklı haline geri dönmeleri ve daha olumlu başa çıkma yeteneklerinin gelişmesi açısından benzerlik göstermektedir (Tedeschi and Calhoun, 2004). Meme kanseri tanılı bireylerde yapılan araştırmalarda pozitif başetme teknikleri kullananlar daha iyi bir yaşam kalitesi ve daha az stres altında olduklarını bildirmektedir (Kraemer et al., 2011; Manne et al., 2015). Sosyal desteğin niteliği, spiritüel destek mekanizmalarının gelişmesiyle bireylerin bireysel büyüme göstermesi ve olumlu başa çıkma çabalarının artmasıyla yılmazlığın gelişmesi sağlanmaktadır (Molina et al., 2014). Kanser tanısı alan bireylerde yılmazlığa ilişkin destekleyici unsur olarak, maneviyetin kullanımı, yaşanan travmatik olayların anlamlandırılarak bireyin işlevsel hale gelmesi ve bilişsel şemaların yeniden yapılandırılması sayılabilir (Üzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2017).

### **2.2.1.Yılmazlığı Etkileyen Faktörler**

Bireyin doğum öyküsünden, sağlık durumu, ailesinin yaşadığı çevre, sosyal çevreye uyumu, empati yapabilme yeteneği, karakteristik özellikleri, okul hayatındaki başarısı ve maneviyatı gibi bir çok faktör yılmazlığı etkilemektedir. Yılmazlığı etkileyen faktörler incelendiğinde, bireysel, ailesel ve toplumsal faktörler olarak sıralanabilir.

#### **Bireysel faktörler**

İç faktörler olarak da ele alınan bireysel faktörlerden genel sağlık durumu, genetik yatkınlık (Strohmaier et al., 2013), cinsiyet, yaş gibi değişkenlerin yılmazlıkla ilişkili olduğu savunulmaktadır (Werner, 1993; Fergusson and Horwood, 2003; Cicchetti, 2010). Bireyin doğumdan itibaren taşıdığı özellikler yılmazlığını etkilemektedir.

Düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğum eylemi ile dünyaya gelmiş olması (Bradley et al., 1994; Delaney-Black et al., 2002), kronik hastalığı (Woodgate, 1999; Andersen et al., 2014) ve hastalığını algılama şekli (Petrie, 2010) bu süreçte etkin olabilmektedir. Bazı araştırmalarda aile bireylerinden birinin hastalığında (Rivera, 2009; Atagün ve ark., 2011; Karabulutlu ve ark., 2013; Bildirici, 2014), fiziksel ve zihinsel olarak bağımlılıkların artmasıyla bireylerin duygusal yüklerinin arttığı ve yılmazlık düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir. Bireysel faktörler içinde yer alan ve psikolojik öğeler olarak tanımlanan bilişsel kapasite, baş etme yetenekleri, bireyin karakteristik özellikleri ve kişilerarası ilişkiler kurabilme yeteneğinin yılmazlık düzeyi ile pozitif ilişkisi olduğu saptanmıştır (Mandleco and Peery, 2000).

Bireyin düşük zekâ düzeyi, yaşı (ergenlik ve yaşlılık), kaygılı bir mizaç, sağlık problemleri yaşaması, etkili başa çıkma mekanizmalarını kullanamaması, kendini etkili bir biçimde ifade edememesi, saldırgan kişilik yapısına sahip olması, sosyal beceri düzeyinin ve benlik saygısının düşük olması yılmazlıkla ilgili risk faktörlerine ek olarak ele alınmaktadır (Luthar et al., 2000; Newman and Blackburn, 2003; Fergusson and Horwood, 2003; Delaney-Black et al., 2002; Gizir, 2007). Yılmazlık kavramı ile ilgili olarak dikkat çekici bir açıklama, örseleyici bir yaşam tecrübesi yaşamasına rağmen yaşamın çeşitli alanlarında başarılı olan bireylerin dirençli veya yılmaz olarak tanımlanmaması, yalnızca başarılı ve yeterli bireyler olarak nitelendirilmesi gerektiği yönündedir (Wolin, 1993 akt. Chitty and Black, 2007). Ancak kişinin yaşam başarıları yılmazlığı destekleyen ve etkileyen bir faktör olabilir.

### **Ailesel Faktörler**

Ailesel risk faktörleri dış faktörler olarak ele alınmakta olup yaşam çevresi, ailenin işlevsel olması, aile üyelerinin pozitif özellikleri, aile üyelerinin diğer bireylerle kurdukları etkileşimlerin samimi ve koruyucu nitelikte olması, bireyin yardım arama ve çare bulma davranışlarının varlığı, çekirdek ya da tek ebeveynli ailede olması, diğer işlevsel olmayan aile özelliklerine ve dinamiklerine göre daha şanslı olarak gösterilmekte ve bu dinamiklerin bireyin yılmazlık düzeyini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Luthar et al., 2000; Cicchetti, 2010). Aile içinde ilişkilerin iyi olması genel bir koruyucu faktör olarak değerlendirilebilir. Fakat gelişimsel dönem özellikleriyle bireylerin koruyucu ve risk faktörlerinde değişiklikler görülebilmektedir (Karataş ve Çakar, 2011). Bu sonucu vurgulayan Onat (2010)'ın



liseli öğrencilerle yaptığı çalışmasında ana-babalarını demokratik olarak algılayan öğrencilerin, otoriter olarak algılayanlara göre yılmazlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Boşanmış ebeveynlerin çocuklarında, yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları bağlanma sorunları ve yaşam kalitesinde bozulma gibi boşanmanın uzun süreli sonuçları, çocukluk dönemlerinde yaşadıkları boşanmanın kısa süreli sonuçları olan duygusal ve sosyal sorunlara kıyasla daha ciddidir. Boşanmanın ebeveyn-çocuk ilişkilerinde bozulma, duygusal desteği kaybetme, ekonomik zorluklar gibi birçok stresli yaşam olaylarına neden olduğu belirtilmektedir (Öngider, 2013). Ebeveynleri boşanmış bireylerin yılmazlık ve yalnızlık düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, ergenlerin boşanmanın etkilerini olumsuz şekilde yaşadıkları bulunmuştur (Altundağ, 2013). Anne veya babanın kaybı ya da boşanma sonucunda tek ebeveyn tarafından büyütülme, aile içinde şiddete maruz kalmış olmak, istismar veya ihmale maruz kalmış olma yılmazlık için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

### **Toplumsal Faktörler**

Toplumsal yılmazlık sosyal, ekonomik ve doğal çevrenin bireyleri etkilemesi sonucu oluşabilir (Norris et al., 2008). Genel olarak olumsuz yaşam olaylarının (deprem, terör saldırısı vb.) (Masten et al., 1994; Süzen, 2015) bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Özellikle doğal afetlerde bireylerin travmatik olaylar karşısında uyumları zamanla değişmekte olup genellikle de uyum sağlamaları sınırlı kalmaktadır. Önemli stres faktörlerinden olan sel baskını, fırtına, kitlesel saldırılar, savaşlar, salgın hastalıklar, terörizm ve nükleer kazalar gibi önlenemez ya da etkisi azaltılabilir durumlar toplumsal yılmazlıkla ilgilidir (Norris et al., 2008).

Savaş sonrası mülteci olarak başka ülkelere göç etmiş bireylerde yılmazlık konusunun incelenmesi ve daha çok koruyucu faktörlerin güçlendirilmesine odaklanılmıştır (Luthar et al., 2000; <http://www.apa.org/practice/programs/campaign/resilience.aspx> Erişim Tarihi: 13.03.2018). Göç etmek zorunda kalan bireylerin ekonomik, sosyal ve ruh sağlığı açısından olumsuz etkilendiği ve yılmazlık düzeylerinin düşük seviyelerde bulunduğu saptanmıştır (Siriwardhana et al., 2015). Göç eden bireylerin travmatik yaşantıların ortaya çıkardığı olumsuz etkileri tedavi etme ve destekleme amacıyla Amerikan Psikoloji Birliği - The American Psychological Association (APA) ve Uluslararası Göç Örgütü - The International Organization for Migration (IOM) yılmazlık temelli projeler geliştirmektedir (<http://www.apa.org/practice/programs/campaign/resilience.aspx> Erişim Tarihi:

13.03.2018; <https://www.iom.int/search-resilience> Erişim Tarihi:10.04.2018). Gürkan (2014) araştırmasında Kosova ve Türkiye’de aynı yaş grubundaki üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halini incelemiş, Kosova’da yaşayan genç bireylerin Türkiye’de yaşayan bireylere göre yılmazlık ve iyilik hallerinin düşük bulunmasını yaşanan savaşın etkileriyle ilişkilendirmiştir.

Toplumsal açıdan düşük sosyokültürel- sosyoekonomik düzey, olumlu rol modellerin eksikliği ve madde kullanımı gibi riskleri barındıran sokakta yaşayan çocuklarla yapılan iki farklı çalışmada, bu çocukların yılmazlık açısından hem riskli grupta yer aldığı hem de yılmazlık düzeylerinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Ali, 2011; Çataloğlu, 2011). Eminağaoğlu’nun (2006) sokak çocukları ve çalışan çocukların yılmazlık düzeylerini karşılaştırdığı araştırmasında; sokak çocuklarının, çalışan çocuklara göre işbirliği ve duygusal yakın ilişkiler kurma ve sürdürme, etkili örgütsel davranışlarda yetersizlik, daha yüksek düzeyde bilişsel katılık ve yüksek düzeyde depresif duygulanım gösterme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Ancak sokak çocuklarının yılmazlık özelliklerinin yüksek bulunduğu belirlenmiştir.

Bireylerin risk altında yaşayıp da bu olumsuzluklardan en az düzeyde etkilenmelerinde Newman ve Blackburn’a (2003) göre, arkadaşlık bağlarının güçlülüğü, bireyin dini veya inançları, başarılı okul deneyimi ve destek veren bir aileye sahip olması etkin olabilmektedir. Yılmazlık kişisel bir özellik ya da baş etme becerilerinin öğretilmesi değil, aynı zamanda sıkıntıların üstesinden gelmeye odaklanan bir düşünme, öğrenme ve eylem sürecidir (Kralik et al., 2006). Bireylerin eyleme geçmesi için katılımcı bir yaklaşım sergilemesi, başkalarıyla yansıtılmalı ve bağlantılı olup ilişki kurmasını kolaylaştırır. Kronik hastalıklarda yaşamını hastalığı çerçevesinde yeniden yapılandırmak, eylemlerin etkinliğini artırabilir. Sonuç olarak yılmazlık, bireylerin yaşam deneyimlerinin ortaya çıkardığı zorlu yaşantılarla daha etkin baş etme yeteneğine sahip olmaları için bireysel ve çevresel tüm kaynaklarını kullanabilmeleri, geliştirebilmeleri ve deneyimlerinden büyüyerek çıkmalarının önemli bir göstergesidir.

### **2.3. İyi Oluş**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilik hali sağlığın bilinen yönüdür (<https://sbu.saglik>.

gov.tr/Ekutuphane/kitaplar Erişim Tarihi: 03.01.2018). İyilik, refah; sosyal, ekonomik, psikolojik, spiritüel, tıbbi durumlar için kişilerin hissettiği deneyimin olumlu olmasıdır. İnsanın iyilik durumunu karşılayan çok fazla sözcüğün ve kavramın olduğu bilinmektedir. Sağlığın tanımında vurgulanan iyilik hali kavramı iyi oluş, öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, iyi olma, iyileşme, iyi yaşam doyumu, yaşam kalitesi, olumlu ve olumsuz duygulanım gibi kavramların hepsi bireyin olumlu işlevselliği ve iyi oluşunu sağlayan koşullarla ilişkilidir (Özen, 2010). Bu anlamsal yakınlıklar ya da farklılıklar, iyi oluş, iyilik hali ve iyileşme kavramlarının açıklanması ile daha iyi anlaşılabilir. Bu nedenle bu kavramlara kısaca yer verilmiştir.

- **“İyilik hali - Wellness”**

Türk Dil Kurumu’nda “iyilik” sözcüğünün “sağlığı yerinde olma durumu, esenlik ve iyi olma durumu şeklinde” tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr/index> Erişim Tarihi: 30.05.2018) . Oxford sözlükte “wellness” sözcüğünü “özellikle aktif olarak takip edilen bir amaç olarak sağlığın iyi olma hali” olarak tanımlanmıştır (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/wellness>. Erişim Tarihi: 30.05.2018).

Adler’in yaşam kuramı bütüncül bir iyilik haline vurgu yapmaktadır. Bu kuramda bir sistem olarak kişinin temelde beş ana yaşam görevi vardır. Bu yaşam görevleri maneviyat (yaşam için derin bir takdir derinliği); öz düzenleme (kendisiyle başa çıkmada); iş, rekreasyon ve boş zaman (yaşam tarzını bütünleştirme yeteneği); arkadaşlık; ve sevgi (sosyal dayanışmanın tanınması) olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda bakıldığı zaman iyi olma hali ile bu ana yaşam görevleri arasında anlamlı bir ilişkisi vardır (Hermon and Hazler, 1999; Myer et al., 2000). Neuman (1989)’a göre bireyin sağlık durumu onun ne denli iyilik hali içinde oluşuyla ilgilidir. Bütün sistemlerin ihtiyaçlarını en uygun şekilde karşılayabilmek iyilik ve bireysel sağlıklıdır. Karşılanmamış ihtiyaçlar iyiliği azaltır. İyilik tüm alt sistemlerle bir bütün halinde uyum ve denge içinde olabilmektir (akt. Reed,1993).

- **“İyileşme - Recovery”**

Türk Dil Kurumu’nda “iyileşme” sözcüğü “İyileşmek işi” olarak tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr/index> Erişim Tarihi: 30.05.2018). “Recovery” kelimesi “iyileşme, toparlanma, kurtarma, düzelme, kurtulma” anlamına gelmektedir (<http://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/recovery> Erişim Tarihi: 30.05.2018). Oxford

sözlükte “recovery” sözcüğü, “sağlığın aklın ve gücün normal durumuna dönmesi” olarak tanımlanmaktadır (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/recovery> Erişim Tarihi: 30.05.2018).

“Recovery” anlamında iyileşme, “bireyin daha önceki veya daha gelişmiş seviyedeki sağlık durumuna geri dönmesi” olarak tanımlanır. İyileşme bütüncüdür. Bireyin okul ve iş hayatını, evini, toplumdaki yerini dahi kapsayan bunun için bireyin, ailesinin ve çevresinin de iyilik haline katkı sunması gereken hem geniş bir bakım süreci hem de elde edilebilecek bir sonuçtur (Long, 1998). İyileşme aynı zamanda “ümitsizlik ve kendi kaderini belirleme üzerine kurulmuş, tatmin edici, anlamlı bir yaşam ve pozitif bir kimlik duygusunun kurulması” olarak tanımlanmaktadır (Anderesen et al., 2006). Bonanno (2004) yılmazlık ile iyileşme arasındaki ayrımını iyileşmenin psikopatolojik bir durumdan ve bu duruma yakın bir tehdit algısında iken bireylerin kendilerini eski haline döndürmesi ve daha iyi bir ruh sağlığına ulaşması olarak tanımlanır. Yılmazlığı ise “psikopatolojik bir durum geliştirecek kadar yoğun bir tehdit altında bile kendi kapasitesini koruyup daha iyi bir seviyeye taşıma” olarak tanımlamaktadır.

İyi oluş sözcüğünün İngilizce anlamı “well-being” olarak karşılık bulmaktadır (<http://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/wellbeing> Erişim Tarihi: 30.05.2018). Oxford sözlükte “rahat, mutlu ve sağlıklı olma hali” olarak tanımlamaktadır (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/well-being> Erişim Tarihi: 30.05.2018). İyi oluş öznel bir duygu olup bireyin çevresinden olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Bireyin cinsiyeti, zekası, yaratıcılığı, hissettikleri ve düşündükleri iyi olmayı etkileyebilmektedir (Swanson, 1993).

İyi oluş öznel, psikolojik ve spiritüel iyi oluş olarak ayrı ayrı tanımlanmaktadır. Diener’in ifade ettiği en bilinen tanımı ile öznel iyi olma hali, bireyin yaşamının değerini kendisinin belirlemesi ve karar vermesidir. Aynı zamanda bireyde pozitif duyguların, negatif duygulara göre daha fazla bulunması, yaşamdan memnuniyeti, yaşam boyu mutlu olma ve iyi oluş hali olarak tanımlanmaktadır. Öznel iyi oluşa göre, her bireyin hayatı önemli ve biriciktir. Öznel iyi oluş bireyin hissettikleri ve düşündüklerine odaklıdır (Diener et al., 2009). Psikolojik iyi oluş, yaşamda karşı karşıya kalınan varoluşsal meydan okumaları (anlamlı amaçları sürdürme, kişisel gelişim ve diğerleri ile nitelikli ilişkiler kurma gibi) yönetme olarak tanımlanmıştır (Keyes et al., 2002). Spiritüel iyi oluş ise inançları ve değerleri doğrultusunda

bireylerin uygulamalarını yapmaları ve bu uygulamalar sonucunda stresle baş edebilmeleriyle iyi olma duygusuna ulaşmalarındır (Chitty and Black, 2007; Dedeli ve Karadeniz, 2009).

Terminal dönemdeki bireylerde psiko-spritüel iyi olma duygusunun geliştirilmesi ve yaşamı anlamlı bulmanın başa çıkmada en etkin yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastalığın seyri ile ilgili farkındalığın, aile ve sosyal destekleri, otonomi, ümit ve yaşamını anlamlı bulmaya ilişkin olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin duygusal stres, anksiyete, çaresizlik, umutsuzluk ve ölüm korkusunu daha düşük düzeyde yaşadıkları açıklanmıştır. Sağlık çalışanlarının iyi olmada önemli rol alabileceği ama özel müdahale yöntemlerini öğrenip etkin olarak kullanma ve hasta bireylerde pozitif etkilerin sürmesi sağlamalıdır (Lin and Bauer- Wu, 2003).

Pozitif psikoloji yaklaşımında, bireylerin hastalıkların patolojilerinden çok bireylerin güçlü yönlerine odaklanarak iyi olma duygusuna erişebileceği vurgulanmaktadır. Pozitif psikoloji, bireylerin pozitif özelliklerinin geliştirilmesine, pozitif deneyimler yaşamalarına ve iyi oluşlarını artırıcı programlar aracılığı ile bireylerin ruh sağlıklarının korunmasına odaklanan bir disiplindir (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000). Pozitif psikolojinin bir takım varsayımları bulunmaktadır (Wong, 2011):

1. Kişi kendi gelişimine yön verebilecek düzeyde olan aktif varlıktır.
2. Kişi davranışlarını değiştirmek ve düzenlemek için gerekli içsel güce sahiptir.
3. Kişinin davranış değiştirmesine, yaşama bağlanmasına yönelik motivasyon oluşturmaktadır.

Negatif psikolojik değişkenlerle bireylerin sorunlarının ele alınması pozitif psikolojinin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu değişkenlerin fark edilmesi ya da gerekli müdahalenin gecikmesi iyi oluş ve iyileşme süreçlerinin uzamasına neden olabilir (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000; Öz ve Bahadır, 2009; Eryılmaz, 2013).

Ryff “kişilik ve gelişim kuramcılarının olumlu psikolojik sağlığa ilişkin kuramsal açıklamalarını temel alarak “Psikolojik İyi Oluş Modeli” ni oluşturmuştur ( akt. Ryff, 2014). Maslow(1968)’un kendini gerçekleştirme; Allport (1961)’un olgunlaşma; Rogers (1961)’ın tam işlev yapan insan; Jung’un bireyselleşme kavramları; Erikson (1968)’un psikososyal yaşam dönemleri; Buhler’ın temel yaşam eğilimleri;

Neugarten (1973)'in yetişkinlik ve yaşlılıkta kişilik değişiminin özellikleri; Jahoda (1960)'nın belirlediği olumlu psikolojik sağlık ölçütlerinden yararlanmıştır (akt. Ryff, 2014). Adler, Rogers ve diğer kuramcılar sıcak ve sevgi dolu ilişki ihtiyacının insan doğasının bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir. Kendini gerçekleştirme yaklaşımçıları bunu, tüm insanlığa karşı güçlü empati ve sevgi duyguları besleme, derin bir sevgi yaşayabilme ve derin arkadaşlıklar kurma kapasitesi olarak tanımlamaktadırlar. Başkalarıyla olumlu ilişkiler, Allport'un olgunluk kavramı için de önemli bir ölçüt olarak görülmektedir. Yetişkinlere ilişkin gelişim kuramları da yakın ilişkiler kurmaya önem vermektedir (akt. Ryff et.al, 1994).

Ryff'e göre "iyi olma" ruh sağlığının ve yaşamın kalitesinin yükselmesi için kriterdir. Birçok açıdan incelenerek ele alındığında, iyi olma duygusunun artırılmasına katkı sağlayacak teorik bir çalışması mevcuttur. İyi olmayı etkileyen bu faktörleri; "çevresel hakimiyet", "kişisel büyüme", "hayatın amacı", "otonomi", "kendini kabul" ve "pozitif ilişkiler kurma" olarak açıklamıştır. (Ryff et al., 1999). Bu altı faktör iyi olmayı ele alma ve müdahale sonrası sonuçları değerlendirme açısından önemlidir. Ryff'in psikolojik iyi oluş kavramını oluşturan alt boyutları şunlardır.

**Çevre Hakimiyeti:** Ryff (1989) çevre hâkimiyetini "bireyin kişisel ve ruhsal koşullarına uygun bir çevre yaratma veya seçme becerisi" olarak tanımlamaktadır. Çevresini zihinsel veya fiziksel etkinliklerle değiştirmeyi başaran kişi, kendi etkileşim ortamlarını da kontrol edebilmekte, çevresine hâkim olabilen kişi sürekli değişen çevreyle başa çıkabilmekte, uyum sağlamakta ve etkileşim içinde olabilmektedir (Ryff et al., 1999).

**Bireysel Büyüme:** Bireysel büyüme, "fonksiyonlarını tamamen yerine getirebilmeyi ve kendinin farkında olmayı ruh sağlığında pozitif katkılar" olarak tanımlanmaktadır. Ryff ve arkadaşları (1994), en üst düzeyde psikolojik işlevde olmak için kişinin gelişme ve büyüme ile ilgili potansiyelini geliştirmeye devam etmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Gelişmenin sürekli olduğu hissine ulaşmayı, büyüme ve gelişme için açık hedeflerini belirleyerek bu hedeflere ulaşmak için çaba göstermeyi ve kendi potansiyelinin farkına varmayı bu alt boyutun amacı olarak tanımlamışlardır (Fava and Tomba, 2009).

**Yaşamın Amacı:** Ryff ve arkadaşlarına (1994) göre, Allport'un olgunluk tanımı yaşamdaki amaç ve yön üzerinde durmaktadır. Gelişim kuramcıları (Buhler, Erikson ve Jung), yaşamdaki amaç değişikliklerinin çeşitliliğine işaret etmektedirler. Frankl'a göre çağdaş zamanların varoluşçu stres ve kaygısının temel kaynağı anlam yokluğudur (Frankl, 2009). Kanser tedavisi sırasında yaşamın amaçlarında süreklilik ve değişim vardır. Hedefler ile değişen yaşam koşulları arasında uyumsuzluk, yaşamdaki amacın azalması için bir risk faktörüdür (Pinquart, 2009). Bireylerin yaşam amaçlarının var olmasının, geçmiş ve geleceğe ilişkin yaşamından anlam bulmasının, inançları ile hayatın amacına tutunmasını ve hedeflerinin olmasının iyi oluşu artırdığı vurgulanmaktadır (Fava and Tomba, 2009).

**Otonomi (Özerklik):** Ryff, bireyin kendi kararlarını verebilen ve bağımsız; sosyal baskılara karşı dirençli, davranışlarında tutarlı, kendini değerlendirmede bireysel standartları olmasını otonomi olarak tanımlamaktadır (Ryff et al., 1999).

**Kendini Kabul:** Ryff (1989) kendini kabulü, kişinin kendine karşı olumlu bir tutum sergilemesi, iyi veya kötü özelliklerinin farkında olması ve geçmiş hayatı ile ilgili olumlu hissetmesi olarak tanımlamaktadır. Kendini kabul, olumlu psikolojik işlevin merkezinde yer alan bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu kavram kendini gerçekleştirme, en üst düzeyde işlevde olma ve olgunluk kavramları için önemli bir özelliktir (Ryff et al., 1999). Erikson'un yaşam boyu gelişim kuramı da kişinin geçmişini ve benliğini kabul etmesine önem vermektedir (Ryff et al., 1994). Bu nedenle psikolojik iyi oluş kuramı, olumlu işlevde bulunan insanın özelliklerini inceleyen kuramların bir birleşimi durumundadır.

**Diğer Bireylerle Olumlu İlişkiler Kurma:** Ryff (1989) olumlu ilişkileri, "bireylerle daha samimi ve güven üzerine ilişkileri olması, rahatlıkla iletişim kurabilmesi, güçlü empati yeteneğine sahip olması, yakınlık ve şevkat (sevgi) duygularıyla insan ilişkilerinin bulunması" olarak tanımlamıştır. Segrin ve arkadaşları (2007) bireylerle olumlu ilişki kurmanın ve sosyal becerileri geliştirmenin psikolojik iyi oluş ve diğer alt faktörlerle olumlu bir ilişkisi olduğunu ve algılanan stres düzeyini azalttığını saptamıştır.

Ryff ve arkadaşlarının iyi olma kavramını geliştirmesiyle beraber bu kavram üzerinden rehabilitasyona ilişkin çalışmalar ortaya çıkmıştır. Psikolojik iyi oluşu arttırmak için özel bir psikoterapi yöntemi olan iyi oluş terapisi (İOT), pozitif psikolojik boyutlardaki kutuplaşmalardan kaçınarak, özellikle ideal insan işleyişine ulaşmak için bireyselleştirilmiş ve dengeli bir yöntemin desteklenmesi olarak tanımlanmaktadır (Ryff, 2014). Psikolojik iyi oluşa, bireyin kendi ile ilgili pozitif değerlendirmesini destekleme, sürekli bir büyüme ve gelişme duygusu, yaşamın anlamlı ve amaçlı olduğu inancı, başkalarıyla kaliteli ilişkilere sahip olma, kendi hayatını etkin şekilde yönetebilme becerisi ve otonomi duygusu sayesinde yeniden yapılandırabilme yoluyla erişilenebileceğine işaret edilmektedir (Fava and Tomba, 2009; Ryff, 2014).

Yeniden yapılandırma iyileşme olarak ele alınmış, 1970'lerde kronik hastalıklarla hastanede uzun süre kalması gereken bireylerin kendi ortamlarında ve evde bakım alması anlayışı ortaya atılmıştır. 1990'larda hastaneden topluma veya kendi ortamına hareketiyle bireylerin yeterlikleri, fonksiyonel kayıpları üzerine odaklanma anlayışı oluşmuştur. Bu anlamda rehabilitasyonun felsefesi, iyileşmenin amaçlarını desteklemekten oluşturmuştur. İyileşme bu süreçte farklı şekillerde tanımlanmıştır. Kişinin "toplum içinde yaşama, çalışma ve öğrenme sürecine yönelik yeterlilik" olarak tanımlanmıştır. Bazıları için işlevlerindeki yetersizliğe rağmen üretken yaşam ve dolu dolu yaşama, yeterliliği anlamına gelebilir. Bazıları için ise semptomların onarılması veya tümüyle iyileşmesi anlamına gelebilir (Stuart,2005).

#### **2.4. Yılmazlık, İyi Oluş ve Kanser**

Kanser deneyimi bireye hastalığının her aşamasında yaşamında derinden etkiler bırakmaktadır. Birçok birey için, bu yaşantılar önemli stres oluşturucu ve travmatik bir olaydır. Travmatik bir olay olarak algılanan kanser tanısı alma ile organizmanın işleyişinde başlayan ilk gerileme süreç içerisinde devam ederek işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (Carver, 1998). Ancak kanserden sağkalanlarla yapılmış bazı çalışmalar, psikolojik gelişimin ya da büyümenin (Andrykowski et al., 1996; Costanzo et al., 2009) ve başa çıkma mekanizmalarının etkin ve erken kullanımının kanser tanısı alan bireylerde uyumun arttığını göstermektedir (Hallaç, 2010; Stanton, 2010; Llewellyn et al.,2013; Avcı ve Doğan, 2014). Akciğer kanseri tanısı almış bireylerde, daha yüksek esnekliğe ve sosyal desteğe sahip olan bireylerin, düşük psikolojik kaygı ve depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir (Hu et



al., 2018). Kanserli bireylerle yapılan bazı çalışmalarda hem umudun hem de sosyal desteğin yılmazlığı artırabilecek etkiye sahip olduğunu saptanmıştır (Vartak, 2015; Li et al., 2016; Somasundaram and Devamani, 2016; Dong et al., 2017).

Deshields ve arkadaşları (2015) kanserde yılmazlık ile ilgili kavramsal bir model geliştirmişlerdir. “Yetişkin Kanser Hastaları İçin Yılmazlık Modeli” olarak adlandırılmış olup, Şekil 2.2’de gösterilmiştir. Bu modele göre, yılmazlığın kaygının azaltılmasında bir müdahale olduğu ve yeniden toparlanmayı sağladığı ortaya konulmuştur. Bu amaç için, temelde bireysel ve çevresel tutumlar, kansere ilişkin deneyimler, bireysel etkilenim ve baş etme tepkilerinin değerlendirilmesi yoluyla kanserde yılmazlık ya da distrese neden olduğu ifade edilmiştir. Oluşan distresin müdahalelerle yeniden yapılandırması veya yaşanan deneyimin dönüşümü ile yılmazlık sürecine ve sonucuna ulaşılmaktadır.

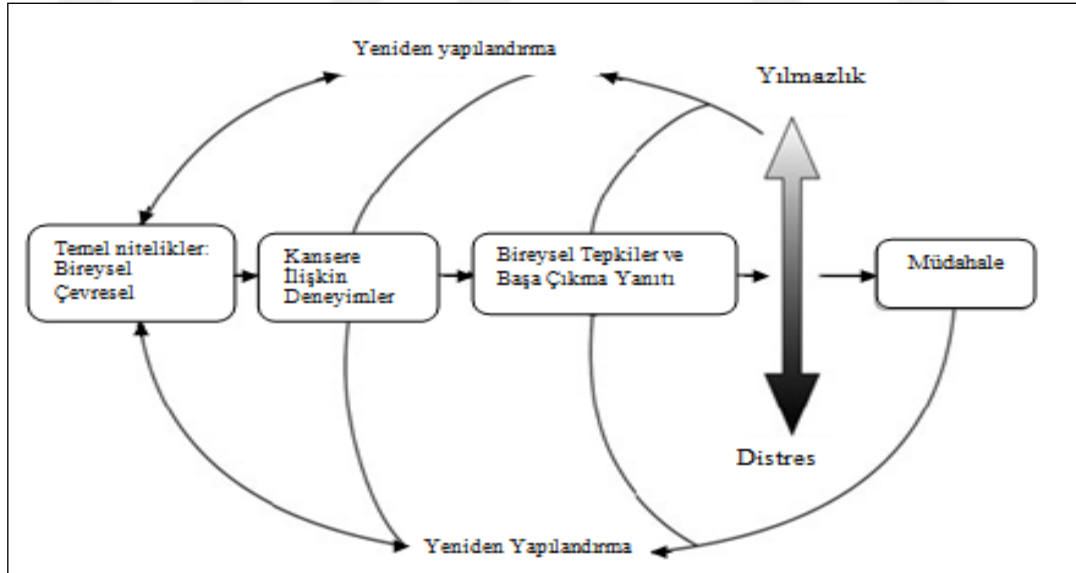
Bu modelin uygulanması ve geliştirilmesi kanser hastalarının yılmazlıklarının artırmak için uygun müdahalelerin geliştirilmesinde rehber olabilir. **Temel tutumlar;** bireylerin kişilik özellikleri, bilişsel kümeleri, önceki yaşam deneyimlerini içeren özellikleri olarak ele almıştır. Bireylerin yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri de modelde bu başlık altında yer almaktadır. **Kansere ilişkin deneyimler,** hastalığın başlangıcından itibaren tedavi süreci, sağkalım süreci gibi dönemlerde yaşadığı tanı ve tedaviye ilişkin yapılan testler, tıbbi müdahaleler ve yaşanan semptomlar ile hastalığın yeniden ortaya çıkması gibi deneyimler olarak ele alınmaktadır.

**Bireysel tepki ve başa çıkma yanıtı ise,** bireyin duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak kanser deneyimine verdiği potansiyel yanıtıdır. Bu model de kansere bağlı gelişen distrese verilen bir yanıt olarak Lazarus and Folkman, (1984)’nın iki temel başa çıkma stratejisi olan duygu odaklı ve çözüm odaklı stratejilerinin yanı sıra; spiritüel, anlam odaklı ve ilişki (eş desteği, sosyal destek) başa çıkma stratejilerinin kullanıldığı belirtilmektedir (akt. Deshields et al., 2015).

Kanser tanısı almış olmak yaşam için ciddi tehdit edici, travmatik bir deneyim olabilir. Bu deneyimle başa çıkmak için kullanılan etkisiz stratejiler bireyin yaşadığı strese kronik veya geçikmiş tepkiler vermesine ve yaşamlarını eski fonksiyonel haline dönüştürmekte güçlük yaşamasına neden olabilir. Buna karşılık birey etkili

başa çıkma stratejilerini kullanarak yılmazlık ve iyileşmeye ulaşılabilir (Bonanno, 2004). Bireyin yaşadığı deneyimlerle ya da destekleyici müdahalelerle kansere ve yaşama uyumunun sağlanması için yeniden yapılandırma süreciyle yılmazlığa ulaşılabilir. Bireyin yaşamındaki değişimlerin farkına varması, bu değişimlerle ilgili adım adım ilerleyerek içindeki gücü ortaya çıkarabilmesi ve bu süreçte tekrar tekrar karşılaşırsa da sorunlarının üstesinden gelebilmesi, yeniden yapılandırmanın temel özelliğini oluşturmaktadır (Deshields et al., 2015).

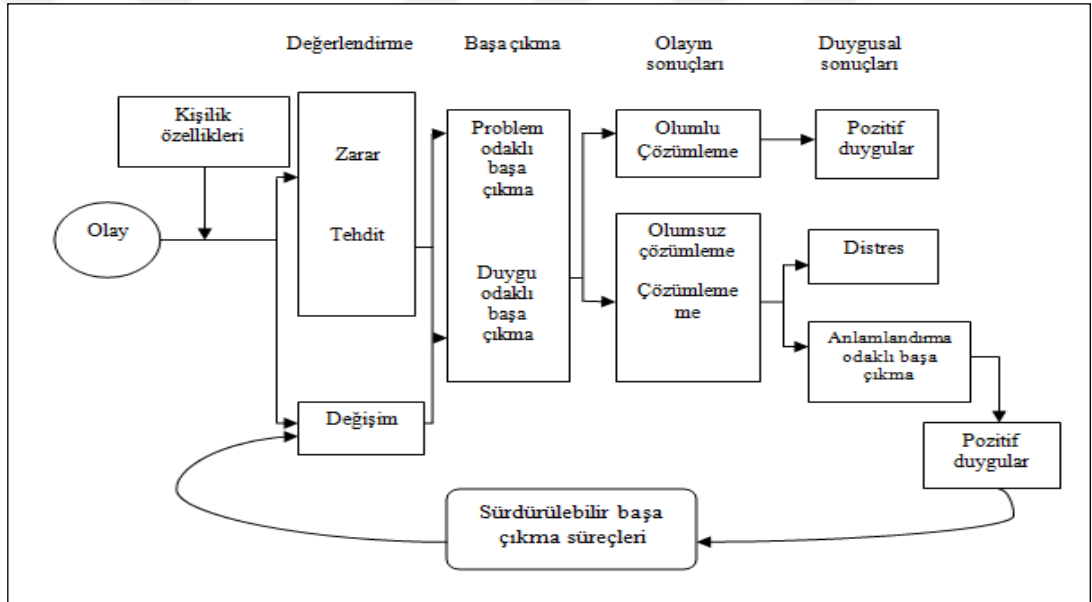
Yılmazlık, bireyin içsel bir gücünü, etkili baş etme stratejilerini yaşadığı stresli durumu ve bu durumdan yaşadığı deneyimlerinden öğrendiğiyle kendini onarması ve güçlenmesi, kendini biyopsikososyospritel bir iyi olma haline dönüştürebilmesidir. Bireyin gelecekte karşılaşabileceği stresli durumlarda daha güçlü bir yılmazlık tutumu kazanması, her yaşanan stresli deneyimden pozitif anlam bulması ve bireysel değişim göstermesi pozitif adaptasyon ve dönüşüm içinde olduğunun göstergesidir. Sonuç olarak yılmazlık döngüsel bir süreçte gelişmiş olur (Connor, 2006; Jackson et al., 2007; Lightsey, 2006; Richardson, 2002; Tebes et al.,2004; Tusiae and Dyer,2004 akt. Grafton et al.,2010).



Şekil 2.2. Yetişkin kanser hastaları için yılmazlık modeli

Deshields T L, Heiland M F, Kracen A C, Dua P. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. Psycho-oncology. 2015; (25)1: 11-18.

Folkman ve Greer (2000) kronik hastalıklarda bireylerin psikolojik iyi olma yeteneğine erişmelerinde üç etkenin bulunduğunu vurgulamışlardır. Bu etkenler, yatkınlaştırıcı değişkenler (yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi.), bilişsel yeniden yapılandırma süreçleri ve hedefe yönelik başa çıkmadır. Kanser tanısı alan bireylerin, stres unsurlarıyla başa çıkmak için uyguladığı stratejilerin araştırmalarda, sıklıkla problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve anlamlandırma odaklı başa çıkma olduğu ortaya çıkmıştır (Hoffman et al., 2013; Roberts et al., 2018). Bu bağlamda Folkman ve Greer (2000), kronik hastalıklarda psikolojik iyi oluşun geliştirilmesinde kullanılmak üzere kavramsal modellerini oluşturmuşlardır. “Değerlendirme ve Başa Çıkma Süreçleri Modeli” olarak adlandırdıkları model Şekil 2.3’te gösterilmiştir.



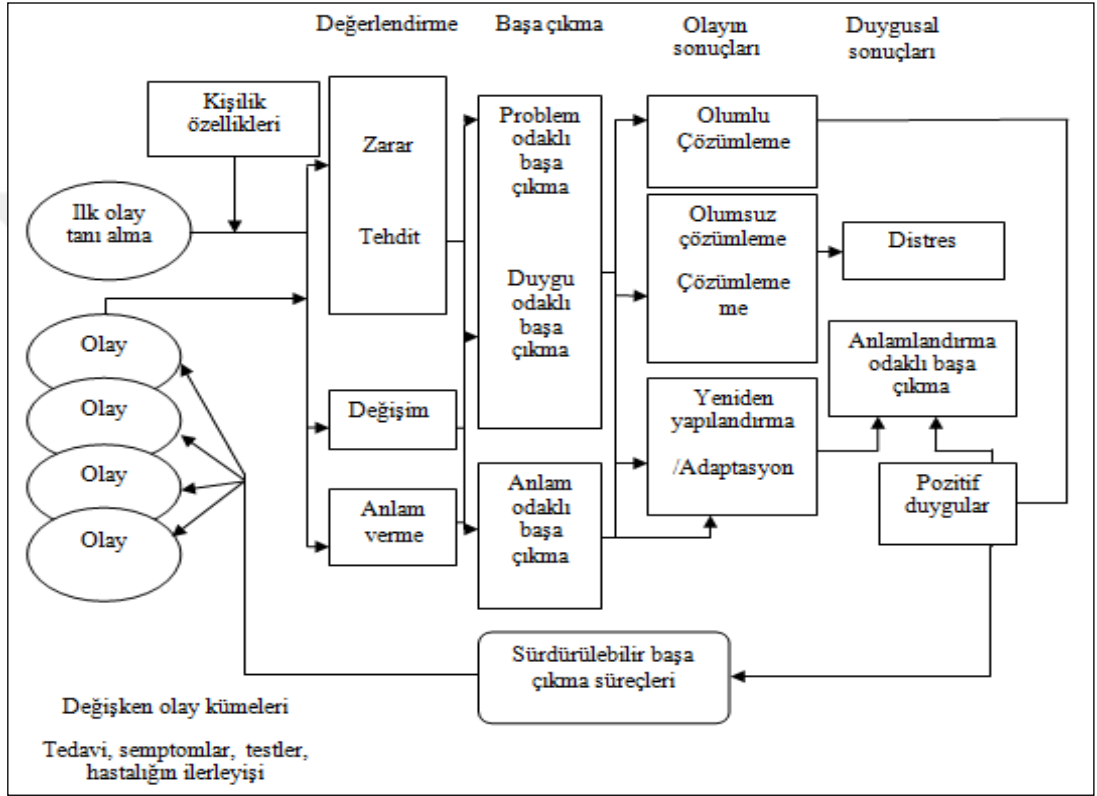
Şekil 2.3. Değerlendirme ve başa çıkma süreçleri modeli

Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*. 2000; 9: 11-19.

Modele göre değerlendirme, bireyin belirli bir olayın kişisel önemini ve bireyin baş etme konusundaki kaynaklarının yeterliliğini değerlendirmesi ile ilgilidir. Stres süreci, kişinin bir değişiklikten haberdar olması veya mevcut hedeflerin ve kaygıların durumundaki tehdidin değişmesiyle başlar. Duyguyu ve sonraki başa çıkmayı etkiler. Başa çıkma, bir kişinin sıkıntıyı (duygu odaklı başa çıkma) düzenlemek için kullandığı düşünce ve davranışları ifade eder, sıkıntıya neden olan problemi yönetir (sorun odaklı başa çıkma) ve pozitif iyi oluşu (anlam temelli başa çıkma) sürdürür.

Bireyler sürekli olarak bu başa çıkma süreçlerini değerlendirir ve etkilenimlerle yeniden başa çıkmalarını yapılandırır. Folkman ve Greer (2000) yapılacak müdahaleler ne olursa olsun iyi oluşa ulaşmak için kullanılabilir üç önemli ilkedен hareket edilmesi gerektiğini vurgular. Bunlar;

1. Birey için önemli olan şey,
2. Hedeflerin belirlenmesi
3. Bireysel hakimiyet için fırsatlar sunulmasıdır.



**Şekil 2.4.** Kanser tanısı alan bireylerin başa çıkma süreçlerine ilişkin geliştirilmiş model

Roberts D, Calman L, Large P, Appleton L, Grande G, Lloyd-Williams M, Walshe C. A revised model for coping with advanced cancer. Mapping concepts from a longitudinal qualitative study of patients and carers coping with advanced cancer onto Folkman and Greer's theoretical model of appraisal and coping. *Psychooncology*. 2018; 27(1): 229-235.

Folkman ve Greer (2000)'in geliştirdikleri kavramsal çerçeveyi, Roberts ve arkadaşları (2018) ileri evre kanserli bireylerle yapılan çalışmada bireylerin deneyimlerini inceleyerek genişletmişlerdir. Bireylerin sürekli karşılaştıkları farklı olaylar karşısında yeniden başa çıkmalarını ele alarak, başa çıkma stratejileriyle çözümlenmeye ulaşır, olumlu duygusal sonuçlar elde ederek psikolojik iyi oluşa eriştiğini saptamışlardır. Başa çıkma stratejilerini çözümlenme için kullanamama ya

da etkin bir çözümlenme gerçekleştirememeye distrese neden olmaktadır (Roberts et al., 2018). Kanser gibi yaşamı ciddi şekilde tehdit eden hastalıklarda bireylerin anlam temelli baş etme stratejileriyle uyum sağladığı elde edilen sonuçlar arasındadır (Hoffman et al., 2013; Roberts et al., 2018).

Kanser tanısı alan bireyler için ailedeki rollerde değişime, ekonomik gücün azalması, toplum içinde damgalanma hastalıkla mücadelede yaşadıkları zorlukla daha da artmaktadır. Bireysel farklılıklar, iyimser düşünce, tanı alma sonrası geçen süre, bireylerin iyi olma duygularını etkilemektedir. Meme kanseri tanısı alan bireylerin ilk tanı anından itibaren yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Pakseresht et al., 2011). Tanı ve tedavi süresinin uzamasıyla bireylerin duygusal iyi oluşları azalmaktadır. Bu süreçlerde zaman zaman bireysel, ailesel ve sosyal ilişkilerin kısıtlanması, aile içi ilişkileri zedelenmesi ve eşlerin boşanmaları söz konusu olabilir (Carver, 2005; Babaoğlu Akdeniz, 2012).

Badr ve Carmack Taylor (2008) eş desteğiyle, kanserin ortaya çıkarttığı distresin azaldığını ve bireylerin ilişkilerinin daha dirençli bir hale dönüştüğünü ve diğer bireylerden alınan destekle daha yüksek bir uyumluluk ile tedavi sürecinin yönetildiğini belirtmektedirler. Meme kanseri tanısı alan bireylerle yapılan başka bir çalışmada, kanserin bireyin duygusal iyi oluşunu, iş ve günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ve fonksiyonel iyi oluşunu zedeleyerek yüksek derecede strese, depresif belirtilere ve obsesif-kompulsif özelliklere neden olduğu belirtilmektedir (Ferrell et al., 1998). Giacomo ve arkadaşları (2016) meme kanserli genç bireylerle aynı yaş grubundaki sağlıklı bireyleri karşılaştırarak yaptığı çalışmada içsel faktörlerin, dışsal faktörlere göre daha etkin olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca meme kanseri tanısını yeni almış bireylerin, hastalıkla başa çıkmaya yönelik motive olmaları bireyin iyi bir uyum göstermesini sağlamaktadır. Böylelikle duygudurum bozuklukları veya psikopatolojik durumlara ilişkin belirti göstermedikleri ortaya çıkmıştır.

Meme kanseri tanısını yeni almış olan kadınların tanı sonrasında yaşamda anlam bulma ve güçlü olma ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Jim et al., 2006). Meme kanserli kadınlarda yapılan bir diğer çalışmada meme kanserli kadınların tanı öncesinde yaşadıkları travmatik olayların incelenmesinde, hastalık öncesinde travmatik yaşam olayı bildirmeyen, yaşadığı olayın şu anki

hastalığıyla baş etmesini etkilemediğini ifade eden, iyileşmek ve eski haline dönmek isteyen, sosyal destek kaynakları bulunan ve intihar düşüncesi olmayan bireylerin yılmazlık seviyeleri yüksek bulunmuştur (Yalçın, 2015). Salman (2017) mastektomi yapılmış kanser tanılı bireylerle yaptığı çalışmasında sosyal desteği yüksek algılayan bireylerin yılmazlık seviyelerinin de yüksek olduğunu bulmuştur.

Demir (2016) kanser tanısı alan bireylerin bağlanma stilleri ve yılmazlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında saplantılı, korkulu-kaçınma ve kayıtsız-kaçınma gibi bağlanma stilleri ile yılmazlığın negatif yönde ilişkili, güvenli bağlanma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Kolorektal kanserli stoması bulunan bireylerle yapılan çalışmada stomanın kalıcı ya da geçici olmasının fark etmediği, stomanın bireylerin yılmazlık düzeylerini olumsuz etkilediğini saptamıştır (Akyüz, 2015). Kolorektal kanserli bireylerle yapılan çalışmada yılmazlığın bir boyutu olarak umudun ele alınabileceği ve bireylerdeki umut ile yılmazlığın olumlu bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (Solano et al., 2016).

Mahdian ve Ghaffari (2016) kadın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında; algılanan sosyal desteğin, yılmazlık, iyi oluş ve umut ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu saptamışlar. Matza ve arkadaşlarının (2016) kanser tanılı bireylerin psikolojik distres, yılmazlık ve fiziksel olarak aktif olma durumlarını karşılaştırdıkları araştırmalarında, bireylerin yılmazlıkla psikolojik distres düzeyleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yanı sıra fiziksel olarak aktif olan bireylerin yılmazlık düzeyleri yüksek olup, yılmazlıkla fiziksel aktivite arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Duygusal stres ve yılmazlık arasındaki ilişkiyi inceleyen kolorektal kanser tanısı alan bireylerle yapılan bir başka çalışmada, kansere ilişkin sorunları düşük seviyede yaşayan bireylerin duygusal distresinin düşük olduğu, yılmazlık düzeyini yüksek olduğu saptanmıştır (Cohen et al., 2014).

Moreno ve Stanton (2013) yaptıkları sistematik derlemede ileri evre kanser tanısı almış bireylerin; yaşamı anlamlandırma, şimdiki zamana odaklama, maneviyetin güçlü olması, yaşamında olumlu yönler bulma ve bireylerle yakın ilişki kurma yoluyla bireysel büyümelerini ve iyi oluşlarını yükselttikleri sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda Kissane ve arkadaşları (1993) kişinin kanserle başa çıkma yeteneğinin; yılmazlık, umut ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kronik hastalıklarda oluşan strese iyimser yaklaşım sergileyen bireylerin hastalık

sürecine daha kolay uyum sağladıkları ve çözüm için gerekli olan becerilerle etkin müdahaleler gerçekleştirdikleri ortaya konulmaktadır (Aspinwall and MacNamara, 2005).

Ryff ve arkadaşları (1999) psikolojik iyi oluş terapisinin kuramsal temelleri oluşturmuştur. Psikolojik iyi oluşu artırmak için özel bir psikoterapi yöntemi olarak adlandırdığı iyi oluş terapisini (İOT), pozitif psikolojideki kutuplaşmalardan kaçınarak ideal insan anlayışına ulaşmak için bireyseleşmiş ve dengeli bir yöntemin desteklenmesi olarak tanımlanmaktadır (Ryff, 2014). Kliniklerde bazı duygu durum bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi tanıları almış bireylerde bilişsel davranışçı terapi ile birleştirilerek uygulanmıştır. Bu hassas grublardaki bireylerin ilaç kullanım oranının azaldığı, yılmazlık düzeylerini arttığı ve depresyon belirtilerinin azaldığı saptanmıştır (Ruini, 2014) . Hamall ve arkadaşları (2014) kronik hastalıkları olan çocukların aileleri için yılmazlık ve iyi oluşu arttıracak bir müdahale programı olan (The Child Illness and Resilience Program - CHiRP) oluşturmuşlar. Altı aylık takibin sonunda elde edilen verilerde bireylerin baş etme stratejilerini geliştirdiği, aile olarak distres seviyelerinin azaldığını saptamışlardır.

Stanton ve arkadaşlarının (2005) meme kanseri tanısını almış ve cerrahi tedavilerinden henüz altı hafta geçmiş olan bireylerle yaptıkları, psikoeğitimsel randomize kontrollü çalışmada, bireylerin kanser deneyiminden sonra bireysel bir büyüme sağladığı ilerleyen izlemlerde ortaya çıkmıştır. Ayrıca psikoeğitim alan grublardaki bireylerin zamanla kansere bağlı yaşadıkları distres seviyelerinin azaldığı görülmüştür. Yılmazlık ve kanserle ilişkili bir başka çalışmada meme kanserli sağ kalımdaki bireylerin stres yönetimine ilişkin düzenlemiş olan randomize kontrollü çalışmada “Stres Yönetimi ve Yılmazlık Eğitim programı” (Stress Management and Resilience Training Program - SMART) ile bireylerin yılmazlıklarının artırılması amaçlanmış ve sonuçlarında deney grubunda kontrol grubuna göre yılmazlık düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır(Loprinzi ve ark.,2011).

Rosenberg ve arkadaşları (2015; 2017) ergenlik döneminde kanser tanısı almış bireylerde yaptıkları çalışmalarında bir müdahale programı “Stres Yönetimiyle Yılmazlığın Yükseltilmesi” (The Promoting Resilience in Stress Management - PRISM) oluşturmuşlardır. Bireylerin yaşadıkları stresli durumu yönetmek için planladıkları destekleyici bu müdahale programını uygulamışlar ve bireylerin iyi

olma ve yılmazlık seviyesine olumlu katkıda bulunduğunu saptamışlardır. Yılmazlıkla ilgili yapılan müdahalelere ilişkin Leppin ve arkadaşları (2014) yaptığı sistematik derlemede stres ve travma sonrası güçlenmeye odaklı programlar yoluyla stresin önemli düzeyde azaltıldığını, yılmazlık ve iyi olma halinin desteklediğini belirlemiştir. Garland ve arkadaşlarının (2016) kanser tanısı almış bireylerde yaşamda anlamın varlığını incelemek için yaptıkları çalışmada, farkındalık temelli stres azaltma müdahalesi (Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR) olarak meditasyon, yumuşak yoga ve psikoeğitim yoluyla farkındalığın gelişimi amaçlanmaktadır. Bireylerin varoluşsal kaygılarının farkına vardıkları, psikolojik iyi oluş düzeylerinde ve anlam arayışında önemli ölçüde artış olduğu vurgulanmıştır. Sonuçta bu tür müdahalelerin genel olarak bireylerin ilk tanı alma sürecinden ölüme kadar verilen bakım ile iyi olma düzeylerinin olumlu etkilendiği tespit edilmiştir (Lehto, 2017).

Meme kanseri tanısı almış bireylerle internet üzerinden yürütülen çevrimiçi çift odaklı psikososyal müdahale planlanmıştır. Bu müdahale ile bireylerin eş uyumunu artığı, kansere ilişkin yaşadıkları sorunlarda azalmanın ortaya çıktığı ve depresyon belirtilerinin azaldığı kaydedilmiştir (Fergus et al., 2015). Akciğer kanseri ile ilgili deneyimlerini bireylerle tele-sağlık uygulamasıyla altı hafta boyunca bilişsel davranışçı terapilerle ele alınmış ve bireylerin yaşadıkları hastalıkla ilişkili damgalanma ve iyilik haline etkisi incelenmiştir. Kansere özgü yaşanan distres, damgalanma ve psikolojik distress üzerinde etkisinin orta düzeyde de olsa bulunduğu, ancak yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki saptanmamıştır (Chambers et al., 2015). İleri evre akciğer kanser tanısı almış bireylerde yılmazlık ve iyi olma ulaşmada kullanılan müdahalelerin incelendiği sistematik derlemede müdahalelerin bilişsel-davranışçı terapiler, psiko-eğitim, zihin-beden, egzersiz ve destekleyici ya da palyatif bakım stratejileri konularını içerdiğini vurgulamıştır.

McLoughlin ve arkadaşlarının (2015) bireylerin yaşam sonu bakımı için geliştirdikleri (INvestigating Social and Practical suppoRts at the End of life-INSPIRE) bir müdahale programıyla bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde “huzurlu ölüm” ün sağlanması, ölümün doğal bir süreç olarak kabulünü ve evde ölüm seçimini hedeflemiştir. Palyatif bakım hastaları için, yaşamı tehdit eden deneyimlerle etkin bir şekilde başa çıkma becerilerini sağlayarak bu sonuçları iyileştirebilirilmelerine yardımcı olabilmeyi amaçlayan müdahale programıyla,



bireylerin depresif semptomlarında azalma ve yaşam kalitelerinde artış ortaya çıkmıştır (Greer et al., 2018). Nitekim Virginia Henderson (1966), hemşirenin eşsiz amacını, sağlıklı ya da hasta bireyin eğer yeterli gücü, arzusu veya bilgisi olursa yardım almadan da yapabileceği veya sağlığına ve iyileşmesine (ya da huzurlu bir ölüme) katkıda bulunacak aktiviteleri yapmasına yardımcı olmak” olarak tanımlamaktadır (akt, Swanson, 1993)

Tüm bu sonuçlar göstermektedir ki, yılmazlık ve psikolojik iyi oluş birbiriyle ilişkilidir. Bu bağlamda temel işlevi bakım olan hemşirelerin, kanser tanısı alan bireylerle çalışırken bakımın temelini ve anlamını oluşturan iyileştirmenin önemli iki değeri ve ölçütü olarak “yılmazlık ve iyi oluşu” değerlendirmesi vazgeçilmez olmalıdır.

## **2.5. Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluşa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları**

Kanser tanısı alan bireyler için, baş etmelerine ilişkin yeteneklerini kullanma kapasitelerini ortaya koyarak, bireysel ve ailesel olarak baş etmeleri geliştirmenin, geniş kapsamlı desteklerden yararlanmanın, iyi oluşu-iyileşmeyi ve yılmazlığı arttırabileceği savunulmaktadır (Ragnarsdóttir, 2012; Rosenberg et al.,2015). Kanser tanısı alan bireylerin yeterince bütüncül bakım alamadıkları genellikle fiziksel bakım gereksinimlerine odaklı olan ancak psikososyal bakım gereksinimlerinin karşılanmasında sınırlılık olduğu vurgulanmaktadır (Adler and Page, 2008; Kocaman Yıldırım ve ark., 2013a).

Bireylerde ailedeki rollerde değişim, ekonomik gücün azalması, toplum içinde damgalanma, hastalıkla mücadelede yaşadıkları zorluklar daha da artmaktadır. Bireysel farklılıklar, iyimser düşünce, tanı alma sonrası geçen süre, bireylerin iyi oluş duygularını etkilemekte ve karşılaştıkları zorluklar bireylerin psikososyal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu ve özkıyım gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Karabulutlu ve ark., 2013). Bireysel ve ailesel olarak baş etmeleri geliştirmenin, geniş kapsamlı desteklerden yararlanmayı sağlamanın, iyi oluşu ve iyileşmeyi arttırıcı iyileştirme faaliyetleri olabileceği savunulmaktadır.

Walker ve Avant (2005) iyileştirme kavramını “olumlu, öznel, öngörülemeyen bir süreç, yeni bir bütünlük duygusuna dönüşme, ruhsal aşkınlık ve yaşamın yeniden yorumlanması” olarak tanımlamışlardır. İyileştirme, ıstırapın üstesinden gelme ve dinginlik, birbirine bağlılık ve yeni bir anlam duygusu ile sonuçlanan bir bütünlüğe dönüşmenin kişisel deneyimidir (akt. McElligott, 2010). Zihnin, beden ve ruhun onarılması ve iyileştirilmesi, iyileşmeyi iyileştirmekten farklıdır. İnsanlar tedavi edildiğinde, hastalık veya hastalık belirtileri fiziksel olarak ortadan kaldırılır, ancak başka alanlarında onarılabılır ya da iyileşebilir olması iyileşmeyi iyileştirmekten ayırmaktadır (Smith et al., 2013). Firth ve arkadaşları (2015) iyileştirmenin, hastalık olmasına bakılmaksızın, pozitif değişime, anlam bulmaya ve bütünlüğün kendini gerçekleştirilmesine yönelik bir hareketle sonuçlanan zihin, beden ve ruh üçlüsünde bütüncül, dönüştürücü bir onarım ve iyileşme (recovery) süreci olduğunu ileri sürer. İyileştirmenin birçok tanımı hemşirenin aktifleştirici rolünü içerir. Kişiler arası bakım ilişkisi kuran ve iyileştirici (healer) olarak nitelendirilen hemşirelerin empati, saygı, sevgi, şükran, kabul, özbakım, varlığını sunma, farkındalık, merhamet, bilinçlilik, güven, niyetlilik (intentionality) ve enerji gibi özellikleri iyileştirme ile ilişkilendirilmiştir (Glaister, 2001; Quinn, 2000; Schmidt, 2004; Watson, 2005 akt. McElligott, 2010).

İyileşme ve iyileştirme, psikiyatrik bakımda önleyici bir düzey olup, hastane veya hastane dışı ortamlarda bakım gereksinimlerinin farkında olmayı gerektirir. Psikiyatrik rehabilitasyon, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin rol performansını ve iyileşmelerini artırmak için kullanılan sosyal, eğitimsel, uğraşsal, davranışsal ve bilişsel müdahaleler olarak tanımlanır (Barton, 1999 akt. Stuart, 2005). Dossey (2010) kişinin büyümesini kolaylaştıran kişi olarak hemşireyi iyileştirici olarak tanımlar. Modern hemşireliğin kurucusu olarak Nightingale'den bu yana hemşirelikte temel anlayış, bakım odaklı olup bakımdan kastedilen ise, iyileşme ve iyileştirmedir. Bu temelde hemşire beden, akıl ve ruhsal bütünlüğünü koruma veya iyileşme, barış ve huzur içinde ölüm için kolaylaştırıcı olarak rol oynar. Bu noktada hasta ve hemşire ilişkisi, hemşirenin kişisel bazı özelliklerini iyileştirici bakım uygulamalarının temeli olacak şekilde desteklemesi, güçlendirmesi ve benliğini tedavi edici olarak kullanmasıyla başlar.

Dolayısıyla hemşirenin kişiliği, geçmiş birikimi ve yaşam tarzı bireyle iletişim kurma becerisini geliştirmeye yönelik bilgisini içerir (Velioğlu, 2012). Hemşirelik bilinci beslendikçe ve iç görüşü artıkça sağlık ve iyi olmayı destekleyici hemşirelik bakımları desteklenmelidir. Çünkü hemşireler bireylerin yaşam koşullarını ve onların sağlığını geri kazanmaları için gerekli olan bilgi ve yeteneğin kazandırılmasında hasta bireyi destekler (Jormfeldt, 2014). Bu temelde, Peplau (1992)'nin, yardım edici ilişki olarak tanımladığı hasta hemşire arasında ortaya çıkacak olan etkileşim, hemşirelik bakımının geliştirilmesi yoluyla bireyin refahı ve yaşam kalitesini artırabilir anlayışı ilişkinin niteliğini vurgulaması bakımından önem kazanmaktadır (akt. Fawcett, 2005).

Hümanistik anlayışı temel alan hemşire kuramcılardan Paterson ve Zderad (1976), “hümanistik hemşirelik teorisi” ile bir insanın sahip olabileceği en büyük armağanın, başkalarıyla ilişki kurma, merak etme, araştırma yapma ve deneyimleri hakkında hayal kurma ve bilinenlerden yaratma yeteneği olduğunu ifade eder (akt. Kleiman, 2010). Dünyada toplumların, eğiticilerin ve uygulamalı alanların, bu alandaki bireylerin deneyimleriyle geliştiğini ve düşüncelerini genişlettiğine vurgu yapar. Hemşire kendi yaşadığı deneyimlerin bilincinde kendisinin kapasitesini dinamik olarak kullanarak bireylere bakımını sunabilir. Bireylerin deneyimi ve hemşirenin deneyiminin bakımı planlama ve uygulamada yol gösterici olduğunun benimsenmesiyle hemşirenin kendini anlamlı kullanımı ile bakımın iyi bir seviyeye erişebileceği bu teorinin temelini oluşturur (Kleiman, 2010).

Hemşireler, kanser tanısı alan bireylere ilişkin elde ettiği bilgileri kullanarak bireylerin hastalık ve tedavi nedeniyle nasıl etkilendiklerini, aile, iş ve sosyal çevre gibi alanlarda ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz değişimleri ve gelişimleri, kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili algılarını, tepkilerini, baş etmelerini, güçlüklerini ve güçlerini değerlendirerek uygun bakım gereksinimlerini belirleyebilecek ve bu doğrultuda hemşirelik faaliyetlerini yönetebilecek güce sahiptir. Ancak hemşirenin bu gücü bireylerin içinde buldukları durumu nasıl yorumladıklarını anlama ve değerlendirebilme ve bu bilgiyi kullanabilme becerisiyle ilişkilidir. Bireylerin hastalığını nasıl algıladıkları ve bu algı ile iyileşme kapasitelerini kullanmaları, bireye özgü bakımın geliştirilmesi ve bireyin kendi seçimlerinin bakıma dahil edildiği yaklaşımla mümkündür. Hemşirelerin bu deneyim sırasında anlam bulma ve amaç oluşturma, bireyin gücünü ortaya çıkarması için kendini ve çevresel

desteklerinden yardım almasını sağlaması bireye özgün ve nitelikli bir bakım sunmanın en temel yoludur (Hallaç, 2017).

Kronik hastalık ya da akut gelişen durumlarda bireyleri yakından gözlemleyebilen hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarına gerekli destekleyici müdahalelerde bulunmaları önemlidir. Hemşireler bireylerin ve yakınlarının verdikleri tepkiyi, bireye göre yaşanan durumun anlamı, gerçekçi olmayan düşünceler ve beklentileri belirleyebilirler. Bireylerin ve ailesinin gereksinimlerinin farkına varan hemşire, gerekli planlamalarla kaliteli bakımı sunma amacındadır (İnci ve Boztepe, 2013). Hemşire amacına ulaşmada, hastasının zihinsel ve fiziksel sağlığına aynı anda katkıda bulunur. Bunun nedeni, kendisine yardımcı olarak yeterlilik veya refah duygusunu daha iyi etkilemektir (Orlando,1961 akt. Fawcett, 2005). Ancak hemşire ve hastası arasındaki ilişkiler tanı süresinin uzaması, hastalığın seyrinin kötüye gitmesi ve bireyin terminal döneme girmesi gibi konulardan olumsuz etkilenebilir (Bozdoğan Yeşilot ve Öz, 2017). Bunun için kanser tanılı bireylerle çalışan hemşirelerin kötü haber verme, ölümlerle yüzleşmek gibi gereksinim duydukları konularda eğitim almaları ve yaşadıkları deneyimlerinden hemşirelerin de güçlenerek ve kendilerini iyileştirerek çıkmaları sağlanabilir.

Watson'un "İnsan Bakım Kuramı"na göre bakım, bireyin insan olma bilincini güçlendirmek, anı yaşamak, iyileşme ve iyi olma hissi-varlık hissini yeniden yapılandırarak bir bütün olarak bireyin kapasitesine genişletme yetisidir (Watson, 1996 akt. Fawcett, 2005). İyileşmede iyi olma duygusunu destekleyici olarak ele alan Özkan-Arslan ve Okumuş'un (2012) Watson'un insan bakım modelinde bakım-iyileştirme yöntemleri yer almaktadır. Bu yöntemlerde bireylerin beş duyusuna yönelik girişimlerde bulunulabileceği ayrıca hayal etme, canlandırma, masaj, yoga gibi duyumlardan faydalanarak yükselen bakım bilincine odaklanmayı önermektedir. Watson, birey ve hemşire arasında güvene dayalı otantik bir ilişki olması gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca bakımın fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu, rahatlatıcı iyileştirici bir çevrede sunulması gerektiğini vurgulamaktadır. Kuram hemşireliğin iş merkezli değil, bakım merkezli olması gerektiğini savunmaktadır (Boz, 2017).

Orem'e göre hemşirelerin hemşirelikle elde etmek istediği sonuç olarak bakımın ideal ve kesin biçimi olumlu sağlık veya iyi olma halidir. Öz bakım ve öz bakım yönetim ilişkisine vurgu yaparak, yaşamın her aşamasında sağlık ve iyi olmaya odaklanır (Orem, 2001 akt. Fawcett, 2005). Orem'e göre insan, biyolojik, sembolik ve toplumsal işlev gören bir birimdir. Bireyin iyilik durumunda insan ve çevre birbirleriyle bir bütündür, bir alandaki değişiklik öz bakım sistemini etkileyebilir (Biol, 2002).

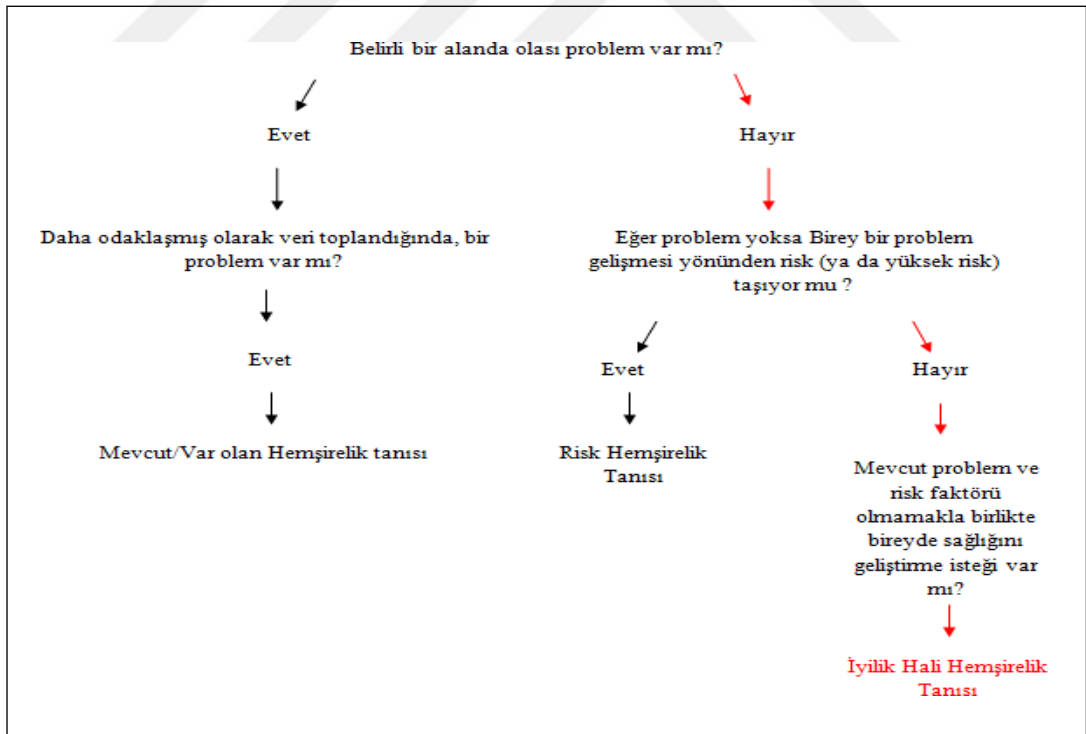
Rogers (1970) iyi olmayı, yaşam sürecinin bir ifadesi olarak ele almış ve iyi olmanın bir değer olduğunu, ancak mutlak olmadığını vurgulamıştır. Bununla birlikte, sağlık ve hastalık, yaşam sürecinin ifadesi olarak tanımlanmıştır. Ne olursa olsun bireylerin sahip oldukları anlam, yaşam sürecinin bütünlüğünü anlamada önemlidir (Rogers, 1970 akt. Fawcett, 2005). Rogers, çalkantılı ve yaşamı tehdit edici olaylar karşısında iyileşmeyi kazanmanın yolunun cesaret, denge, sakin ve yılmazlık duygusu ile bu deneyimleri karşılamaktan geçtiğini vurgulamış, yaratıcılık ve azim ile bu zorlukların aşılabileğini ifade etmiştir (Kleiman, 2010). Rogers'ın teorisini temel alarak Reed (1997) farklı bir yaklaşım "Kendini aşma - aşkınlık teorisini" geliştirmiş, bu teorisinde yaşam boyunca iyileşme, büyüme ve iyi olmayı ele almıştır. Hemşirelik süreci olarak, kendini aşmanın, pozitif, sağlığı geliştirici deneyimlerle mantıksal olarak bağlantılı olduğunu açıklamıştır (akt. Reed, 2010).

Margaret Newman "Sağlığı Geliştirme Teorisi"nde bireylerin belirsizlik, dağınıklık ve uyumsuzluk içinde oldukları süreçlerde hemşirenin hoş görü - ön görü içinde olmaları gerektiğini büyüme için gerekli olan potansiyellerini farkına vararak geliştirmeleri gerektiğine değinmiştir. "Hemşirenin bu kritik sınırdaki bireyle ritmik ilişkisi, sağlık deneyimindeki dönüşüm için bir fırsat penceresidir." (Newman, 1999 akt. Pharris, 2010). Parse (1992) "insan olma" teorisine göre bireylerin sorunlarından çok deneyimlerine odaklanmayı ve deneyimleriyle anlam bulmalarına yardımcı olarak bakımın yönetilmesi gerektiğini vurgular. Hemşirenin amacını "ulaşılacak en iyi sağlık durumu ve iyi olma hali" olarak tanımlamaktadır.

Levine sağlık terimini sevmediğini belirterek sağlıklı kelimesini tercih ettiğini ifade etmektedir. Sağlıklılığın tanımını "bütünlük" ve "başarılı adaptasyon" sağlık terimini sağlıklı yaşam olarak kullandığını söylemektedir (Levine, 1973 akt. Fawcett, 2005). Roy'un adaptasyon modeline dayalı hemşirelik uygulamaları, adaptasyon seviyesini

ve uyarlanabilir davranışsal tepkileri korumak veya arttırmak suretiyle insanların adaptasyon sistemleriyle iyi olmalarına katkıda bulunabilir (Fawcett, 2005). İyi oluşu bu denli doğrudan vurgu yapan bu hemşirelik kuramları, kişinin iyileşme potansiyelini ve pratikte iyi olma durumunu anlama ve kolaylaştırmaya özel bir odaklanma öneren iyi oluş teorileri olarak tanımlanabilir (Reed, 2010).

Kanser tanısı alan bireylerin gereksinimlerini karşılamada anksiyete, acı çekme, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma, spiritüel (manevi) distres, güçsüzlük, sosyal izolasyon, terapötik rejimi etkisiz yönetme, ümitsizlik ve etkisiz baş etme gibi hemşirelik tanıları ele alınabilir. Hemşirelik tanısı olarak iyilik hali ya da iyi oluş bireyin grup ve toplumda belirli düzey iyilikten daha üst düzeye geçişe karar verilmesine odaklanmaktadır (Shives, 2005). Hemşirelik tanılama sisteminde bireyin iyilik haline ulaşması için gerekli olan olası problemleri ele alınır. Mevcut sorunun çözümü, değişen sorunlara göre tanılanır ve yeniden değerlendirilir. Sağlığın geliştirilmesi bakımın planlanmasında iyilik hali hemşirelik tanılarına karar verme ve değerlendirme şeması Şekil 2.5'te gösterilmektedir.



Şekil 2.5. Sağlığın geliştirilmesi bakımın planlanmasında hemşirelik tanılarına karar verme ve değerlendirme şeması

Carpenito-Moyet L J. Handbook of Nursing Diagnosis Çeviren: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel tıp kitapevleri, İstanbul; 2012. s:23

Tanılamada mevcut ve olası hemşirelik tanılarının yanısıra bireyin sağlığının geliştirmesini sağlayan kararlar olarak sağlığı geliştirme iyilik hali tanıları ele alınır. Bu tanılar (Carpenito-Moyet, 2012);

- Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Aile Baş Etmesi\Güçlenmeye Hazır Oluş
- Baş Etmede Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Benlik Kavramında Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Beslenmede Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Dayanma Gücünde (Esneklikte) Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Dinsel Emir ve Yasaklara Uymada Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Güçlendirmeye Hazır Oluş\ Güçlenmek İçin Desteklenmeye Hazır Oluş,
- İletişimde Güçlenmeye Hazır Oluş,,
- İlişkilerde Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Karar Vermede Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Sağlığını Yönetmede Güçlenmeye Hazır Oluş,
- Spritüel İyilik Halini Güçlendirmeye Hazır Oluş ve
- Ümidi Güçlendirmeye Hazır Oluş şeklinde sıralanabilir.

Sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bu tanıların ele alınmasında bireyin belirli bir alanda mevcut bir işlevselliği vardır, ancak iyilik halini artırmak için isteğinin olması bu tanıların ele alınmasında yol göstericidir. Ayrıca bu sağlığı geliştirme tanıları içerisinde yer alan “Dayanma Gücünde (Esneklikte) Güçlenmeye Hazır Oluş” tanısı da yılmazlık kavramının hemşirelik tanısı olarak ele alınması ve bu kavramın uygulamada gelişiminin artması için etkin bir bakım planlamamızı sağlayabilir. Dayanma gücünde güçlenmeye hazır oluş için etkili başa çıkma yöntemlerinin kullanılması önerilebilir.

Kanser tanısı alan bireyler için bu etkin başa çıkma stratejilerinden duygu odaklı ve çözüm odaklı stratejilerini kullanılmasının yanı sıra; spritüel, anlam odaklı ve ilişkisel (eş desteği, sosyal destek) başa çıkma stratejilerinin kullanıldığı (akt. Deshields et al., 2015) görülmüştür. Kanser tanısında bireylerin kişilik özellikleri yaşadıkları bu durumla başa çıkmalarında en temel unsuru oluşturmaktadır. Hemşireler, belirli başlangıç özelliklerini tanımlayarak, uyarlayarak ve uyum mekanizmalarını optimize ederek esnekliği sağlayabilir (Molina et al., 2014).

Sonuç olarak, hastaların biyopsikososyal bakımında önemli iki değer olarak yılmazlık ve iyi oluş duygusu bireyler için önemli bir ölçüt olup kendilerini, yaşantılarını ve geleceklerini değerlendirirken aradıkları ve varmak istedikleri bir sonuçtur. Bu bağlamda hemşireler dolaylı ya da doğrudan müdahalelerle bu yeni deneyimle birlikte yaşamlarını yapılandırmalarını ve gelecek umutlarını besleyerek mücadeleci ruhlarını etkileyebilirler (Atalay ve Hallaç, 2015). Bireylere karşılaşılabileceği sorunlara ilişkin bilgiler verilmesi, ulaşılabilceği ve danışmanlık alabileceği birey ya da kurumların bilgisinin verilmesi bireysel olarak yılmazlık ve iyi olma duygusunu artırabilecek girişimler arasında yer almaktadır (Fava and Tomba, 2009; Carpenito-Moyet, 2012). Ayrıca hemşireler bireylerin bilişsel, davranışsal ve varoluşsal yorumlamalarını ve yapılanmalarını değerlendirerek buna uygun müdahaleleri planlayabilirler, iletişim, kendini tanıma ve stres yönetimi becerilerini geliştirerek daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı kazanmasına ve kendini, yaşamını yeniden yapılandırmasına yardım edebilir.



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kanser tanısı almış bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ocak 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran hastalarla Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesinde yapılmıştır.

Araştırma yeri olarak, Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Biriminin seçilmesinin nedeni Antalya ilinde yapılandırılmış ve ayrı bir kemoterapi ünitesi bulunan ve bu yönüyle diğer hastanelerden ayrılan bir yapıya sahip olmasıdır. Tıbbi onkoloji birimi poliklinik, klinik ve kemoterapi ünitesi olmak üzere üç alanda hizmet vermektedir. Tıbbi Onkoloji Polikliniği Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde H Blok ikinci katta yer almaktadır. Poliklinikte bir profesör hekim, bir doçent hekim, iki asistan hekim, bir veya iki uzman hekim, iki onkoloji eğitim hemşiresi görev almaktadır. Poliklinik içerisinde bir araştırma birimi bulunmakta olup, ayrıca kanser kayıtları tutulmakta ve takip edilmektedir. Polikliniğe günlük ortalama 120-130 kişi başvurmaktadır. Hastalar polikliniğe tetkik, semptom yönetimi ve tedavi için ya da tedavisini tamamlamış olup kontroller için başvurumaktadırlar. Poliklinikte kemoterapi planlanan hastalara veya yakınlarına onkoloji eğitim hemşireleri tarafından eğitim odalarında tedavi protokollerine uygun eğitimler verilmektedir. Tedavileri planlanan hastalar, tıbbi durum ve protokolleri gereğince kemoterapilerini gününbirlik ayaktan alacak ise Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesine, yatarak tedavi alacak ise Tıbbi Onkoloji Kliniğine yönlendirilmektedir.

Tıbbi Onkoloji Kliniği; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde K Blok ikinci katta yer almaktadır. Klinik iki bölümden oluşmakta olup her bir bölüm 23 yatak olmak üzere 46 yatak kapasitesindedir. Klinikte sorumlu bir uzman hekim, iki asistan hekim, bir servis sorumlu hemşiresi, bir örnek alma hemşiresi ve 16 klinik hemşiresi çalışmaktadır. Klinikte yatarak tedavi alan bireyler, öncesinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavilerden herhangi biri veya tamamı uygulanmış ya da uygulanacak bireylerdir.

Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde K Blok üçüncü katta yer almaktadır. Ünite günlük ortalama hizmet verilen hasta sayısı 40-60 arasında değişmektedir. Ünite bir sorumlu hemşire, yedi hemşire, bir psikolog görev yapmaktadır. Kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan bireyler gününbirlik tedavi uygulamasıyla tedavilere yönelik semptomlarını ev ortamında kontrol altında tutabilen bireylerdir. Bireyler tedavi kemoterapi protokolüne göre ünitenin danışma biriminden randevu almakta olup belirlenen saatte tedavilerini almaktadırlar.

Ünite dört alandan oluşmaktadır. Ünite içerisinde ilk karşılaşılan alan kemoterapi tedavilerini almaları için hazırlanmış orta alandır. Bu alanda bireyler tedavilerini alırken rahatça uzanabilecekleri koltuklar ve herkesin görebileceği şekilde yerleştirilmiş televizyonlar bulunmaktadır. Hastaların kullanımına sunulmuş internet erişimi olan bilgisayar bulunmaktadır. Haftanın üç günü gönüllü olarak görev alan bir resim eğitmeni eşliğinde resim yapabilecekleri sosyal etkinlik düzenlenebilmesine uygun bir salon bulunmaktadır. Bu alanlarda zaman zaman müzik ve şiir etkinlikleri planlanarak yürütülmektedir. Son yıllarda hasta, hemşire, hekim gruplarından oluşan bir koro kurularak etkinlikler düzenlenmektedir. Bireylere kafeterya hizmeti sunulan ve tedavilerini şezlong üzerinde dinlenerek de alabilecekleri bir teras alanı bulunmaktadır. Bu alanda gönüllü olarak haftanın üç günü görev alan bir cam sanatçısı hizmet vermektedir. Dördüncü alanda ise tedavilerini tek kişilik odalarda almak isteyen bireyler için üç oda ve yönetim için ayrılmış odalar yer almaktadır. Bölüm psikologu da görüşmelerini bu alandaki odasında gerçekleştirmektedir. Bu alanlar içerisinde hemşireler sürekli hastalarla birlikte. Ayrıca, ünite içerisinde kemoterapilerin hazırlanmasında robot teknolojisinin kullanıldığı ilaç hazırlama ünitesi, eczane, gerekli malzemelerin teminin sağlandığı sarf ofisi, personel odaları bulunmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini belirlemek için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı ve resmi olarak veri kullanım izni yoluyla öğrenilmiş olan 1 Ocak 2015- 31 Aralık 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran ICD.00-80 arasındaki kanser tanısı almış 5748 birey oluşturmuştur (Ek 1). Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evreni bilinen örneklemin hesaplanması formülü kullanılmış olup, örnekleme araştırmaya

alınma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 360 birey oluşturmuştur (Erdoğan ve ark., 2014; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2012).

Evrenden çekilecek örneklem hacminin belirlenmesi bir araştırmacı için en zor kararlarından birisidir. Çünkü her araştırmanın evreni ve veri yapısı kendine özgüdür ve bilinmezlerle doludur. Bu durumu kolaylaştırmak ve sistematik hale getirebilmek için kullanılan çeşitli yöntemler vardır. Kısaca “Örneklem büyüklüğü evreni temsil edebilecek özelliklere sahip birimlerden oluşan en küçük miktar olmalıdır” mantığı ile hareket edilmelidir. Bu amaç için hazırlanmış formüllerin doğru kullanımı ile bu sorun ortadan kaldırılmaktadır. Söz konusu formüller “standart hatanın” yeterince düşük olması prensibinden hareketle geliştirilmişlerdir. Başta sosyal bilimler olmak üzere birçok bilim dalında ortalamanın standart hatasının 0,05 ‘den daha küçük olması durumunda örnek büyüklüğünün yeterli olduğu kabul edilmektedir. Evreni oluşturan birimlerin homojen bir yapıda olduğu biliniyorsa  $p= 0,90$  ve  $q=0,10$  alınarak (her durumda  $p+q=1$  olması koşuluyla) ilgili formüller üzerinden örnek hacmi hesabı yapılır. Evrenin homojen olmadığı varsayımı yaklaşımında ise  $p=0,50$  ve  $q=0,50$  alınarak gerekli hesaplamalar yapılır (Can Deniz KÖKSAL 2016, yazılı görüşme)

Örneklem hacminin ( $n$ ) hesabı, evrendeki birey sayısı biliniyor ise;

$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$  formülleri ile yapılır.

$n$ : Örnekleme seçilecek olan birey sayısı

$N$ : Evren hacmi

$t$ : Güven düzeyine ait  $t$  dağılımının tablo değeri

$p$ : İncelenen olayın oluş sıklığı

$q$ : İncelenen olayın olmayış sıklığı ( $1-p$ )

$d$ : Olayın oluş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası.

Formüllerde;  $\alpha= 0,05$  yanılma düzeyinde teorik  $t$  değeri 1,96 olarak ve  $\alpha= 0,01$  yanılma düzeyinde ise teorik  $t$  değeri 2,58 olarak alınır ve kullanılır. Bu formüllerde dikkat edilmesi gereken birinci husus “örneklem hatası” parametresidir. Örneklem hatası oranı azaldıkça, yani daha hassas sonuçlar istendikçe çekilecek örneklem hacmi artacaktır. Bu hesaplamalarda önem arz eden ikinci husus ise evrendeki bireylerin özellikleri bakımından ne derece de homojen ya da heterojen olduklarıyla ilgilidir.

Evrendeki bireyler heterojen özellikler gösterdikçe analiz edilecek örneklem büyüklüğünün hacmi de artacaktır. Evren homojen özellik gösterdikçe kullanılacak örneklem büyüklüğü azalacaktır. Örneklem büyüklüğünü etkileyecek üçüncü ve son parametre ise kabul edilen yanılğı (alfa) düzeyidir. Bu değerler teorik olarak sonsuza ıraksar. Sosyal bilimlerde ise 0,05 ve 0,01 arasındaki değerler daha kullanışlı bulunmaktadır. Bu noktadan hareket ile bu araştırmada evren sayısı bilindiği için  $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$  formülü kullanılarak örneklem sayısı aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2012):

$$n = 5748 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 / (0.03)^2 \times (5748-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

N = 5748 kişi

t tablo değeri = 1,96

Alfa yanılma düzeyi = 0,05

d = 0,03

p = 0,50

q = 0,50

n= 360 olarak örneklem genişliği elde edilmiştir (Can Deniz KÖKSAL 2016, yazılı görüşme). Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 360 bireyden oluşmaktadır. Araştırma sonrası G-Power programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Araştırmanın gücü, YÖ ve PİÖÖ arasındaki kolerasyona göre değerlendirildiğinde %100 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1.** G-Power post-hoc güç analizi (Yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği kolerasyon sonuçlarına göre)

<b>t tests - Correlation:</b>		Point biserial model
<b>Analysis:</b>	Post hoc:	Compute achieved power
<b>Input:</b>	Tail(s)	Two
	Effect size  ρ	0.61
	α err prob	0.05
	Total sample size	360
<b>Output:</b>	Noncentrality parameter δ	14.6061529
	Critical t	1.9666125
	Df	358
	Power (1-β err prob)	1.0000000

### **3.3.1. Araştırmaya Katma Kriterleri**

Örnekleme alınacak bireylerin;

- Kanser tanısı aldığını bilmesi ve ifade etmesi,
- Okur -yazar olması
- 18 yaş üstünde olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

### **3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

Bireylerin;

- İşitme, konuşma ve anlama engeli olması,
- Terminal dönemde olması,
- Deneysel başka bir çalışmaya dahil olması

## **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

### **3.4.1. Bağımlı değişkenler**

Kanser tanısı alan bireylerin psikolojik iyi oluş ve yılmazlık düzeyleri

### **3.4.2. Bağımsız değişkenler**

Bireylerin yılmazlık ve iyi oluşlarını etkileyebilecek yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, ekonomik durum, tıbbi tanı, tanı alma süresi, alınan tedaviler, yaşanan kişiler, algılanan destek kaynakları ve desteğin niteliği, aldığı tıbbi tedavi, kişinin kendini iyi hissetmek için uygulamaları, hastalık sürecindeki yaşam değişiklikleri ve güçlükleri, hastalık dönemindeki kendisiyle ilgili duygusu ve yaşam amaçları

## **3.5. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmanın verileri, Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran tıbbi onkoloji kliniğinde yatan ve Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi'nde toplanmıştır.

### **3.5.1. Veri toplama araçları**

Veriler, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık sürecindeki yaşantılarını içeren “Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 2), “Yılmazlık Ölçeği” (Ek 3) ve “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” (Ek 4) ile toplanmıştır.

## **Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu**

Araştırmacı tarafından, alan yazın taramalarında bireylerin yılmazlık ve iyi oluşlarını etkileyen faktörlerin incelenmesiyle oluşturulmuştur. Bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin etkileyebilecek faktörlere yönelik yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik yeterlilik, sosyal destek, bireylerin olaylara bakış açısı ve hastalığına yüklediği anlamla ilişkili olduğu görülmüştür (Luthar et al., 2000; Newman and Blackburn 2003; Fergusson and Horwood 2003; Gizir, 2007; Petrie, 2010; Ali, 2011). Bu form; bireylerin sosyodemografik özelliklerini içeren dokuz, hastalık özelliklerini içeren dört ve hastalık sürecindeki deneyimleri ile ilgili bilgileri içeren yedi soru olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

## **Yılmazlık ölçeği (YÖ)**

Yılmazlık ölçeği (YÖ), Gürkan (2006a, 2006b) tarafından lise ve üniversite seviyesinde yılmazlık düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipi 50 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme, Hiç tanımlamıyor (1), Biraz tanımlıyor (2), Orta düzeyde tanımlıyor (3), İyi tanımlıyor (4), Çok iyi tanımlıyor (5) şeklinde yapılmakta ve puanlanmaktadır. Olumsuz maddeler ise yukarıdaki derecelemenin tam tersi şeklinde puanlanmaktadır. Ancak YÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Gürkan'ın ölçek kullanım iznini alırken gönderdiği, ölçek değerlendirmesine ilişkin ekte “ Bu bilgiler alt faktörler üzerinde araştırma yapmayı düşünen araştırmacılar için sunulmuştur. Ancak bu bilgilerin yayınlarda hangi faktörün hangi maddelerle ölçüldüğünün yer alması uygun değildir” bilgi notuna yer vermesi, nedeniyle ters puanlanan maddeler hakkında açıklama yapılmamıştır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 50, en yüksek puan ise 250'dir. Puanlardaki artış yılmazlığın yüksekliğini, azalma ise yılmazlığın düşüklüğünü göstermektedir.

Ölçek toplam sekiz alt boyuttan oluşmakta olup, sırasıyla “güçlü olma” “girişimci olma” “iyimser olma/ yaşama bağlı olma” “iletişim /ilişki kurma”, “öngörü”, “amaca ulaşma”, “lider olma”, “araştırmacı olma”dır (Gürkan, 2006b). YÖ'nin güvenirliği için test-tekrar test güvenirliğine bakılmıştır. YÖ'nin, belirlenen ayrı bir gruba dört hafta ara ile tekrar uygulanması sonucu elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı .89'dur ( $p < .001$ ). Puanlar arasındaki iç tutarlılığı belirlemek için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı ilk uygulama için .78, ikinci uygulama için .87'dir.

Bu araştırmada YÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı .92 hesaplanmıştır. Alt boyutlarının sırasıyla Cronbach Alpha katsayısı “güçlü olma” .86, “girişimci olma” .59, “iyimser olma-yaşama bağlı olma” .70, “iletişim /ilişki kurma” .67, “öngörü” .43, “amaca ulaşma” .57, “lider olma” .57, “araştırıcı olma” .47 olarak hesaplanmıştır.

### **Psikolojik iyi oluş ölçeği (PIOÖ)**

Psikolojik iyi oluş ölçeği, Diener ve arkadaşları (2009) tarafından sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Telef (2011; 2013) tarafından yapılmıştır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği sekiz maddeden oluşmaktadır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), biraz katılmıyorum (3), kararsızım (4), biraz katılıyorum (5), katılıyorum (6), kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1-7 arasında cevaplanmaktadır. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 (tüm maddelere kesinlikle katılmıyorum cevabı verilirse) ile 56 (tüm maddelere kesinlikle katılıyorum cevabı verilirse) arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu gösterir. Ölçek iyi oluşun yönleri ile ilgili ayrı ayrı ölçümler sağlamasa da, önemli olduğuna inandığımız farklı alanlarda olumlu işlevler ile ilgili genel bir bakış sağlamaktadır (Telef, 2011). Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında elde edilen Cronbach Alpha katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır.

Test tekrar test sonucuna göre ölçeğin birinci ve ikinci uygulama arasında yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişki olduğu görölmüştür ( $r= 0.86$ ,  $p<.001$ ). Psikolojik İyi oluş ölçeğinin madde toplam korelasyonlarının .41 ile .63 arasında değişiklik gösterdiği ve t-değerlerinin anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<.001$ ). Bu araştırmada Psikolojik iyi oluş ölçeği Cronbach Alpha katsayısı .84 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması formların anlaşılabilirliğini, işlerliğini ve veri toplama araçlarının doldurulma süresini değerlendirmek amacıyla toplam 10 kişide yapılmıştır. Yapılan ön uygulamada bireyleri tanıtıcı formda 10. ve 17. sorularda anlaşılabilirliği artırmak ve durumu açıklaştırmak amacıyla “Açıklayınız” ifadesi eklenmiştir. Ayrıca bir hasta psikolojik iyi oluş ölçeği altıncı maddesindeki “Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.” İfadesi için iki ayrı yanıt vermek istemiştir. Bireyler formu araştırmacının işaretlemesini istemiştir. Ancak araştırmacı bu konuda

hastalara açıklama yaparak kendilerinin doldurmasını istemiştir. Bu iki durum ölçek sahibine sorulmuştur. Ölçek sahibi Bülent Baki Telef, bireylerin kendilerinin işaretlemelerini yapmasının daha uygun olacağını ve altıncı madde ile ilgili kendilerinin uygulamasında katılımcıların garip bulduklarını ancak güvenilirlik analizinde herhangi bir sıkıntı olmadığı için ölçeğin orijinaline sadık kalmak amacıyla değiştirmediklerini bu haliyle kullanılmasını önermiştir (Ek 5). Bu nedenle ön uygulamaya katılan bireyler örnekleme dahil edilmemiştir. Yapılan ön uygulama ile veri formlarının toplanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

### **3.7. Uygulama**

Araştırmacı, bireylerle ilk karşılaştığında kendisi ve araştırma hakkında bilgi vererek bireylerden önce sözel sonra yazılı aydınlatılmış onam formu (Ek 6) aracılığıyla onay almıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere formlarla ilgili gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından yapılmış olup, formları kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bireyler formları yaklaşık olarak 30 dakikada doldurmuştur. Formlar, polikliniğe gelen hastalara poliklinik sonrası yatış ya da ayaktan kemoterapi önerilmesi nedeniyle Tıbbi Onkoloji Kliniğinde ve Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi'nde doldurtulmuştur.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verileri değerlendirmekte SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışma Birimi'nden destek alınmıştır. Veriler bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson kolerasyon testi, yüzdellik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan testlerde anlamlılık sınırı için hata payı 0.05 olarak kabul edilmiştir (Jolley, 2014).

Açık uçlu olan sorular öncelikle araştırmacı tarafından gruplandırılmış olup Psikiyatri Hemşireliği alanındaki üç uzmana görüş ve öneri için başvurulmuştur. Gelen geri bildirimler doğrultusunda ilgili sorular için gruplandırılarak son şekli verilmiş ve niceliksel değerlendirmesi yapılmıştır.



### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalından yazılı kurumsal izin (Ek 6), Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay [(Etik Kurul Karar No: 321 Tarih:11.11.2015) (Ek 7)] alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 8) aracılığıyla yazılı ve imzalı izin alınmıştır. Araştırmada kullanılacak Yılmazlık Ölçeği kullanım izni için Doç. Dr. Uğur Grgan ile (Ek 9), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği için Yard. Doç. Dr. Bülent Baki Telef ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek 10). Ayrıca YÖ'nn geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Grgan'ın ölçek kullanım iznini alırken gönderdiği, ölçek değerlendirmesine ilişkin ekte “ Bu bilgiler alt faktörler üzerinde araştırma yapmayı düşünen araştırmacılar için sunulmuştur. Ancak bu bilgilerin yayınlarda hangi faktörün hangi maddelerle ölçüldüğünün yer alması uygun değildir” bilgi notuna yer vermesi, dolayısıyla yayında paylaşım izni olmaması nedeniyle etik açıdan ters puanlanan maddeler hakkında açıklama yapılmamıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın sonuçları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Mustafa Samur Kemoterapi nitesine başvuran 360 bireyle sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

Kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş duygusunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları dört bölümde verilmiştir. Birinci bölümde “Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri”, ikinci bölümde “Bireylerin hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimleri”, üçüncü bölümde “Yılmazlık ve psikolojik iyi oluş puan ortalamaları ile aralarındaki ilişki” ve dördüncü bölümde “Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkisi” yer almaktadır.

### 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ve hastalık özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1 ve 4.2 yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Bireylerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler(n=360)	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	195	54.2
Erkek	165	45.8
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur yazar	20	5.6
İlkokul	169	46.9
Ortaokul	44	12.2
Lise	69	19.2
Üniversite ve üstü	58	16.1
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	299	83.1
Bekar	61	16.9
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	53	14.7
Çalışmıyor	307	85.3
<b>Ekonomik Durum</b>		
İyi	60	16.7
Orta	266	73.9
Kötü	34	9.4
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Şehir merkezi	188	52.2
İlçe	125	34.7
Köy (kırsal alan)	47	13.1
<b>Birlikte Yaşanılan Kişiler</b>		
Yalnız yaşıyor	16	4.4
Anne/ baba ile	21	5.8
Eşi ve çocuklarıyla	153	42.5
Yakını ile	3	0.8
Eşi, çocukları ve yakınlarıyla	10	2.8
Eşi ile	129	35.8
Çocuklarıyla	28	7.8
<b>Toplam</b>	360	100.0
<b>Yaş</b>	$\bar{X} \pm SS$ 54.78 $\pm$ 11.69	<b>Min. – Maks.</b> 21-81

Tablo 4.1’de bireylere ait sosyodemografik özellikler incelendiğinde bireylerin bireylerin yaş ortalamasının  $54.78 \pm 11.69$ , %54’ünün kadın , %46.9’unun ilkökul mezunu, %83.1 evli, %85.3’ü çalışmıyor olduğu saptanmıştır. Bireylerin ekonomik durumlarının %73.9’u orta düzeyde olduğu, %52.3’ünün şehir merkezinde ve %42.5’inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.2.** Bireylerin hastalık özellikleri

Hastalık Özellikleri (n=360)	n	%
<b>Tıbbi Tanılar</b>		
Meme Kanseri	95	26.4
Genital Organ Kanserleri <sup>1</sup>	66	18.4
Akciğer Kanseri	65	18.1
Kolorektal Kanser	64	17.8
Gastrointestinal Sistem Kanserleri <sup>2</sup>	35	9.7
Solunum Sistemi Kanserleri <sup>3</sup>	21	5.8
Cilt ve Diğer Kanserler <sup>4</sup>	14	3.8
<b>Veri Toplanan Alan</b>		
Poliklinik	5	1.4
Klinik	19	5.2
Kemoterapi Ünitesi	336	93.4
<b>Hastalığa İlişkin Alınan Tedaviler</b>		
Kombine Tedavi*	292	81.1
Sadece Kemoterapi	64	17.8
Sadece Cerrahi Tedavi	4	1.1
<b>Toplam</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>
<b>Tanı Alma Süresi (ay)</b>	$\bar{X} \pm SS$	<b>Min. - Maks.</b>
	25.10±38.33	1-264

<sup>1</sup>**Genital organ kanserleri:** Testis, serviks, over, endometrium, prostat, mesane kanserlerini tanımlı bireylerden oluşmaktadır.

<sup>2</sup>**Gastrointestinal sistem kanserleri:** Pankreas, mide, özefagus, karaciğer, safra yolları, hepataselüler kanser ve peritoneal karsinomatozis tanımlı bireylerden oluşmaktadır.

<sup>3</sup>**Solunum Sistemi kanserleri:** Nazofarenks, tükürük bezi, timoma, larenks kanserlerini ve baş-boyun tümörlerini tanımlı bireylerden oluşmaktadır.

<sup>4</sup>**Cilt ve Diğer kanserler:** Yumuşak doku sarkomu, liposarkom, hemanjioblastom, renal hücreli karsinom, malign melanom tanımlı bireylerden oluşmaktadır.

\*Kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi tedavilerden herhangi ikisini veya hepsini almış olması bu grubu oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine bakıldığında (Tablo 4.2) %26’sının meme kanseri, %18.4’ünün genital organ kanseri<sup>1</sup>, %18.1’inin akciğer kanseri, %17.8’inin kolorektal kanseri olduğu ve %81.1’inin kombine tedavi aldığı görülmüştür. Bireylerin % 93.4’ünün kemoterapi ünitesinde tedavilerini almakta olup, tanı alma süreleri ortalama  $25.1 \pm 38.33$  aydır.

## 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Sürecine İlişkin Deneyimleri

Bu bölümde bireylerin hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerini içeren bulgular; bireylerin destek algısı, desteğini hissettiği kişi ya da kişilerin ve durumların dağılımı (Tablo 4.3), bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler ve meydana gelen değişimlerin dağılımı (Tablo 4.4), bireylerde hastalık döneminde kendilerine ilişkin duygularının ve başa çıkma davranışlarının dağılımı (Tablo 4.5) ve bireylerin yaşam amaçlarının varlığı ve yaşam amaçlarının dağılımı (Tablo 4.6) yer almaktadır.

**Tablo 4.3.** Bireylerin destek algısı, desteğini hissettiği kişilerin ve destek aldığı durumların dağılımı

Bireylerin destek algısı, desteğini hissettiği kişi ya da kişiler ve konular	n	%
<b>Destek algısı (n= 360)</b>		
Var	335	93.1
Yok	25	6.9
<b>*Destek olduğunu hissettiğini kişi(ler)(n =335)</b>		
Çocuklar (Damat, Gelin)	225	67.1
Eş (Nişanlı)	188	56.1
Kardeşler	101	30.1
Arkadaşlar, Komşular	74	22.1
Anne/ Baba	63	18.8
Akrabalar	22	6.6
Hemşireler/ Doktorlar( Sağlık Çalışanları)	6	1.8
<b>*Destek aldıkları durumlar (n=335)</b>		
Maddi, manevi destek (Her konuda, her ihtiyacım olan konuda destek oluyorlar)	163	48.6
Duygusal destek (moral verme, manevi destek, inançsal destek, umudu arttırma, sakin ve anlayışlı olma, cesaretlendirme, arayıp sorma, hediye verme, rahatsız olduğu konularla ve hastalıkla ilgili soru sormama)	107	31.9
Ev işlerinde destek (ev işleri, gezme, çocukların bakımı, çocuklarla ilgilenme)	101	30.1
Ulaşımında destek (hastaneye getirip-götürme, gezdirme)	83	24.8
Öz bakımın karşılanmasında destek (banyo, giyinme, yeme içme, tuvalet, hareket ile ilgili fiziksel bakımın sağlanması)	33	9.9
Tedaviye ilişkin destek (ağrıyı azaltma, kolostomi bakımı, ilaçların kullanımı, hareket desteği sağlama, egzersiz, masaj yapma, resmi işlemlerin yapılması)	18	5.4
Ekonomik destek oluyorlar (para verme, maddi sorunlarına yardımcı olma)	5	1.5

\* İfadeler birden fazladır. Yüzdeler n=335 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3 incelendiğinde; bireylerin %93.1'i destek hissettiğini ifade etmektedir. Bireylerin %67.1'i çocuklarından destek aldıklarını ifade etmekte, destek aldıkları durumları ise %48.6'sı maddi-manevi destek, %31.9'unun duygusal destek, %30.1'inin ev işlerinde destek, %24.8'inin ulaşımında destek, %9.9'unun özbakım ihtiyacının karşılanmasında destek, %5.4'ünün tedaviye ilişkin konularda destek ve %1.5'inin ekonomik destek aldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler ve meydana gelen değişimlerin dağılımı

<b>Bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler ve meydana gelen değişimler (n=360)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler (n=360)</b>		
<b>Güçlük yaşama durumu</b>		
Herhangi bir güçlük yaşamadım	260	72.2
Güçlük yaşıyorum	100	27.8
<b>Yaşanılan güçlükler *(n=100)</b>		
Kalacak yer, ulaşım sorunları yaşama	47	47
Hastalık ve tedavi nedeniyle sahip olduğu hakları bilmeme ve bu hakları elde etmede zorlanma	26	26
Hastalık ya da tedaviye ilişkin sorunlarla karşılaştığında kurumsal destek alabileceği iletişim kurabilecek bireylere ulaşamama	19	19
Tedavi için gerekli ilaçları alamama	18	18
Randevu almada güçlükler yaşama	12	12
<b>Bireylerde hastalık ve tedavi sürecinde yaşamlarında meydana gelen değişimler (n=360)</b>		
Değişim var	197	54.7
Değişim yok	163	45.3
<b>Meydana gelen değişimler* ( n=197)</b>		
Çalışmayı bırakma	89	45.1
Tedavi, bakım gibi nedenlerle geçici olarak başka biriyle kalma	70	35.5
Başka eve taşınma	51	25.9
Sosyal izolasyon (İnsanlarla yakın temastan kaçınma, sosyal ortamlardan uzak durma, kolostomi torbası nedeniyle sosyal etkinliklerden kaçınma )	16	8.1
Fiziksel değişimler ( Görmede zayıflama, saçların dökülmesi, kilo kaybı, kolostomi torbasını bakımı, kabızlık, terleme)	12	6.0
Boşanma	6	3.0

\* İfadeler birden fazladır. Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4 incelendiğinde, bireylerin %72.2'sinin herhangi bir güçlük yaşamadığını ifade ederken, % 27.8'i güçlük yaşadığını ifade etmektedir. Güçlük yaşadığını ifade eden bireylerin %47'sinin kalacak yer-ulaşım sorunları yaşadığını, %26'sının hastalık ve tedavi nedeniyle sahip olduğu hakları bilmeme ve bu hakları elde etmede zorlandıklarını, %19'unun sorunlarla karşılaştığında kurumsal destek alabileceği ve iletişim kurabileceği bireylere ulaşamadıklarını, %18'inin gerekli ilaçlara alamadıklarını ve %12'sinin randevu almada güçlük yaşadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

Bireylerin %54.7'si hastalık ve tedavi sürecinde yaşamlarında değişim yaşandığını ifade etmektedir. Bu değişimleri bireyler, %45.1'i çalışmayı bırakma, %35.5'i tedavi ve bakım için başkalarıyla kalma, %25.9'u başka eve taşınma, %8.1'i sosyal izolasyon, %6'sı fiziksel değişimler ve %3'ü de boşanma olarak ifade etmektedir.

**Tablo 4.5.** Bireylerin hastalık döneminde kendilerine ilişkin duygularının ve başa çıkma davranışlarının dağılımı

<b>Bireylerin hastalık döneminde kendilerine ilişkin duyguları ve başa çıkma davranışları (n=360)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bireylerin hastalık döneminde kendilerine ilişkin duyguları</b>		
Olumsuz yönde duygusal değişimler (çökkün, kötü, düşkün, muhtaç, takıntılı, duyarsız, belirsizlik, karamsar, tedirgin, kırılmalı ve pişman)	172	48.1
Olumlu yönde duygusal değişimler (rahatlık, umutlu, şükür, minnet ve iyi hissetme)	86	23.6
Fiziksel görünüm ve güce yönelik duygular (halsizlik, güçsüzlük, huzursuz, çekingen, yorgunluk, ağrılı ve acılı)	127	35.3
Sosyal ve ekonomik duruma ilişkin duygular (sosyal yaşamda azalma hissetme, işe yaramaz, yaşlanmış, bağımlı, eve bağlanmış hissetme, başkalarına bağlı hissetme, iflas etme)	47	13.1
Aynen yaşama devam ediyorum.	30	8.4
<b>Bireylerin başa çıkma davranışları</b>		
Herhangi bir uygulama yapmıyor.	104	28.9
Hoşlandığı aktiviteleri yapma (el işi, kitap okuma, resim, film izlemek)	137	38.1
Spor ve fiziksel etkinlikler yapma (yürüyüş, açık alanlarda gezmek)	85	23.6
Sevdikleri ve yakınlarıyla vakit geçirme	59	16.4
Kendi kendine telkin etme, yaşama dair olumlu şeyleri düşünme (yalnız kalmak)	52	14.4
Hastalığı yokmuş gibi davranma, hastalığın etkilerini azımsayıcı yaklaşımda bulunma	40	11.1
Beslenme desteği alma (düzenli öğün tüketmek ve ulaşabildiği en taze yiyeceklerle beslenmek )	13	3.6
Profesyonel yardım alma (psikiyatrist, psikologla görüşme)	6	1.7

\* İfadeler birden fazladır. Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.5 incelendiğinde bireylerin yoğun olarak (% 71.7) duygusal değişimler yaşadığı, bu değişimleri %48.1 oranında olumsuz duygusal değişimler, %23.6 oranında olumlu duygusal değişimler olarak belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %31.9'unun fiziksel görünüm ve güce yönelik duygular, %13.1'inin sosyal ve ekonomik duruma ilişkin duygular yaşadığını ve duygu ifadesi olmasa da %8.4'ünün yaşamını aynı şekilde sürdürdüğünü ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bireylerin %28.9'u herhangi bir uygulama yapmadığını ifade ederken,%38.1'i hoşlandığı aktiviteleri yaptığını, %23.6'sı spor ve fiziksel etkinlik yaptığını, %16.4'ü sevdikleri ve yakınlarıyla vakit geçirdiğini, %14.4'ü kendi kendini telkin ettiğini, yaşama dair olumlu şeyleri düşündüğünü, %11.1'i hastalığı yokmuş gibi davrandığını, hastalığın etkilerini azımsayıcı yaklaşımda bulunduğunu, %3.6'sı beslenme desteği aldığını ve %1.7'si profesyonel yardım aldığını ifade etmektedir.

**Tablo 4.6.** Bireylerin yaşam amaçlarının varlığı ve yaşam amaçlarının dağılımı

Bireylerin yaşam amaçlarının varlığı ve yaşam amaçları	n	%
<b>Yaşam amaçlarının varlığı (n=360)</b>		
Yaşamın amacı yok	108	30.0
Yaşam amacı var	252	70.0
• Tanıdan sonra amaç edindiğini ifade eden	(9)	(3.6)
<b>Amaçları gerçekleştirme durumu (n=252)</b>		
Amaçlarını gerçekleştiren	228	90.5
• Tüm amaçlarına ulaştığını ifade eden	(77)	(33.7)
Amaçlarını gerçekleştiremeyen	24	9.5
<b>Yaşam amaçları (n=252)</b>		
Çocukların (torunların) evlendirilmesi, okutulması, yetiştirilmesi, eğitimlerinin sağlanması	126	50.0
Ekonomik amaçlara ulaşma (ev, araba alma, emeklilik)	60	23.8
Hastalığı yenme, mesleki yaşamında başarılı olma, sağlıklı ve mutlu olma, aile hayatında huzurlu ve mutlu olma, yaşamak istediği yeri tercih edip yerleşme	27	10.7
Kişisel ve sosyal gelişim için hedefleri olma ve gerçekleştirme (kendi eğitimi, ehliyet almak, yabancı dil, el işi, iletişim, dalış kurslarına katılmak)	24	9.5

\* İfadeler birden fazladır. Yüzdeleri n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6’da bireylerin yaşam amaçlarının varlığı ve yaşam amaçları incelendiğinde; bireylerin %30’u yaşam amacının olmadığını ifade ederken, % 70’i amacı olduğunu belirtmiştir. Amaçları olduğunu ifade eden bireylerin %90.5’i amaçlarını gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Yaşam amacını gerçekleştiren bireylerin içerisinde %33.7’si şu ana kadar edindiği tüm amaçlarını gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Bireylerin %50’si çocukların evlendirilmesi, okutulması, yetiştirilmesi, eğitimlerini sağlamayı, %23.8’i ekonomik amaçlarına ulaşmayı, %10.7’si hastalığı yenmeyi, mesleki yaşamında başarılı olmayı, sağlıklı ve mutlu olmayı, aile hayatında huzurlu ve mutlu olmayı, yaşamak istediği yeri tercih edip yer değiştirmeyi ve %9.5’i de kişisel ve sosyal gelişimini sağlamayı yaşam amaçları olarak ifade etmiştir.

### 4.3. Bireylerin Yılmazlık ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri Puan Ortalamaları ile Aralarındaki İlişki

Bireylerin yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamaları ve standart sapma, maksimum ve minimum değerleri Tablo 4.7’de; yılmazlık ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 4.8’de verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Bireylerin psikolojik iyi oluş ve yılmazlık ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları, standart sapmaları ve minimum-maksimum değerler

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min. -Maks.	Ölçek Sınırları
<b>Psikolojik İyi Oluş Ölçeği</b>	47.83±7.32	9 - 56	8-56
<b>Yılmazlık Ölçeği Toplam</b>	191.97±26.47	92 - 248	50-250
<b>Yılmazlık Ölçeği Alt Boyutları</b>			
Güçlü olma	69.39±10.24	22 - 90	18-90
Girişimci olma	34.70±5.71	14 - 45	9-45
İyimser olma	20.07±4.25	5 - 25	5-25
İletişim	15.90±3.44	4 - 20	4-20
Öngörü	10.98±2.26	4 - 15	3-15
Amaca ulaşma	14.44±3.25	4 - 20	4-20
Lider olma	18.45±3.89	5 - 25	5-25
Araştırmacı olma	8.06±1.64	2 - 10	2-10

Tablo 4.7 incelendiğinde, bireylerin Psikolojik iyi oluş ölçeği (PIOÖ) puan ortalamasının 47.83±7.32 olduğu belirlenmiştir. Yılmazlık ölçeği (YÖ) toplam puan ortalamasının 191.97±26.47 olduğu görülmektedir. Yılmazlık ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; güçlü olma 69.39±10.24, girişimci olma 34.7±5.71, iyimser olma 20.07±4.25, iletişim 15.90±3.44, öngörü 10.98±2.26, amaca ulaşma 14.44±3.25, lider olma 18.45±3.89 ve araştırmacı olma 8.06±1.64 olduğu saptanmıştır.



**Tablo 4.8.** Bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki

Ölçekler	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	
<b>Yılmazlık Ölçeği Toplam</b>	<b>r: .610**</b>	<b>p=&lt;.001</b>
<b>Yılmazlık Ölçeği Alt boyutları</b>		
Güçlü olma	r: .571**	p=<.001
Girişimci olma	r: .421**	p=<.001
İyimser olma	r: .527**	p=<.001
İletişim	r: .397**	p=<.001
Öngörü	r: .324**	p=<.001
Amaca ulaşma	r: .506**	p=<.001
Lider olma	r: .357**	p=<.001
Araştırmacı olma	r: .315**	p=<.001

\*Kolerasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (2 yönlü)

\*\*Kolerasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 yönlü)

\*\*\* İstatiksel analizde pearson kolerasyon testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8’de bireylerin yılmazlık düzeyleri ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin yılmazlık düzeyleri ve psikolojik iyi oluş düzeyleri karşılaştırıldığında ( $r=.610$ ) olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde olduğu saptanmıştır ( $p<.001$ ). PİÖÖ puanı, YÖ alt boyutlarıyla karşılaştırıldığında; güçlü olma ( $r=.571$ ), girişimci olma ( $r=.421$ ), iyimser olma ( $r=.527$ ), iletişim ( $r=.397$ ), öngörü ( $r=.324$ ), amaca ulaşma ( $r=.506$ ), lider olma ( $r=.357$ ), araştırmacı olma ( $r=.315$ ) alt boyutlarıyla PİÖÖ arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<.001$ ).

#### 4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri ile Yılmazlık ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin İlişkisi

**Tablo 4.9.** Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki

Sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri	Ölçekler									
	PIÖÖ $\bar{X}\pm SS$	YÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Yılmazlık Ölçeği Alt Boyutları							
			Güçlü Olma $\bar{X}\pm SS$	Girişimci Olma $\bar{X}\pm SS$	İyimser Olma $\bar{X}\pm SS$	İletişim $\bar{X}\pm SS$	Öngörü $\bar{X}\pm SS$	Amaca Ulaşma $\bar{X}\pm SS$	Lider Olma $\bar{X}\pm SS$	Araştırmacı Olma $\bar{X}\pm SS$
<b>Cinsiyet<sup>1</sup></b> Kadın Erkek	47.62±7.12 48.08±7.56 t: -.598 p=.550	189.64±27.33 194.73±25.21 t: -1.827 p=.069	68.39±10.59 70.56± 9.72 t: -2.015 <b>p= .045**</b>	34.24±5.72 35.24±5.67 t: -1.662 p=.097	19.73±4.50 20.47±3.91 t: -1.647 p=.101	15.69±3.51 16.15±3.35 t: -1.260 p=.209	10.94±2.27 11.02±2.25 t: -.358 p=.720	14.63±3.26 14.21±3.24 t: 1.218 p=.224	17.99±3.99 18.99±3.71 t: -2.441 <b>p=.015**</b>	8.03±1.73 8.09±1.53 t: -.346 p=.729
<b>Öğrenim Durumu<sup>2,3</sup></b> Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üstü	46.70±6.50 46.95±8.22 48.82±5.26 48.33±7.29 49.41±5.81 F: 1.700 p=.149	174.40±16.89 185.01±25.47 195.98±24.61 201.58±25.00 203.86±26.14 F: 11.860 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	64.70±7.31 67.36±10.23 70.84±9.28 71.86±10.41 72.86±9.95 F: 5.899 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	31.20±5.23 33.32±5.7 36.09±5.16 37.06±4.25 36.07±6.23 F: 9.616 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	17.90±4.01 19.37±4.62 20.43±3.54 21.25±3.40 21.16±4.03 F: 5.001 <b>p=.001</b> Fark: 1<5	14.40±1.82 15.12±3.48 16.07±3.27 17.09±3.31 17.14±3.28 F: 7.603 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	9.90±1.33 10.50±2.06 10.82±2.41 11.42±2.50 12.34±1.99 F: 9.977 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	13.30±2.74 13.9±83.13 14.52±3.56 14.84±3.37 15.64±3.05 F: 3.824 <b>p=.005</b> Fark: 1<5	15.15±3.25 17.62±3.69 19.16±3.95 19.68±3.67 19.98±3.67 F: 10.944 <b>p&lt;.001</b> Fark: 1<5	7.85±1.69 7.74±1.65 8.05±1.75 8.39±1.55 8.67±1.41 F: 4.597 <b>p=.001</b> Fark: 1<5
<b>Medeni Durumu<sup>1</sup></b> Evli Bekar	47.89±7.35 47.54±7.23 t: .335 p=.738	190.64±26.47 198.51±25.69 t: -2.126 <b>p=.034**</b>	68.97±10.19 71.41±10.32 t: -1.698 p=.090	34.48±5.90 35.75±4.56 t: -1.585 p=.063	20.01±4.29 20.34±4.08 t: -.559 p=.576	15.78±3.51 16.46±3.06 t: -1.401 p=.162	10.87±2.16 11.49±2.67 t: -1.957 p=.094	14.35±3.22 14.85±3.40 t: -1.090 p=.277	18.24±3.89 19.46±3.77 t: -2.241 <b>p=.026**</b>	7.92±1.65 8.74±1.44 t: -3.609 <b>p&lt;.001*</b>
<b>Çalışma Durumu<sup>1</sup></b> Çalışıyor Çalışmıyor	49.725.59 47.507.54 t: 2.044 <b>p=.042**</b>	202.85±26.27 190.0926.09 t: 3.283 <b>p=.001*</b>	73.06±10.22 68.75±10.13 t: 2.853 <b>p=.005*</b>	35.72±5.73 34.52±5.70 t: 1.406 p=.161	21.32±3.90 19.85±4.28 t: 2.341 <b>p=.020**</b>	17.04±3.03 15.70±3.48 t: 2.634 <b>p=.009*</b>	11.53±2.49 10.88±2.21 t: 1.928 p=.055	15.81±3.16 14.20±3.22 t: 3.374 <b>p=.001*</b>	19.98±3.74 18.18±3.86 t: 3.146 <b>p=.002*</b>	8.40±1.59 8.00±1.64 t: 1.628 p=.104

**Tablo 4.9. Devamı.** Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki

Sosyodemografik özellikler ve hastalık özellikleri	Ölçekler									
	PİÖÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	YÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Yılmazlık Ölçeği Alt Boyutları							
			Güçlü Olma $\bar{X}\pm SS$	Girişimci Olma $\bar{X}\pm SS$	İyimser Olma $\bar{X}\pm SS$	İletişim $\bar{X}\pm SS$	Öngörü $\bar{X}\pm SS$	Amaca Ulaşma $\bar{X}\pm SS$	Lider Olma $\bar{X}\pm SS$	Araştırmacı Olma $\bar{X}\pm SS$
<b>Ekonomik Durum Algısı<sup>2</sup></b> İyi Orta Kötü F: 3.144 <b>p=.044**</b> Fark:1>3	48.65±7.20 48.01±7.25 44.94±7.65	200.70±25.11 191.50±26.02 180.24±27.85	72.50±10.45 69.15±9.95 65.74±10.89	35.60±5.21 34.76±5.72 32.68±6.12	20.65±4.46 20.12±4.17 18.65±4.31	16.68±3.21 15.88±3.47 14.62±3.27	11.65±2.11 10.94±2.21 10.12±2.58	15.37±3.22 14.36±3.15 13.44±3.78	19.70±4.27 18.29±3.80 17.44±3.47	8.55±1.38 8.01±1.67 7.56±1.64
<b>F: 3.144</b> <b>p=.044**</b> Fark:1>3	F: 6.863 <b>p=.001*</b> Fark:1>3	F: 5.119 <b>p=.006*</b> Fark:1>3	F: 2.923 p=.055	F: 2.501 p=.083	F: 3.981 <b>p=.019**</b> Fark:1>3	F: 5.284 <b>p=.005*</b> Fark:1>3	F: 4.197 <b>p=.016**</b> Fark:1>3	F: 4.541 <b>p=.011**</b> Fark:1>3	F: 4.467 <b>p=.012**</b> Fark:1>3	
<b>Yaşadığı Yer<sup>2,3</sup></b> Şehir merkezi İlçe Köy (kırsal alan) F: 1.319 p=.269	48.06±7.29 48.09±7.31 46.21±7.40	194.75±27.42 192.57±24.33 179.28±24.84	69.97±10.82 69.62±9.36 66.40±9.77	35.24±5.75 35.06±5.38 31.57±5.54	20.32±4.16 20.17±4.21 18.77±4.56	16.12±3.53 16.06±3.25 14.57±3.36	11.18±2.41 11.00±2.07 10.13±1.95	14.79±3.32 14.21±3.02 13.66±3.47	18.95±3.93 18.48±3.81 16.34±3.27	8.17±1.64 7.98±1.61 7.83±1.72
<b>F: 1.319</b> p=.269	F: 6.678 <b>p=.001*</b> Fark1>3	F: 2.352 p=.097	F: 8.476 <b>p&lt;.001*</b> Fark1>3	F: 2.606 p=.075	F: 4.074 <b>p=.018**</b> Fark1>3	F: 4.121 <b>p=.017**</b> Fark1>3	F: 2.769 p=064	F: 8.844 <b>p&lt;.001*</b> Fark1>3	F: 1.051 p=.351	
<b>Destek algısı<sup>1</sup></b> Destek yok Destek var t:-1.695 p=.091	45.44±7.52 48.01±7.28	175.00±22.02 193.24±26.36	64.84±10.02 69.73±10.19	31.24±5.05 34.96±5.68	17.20±3.50 20.28±4.23	14.32±2.84 16.01±3.46	10.16±2.30 11.04±2.25	12.76±3.93 14.56±3.17	17.16±3.29 18.54±3.92	7.32±1.65 8.11±1.63
<b>t:-1.695</b> p=.091	t:-3.371 <b>p=.001*</b>	t:-2.315 <b>p=.021**</b>	t:-3.180 <b>p=.002*</b>	t:-3.552 <b>p&lt;.001**</b>	t:-2.391 <b>p=.017**</b>	t:-1.882 p=.061	t:-2.698 <b>p=.007*</b>	t:-1.719 p=.086	t:-2.348 <b>p=.019**</b>	
<b>Birlikte Yaşanılan Kişiler<sup>2,3</sup></b> Yalnız yaşıyor Anne/ baba Eşi ve çocuklar Yakını ile Eşi, çocukları ve yakınları Eşi Çocukları F: .320 p=.901	47.06±9.15 47.14±6.36 48.25±7.14 53.67±2.52 48.40±4.99 47.57±7.70 46.82±7.19	197.31±27.78 201.81±20.80 193.77±25.63 233.33±22.03 189.20±23.59 188.00±25.96 186.57±32.30	71.81±11.11 71.90±8.25 69.84±9.69 84.67±8.39 71.60±9.26 68.11±9.88 67.07±14.13	36.38±4.41 35.52±4.80 34.95±5.71 40.67±2.52 32.40±6.88 34.22±6.04 34.14±4.81	19.31±5.19 21.38±2.84 20.15±4.19 23.67±2.31 19.10±4.75 19.95±4.28 19.54±4.70	16.31±3.09 17.00±2.85 16.24±3.28 19.00±1.73 14.50±3.78 15.36±3.66 15.64±3.50	12.25±2.08 11.86±2.63 10.97±2.08 14.33±1.15 11.80±2.15 10.74±2.14 10.07±2.92	14.19±3.99 14.71±2.94 15.16±3.10 18.33±2.08 23.00±3.46 13.40±2.41 13.70±3.22 13.82±3.44	18.63±4.15 20.57±3.08 18.55±3.93 23.00±3.46 17.30±3.02 18.02±3.85 18.07±4.05	8.44±1.50 8.86±1.39 7.92±1.61 9.67±.58 9.10±1.29 7.90±1.63 8.21±1.95
<b>F: .320</b> p=.901	F: 1.720 p=.129	F: 1.288 p=.269	F: .973 p=.434	F: .716 p=.611	F: 1.785 p=.115	F: 3.233 <b>p=.007*</b>	F: 3.410 <b>p=.005*</b>	F: 1.840 p=.104	F: 2.552 <b>p=.028**</b>	

**Tablo 4.9. Devamı.** Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği arasındaki ilişki

Sosyodemografik özellikler ve hastalık özellikleri	Ölçekler									
	PİÖÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	YÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Yılmazlık Ölçeği Alt Boyutları							
			Güçlü Olma $\bar{X}\pm SS$	Girişimci Olma $\bar{X}\pm SS$	İyimser Olma $\bar{X}\pm SS$	İletişim $\bar{X}\pm SS$	Öngörü $\bar{X}\pm SS$	Amaca Ulaşma $\bar{X}\pm SS$	Lider Olma $\bar{X}\pm SS$	Araştırmacı Olma $\bar{X}\pm SS$
<b>Tıbbi Tanılar<sup>2,3</sup></b>										
Akciğer Kanseri	48.63±7.46	192.20±26.10	69.23±10.89	35.18±5.26	20.20±4.19	15.55±3.65	11.01±2.23	14.06±3.04	18.98±3.87	7.96±1.58
Meme Kanseri	47.77±7.28	193.28±26.50	69.47±10.53	34.86±5.52	20.41±4.20	16.16±3.24	11.01±2.33	14.83±3.14	18.52±3.94	8.00±1.76
Kolorektal Kanseler	47.68±7.11	190.64±25.74	69.38±9.61	34.71±6.02	20.07±3.93	15.50±3.41	10.96±2.37	14.06±3.37	18.00±4.01	7.93±1.48
Gastro-İntestinal Kanseler	47.62±7.95	192.42±24.08	70.00±9.50	34.62±5.49	19.85±4.47	16.25±3.23	10.85±2.80	14.80±2.78	17.65±4.01	8.37±1.49
SolunumSistemiKanserleri	46.61±6.37	184.66±23.29	66.38±8.19	34.14±6.23	19.23±4.10	15.00±3.70	10.28±1.90	13.42±3.57	18.33±3.54	7.85±1.76
Genital Kanseler	47.74±7.43	191.63±28.58	69.53±10.54	33.90±6.31	19.80±4.49	16.18±3.40	11.19±2.19	14.56±3.58	18.28±3.67	8.16±1.69
Cilt ve Diğer kanserleri	47.78±8.06	199.50±33.07	71.86±12.13	36.00±4.69	20.07±5.26	16.57±4.25	10.92±2.81	15.28±3.22	20.35±4.04	8.42±1.74
	F: .233 p=.966	F: .521 p=.792	F: .460 p=.838	F: .453 p=.843	F: .300 p=.936	F: .812 p=.561	F: .452 p=.844	F: 1.104 p=.359	F: 1.181 p=.316	F: .538 p=.779
<b>Tanı alma süresine göre (ay)<sup>4</sup></b>	r:-.167** <b>p=.002**</b>	r:-.141** <b>p=.008**</b>	r:-.118* <b>p=.025*</b>	r:-.057 p=.281	r:-.189** <b>p&lt;.001**</b>	r:-.091 p=.085	r:-.075 p=.153	r:-.152** <b>p=.004**</b>	r:-.035 p=.505	r:-.165** <b>p=.002**</b>
<b>Yaş<sup>4</sup></b>	r:.002 p=.966	r:-.096 p=.070	r:-.022 p=.682	r:-.090 p=.089	r:-.047 p=.374	r:-.135* <b>p=.011*</b>	r:-.068 p=.199	r:-.149** <b>p=.005**</b>	r:-.101 p=.056	r:-.063 p=.230

\*p<.05 ve \*\*p<.01

<sup>1</sup> İstatiksel analizde t testi kullanılmıştır.

<sup>2</sup> İstatiksel analizde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

<sup>3</sup> İstatiksel analizde Post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır.

<sup>4</sup> İstatistiksel analizde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da bireylerin sosyodemografik, hastalık özellikleri ile yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

PİÖÖ puanına göre sosyodemografik özellikler ve hastalık özelliklerinin incelendiğinde; çalışma durumu, ekonomik durum, tanı alma süresi ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (**p<.05**). Buna göre; çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre (p= .042) ve ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin ekonomik durum algısı kötü olan bireylere göre (p= .044) PİÖÖ puanı daha yüksektir. Tanı alma süresi arttıkça PİÖÖ puan düzeyi azalmaktadır (r= -.167; p= .002).

YÖ toplam puanına göre sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri incelendiğinde; öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, yaşanan yer, algılanan destek ve tanı alma süresi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre;

Öğrenim durumu arttıkça bireylerin YÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu; yapılan Post-hoc Bonferroni testi ile üniversite ve üstü öğrenim gören bireylerin YÖ toplam puan ortalamasına sahip olduğu (p<.001) (Fark: 1<5);

Evli bireylerin bekar bireylere göre, YÖ toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu (t: -2.126) ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p= .034);

Çalışan bireylerin YÖ toplam puan ortalaması çalışmayan bireylerden daha yüksek olup (t:3.283), aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p= .001);

Ekonomik durum algısını iyi olarak ifade eden bireylerin ekonomik durum algısını kötü olarak ifade eden bireylere göre, YÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p= .001);

Şehir merkezinde yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre, YÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p=.001);

Destek aldığını ifade eden bireylerin destek alamayan bireylere göre, YÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $t: -3.371$ ) ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p=.001$ ) saptanmıştır.

YÖ alt boyutları puanına göre sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri incelendiğinde;

Cinsiyete göre incelendiğinde, kadın bireylerin erkek bireylere göre YÖ alt boyutu olan güçlü olma ( $t: -2.315$ ;  $p= .045$ ) ve lider olmada ( $t: -2.441$ ;  $p=.015$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Öğrenim durumuna göre incelendiğinde, öğrenim durumu arttıkça bireylerin YÖ alt boyutlarının tümünde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Post-hoc Bonferroni testi ile de üniversite ve üstü öğrenim gören bireylerin YÖ alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkisi bulunmuştur ( $p<.001$ ) (Fark:  $1<5$ ).

Medeni duruma göre incelendiğinde, YÖ alt boyutlarının tümünde evli bireylerin, bekar bireylere göre puanları düşük bulunmuş olup, lider olma ( $t: -2.241$ ;  $p=.026$ ) ve araştırmacı olma ( $t: -3.609$ ;  $p<.001$ ) alt boyutlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışma durumuna göre incelendiğinde, YÖ alt boyutlarının tümünde çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre puanları yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu ile güçlü olma ( $t:2.853$ ;  $p=.005$ ), iyimser olma ( $t:2.341$ ;  $p=.020$ ), iletişim ( $t:2.634$ ;  $p=.009$ ), amaca ulaşma ( $t:3.374$ ;  $p=.001$ ), lider olma ( $t:3.146$ ;  $p=.002$ ) alt boyutlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmuştur.

Bireylerin ekonomik durum algısı incelendiğinde, YÖ alt boyutlarının tümünde ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin ekonomik durum algısı kötü olan bireylere göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik durum algısı ile güçlü olma ( $p=.006$ ), iletişim ( $p=.019$ ), öngörü ( $p=.005$ ), amaca ulaşma ( $p=.016$ ), lider olma ( $p=.011$ ), araştırmacı olma ( $p=.012$ ) alt boyutlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmuştur (Fark:  $1>3$ ).

Bireylerin yaşılan yere göre incelendiğinde, YÖ alt boyutlarının tümünde şehir merkezinde yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Yaşılan yer ile lider olma ( $p<.001$ ), öngörü ( $p=.017$ ), iletişim ( $p=0.18$ ) ve girişimci olma ( $p<.001$ ) alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Post-hoc bonferroni testi yapılmıştır ( $Fark1>3$ ).

Bireylerin destek algısı incelendiğinde, YÖ alt boyutlarının tümünde destek aldığını ifade eden bireylerin destek almadığını ifade eden bireylere göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Destek algısı ile güçlü olma ( $t: -2.315$ ;  $p=.021$ ), girişimci olma ( $t: -3.180$ ;  $p=.002$ ), iyimser olma ( $t: -3.552$ ;  $p<.001$ ), iletişim ( $t: -2.391$ ;  $p=.017$ ), amaca ulaşma ( $t: -2.698$ ;  $p=.007$ ) ve araştırmacı olma ( $t: -2.348$ ;  $p=.019$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmuştur ( $p<.05$ ).

Birlikte yaşılan kişilere ilişkin grupta bireyler arasında YÖ alt boyutları olan öngörü ( $p=.007$ ), araştırmacı olma ( $p=.005$ ), amaca ulaşma ( $p=.028$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Post-hoc bonferroni testi yapılmıştır. Öngörü alt boyutunda farkın çocuklarıyla yaşayanların yalnız yaşayanlara göre öngörü puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Amaca ulaşma alt boyutunda eşi ve çocuklarıyla yaşayanların, eşiyle yaşayanlara göre amaca ulaşma puanları yüksek bulunmuştur. Fakat araştırmacı olma alt boyutunda uygulanan post-hoc bonferroni testinde fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>.05$ ).

Tanı alma süresi (ay) ile YÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; YÖ alt boyutlarından güçlü olma ( $r: -.118$ ;  $p=.025$ ), iyimser olma ( $r: -.189$ ;  $p<.001$ ), amaca ulaşma ( $r: -.152$ ;  $p=.004$ ) ve araştırmacı olma ( $r: -.165$ ;  $p=.002$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Yaşa ile YÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; iletişim ( $r: -.135$ ;  $p=.011$ ) ve amaca ulaşma ( $r: -.149$ ;  $p=.005$ ) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişkisi saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada dikkate değer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde tartışılmıştır:

1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri
2. Bireylerin hastalık ve tedavi sürecindeki deneyimleri
3. Bireylerin yılmazlık, iyi oluş düzeyleri ve aralarındaki ilişki
4. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile yılmazlık ve iyi oluş düzeylerini etkileyen faktörler

### 5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri

Araştırmada, bireylerin yaklaşık olarak yarı yarıya kadın ve erkek olarak eşit dağılım göstermekte, yarıya yakını ilkökul düzeyinde öğrenime sahip olup, yaş ortalaması geç erişkin dönemdedir. Bireylerin çoğunluğu evli, çalışmamakta, ekonomik durumunu orta düzeyde, şehir merkezinde, eşleri ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadırlar. Bu özellikleri dikkat alındığında araştırmaya katılan bireylerin, sosyodemografik açıdan olumlu ve destekleyici bireysel özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylere çoğunlukla ayakta tedavi merkezi olan kemoterapi ünitesinde ulaşılmıştır. Bireyler sırasıyla meme, genital organ, akciğer ve kolorektal kanser tanısına sahip olup, tanı alma süreleri ortalama iki yıldır. Hastaların tanılarının dağılımı her ne kadar görülme sıklığı ile ilgili olmasa da dünyadaki dağılım ile benzerlik göstermektedir. Özellikle meme kanseri ve genital organ kanserleri diğer kanser türlerine göre daha yüksek görülme sıklığına ve sağkalım oranına sahiptir (<https://www.cancer.org/research/infographics-gallery/life-after-cancer-survivorship> Erişim Tarihi: 24.04.2018; <http://globocan.iarc.fr/old/age-specific-table-r.asp> Erişim Tarihi: 24.04.2018). Bireylerin çoğunluğu kombine tedavi almakla birlikte sadece kemoterapi alan bireyler de dahil edildiğinde hemen hemen hepsinin mutlaka kemoterapi tedavisi gördüğü söylenebilir.



Sonuç olarak, hastalık özellikleri içerisinde yer alan kanserin ve tedavinin türü, tanı sonrası geçen yaşam süresi ne olursa olsun bireyler için kaygı verici, zorlayıcı ve belirsizliğe neden olan bir distres kaynağıdır. Bu anlamda bu değişkenler bireylerin psikolojik iyi oluş ve yılmazlıklarını etkileyen önemli faktörler olarak düşünülebilir.

## **5.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Süreci Deneyimleri**

Araştırmada bireylerin tamamına yakını hastalık ve tedavi sürecinde destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bireyler, sırasıyla çocukları, eşi, kardeşleri, arkadaşları ile komşuları, anne-babaları, akrabaları ve sağlık çalışanlarından destek aldıklarını hissetmektedirler (Tablo 4.3). Buna göre kanser tanısı alan bireylerin büyük oranda birinci derece yakınlarından, daha az oranda aile dışı yakınlarından, daha az oranda ikinci derece yakını olan akrabalarından, küçük oranda da olsa sağlık çalışanlarından destek aldıkları görülmektedir. Bu bilgiden hareket ile yakınlık derecesi azaldıkça destek alma oranının da azaldığı ve bunun bireyler açısından olumlu bir destek yapısı olduğu söylenebilir. Bireylerin en az sağlık çalışanlarının desteğini hissetmeleri, sağlık çalışanlarının bireyleri desteklemede yetersiz kaldığını ya da bireylerin kendi iç kaynaklarını daha çok kullanmayı tercih ettiklerini düşündürtebilir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının profesyonel rolleri içerisinde yer alan bireyi destekleme ve destek olma işlevini yerine getirmede yetersiz ya da sınırlı olması, bireylerin karşılanmamış gereksinimleri açısından riskli ve yalnız kalmasına yol açabilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada eşlerin tedavi nedeniyle yaşadıkları fiziksel değişimleri başlangıçta bireyle birlikte eşlerini kabul etmekte zorlandığını fakat eşini desteklemek için yanında olduklarını ifade eden eşlerin oldukça yüksek oranda olduğu görülmektedir (Gürsoy ve ark, 2017). Alan yazında kanser tanısı alan bireyin öncelikle birinci derece yakınlarından, daha sonra uzak akraba, komşular ve sağlık çalışanlarından destek aldığı vurgulanmaktadır (Özyurt, 2007; Dedeli ve ark., 2008). Kanser tanısı alan bireyler için eş, çocuk, anne, baba ve kardeş gibi birinci derece yakınların öncelikle beklenen ve istedik destek kaynakları olarak görülmektedir. Bununla birlikte sağlık personelinin, özellikle uzun süreli teke tek etkileşimin yüksek olduğu hemşirelerin, hastalar tarafından dışsal, profesyonel ve yardım edici bir motivasyon ve destek kaynağı olarak

görülmesi için hastaların bilgilendirilmesi ve hemşirelerin bu anlamda ulaşılabilir olması önemlidir.

Destek aldığını ifade eden bireylerin yarısına yakını “maddi-manevi destek”, üçte biri “duygusal destek”, üçte biri “ev işlerine destek”, dörtte biri “ulaşımda destek”, bir kısmı “özbakımın karşılanmasında destek”, az bir kısmı “tedaviye ilişkin konularda destek” ve çok az bir kısmı ise “ekonomik destek” aldıklarını ifade etmektedirler. Bu sonuçlar bir taraftan bireylerin karşılanan destek gereksinimlerinin ne olduğunu ifade ederken, bir taraftan içinde buldukları hastalık ve tedavi sürecindeki gereksinimlerinin yönü ve çeşitliliği konusunda bilgi sağlamaktadır. Özellikle yoğun olarak maddi manevi ve duygusal destek alma; toplumsal rollerine vurgu yapan ve aile içi sorumluluklarını yerine getirmenin önemli bir ölçütü gibi görünen ev işlerinde destek alma; daha az yoğunlukta olmakla birlikte gerek tedaviye erişim, gerek kişisel rahatlık açısından önemli olan ulaşımda destek alma; hastalığın ve tedavilerin yarattığı temel gereksinimler içinde yer alan özbakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde destek alma; biyopsikososyal ve ekonomik etkileri yönetmede destek alma bireyler için destekleyici çevre oluşturmada önemli faktörler ve girişimler olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda bireylerin destek aldıkları kişiler ve konular yön ve çeşitlilik açısından birlikte değerlendirildiğinde bireylerin destekleyici ve olumlu bir çevreye sahip oldukları düşünülebilir.

Dsouza ve arkadaşlarının (2017) meme kanserli bireylerin yaşadıkları deneyimleri ve ihtiyaçlarını tanımladıkları çalışmada hastalar, ev işlerinde yardım alma, hastaneye refakat etme ve özellikle meme rekonstrüktif cerrahisi olmakla birlikte genel olarak bilgilendirme konusunda destek alma gereksinimlerini vurgulamıştır. Hall ve arkadaşları (2015) kanser tanısı alan bireylerin hastalık deneyiminin her aşamasında farklı gereksinimleri olabileceğini belirtmiştir. Bireylerin ilk tanı aldığı süreçte tanıyı kabul etme ve yaşadığı duygusal değişimleri kontrol altında tutma; tedaviye karar verme sürecinde bilgi ve destek alma; aktif tedavi sürecinde, fiziksel rahatlık ve duygusal iyi oluşta artma; aktif tedavi sürecinin sonlanmasıyla yeni bir yaşam tarzı oluşturulması ve nüks sürecinde yeniden kanser olma, yaşam ya da ölüme ilişkin düşünce ve deneyimlerini tekrar gözden geçirme konusunda desteğe gereksinim duyduklarını

belirlemişlerdir. Gemalmaz ve Avşar (2015) hematolojik kanser tanısı alan bireylerin yaşamında meydana gelen değişimleri incelemişlerdir. Tanıyı ilk öğrendiğinde şok, öfke, üzüntü, korku ve endişe gibi duygular yaşadıkları belirlenmiştir. Geleceğe ilişkin planlarının ciddi bir şekilde etkilendiğini hayal bile kurmak istemediklerini var olan beraberliklerini (nişanlı, sevgili) bitirdiklerini; aile ve sosyal ilişkilerinde gösterilen fazla ilginin rahatsızlık verici boyutlara kadar ulaşabildiğini ve bireylerin gereksinimlerinin yeterince karşılanamadığını belirtmektedir.

Kocaman Yıldırım ve arkadaşları (2013b) kanser tanısı ve tedavisi alan bireylerin hastalığın her dönemde bilgi gereksiniminin olduğu ve sıklıkla karşılanamadığını belirtmektedir. Ayrıca bireylerin yaşamının tüm alanlarında değişkenlik gösteren, yüksek düzeyde gereksinimleri olduğunu ve psikolojik alanda kanserin yayılma ve nüks etme korkusu, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede enerji azlığı, yorgunluk ve yapabilecekleri şeyleri yapamamaları gibi gereksinimleri en sık ifade ettiklerini vurgulanmıştır. Chiesi ve arkadaşları (2017) kanser tanısı alan bireylerin karşılanmayan bakım gereksinimlerini değerlendirdikleri araştırmalarında ekonomik konuların en çok karşılanan, gelecekteki durumuna ilişkin bilgi gereksiniminin en az karşılanan gereksinim olduğunu belirtmişlerdir. Bu anlamda bu araştırmanın bu yöndeki sonuçlarının kanser tanısı alan bireylerin destek gereksinimleriyle örtüştüğü görülmektedir. Hemşireler hastaların hastalığının her döneminde gereksinimi olan destek kaynaklarını tanıma, farketme, harekete geçirme, gerekli etkileşimleri sağlama yoluyla karşılanmamış gereksinimlerin karşılanmasında sorumluluk üstlenmelidir.

Bireylerin hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler ve meydana gelen değişimler (Tablo 4.4.) tartışılmıştır. Kanser ciddi ve yaşamsal bir hastalık olmasına rağmen bireylerin dörtte üçünün hastalık ve tedavi sürecinde güçlük yaşamadıklarını; yarıya yakının hastalık ve tedavi sürecinde yaşamında herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etmeleri dikkat çekici ve ilginç bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ancak bu sonucun, Tablo 4.3'te vurgulandığı gibi bireylerin destek kaynaklarının varlığı ve destek olma biçimlerinin olumlu yöndeki çeşitliliği ile ilişki olabileceği söylenebilir. Bu anlamda alan yazında benzerlik gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu yönüyle bu sonuç, çalışmanın özgün bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bireylerin

hastalık ve tedavi sürecinde, yaşamlarındaki tüm değişimler ve güçlükler dikkate alındığında biyopsikososyal ve ekonomik boyutta bireyleri ve aileleri etkileyen yaşamsal değişimlerin meydana geldiğini söyleyebiliriz.

McGrath ve arkadaşlarının (2017) kolorektal kanserli bireylerle yürüttükleri çalışmada, ilk yıl içinde bireylerin beşte birinin, işveren ve iş arkadaşlarının olumsuz tutumları nedeniyle işten ayrıldıklarını, güçsüzlük, fiziksel sorunları (stoma vb.) ve maddi sıkıntılarını yönetmekte ve çalışırken sorumluluklarını gereğince yerine getirmede zorlandıklarını belirtmişlerdir. Kanser tanısı alan bireylerde hastalığın ve tedavilerin yarattığı etkilerin aile süreçlerini temelden etkileyen bir değişim olarak boşanmalara neden olabileceği (Nordin, 2001; Babaoğlu Akdeniz, 2012); tedavi merkezlerinin büyükşehirlerde olması, ulaşım ve konaklama gibi ilave ekonomik yükler nedeniyle başka bir eve taşınmak ya da diğer yakınlarının evinde kalmak durumunda oldukları (Payne, 2001; Altınova ve Duyan, 2013) belirtilmektedir. Bu bağlamda bireylerin karşı karşıya kaldıkları bu güçlüklerin alan yazın ile benzerlik göstermekle birlikte bireylerin sosyal, ailesel güçlüklerini yönetme konusunda gerekli alan yazının aksine destek almakta çok da güçlük çekmemektedirler.

Bu araştırmada bireyler sosyal izolasyon yaşadıklarını düşük düzeyde de olsa ifade etmişlerdir. Bireylerin bu izolasyonu insanlarla yakın temastan kaçınma, sosyal ortamlardan uzak durma, kolostomi torbası nedeniyle sosyal etkinliklerden kaçınma olarak ifade etmeleri, tercih edilmiş bir uzaklaşma davranışı sergiledikleri anlamına gelebilir. Adams ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada bireylerin yalnızlığı tercih etmelerinde kendi ölümüyle birlikte diğer bireylerin anılarında iyi bir şekilde hatırlanmak ve onların yaşamlarında olumsuz bir yer tutmamak için kendilerini geri çekme ihtiyacı içinde oldukları ortaya çıkmıştır. Alan yazında bireylerin izolasyon ve yalnızlıkları, alopesi (Rosman, 2004), kolostomiye sahip olma (Smith et al., 2007) veya sadece kanser tanısı almış (Else-Quest et al., 2009; Liu et al., 2016) olmakla ilgili algılanan damgalamayla ilişkilendirilmiştir. Görüldüğü gibi bireyler yaşadıkları değişimlerle sosyal içe çekilme ve buna bağlı yalnızlık yaşayabilirler. Bu nedenle hemşirelerin bireyleri sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon ve yalnızlık riski

açısından değerlendirerek uygun proaktif müdahaleleri planlamaları önemli bir yaklaşım olarak düşünülmelidir.

Tablo 4.4 de sözü edilen güçlükler arasında bireylerin hastalık ve tedavi nedeniyle sahip olduğu hakları bilmeme ve elde etmede zorlanma, hastalık ya da tedaviye ilişkin sorunlarla karşılaştığında kurumsal destek alabileceği iletişim kurabilecek bireylere ulaşamama, tedavi için gerekli ilaçlara ulaşamama ve randevu almada zorlanma ifade edilmektedir. Bu güçlükler dikkate alındığında sağlık kurumları ve çalışanlarının bireyleri destekleme, rehberlik etme, hastaları anlama ve ulaşmada temel bir anahtar olan iletişimin göz ardı edildiğini ya da bireylerin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığını söyleyebiliriz. Sağlık kurumları ve sağlık çalışanları hizmet verdikleri bireylerin sağlık hakkını gözeterek sadece kurumda tedaviye odaklanmak yerine bireylerin ve ailelerin tedaviye erişim, kuruma erişim, barınma, yasal hakları konusunda bilgilendirme, rehberlik etme ve destekleme sorumluluğunu ve gerektiğinde yetkilerini kullanmaları gerekir. Özellikle bireylerle daha yakın ve uzun süreli çalışan ve tanıyan hemşireler tüm bu noktalarda ulaşılabilir olmayı öncelemelidir.

Alan yazında kanser tanısı alan bireylerin yapılan test, tektik ve tedavinin yan etkilerine ilişkin bilgi ihtiyacının karşılanamadığı (Sutherland et al., 2009 Akt. Kocaman ve ark., 2013b; Özyurt, 2007), bireylerin çalışmayı bırakmaya bağlı ekonomik sıkıntılarla karşılaştığı buna bağlı tedaviye ve hizmete erişimde güçlük yaşayabileceği, barınma, ulaşım gibi konularda ihtiyaçlarının arttığı ve bunun yeterince karşılanamadığı belirtilmektedir (Gardner, 2008; Adler and Page, 2008). Bireylerin karşılanmayan bu gereksinimleriyle ilgilenen bir kurumsal yaklaşımla bireyler problemlerini çözümlenebilir, destek alabilir ve birey, hemşire ve kurum arasındaki uyum artırılabilir (Lipowski, 1981 Akt. Kocaman, 2005).

Uluslararası Hemşireler Konseyi - The International Council of Nurses (ICN) 2018 yılı teması “Sağlık bir insan hakkıdır” olarak belirlenmiştir. Bu tema yoluyla hemşirelerin, zamanlarının çoğunu hastalar ve aileleri ile geçirdiğini hastalıkların, hastaların sağlığı ve refahı üzerindeki etkilerine ilişkin bilgiyi ilk ağızdan öğrendiklerini, her bireyin sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerine erişim ve bilgi alma hakkının vazgeçilemezliği üzerine odaklanılmıştır. Bu nedenle ülkelerin sağlık sistemlerini iyileştirmeleri, bireylerin

mümkün olan en yüksek sağlık standartlarına ulaşmaları ve var olan potansiyellerini en üst düzeyde kullanmaları konusunda sorumluluğu olduğu vurgulanmıştır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/duyurular/2018/2018-dunya-hemsireler-gunu-icn-temasi.aspx>; <http://www.icn.ch> Erişim Tarihi: 28.05.2018). Dolayısıyla bireylerin sağlık hakkının en iyi şekilde kullanabilmeleri için hemşirelik hizmetleri ve diğer sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi kanser tanısı alan bireylerin hastalıkları sürecinde, hastalığına ilişkin deneyimleri ele alınarak yılmazlık ve iyi oluş duygularını yükseltici müdahalelerin uygulanmasıyla ruh sağlığını geliştirici bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bireylerin hastalık dönemindeki duyguları yarıya yakın oranda olumsuz duygular ve daha az oranda olumlu duygular yönündedir. Ayrıca bireyler bu duygusal değişimlerin yanı sıra giderek azalan oranda fiziksel görünüm ve güce yönelik duygular, sosyal ve ekonomik duruma ilişkin duygular yaşadığını ve duygu ifadesi olmasa da yaşamını aynı şekilde sürdürdüğünü ifade etmektedirler (Tablo 4.5).

Bu sonuçlar dikkate alındığında; bireylerin yoğun olarak olumsuz olmakla birlikte olumlu yönde doğrudan duyguyu ifade eden duygusal değişimleri ifade etmekle birlikte beden ve kimlik algısına, sosyoekonomik değişimlere bağlı ortaya çıkan duyguları da ifade etmeleri, yaşadıkları değişimleri ve güçlükleri de tanımlar ve destekler niteliktedir. Tüm bu duygular, bireylerin temelde örtük varoluşsal kaygılarının zemininde ortaya çıkan ve görünür olan biyopsikososyal boyuttaki duygusal değişimler olarak değerlendirilebilir. Duyguları tanıma ve ifade etme pek kolay olmasa da bireylerin duygularını tanımlamaları ve ifade etmeleri olumlu ve desteklenmesi gereken bir yön olarak değerlendirilmelidir. Kanserın olumsuz yaşam deneyimlerinin ürünü olarak ortaya çıkan damgalayıcı yönüne paralel olarak, olumsuz duygular kadar bireylerin kendilerini iyi hissetmesine neden olan olumlu ve spiritüel duygularını da ifade etmeleri bu çalışmanın önemli bir sonucudur. Bu bağlamda hemşireler, bireylerin yaşadıkları duyguları tanımda ve anlamada bireye özgü olarak değerlendirmelidir.

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği - American Society of Clinical Oncology (ASCO) bireylerin, fiziksel (ağrı, yorgunluk, idrar veya bağırsak problemleri, cinsel işlev bozukluğu), psikolojik (tekrarlama korkusu, beden imajı sıkıntısı), sosyal ya da maddi

(iş kaybı, işsizlik, kişilerarası ilişkilerde değişim) ve varoluşsal (benlik ya da benlik saygısı, yaşam anlamı ve amacındaki değişim) kaygılar yaşayabildiğini vurgulamaktadır (Andersen et al., 2014). Bu alanlarla ilgili olarak farklı çalışmalarda, farklı oranlarda bu kaygıların ifade edildiği görülmektedir (Vilhauer, 2008; Karabulutlu ve ark., 2013; Hall et al., 2015; Conley et al., 2016). Bireylerin olumlu duygularını ifade etmeleri hastalıkla ilgili deneyimlerinden bir güçlenme ve büyüme ile çıktıklarının bir işareti olabilir (Andrykowski et al., 1996; Costanzo et al., 2009; Stanton, 2010).

Araştırmada bireylerin üçte birine yakın bir oranda kendilerini iyi hissetmek için herhangi bir uygulama yapmadığını belirtmiş olması; bireylerin Tablo 4.4'te ifade ettikleri gibi büyük oranda yaşamlarının pek çok alanında meydana gelen değişimlerle ve Tablo 4.5'te ifade ettikleri gibi olumsuz duygular, fiziksel görünüm ve güce yönelik duyguları arasında belirttikleri gibi halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk ve acı çekme gibi duygular hissettikleri bulgularıyla birlikte düşünüldüğünde; kendilerine iyi gelecek bir uygulama yapmakta zorlandıkları ve girişimsiz kaldıkları şeklinde de yorumlanabilir. Hatta hastalığı yokmuş gibi davranma ve hastalığın etkilerini azımsayıcı yaklaşımda bulunduğunu ifade eden (%11.1) bireylerin bu tür olumsuz duyguların ve yaşamsal değişimlerin duygusal yükünü hafifleterek başa çıkmaya çalışmaları, işlevsel olmayan ve bu girişimsizliği destekleyen bir sonuç olarak düşünülebilir.

Bireylerin yarıdan fazlasının kendilerini iyi hissetmek için yaptığı uygulamaların varlığından söz etmeleri ve “hoşlandığı aktiviteler yapma”, “spor ve fiziksel etkinlik yapma”, “kendi kendini telkin etme, yaşama dair olumlu şeyleri düşünme”, “beslenme desteği alma” ve “profesyonel yardım alma” gibi uygulamaları yapmaları, hastalık sürecindeki başa çıkma yöntemleri olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda bireylerin bu süreçteki stresli durumları yönetmek için işlevsel olan etkili yöntemleri kullandıkları ve yaşam tarzlarını yeniden düzenledikleri ya da kendilerini yeniden yapılandırdıkları söylenebilir. Yapılan çalışmalarda, kanser tanısı alan bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine yaptıkları bulunmuştur (Ashing-Giwa et al., 2004; Melin-Johansson et al., 2015; Vassbakk-Brovold et al., 2017). Kanser tanısı alan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda spiritüel uygulamalara yoğunlaşma, yakınlarıyla birlikte vakit geçirme (Ashing-Giwa et al., 2004), daha sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma (Ashing-Giwa et

al., 2004; Vassbakk-Brovold et al., 2017), sigara gibi alışkanlıklarını bırakma (Vassbakk-Brovold et al., 2017), rahatlama, endişeyi azaltmak için keyif aldığı etkinlikleri yapma (Ashing-Giwa et al., 2004; Melin-Johansson et al., 2015) ve olumlu başa çıkma yöntemlerini kullanmanın bireylerin iyi oluş duygusunu pozitif yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Jim et al., 2006; Lie et al., 2017; Greer et al., 2018). Manne ve arkadaşlarının (2015) meme kanseri tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmada olumlu baş etme yöntemlerini kullanmanın hem iyi oluş hem yılmazlık duygusunu pozitif yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Bu araştırmada düşük oranda da olsa profesyonel yardım alan bireylerin olması önemli bir sonuçtur. Genel olarak profesyonel yardım alma oranının düşük olması sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması, bireylerin gereksinimlerini tanımaması veya farkında olmaması ve yeterince rehberlik etmemeleri gibi nedenlerle ilişkili olabileceği gibi; bireylerin kendi sorunlarını yakını olmayan bir bireyle paylaşma konusundaki çekingen tutumlarının bir sonucu da olabilir. Burada ilginç ve anlamlı bir durum olarak profesyonel yardım alınan kişiler arasında hemşirelerden söz edilmemesi, bireylerin hemşireleri böyle bir rolde görmedikleri ya da hemşirelerin hastalarla çalışırken bakım verici, destekleyici ve danışman rolünü yerine getirmede görünür olmadıkları anlamına gelebilir. Hemşirelerin hastaların gereksinimlerini tanıma ve onları uygulamalarında destekleme konusunda kilit noktada olmaları önemlidir.

Özyurt'un (2007) yaptığı çalışmada kanser tanısı alan bireyler, doktorlardan ve hemşirelerden ara sıra destek aldıklarını belirtirken psikolog desteğini hiç denilecek kadar az düzeyde aldıkları vurgulanmıştır. Yeşilot Bozdoğan ve Öz'ün (2017) araştırmasında kanser tanısı alan bireylerin hemşirenin varlığını algılamasının düşük düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmada hemşirelerin varlığını hissettikçe bireylerin memnuniyetlerinin arttığını ve hemşirenin varlığını sunmasının bakım verirken kullanabileceği bir kişilerarası iletişim becerisi olduğu vurgulanmıştır. Rchaidia ve arkadaşlarının (2009) sistematik derlemesinde kanser tanısı alan bireylerin iyi hemşirelik algısının eğitim ve mesleki becerilerine sahip olmasının yanı sıra, alana ilişkin geniş ve özel hemşirelik bilgisinin de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu özelliklere ek olarak hemşirenin kişilerarası ilişkilerde saygılı, destekleyici, iyimser, güven verici ve umut



verici özelliklere sahip olması, hastaların iyi hemşirelik bakımı konusundaki algısı ve görüşlerini oluşturmaktadır. Ancak kanser tanısı alan bireylerle çalışan hemşirelerin, hastalar terminal döneme yaklaştıkça daha sınırlı iletişim kurdukları ve bakım konusunda hastaların gereksinimlerini yeterince karşılamadıkları belirtilmektedir (Yeşilot Bozdoğan ve Öz, 2017). Böylesi sınırlı ve yetersiz hemşirelik bakımı ise olumsuz hemşirelik algısı oluşmasında etkilidir. Hemşirelerin, bireyler için ulaşılabilir, ilgili ve özenli olduklarını yaptıkları girişimlerle göstermeleri bir profesyonel olarak hemşire desteğini görünür kılabılır ve olumlu bir hemşirelik algısının oluşmasına katkıda bulunur. .

Tablo 4.6’da yer alan bireylerin yaşam amaçlarına ilişkin bulgulara göre; bireylerin bir kısmının yaşam amaçları olmadığını ifade etmeleri, varoluşsal olarak yaşanan iç çatışmalarının paradoksal bir sonucu olarak görülebilir. Ayrıca bireylerin düşük oranda da olsa kanser tanısı sonrasında amaç edinip gerçekleştirmiş olduğunu ifade etmesi dikkat çekmektedir. Kanserın bireyler üzerinde yarattığı güçlü yaşamsal algının ve varoluşsal sorgulamanın bir ürünü olarak değerlendirilebilir. Çünkü bireylerin incinebilirliklerinin yüksek olduğu bu dönemde anlam ve amaç edinmeleri varlık gösterebilmenin bir yolu olarak görülebileceği gibi, belirsizlik ve anlamsızlıkla yaşanan varoluşsal çabalarını bir dönüşüm fırsatı olarak değerlendirdikleri şeklinde de yorumlanabilir. Melin-Johansson ve arkadaşları (2015) yaptıkları kalitatif çalışmada, kanser tanısı alan bireylerin gelecek için hedefler koyarak “yaşamı tehdit eden hastalığı ile mücadele etmek” şeklinde temasal bir sonuca ulaşmışlardır. Yapılan bir araştırmada kanser tanısı alan bireylerin daha yoğun şekilde psikolojik, sosyal ve sağlıkla ilgili hedefler edinirken, daha düşük düzeyde materyalist hedeflerinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca “yakın aile ilişkilerini sürdürmek, entelektüel isteklerini yerine getirmek ve bağımsız olmak” en çok yoğunlaşılan hedef olarak belirlenmiştir (Pinquart, 2009).

Bireylerin yaşam amaçlar dikkate alındığında; çoğunlukla kendisiyle ilgili amaçlardan daha yüksek oranda diğer kişiler veya ailesini ilgilendiren amaçlara sahip olduğu görülmüştür. Sartre (1990)’ye göre bireyler amaçları ile var olup kendilerinin dışarıdan görerek aşkınlığa ulaşırlar. Sartre ayrıca var olmanın kendi dışında amaçlara sahip olmaktan geçtiğini savunmaktadır. Alan yazındaki araştırmalar kanser deneyimini

yaşayan bireylerin yeni amaçlar edinmesi, başa çıkma stratejilerini güçlü olmasına ve bu yol ile psikolojik iyi oluş seviyelerinde artışa ulaşıldığını desteklemektedir (Ransom et al., 2008; Schroevers et al., 2011; Hullmann et al., 2016; Roberts et al., 2018). Bu açıdan bakıldığında, kanser tanısı alan bireylerde yaşam amacının oluşturulması, iyi oluş ve yılmazlık duygusunu arttırabilecek umudu besleyen, şimdiye ve geleceğe yönelmelerinde ve yaşamda anlam bulmalarında önemli bir araç olabilir.

### **5.3. Bireylerin Yılmazlık, İyi Oluş Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki**

Bu bölümde kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri (Tablo 4.7) ile yılmazlık ve iyi oluş arasındaki kolerasyona (Tablo 4.8) ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır. Bireylerin yılmazlık, yılmazlık alt boyutları ve psikolojik iyi oluş puanları ortalamanın üstündedir (Tablo 4.7). Aynı zamanda bireylerin psikolojik iyi oluş ile yılmazlık ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişki vardır (Tablo 4.8). Bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş duygularının oldukça yüksek olduğu ve yılmazlıkları arttıkça psikolojik iyi oluş duygularının arttığı ya da tersi yönde yılmazlıkları azaldıkça psikolojik iyi oluş duygularının azaldığı söylenebilir. Bu açıdan bireylerin kanser ve kanser tedavilerinin yarattığı etkiler ve zorlu yaşantılarla başa çıkmada güçlü, önemli ve avantajlı bir yapıya sahip oldukları düşünülebilir. Bu sonuç bu araştırmanın özgün, farklı ve dikkat çekici bir sonucudur. Aynı zamanda yılmazlık ve psikolojik iyi oluş duygusunun bireylerin başa çıkma tepkilerini gösteren iki önemli değişken olarak birbirini desteklediği söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin çoğunun hastalık ve tedavi sürecinde güçlük yaşamadıklarını, yaşamlarında pek olumsuz değişimler olmadığını ve var olan güçlükler ve değişimler için kendilerine iyi gelecek bazı uygulamalar yaparak başa çıkmaya çalıştıkları ve pek çoğunun yaşam amaçlarının olması varolan amaçlarının çoğunluğunun gerçekleşmiş olması da bu sonuçları doğrulamış olabilir. Yanı sıra araştırma yeri olarak belirlenen kemoterapi ünitesinde yürütülen bazı sosyal ve sanatsal faaliyetlerin içinde olmaları da bu iyi oluşu ve yılmazlığı olumlu yönde etkilemektedir.

Tuncer (2011) kanser tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmasında, bireylerin iyi oluş duygusunun düşük düzeyde olduğunu saptamıştır. Gheshlagh ve arkadaşları (2016) kanser tanısı alan bireylerde yılmazlığı değerlendiren çalışmaları inceledikleri sistematik

derlemede, farklı kanser türleri, evresi ve hastalık dönemindeki bireyler için yılmazlık puanlarının birbirinden farklı olduğunu vurgulamıştır. Bu farklılığın nedenini derlemede yer alan çalışmaların farklı ülkelerde ve farklı yılmazlık ölçekleriyle yapılmış olmasına, kültürel ve sosyal farklılıklara bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Ülkemizde de farklı kanser türlerindeki bireylerle yapılan çalışmalarda farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı ve farklı sonuçları olan bazı çalışmalar vardır. Kolorektal kanserli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu saptanırken (Akyüz, 2016), meme kanseri tanısı alan bireylerle yapılmış iki çalışmada yüksek bulunduğu saptanmıştır (Yalçın, 2015; Salman, 2017). Ayrıca araştırmamızda bireylerin kanser türlerinin farklı olmasına (Tablo 4.9) rağmen yılmazlık düzeyleri ve iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Bu durum, bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duyguları üzerinde kanser türünden çok bireylerin kanser olmasının etkisi olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık düzeyleriyle algılanan destek ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada yılmazlık düzeyi ile algılanan destek arasında pozitif bir ilişki olduğu, yılmazlık düzeyi ile umutsuzluk arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Somasundaram and Devamani, 2016). Li ve arkadaşları (2016) mesane kanserli bireylerde bireylerde sosyal destek, umut ve yılmazlığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; yaşam kalitesinin, sosyal destek, umut ve yılmazlıkla pozitif yönlü ve anlamlı ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca yılmazlık ile fiziksel, sosyal, duygusal ve fonksiyonel iyi oluş düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Mahdian ve Ghaffari (2016) çalışmalarında dini, varoluşsal ve spiritüel iyi oluş ve yılmazlık arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki saptamışlardır. Matzka ve arkadaşları (2016) kanser tanılı bireylerin psikolojik sıkıntı, yılmazlık ve fiziksel olarak aktif olma durumlarını inceledikleri çalışmalarında, bireylerin yılmazlık düzeyleriyle psikolojik sıkıntı düzeylerinin arasında negatif yönde ilişki olduğunu saptamışlardır. Min ve arkadaşları (2013) kanser tanısı alan bireylerde duygusal stres ile yılmazlık arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir. Dubey ve arkadaşları (2015) kanser tanılı bireylerde düşük yılmazlık seviyesinin daha çok karşılanmamış ihtiyaçları olduğunu belirten kişilerde görüldüğünü; bireylerin psikolojik, destekleyici bakım ve bilgi ihtiyaçlarının karşılanmadığını saptamışlardır.

Akciğer kanseri tanısı almış bireylerde, daha yüksek esnekliğe ve sosyal desteğe sahip olan bireylerin, düşük psikolojik kaygı ve depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir (Hu et al., 2018). Kanserli bireylerle yapılan bazı çalışmalarda hem umudun hem de sosyal desteğin yılmazlığı artırabilecek etkiye sahip olduğunu saptanmıştır (Vartak, 2015; Li et al., 2016; Somasundaram and Devamani, 2016; Dong et al., 2017).

Bu sonuçlara göre, stres düzeyi bireylerin yılmazlık ve iyi oluşunu etkilemekte olup stres düzeyi düştükçe, stres kontrol altına alınabildiği sürece yılmazlık ve iyi oluş duygusu da artmaktadır. Bu nedenle kanser tanısı alan bireylerde etkin başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik hemşirelik tanılarının ele alınması katkı sağlayacaktır. Bireylerde içsel bir güç olan umudu destekleyecek, bireyin kendine hakimiyet duygusunun geliştirecek ve damgalanma hissetmesini engelleyecek bir hasta hemşire etkileşiminde olması yılmazlık ve iyi oluş duygusunu artırabilir.

#### **5.4. Kanser Tanısı Alan Bireylerin Yılmazlık ve İyi Oluş Duygularını Etkileyen Faktörler**

Bireylerin sosyodemografik özellikler ve hastalık özelliklerine göre psikolojik iyi oluş puanı incelendiğinde (Tablo 4.9); cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, yaşanılan yer, destek algısı, birlikte yaşanılan kişiler, tıbbi tanılar ve yaş değişkenlerinin iyi oluş duygusu ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ). Ancak çalışma durumu, ekonomik durum, tanı alma süresi ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır ( $p<.05$ ).

Bireylerin sosyodemografik özellikler ve hastalık özelliklerine göre yılmazlık puanı incelendiğinde (Tablo 4.9); cinsiyet, birlikte yaşanılan kişiler, tıbbi tanıları ve yaş ile yılmazlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>.05$ ). Ancak öğrenim, medeni, çalışma ve ekonomik durumu, yaşadığı yer, destek algısı ve tanı alma süresi ile yılmazlık arasında anlamlı ilişki vardır ( $p<.05$ ). Bireylerin psikolojik iyi oluş duyguları ve yılmazlıklarını etkileyen sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin sonuçlar aşağıda tartışılmıştır.

**Cinsiyet:** Bireylerin cinsiyeti ile psikolojik iyi oluş ve yılmazlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, yılmazlık ölçeğinin güçlü olma ve lider olma alt boyutu puan ortalamalarında erkekler lehine anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre bireylerin genel olarak psikolojik iyi oluş duygusunun ve yılmazlığın cinsiyet ayrımı gözetmediği düşünülebilir. Ancak, erkeklerde yılmazlığın önemli boyutlarından olan güçlü olma ve lider olma daha yüksektir. Güç ve liderlik erkek egemen toplumlarda erkeğe atfedilen toplumsal bir statü olarak düşünülürse, bu sonucun bir anlamda bu toplumsal algı ile paralellik gösterdiğini söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde cinsiyetin kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisinin farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Kanser tanısı alan bireylerde cinsiyetin iyi oluş düzeyi ile anlamlı ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar bulunmakla birlikte (Parker et al., 2003; Tuncer, 2011; Li et al., 2016), anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Cormio ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre daha çok duygusal problemler yaşadığı ve bunun iyi oluş duygularını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Kanser tanısı alan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin yılmazlık üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır (Akyüz, 2016; Matzka et al., 2016; Hu et al., 2018). Ancak Cohen ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları araştırmada erkek bireylerin yılmazlık düzeyinin yüksek bulunduğu saptanmıştır. Bu bağlamda alan yazın incelendiğinde cinsiyetin kanser tanısı alan bireylerin üzerinde yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisinin farklılıklar gösterdiği bulunmuştur.

**Öğrenim durumu:** Bireylerin öğrenim durumunun psikolojik iyi oluş düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Ancak yılmazlık düzeyi ve yılmazlığın tüm alt boyutları üzerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre bireylerin öğrenim durumu arttıkça yılmazlık düzeyleri artmaktadır.

Kanser tanısı alan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda öğrenim durumunun psikolojik iyi oluş düzeyi ile anlamlı ilişkisi olmadığı vurgulanmıştır (Parker et al., 2003; Tuncer, 2011). Li ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında eğitim ile iyi oluş arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmada bireylerin eğitim seviyesi arttıkça iyi oluş düzeylerinin de arttığı vurgulanmıştır. Alan yazında öğrenim durumunun yılmazlık düzeyi ile pozitif yönde

anlamli ilişkisi olduğunu gösteren araştırmalar saptanmıştır (Akyüz, 2016; Hu et al., 2018). Ancak Wu ve arkadaşları (2016) araştırmada öğrenim durumu ile yılmazlık arasında bir ilişki saptanmamıştır.

**Medeni durum:** : Bireylerin medeni durumu ile psikolojik iyi oluş düzeyi arasında anlamli bir fark bulunmamıştır. Ancak evli bireylerin bekar bireylere göre yılmazlık puanının düşük olduğu ve medeni durum ile yılmazlık ve alt boyutlarından lider olma ve araştırıcı olmada anlamli fark olduğu saptanmıştır. Buna göre evli ya da bekar olma iyi oluş duygusunu etkilemezken, bekar olanların evli olanlara göre yılmazlıkları yüksektir. Kanser tanısı alan bireylerde medeni durumun psikolojik iyi oluş düzeyi ile anlamli farkı olmadığını saptanmıştır (Parker et al., 2003; Tuncer, 2011; Li et al., 2016). Wu ve arkadaşları (2016) meme kanseri tanısı alan bireyler ile yürüttükleri çalışmalarında; evli bireylerin daha yüksek yılmazlık puanına sahip olduğunu, fakat aralarında anlamli bir fark bulunmadığını belirtmektedirler. Evli olma iyi oluş ve yılmazlık duygusunun olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilir.

**Çalışma durumu ve ekonomik durum algısı:** Bireylerin alışma durumu ve ekonomik durum algısı ile psikolojik iyi oluş ve yılmazlık düzeyleri arasında anlamli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Buna göre çalışan bireylerin çalışmayan bireylere ve ekonomik durum algısı yüksek olan bireylerin daha düşük olan bireylere göre psikolojik iyi oluş duygularının ve yılmazlıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Yanı sıra çalışma durumu ile yılmazlık alt boyutlarından güçlü olma, iyimser olma, iletişim, amaca ulaşma ve lider olma arasında anlamli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ekonomik durum algısı ile yılmazlık alt boyutlarından güçlü olma, iletişim, amaca ulaşma, öngörü, lider olma ve araştırıcı olma ile arasında anlamli bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. alışıyor olma ve iyi ekonomik durum algısı bireylerin iyimser, iletişime açık, liderlik, güçlü olma ve amaca ulaşma gibi özelliklerinin ne çıkmasında bir araç olarak ve bireylerin bu yönlerini olumlu yönde etkileyen faktörler olarak değerlendirilebilir.

Akciğer kanserli bireylerle sosyoekonomik durumun yaşam kalitesine olan etkisini inceleyen bir çalışmada, sosyoekonomik düzeyin düşük algılanmasının hastalığın başlangıç evresinden ilerlemiş evrelerine kadar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve iyi oluş düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Montazeri et al., 2003). Timperi

ve arkadaşları (2013), meme kanserli hastalarda, çalışma hayatının yaşam kalitesine etkisini incelemişler, hastalık tedavisi süresince çalışan kadınların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyi olma halinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.

Üstündağ (2013) kanser tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin mesleki durumunun yaşam kalitesinde ve alt boyutlarında, tedavi öyküsünün, hastalık tanısının ve tedavi çeşidinin ise sosyal iyilik hali üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, ev hanımlarının memur ve işçi olan bireylere göre iyi olma halinin daha düşük bulunduğu saptanmıştır. Rosenberg (2015) hematopoietik hücre nakli olan uzun vadede hayatta kalan bireylerle yaptıkları çalışmada; çalışan bireylerin yılmazlık düzeylerinin çalışmayanlara göre yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğunu belirtmiştir. Araştırmalarda ailenin gelir düzeyi yükseldikçe yılmazlık ortalama puanlarının arttığı belirtilmektedir (Wu et al., 2016; Hu et al., 2018).

**Yaşanılan yer:** Bireylerin yaşadığı yer ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı; yılmazlık düzeyi üzerinde ise anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Şehir merkezinde yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre yılmazlık ölçeği toplam puanı yüksek bulunmuştur. Kırsaldaki bireylerin yılmazlık puanının düşük çıkmasının nedeni, bu bireylerin tedavi amacıyla buldukları sosyal çevreden ayrılmaları ve destek mekanizmalarından yoksun kalmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir. Alan yazında yaşanılan yer ile iyi oluş ve yılmazlık ilişkisini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu anlamda çalışmanın bu yöndeki sonucu özgündür.

**Destek algısı:** Bireylerin destek algısı ile psikolojik iyi oluş duyguları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, yılmazlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yılmazlık alt boyutlarından güçlü olma, girişimci olma, iyimser olma, iletişim, amaca ulaşma ve araştırmacı olma ile destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Destek aldığını belirten bireylerin iyi oluş ve yılmazlık düzeyleri destek almadığını belirten bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Buna göre destek algısının iyi oluş ve yılmazlık açısından önemli olduğu ve bireyleri etkilediği söylenebilir.

Parker ve arkadaşları (2003) sosyal destek almış olmanın yaşam kalitesini etkileyerek iyi oluşu olumlu etkilediğini, sosyal destek sahibi olan bireylerin demografik ve tıbbi değişkenlerden bağımsız olarak iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Alan yazındaki araştırmalarda yılmazlık ile sosyal destek arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Ragnarsdóttir, 2012; Vartak et al., 2015; Li et al., 2016; Mahdian and Ghaffari, 2016; Matza et al., 2016; Salman, 2017; Dong et al., 2017; Hu et al., 2018). Ragnarsdóttir (2012) prostat kanserli bireylerin sosyal destek algısının yılmazlıklarını olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. Salman (2017) tarafından yapılan araştırmada mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve yılmazlık düzeyi arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Li ve arkadaşları (2016) mesane kanserli bireylerde sosyal destek, umut ve yılmazlığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; yaşam kalitesinin, sosyal destek, umut ve yılmazlıkla pozitif yönlü ve anlamlı ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Yılmazlık ile sosyal destek arasındaki ilişki kolerasyonu bulunmuştur. Hu ve arkadaşları (2018) kanser tanılı bireylerde sosyal destek ve yılmazlığın pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Vartak ve arkadaşları (2015) kanser tanılı bireylerde sosyal destek ve yılmazlığın pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Mahdian ve Ghaffari (2016) çalışmalarında; algılanan sosyal desteğin yılmazlık, dini, spiritüel ve varoluşsal iyi oluş ile umut arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Dong ve arkadaşları (2017), kalıcı ileostomili kolorektal kanser tanılı bireylerle yaptıkları çalışmada travma sonrası büyümenin; algılanan sosyal destek ve yılmazlık ile pozitif ve anlamlı ilişkisini ortaya çıkarmışlardır. Ancak Matzka ve arkadaşları (2016) çalışmasında kanser tanısı alan bireylerin, toplam sosyal destek puanı ile yılmazlık düzeyinin negatif ve anlamlı bir ilişkisinin bulunduğunu saptamışlardır.

**Birlikte yaşanılan kişiler:** Bireylerin birlikte yaşadıkları kişilerin yılmazlık ve iyi oluşlarıyla anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Bu durum bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duygularının birlikte yaşadıkları kişilerden çok, bireylerin algıladıkları destek ile ilişkili olduğunu gösterebilir. Alan yazında bireylerin birlikte yaşadıkları kişilerin yılmazlık ve iyi oluş duygusuna etkisine ilişkin araştırmalara ulaşılamamıştır.



**Tıbbi tanılar:** Bireylerin tıbbi tanılarının yılmazlık ve iyi oluş duygusu arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu sonuç bireyin kanser tanısının türüyle değil, bireyin kanser tanısı almasının yılmazlık ve iyi oluş duygusu ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

**Tanı alma süresi:** Bireylerin tanı alma süresi ile yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeyi arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tanı alma süresi arttıkça yılmazlık ve psikolojik iyi oluş duygusunun azaldığı görülmektedir. Yılmazlık alt boyutlarından güçlü olma, iyimser olma, amaca ulaşma ve araştırmacı olma arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin tanı alma süreleri arttıkça güçlü olmaya, iyimserliğe, amaca ulaşmış olmaya ve araştırmacı olmaya dair duygularının negatif yönde etkilenmektedir. Çünkü tanı alma süresi arttıkça hastalığa ve tedavilere ilişkin yaşantıların özellikle distres yaratan faktörlerin varlığı ve şiddeti de artmakta olup, bu zorlu yaşantıların yönetilmesi zorlaşabilir. Buna bağlı olarak bireylerin iyi oluş, yılmazlık ve yılmazlığın önemli göstergelerinden olan güçlü olma, iyimser olma, amaca ulaşma ve araştırmacı olma yönlerinin azaldığı söylenebilir.

Williams ve arkadaşlarının (2016) kanser tanısı alan bireyleri ve tanı almamış bireyleri karşılaştırarak incelediği çalışmasında tanı süresi arttıkça bireylerin iyi olma düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma kanser tanısı almamış bireylerle kıyaslandığında, bireylerin depresif belirtileri daha fazla gösterdiği ve yıllarla kademeli olarak arttığını tespit etmiştir. Conzanzo ve arkadaşları (2009) kanser tanısı alıp sağ kalanları kademeli olarak incelediği çalışmalarında bireylerin ilk tanı alma süresinin üzerinden geçen zaman arttıkça psikolojik iyi oluş düzeylerinin azaldığını ortaya çıkarmakla beraber bireylerin sosyal işlevselliğinin ve çevresel hakimiyetlerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Foster ve arkadaşları (2016) kolorektal kanserli opere olan bireyleri iki yıl boyunca incelemiş, bireyleri başlangıç iyi oluş seviyesine göre sınıflandırarak oluşturduğu grupları karşılaştırmıştır. Çalışmada, başlangıç iyi oluş seviyeleri yüksek bulunan bireylerin iyi oluşlarının iki yıl içinde yüksek seviyede kaldığını ve belli bir miktar düşüş olsa da iyi oluş seviyelerini başlangıçta düşük bulunanlara göre daha iyi korudukları saptanmıştır.

Wu ve arkadaşları (2016) çalışmalarında yeni tanı almış bireylerin yılmazlık düzeylerinin bireylerin tanı almaları üzerinden geçen aylar içerisinde arttığını ancak tanı alma süresiyle yılmazlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığını tespit etmişlerdir. Allogenik kök hücre nakli yapılan bireylerle yürütülen çalışmada nakilden sonra 3-4 yıl geçmiş bireylerin oluşturduğu grubun, 1-2 yıl sonra veya 5 yıldan daha fazla süre geçen bireylerin grubundan daha yılmaz olduğu bulunmuştur (Schumacher et al., 2014). Jahn ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, kanser tanısı alan bireyleri tanı sonrası 6. , 12. ve 18. aylarda bireylerin kanser tanısı sonrasında yaşama uyumlarını gözlemlemek amacıyla bireylerle görüşmeler yürütmüş ve kendilerini değerlendirme raporlarını incelemiş, süre ilerledikçe bireylerin deneyimleri ile travma sonrası büyüme gösterdikleri ve yılmaz bireylere dönüştükleri belirtilmiştir. Alan yazında kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve tanı alma süresi arasındaki ilişkiye yönelik farklı veriler bulunmakta kanser tanılı bireylerin uzun süreli takibine ilişkin kapsamlı araştırmalara ulaşılamamıştır. Cosco ve arkadaşları (2017) da yerleşik bir ölçüm aracı ile yılmazlığın uzun süreli ölçümünün aydınlatıcı olacağını vurgulamaktadır. Bireylerin kanser tanısını algılama biçimi, tedavi sürecinde karşı karşıya kaldığı sorunlar, hastalığının ilerlemesi, nüksü ve sosyal desteklerini zamanla kaybetmesi gibi birçok farklı sebeble yılmazlığın yıllar içindeki değişiminin ele alınabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu araştırma bireylerin tanı alma sürelerinin üzerinden zaman geçtikçe bireylerin yılmazlık seviyelerinin azaldığını göstermekle beraber, bireylerin on yıl ve üzerinde tanı alma süresinde önemli düzeyde iyimser olma ve araştırmacı olma alt boyutlarında azalma bulunduğunu göstermektedir. Bu bulgu ışığında kanser tanısı alan bireylerin bu kronik süreci yönetirken iyimserlik duygularının azaldığı bunun yanı sıra çevresindeki olaylara ya da kendisinin yaşadığı olaylara karşı ilgisiz kaldığı araştırma isteğinin azaldığı düşünülebilir. Bu da bireylerin kendi hastalıkları üzerinde karar vermede işbirliği içinde olmamasına neden olabilir. Kanser sağ kalanlarıyla ilgili yılmazlık tarama programlarının ulusal boyutta yer almamaktadır. Yapılan araştırmalarda sağkalım süresinin artmasıyla karşılanamayan bakım ihtiyacının bireylerin yaşadıkları olumsuz duyguların artmasına ve iyi olmaya ilişkin deneyimlerinin azalmasına neden olduğunu

desteklemektedir (Hodgkinson et al., 2007; Khan et al., 2011; Siu et al., 2013; Burg et al., 2015).

**Yaş:** Bireylerin yaşı ile yılmazlık düzeyi ve psikolojik iyi oluş duygusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Bu sonuç kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duygularının yaş ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Alan yazında kanser tanısı alan bireylerin psikolojik iyi oluş duygusunun yaş ile anlamlı ilişkisi olmadığını gösteren bir araştırma (Parker, 2003) bulunmaktadır. Li ve arkadaşları (2016) mesane kanseri tanısı alan bireylerle yaptıkları çalışmada yaş ile iyi oluş arasında negatif ve anlamlı ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Yaşın kanser tanısı alan bireylerde bir fark oluşturmadığını ifade eden bir çalışmaya (Manne et al, 2015) rağmen bazı çalışmalar yaşın pozitif yönden yılmazlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (Cohen et al., 2014; Rosenberg et al., 2015). Wu ve arkadaşlar (2016) yaşın artışıyla yılmazlık düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri ile sosyodemografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişki tartışılmıştır. Kanser tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri açısından da daha çok risk altında olabilecek grupların ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır. Bu sonuçlar çerçevesinde; eğitimi ve ekonomik durumu düşük seviyede olan, kırsal alanda yaşayan ve destek mekanizmalarından yoksun kalan bireyler gibi daha hassas grupların güçlendirilmesi sağlanabilir.

Bu çalışmada kanser türleri arasında yılmazlık ve iyi oluş arasında anlamlı farklılıklar ortaya çıkmaması, bireylerin hastalık sürecinde karşılaştıkları güçlükleri azımsayıcı bir yaklaşım sergilemesi ve güçlük yaşamadığı şeklinde tanımlamaları dikkat çekici bulgulardır. Yılmazlığın ve iyi oluş duygusunun hastalıkla ilgili deneyimlerle ve varoluşsal amaçlarla ilişkisini göstermesi açısından alan yazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca dayanma gücünde güçlenmeye hazır oluş hemşirelik tanısına bireylerin hastalığını algılama ve yorumlamasının, yaşam amaçlarının varlığı, amaçlarını

gerçekleştirme ve amaç edinmenin bu hemşirelik tanısı çerçevesinde geliştirilebileceği ve iyi oluş duygusuna ulaşmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca bireylerin hastalık sürecinde karşı karşıya kalabileceği sorunlar açısından bakıldığında bireylerin aile süreçlerinin devamlılığında bozulma ve sosyal izolasyon gibi bazı konularda aile olarak güçlenmesi ve farkındalık sahibi olmasının bireysel ve ailesel bir bütünlüğün sağlanması yılmazlık ve iyi oluş duygusuna erişmek için ele alınabilecek tanı olarak düşünülebilir. Bireysel olarak güçlenmeyi desteklemek amacıyla yaşanan tehdit edici olayların yarattığı anksiyete, güçsüzlük, acı çekme, ümitsizlik ve spiritüel (manevi) distres gibi potansiyel problemlerin hemşirelik tanısı olarak ele alınması ve bakımın bu yönde planlanmasının yaşayabilecekleri etkisiz başa çıkmalarını aşmasında bireylere rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

Ulaşılabilen literatür doğrultusunda, yurtdışı kanser ve yılmazlık ilişkisini doğrudan inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Aspinwall and MacNamara, 2005; Min et al., 2013; Cohen et al., 2014; Schumacher et al., 2014; Deshields et al., 2015 ; Solano et al., 2016; Dong et al., 2017). Kanser ve iyi oluş duygusu ile ilgili doğrudan çalışma olmamakla birlikte umut, bakım gereksinimi, yaşam kalitesi, gibi dolaylı değişkenlerle ilişkisini inceleyerek iyi oluş hakkında çıkarımda bulunan çalışmalara rastlanmıştır. Yanı sıra yılmazlık ve dini, varoluşsal ve spiritüel boyutlarıyla iyi oluş duygusu arasındaki ilişkiyi doğrudan irdeleyen tek bir çalışmaya ulaşılmıştır (Mahdian and Ghaffari, 2016). Ülkemizde doğrudan kanser, yılmazlık ve iyi oluş duygusuna ilişkin bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak psikolojik dayanıklılık değişkeni ile irdelenen üç çalışma mevcuttur(Yalçın, 2015; Akyüz, 2015; Salman, 2017). Bu bağlamda bu araştırmanın kanser, yılmazlık ve iyi oluş duygusunu, etkileyen faktörleri ve bu değişkenlerin birbiriyle aralarındaki ilişkiyi irdeleyen tek çalışma olması yönüyle özgün olup, alana katkısının anlamlı olacağı düşünülmektedir.

Bireylerin yaşamları üzerinde ciddi sonuçları ve etkileri bulunan kanserin, bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş duygularını olumsuz yönde etkileyeceği varsayılırken, bu çalışmada tam aksi yönde bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek çıkmış ve bu iki değişkenin birbiri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu sonuç bu araştırmanın özgün, farklı ve dikkat çekici bir sonucudur.

Aynı zamanda yılmazlık ve psikolojik iyi oluş duygusunun bireylerin başa çıkma tepkilerini gösteren iki önemli değişken olarak birbirini desteklediği söylenebilir. Bu anlamda, araştırma bu iki değişkenin birlikte alınmış olmasının anlamını ve değerini açıklayıcı bir nitelik taşımakta olup, başka çalışmalar için göz önünde bulundurulması gereken dikkat çekici bir çalışma olarak değerlendirilebilir.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş duygusunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluşu birlikte ele alan çalışma olaması açısından özgündür. Araştırmada kullanılan yılmazlık ve iyi oluş ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları yüksek bulunmuştur. Araştırmada elde edilen önemli sonuçlar ve öneriler aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan bireylerde bireylerin neredeyse tamamı destek hissetmekte olup bireylerin destek kaynakları yoğunlukla birinci derece yakınlarıdır. Bireylerin yarısına yakını maddi, manevi destek, üçte biri duygusal destek ve azalan oranlarda sırasıyla ev işlerinde, ulaşımda, özbakımda, tedavide ve ekonomik gereksinimlere ilişkin konularda destek almaktadırlar.
- Bireylerin dörtte üçü herhangi bir güçlük yaşamadığını ifade etmektedir. Güçlük yaşadığını ifade eden bireyler ise sırasıyla kalacak yer ve ulaşım sorunu yaşama, hastalık ve tedavi nedeniyle sahip olduğu hakları bilmeme ve elde etmede zorlanma, hastalık ya da tedaviye ilişkin sorunlarla karşılaştığında kurumsal destek alabileceği iletişim kurabilecekleri bireylere ulaşamama, tedavi için gerekli ilaçlara ulaşamama ve randevu almada zorlanma gibi güçlüklerden söz etmektedirler.
- Hastalık ve tedavi sürecinde bireylerin yarısına yakını yaşamsal herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etmektedir. Meydana gelen değişimler ise sırasıyla çalışma hayatından uzaklaşma, tedavi ve bakım için başka bireylerde kalma ya da ev değişikliği yapma, sosyal izolasyon, fiziksel değişim ve boşanma gibi yaşamsal değişimlerdir.
- Bireylerin hastalık dönemindeki duyguları yarıya yakın oranda olumsuz duygular, daha az oranda olumlu duygular yönündedir. Ayrıca, bireyler bu duygusal değişimlerin yanı sıra giderek azalan oranda fiziksel görünüm ve güce yönelik duygular, sosyal ve ekonomik duruma ilişkin duygular yaşadığını ve duygu ifadesi olmasa da yaşamını aynı şekilde sürdürdüğünü ifade etmektedirler.

- Bireylerin yarıdan fazlasının kendilerini iyi hissetmek için hoşlandığı aktiviteler yapma, spor ve fiziksel etkinlik yapma, sevdikleri ve yakınlarıyla vakit geçirme, kendi kendini telkin etme, yaşama dair olumlu şeyleri düşünme, hastalığı yokmuş gibi davranma ve hastalığın etkilerini azımsayıcı yaklaşımda bulunma, az bir oranda da beslenme desteği alma ve profesyonel yardım alma gibi uygulamaları yapmaktadırlar. Bu uygulamalar bir anlamda onların başa çıkma tepkileridir.
- Bireylerin üçte birine yakını herhangi bir yaşam amacının bulunmadığını ifade etmektedir. Düşük oranlarda da olsa amaçlarını gerçekleştiremediğini veya tanıdan sonra amaç edindiğini ifade eden bireyler vardır.
- Bireylerin çoğunluğu çocuklarını evlendirme, okutma, yetiştirme, eğitimlerini sağlama, ekonomik amaçlarına ulaşma, hastalığı yenme, iş ve mesleki yaşamında başarılı olma, sağlıklı ve mutlu olma, aile hayatında huzurlu, mutlu olma, yaşamak istediği yeri tercih edip yerleşme ve kişisel ve sosyal gelişim için plan yapma gibi yaşam amaçları edinmişlerdir.
- Bireylerin yılmazlık ve psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksektir. Psikolojik iyi oluş, yılmazlık ve yılmazlığın tüm alt boyutları arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin, yılmazlıkları arttıkça psikolojik iyi oluş duyguları artmaktadır ya da tersi yönde yılmazlıkları azaldıkça psikolojik iyi oluş duyguları azalmaktadır.
- Çalışma durumu, ekonomik durum algısı, tanı alma süresi ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında olarak anlamlı bir ilişki vardır. Çalışan ve ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin iyi oluş düzeyleri yüksektir.
- Bireylerin yılmazlığının öğrenim seviyesinin artması, bekar olması, çalışması, ekonomik düzeyini iyi olarak ifade etmesi, şehir merkezinde yaşaması ve destek aldığını ifade etmesiyle pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi vardır.
- Çalışan ve ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri yüksektir. Ayrıca bireylerin çalışıyor olma ve iyi ekonomik durum algısı iyimser olma, iletişim, lider olma, güçlü olma ve amaca ulaşma özelliklerini olumlu yönde etkilemektedir.
- Destek aldığını belirten bireylerin iyi oluş ve yılmazlık düzeyleri destek almadığını belirten bireylere göre daha yüksektir. Destek alma algısı bireylerin güçlü olma,

girişimci olma, iyimser olma, iletişim, amaca ulaşma ve araştırmacı olma özelliklerini olumlu yönde etkilenmektedir.

- Yılmazlık ve iyi oluş; cinsiyet, tıbbi tanı, birlikte yaşanan kişiler ve yaş açısından ayırım gözetmemektedir. Cinsiyetin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak erkekler yılmazlığın alt boyutlarından güçlü olma ve lider olmada daha yüksek puan almış olup aralarındaki ilişki anlamlıdır.
- Bireylerin tanı alma süresi ile yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bireylerin tanı alma süresi arttıkça bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca bireylerin tanı alma süreleri arttıkça yılmazlık alt boyutlarında güçlü olmaya, iyimserliğe, amaca ulaşmış olmaya ve araştırmacı olmaya dair duyguları negatif yönde etkilenmektedir.

Bu sonuçlar dikkate alındığında;

- Lisans ve lisansüstü eğitim, hizmet içi eğitim konularına yılmazlık ve iyi oluş duygusunun geliştirilmesine yönelik konuların eklenmesi,
- Kanser tanısı alan bireylerle çalışanların ve özellikle hemşirelerin iyi oluş ve yılmazlık açısından riskli olan bireylerin belirlenebilmesi ve hemşirelik bakımının planlanabilmesi için; bireylerin iyi oluş duyguları ve yılmazlıklarını etkileyen faktörleri, hastalık ve tedavi sürecinde meydana gelen değişimleri, duygularını, destek kaynaklarını ve başa çıkma tepkilerini değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin kanser tanısı alan bireylerle çalışırken gereksinimlerini karşılamada sağlığın geliştirilmesi iyilik hali hemşirelik tanılarını dikkate alarak bireylerin iyi oluş, dayanma gücü ve hazıroşluklarını değerlendirmeleri,
- Kurumsal olarak kanser tanısı alan bireylerin ve ailelerinin ekonomik, barınma, ulaşım, tedaviye ilişkin olanakları ve yasal hakları konusunda bilgilendirici ve destekleyici bir yaklaşımın oluşturulması,
- Kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duygularına yönelik araştırmalarında yeni tanı almış bireylerin veya hastalığın seyri ve evresi açısından farklı süreçlerde olan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin değerlendirilmesi, izlem çalışmaları ya da müdahaleli çalışmalarla sonuçların değerlendirilmesi,



- Kanser tanısı alan yaşantıları, deneyimleri, tepkileri, yılmazlık ve iyi oluş duygularının derinlemesine irdelenmesine olanak sağlayacak ve hemşirelik bakımını planlamada katkı sağlayacak nitel araştırmaların yapılması,
- İyi oluş ve yılmazlık duyguları bireylerin olumlu başa çıkma tepkilerini gösteren önemli ve birbirini destekleyen iki değişken olarak ele alınabileceği gibi farklı yöndeki değişkenlerle birlikte de ele alınması ve sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Kanser tanısına ilişkin bireylerin algısının, kişinin benlik algısı, hastalık döneminde psikolojik destek alma ve psikiyatrik tedavi alma gibi değişkenler iyi oluş ve yılmazlığı etkileyen faktörler arasında olabilir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu tür değişkenleri de dikkate alarak yılmazlık ve iyi oluş duyguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Adams R N, Mosher C E, Abonour R, Robertson M J, Champion V L, Kroenke K . Cognitive and Situational Precipitants of Loneliness Among Patients With Cancer: A Qualitative Analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2016; 43(2): 156-163.

Adler N E, Page A E K. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Institute of Medicine (IOM). The National Academies Press. Washington, DC: 2008. 30-43

Akyüz S. Kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan ve açılmayan hastalarda dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S. E. İlhan)

Ali N. The Vulnerability and Resilience of Street Children. *Global Studies of childhood*. 2011 ;(1)3: 260-264

Altınova H H, Duyan V. Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2013; 7(3):40-45.

Altundağ Y. Anne-babası boşanmış ergenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde yordalayıcı değişkenler olarak yaşam doyumu ve yalnızlık. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Bolu (Danışman: Doç. Dr. S. Bulut)

Andersen B L, DeRubeis R J, Berman B S, Gruman J, Champion V L, Massie M J, Holland J C, Partridge A H, Bak K, Somerfield M R and Rowland J H. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*. 2014; 32(15): 1605-1619.

Anderesen R, Caputi P, and Oades L. Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40(11-12): 972 – 980

Andrykowski M, Curran S L, Studts J L, Cunningham L, Carpenter J S, McGrath P C, Sloan D A, Kenady D E. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *J Clin Epidemiol.* 1996; 49(8): 827-34.

Arslan Özkan İ ve Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model:Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2012; 14(2): 61-72

Ashing-Giwa K T, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, Clayton S, Williams I and Hills D. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of african american, asian american, latina and caucasian cancer survivors. *Psycho-oncology.* 2004;13(6):408-428.

Aspinwall L G, MacNamara A. Taking Positive Changes Seriously. *Toward a Positive Psychology of Cancer Survivorship and Resilience.* American Cancer Society. 2005; 104(11): 2549-56

Atagün M İ, Balaban Ö D, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A Y. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011; 3(3):513-552

Atalay M, Hallaç S. “Kanser Tanısı Alan Bireylerin Psikososyal Bakımında Önemli İki Değer: Yılmazlık ve İyi Olma” 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, Kongre Özet Kitabı. 2015; s:129

Atlı Özbaş A. Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yard. Doç. Dr. N. Gürhan)

Avcı D ve Doğan S. Kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. *Balikesir Sağlık Bil Derg.* 2014; 3(1). 16-21.

Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim.* 2011; 24: 4-9.

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

Badr H, Carmack Taylor C L. Effects of Relationship Maintenance on Psychological Distress and Dyadic Adjustment Among Couples Coping With Lung Cancer. *Health Psychology*. 2008; 27(5): 616-627

Başak B E. Düşük gelirli aileden gelen üniversite öğrencilerinin öz duyarlılık, sosyal bağlılık ve iyimserlik ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkiler. Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. G. Can)

Bildirici F. Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık ilişkisi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. B. Sayiner)

Biröl L. Hemşirelik Süreci. *Bozyaka Matbaacılık*, 2002. 5. Baskı, İzmir, s:10-83.

Bonanno G A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 2004; 59(1): 20-28

Boyes A, D'este C, Carey M, Lecathelinais C, Girgis A. How does the Distress Thermometer compare to the Hospital Anxiety and Depression Scale for detecting possible cases of psychological morbidity among cancer survivors? *Support Care Cancer*. 2013; 21:119–127

Boz İ. Kadın Ruh Sağlığında Hemşirelik Yaklaşımı: Watson'ın İnsan Bakım Kuramından İpuçları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*. 2017; 3(3): 268-73

Bozdoğan Yeşilot S ve Öz F. Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları. *J Psy Nurs*. 2017; 8(3): 150-156

Bradley R, Whiteside L, Munford D, Casey P, Kelleher K, Pope S. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child development*, 1994; 2 (65), 346-360.

Bultz B D, Holland J C. Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Community Oncology*. 2006; 3 (5) 311-314.

Burg M A, Adorno G, Lopez E D, Loerzel V, Stein K, Wallace C, Sharma D K. Current unmet needs of cancer survivors: analysis of open-ended responses to the American Cancer Society Study of Cancer Survivors II. *Cancer*. 2015;15;121(4):623-30.

Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. İstanbul. 2015; s:14- 314

Carpenito-Moyet L J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Prof. Dr. F. Erdemir. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul. 2012, s: 5-493

Carver C S. Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*. 1998; 54: 245-266.

Carver C. Enhancing Adaptation During Treatment and the Role of Individual Differences. *Cancer* 2005; 104(11 Suppl): 2602–7.

Çataloğlu B. Madde Kullanan ve Kullanmayan Ergenlerin Psikolojik Sağlık, Aile İşlevleri Açısından Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Kabasakal)

Chambers S, Morris B, Clutton S, et al. Psychological wellness and health-related stigma: a pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2015; 24(1):60-70.

Chiesi F, Bonacchi A, Primi C, Miccinesi G. Assessing unmet needs in patients with cancer: An investigation of differential item functioning of the Needs Evaluation Questionnaire across gender, age and phase of the disease. *Cipresso P, ed. PLoS ONE*. 2017;12(7):e0179765.

Chitty K K, Black B. Professional Nursing: Concepts & Challenges. Illness, Culture and Caring: Impact on Patients, Families and Nursing. Chapter. 10. 5<sup>th</sup> Edith. Elsevier. 2007; p: 237-252

Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry. 2010; 9(3):145-154.

Cohen M, Baziliansky S, Beny A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. J Geriatr Oncol. 2014; 5(1): 33-39.

Conley C C, Bishop B T, Andersen B L. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. Healthcare. 2016; 4(3):56. 1-22.

Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V and Mattioli V. Psychological well-being and post traumatic growth in caregivers of cancer patients. Frontiers in psychology. 2014. (5) 01342; 1-8

Cosco T D, Kaushal A, Hardy R, Richards M, Kuh D, Stafford M. Operationalising resilience in longitudinal studies: a systematic review of methodological approaches. Journal of Epidemiology and Community Health. 2017; 71(1): 98-104.

Costanzo E S, Ryff C D, Singer B H. Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings From a National Survey of Health and Well-Being. Health Psychology. American Psychological Association. 2009; 28(2): 147-156

Daher M. Cultural beliefs and values in cancer patients. Annals of Oncology, 2012. 23(Supplement 3), iii66-iii69.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23(3):132-139

Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psiko-spiritüel modelin birleştirilmesi. Agrı. 2009; 21(2):45-53

Dekker J, Beekman A T F, Boenink A D, et al. Comment on “Psychological distress in patients with cancer: is screening the effective solution?” *British Journal of Cancer*. 2013; 108(12): 2628-2630.

Delaney-Black V, Covington C, Ondersma SJ, et al( Nordstrom-Klee B, Templin T, Ager J, Janisse J, Sokol RJ.). Violence Exposure, Trauma, and IQ and/or Reading Deficits Among Urban Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156(3): 280-285.

Demir M. Kanser hastası olan kişilerin bağlanma stillerine göre psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2016. İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. S B. Baran)

Demirbaş N. Yaşamda Anlam ve Yılmazlık. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Dr. İ. Keklik).

Deshields T L, Heiland M F, Kracen A C and Dua P. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-oncology*. 2015; (25)1: 11-18.

Diener E, Scollon C N, Lucas R E. The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Social Indicators Research Series*. 2009; 39: 67-100

Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, Li P. The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. 2017; 29:47-52.

Dossey B M. Barbara Dossey’s Theory of Integral Nursing. Parker M E, Smith M C, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 3rd Ed. Philadelphia: Davis Company; 2010; p: 224-250

Dsouza S M, Vyas N, Narayanan P, Parsekar S S, Gore M, Sharan K .A qualitative study on experiences and needs of breast cancer survivors in Karnataka, India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. In press. 197 (6)

Dubey C, De Maria J, Hoeppli C, Betticher DC, Eicher M. Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. *European Journal Oncology Nursing*. 2015; 19(5):582-8.

Else-Quest N M, LoConte N K, Schiller J H, Hyde J S. Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychol Health*. 2009; 24(8): 949-64.

Eminağaoğlu N. Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık (Sağlamlık). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ş. Aksel)

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, s:186-190.

Eryılmaz A. Pozitif psikolojinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında gelişimsel ve önleyici hizmetler bağlamında kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2013; 1(1): 1-19

Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2<sup>nd</sup> edition. F.A. Davis Company. Philadelphia. 2005; p: 10-537

Fava G A, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers*. 2009; 77(6): 1903-34.

Fergus K, Ahmad S, McLeod DL, et al. Couplelinks - an online intervention for young women with breast cancer and their male partners: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:33.

Fergusson D M, Horwood L J. Resilience to Childhood Adversity: Results of a 21 Year Study. In: *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, ed. Suniya S Luthar. Cambridge University Press. 2003; p: 130- 155.

Ferrell B R, Smitha S L, Ervina K S, Itanoa J, Melancon C. A Qualitative Analysis of Social Concerns of Women with Ovarian Cancer. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 647-663



Ferrell B R, Grant M M, Funk B M, Otis-Green S A, Garcia N J. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum*. 1998; 25(5): 887-95.

Firth K, Smith K, Sakallaris B R, Bellanti D M, Crawford C, Avant K C. Healing, a Concept Analysis. *Global Adv Health Med*. 2015; 4(6): 44-50.

Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*. 2000; 9: 11-19.

Foster C, Haviland J, Winter J, Grimmett C, Chivers Seymour K, Batehup L, Calman L, Corner J, Din A, Fenlon D, May M C, Richardson A, Smith P W. Pre-Surgery Depression and Confidence to Manage Problems Predict Recovery Trajectories of Health and Wellbeing in the First Two Years following Colorectal Cancer: Results from the CREW Cohort Study. *PLoS ONE*. 2016; 11(5): e0155434.

Frankl V E. Man's Search for Meaning. İnsanın anlam arayışı. Çeviren : Selçuk Budak. Okuyan Us Yayın Eğitim Danışmanlık Tıbbi Malzeme ve Reklam Hizmetleri San. ve Tic. Ltd. Şti. 2009. 3. Baskı, İstanbul. s:122-123

Gardner R B. A holistic assessment of the perceived supportive care needs of cancer patients during treatment. University of New Orleans Theses and Dissertation, 2008; 823

Garland S N, Stainken C, Ahluwalia K, Vapiwala N, Mao J J. Cancer-related search for meaning increases willingness to participate in Mindfulness-Based Stress Reduction. *Integrative Cancer Therapies*. 2015; 14(3): 231-239.

Gemalmaz A, Avşar G. Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12 (2): 93-98

Gheshlagh R G, Sayehmiri K, Ebadi A, Dalvandi A, Dalvand S and Tabrizi K N. Resilience of Patients with Chronic Physical Diseases: A systematic Review and Meta-Analysis. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(7):e38562. 1-9

Giacomo D D, Cannita K, Ranieri J, Cocciolone V, Passafiume D, Ficorella C. Breast cancer and psychological resilience among young women. *Journal of Psychopathology*. 2016; 22: 191-195.

Gizir C A. Psikolojik Sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007; 3(28):113-128.

Gökmen D. Kadın sığınma evinde yaşayan şiddet görmüş kadınlar ile eşiyile yaşayan şiddet görmüş kadınlar arasındaki psikolojik dayanıklılık ve bağlanma durumlarının karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. N.Çelen)

Greer J A, Jacobs J M, El-Jawahri A , Nipp R D, Gallagher E R, Pirl W F, Park E R, Muzikansky A, Jacobsen J C, Jackson V A, Temel J S. Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. *J Clin Oncol*. 2018; 36(1): 53-60.

Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(2):343-36

Gürgen U. Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeylerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006a. Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Ü. Dökmen)

Gürgen U. Yılmazlık Ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2006 b; 39 (2), 45-74.

Gürgen U. Üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *NWSA-Education Sciences*. 2014; 9 (1): 18-35

Gürsoy A, Koçan S, Aktuğ C. Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 29: 23-30.

Hall L K, Kunz B F, Davis E V, Dawson R I, Powers R S. The Cancer Experience Map: An Approach to Including the Patient Voice in Supportive Care Solutions. Nasi G, ed. Journal of Medical Internet Research. 2015; 17(5):e132.

Hallaç S ve Öz F. Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(4):595-610

Hallaç S. Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Başetme ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2010. Ankara (Danışman: Prof. Dr. F. Öz) .

Hallaç S. Varoluşsal Varoluşsal Boyuttan Hastalık Olgusuna Bakış. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2017; 3(1): 83-92

Hamall K M, Heard T R, Inder K J, McGill K M, Kay-Lambkin F. The Child Illness and Resilience Program (CHiRP): a study protocol of a stepped care intervention to improve the resilience and wellbeing of families living with childhood chronic illness. BMC Psychology. 2014; 2(1):5.

Hu T, He B, Xiao J, Peng J, Kuang X. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/ depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2018; 14: 72-7.

Hermon D A, Hazler R J. Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well-Being. 1999; 77: 91-9.

Hodgkinson K, Butow P, Hunt G E, Pendlebury S, Hobbs K M, Wain G. Breast cancer survivors' supportive care needs 2–10 years after diagnosis. Support Care Cancer. 2007; 15: 515-523.

Hoffman M A, Lent R W, Raque-Bogdan T L. A social cognitive perspective on coping with cancer: theory. Research and Intervention. The Counseling Psychologist. 2013; 41(2):27.

Hokkanen H, Eriksson E, Ahonen O, Salanterä S. Adolescents with cancer: experience of life and how it could be made easier. *Cancer Nursing*. 2004; 27(4):325-335.

Hou W K, Lam J H M. Resilience in the year after cancer diagnosis: a cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of Behavior Med*. 2014; (37): 391–401.

Hullmann S E, Robb S L, Rand K L. Life goals in with Cancer: A systematic Review of the literature. *Psychooncology*. 2016; 25(4). 387- 399

İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? *J Psy Nurs*. 2013; 4(2): 80-84

Jahn A L, Herman L, Schuster J, Naik A, Moye J. Distress and Resilience After Cancer in Veterans. *Research in Human Development*. 2012; 9(3), 229–247.

Jim H S, Richardson S A, Golden-Kreutz D M, Andersen B L. Strategies used in coping with a cancer diagnosis predicts meaning in life for survivors. *Health Psychology*. 2006; 25: 753-761.

Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - A longitudinal study. *BMC Cancer*. 2011; 283(11): 1-9.

Jolley J. Introducing Research and Evidence-Based Practice For Nursing and Healthcare Professionals. Çeviren: Ayaz S. Araştırma ve kanıta dayalı uygulamaya giriş. 2. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara. 2014, s: 225-267

Jormfeldt H. Perspective on Health and Well-being in Nursing. *International Journal of Qualitative studies Health and Well Being*. 2014; (9):1-2.

Karabulutlu E Y, Akyıl R, Karaman S ve Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2013;1(28):1-9.

Karataş Z, Savi Çakar F. Self-esteem and hopelessness, and resiliency: An exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies*. 2011; 4(4): 84–91.

Keyes C L M, Shmotkin D, Ryff C D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 82, 1007-1022.

Khan N F, Evans J and Rose P W. A qualitative study of unmet needs and interactions with primary care among cancer survivors. *British Journal of Cancer*. 2011; 105: 46-51

Grafton E, Gillespie B, Henderson S. Resilience: The Power Within. *ONF*. 2010; 37(6): 698-705.

Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003; 12(6): 532–46.

Kleiman S. Josephine Paterson and Loretta Zderad's humanistic nursing theory. Parker M E, Smith M C. *Nursing theories and nursing practice*. 3<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia: Davis Company; 2010; p: 336-342.

Knapp-Oliver S, Moyer A. Visibility and stigmatization of cancer. *Journal of Applied social Psychology*. 2009 (39): 2798-2808

Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(1): 49-54

Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013a;4(3):153-158

Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2013b; 6 (4): 231-240

Kralik D, van Loon A, Visentin K. Resilience in the chronic illness experience, Educational Action Research. 2006; 14(2): 187-201

Kraemer L M, Stanton A L, Meyerowitz B E, Rowland J H, Ganz P A. A Longitudinal Examination of Couples' Coping Strategies as Predictors of Adjustment to Breast Cancer. Journal of Family Psychology. 2011; 25(6): 963-972.

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Çeviren: B. Büyükal). 1997. İstanbul: Boyner Holding Yayınları.

Kurt N. Çevik Kuvvet Personelinin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Dayanıklılıkları ve İş Doyumu Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Terzi)

Kutlu R, Çivi S, Börüban M C ve Demir A. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011; 27(3).149-153

Kwekkeboom K L, Tostrud L, Costanzo E, Coe C L, Serlin R C, Ward S E, Zhang Y. The role of inflammation in pain, fatigue and sleep disturbance symptom cluster in advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2018; 55(5):1286-1295.

Lehto R H. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: interventions to improve well-being. Lung Cancer: Targets and Therapy. 2017; 8: 79-90.

Leppin A L, Bora P R, Tilburt J C, et al. The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. Kavushansky A, ed. PLoS ONE. 2014; 9(10): e111420.

Levine P A, Frederick A. Kaplana uyandırmak. Travmayı iyileştirmek. Çeviri: Z. Yalçınkaya. Butik Yayıncılık. İstanbul. 1997. s:203-213

Li M Y, Yang Y L, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2016; 14:73.1-9 .

Li M, Green E. The Ontario psychosocial oncology framework: a quality improvement tool. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 1177-1179

Lie N E K, Larsen T M B, Hauken M A. Coping with changes and uncertainty: A qualitative study of young adult cancer patients' challenges and coping strategies during treatment. *Eur J Cancer Care*. 2017;e12743.

Lin H R, Bauer-Wu S M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1): 69-80.

Liu H, Yang Q, Narsavage G L, Yang C, Chen Y, Xu G and Wu X. Coping with stigma: the experiences of Chinese patients living with lung cancer. 2016; 5(1): 1790 :1-9

Llewellyn C D, Horney D J, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, Smith H E. Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 97-105.

Loh K P, Zittel J, Kadambi S, Pandya C, Xu H, Flannery M, Magnuson A, Bautista J, McHugh C, Mustian K, Dale W, Duberstein P, Mohile S G. Elucidating the associations between sleep disturbance and depression, fatigue, and pain in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2018. In Press.1879-4068(18)30080-8.

Long A. The healing process, the road to recovery and positive mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1998; (6):535-43.

Loprinzi C E, Prasad K, Schroeder D R, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer*. 2011; 11(6): 364-8

Lucini B. Disaster Resilience from a Sociological Perspective. What is resilience? The state of art. 2014; 3: 31-53.

Luthar S S, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev*. 2000; 71(3): 543-562.

Macdonald G C T, Baldassarre F, Brown P, Hatton–Bauer J, Li M, Green E, Lebel S. Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario. *Current oncology*. 2012; 19(4): 209-216

Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well being and hope in cancer patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18(3): 130-8.

Mandilaras V, Wan-Chow-Wah D, Monette J, Gaba F, Monette M, Alfonso L. The impact of cancer therapy on cognition in the elderly. *Frontiers in Pharmacology*. 2013; 4:48.

Mandleco B L, Peery J C. An Organizational Framework for Conceptualizing Resilience in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2000; 13(3): 99-111

Manne SL, Myers-Virtue S, Kashy D, Ozga M, Kissane D, Heckman C, Rubin S C, Rosenblum N. Resilience, Positive Coping, and Quality of Life Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nurs*. 2015; 38(5):375-382.

Masten A S, Morison P, Pellegrini D, Tellegen A. Competence under stress: risk and protective factors. A. S. Masten, J. Rolf, S. Weintraub, D. Cicchetti, & K. H. Nuechterlein in, *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, USA: Cambridge University Press. 1990.p: 236-246

Masten A S. Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity. Challenges and prospects. In Wang M and Gordon E, *Educational resilience in inner city America: challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1994; p: 3-25

Masten A S, Tellegen A. Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. 2012; 24: 345-361

Masten A S, Best K M, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. 1990; 2(4): 425-444.



Matzka M, Mayer H, Köck-Hódi S, Moses- Passini C, Dubey C, Jahn P, Schneeweiss S, Eicher M. Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. PLoS ONE.2016; 11(4): e0154496.

McElligott D. Healing: The Journey from Concept to Nursing Practice Journal of Holistic Nursing. 2010; 28(4): 251-259.

McGrath C, Mihala G, Beesley V L, Lynch B M, Graves N, Gordon L G. "Cancer Put My Life on Hold": Work-Related Challenges Among Middle-aged Adults 12 Months After a Diagnosis of Colorectal Cancer Cancer Nurs. 2017; 40(2): 160-167.

McLoughlin K, Rhatigan J, McGilloway S, et al. INSPIRE (INvestigating Social and Practical support at the End of life): Pilot randomised trial of a community social and practical support intervention for adults with life-limiting illness. BMC Palliative Care. 2015; 14: 65.

Melin-Johansson C, Öhlén J, Koinberg I, Berg L, Nolbris MJ. The Recovery Process When Participating in Cancer Support and Rehabilitation Programs in Sweden. Global Qualitative Nursing Research. 2015; 2: 2333393615595965.

Min JA, Yoon S, Lee CU, Chae JH, Lee C, Song KY, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. Support Care Cancer. 2013; 21(9): 2469-76.

Molina Y, Yi J C, Martinez-Gutierrez J, Reding K W, Yi-Frazier J P, Rosenberg A R. Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2014;18(1): 93-101.

Montazeri A, Hole D J, Milroy R, McEwen J and Gillis C R. Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter? Health and Quality of Life Outcomes. 2003; 1(19): 1-6.

Moreno P I, Stanton A L. Personal growth during the experience of advanced cancer: a systematic review. Cancer J. 2013; 19(5): 421-430.

Mullin W J, Arce M. Resilience of Families Living in Poverty. Journal of family social work. 2008; 11(4): 224-240

Myer J E, Sweeney T J, Witmer J M. The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling and Development, 2000; 78(3), 251-266.

Newman T, Blackburn S. Transitions in the lives of children and young people: Resilience factors. Edinburg: ERIC. 2003;1: 1-16

Nezu A M, Nezu C M, Felgoise S H, Greenberg L M. Handbook of psychology. Psychosocial Oncology. John Wiley & Sons, Inc. 2<sup>nd</sup> edition. Hoboken, New Jersey. 2012; (9). p: 271-291.

Nordin K, Wasteson E, Hoffman K, et al. Discrepancies between attainment and importance of life values and anxiety and depression in gastrointestinal cancer patients and their spouses. Psycho-Oncology. 2001; 10: 479-489

Norris F H, Stevens S P, Pfefferbaum B, Wyche K F, Pfefferbaum R L. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities and Strategy for Disaster Readiness. Am J Community Psychol. 2008; 41: 127-150

Onat G. Demokratik ve otoriter olarak algılanan ana-baba tutumlarının lise birinci sınıf öğrencilerinin yılmazlık düzeyine etkilerinin araştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Karadayı)

Öngider N. Boşanmanın Çocuk Üzerindeki Etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(2):140-161

Öz F ve Bahadır Yılmaz E. Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 82-89.

Özalp E, Cankurtaran E S, Soygür H, Geyik Özdemir P, Jacobsen P B. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2007; 16(4): 304-11.

Özen Y. Kişisel sorumluluk bağlamında öznel ve psikolojik iyi oluş (sosyal psikolojik bir değerlendirme). *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 2010; 4: 46-58.

Özkan S, Armay Z. *Psikoonkoloji*. Novartis, İstanbul. 2007. s: 27-114

Özkan S. *Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kansere*. *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-İlişyon Psikiyatrisi Kitabı*. Roche Yayınları. İstanbul. 1993; 153-174.

Özyurt B E. Kansere hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 2007; 15 (1): 1-15

Pakseresht S, Ingle G K and Garg S. Quality of Life of Women with Breast Cancer at the Time of Diagnosis in New Delhi. *J Cancer Sci Ther* 2011; 3(3): 66-69

Parker P A, Baile W F, Moor C D, Cohen L. Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients. *Psycho-Oncology*. 2003; 12: 183-193.

Parse R R. *Human Becoming: Parse's Theory of Nursing*. *Nursing Science Quarterly*. 1992; 5(1): 35-42

Payne S, Jarret N, Jeff D, Brown L. Implications of social isolation during cancer treatment: The implications of residence away from home during cancer treatment on patients' experiences: a comparative study. 2001; 7, 4. 273-282.

Petrie S M. The relationship between perceived stress and resilience among adolescents with cystic fibrosis. *Master of Science in Nursing Family Nurse Practitioner*. 2010. Wisconsin: University of Wisconsin Oshkosh.

Pinquart M, Silbereisen R K and Fröhlich C. Life goals and purpose in life in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2009; 17: 253-259.

Ragnarsdóttir D L. Resilience in Men with Prostate Cancer: Relationship between Resilience, Social Support and Distress. Haskolinni Reykjavík University. Supervisor: Heiðdís B. Valdimarsdóttir. Department of Psychology. School of Business. 2012; 1-26

Ransom S, Sheldon K M and Jacobsen P B. Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(5), 811-819.

Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. *Nurs Ethics*. 2009; 16(5): 528-42.

Reed K S. Betty Neuman The Neuman Systems Model. Sage Publications. California. 1993; p: 5-14-21

Reed P G. Pamela Reed's Theory of Self-transcendence. Parker M E, Smith M C, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 3<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia: Davis Company; 2010; p: 417-427

Rivera H R. Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13(2): 195-202

Roberts D, Calman L, Large P, Appleton L, Grande G, Lloyd-Williams M, Walshe C. A revised model for coping with advanced cancer. Mapping concepts from a longitudinal qualitative study of patients and carers coping with advanced cancer onto Folkman and Greer's theoretical model of appraisal and coping. *Psychooncology*. 2018;27(1): 229-235.

Rosenberg A R, Bradford M, Klein V, Etsekson N, Wharton C M, Shaffer M, Yi-Frazier JP. The "Promoting Resilience in Stress Management" (PRISM) intervention for adolescents and young adults: A pilot randomized controlled trial. *Journal Clinical Oncology*. 2017, 35 (suppl 31S; abstract 176)

Rosenberg AR, Syrjala KL, Martin PJ, Flowers ME, Carpenter PA, Salit RB, Baker S, Lee S J. Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*. 2015; 1, 121(23): 4250-4257.

Rosman S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. Patient's educational and counseling. 2004. 52(3):333-339.

Roth A J, Kornblith A B, Batel-Copel L, Peabody E, Scher H I, Holland J C. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. Cancer. 1998; 82: 1904-1908

Ruini C. The use of well-being therapy in clinical settings. The Journal of Happiness & Well-Being, 2014, 2(1), 75-84 75

Ryff C D, Lee Y H, Essex M J, Schmutte P S. My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. Psychology and Aging, 1994; 9(2): 195-205

Ryff C D, Magee W J, Kling K C and Wing E H . Forging Macro-Micro Linkages in the study of psychological well-being. C. D. Ryff and V. Marshall içinde, The Self and Society in Aging proses. Newyork: Spinger 1999; 247-278.

Ryff C D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. Journal of Personality and Social Psychology, 1989; 57: 1069-1081.

Ryff C D. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. Psychotherapy and Psychosomatics. 2014; 83: 10-28

Salman F. Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S. E. İlhan)

Sartre J P. Varoluşçuluk.(Çeviren: A. Bezirci) Say yayınları. İstanbul. 1990; s:98-100

Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N. Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. Psychooncology. 2011; 20(2):165-72.

Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. Support Care Cancer. 2014; 22(2):487-493.

Segrin C, Hanzal A, Donnerstein C, Taylor M, Domschke T J. Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety Stress Coping*. 2007; 20(3): 321-9.

Seligman M E P and Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 2000; 55, 5-14.

Shahidi J, Taghizadeh-Kermani A, Gohari M R, Ghavamnasiri M R, Khoshroo F, Pourali L and Cohen S R. Changes in Daily Activities of Cancer Patients after Diagnosis: How Do Canadian and Iranian Patients Perceive the Change? *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2014; 7(1), 28–34.

Shives L R. Basic Concept of Psychiatric Mental Health Nursing. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2008. p.209-239.

Siriwardhana C, Abas M, Siribaddana S, et al. Dynamics of resilience in forced migration: a 1-year follow-up study of longitudinal associations with mental health in a conflict-affected, ethnic Muslim population. *BMJ Open* 2015;5:e006000.

Siu M, Catton P, Jones J, Jadad AR. A pilot study examining the unmet needs of cancer survivors living with polyopathy. *Current Oncology*. 2013; 20(3): e266-e269.

Smith D M, Loewenstein G, Rozin P, Sherriff R L and Ubel P A. Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *J Res Pers*. 2007; 41(4): 787-803.

Smith M C, Zahourek R, Hines M E, Engebretson J, Wardell D W. Holistic nurses' stories of personal healing. *J Holist Nurs*. 2013; 31(3): 173-87.

Solano J P C, da Silva A G, Soares I A, Ashmawi H A, Vieira J E. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*. 2016; 15(70): 1-8.

Somasundaram R O, Devamani K A. A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian J Palliat Care* 2016; 22: 135-40.

Stanton A L, Ganz P A, Kwan L, Meyerowitz B E, Bower J E, Krupnick J L, Rowland J H, Leedham B, Belin T R. Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005; 1;23(25):6009-6018.

Stanton A L. Positive Consequences of the Experience of Cancer: Perceptions of Growth and Meaning. Holland J C, Breitbart W S, Jacobsen P B, Lederberg M S, Loscalzo M J, McCorkle R. *Psychooncology.* 2<sup>nd</sup>Ed. Newyork. Oxford University Press. 2010; p:547-550

Stanton L A, Rowland H J, Ganz P A. Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *American Psychologist.* 2015; 70(2): 159-174

Strohmaier J, Amelang M, Hothorn L A, Witt S H, Nieratschker V, Gerhard D, Meier S, Wüst S, Frank J, Loerbroks A, Rietschel M, Stürmer T, Schulze T G. The psychiatric vulnerability gene CACNA1C and its sex-specific relationship with personality traits, resilience factors and depressive symptoms in the general population. *Molecular Psychiatry.* 2013; 18: 607-613

Stuart GW, Laria M. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* 8th ed. Philadelphia: Mosby Inc; 2005. p: 55-129.

Sümbüloğlu K ve Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik.* Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 2012, s.104-10

Süzen B. 1999 Marmara Depremi yaşamış bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2015. İstanbul (Danışman: Doç. Dr. M.Çulha)

Swanson K M. Nursing as Informed caring for the Well being of others. *Journal of Nursing Scholarship.* 1993; 25 (3), 352-353.

Tedeschi R G, Calhoun L G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry.* 2004; 15(1): 1-18.

Telef B B. Öğretmenlerin Öz-yeterlikleri, İş Doyumları, Yaşam Doyumları ve Tükenmişliklerinin İncelenmesi. *Elementary Education Online*. 2011; 10(1), 91-108.

Telef B B. Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013; 28(3), 374-384.

Timperi A V, Ergas I J, David H, Janise R, Kwan M, Kush L H. Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2013; 22: 1411-1420

Tuncer O F. Psychological well-being of cancer patients: Depression, anxiety and quality of life among Turkish cancer patients. Tilburg University. *Clinical Health Psychology*. 2011. (Supervisor: Dr. M.A. Ouwens, 2nd Supervisor: Prof. Dr. M.H.J. Bekker).

Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk onkoloji Dergisi*. 2014; 29(3):125-135.

Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(5): 89-106.

Üstün B. Çünkü iletişim çokşeyi değiştirir! Atatürk Üniv. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; (8)2: 88-94

Üstündağ S. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. A. Demir Zencirci.)

Üzar Özçetin Y S, Hiçdurmaz D. Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2017; 9(4): 388-397.

van Scheppingen C, Schroevers M J, Smink A, van der Linden Y M, Mul V E, Langendijk J Coyne J C, Sanderman R. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology*. 2011; 20(6):655-63.



Vartak J. The Role of Hope and Social Support on Resilience in Cancer patients. *Indian Journal of Mental Health*. 2015; 2(1): 35-42

Vassbakk-Brovold K, Berntsen S, Fegran L, Lian H, Mjåland O, Mjåland S, Nordin K, Seiler S, Kersten C. Lifestyle changes in cancer patients undergoing curative or palliative chemotherapy: is it feasible? *Acta Oncol*. 2017; 14:1-8

Veliöğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012; s:261-282.

Vilhauer R. A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliative and Supportive Care*. 2008; 6(3): 249-258.

Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for Emotional Distress in Cancer Patients: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal National Cancer Instuty*. 2009; 101: 1464-1488

Watson M, Haviland J, Davidson J, Bliss J. Fighting spirit in patients with cancer. *The Lancet*. 2000; 355(9206): 848

Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 1988; 18(1): 203-209.

Weismann A D. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci*. 1976; 271(2): 187-196.

Werner, E. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. 1993. 5(4), 503-515.

Williams K, Jackson S E, Beeken R J, Steptoe A and Wardle J. The impact of a cancer diagnosis on health and well-being: a prospective, population-based study. *Psycho-Oncology*. 2016; 25: 626-632

Wong P. Positive Psychology 2.0: Towards a Balanced Interactive Model of the Good Life. *Canadian Psychology*. 2011; 52 (2): 69–81

Woodgate R L. Conceptual Understanding of Resilience in the Adolescent With Cancer: Part I. Journal of Pediatric Oncology Nursing , 1999; 16, 35-43.

Wu Z, Liu Y, Li X , Li X. Resilience and Associated Factors among Mainland Chinese Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. 2016; PLoS ONE 11(12): e0167976.

Yalçın Y. Meme kanseri tanısı almış hastaların teşhisten önce stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2015. Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. D. Tanrıverdi)

## EKLER

### EK 1. Veri Kullanım İzni

#### AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

**Çalışmanın Adı** : “Kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş duygusunun belirlenmesi”

**Yürütücü** : Yard.Doç.Dr. Saliha HALLAÇ

**Çalışmanın Amacı** :Bu araştırmanın amacı, kanser tanısı alan bireylerin iyi oluş ve yılmazlık düzeylerinin belirlenmesidir.


**Çalışmanın Süresi** :1 yıl

**Veri Kullanım Süre Aralığı** : 1 Ocak 2015- 31 Aralık 2015 tarihleri arasında Tıbbi onkoloji polikliniğine başvuran, C00 – C80 arasındaki tanılara göre hasta sayılarının ve bu hastaların ilk tanı alma süresine göre sayısal dağılımlarının bilinmesi gerekmektedir. ( hastaların kişisel bilgileri değil, sadece kaç hasta olduğu bilgisi gereklidir)

**Not:** Bu konuda Akdeniz Üniversitesi Başhekimliğe daha önce başvuru yapılmıştır. Ancak yapmış olduğumuz başvuruya bilgilerin açıklayıcı olması konusunda geribildirim verilmiştir. Bu duruma istinaden yeniden Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuru yapma gereğimiz ortaya çıkmıştır. Bu nedenle başvuru ikinci kez yapılmaktadır.

Yürütücülüğünü yapmakta olduğum yukarıda ismi yazılı proje ile ilgili olarak belirttiğim tarihler arasında hastane veri arşivini kullanmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

  
Yard. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ  
Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi  
Tez Danışmanı

#### BAŞHEKİMLİK

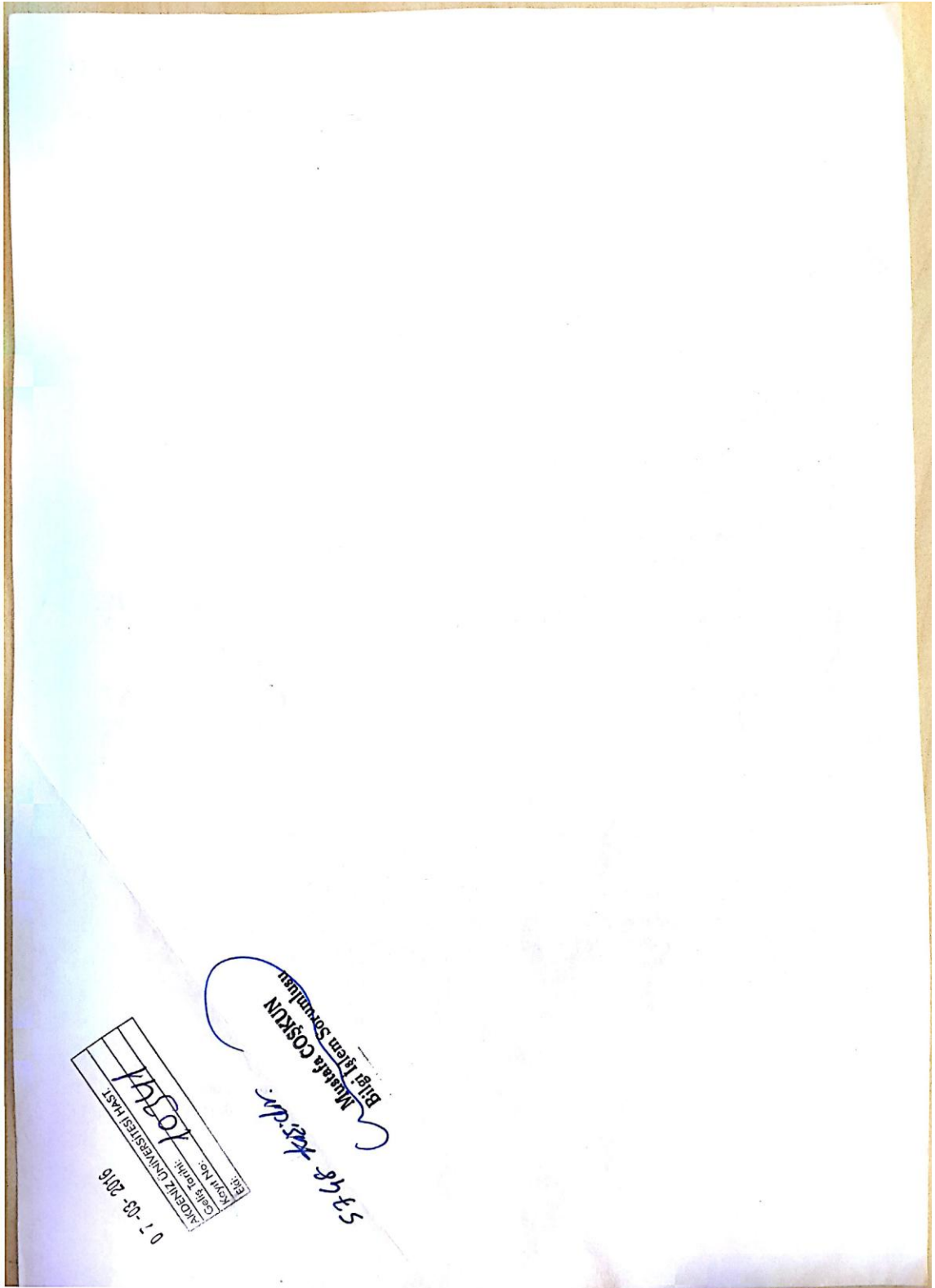
Sorumlu araştırmacı .....tarafından yürütülecek olan yukarıda adı yazılı çalışma için belirtilen tarihler aralığında hastane veri kullanım izni verilmiştir.

Başhekim

İmza **Prof. Dr. Bülent AYDINLI**

Tarih

Başhekim  

## EK 2. Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu

### Bireyleri Tanıtıcı Özellikler Formu

**Tıbbi tanı :**

**Tanı alma süresi:**

- a) 0-1 yıl      b) 1-3 yıl      c) 3-5 yıl      d) 5-10 yıl      e) 10 yıl ve üstü

**Veri toplanan alan**

- a) Poliklinik      b) Klinik      c) Kemoterapi Ünitesi

**1. Cinsiyetiniz**

- a) Kadın      b) Erkek

**2.Yaşınız....**

**3.Öğrenim durumunuz**

- a) Okur- Yazar      b) İlkokul      c) Ortaokul      d) Lise e) Üniversite ve üstü

**4. Medeni durumunuz**

- a) Evli      b) Bekar

**5. Çalışma durumunuz**

- a) Çalışıyor      b) Çalışmıyor

**6.Yaşadığınız yer**

- a) Şehir      b) İlçe      c) Köy

**7. Sosyal güvenceniz**

- a) Var      b)Yok

**8. Sürekli birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?**

- a) Yalnız yaşıyor      b) Anne/baba ile      c)Eşiniz ve çocuklarınızla  
d) Bir yakını ile      e) Eşiniz, çocuğunuz, yakınınız ile      f) Eşiniz ile  
g) Çocuğu (Iarınız) ile      h)Diğer

**9. Size destek olduğunu hissettiğiniz kişiler var mı?**

- a) Var      b) Yok (yoksa 11. soruya geçiniz.)

**10. Size destek olduğunuz hissettiğiniz kişi ya da kişiler kimdir ve nasıl destek oluyorlar?( Birden fazla kişi ve durum yazabilirsiniz.)**

**Kişi/Kişiler**

**Nasıl destek olduğu, destek olduğu konular / durumlar nelerdir? Açıklayınız.**



### EK 3. Yılmazlık Ölçeği

#### ACIKLAMA

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak her maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna (sizi ne derece tanımladığına) karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ifadeleri dikkate alarak yanındaki boşluklardan bir tanesine çarpı (X) işareti koyunuz. Örneğin ifadelerden bir tanesi size hiç uygun değilse “hiç tanımlamıyor”, size oldukça uygunsuzsa “çok iyi tanımlıyor” seçeneklerini işaretleyiniz. **Lütfen bütün ifadeleri cevaplayınız**

#### Tanımlama düzeyi

ÖLÇEKLE İLGİLİ İFADELER		Tanımlama düzeyi				
		Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Orta düzey tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
1	Genel olarak olaylara kötümser bakarım	( )	( )	( )	( )	( )
2	Güçlükler karşısında yılmadan, sabırla mücadele ederim	( )	( )	( )	( )	( )
3	Kimsenin fark edemediği yaratıcı çözüm yollarını görebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
4	Atılgan bir kişi değilim	( )	( )	( )	( )	( )
5	İyi liderlik yapamam	( )	( )	( )	( )	( )
6	Kararlarımın sonuçlarına baktığımda genellikle isabetli kararlar verdiğimi görürüm	( )	( )	( )	( )	( )
7	Çevremdeki olanak ve fırsatları kolay görüp değerlendiririm	( )	( )	( )	( )	( )
8	Başarı için olabildiğince yüksek ama ulaşılabilir hedeflerim var	( )	( )	( )	( )	( )
9	İnanmış olduğular için çaba göstermek zor geliyor	( )	( )	( )	( )	( )
10	Kendi yaşamım üstünde kontrol sahibi değilim	( )	( )	( )	( )	( )
11	Parlak bir geleceğe sahip olma duygusu ve umudu içindeyim	( )	( )	( )	( )	( )
12	Çevremdekiler üzerinde olumlu izlenimler bırakarak onların güvenini kazanırım	( )	( )	( )	( )	( )
13	Meraklıyım, sorular sorar, bilmediğim şeyleri öğrenmek için araştırırım	( )	( )	( )	( )	( )
14	Kendimi yaşama pek bağlı hissetmiyorum	( )	( )	( )	( )	( )
15	İçinde yer aldığım gruplarda etkin rol oynarım	( )	( )	( )	( )	( )
16	Zorluklar karşısında dayanaksızım	( )	( )	( )	( )	( )
17	Sokulgan (arkadaş canlısı, sıcakkanlı) değilim	( )	( )	( )	( )	( )
18	Başkalarının üstesinden gelemeyeceği olumsuz yaşam koşulları ile baş etmeyi bilirim	( )	( )	( )	( )	( )
19	Kendime her zaman güvenirim	( )	( )	( )	( )	( )
20	Sorumluluklar üstlenmek bana zor geliyor	( )	( )	( )	( )	( )
21	En zor şartlarda bile kendi kendimi iyileştirme yetisine sahibim	( )	( )	( )	( )	( )
22	Hedeflerime ulaşmak için kendimi güdüleyebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
23	İnanmış olduğular için sonuna kadar mücadele ederim	( )	( )	( )	( )	( )

## **ACIKLAMA**

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak her maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna (sizi ne derece tanımladığına) karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ifadeleri dikkate alarak yanındaki boşluklardan bir tanesine çarpı (X) işareti koyunuz. Örneğin ifadelerden bir tanesi size hiç uygun değilse “**hiç tanımlamıyor**”, size oldukça uygunsa “**çok iyi tanımlıyor**” seçeneklerini işaretleyiniz. **Lütfen bütün ifadeleri cevaplayınız**

ÖLÇEKLE İLGİLİ İFADELER		Tanımlama düzeyi				
		Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Orta düzeyde tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
24	Zor olan durumları bile lehime çevirmekte hünerliyim	( )	( )	( )	( )	( )
25	Çıkabilecek problemleri önceden kestirerek önlemlerimi alırım	( )	( )	( )	( )	( )
26	Sahip olduğum özellikleri değerli bulmuyorum	( )	( )	( )	( )	( )
27	Çatışmalarımı çözmekte sıkıntılar yaşıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
28	Zor bir durumda kaldığımda genellikle o durumdan çıkış yolumu bulabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
29	Çözüm yollarını hemen görerek uygulamaya koyarım	( )	( )	( )	( )	( )
30	Planlar yaptığım zaman, onları sonuna kadar götürürüm	( )	( )	( )	( )	( )
31	Genellikle gülecek bir şeyler bulabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
32	Olaylar karşısında genellikle çaresiz kaldığımı hissediyorum	( )	( )	( )	( )	( )
33	Rahat ve kolay iletişim kuramam	( )	( )	( )	( )	( )
34	Kendi biricikliğimi içinde yaşadığım toplumla çatışmadan ortaya koyabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
35	Yeni insanlarla tanışmak, yeni yaşantılar beni ürkütür	( )	( )	( )	( )	( )
36	Kendimle barışığım	( )	( )	( )	( )	( )
37	Genellikle bir duruma birçok yönden bakabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
38	Yaşamımı anlamsız buluyorum	( )	( )	( )	( )	( )
39	Yapmak zorunda olduğum şeyler için yeterli enerjiyi bulamıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
40	En zor durumlarda bile kendime inancımı kaybetmem	( )	( )	( )	( )	( )
41	Yaşamımda azimli bir insan olmayı beceremedim	( )	( )	( )	( )	( )
42	Kendimi güçlü hissetmiyorum	( )	( )	( )	( )	( )
43	Yaşamımda üstlendiğim rollerimden zevk almıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
44	Anlatım ve ifadelerimle karşımdakileri ikna edemem	( )	( )	( )	( )	( )
45	Sözlü ve yazılı olarak kendimi ifade etmeyi başarıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
46	Diğer insanlardan gelen sinyalleri iyi okurum	( )	( )	( )	( )	( )
47	Problemlerin kaynağını saptayamıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
48	Dertlerimi unutabilmek için yaratıcılığımı kullanabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
49	Neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar veremem	( )	( )	( )	( )	( )
50	İnanıyorum şeyler için tehlikeleri göze almak zor geliyor	( )	( )	( )	( )	( )



## EK 4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

### Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1. Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum
2. Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir
3. Günlük aktivitelereime bağlı ve ilgiliyim
4. Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum
5. Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim
6. Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum
7. Geleceğim hakkında iyimserim
8. İnsanlar bana saygı duyar

## EK 5. Ön Uygulama Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin Kullanımından Sonra Yapılan Görüş İstemi



merve çetin <mrvecetinata@gmail.com>

### Psikolojik iyi oluş ölçeğinin kullanımına ilişkin

3 İleti

merve çetin <mrvecetinata@gmail.com>  
Alıcı: Bulent Baki Telef <bakitelef@gmail.com>

19 Ocak 2016 08:07

Sayın Bülent Baki Telef,

Kanser tanısı alan bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi konulu tez çalışmamda size ait olan ve sizin izninizle psikolojik iyi oluş ölçeğini kullanmaya başladım. Tezimin ön uygulaması sırasında hastalardan iki farklı durum bize iletildi.

- Ölçekteki maddeleri sözel olarak okumamız ve cevaplarını kaydetmemizi istediler.
- Bir hastamız ölçeğin maddelerinden olan ; 6. maddeye ilişkin şu şekilde cevap verdi.  
"Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum" maddesini doldururken;  
  
"Ben iyi bir insanım (7) iyi bir hayat yaşıyorum (1)" şeklinde cevap vermek istedi.

Bu iki durumla ilgili olarak ölçek sahibi olduğunuz için size sormak ve önerinizi almak istedim. Sorum 1. Bu ölçek öz bildirim ölçeği olması sebebiyle bizim bunu doldurmanızı uygun mudur? Hasta yanıtlarının samimi olarak iletilmesini engeller mi? Kendimiz doldurursak tüm hastalarda aynı şeyi yapmak gerekir mi? Objektiflik açısından sıkıntı yaratır mı?

Sorum 2. altıncı madde ile ilgili ne yapmalıyız?

Şimdiden vereceğiniz katkı ve öneri için danışmanım ve kendi adıma teşekkür ederim. İyi çalışmalar

Yük. Lis. Öğrencisi Merve Atalay

GSM: 0 541 460 80 04

Bulent Baki Telef <bakitelef@gmail.com>  
Alıcı: merve çetin <mrvecetinata@gmail.com>

19 Ocak 2016 15:41

Mümkün olduğu kadar ölçek maddelerini kişi kendisi okuyarak cevap verirse daha sağlıklı olur. 6. Madde uygularken bizimde biraz garibimize gitti fakat geçerlik ve güvenilirlikte problem olmadığı için ve ölçeğin orijinine sadık kalmak için bu şekilde kullandık. Selamlar. İyi çalışmalar.

19 Ocak 2016 08:07 tarihinde merve çetin <mrvecetinata@gmail.com> yazdı:  
[Atılanın metin gözetimi]

## EK 6. Kurum İzin Yazısı



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı : 60590709/2720  
Konu : Merve ATALAY' ın  
Tez Çalışması Onayı

ANTALYA  
14/09/2015

### SAĞLIK, ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ'NE (HASTANE)

**İlgi;** 13/08/2015 tarih ve 26708535-900/2103sayılı yazınız;

İlgi' de kayıtlı yazı ile Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve ATALAY' ın "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duyularının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Prof.Dr. Mustafa SAMUR Kemoterapi Ünitesinde yapabilmemesinin uygun olup olmadığının bildirilmesi istenmiştir.

Konu ile ilgili olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve ATALAY' ın "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duyularının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Tıbbi Onkoloji Kliniğimiz ve Prof.Dr. Mustafa SAMUR Kemoterapi Ünitemizde yapabilmemesinin uygun olduğuna ilişkin Bilim Dalımızın yazısı ektedir.

Gereği bilgilerinize arz ederim.

14 / 09 / 2015

C. ÇELİK

Prof. Dr. M. Ender TERZİOĞLU  
Bilim Dalı Başkanı

**EK:**

1- Tıbbi Onkoloji Bilim Dalımızın 14/09/2015 tarih ve 60590709/ONK-2719 sayılı yazısı (1 sayfa)

Adres	: Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Faks	: (0242) 2496040
Tel	: (0242) 2496480
e-mail	: ichastaliklari@akdeniz.edu.tr



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : 60590709/ONK-2719  
Konu : Merve ATALAY' ın  
Tez Çalışması Onayı

ANTALYA  
14/09/2015

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi; Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane), Hastane Başmüdürlüğü, Personel İşleri Birimi' nin 13/08/2015 tarih ve 26708535-900/2103sayılı yazısı;

İlgi' de kayıtlı yazı ile Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve ATALAY' ın "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duygularının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Prof.Dr. Mustafa SAMUR Kemoterapi Ünitesinde yapabilmemesinin uygun olup olmadığının bildirilmesi istenmiştir.

Konu ile ilgili olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve ATALAY' ın "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duygularının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Tıbbi Onkoloji Kliniğimiz ve Prof.Dr. Mustafa SAMUR Kemoterapi Ünitimizde yapabilmemesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği bilgilerinize arz ederim.

14/09/2015

C.ÇELİK

Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

Adres	: Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07070 ANTALYA
Faks	: (0242) 2496040
Tel	: (0242) 2496480
e-mail	: ichastaliklari@akdeniz.edu.tr


## EK 7. Etik Kurul İzin Yazısı


**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

2015

**KARAR**

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Yrd.Doç.Dr.Saliha HALLAÇ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duygusunun Belirlenmesi
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 321	Tarih: 11.11.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u>	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

  
**Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL**  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı


  
Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Başkan

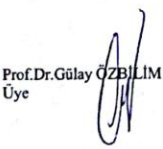
  
Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

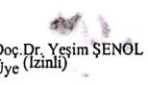
  
Prof. Dr. Can CEVİKOL  
Üye

  
Prof. Dr. Murat CANPOLAT  
Üye

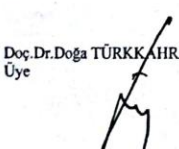
  
Prof. Dr. Dilara İNAN  
Üye (İznilil)

  
Prof. Dr. Necmiye HADİMİOĞLU  
Üye


  
Prof. Dr. Gülay ÖZBİLİM  
Üye

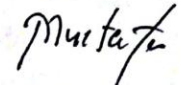
  
Doç. Dr. Yeşim ŞENOL  
Üye (İznilil)


  
Doç. Dr. Gülsüm Özge BAŞSAĞI  
Üye

  
Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN  
Üye

  
Doç. Dr. Ali Berkant AVCI  
Üye

  
Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN  
Üye

  
Av. Mustafa AÇIKEL  
Üye

  
Turgut ALTUN  
Üye (İznilil)

## **EK 8. Aydınlatılmış Onam**

### **KANSER TANISI ALAN BİREYLERDE YILMAZLIK VE İYİ OLUŞ DUYGUSUNUN BELİRLENMESİ**

#### **Sayın Katılımcı;**

Adım Merve Atalay Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran kanser tanısı alan bireylerde hastalığa ve tedavilere bağlı gelişen sorunlarla baş etmede bireylerin yeteneklerini kullanması ve yaşama uyumunu gösteren iki değer olarak yılmazlık ve iyi oluş duygusunun belirlenmesi amacıyla bu tez çalışmasını yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için tanıtıcı özellikler formu, yılmazlık ve psikolojik iyi oluş ölçekleri bulunmaktadır. Bu formları samimi ve açık bir şekilde cevap vererek doldurmanız kanser tanısı alan bireylerde yılmazlık ve iyi oluş duygusunun belirlenmesine ve kanser hastalarıyla çalışanlara hastaların bakım ve tedavisine yönelik önemli bilimsel katkılar sağlayacaktır. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katıldığınız ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederim.

**Hemşire Merve ATALAY**  
**Akdeniz Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği**  
**Yüksek Lisans Öğrencisi**

**Katılımcının İmzası:**

**Araştırmacının İmzası:**

**Tarih:**

## EK 9. Yılmazlık Ölçeği Kullanımına İlişkin İzin Yazısı

06.10.2017

Gmail - yılmazlık ölçeği kullanımı



merve çetin <mrvececinata@gmail.com>

### yılmazlık ölçeği kullanımı

4 ileti

merve çetin <mrvececinata@gmail.com>  
Alıcı: ugurgan@hotmail.com

4 Nisan 2015 13:56

Sayın Uğur Gürkan,  
Merhaba ben Merve Atalay. Akdeniz Üniversitesi tıbbi onkoloji kliniği servis hemşiresi ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. geliştirmiş olduğunuz yılmazlık ölçeğini tez çalışmam için onkoloji hastalarında uygulamak istiyorum . Mümkünse ölçeğinizi ve değerlendirilme özelliklerini paylaşabilir misiniz . çalışmamıza yapacağınız katkı için şimdiden teşekkürler. İyi günler.

uğur gürkan <ugurgan@hotmail.com>  
Alıcı: merve çetin <mrvececinata@gmail.com>

4 Nisan 2015 22:17

Merhaba Merve Hanım,  
Çalışmamda gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim. "Yılmazlık Ölçeği"ni yüksek lisans tezinizde kaynak gösterme kuralları çerçevesinde kullanmanıza izin veriyorum.  
Ayrıca danışmanınıza selamlarımı iletiniz.  
İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Uğur GÜRGAN  
BAÜ NEF PDR Anabilim Dalı

Balikesir

Not: Ekte ölçeğe ilgili bilgiler yer almaktadır.

Date: Sat, 4 Apr 2015 13:56:09 +0300  
Subject: yılmazlık ölçeği kullanımı  
From: mrvececinata@gmail.com  
To: ugurgan@hotmail.com

Sayın Uğur Gürkan,  
Merhaba ben Merve Atalay. Akdeniz Üniversitesi tıbbi onkoloji kliniği servis hemşiresi ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. geliştirmiş olduğunuz yılmazlık ölçeğini tez çalışmam için onkoloji hastalarında uygulamak istiyorum . Mümkünse ölçeğinizi ve değerlendirilme özelliklerini paylaşabilir misiniz . çalışmamıza yapacağınız katkı için şimdiden teşekkürler. İyi günler.

4 eklenti

- YILMAZLIK AÜ DERGİ MAKALEM.pdf  
381K
- Yılmazlık Ölçeği Puanlama.doc  
95K
- yılmazlık ölçeği.doc  
122K
- yılmazlık...xls  
33K

merve çetin <mrvececinata@gmail.com>  
Alıcı: uğur gürkan <ugurgan@hotmail.com>

5 Nisan 2015 14:50

Kısa sürede verdiğiniz cevap ve gösterdiğiniz önem için çok teşekkür ederim.

4 Nisan 2015 22:17 tarihinde uğur gürkan <ugurgan@hotmail.com> yazdı:  
[Ayrıntılı metin gözetildi]

## EK 10. Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin Kullanım İzin Yazısı

06.10.2017

Gmail - Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmada onkoloji hastalarında kullanımı



merve çetin <mrvececinata@gmail.com>

### Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması onkoloji hastalarında kullanımı

4 ileti

merve çetin <mrvececinata@gmail.com>  
Alıcı: bakitelefe@gmail.com

4 Nisan 2015 14:01

Sayın Bülent Baki TELEF

Merhaba ben Merve Atalay. Akdeniz üniversitesi tıbbi onkoloji kliniği servis hemşiresi ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Türkçe geçerlilik güvenilir çalışmasını yaptığınız Psikolojik iyi oluş ölçeğinizi tez çalışmam için onkoloji hastalarında uygulamak istiyorum . Mümkünse ölçeğinizi ve değerlendirilme özelliklerini paylaşabilir misiniz . çalışmamıza yapacağınız katkı için şimdiden teşekkürler. İyi günler.

Bulent Baki Telef <bakitelefe@gmail.com>  
Alıcı: merve çetin <mrvececinata@gmail.com>

4 Nisan 2015 20:41

Ekte ölçeği, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gönderiyorum. İyi çalışmalar.

4 Nisan 2015 04:06 tarihinde merve çetin <mrvececinata@gmail.com> yazdı:

Sayın Bülent Baki TELEF

Merhaba ben Merve Atalay. Akdeniz üniversitesi tıbbi onkoloji kliniği servis hemşiresi ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Türkçe geçerlilik güvenilir çalışmasını yaptığınız Psikolojik iyi oluş ölçeğinizi tez çalışmam için onkoloji hastalarında uygulamak istiyorum . Mümkünse ölçeğinizi ve değerlendirilme özelliklerini paylaşabilir misiniz . çalışmamıza yapacağınız katkı için şimdiden teşekkürler. İyi günler.

--

Yrd. Doç. Dr. Bülent Baki TELEF  
1-Gevirtz Graduate School of Education, Counseling, Clinical, School Psychology Program, University of California-  
Santa Barbara. Visiting Scholars  
2-Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi  
Eğitim Bilimleri Bölümü  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı  
Tel: (+90 286) 218 00 18  
Dahili No: 3162

2 eklenti

H2013.pdf  
347K

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Geçerlik ve Güvenirliği.doc  
44K



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Merve	<b>Uyruğu</b>	T.C
<b>Soyadı</b>	ATALAY	<b>Tel no</b>	05414608004
<b>Doğum tarihi</b>	22.05.1987	<b>e-posta</b>	mrvecetinata@gmail.com

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Antalya Lisesi	2004
<b>Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Akseki Sağlık Yüksekokulu	2008
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	2014- Devam ediyor
<b>Doktora</b>		

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
<b>Hemşire</b>	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2009- Devam ediyor

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
<b>İngilizce</b>	YDS	51.25

### Proje Deneyimi

<b>Proje Adı</b>	<b>Destekleyen kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>

### Burslar-Ödüller:

#### Yayımlar ve Bildiriler:

**Atalay M., Hallaç S.** “Kanser Tanısı Alan Bireylerin Psikososyal Bakımında Önemli İki Değer: Yılmazlık ve İyi Olma” 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, KONYA, TÜRKİYE, 26-28 Mart 2015; 129 (Poster Bildiri)

**Terkeş N., Atalay M., Özer Z.** “Herbal Medicine Treatment as Complementary Therapy in Advanced Non-small-Cell Lung Cancer” 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, ANTALYA, TÜRKİYE, 24-26 Kasım 2016;353 (Poster Bildiri).