



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA PSİKOLOJİK DESTEĞİN
POSTTRAVMATİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

BEGÜM KAPLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ BARIŞ ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul - 2018

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA PSİKOLOJİK DESTEĞİN
POSTTRAVMATİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**BEGÜM KAPLAN
144102104**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ BARIŞ ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102104
Öğrenci Adı Soyadı	: Begüm Kaplan
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Doç. Üyesi Barış Önen Ünsalver
Tezin Başlığı	: Kemik iliği nakli yapılmış Hastalarda Psikolojik Destekğin Posttraumatik Beye Üzerindeki Etkisi
Toplantı Tarihi	: 25.6.2018
Saati	: 09:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> Geldi
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.	
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,	
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)	
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDEDİLMESİNE	
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.	
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti
Tezin Yeni Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> Gelmedi
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,	
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.	

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Dr. Ömer Faruk Serhan Ökten	[İmza]
Danışman Üye	Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver	[İmza]
Üye	Doç. Dr. Kerem Uluçan	[İmza]
Üye		
Üye		

[Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.]

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bu tutanağı ve eklerini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Tarih: 28.06.2018
Doç. Dr. Kerem Uluçan
Üsküdar Üniversitesi ve Enstitüsü
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum "Kemik İliği Nakli Yapılmış Hastalarda Psikolojik Desteğin Posttravmatik Büyüme Üzerindeki Etkisi" adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Haziran, 2018
Begüm KAPLAN

TEŞEKKÜR

Hayatta en istediğim şeylerden biri konusu içime sinen bir tez yazmaktı. Şanslıydım ki, hem hematoloji gibi özel bir alanda çalışma hem de ‘Hastalık yoktur, hasta vardır’ prensibiyle hastalarına yaklaşan bir hekimle ve de ekibiyle çalışma fırsatım oldu. Tezimi yazarken hastalarla geçirdiğimiz süreçler, bazılarının son günlerine tanıklık etmem, onlarla o özel anları yaşamış olmam zaman zaman yorulduğumda bana tezimi layıkıyla yapabilmem için güç verdi.

Yüksek Lisans tezimin hayatıma kattığı anlam kelimelerle tarif edilemez. Tezim, hayatımın en keyifli mesleki deneyimiyle beraber mesleki tatmini yaşadığım bir senenin ve de özveriyle çalışmanın ürünüdür. Aynı zamanda, başka araştırmacılara da fayda sağlaması en büyük arzumdur.

Yüksek Lisans tezimin konu seçiminden, yazım sürecindeki bilgi paylaşımına her aşamasında deneyiminden yararlandığım tez danışmanım çok değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER’e,

Tez çalışmamı Medical Park Göztepe Hastanesi hematoloji bölümü erişkin KİT katında ve hematoloji polikliniğinde yapmam için önümü açan sorumlu doktorumuz çok kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Cafer ADIGÜZEL’e, kat sorumlusu hemşirelerimiz sayın Perihan ENGİN’e, Esra ÜNAL’a, Zeynep ÖGEDAY’a, KİT koordinatörümüz sayın Sevecen KOLÇAK’a ve diğer hemşirelerimize,

Tezimin istatistiksel analiz aşamasında her daim yanımda olup, bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan Adli Psikolog Dr. Gül Alpar’a,

Bu çalışmayı yapmamı ve ölçekleri hastalara uygulamamı mümkün kılan Medical Park Göztepe Hastanesi yönetimine ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılan hastalara,

Tez yazım sürecinde yaşadığım zorluklarda bana hep destek olan başta çok kıymetli sayın Uzm. Psikolog C. Baybars BEKİROĞLU’na, tıbbi bilgisini hiçbir zaman için paylaşmaktan çekinmeyen ve daima motive eden Adli Tıp Uzmanı Yusuf TANRIKULU’na, beni motive eden ve hep yanımda hissettiğim, arkadaşlık dışında mesleki bilgi paylaşımında bulunduğum Uzm. Psikolog İlke ERDAŞ’a, Uzm. Psikolog Aslı BAŞARI’ya, Psikolog Deniz DURMUŞ’a, kıymetli arkadaşım Ebru Öktem ÖZ’e, Derya KESKİN’e, Mehmet BİLEN’e ve aileme teşekkür ederim.

Yüksek Lisans tezimi beraber çalıştığımız hastalara temsilen yakın zamanda kaybettiğimiz altın kalpli, güler yüzlü, mücadeleyi hiç bırakmayan ve hayalleri olan Havva BAYRAM’a ithaf ediyorum.

Psikolog Begüm KAPLAN
İstanbul, Haziran 2018

(KAPLAN, Begüm, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018)

KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA PSİKOLOJİK DESTEĞİN POSTTRAVMATİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, kemik iliği nakli yapılmış hastalarda psikolojik desteğin posttravmatik büyüme üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla araştırmaya gönüllü olarak katılan 60 kemik iliği nakli yapılmış hastanın 30'una psikolojik destek verilmiş, diğer 30'una ise psikolojik destek verilmemiştir. Psikolojik destek sonrası hastalara Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri uygulanmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda, psikolojik destek alan hastaların “benlik algısında değişim” düzeyleri psikolojik destek almayan hastaların “benlik algısında değişim” düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Ancak iki grupta da travma sonrası büyümenin yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla iletişimde değişim düzeylerinde farklılaşma ortaya çıkmamıştır. İki grubun depresyon düzeyleri arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmada ayrıca, kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri yükseldikçe depresyon düzeylerinin düştüğü bulunmuştur. Literatürde buna benzer bir çalışma bulunamadığından çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kemik iliği nakli, psikolojik destek, travma sonrası büyüme, depresyon

(KAPLAN, Begüm, MSc Thesis of Clinical Psychology, Istanbul, 2018)

**EFFECT OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT ON POSTTRAUMATIC
GROWTH IN BONE MARROW TRANSPLANT PATIENTS**

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the effect of psychological support on posttraumatic growth in bone marrow transplant patients. For this study, 60 bone marrow transplant patients voluntarily participated in the study. 30 patients were provided psychological support while the other 30 patients did not receive any psychological support. Patients completed the Beck Depression Inventory and Post Traumatic Growth Inventory after receiving psychological support. As a result of the statistical analysis, the levels of "change in self-perception" of psychologically supported patients were found to be higher than the "change in self-perception" levels of patients who did not receive psychological support. In both groups, however, there was no change in the level of change in life philosophy and in the level of communication with others in post-traumatized life. There was no significant difference between depression levels of the two groups. The research also examined the relationship between post-traumatic growth levels and depression levels of bone marrow transplant patients. Depression levels were found to decrease as the post-traumatic growth levels of the patients increased. Since a similar study was not found in literature, it is expected that the study will likely contribute to literature.

Key words: bone marrow transplantation, psychological support, post-traumatic growth, depression

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	2
İKİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER	3
2.1. KEMİK İLİĞİ NAKLİ	3
2.1.1. Kemik İliği Nakli Tarihçesi	4
2.1.2. Kemik İliği Nakli Yapılan Hastalıklar	5
2.1.3. Hastalık ve Kemik İliği Nakli Algısı	6
2.2. TEDAVİ SÜRECİNDE DEPRESYON VE TRAVMA	7
2.2.1. Depresyon	7
2.2.2. Travma	11
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	13
2.2.4. Posttravmatik Büyüme	15
2.2.5. Kemik İliği Nakli Sonrası Depresyon ve Posttravmatik Büyüme İlişkisi.....	18
2.3. PSİKOLOJİK DESTEK	20
2.3.1. Sağlık Psikolojisinde Kullanılan Psikolojik Destek.....	22
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM	25
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	25
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	25
3.2.2. Demografik Özellikler Formu.....	25
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri.....	26
3.2.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	26
3.3. İŞLEM	27
3.4. VERİ ANALİZİ	27
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR.....	28
4.1. PSİKOLOJİK DESTEK ALAN VE ALMAYAN KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARINA İLİŞKİN BETİMSSEL BULGULAR.....	28
4.2. PSİKOLOJİK DESTEK ALAN VE ALMAYAN KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	34
4.3. KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	36
4.4. KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER	41
BEŞİNCİ BÖLÜM TARTIŞMA VE SONUÇ	43
5.1. TARTIŞMA.....	43
5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKÇA	46
EKLER.....	55
EK 1: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU	55
EK 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ - BDE.....	56
EK 3: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ.....	57
EK 4: MEDICAL PARK GÖZTEPE HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ.....	58
EK 5: BİLİMSEL ETİK KURUL FORMU.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	60

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKHN	: Allojenik Kök Hücre Nakli
ASBMT	: The American Society for Blood and Marrow Transplantation
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CIS	: Control List Individual Power
DM	: Diabetes Mellitus
EBMT	: European Group for Blood and Marrow Transplantation
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GVHH	: Graft Versus Host Hastalığı
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HKHN	: Hematopoetik Kök Hücre Nakli
HLA	: Human Leukocyte Antigen
HLA	: Human Lökosit Antijeni
IMCP	: Individual Meaning Centered Psychotherapy
KHN	: Kök Hücre Nakli
MCGP	: Meaning Centered Group Psychotherapy
MS	: Multiple Skleroz
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
OKHN	: Otolog Kök Hücre Nakli
PCT	: Present Centered Therapy
SGP	: Supportive Group Psychotherapy
TFCBT	: Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YDKT	: Yüksek Doz Kemoterapi

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Demografik Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	29
Tablo 2. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Klinik Özellikleri Bakımından Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	31
Tablo 3. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Antidepresan İlaç, Sigara ve Alkol Kullanımları Bakımından Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları.....	33
Tablo 4. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının yaş ortalamaları, standart sapmaları ve t testi bulguları.....	34
Tablo 5. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve Kolmogorov Smirnov z testi bulguları.....	35
Tablo 6. Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları	36
Tablo 7. Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları	37
Tablo 8. Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları.....	38
Tablo 9. Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları	39
Tablo 10. Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları	40
Tablo 11. Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları.....	41

GİRİŞ

Yüksek doz kemoterapi eşliğinde otolog veya allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda; depresyon, hüzün, ikircikli duygular, regresyon ve bilişsel işlevlerin bozulması tedavi sürecinde sıklıkla karşılaşılan psikolojik durumlardır. Tedavi sürecinde kullanılan kemoterapötikler, kortikosteroidler ve narkotikler gibi ilaçların yan etkileri, kanser tanısının kişide meydana getirdiği duygusal travma, kemik iliği nakli kararı ve nakil sürecinin güçlükleri, tedavi sürecinde kalınan yüksek korumalı pozitif basınçlı hepafiltreli steril odalar bu dönemde karşılaşılan zorluklardandır (Şentürk, Yaylı, Civelek, t.y.). Tedavi sonrası yineleme ve uyum endişesi yoğun yaşanmaktadır. Hastalığın tekrarlaması durumunda ilk tanıyı aldığı dönemden daha şiddetli tepkiler; depresyon, uykusuzluk, anksiyete, anoreksi ve umutsuzluk olarak ortaya çıkabilmektedir. Hastanın her aşamada bilgilendirilmesi, sorularına cevap bulması, yaşadığı duygu durumunu aktarması cesaretlendirilmelidir.

Kemik iliği nakli yapılan hastaların psikolojik olarak desteklenmesi tedaviye uyumu ve baş etme becerilerini arttıracaktır. Psikolojik desteğin genel amacı; hastanın kendine güvenini arttırmak, moralini yüksek tutmak ve tedavi sürecini kaliteli bir şekilde yönetebilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda yaşanan ruhsal sorunların azaltılması da amaçlarındandır. Hastanın hastalıkla mücadele ederken kontrol duygusunu geliştirmek ve yeni çözümler üretebilmesini sağlamak, yaşadığı kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygularını anlatmasını teşvik etmek böylelikle, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini, aile ve sosyal çevresiyle ilişkilerini güçlendirmek diğer amaçlarındandır (Özkan, 2012).

Literatürde, kemik iliği nakli yapılan hastaların psikolojik süreçleriyle ilgili çok az çalışma vardır. Kemik iliği nakli yapılan hastalardan ziyade kanser hastaları ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanmıştır. Kanser hastalarıyla ilgili psikolojik süreçlerin ele alındığı çalışmalarda (Breitbart et al., 2015, 2018; Van Gessel, 2018; Chen and Ahmad, 2018) psikolojik desteğin önemi vurgulanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmada, kemik iliği nakli yapılan hastaların, tedavi süreçlerinde psikolojik destek alıp almamalarına göre travma sonrası büyüme ve depresyon düzeylerinde farklılaşma olup olmadığının incelenmesi ve ayrıca kemik iliği nakli yapılan hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulguların hem literatüre hem de uygulama alanına katkısının olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli yapılmış hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
2. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli yapılmış hastaların depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Kemik iliği nakli yapılmış hastaların travma sonrası büyüme ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. KEMİK İLİĞİ NAKLİ

Kemik iliğinde bulunan kök hücreleri, kemik iliğinde yer alan hücreleri ve dolaşımda olan kan hücrelerini üretirler. Kan hücreleri; dokulara oksijen taşıyan kırmızı kan hücreleri, mikroplara karşı vücudu savunan beyaz kan hücreleri ve kanamadan koruyan trombositlerden oluşmaktadır. Kemik iliğinin çalışmaması durumunda kan hücrelerinde azalmayla birlikte enfeksiyon, kansızlık ve kanamalar yönünden hastanın hayatı tehlikeye girmektedir (thd.org.tr, 2010). Vücuttaki kan hücrelerinin tümü hematopoetik kök hücreler denir, genç hücrelerden oluşmaktadır. Hematopoetik 'kan oluşturan' anlamına gelmektedir. Hematopoetik kök hücreleri sadece kemik iliğinde değil daha az miktarda da olsa periferik kanda da bulunur.

Günümüzde değişik ilaçlarla periferdeki kök hücre sayısını artırmak ve bunları toplamak mümkün olmaktadır (kemikiligi.org.tr). Hastanın kendisinden veya doku grubu uyumlu kişinin periferik kanından kök hücrelerin toplanıp, hazırlama işleminden sonra hastaya verilmesi işlemine periferik kök hücre nakli denir (Koç ve Demirer, 1997). Kemik iliğinden toplanan hücrelerin nakli ise, genel anestezi altında özel aspirasyon iğneleriyle posterior iliak kemiğinden aspire edilerek özel bir ortamda toplandıktan sonra yüksek korumalı pozitif basınçlı hepafiltreli steril odalarda hastaya verilir. Ürün kan ile karışık olup, hastaya intravenöz yolla verilmektedir (Ünal ve Sarı, 2004; Kalayoğlu-Beşışık, 2015).

Kemik iliği, kan hücrelerinin yapıldığı, vücutta yassı kemiklerin merkezinde bulunan, yumuşak süngerimsi bir dokudur (kemikiligi.org.tr). Kemik iliği eritrosit, lökosit ve trombositlerden oluşan farklı kan hücrelerini üretmektedir (Kern, 2004). Kemik iliği nakli bazı habis kan hastalıkları ve kemik iliği yetmezlikleri ve de doğumsal kan hastalıklarının tedavisinde başvurulan yöntemlerden biridir (thd.org.tr, 2010).

Nakil amacıyla kullanılan kök hücreler kemik iliğinden, periferik kandan veya göbek kordonundan elde edilebilmektedir. Nakil işlemi için başlangıçta sadece kemik iliğinden kök hücre elde edildiğinden işleme, kemik iliği nakli denilmişse de kemik iliği

dışında da kök hücre elde edilebildiğinden günümüzde hematopoetik (kan yapıcı) kök hücre nakli (HKHN) deyimini kullanılmaktadır (thd.org.tr, 2010).

Kemik İliği Nakli veya HKNH tipleri Otolog, Allojenik, Sinjeneik, Haploidentik ve Kordon Kanı olmak üzere beşe ayrılmaktadır (Koç, 2002; Ünal, 2004; Tekin, 2004).

1. Otolog HKHN: Steril şartlar altında kişinin kendisinden alınan kemik iliği ya da periferik kandan ayrıştırılan kök hücre, özel tanklarda saklanıp, yüksek doz kemoterapi (YDKT) sonrasında kişiye verilmesi işlemidir (Ündar, 2004).
2. Allojenik HKHN: Steril şartlar altında doku grubu uygun sağlıklı vericiden alınan hematopoetik kök hücrelerin, habis hücreleri öldürmek amacıyla, YDKT sonrası alıcıya verilmesi işlemine denmektedir. Vericinin periferik kanından toplanan veya kemik iliğinden alınan kök hücreler kan bankasında aferez (ayırma) işleminden geçirildikten sonra hastaya aynı gün içinde ve dondurulmadan kateterle damar yoluyla verilmektedir (Griffith, 1999; Demirer, 2004).
3. Sinjeneik HKHN: İkiz kardeşten kök hücre toplanarak gerçekleşen allojenik kök hücre naklidir (Koç, 2002; Akdemir ve Birol, 2003). Bu nakilde tüm genetik özellikler ve Human Lökosit Antijeni (HLA) aynıdır (Goldman and .Ausiella, 2011).
4. Haploidentik HKHN: En az yarım uyumlu ancak tam uyumlu olmayan akraba vericiden toplanan hematopoetik kök hücrelerin YDKT sonrası alıcıya verilmesi işlemine denmektedir.
5. Kordon Kanı Nakli: HLA doku uyumlu kardeş veya akraba dışı vericiden kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir (Rizzo, 1999; Koç, 2002).

2.1.1. Kemik İliği Nakli Tarihçesi

Dünyada ilk kök hücre nakli ile ilgili çalışmalar 1939'lu yıllara dayanmaktadır. İlk kayıtlı kemik iliği nakli Osgood ve arkadaşları tarafından 1939 yılında altına bağlı aplazisi olan hastaya aynı kan grubundan olan erkek kardeşten yapılmıştır. Ancak nakil başarılı olamamış ve hasta kaybedilmiştir. Jacopson ve arkadaşları tarafından 1949 yılında ilk umutlu çalışmalar yayınlanmıştır.

1950'li yıllarda Hiroşima ve Nagazaki'de radyasyona maruz kalan hastalarda görülen hematolojik yan etkiler, kemik iliğinin kök hücrelerinin olası radyoprotektif etkileri hakkındaki araştırmaların başlamasına sebep olmuştur. 1958 yılında insan için ilk otolog hematopoetik hücre uygulaması girişimi yapılmıştır. 1960'lı yılların başlarında yapılan çalışmalarla 'blood stem cell' terimi kullanılmaya başlanmıştır.

1960'lı yılların ortalarında ise, HLA (Human Leukocyte Antigen) sisteminin bulunmasıyla başarılı allojenik KHN yapılmaya başlanmıştır. İlk başarılı allojenik kemik iliği nakli ise 1965 yılında uygulanmıştır. Kordon kanıyla ilgili ilk çalışmalar 1970'li yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Hansen ve arkadaşları tarafından 1979 yılında ilk akraba dışı allojenik kemik iliği nakli gerçekleştirilmiştir. Aynı yılda, tek yumurta ikizleri arasında kan kök hücre (blood stem cell) nakli ABD'de, 1981 yılında ise ilk otolog periferik kök hücre nakli İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. İlk başarılı kordon kanı kök hücre nakli de 1988 yılında Fransa'da yapılmıştır.

KHN'de standart oluşturmak amacı ile 1996 yılında ASBMT (The American Society for Blood and Marrow Transplantation) alt kurumu olarak FACT, 1998 yılında ise EBMT'e (European Group for Blood and Marrow Transplantation) bağlı JACIE kurularak nakil merkezlerinde olması gereken standartlar belirlenmiş ve denetimlere başlanmıştır.

Ülkemizde ise; İlk allojenik kemik iliği nakli Hacettepe Üniversitesinde 1978 yılında, ilk otolog kemik iliği nakli Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 1984 yılında, ilk otolog periferik kan hematopoetik hücre nakli ve ilk pediatrik otolog kök hücre nakli ise 1992 yılında yapılmıştır. İlk kordon kanı kök hücre nakli ise Çukurova Üniversitesinde 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (Tanyeli, Aykut, Demirel ve Akçaoğlu, 2014).

2.1.2. Kemik İliği Nakli Yapılan Hastalıklar

Günümüzde kemik iliği veya HKHN, multiple myelom, lösemi, lenfoma gibi malign ve benign hastalıkları, aplastik anemiyi, solid tümörleri, immünolojik hastalıkları, genetik hastalıkları ve eritrosit hastalıkları tedavi etmek için başarıyla uygulanmaktadır (Kern, 2004).

2.1.3. Hastalık ve Kemik İliği Nakli Algısı

Hastalık, organizmanın yapı ve işleyişinde ortaya çıkan bozukluktur. Diğer bir deyişle sağlığın bozulması durumudur. Kronik hastalıklar, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen veya uzun bir süreçte tedavi edilebilen veya hastalığın derecesini azaltmak için kişinin işlevselliğini, sorumluluklarını en üst düzeye çıkarmak hedefiyle periyodik olarak gözlemlenen ve destek bakım gerektiren durumlardır (Gorman, Sultan et al., 1996).

Konsültasyon-liyezon alanında gerçekleştirilen çalışmalarda, bireyin tıbbi tedaviye optimal uyuncu ve hastalık yönetimi ile ilgili algının anlaşılması esastır (Leventhal et al., 1984; Petrie et al., 1996). Bireyin tedaviyle ilgili motivasyonunun altında yatan algısal ve bilişsel faktörler veya sağlık hizmetlerinden düzenli yararlanmakla ilgili istekliliği veya sağlığın iyileşmesi için kişinin yaptığı uyumsal davranışlar ilaç uyuncu ile yapılan birçok çalışma için konu olmuştur (Croyle and Barger 1993; Leventhal et al., 1998).

Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklı yaşanmaktadır. Farklı deneyimlerin oluşmasına sebep olan birçok faktör vardır. Hastalar kişisel deneyim, bilgi, değer, inanç ve gereksinimleri doğrultusunda hastalığı açıklamaya çalışırlar (Lipowski, 1981; Brown et al., 1988).

Algı söz konusu olduğunda geçmiş yaşantılar ve öğrenmeyle beraber güdülenme, değerler, beklentiler, bilişsel tarz ve kişinin kültüründe var olan ön yargılar gibi faktörler de kişinin algısal deneyimini etkileyebilmektedir (Morris, 2002). Algı aynı zamanda hastalık veya yeti yitiminin kişi tarafından nasıl değerlendirildiğine de işaret etmektedir. Bu görüşe göre hastalık algısı, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelmektedir. Yapılan araştırmalarda, kişilerin sağlık durumları ile ilgili algılarının, çoğunlukla gerçek fiziksel durumlarından farklı olabileceğini göstermektedir (Taylor et al., 2000).

Hastalık algısı ise, hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inanç ve düşünceleridir. Kişi bir hastalık tanısı aldığı zaman genellikle kendi durumu hakkındaki inancı ile beraber hastalığı yönetmede beliren yeni bir yöntem geliştirir (Petrie, Jago, Devhich, 2007). Hastalık algısı modeli; baş etme, hastalığı yorumlama ve değerlendirmeleri de içeren döngüsel bir süreçtir (Hagger and Orbell, 2003). Leventhal ve arkadaşlarının (1984, 1997) geliştirdiği hastalık temsili modeline göre; kişi zihninde

hastalığın belirtisi, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi oluşturduğu bilişsel şemalar oluşturur. Bu şemalarda, tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerdiği belirtilmiştir (Heijmans et al., 1998).

Kemik iliği nakli yapılan hastaların hayatı, hastalığın getirmiş olduğu fiziksel ve psikososyal sorunlar, invaziv girişimler, radyoterapi, kemoterapi ve izolasyon nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Buna bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlı olmak durumundadır. Tedavinin erken döneminde kemik iliği baskılanmasına bağlı yaşamı tehdit edici fiziksel sorunlar meydana gelmektedir. Bu nedenlerden ötürü hasta anksiyete ve depresyon yaşayabilmektedir (Sun, Francisco, Blake et al., 2011; Löff, Winiarski, Ljungman, Forinder, 2011).

Kemik iliği nakli öncesi başlayan hastalığın evresi ve tekrarı, nakil sonrası komplikasyonlar (GVHH, ağrı duyma, nötropeni, kusma, mide bulantısı), öz bakım yetersizliği, cinsel yetersizlik, belirsizlik, ölüm korkusu, izolasyon, aile ve arkadaşlarından ayrı kalma, ilik tutmama korkusu gibi faktörler de anksiyete ve depresyona sebep olmaktadır.

Hastanın yaşadığı psikolojik sorunlar tedaviye iş birliğini azaltarak baş etme yöntemlerinde, öz bakımında ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (Hoodin, 2003; Norkin, Hsu, Wingard, 2012). Hastanın hastalığına olan algısı ve yorumu; baş etme biçimi, psikososyal zorlanması, duygusal ve davranışsal tepkisi, yaşam kalitesini ve psikiyatrik bozukluk gelişimini belirlemede önemlidir (Özkan, 1993; Elbi, 2001; Elbi vd., 2001).

2.2. TEDAVİ SÜRECİNDE DEPRESYON VE TRAVMA

2.2.1. Depresyon

Günümüz tıbbının en güncel sorunu olan kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme ve ölüm duygularını, düşüncelerini çağrıştırmaktadır. Kanser olgusu, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmakla beraber, ruhsal ve psikososyal boyutu da olan bir sorundur. İnsanın varlığına ve varoluşuna ilişkin sorunları da içinde barındırmaktadır. Kanser tedavisi ise, cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi çoklu tedavilerinden oluşmaktadır. Tanı ve tedavide geliştirilen ileri yöntem ve

tekniklerin psikolojik yan etkileri bulunmaktadır. Tedavi için kullanılan ilaçların birçoğunda ciddi nöropsikiyatrik yan etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Kemik iliği nakli gibi bazı ileri girişimlerin kendine özgü sorunları vardır. Bunlar; tanı, tedavi, hastane ortamı, hasta rolü, yeni yaşam biçimine adaptasyon ve de topluma yeniden girme gibi sorunlardır. Bütün bunlarla birlikte, hastanın duygusal ve davranışsal tepkileri normal kabul edilebilecek sınırları aştığında psikiyatrik ve psikosoyal sorunlar oluşmaya başlamaktadır.

Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıkacağı düşüncesi de, tüm tepkilerin normal olarak kabul edilebileceği düşüncesi de yanlıştır. Kanserde meydana gelen psikiyatrik bozukluklarla ilgili yapılan prevelans çalışmalarından biri New York'ta üç ayrı merkezden 215 hasta ile yapılmıştır. Hastaların %53'ünde hastalığa normal tepki davranışı görülmüştür ve de tanı almamıştır. Hastaların %43'ünde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu hastalardan %10'unda psikiyatrik öykü mevcuttur. Bu değerler, kanserde psikiyatrik bozukluk insidans ve prevelansının yüksek ve de fiziksel hastalıklar arasında yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı grubun %68'inde anksiyeteli veya depresif uyum bozukluğu, %13'ünde majör depresyon, %8'inde organik mental bozukluk, %4'ünde anksiyete bozukluğu görülmüştür. Kanser hastalarında ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ile beraber hastalığın seyri ve tedaviye uyum süreci göz önüne alındığında psikiyatrik konsültasyonun gerekli olduğu düşünülmektedir. Yapılan kapsamlı çalışmalarda %25-55 oranında depresyon ve %40-60 oranında organik beyin sendromunun kanser hastalarında görülen en sık psikiyatrik morbiditedir.

Kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar; depresif sendromlar, uyum bozuklukları, organik beyin sendromları (kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri, demans, delirium, ve diğer organik sendromlar), anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, iştahsızlık, ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar, kemoterapiye bağlı kusma, bulantı ve psikiyatrik boyutu olan diğer sendromlardır (Özkan, 2012).

Kanserli hastalarda depresyon açısından risk faktörlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, tanı sırasında fazla duygusal stres yaşanması, benlik saygısının az olması ve de duygusal desteğin yetersizliği gelmektedir (Mete ve Önen, 2001). Diğer risk faktörleri ise; ilerlemiş kanser, eşlik eden başka bedensel hastalıklar, yetersiz ağrı

kontrolü, alkol bağımlılığı, ve de kemoterapötik ajanlardır (Sertöz ve Mete, 2004). Hormon salgılayan tümörler, MSS tümörleri, ensefalit, üremi, pankreas başı kanseri ve elektrolit dengesizliği de depresyona sebep olan diğer nedenlerdir (Arıkan, 2004).

Depresyon, derin üzüntülü, bazen hem üzüntülü hem kaygılı bir duygudurumla beraber düşünce, devinim, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ile değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, küçüklük, karamsar duygu ve düşünceleri içine alan bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ve ruhsal olmayan hastalıkta görülebilmektedir. Bu nedenle iki ayrı alt başlıkta ayrılmıştır.

- 1. Birincil Depresyon:** Bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir. DSM-5'te Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu olarak adlandırılmaktadır.
- 2. İkincil Depresyon:** Bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa veya ilaç kullanımına ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlük durumlarıdır. Buradaki önemli fark, ikincil depresyonun önemli bir çoğunluğunda belirtilerin birincil depresyondan ayırt edilemiyor olmasıdır. Mide kanseri ve şizofreni gibi asıl hastalıklarda ortaya çıkan depresyon, doğrudan asıl hastalığın beyin işlevini etkilemesi ile ortaya çıkmayıp, asıl hastalığa komorbid (ektanı) olarak psikososyal stres etkenleri, korku, endişe, çaresizlik duyguları sonucu gelişir. Ayrıca, addison hastalığı, hipotiroidi, kansızlık, beyin uru, beyin damar hastalığı gibi hastalıklarda alınan bazı ilaçların (dijitalis, steroidler, sedatifler) sürekli alımında tüberküloz, beyin sifilisi, hepatit gibi enfeksiyon hastalıklarında görülen ve de doğrudan beyin işlevlerinin etkilenmesi sonucu beliren ve altta yatan neden düzelince oluşan depresyondur. DSM-5'te Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu ve Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların hasta için anlamı hastada kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmaktadır. Dolayısıyla, kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik morbidite, depresif sendromdur. Hastanın tedavi sürecinde baş edebilmesi, yaşına, önceki duygusal uyum yeteneğine, yaşam deneyimlerine, hastalığın kariyer, aile gibi yaşam amaçlarını tehdit etme olasılığına, psikososyal desteklerine ve hastalığın

getirdiği değişkenlerine (organ kaybı, fiziksel hasarlar, tedavinin gidişatı, ağrı şiddeti) vb. faktörlere bağlıdır.

Ölüm korkusu, çaresizlik, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkım olacağı gibi düşünce ve kaygılar depresyona sebebiyet veren düşünce ve duygulardır. Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon geliştirmede en önemli unsurdur. Kanseri hastalarında psikiyatrik morbiditeye ilişkin yapılan çalışmalarda, hastaların %50'sinde tanı, tedavi ve seyrin herhangi bir aşamasında tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom ortaya çıktığını göstermektedir. En sık olarak; majör depresyon, organik beyin sendromu, depresif mizaçlı uyum bozukluğu, kişilik bozuklukları, kaygı bozukluğu sık görülen tanılardır. En sık depresif yelpazedeki hastalıklar görölmektedir. Üzüntü ve yas reaksiyonları ise tek başına majör depresyon tanısı koymak için yeterli değildir (Özkan, 2012).

Fiziksel hastalık kişide yeni bir duruma yol açmasına neden olmaktadır. Bu yeni durum kişinin, ruhsal, bedensel ve sosyal bütünlüğüne darbe olabilmektedir. Ancak aynı kişinin ruhsal, bedensel ve sosyal becerileri ve uyum sağlama potansiyeli de vardır. Depresyon uyum sağlama ile ilgili bir başarısızlıktır. Genel popölyasyonda majör depresyon görölme sıklığı %3.7-6.7 iken, genel tıbbi hastalıkları olan hastalarda bu oran %10-14 olarak bulunmuştur. Genel klinik tıpta depresif hastalık en yaygın psikiyatrik bozukluk olarak bilinmektedir. Bu hastaların %25'inde depresyon fiziksel hastalık öncesinde ortaya çıkmaktayken, %75'inde depresyon, fiziksel hastalıklardan sonra hastalığa ve etkilerine tepki olarak ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel hastalık ve depresyon birlikteliğinin birçok sebebi olabilmektedir. Durumu, organik ya da ruhsal diye düşünmek sağlıklı değildir. Depresyon, fiziksel hastalığın komplikasyonu olabilir, rastlantısal ve etkileşimsel birlikteliğin sebebi olabilir, hastalık süreci beyin işlevlerini bozarak depresyona sebep olabilir ya da depresyon, hastane ortamı, fiziksel hastalık, hastalığın etkisi ve yaşantıya getirdiği sınırlamalara karşı psikolojik-davranışsal tepkiler olarak görölmektedir. Her hastada depresyon göröleceği ya da depresyonun beklenen bir sonuç olduğu yargısı doğru değildir. Ruhsal bozukluklar ile normal bir uyum tepkisi birbirine karıştırılmamalıdır (humanitepsikiyatri.com, 2018).

Patten (2001) çalışmasında, uzun süreli herhangi bir tıbbi hastalığı olanların majör depresyon gelişme riskinin, uzun süreli herhangi bir tıbbi hastalığı olmayanlara göre daha yüksek oranda görüldüğünü belirtmiştir. Katon (1998) depresyonu olan hastalarda hastalığın belirti yükünün daha fazla olduğunu söylemiştir. Wells ve arkadaşları (1989) ise sosyal ve mesleki işsizliğin arttığını bildirmiştir. Kronik tıbbi hastalıkların tedavi sürecinin etkili yönetilebilmesi için, doktorla iş birliği, diyet programı, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı ve özdenetim gereklidir. Depresyon, birçok hastalıkta özdenetimi olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tıbbi hastalık ile beraber majör depresyonu olan kişilerde, tedaviye uyum problemleri, depresyonu olmayanlardan üç kat daha yüksek bulunmuştur (DiMatteo et al., 2000).

Depresyonun kronik hastalıklarda gidiş ve sonlanışı kötüleştirdiğini bildiren çalışmalarla birlikte, tıbbi hastalık riskini arttırdığını gösteren çalışmalar da vardır. Depresyon, inme (felç), kalp hastalığı, DM (Diabetes Mellitus), HIV (Human Immunodeficiency Virus), kanser ve diğer kronik hastalıkların prognozunu kötüleştirmektedir (Evans and Charney 2003; Stein et al., 2006; Katon et al., 2007).

2.2.2. Travma

Travma (örseleme), bireyin ruhsal ve bedensel varolmasını anlamlı bir biçimde sarsan, inciten ve yaralayan ani her türlü olay için tanımlanmaktadır. Ağır travmatik olaylar; ölümcül hastalık teşhisi konması, trafik ve uçak kazaları, doğal afetler (sel, deprem vb.), savaşlar, cinsel ve fiziksel saldırıya maruz kalma, terörist elinde rehin tutulmak, uzun süre savaşta siperde kalmak, toplama kampında kalmak, terör saldırısına uğramak, ceset veya vücut parçası görmek gibi ağır ve kişinin baş etme becerisini aşan yoğun duygu yüklü olaylardır (Palabıyıkoglu, 2000; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Kişinin ağır örseleyici olayla karşılaşmadığı ancak herhangi bir travmatik olaya tanık olduğu durumlar da travma etkisi yapabilmektedir.

Stres (zorlanma), organizmanın denge durumunu (homeostasis) bozan herhangi bir etmene denir. Buna bağlı olarak her türlü hastalığın tetiklenmesinde kısa veya uzun süreli stresin önemli derecede etkisi bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Kişinin yaşadığı tehlikeli durumun büyüklüğü olumsuz duygusal sorunlara yol açabilmektedir. Kişinin beklenmedik zamanda gelişen travmatik olaydan etkilenmesi olayın şiddetine

(Öztürk ve Uluşahin, 2008); etkilenme derecesi ise kişinin olayı algılama ve anlamlandırma biçimine (Carlson and Ruzek, 2003); travmatik olay karşısındaki dayanma gücü ise kişinin kalıtsal yapısına, kişilik özelliklerine, öğrenme ile geliştirdiği benlik gücüne, böyle bir olaya hazırlıklı olup olmadığı gibi etkenlere bağlıdır.

Hemen her travmatik olay, her insanda korku, dehşet, dona kalma ve çaresizlik yaratabilir. Ancak, aynı travmatik olayı yaşayan insanlar benzer yıkılma ve bozulma belirtilerini göstermezler. Buna örnek olarak, büyük depremlerden sonra insanların hepsi ağır travma ve stres yaşamakla beraber ruhsal ve bedensel olarak da etkilenmektedirler. Fakat hepsinde ruhsal bozukluk görülmemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bir başka deyişle, kişinin yaşadığı travmatik yüklü olaydan nasıl etkileneceği kişinin olayı nasıl anlamlandığı ve nasıl algıladığıyla ilişkilidir (Beaton et al., 1999; APB, 2014).

Genellikle insanların dünya ile ilişkili varsayımları, dünyanın adil ve de iyi bir yer olduğu, kötülüklerin ise kendilerinin veya yakınlarının başına gelemeyeceği şeklinde bildirilmiştir (Matthewes and Marwit, 2004). Yaşanan travmatik bir olay ise kişinin kendisine, geleceğe ve de dünyaya olan inancının sarsılmasına sebep olabilir. Travma ve temel varsayımlar konusunda yapılan araştırmalarda travmanın, bireyin temel varsayımlarını negatif etkilediğini göstermektedir (Foa et al., 1999; Matthews and Marwit, 2004). İnsanlar yaşayacakları olaylara zihinsel olarak hazır hissetmek ve de yaşanan olayların sonuçlarını kontrol etmek ister. Aynı zamanda kendisi ve başkası üzerinde yaratabileceği etkileri de kontrol edebilmek ister. Ancak, travmatik olayın özelliği önceden tahmin ve de kontrol edilemeyecek olmasıdır (Aker, 2000).

Travmatik olayın yoğun stres kaynaklarını içeriyor olması, gündelik yaşamda karşılaşılan diğer stres kaynakları gibi sıradan, beklendik olmaması ve de kontrol edilemez olmasının sarsıcı etkisi vardır (Yılmaz, 2007). Sarsılmaya bağlı olarak aşırı uyarılmışlık, olayla ilgili istemsiz hatırlamalar ve rahatsızlık veren düşünceler, kaçınma gibi tepkiler gelişebilir. Yaşanan travmatik olaydan sonra gelişebilen bu tepkilerin şiddeti giderek artabilir de hafifleyebilir de. Bunlar süreç içinde insan hayatında işlevselliği bozucu etki yaratabilmektedir (Foa et al., 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Yaşanılan travmatik olay bittikten sonra da olayın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin devamı görülebilmektedir. Travmatik olaydan sonra ortaya çıkan ruhsal tepkiler olağandır. Bu tepkilerin kısa süreli olması ve kendiliğinden düzelmesi beklenir (Jones and Wessely, 2006). Travma yaşayan kişi yeni yaşam koşullara uyum sağlamaya başlar. Uyum sağlayabilen kişilerde tepkiler kısa sürede yok olur. İlk zamanlarda panik, şaşkınlık, uzaklaşma, bilinçsizce en yakınları arama gibi durumlar gözükürken kişi zamanla durumunun farkına varıp duygularını dışı vurmaya başlar.

Ancak travmatik olaydan sonra stresin etkisi de bireyden bireye değişmektedir. Biri için ağır stres olabilecek bir olay diğeri için farklı derecede zorlanma yaratabilir. En sık travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, travmatik yas, depresyon, panik bozukluk, uyum bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni ve diğeri psikotik bozukluklar, uyku bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları görülebilir (Aker, 2000; Önder ve Tural, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Travmatik olaydan sonra gecikmiş veya uzamış olarak çıkan belirtiler Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Doğal yollarla ya da insan eliyle oluşan travmatik olaylar sonrasında TSSB çıkabilmektedir (Öztürk, 2008). DSM-5'te tanı kriterleri sekiz maddeye ayrılmıştır.

1. Doğrudan örseleyici olay ve olaylar yaşama, başkalarının yaşadığı travmatik olaylara tanıklık etme, aile yakınının veya yakın bir arkadaşın başına travmatik olay veya olayların geldiğini öğrenme, işi sebebiyle travmatik olayın kötü ayrıntılarıyla fazla maruz kalma.
2. Travmatik olay ve olayın gayrı iradi, tekrarlayıcı, sıkıntı veren anıları ve rüyaları, kişinin aynı travmatik olayı yaşıyormuş gibi hissedip dissosiyasyon (çözülme) tepkileri, travmatik olayı çağrıştıran iç ve dış uyaranlara karşı yoğun ruhsal sıkıntı yaşama ve fizyolojik tepki gösterme.
3. Travmatik olayla ilgili veya ilişkili sıkıntı veren anı, düşünce ve duygulardan kaçınma veya uzak durma çabası. Aynı olayla ilgili dış hatırlatıcı faktörlerden (mekan, insanlar, konuşmalar, objeler gibi) uzak durma çabası ve kaçınma.

4. Travmatik olaya bağlı olarak gelişen biliş ve duygu durumunda olumsuz değişimlerin olması. Olayın bir kısmını hatırlayamama (dissosiyatif amnezi). Kendisi, başkaları veya dünya ile ilgili ısrarlı olumsuz inanış ve beklentiler geliştirme. Yaşanılan travmatik olayın neden ve sonucuyla ilgili kişinin kendisini ve başkasını suçlaması, çarpık bilişler geliştirme. Korku, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygularda süreklilik gösterme. Önemli etkinliklere katılmama ve ilgide azalma. Başkalarına yabancılaşma veya başkalarından kopma duyguları. Sevgi, mutluluk gibi olumlu duyguları sürekli yaşayamama.
5. Travmatik olayla beraber ortaya çıkan tepkisel davranışlarda belirgin değişiklik olması. İnsan ya da nesnelere sözel veya sözel olmayan saldırgan davranışlarda bulunma. Kendisine zarar verici davranışlarda bulunma. Sürekli tetikte olma durumu. İrkilme davranışını abartılı gösterme. Odaklanmada güçlük yaşama. Uyku bozuklukları.
6. Yukarıda bahsedilen 2., 3., 4. ve 5. maddelerde kişide görülen tanı ölçütlerinin bir aydan uzun sürmesi.
7. Kişinin iş ve toplum yaşantısında işlevsizliklerin olması veya klinik açıdan belirgin sıkıntıların kendini göstermesi.
8. Bir maddenin (alkol, ilaç gibi) ya da başka bir tıbbi durumunun fizyolojik etkisinin olmaması.

Yukarıdaki her maddeden birinin ya da çoğunun olması ve bir aydan uzun sürmesiyle kişide TSSB belirtileri görülmektedir (APB, 2014).

TSSB ile ilgili yapılan çalışmalarda çeşitli değişkenlere göre travmatik yaşantıdan etkilenme düzeyleri karşılaştırılmıştır. Kadın olmak, çocuk veya yaşlı olmak, başka bir travmatik deneyim yaşamış olmak, arama-kurtarma çalışmalarına katılmak, yalnız yaşamak, aile desteğinin olmaması, fiziksel veya psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmak gibi risk faktörlerinin olduğu gözlemlenmiştir (Karakaya vd., 2004; Aker, 2006; Suomalainen et al., 2011). Bunların yanında, çocuklukta yaşanan istismar veya travmatik olay deneyimi TSSB geliştirmede de risk faktörüdür (Brewin et al., 2000).

Green ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada, travmaya bağlı kayıpların, travmatik olayın algılanan şiddetinin, travmatik olay öncesinde oluşan ruhsal hastalıkların ve yeterli sosyal desteğinin olmamasının TSSB görülmesini arttıran risk

faktörleri arasında olduğunu belirtmişlerdir. Kişinin sosyal desteğinin yeterli olmaması da TSSB'nin gelişmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir (Sungur, 1999; Carlson and Ruzek, 2003). Travmatik yaşam olayları ve kriz durumlarında sosyal destek oldukça önemlidir ve de azlığı risk faktörüken, sosyal desteğin yeterince olması ise koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Erol, 2008). Bunun dışında, travma yaşamış kişilerle yürütülen bir çalışmada, optimist, kişisel kontrol hissinin ve benlik saygısının yüksek olması gibi olumlu kişisel özelliklerin travmanın negatif etkilerinden koruduğu belirtilmektedir (Cozzarelli, 1993).

2.2.4. Posttravmatik Büyüme

Posttravmatik büyüme kavramı ya da diğer adıyla travma sonrası büyüme, duygusal yaşamda davranışsal ve bilişsel sonuçları olan, kişiye faydası olan değişimleri tanımlamak için kullanılmıştır (Tedeschi and Calhoun, 1996). Travmaya yaratan bir deneyim sonrasında kişinin temel varsayımlarında meydana çıkan değişim, kişide, posttravmatik stres tepkileri ve travma yaratan duruma bağlı olarak kimi bozukluklarla beraber posttravmatik büyüme adı verilen bir takım gelişmeleri de getirir (Yılmaz, 2007).

Posttravmatik büyüme, travmaya ya da büyük bir hayat krizine bağlı olarak gelişen, bireyin kendine bakışına, kişiler arasında ilişkilerine, hayat felsefesine yaptığı değişiklik anlamına gelmektedir (Calhoun and Tedeschi, 1998; Tedeschi and Calhoun, 2004). Yaşanılan olumsuz olayın öncesine dönmek değil, revizyon ve gelişim gösterme travma sonrası duruma uyumla ilgili bir davranıştır (Sheik, 2004; Bellizzi and Blank, 2006). Travmatik olayın sıkıntı veren belirtilerinin yanı sıra kişisel gelişim için de bir fırsat olarak görülebileceği, travmatik olaydan sonra kişinin, travmatik olay öncesine göre daha iyi bir işlevsellik düzeyine ulaşabileceği sonucu çıkmıştır (Linley and Joseph, 2004).

Posttravmatik büyüme ile son 10 yıldır daha çok ilgilenilmiştir. Ancak, 1980'li yıllarda travma sonrası yaşanan olumlu değişimlerle ilgili bilimsel araştırmalar da bulunmaktadır. Taşımacılık kazaları (gemi, uçak, araba kazaları vb.), doğal felaketler (hortum, deprem, sel vb.), kişiler arası deneyimler (savaş, tecavüz, cinsel saldırı, çocuk istismarı vb.), tıbbi problemler (kanser, kalp krizi, beyin hasarları, omur ilik yaralanması, HIV / AIDS, lösemi, romatoid artrit, MS vb.) ve diğer yaşam deneyimleri

(ayrılıkla sonuçlanan ilişkiler, ebeveynlerin boşanması, yakın kişi kaybı, göç vb.) posttravmatik büyümeyle ilgili yapılan çalışmaların bazılarıdır.

Posttravmatik büyüme kavramına gelinceye kadar, ‘görünümdeki olumlu değişimler’, ‘stresle ilişkili büyüme’, ‘gelişme’, ‘algılanan fayda’ gibi çeşitli kavramlarla isimlendirilmiştir (Joseph et al., 2012). Travmatik olay sonucu yaşanan pozitif yöndeki değişimi anlatmak için “yorumlanan kazanç”, “stres ilişkili büyüme”, “gelişmek”, “olumlu psikolojik değişiklikler”, “ters büyüme” (advers büyüme-adversial growth) kullanılan literatürdeki terimlerdir (Linley and Joseph, 2004).

‘Travma Sonrası Büyüme’ kavramını Tedeschi ve Calhoun (1996) kullanmaya başlamıştır. Zaman içinde klinik uygulama ve araştırma alanında kabul görmüş bir terim olmuştur. Tedeschi ve Calhoun’a (1996) göre, herhangi bir travmatik olayın yaşanmasından sonra oluşan, “travma sonrası stres” terimi sadece minör bir stresin ya da doğal gelişimsel sürecin bir sonucu olarak yaşanmamaktadır. Travma veya travmatik olay terimlerinin kullanımı, DSM-IV’ün tanı kriterlerinden daha geniş ve kapsamlıdır.

Travmatik olay sonrasında, kişinin hayatının belirli alanlarında daha iyi işlevsellik göstermesi ve kendini gerçekleştirmesine doğru adımlar atması ‘Posttravmatik Büyüme’ kavramını açıklamaktadır. Posttravmatik büyüme, çoğunlukla kanser veya AIDS gibi terminal hastalık yaşayan bireylerde araştırılmıştır (Zoellner et al., 2006). Kanser; tanı alma, sağlıklı kendiliğin kaybı, zorlu tedavi, tedavi sürecinden sonra bazı hastalıklar için tekrarlama riski sebebiyle uzun soluklu ve de birçok travmayı da içeren zorlu bir süreçtir. Bu sebeple, travmatik olayların olumsuz sonuçları yanında olumlu sonuçlarına da bakan posttravmatik büyümenin araştırıldığı çalışmalarda, kanser hastaları sıklıkla çalışılan gruptur.

Cordova, Cunningham, Carlson ve Andrykowski (2001) kanser hastalarına travma sonrası büyüme ölçeğini ilk kez kullanmışlardır. Araştırma sonuçları, kanser hastalarının posttravmatik büyüme yaşadığını göstermiştir. Meme kanseri hastalarının %60-90’ı, testis kanseri hastalarının % 76’sı daha fazla hayat memnuniyeti ve hayatın anlamı gibi olumlu yönde değişiklikler bildirmişlerdir. Meme kanseri hastaları ile benign meme kanseri hastalığı olan ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında, hemen hemen aynı seviyede stres ve daha az işlevselliğe rağmen, varoluşsal ve kişilerarası ilişkilerde olumlu değişiklik yaşadıklarını bildirmişlerdir (Andrykowski et al., 2000).

Posttravmatik büyümenin ortaya çıkabilmesi için kişinin temel varsayımlarının yıkılması gerektiği görüşüne varılmıştır. Travmatik yaşanan olay sonrası oluşan bilişsel işleme ve yeniden yapılandırma, tıpkı depremden sonra binaların fiziksel olarak daha dayanıklı bir şekilde yeniden yapılmasına benzemektedir. Travmatik olay sonrası yeni bilişsel yapılandırma, travma ve gelecekte yaşanma olasılığı olan sarsıcı olaylar karşısında daha dayanıklı bilişsel şemaların yapılandırılmasını sağlar. Bu durum ise, posttravmatik büyüme olarak gerçekleşmektedir.

Travmatik yaşantı çoğunlukla travmayı yaşayan kişi için stres kaynağı olarak kalmakta ve az sayıda kişinin bilinçli bir şekilde yaşadığı olaydan anlam ve kazanım elde etmeye çalıştığı görülmektedir. Buna göre, posttravmatik büyüme psikolojik dayanıklılığın bir sonucudur (Janoff-Bulman, 2004).

Tedeschi ve Calhoun (1996) posttravmatik büyümenin beş boyutta değişime yol açtığını belirten çalışmalar yapmıştır. Bunlar; kişiler arası ilişkide olumlu değişimler, kendiliğın algılanmasındaki değişiklikler, yaşamın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi ve inanç sistemindeki gelişim olarak belirtilmiştir.

Calhoun ve Tedeschi (1998) posttravmatik büyümenin travma sonrası belirtilerle aynı anda yaşanabildiğini, travmatik olay sonrası bir belirti göstermemenin travma sonrası büyüme ile ilgili anlam ifade etmediğini, belirli seviyede yaşanan stresin ve travmatik olayla ilgili ruminasyonun posttravmatik büyüme için gerekli olabileceğini belirtmişlerdir. Bu sonuca göre, posttravmatik büyüme hem bir süreç hem de bir sonuçtur.

Linley ve Joseph (2004) posttravmatik büyüme belirtilerinin travmatik olaydan hemen sonra görülse bile, büyümenin aylar ve yıllar süren bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Tennen ve Affleck (1998) posttravmatik büyümenin zamanla oluşan bir süreç mi yoksa bir anda ortaya çıkan bir sonuç mu olduğunu araştırdıkları çalışmalarında travmatik olay yaşayan mağdurların yaşanan travmatik olayı hazmetmeleri, anlamlandırmaları ve bilişsel yapılandırmalarını yeniden oluşturmaları için belirli bir zamana ihtiyaç duyabileceklerini belirtmişlerdir.

Bunun yanında, ölümcül hastalık teşhisi gibi ağır travmatik deneyimin kişide hızlı değişime neden olabileceğini, önceliklerin değişebileceğini ve kişilik yapılarının da değişebileceğini vurgulamışlardır. Joseph ve arkadaşları (2012) travmatik yaşam olaylarının, kişinin hayatında bütünüyle yıkıcı olmadığını, başa çıkma becerileri ve

psikolojik dayanıklılıkla birlikte kişinin hayatının sorumluluğunu ve yaşama ilişkin tercih etme gücünü eline alabileceğini ortaya koymuşlardır.

Powell ve arkadaşları (2003) posttravmatik büyümede cinsiyetin etkisinin olduğunu ve kadınların erkeklere nazaran daha çok posttravmatik büyüme gösterdiklerini yapılan araştırmalarla bulmuşlardır. Belizzi ve Blank (2006) yaptıkları çalışmalarda genç kadınların posttravmatik büyümede daha başarılı olduklarını bulmuşlardır. Bununla beraber, evli kadın olmanın posttravmatik büyüme algısında önemli bir parametre olduğunu ve partneri olan hastalarda posttravmatik büyümenin daha olumlu olduğunu vurgulamışlardır. Yüçetin ve arkadaşları (2015) eğitim düzeyinin yüksek olması ile posttravmatik büyümenin pozitif yönde olduğunu, evli olmanın ve orta yaş üstünde olmanın da bu büyüme üzerinde pozitif yönde etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında, Cengiz (2017) bekar olma ile posttravmatik büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Kamen ve arkadaşları (2016) duygusal desteğin posttravmatik büyümeyi sağlamada etkisinin önemini vurgulamışlardır. Cui ve arkadaşları (2017), duygusal destekle beraber, sosyal destek, kişinin başa çıkma becerisi, medeni durumu ve maddi gelirinin de yaşanan travmatik olay sonrası büyümeyi etkileyen faktörler olduğunu belirtmişlerdir. Crowford ve arkadaşları da (2014) travmatik olay sonrası travmanın şiddetine göre alınan fiziksel desteklerin ve de duygusal ve psikolojik yardımların posttravmatik büyümeyi geliştirdiğini ortaya koymuşlardır.

2.2.5. Kemik İliği Nakli Sonrası Depresyon ve Posttravmatik Büyüme İlişkisi

Otolog veya allojenik hematopoetik kök hücre nakli uygulanan hematolojik malignitesi olan 160 hastanın 81'ine nakil bakımı ile entegre edilen palyatif bakım veya 79'una tek başına nakil bakımı uygulanmıştır. Nakil sonrası ve 6 aydaki duygudurumu değerlendirmek için, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Hasta Sağlığı Anketi, TSSB kontrol listesi ve Kanseri Tedavisi Kemik İliği Naklinin Fonksiyonel Değerlendirmesi, TSSB semptomları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Hematopoetik kök hücre nakli sırasında semptom yükünü değerlendirmek için de Edmonton Belirti Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Nakilden 6 ay sonra katılımcılar, HADÖ ve Hasta Sağlık Anketi'ne göre daha düşük depresyon ve TSSB belirtileri bildirmişlerdir. Bununla beraber yaşam kalitesinde ve anksiyetede bir fark olmadığı da

bildirilmiştir. HKHN tedavisinde hastanede yatış süresinde gelişen semptom ve anksiyetenin, nakilden 6 ay sonra depresyon ve TSSB üzerine etkisine kısmen aracılık ettiği bildirilmiştir (El-Jawahri et al., 2017).

Karacan ve Kapucu (2013) otolog ve allojenik kök hücre nakli (OKHN ve AKHN) yapılan 60 hastanın nakil sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek istemişlerdir. Çalışma için veri toplamada demografik bilgi formu, KHN ile yaşadıkları sorunları içeren soru formu ve HADÖ kullanılmıştır. Yapılan çalışmada, OKHN ve AKHN yapılan hastalarda nakil sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Akoha (2003) yaptığı çalışmada KHN yapılan hastaların %41'inde tedavi sürecinde izolasyonda kalmaları sebebiyle anksiyete ve depresyon görüldüğünü saptamıştır.

Keogh ve arkadaşları (1998) KHN yapılmış bir grup hastayla psikolojik süreçle ilgili çalışma yapmışlardır. Hastalarda nakilden bir hafta öncesi %61'inde anksiyete, %14'ünde yüksek depresyon, %64'ünde düşük yaşam kalitesi; nakilden üç ay sonra ise, %20'sinde anksiyete, %40'ında yüksek depresyon ve %53'ünde düşük yaşam kalitesi; nakilden 12 ay sonra ise %33'ünde anksiyete, %14'ünde yüksek depresyon, %79'unda düşük yaşam kalitesi bulmuşlardır.

Sherman ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada, nakilden önce hücre toplanma aşamasında hastaların %39.4'ünde depresyon, %40.4'ünde anksiyete olduğu bildirilmiştir. Hastaların bu dönemde sık fiziksel sorunlar, yorgunluk ve ağrı yaşadığı belirtilmiştir. YDKT ve nakilden sonra hastaların ağrı ve sosyal işlevselliklerinde azalma, depresyonlarında ise artma olduğu saptanmıştır.

Andrykowski et al. (2000) kemik iliği nakli yapılan hastalarda sağlıklarının yeterince iyi olmamasına rağmen hayatlarında olumlu değişiklik olduğunu belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışmalarda, kanser hastalarının posttravmatik büyüme yaşadıklarını bulmuşlardır.

Kemik iliği naklinde depresyon ve anksiyete sık olarak araştırılan bir konudur ancak, kemik iliği naklinden sonra travma sonrası büyüme ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Literatürde nakil sonrası depresyon ve posttravmatik büyüme ile ilişkili bildiğimiz kadarıyla başka bir klinik çalışma bulunmamaktadır. Bu konuya şimdiye kadar çok az önem verilmiştir.

2.3. PSİKOLOJİK DESTEK

Knight ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada duygudurum, stres, iyimserlik, yalnızlık, sosyal destek, sosyoekonomik durum gibi faktörlerin kanser tedavisinde önemli olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla, bu süreçler psikososyal faktörlerden ayrı değildir. Tedavinin seyrinde fiziksel ve de ruhsal desteğe ihtiyaç vardır (Andrykowski et al., 1994; Syrjala et al., 2004; Copelan, 2006; Hoodin et al., 2006; Fann et al., 2007; McGregor et al., 2013).

Kanser için psikolojik destek olarak danışmanlık, psikoeğitim ve psikoterapi uygulamaları yapılmaktadır. Genel amacı; morali yüksek tutmak, kendine güveni ve baş etme becerisini arttırmaktır. Bunun yanında, ruhsal sorunları ve sıkıntıyı azaltmaktır (Özkan, 2012). Psikolojik destek ile yaşam kalitesini, mücadele ve yaşama gücünü arttırmak, duyguların ifade edilmesini sağlamak, hastalığın yarattığı krizle sağlıklı baş etmeyi sağlamak, var olan olumsuz algıları veya hep ya hiç tarzı davranış ve düşünceleri düzeltmek, psikolojik kaygı ve acıyı azaltmak, sosyal desteği ve iletişimi güçlendirmek amaçlanmaktadır.

Hastalık durumu, kişide olduğu gibi ailede de krize sebebiyet vermektedir. Hasta ile aile arasında ilişkilerde problem ortaya çıkabilmektedir (humanitepsikiyatri.com, 2018). Hastalığın aile üzerindeki etkisini araştırmak, hasta ile aileyi bir araya getirerek hastalık hakkındaki duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi ve bunun için teşvik edilmesi önemlidir (Özkan, 2012). Kanser hastasıyla beraber, aileler de psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Ailenin sağlayacağı maddi ve manevi destek ile psikolojik tedavinin birlikte götürülmesi önemlidir.

Kanserin psikiyatrik ve psikolojik tedavisinde; biyolojik psikiyatrik tedaviler (ilaç tedavileri), medikal psikoterapi (bilişsel-davranışçı terapi, varoluşçu psikoterapi, destekleyici psikoterapi, kriz müdahale psikoterapisi, gevşeme teknikleri, hipnoz), psikoeğitim, psikososyal destek ve gereken durumlarda grup psikoterapileri bir bütün oluşturmaktadır (Özkan, 2012; humanitepsikiyatri.com, 2018).

Psikolojik tedavi yöntemi olan psikoterapi, ruhsal yolla tedavi etmek demektir. Terimsel olarak psiko, ingilizcede 'psyche' olarak yazılır ve de ruh anlamına gelmektedir. Terapi kelimesi ingilizcede 'therapy' olarak yazılmakta olup tedavi, sağaltım anlamına gelmektedir. Böylelikle kelime anlamı olarak 'psikoterapi' ruhsal tedavi anlamında kullanılmaktadır (humanitepsikiyatri.com, 2018). Daha geniş anlamda

ise, düşünce, duygu ve davranışları, konuşma ve ilişki kurma yollarıyla değiştirmek ve iyileştirmek demektir.

Telkin, ikna, rehberlik ve eğitim psikoterapide kullanılan yöntemlerdir. Hekimlikte kullanılan anlamında ise, çağdaş ruh hekimliği ve ruh bilim bilgilerine dayanan, ruhsal bozukluğun iyileşmesi için hasta ile olumlu bir ilişki içerisinde özel teknikleri kullanan uygulamalardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Psikoterapi sürecinde kişi kendini keşfetme, değişim ve gelişim yaşamaktadır. Bu ise belli bir zaman ve çaba isteyen bir süreçtir. Süreç içerisinde kişi, sorun yaratan düşünce ve davranışlarını nasıl fark edebileceğini, bunları nasıl değiştirip yöneteceğini, deneyimlerini ve ilişkilerini nasıl değerlendireceğini ve sorunlarına ne gibi çözüm üretebileceğini ve hayatında nasıl mutlu olabileceğini öğrenmektedir.

Her fiziksel hastalık bir krizdir. Bu sebeple, kişinin narsisistik bütünlüğünün tehdit edildiği gibi bir duygulanım yaşanabilir. Ayrılık kaygısı, otonomisini kaybetme korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği endişesi, suçluluk hisleri gibi değişik tepkiler yaşanabilmektedir. Hastanın duygu durumu, dengesini, fiziksel-duygusal otonomisini, zihinsel işlevlerini, sosyal yaşamını ve beden imajını etkilemektedir. Bu sebeple medikal psikoterapi, hasta ile psikolog arasında hastalığın ve hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutunu diğer tanımıyla 'biyopsikososyal' olarak bütünsel anlamayı hedeflemektedir (humanitepsikiyatri.com, 2018).

Psikolog her şeyden önce hastanın tıbbi durumunu beraber çalıştığı hekimden öğrenmeli, hastalığın gidişatını psikolojik açıdan değerlendirmeli, tıbbi hastalık ve tedavisine ilişkin komplikasyonları bilmelidir. Psikoterapi, öncelikle hastalığın anlaşılması, hastanın kendi durumunu ve hastalığı nasıl algıladığını kavramasıyla başlamaktadır. Bilgilendirme, psikoeğitim, umudu yok etmeden gerçekçi kabullenme, tedavi planı ve olası felaketçi yorumların düzeltilmesi ve psikolojik rahatlama esas olmalıdır. Hastanın hastalıkla ilgili duygularını (öfke, kızgınlık, suçluluk gibi) ve tepkilerin ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastanın hastalıkla ilgili düşünceleri anlatılmalıdır.

Aile, iş ve sosyal çevreye ilişkin kaygıları değerlendirmek, gelecekle ve varoluşla ilgili bilinmezlikle baş etme yollarını ele almak ve de hastalık dışı sıkıntı kaynaklarını araştırmak gereklidir. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisini

araştırmak, aile içi iletişimin sağlanmasına destek olmak ve ailede hastalık hakkındaki duyguların paylaşılması önemlidir.

Hastanın yeni yaşam ve ilgi alanlarının bulunup bunu hayata geçirmesi için cesaretlendirilmesi sağlanmalıdır. Terminal dönem hastalarında subjektif deneyimler değerlendirilip, yaşam odak noktaları ele alınmalıdır. Benzer sorunları olan hastalarla grup terapi yapılması kuşkusuz empatiyi arttıracığından hastaların grup terapiye katılması teşvik edilmelidir. Grup olgusu, hastanın yalnız olmadığını anlaması ve yalnızlık duygusunun azalması, katarsise fırsat vermesi ve de olumlu savunma düzeneklerinin gelişmesi açısından etkili bir psikoterapi yöntemidir. Amaç, psikolojik acıyı azaltarak psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve de travma sonrası büyümeyi gerçekleştirmek olmalıdır (Özkan, 2012). Psikoterapi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin arttığı, anksiyete ve depresyonun azaldığı gözlemlenmiştir (humanitepsikiyatri.com, 2018).

2.3.1. Sağlık Psikolojisinde Kullanılan Psikolojik Destek

Breitbart et al. (2018) ileri evre kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada bireysel anlam merkezli psikoterapi (IMCP-Individual Meaning Centered Psychotherapy) ve destekleyici psikoterapiyi (SP-Supportive Psychotherapy) psikolojik ve varoluşsal sıkıntının azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla 321 hastaya uygulamışlardır. Psikolojik desteği tedavi öncesi, tedaviden sonraki 4. haftada, tedaviden sonraki 8. haftada ve tedaviden sonraki 16. haftada vermişlerdir. Çalışma sonucuna göre, ileri evre kanser hastalarında psikolojik ve varoluşsal sıkıntılar için, destekleyici psikoterapiye kıyasla az bir farkla anlam merkezli psikoterapinin iyileşmeye etkisi anlamlı bulunmuştur. Böylelikle, anlam merkezli psikoterapinin faydası müdahaleye özgü olup, yaşamın sonuna yaklaşan hastalar için varoluşsal sorunların ele alınmasının önemi vurgulanmıştır.

Kronik travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan erişkinlerin tedavisi için psikolojik tedavilerin etkilerini değerlendirmek amacıyla bir derleme çalışması yapılmıştır. İnceleme, 2013 yılına kadar toplam 4761 katılımcıyı içeren 70 çalışmayı kapsamaktadır. Travma odaklı bireysel bilişsel davranışçı terapi (TFCBT-Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy), göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR-Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), travma odaklı

olmayan bilişsel davranışçı terapi (non-TFCBT), yönlendirici olmayan danışmanlık, destekleyici ve psikodinamik terapi, şimdi merkezli terapi (PCT-Present Centered Therapy) kullanılan tekniklerdir. TSSB'nin tedavisinde bireysel TFCBT, EMDR ve non-TFCBT'nin beraber kullanımının tedaviden hemen sonra eşit derecede etkili olduğuna dair bulgular bulunmuştur. Ancak, TFCBT ve EMDR'nin tedaviyi izleyen bir ila dört ay arasında non-TFCBT'ye göre üstün olduğunu ve ayrıca bireysel TFCBT, EMDR ve non-TFCBT'nin diğer tedavilerden daha etkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar da bulunmuştur (Bisson et al., 2013).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), kısa dönemde kanserden kurtulanlarda kansere bağlı yorgunluğu azaltmaktadır. BDT'den sonra 14 yıla kadar yorgunluk seviyesini incelemek amacıyla 81 katılımcı ile bir çalışma yapılmıştır. Yorgunluk, CIS-fatigue (Control List Individual Power) alt ölçeğinin 'yorgunluk şiddeti' ile değerlendirilmiştir. BDT sonrası ilk iyileşmelere rağmen zamanla yorgunluk seviyesi değişiklik göstermiştir. Katılımcıların yarısı BDT'den sonra şiddetli yorgunluktan kurtulmuştur. Bununla birlikte, uzun süreli gözlemlerde normal yorgunluk seviyesinde izlenmiştir (Van Gessel et al., 2018).

Erişkin kanser hastalarında psikososyal müdahalelerin sağ kalım üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla bir meta-analiz yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre, eken dönem kanser hastaları için psikoeğitimi tercihen sağlık personelinin vermesinin hastanın yaşamı için yararlı etkileri olduğu ortaya çıkmıştır (Oh et al., 2015).

İleri veya terminal dönem kanserli hastalarda psikolojik sıkıntıyı azaltmak ve manevi iyi oluşu arttırmak için anlam merkezli grup psikoterapisinin (MCGP-Meaning Centered Group Psychotherapy) etkinliğini ölçmek için 253 ileri evre kanser hastasıyla 8 seanslık MCGP veya destekleyici grup psikoterapi (SGP-Supportive Group Psychotherapy) düzenlenmiştir. Hastalar tedaviden önce ve sonra ve tedaviden 2 ay sonra değerlendirilmeye alınmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, MCGP alan hastaların yaşam kalitesi ve ruhsal iyi oluşta anlamlı derecede daha fazla iyileşmeyle beraber, SGP alanlara göre umutsuzluk, depresyon, hızlandırılmış ölüm arzusu ve fiziksel semptom sıkıntısında önemli derecede azalma olduğu belirlenmiştir. Kaygı düzeylerinde ise herhangi bir değişiklik görülmemiştir. MCGP'nin ileri evre kanser hastalarında psikolojik ve varoluşsal sıkıntı için etkili bir yöntem olduğunu bu çalışma kanıtlamaktadır (Breitbart et al., 2015).

Yeni kanser teşhisi almış hastalarda uygulanan psikolojik desteğin etkinliğini araştırmak için son 10 yılda yapılan çalışmalarını içeren sekiz adet randomize kontrol deneme yazısına göre, standart bakım ile psikolojik destekli tedaviye hazırlık süreci standart bakıma göre daha iyi sonuçlar verdiği belirtilmiştir. Psikolojik temelli tedaviye hazırlık süreci, fonksiyonel bozukluğu, psikolojik sıkıntıyı, kanserin nüksetmesini, bağışıklık tepkilerini ve uyku problemini azaltmak için etkilidir. Bu çalışmaya göre, daha iyi tedavi sonuçları için kanser tedavisinden önce psikolojik temelli tedaviye hazırlık süreci psikolojik ve fiziksel belirtileri hafifletmek için gereklidir (Chen and Ahmad, 2018).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak izlenen yönteme yer verilmiştir.

3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın evreni kemik iliği nakli yapılmış hastalardır. Araştırmanın örneklemini Medikal Park Göztepe Hastanesinde Hematoloji Bölümünde Erişkin KİT ve Hematoloji Polikliniğinde tedavilerini sürdüren ve kemik iliği nakli yapılmış hastalardır. Araştırmaya N=60 kişi (Yaş ort=47.80; ss=13.558) katılmış olup, hastaların yarısı nakil sırasında psikolojik destek almıştır, diğer yarısı ise psikolojik destek almamıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmaya katılanların araştırmanın konusu hakkında bilgi edinmelerini amaçlayan bilgilendirilmiş olur formunda çalışmanın konusu, amacı, çalışmaya katılmanın olası yararları, kişisel bilgi ve cevapların tamamen gizli kalacağı açıklanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara diğer ölçekler de verilmiştir.

3.2.2. Demografik Özellikler Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcılara, cinsiyetleri, yaşları, eğitimleri, medeni durumları ve klinik özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek 1).

3.2.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck (1961) tarafından geliştirilen envanterin geçerlik güvenirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Envanteri depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel ve vegetatif alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Ek 2). Ölçeğin amacı çeşitli tipte depresyon tanıları ya da diğer psikiyatrik tanılar arasında ayırıp yapmak değil, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçekteki her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çocuğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme ifadesi içermektedir. Sıfırdan 3'e kadar, depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler, depresyonun görünümüne ilişkin olup, etiyojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler, depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumum alamamam, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, beden imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır. Ölçek toplam puanı alınarak hesaplanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesin olarak bir kesme noktası bulunmamakla birlikte çeşitli çalışmalar 17 puan altında alanlarda depresyon bulunmadığını, 17 ve üzerinde puanı bulunanların depresyonlarının bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Diğer bazı çalışmalar da 17 puandan sonraki puanlara göre de kesme noktaları hesaplanmış, depresyonun, hafif, orta ve yüksek düzeylerini belirlemişlerdir.

3.2.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Travma ya da stresli yaşam olayları sonrası bireylerdeki olumlu değişiklikleri değerlendirmek üzere geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir (Calhoun ve Tedeschi, 1999). İlişkilerin gelişmesi, yaşamdaki yeni olanaklar, yaşama minnet duyma, kendini daha güçlü hissetme ve manevi gelişim olarak adlandırılan 5 faktörden oluşmaktadır (Ek 3). Orijinal ölçeğin Türk kültüründe iç tutarlılığı .95'tir. Ölçeğin Türkçe Formunda, benlik algısında değişim $\alpha=.88$; yaşam felsefesinde değişim $\alpha=.78$ ve başkalarıyla ilişkilerde değişim $\alpha=.77$ olmak üzere 3 faktör belirlenmiştir (Kağan ve ark., 2012).

3.3. İŞLEM

Çalışmaya katılan hastaların tamamı kemik iliği nakli yapılmış hastalardan oluşmaktadır. Kemik iliği nakli yapılmış hastalarla yapılan çalışmalar Temmuz 2017 ve Kasım 2017 arasında yapılmıştır. Daha önce belirli kemoterapileri alan hastalara, kemik iliği nakli için başvurduklarında psikolojik destek süreci bu dönemde başlamıştır. Başvuran hastaların yarısına psikolojik destek verilmiştir. Nakil süresi boyunca haftada bir olarak en az 30-45 dakika arası, en az üç en fazla beş defa seans şeklinde görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler yüksek korumalı pozitif basınçlı hepafiltreli steril odalarda ve standart odalarda gerçekleştirilmiştir. Her hasta, klinik ve tedavi sürecine göre hastanede ortalama üç hafta ile beş hafta arasında kalmıştır. Psikolojik destek sürecinde hastalara, psikoeğitim, destekleyici psikoterapi, BDT teknikleri ve varoluşçu psikoterapi teknikleri bütüncül olarak uygulanmıştır. Psikolojik destek süreci yarı yapılandırılmış olarak gerçekleştirilmiştir. Hastalar gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmışlardır. Psikolojik destek süreci sonunda hastalara araştırmada kullan ölçekler verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Psikolojik destek almayan hastalara ise Hematoloji Polikliniğinde ölçekler verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Ölçeklerin uygulanma süresi ortalama 25 dakikadır.

3.4. VERİ ANALİZİ

Araştırmada toplanan verilere istatistiksel analizler SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) Programı ile yürütülmüştür. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılım gösterip göstermediğinin anlaşılması için Shapiro ve Wilks değerleri izlenmiş ve sonucunda puanların normal dağılım göstermediği tespit edildiğinden normal olmayan dağılıma uygun istatistiksel analizler yürütülmüştür. Kategorik değişkenlerin dağılımları arasındaki farkların tespit edilmesi amacıyla ki-kare analizi; demografik değişkenler ve klinik değişkenler bakımından ölçeklerden alınan ortalama puanların karşılaştırılmasında için Kolmogorov Smirnov z testi; ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyonların hesaplanmasında ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak, kemik iliği nakli yapılmış hastalardan psikolojik destek alanların ve almayanların (kontrol) demografik ve klinik açıdan dağılımlarına ilişkin karşılaştırmaların yapıldığı ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak psikolojik destek alan hastalarla almayan hastaların depresyon ve travma sonrası büyüme düzeylerinin karşılaştırıldığı normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun z testi bulgularına yer verilmiştir. Üçüncü olarak, kemik iliği nakli hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası büyüme düzeylerinin karşılaştırıldığı normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun z testi bulgularına yer verilmiştir. Dördüncü olarak, kemik iliği nakli yapılmış hastaların tamamı için depresyon ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkilerin ele alındığı Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

4.1. PSİKOLOJİK DESTEK ALAN VE ALMAYAN KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARINA İLİŞKİN BETİMSSEL BULGULAR

Tablo 1’de psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar ve bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 1. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Demografik Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

		Psikolojik Destek		Toplam	χ^2	p	
		Evet	Hayır				
Cinsiyet	Kadın	n	13 _a	10 _a	23	.635	.426
		%	43.3	33.3	38.3		
	Erkek	n	17 _a	20 _a	37		
		%	56.7	66.7	61.7		
Medeni Durum	Evli	n	24 _a	28 _a	52	2.308	.129
		%	80.0	93.3	86.7		
	Bekar	n	6 _a	2 _a	8		
		%	20.0	6.7	13.3		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	0 _a	1 _a	1	17.809	.001*
		%	0.0	3.3	1.7		
	İlköğretim	n	10 _a	9 _a	19		
		%	33.3	30.0	31.7		
	Ortaöğretim	n	2 _a	6 _a	8		
		%	6.7	20.0	13.3		
	Lise	n	17 _a	5 _b	22		
		%	56.7	16.7	36.7		
	Üniversite ve üstü	n	1 _a	9 _b	10		
		%	3.3	30.0	16.7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	0 _a	2 _a	2	.517	.472
		%	0.0	6.7	3.3		
	Çalışmıyor	n	30 _a	28 _a	58		
		%	100.0	93.3	96.7		
Toplam	n	30	30	60			
	%	100.0	100.0	100.0			

Alt indisteki farklı harfler (a,b) aynı satırda psikolojik destek alan ve almayanlar arasında $p < .05$ düzeyinde anlamlı fark bulunduğuna işaret etmektedir.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan kadın ve erkek hastaların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)} = .635$; $p > .05$]. İki grupta da kadın ve erkek oranı birbirine denktir.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan bekar ve evli hastaların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)} = 2.308$; $p > .05$]. İki grupta da bekar ve evli olanların oranı birbirine denktir.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların eğitim durumları dağıllımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}=17.809$; $p<.05$]. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının okuryazar olmama ve ilköğretim mezunu olma dağıllımları birbirine denktir. Psikolojik destek almayanların orta öğrenim mezunu olma oranları (%20) psikolojik destek alanların oranlarından (%6.7) yüksek bulunmuştur. Psikolojik destek alanların lise mezunu olma oranları (%56.7) psikolojik destek almayanların oranlarından (%16.7) yüksek bulunmuştur. Psikolojik destek almayanların üniversite ve üstü mezunu olma oranları (%30) psikolojik destek alanların oranlarından (%3.3) yüksek bulunmuştur.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların çalışma durumu dağıllımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=.517$; $p>.05$]. İki grupta da çalışan ve çalışmayanların oranı birbirine denktir.

Tablo 2’de psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının klinik özelliklerine ilişkin dağıllımlar ve bu dağıllımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 2. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Klinik Özellikleri Bakımından Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

		Psikolojik Destek		Toplam	χ^2	p	
		Evet	Hayır				
Eşlik eden kronik hastalık	Var	n	7 _a	8 _a	15	.089	.766
		%	23.3	26.7	25.0		
	Yok	n	23 _a	22 _a	45		
		%	76.7	73.3	75.0		
Nakil Tipi	Otolog	n	19 _a	16 _a	35	2.47	.479
		%	63.3	53.3	58.3		
	Allojenik	n	7 _a	11 _a	18		
		%	23.3	36.7	30.0		
	Akraba dışı	n	1 _a	2 _a	3		
		%	3.3	6.7	5.0		
Haploidentik	n	3 _a	1 _a	4			
	%	10.0	3.3	6.7			
Nakil Sayısı	1 Kez	n	25 _a	25 _a	50	.000	1.000
		%	83.3	83.3	83.3		
	2 Kez	n	5 _a	5 _a	10		
		%	16.7	16.7	16.7		
Ailede Onkolojik Hastalık	Evet	n	8 _a	8 _a	16	.000	1.000
		%	26.7	26.7	26.7		
	Hayır	n	22 _a	22 _a	44		
		%	73.3	73.3	73.3		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Evet	n	2 _a	2 _a	4	.000	1.000
		%	6.7	6.7	6.7		
	Hayır	n	28 _a	28 _a	56		
		%	93.3	93.3	93.3		
Öncesinde TSSB	Hayır	n	30	30	60		
		%	100.0	100.0	100.0		
Toplam		n	30	30	60		
		%	100.0	100.0	100.0		

Alt indisteki farklı harfler (a,b) aynı satırda psikolojik destek alan ve almayanlar arasında $p < .05$ düzeyinde anlamlı fark bulunduğuna işaret etmektedir.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların eşlik eden kronik hastalık bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır

$[\chi^2_{(1)}=.089; p>.05]$. İki grup da kronik hastalıkların bulunuşu açısından birbirine denk gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların nakil tipleri bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır $[\chi^2_{(3)}=2.479; p>.05]$. İki grup da nakil tipleri açısından birbirlerine denk gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların nakil sayıları bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır $[\chi^2_{(1)}=.000; p>.05]$. İki grup da nakil sayıları açısından birbirlerine eşit gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmaması bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır $[\chi^2_{(1)}=.000; p>.05]$. İki grup da ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmaması açısından birbirlerine eşit gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmaması bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır $[\chi^2_{(1)}=.000; p>.05]$. İki grup da ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmaması açısından birbirlerine eşit gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların daha önce aldıkları herhangi bir TSSB tanısı bulunmamaktadır.

Tablo 3'te kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların antidepresan ilaç, sigara ve alkol kullanımlarına ilişkin dağılımlar, yüzdeler ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 3. Psikolojik Destek Alan ve Almayan Kemik İliği Nakli Hastalarının Antidepresan İlaç, Sigara ve Alkol Kullanımları Bakımından Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

			Psikolojik Destek		Toplam	χ^2	p
			Evet	Hayır			
Antidepresan ilaç kullanımı	Evet	n	9 _a	4 _a	13	2.455	.117
		%	30.0	13.3	21.7		
	Hayır	n	21 _a	26 _a	47		
		%	70.0	86.7	78.3		
Sigara kullanımı	Evet	n	1 _a	0 _a	1	1.017	.313
		%	3.3	0.0	1.7		
	Hayır	n	29 _a	30 _a	59		
		%	96.7	100.0	98.3		
Alkol kullanımı	Hayır	n	30 _a	30 _a	30 _a		
		%	100.0	100.0	100.0		
Toplam		n	30	30	60		
		%	100.0	100.0	100.0		

Alt indisteki farklı harfler (a,b) aynı satırda psikolojik destek alan ve almayanlar arasında $p < .05$ düzeyinde anlamlı fark bulunduğu işaret etmektedir.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların antidepresan ilaç kullanımı bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=2.455$; $p > .05$]. İki grup da antidepresan ilaç kullanımı bakımından birbirine denk gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların sigara kullanımı bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=1.017$; $p > .05$]. İki grup da sigara kullanımı bakımından birbirine denk gruplardır.

Kemik iliği nakli olduğu dönemde psikolojik destek alan ve almayan hastaların hiç birisi alkol kullanmamaktadır.

Tablo 4’de psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının yaş ortalamaları, standart sapmaları ve yaş ortalamaları arasındaki farkın tespitine ilişkin bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının yaş ortalamaları, standart sapmaları ve t testi bulguları

Psikolojik Destek	N	ORT	SS	t	p
Evet	30	45.83	14.386	-1.126	.265
Hayır	30	49.77	12.610		
Toplam	60	47.80	13.558		

Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t=-1.126$; $p>.05$]. İki grup da yaşları bakımından birbirlerine denk gruplardır.

4.2. PSİKOLOJİK DESTEK ALAN VE ALMAYAN KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5’te psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden ve Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların Kolmogorov Simirnov normallik dağılımında puanların normal dağılım göstermediğinin tespit edilmesi nedeniyle Kolmogorov Smirnov z testi uygulanmıştır.

Tablo 5. Psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve Kolmogorov Smirnov z testi bulguları

	Psikolojik Destek	N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Evet	30	15.40	10.500	.516	.952
	Hayır	30	13.93	10.458		
Benlik Algısında Değişim	Evet	30	41.13	8.443	1.420	.035*
	Hayır	30	36.33	10.046		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	30	18.07	5.595	1.033	.236
	Hayır	30	16.47	7.445		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Evet	30	17.93	5.126	1.033	.236
	Hayır	30	15.93	5.452		
Travma Sonrası Büyüme	Evet	30	77.133	16.284	1.162	.134
	Hayır	30	68.733	20.257		

*p<.05

Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan ve almayan hastaların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.516$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan ve almayan hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.162$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan ve almayan hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Saygısında Değişim” alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=1.420$; $p<.05$]. Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan hastaların travma sonrası büyüme açısından benlik saygılarında değişim ortalamaları ($\bar{x}=41.13$) psikolojik destek almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=36.33$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan ve almayan hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.033$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli sırasında psikolojik destek alan ve almayan hastaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.033$; $p>.05$].

4.3. KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6’da kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir.

Tablo 6. Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları

	Cinsiyet	N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Kadın	23	14.78	7.513	1.036	.234
	Erkek	37	14.59	11.971		
Benlik Algısında Değişim	Kadın	23	40.00	8.544	.770	.594
	Erkek	37	37.95	10.102		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Kadın	23	18.04	6.241	.527	.944
	Erkek	37	16.78	6.820		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Kadın	23	17.13	5.643	.434	.992
	Erkek	37	16.81	5.222		
Travma Sonrası Büyüme	Kadın	23	75.17	17.621	.522	.948
	Erkek	37	71.54	19.457		

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.036$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.036$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.522$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.770$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.527$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.434$; $p>.05$].

Tablo 7’de kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir.

Tablo 7. Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları

Eşlik Eden Kronik hastalık		N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Var	15	17.20	13.121	.894	.400
	Yok	45	13.82	9.369		
Benlik Algısında Değişim	Var	15	38.27	8.598	.373	.999
	Yok	45	38.89	9.886		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Var	15	16.07	7.759	.671	.759
	Yok	45	17.67	6.183		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Var	15	15.47	6.058	1.043	.226
	Yok	45	17.42	5.061		
Travma Sonrası Büyüme	Var	15	69.80	19.947	.745	.635
	Yok	45	73.98	18.390		

Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortamları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.894$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.745$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.373$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.671$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının eşlik eden kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.043$; $p>.05$].

Tablo 8’de kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir.

Tablo 8. Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları

Antidepresan ilaç kullanımı		N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Evet	13	14.77	10.026	.742	.641
	Hayır	47	14.64	10.627		
Benlik Algısında Değişim	Evet	13	41.77	8.167	.851	.463
	Hayır	47	37.89	9.765		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	13	19.85	6.243	.935	.346
	Hayır	47	16.55	6.553		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Evet	13	17.85	4.811	.512	.956
	Hayır	47	16.68	5.501		
Travma Sonrası Büyüme	Evet	13	79.46	16.445	.945	.333
	Hayır	47	71.13	19.051		

Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortamları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.742$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.945$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.851$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.935$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının antidepresan ilaç kullanıp kullanmamalarına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.512$; $p>.05$].

Tablo 9’da kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir.

Tablo 9. Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları

Ailede Onkolojik Hastalık		N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Evet	16	17.63	13.165	.623	.833
	Hayır	44	13.59	9.163		
Benlik Algısında Değişim	Evet	16	39.81	8.408	.409	.996
	Hayır	44	38.34	9.946		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	16	16.25	7.289	.545	.928
	Hayır	44	17.64	6.351		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Evet	16	16.94	5.627	.370	.999
	Hayır	44	16.93	5.302		
Travma Sonrası Büyüme	Evet	16	73.00	18.991	.662	.774
	Hayır	44	72.91	18.825		

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortamları puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.623$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.662$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.409$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.545$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde onkolojik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.370$; $p>.05$].

Tablo 10’da kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları verilmiştir.

Tablo 10. Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kolmogorov Simirnov z testi bulguları

Ailede Psikiyatrik Hastalık		N	ORT	SS	z	p
Depresyon	Evet	4	19.50	12.234	.621	.835
	Hayır	56	14.32	10.315		
Benlik Algısında Değişim	Evet	4	31.50	8.021	1.001	.269
	Hayır	56	39.25	9.460		
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	4	14.00	9.832	.794	.555
	Hayır	56	17.50	6.350		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	Evet	4	12.00	7.394	1.277	.077
	Hayır	56	17.29	5.073		
Travma Sonrası Büyüme	Evet	4	57.50	21.825	1.277	.077
	Hayır	56	74.04	18.190		

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortamları puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.621$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.277$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.001$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=.794$; $p>.05$].

Kemik iliği nakli hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunup bulunmamasına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=1.277$; $p>.05$].

4.4. KEMİK İLİĞİ NAKLİ HASTALARININ DEPRESYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 11’de kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden ve Travma Sorası Büyüme Envanterinden aldıkları puanlar arasındaki normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 11. Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları

	1	2	3	4
1. Depresyon				
2. Benlik Algısında Değişim	-.301*			
3. Yaşam Felsefesinde Değişim	-.229	.569**		
4. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	-.303*	.728**	.547**	
5. Travma Sonrası Büyüme	-.296*	.893**	.820**	.855**

* $p<.05$

** $p<.01$

Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Travma Sonrası Büyüme Envanterinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.296$; $p<.05$). Kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Benlik Algısında Değişim” alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.301$; $p<.05$). Kemik iliği nakli hastalarının benlik algısındaki değişim arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Başkalarıyla İlişkilerde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.303$; $p<.05$). Kemik iliği nakli hastalarının başkalarıyla ilişkilerde değişim arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Kemik iliği nakli hastalarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlarla Travma Sonrası Büyüme Envanteri “Yaşam Felsefesinde Değişim” alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-.229$; $p>.05$).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. TARTIŞMA

Psikolojik destek alan kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme bakımından benlik algılarındaki değişim psikolojik destek almayan kemik iliği nakli hastalarınınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde kemik iliği hastalarında psikolojik desteğin etkisinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak literatürde çeşitli çalışmalarda kanser hastalarında psikoterapinin ve psikolojik desteğin etkilerine ilişkin çalışmalar yapıldığı gözlenmiştir (Bkz. Breitbart et al.,2015, 2018; Van Gessel, 2018; Chen and Ahmad, 2018). Breitbart et al. (2015) ileri kanserli hastalarda grup psikoterapisinin varoluşsal sıkıntılarla başa çıkılmasında destekleyici olduğunu bulmuştur. Yine Breitbart ve arkadaşları (2018) ileri kanserli hastalarla yaptığı çalışmada psikolojik ve varoluşsal sıkıntılar için anlam merkezli psikoterapinin, destekleyici psikoterapiye kıyasla iyileşmeye daha çok etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Van Gessel (2018) kanserden kurtulan hastalarda kansere bağlı yorgunluğun azaltılması amacıyla uyguladığı bilişsel davranışçı terapiler sonucunda olumlu sonuçlar aldığını bildirmiştir. Çalışmasında bilişsel davranışçı terapi sonrasında şiddetli yorgunluğun azaldığını ancak uzun dönemde yorgunluğun normal seviyeye geldiğini ortaya koymuştur. Chen ve Ahmad (2018) kanser hastalarında tedavi öncesi verilen psikolojik temelli tedaviye hazırlık sürecinin, psikolojik stres, işlevsellikte bozulma, kanserin yeniden nüks etmesi, bağışıklık sisteminde bozulma ve uyku bozukluklarının azaltılmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada uygulanan psikolojik destek psikoeğitim, bilişsel davranışçı, varoluşsal ve destekleyici nitelikte bütüncül olarak yapılmıştır. Hastaların benlik algısındaki değişimin, hastalığı kabullenme, yeni bir hayatının olabileceğine ve tedavi sonucunda iyileşmeye olan inancı arttırması şeklinde olduğu gözlenmiştir. Şimdiki çalışmada, psikolojik destek alan ve almayan

kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyümenin alt boyutları olan yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişimde ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu değişkenlerde psikoterapi sonrası farklılık görülmemesinin nedeni hastalara verilen psikolojik desteğin süresi ile ilgili olabilir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında (Bkz. Breitbart et al.,2015, 2018; Van Gessel, 2018; Chen and Ahmad, 2018) ölümcül hastalığı bulunan hastalarla yapılan psikolojik destek çalışmalarının uzun süreli olduğu gözlenmiştir.

Kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri arttıkça ve travma sonrası büyümenin alt boyutları olan benlik algısında değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır. Literatürde kemik iliği nakli yapılan hastaların travma sonrası büyüme düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak bu iki değişken arasındaki ilişkiyi ele alan farklı örneklerde yapılmış çalışmalarda travma sonrası büyüme arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir. Örneğin, Cordova ve arkadaşları (2001) meme kanserini atlatmış 70 kadın hastayı, yaş ve eğitimin eşit olduğu 70 sağlıklı kadınla travma sonrası büyüme, iyilik hali ve depresyon açısından karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucuna göre, iyilik hali ve depresyon arasında pek farklılık görülmediğini, ancak meme kanseri olmuş kadın hastaların daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğini bulmuşlardır. Bu büyümenin; ruhsal-manevi değişim, yaşamın anlamı ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinde olduğunu bildirmişlerdir.

Morril ve arkadaşları (2008) da travma sonrası büyüme arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğünü bildirmişlerdir.

5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kemik iliği nakli yapılmış hastalarda, psikolojik destek alınıp alınmamasına göre depresyon ve travma sonrası büyüme düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ayrıca çalışmada kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda psikolojik destek alan kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyümenin bir alt boyutu olarak benlik algılarının olumlu yönde değiştiği, buna karşın yine travma sonrası büyümenin alt boyutları olan yaşam felsefesi

ve başkalarıyla ilişkilerde olumlu yönde değişmediği bulunmuştur. Ayrıca psikolojik destek alan ve almayan kemik iliği nakli hastalarının depresyon düzeylerinde de bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir.

Kemik iliği nakli hastalarının travma sonrası büyüme düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü, ayrıca travma sonrası büyümenin alt boyutları olan benlik algısında ve başkalarıyla ilişkilerde olumlu değişimler oldukça depresyon düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, çok kısa sürede verilen psikolojik destekle dahi kemik iliği nakli yapılan hastaların benlik algılarında olumlu değişimin gözlenmesi, hastalara, nakilden önce, nakil sırasında ve nakil sonrasında da düzenli psikolojik destek verilmesinin tedavinin seyrine olumlu yönde etkisi olacağını düşündürmektedir.

Literatürdeki çalışmalar ele alındığında bu tür hastalarla yapılan çalışmaların nadir olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgular hem literatüre katkı sağlayacak niteliktedir hem de bu tür hastaların psikolojik destek gereksinimlerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Bu alanda ileride yapılacak çalışmaların kemik iliği nakli öncesini, sürecini ve sonrasını kapsayacak şekilde olmasının, hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunu ve bakış açısını arttıracak yollar bulmasında önemli bulgular sağlayacağı düşünülmektedir. Bu alandaki tedavi uygulamaları açısından elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, kemik iliği nakli yapılan hastaların tedavi süreçlerinde tedavi ekibi içinde düzenli psikolojik destek verecek psikologların bulunmasının fayda sağlayacağı ön görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdemir N., Birol L., 2003, İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 272–274.
- Aker A.T., 2000, Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım, İstanbul: Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi ve Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi.
- Aker A.T., 2006, 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3), 204-212.
- Akoha R., 2003, Psychological factors and survival after bone marrow transplantation in patients with leukemia, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57: 91–96.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Andrykowski M.A., Brady M.J., Henslee-Downey P.J., 1994, Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia, Psychosom, Med., 56, 432–439.
- Andrykowski M.A., Cordova M.J., McGrath P.C. et al., 2000, Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1-Year Follow-Up, Psycho-Oncology, 9: 69-78.
- Andrykowski M.A., Cordova M.J., McGrath P.C. et al., 2000, Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: A 1-Year Follow-Up, Psycho-Oncology, 9: 69-78.
- Arıkan K., 2004, Kanser hastalarında psikolojik destek, Klinik Gelişim , 17:77-86.
- Beaton R., Murphy S., Johnson C., Pike, K., Corneil, W., 1999, Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Services Personnel, Journal of Traumatic Stress, 12, 293-308.
- Bellizzi K.M., Blank T.O., 2006, Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors, Health Psycholgy, 25: 47-56.

- Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C., 2013, Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults, *Cochrane Database Syst Rev.*, 13; (12): CDOO3388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4> (Erişim Tarihi: 02.06.2018).
- Breitbart et al., 2018, Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer, *Cancer*, <https://doi.org/10.1002/cncr.31539> (Erişim Tarihi: 02.06.2018).
- Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., Applebaum A., Kulikowski J., Lichtenthal W.G., 2015, Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer, *J Clin Oncol.*,1;33(7):749-54, <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198> (Erişim Tarihi: 02.06.2018).
- Brewin C., Andrews, B., Valentine, B., 2000, Meta-analysis of Risk Factors For Posttraumatic Stress Disorder In Trauma Exposed Adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brown G.B., Byrne C. ve ark., 1988, The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, *Nursing Research*, 37(6):368- 373.
- Calhoun L.G. and Tedeschi, R.G., 1999, Posttraumatic growth, *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Calhoun L.G., Tedeschi R. G., 1998, Posttraumatic growth: Future directions, Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carlson E.B., Ruzek, J., 2003, Effects of Traumatic Experiences. National Center For PTSD. <http://www.atealth.com/consumer/disorders/traumaeffects.html> (Erişim Tarihi: 03.10.2017).
- Cengiz İ., 2017, Suriyeli Mültecilerde Psikolojik Örselenme, Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu, Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, Kıbrıs.
- Chen Y., Ahmad M., 2018, Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: a review, *Future Oncol.*, <https://doi.org/10.2217/fon-2017-0671> (Erişim Tarihi: 04.06.2018).
- Copelan E.A., 2006, Hematopoietic stem-cell transplantation, *N. Engl. J. Med.*, 354, 1813–1826.

- Cordova M.J., Cunningham L.L.C., Carlson C.R. et al., 2001, Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study, *Health Psychology*, 20: 176-185.
- Cozzarelli C., 1993, Personality and Self-Efficacy as Predictors of Coping With Abortion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-1236.
- Crawford J.J., Gayman A.M., Tracey J., 2014, An examination of post-traumatic growth in Canadian and American ParaSport athletes with acquired spinal cord injury, *Psychology of Sport and Exercise* 15, 399-406.
- Croyle R.T. and Barger S.D., 1993, *Illness cognition, International review of health psychology*, S. Maes, H. Leventhal and M. Johnston, London, John Wiley & Sons: 29- 49.
- Cui C., Wang K, An J., Jin C., 2017, Current status in influencing factors of post-traumatic growth in maintenance hemodialysis, *International Journal of Nursing Sciences*, 4, 362-366.
- Demirer T., 2004, Periferik Kök Hücre mobilizasyon teknikleri ve mobilizasyonda etkili faktörler, *Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kurs Kitabı*, Çeşme, Roche Sanayi A.Ş., 84- 91.
- DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W., 2000, Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence, *Arch Intern Med.*, 160(14): 2101-7.
- Elbi H., 2001, Kanser ve depresyon, *Psikiyatri Dünyası*, 5:5-10.
- Elbi H., Önen Ö., 2001, Kanserli hastalarda depresyon, *Duygudurum Dizisi*, 4:184-191.
- EL-Jawahri et al., 2017, Effect of Inpatient Palliative Care During Hematopoietic Stem-Cell Transplant on Psychological Distress 6 Months After Transplant: Results of a Randomized Clinical Trial, *J. Clin Oncol.*, 10;35(32):3714-3721. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.2800> (Erişim Tarihi: 06.06.2018).
- Erol R.Y., 2008, *Social Support (Perceived vs. Received) as the Moderator Between the Relationship of Stress and Health Outcomes: Importance of Locus of Control*, Yüksek Lisans Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Evans D.L., and Charney D.S., 2003, Mood disorders and medical illness: a major public health problem, *Biol Psychiatry*, 54(3): 177-80.
- Fann J.R., Alfano C.M., Roth-Roemer S., Katon W.J., Syrjala K.L., 2007, Impact of delirium on cognition, distress, and health-related quality of life after hematopoietic stem-cell transplantation, *J. Clin. Oncol.*, 25, 1223–1231.

- Foa E.B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., Street, G. P., 1999, A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2), 194-200.
- Goldman L., Ausiella D., 2011, *Cecil Medicine (23 th Ed.) Hematoloji*, Elsevier & Saunders, 1165-332.
- Gorman L.M., Sultan D.F., Raines M.L., 1996, *Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care*, Philadelphia: F A Davis Company, 436-47.
- Green B.L., Goodman, L.A., Krupnick, J.L., Corcoran C. B., Petty R. M., Stockton P., Stern N.M., 2000, Outcomes of Single Versus Multiple Trauma Exposure In A Screening Sample, *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271–286.
- Griffith AK., 1999, Holism in the care of the allogeneic bone marrow transplant population: role of the nurse practitioner, *Holistic Nursing Practice*, 13(2): 20-27.
- Hagger M.S., Orbell S., 2003, A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations, *PsycholHealth*, 18(2):141-84.
- Heijmans M., DeRidder D., 1998, Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their diseasespecific nature, *J. Behav. Med.*, 21:485-503.
- Hisli N., 1988, Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23) 3-13.
- Hoodin F, Uberti J.P., Lynch T.J., Steele P., Ratanatharathorn V., 2006, Do negative or positive emotions differentially impact mortality after adult stem cell transplant? *Bone Marrow Transplant*, 38, 255–264.
- Hoodin F.A., 2003, Systematic review of psychosocial factors affecting survival after bone marrow transplantation, *Psychosomatics*, 44:181-95.
- <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2015/01/d4-Kemik-İliği-Transplantasyonu.pdf> (Erişim Tarihi: 23.01.2018).
- http://thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=Kok_Hucre_Nakli (Erişim Tarihi: 23.1.2018).
- http://www.kemikiligi.org.tr/icerik.php?id=117&alt_id=139&tab=0 (Erişim Tarihi: 31.01.2018).
- <https://www.humanitepsikiyatri.com/klinik-birimlerimiz/psikoterapiler/> (Erişim Tarihi: 21.05.2018)
- <https://www.humanitepsikiyatri.com/wp-content/uploads/2018/01/genel-tipta-depresyon-kitap.pdf> (Erişim Tarihi: 19.05.2018)

- Jones E., Wessely S., 2006, Psychological trauma: A historical perspective, *Psychiatry*, 5 (7), 217-220.
- Joseph S., Murphy D., Regel S., 2012, An Affective-Cognitive Processing Model of Post-Traumatic Growth, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 316-325.
- Joseph S., Murphy D., Regel S., 2012, An Affective-Cognitive Processing Model of Post-Traumatic Growth, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 316-325.
- Kağan ve ark. 2012, Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı, *TAF Prev Med Bull* 2012; 11(5): 617-624 .
- Kalayoğlu-Beşişik S., 2015, Kemik iliği transplantasyonu ders notu (2014-2015), İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı, <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2015/01/d4-Kemik-%C4%B0li%C4%9Fi-Transplantasyonu.pdf>. (Erişim Tarihi: 11.06.2018)
- Kamen C., Vorasarum C., Canning T., Kienitz E., Weiss C., Flores S., Etter D., Lee S., Gore-Felton C., 2016, The impact of stigma and social support on development of post-traumatic growth among persons living with HIV, *J. Clin Psychol Med Settings*, 23, 126-134.
- Karacan Y., Kapucu S.S., 2013, Otolog ve Allojenik Kök Hücre Nakli Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 39 (2) 93-99.
- Karakaya I., Ağaoğlu B., Coşkun A., Şişmanlar Ş.G., Yıldız Ö., 2004, Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 257-263.
- Katon W., 1998, The Effect of Major Depression on Chronic Medical Illness, *Semin Clin Neuropsychiatry*, 3(2): 82-86.
- Katon W., Lin E.H. and Kroenke K., 2007, The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness, *Gen Hosp Psychiatry*, 29(2): 147-55.
- Katon W., Lozano P., Russo J. Et al., 2007, The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls, *J. Adolesc Health*, 41(5): 455-63.
- Keogh F., O'Riordan J., McNamara C. et al., 1998. Psychosocial adaptation of patients and families following bone marrow transplantation, *Bone Marrow Transplantation*, 22(9): 905-911.

- Knight J.M., Lyness J.M., Sahler O.J.Z., Liesveld J.L., Moynihan J.A., 2013, Psychosocial factors and hematopoietic stem cell transplantation: Potential biobehavioural pathways, *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2383-2393.
- Koç H., Demirer T., 1997, Kemik iliği ve hematopoietik kök hücre transplantasyonu, Ed. Uysal A Klinik Hematoloji, Ankara: A.Ü.T.F. Anıtip A.Ş, 43-54.
- Koç Y., 2002, Hematopoietik stem hücre transplantasyonunun onkolojideki yeri, İç Hastalıkları VII. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, Ankara.
- Leventhal H., Diefenbach M., Leventhal E.A., 1997, Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence, *Cog Ther Res*, 16, 143-163.
- Leventhal H., Leventhal E. and Contrada R.J. 1998, Self-regulation, health and behaviour: a perceptual cognitive approach, *Psychology and Health*, 13: 717-734.
- Leventhal H., Nerentz D.R., and Steele D.R., 1984, Illness perceptions and coping with health threat, *Handbook of psychology and health*, A Baum, S.E. Taylor, and J.E. Singer, Hillsdale, Erlbaum, 4: 219-252.
- Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J., 1984, Illness representations and coping with health threats, *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, A Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer (Ed), 4, 219-252.
- Linley P.A., Joseph S., 2004, Positive change following trauma and adversity: a review, *J Trauma Stress*, 17: 11-21.
- Linley P.A., Joseph S., 2004, Positive change following trauma and adversity: A review, *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Lipowski Z.J., 1981, Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine, *Compr Psychiatry*, 22(6):554-561.
- Löf C.M., Winiarski J., Ljungman P., Forinder U., 2011, The socioeconomic and psychosocial circumstances of adult longterm survivors of hematopoietic stem cell transplantation in childhood, *Pediatr Transplant.*, 15(7):691-8.
- Matthews L.T., Marwit, S.J., 2004, Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness, *Omega*, 48, 115-136.
- McGregor B.A., Syrjala K.L., Dolan E.D., Langer S.L., Redman M., 2013, The effect of pre-transplant distress on immune reconstitution among adult autologous hematopoietic cell transplantation patients, *J. Brain Behavior and Immunity*, 30, 142-148.
- Mete H.E., Önen Ö., 2001, Kanserli hastalarda depresyon, *Duygudurum Dizisi*, 4:184-191.

- Morril E.F., Brewer N.T., O'neil S.C., Lillie S.E., Dees E.C., Carey L.A., Rimer B.K., 2008, The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms inn predicting depressive symptoms and quality of life, *Psycho-Oncology*, 17, 948-953.
- Morris C.G., 2002, *Psikolojiyi Anlamak, Duyum ve Algı, Bölüm 3, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 129.*
- Norkin M., Hsu J.W., Wingard J.R., 2012, Quality of life, social challenges, and psychosocial support for long term survivors after allogeneic hematopoietic stemcell transplantation, *Semin Hematol*, 49(1):104-9.
- Oh P.J., Shin S.R., Ahn H.S. & Kim H.J., 2015, Meta-analysis of psychosocial inerventions on survival time in patients with cancer, Pages: 396-419. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111370> (Erişim Tarihi: 02.06.2018).
- Önder E., Tural Ü., 2004, *Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu, Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu, Ed. R. Tükel, Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.*
- Özkan S., 1993, *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche İlaç Sanayii A.Ş, İstanbul.*
- Özkan S., 2012, *Kanserli Hastada Psikiyatrik ve Psikososyal Destek, Bölüm 53, Ed. Mandel M.N., Onat H., Kanser Hastasına Yaklaşım, Yenilenmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 533-541.*
- Öztürk O.M., Uluşahin A., 2008, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, Duygudurum Bozuklukları, Bölüm 18, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara, 342-354.*
- Öztürk O.M., Uluşahin A., 2008, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, Psikoterapiler, Bölüm 30, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara, 955.*
- Palabıyıkoğlu R., 2000, *Durumsal Yaşam Krizleri. Kriz ve Krize Müdahale, ed. S. Işık, 97- 123, Ankara üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yay., Ankara.*
- Patten S.B., 2001, Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2., *J. Affect Disord*, 63(1-3): 35-41.
- Petrie J.K., Jago A.L., Devhich D.A., 2007, The role of illness perceptions in patients with medical conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2):163–167.
- Petrie K.J., Weinman J., Sharpe N. ve ark, 1996, Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study, *British Medical Journal*, 312: 1191-1194.

- Powell S., Rosner R., Butollo W., Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 2003, Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo, *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Rizzo D.J., Vogelsang G.B., Krumm S. et al., 1999, Outpatient-based bone marrow transplantation for hematologic malignancies: cost saving or cost shifting, *Journal of Clinical Oncology*, 17(9): 2811–2818.
- Şentürk V., Yaylı M., Civelek A., 2004, Bir Hastanın Güncesi Kemik İliği Yapılan Hastalarda Psikososyal Yaklaşım' *Kriz Dergisi*, 12(1): 55-65 "Elektronik Dergi" <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/117/819.pdf> (Erişim Tarihi: 11.06.2018)
- Sertöz Ö.Ö., Mete H.E., 2004, Bedensel hastalıklarda depresyon, *Klinik Psikiyatri*, Ek 2:63-69.
- Sheikh A.L., 2004, Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11: 265-73.
- Sherman A.C., Simonton S., Latif U., Plante T.G., Anaissie E.J., 2009, Changes in Quality-of-Life and Psychosocial Adjustment among Multiple Myeloma Patients Treated with High-Dose Melphalan and Autologous Stem Cell Transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*, 15:12-20.
- Stein M.B., Cox B.J., Afifi T.O. et al., 2006, Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective, *Psychol Med.*, 36(5): 587-96.
- Sun C.L., Francisco L., Bake S. et al., 2011, Adverse psychological outcomes in long-term survivors of hematopoietic cell transplantation: a report from the Bone Marrow Transplant Survivor Study (BMTSS), *Blood.*, 27; 118(17): 4723–31.
- Sungur M.Z., 1999, İkincil Travma ve Sosyal Destek, *Klinik Psikiyatri*, 2, 105-108.
- Suomalainen L., Haravuori, H., Berg, N., Kiviruuu, O., Marttunen, M., 2011, A Controlled Follow-Up Study of Adolescents Exposed to A School Shooting Psychological Consequences After Four Months, *EurPsychiatry*, 26(8), 490-497.
- Syrjala K.L., Langer S.L., Abrams J.R., Storer B., Sanders J.E., Flowers M.E., Martin P.J., 2004, Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma, *JAMA*, 291, 2335–2343.
- Şentürk V., Yaylı M., Civelek A.Y., (t.y.) Bir hastanın güncesi: kemik iliği nakli yapılan hastalara psikososyal yaklaşım, *Kriz Dergisi* 12 (1): 55-65, acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/698/1028.pdf (Erişim Tarihi: 11.06.2018)

- Tanyeli A., Aykut G., Demirel A., Akçaoğlu T., 2014, Hematopoetik Kök Hücre Nakli ve Tarihçesi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23 (1), 1-7. DOI: 10.17827/aktd.66502.
- Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M. et al., 2000, Psychological resources, positive illusions, and health, *Am Psychol*, 55(1): 99-109.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 1996, The post-traumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi R.G., Calhoun, L.G., 2004, Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tekin F., 2004, Kanserde tanı ve tedavi yöntemleri, kanser türleri, kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu sürecinde hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi IV. Onkoloji Hemşireliği Eğitimi, Ankara.
- Tennen H., Affleck, G., 1998, Personality and transformation in the face of adversity, Ed. R. G. Tedeschi, C.L. Park ve L.G. Calhoun, *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ünal A., Sarı İ., 2004, Kök hücre kaynağı ve seçimi, *Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kurs Kitabı*, Çeşme, Roche Sanayi A.Ş., 37-41.
- Ündar L., 2004, Kan ve ilik işlenmesi, kryopreservasyonu, depolanması ve transportasyonu, *Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kurs Kitabı*, Çeşme, Roche Sanayi A.Ş., 60- 64.
- Van Gessel et al., 2018, Are the effects of cognitive behavior therapy for severe fatigue in cancer survivors sustained up to 14 years after therapy?, *J Cancer Surviv*, <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0690-z> (Erişim Tarihi: 04.06.2018)
- Wells K.B., Stewart A., Hays R.D. et al., 1989, The functioning and well-being of depressed patients, Results from the Medical Outcomes Study, *JAMA* 262(7): 914-9.
- William F.K., 2004, Çeviri Ed. Ferhanoğlu B., *PDQ Hematoloji*, 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 17-309.
- Yılmaz B. 2007, Arama Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme, *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(59, 119-133).
- Yucetin L., Bozoklar, C.A., Yanik, O., Tekin, S., Tuncer, M., Demirbaş, A., 2015, An Investigation of Post-Traumatic Growth Experiences Among Living Kidney Donors, *Transplantation Proceedings*, 47, 1287-1290.
- Zoellner T., Maercker A., 2006, Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model, *Clin Psychol Rev*, 265: 626-53.

EKLER

EK 1: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

- 1) YAŞ:
- 2) CİNSİYET: KADIN () ERKEK ()
- 3) MEDENİ DURUM: EVLİ () BEKAR ()
- 4) EĞİTİM DÜZEYİ: Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim ()
Ortaöğretim () Lise () Üniversite ve üstü ()
- 5) ÇALIŞMA DURUMU: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
- 6) TANI:
- 7) EŞLİK EDEN KRONİK HASTALIK: VAR () YOK ()
- 8) NAKİL TİPİ: Otolog () Allojenik () Akraba Dışı ()
Haploidentik () Singeneik ()
- 9) NAKİL SAYISI: 1 () 2 () 3 () 4 ()
- 10) ANTİDEPRESİF İLAÇ KULLANIMI: EVET () HAYIR ()
- 11) SİGARA KULLANIMIZ VAR MI? VAR () Kaç yıldır?
Günde kaç adet?
Günde kaç paket?
YOK ()
BIRAKTIYSANIZ NE ZAMAN BIRAKTINIZ?
- 12) ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? EVET () Kaç yıldır? Günlük kullanım?
HAYIR ()
BIRAKTIYSANIZ NE ZAMAN BIRAKTINIZ?
- 13) AİLEDE ONKOLOJİK HASTALIK VAR MI? EVET () HAYIR ()
- 14) AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK VAR MI? EVET () HAYIR ()
- 15) NAKİL SIRASINDA HASTANEMİZDEN PSİKOLOJİK DESTEK ALDINIZ MI?
EVET () HAYIR () HASTANE DIŞINDAN ALDIM ()
- 16) HALEN BAŞKA BİR TRAVMAYA BAĞLI TSSB
(TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU) TANINIZ VAR MI?
EVET () HAYIR ()

EK 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ - BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 12 | (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 4 | (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| | | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 3: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 4: MEDICAL PARK GÖZTEPE HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

MEDICAL PARK GÖZTEPE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

Begüm Kaplan'ın yüksek lisans tezi olarak belirlenen "Kemik İliği Nakli Yapılmış Hastalarda Psikolojik Desteğin Posttravmatik Büyüme Üzerindeki Etkisi" isimli çalışmanın Hematoloji Bölümü erişkin KİT hastalarıyla yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın kurumunuzda yapılmasına sorumlu birim açısından bir sakınca bulunup bulunmadığının tarafınızca değerlendirilmesini arz ederim.

2.5.2017

Tez danışmanı: Yrd. Doç. Barış Önen ÜNSALVER

Yüksek Lisans Öğrencisi: Psk. Begüm KAPLAN

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
NİĞNEZLER İZİN BELGESİ
Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER
Dip. Tescil No: 53386
Psikiyatri Uzmanı



EK 5: BİLİMSEL ETİK KURUL FORMU



info@uskudar.edu.tr

Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /169

03.07.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver
(Begüm Kaplan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19 Haziran 2017 tarihinde, 06 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "**Kemik İliği Nakli Yapılmış Hastalarda Psikolojik Desteğin Posttravmatik Büyüme Üzerindeki Etkisi**" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi / Yeri: 30.09.1981 / İstanbul

Eğitim Durumu:

2012 - Ufuk Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü (Lisans)

Yabancı Dil ve Düzeyi:

İngilizce - İyi

İş Deneyimi:

- | | |
|-------------|--|
| 2018 - 2018 | Özel Maltepe Bölge Hastanesi (Yarı Zamanlı) |
| 2017 - 2018 | Medical Park Göztepe Hastanesi (Proje çalışması) |
| 2017 - 2018 | Özel Küçük Melekler Anaokulu |
| 2015 - 2017 | Özel Okyanus Koşuyolu Anaokulu |
| 2014 - 2015 | Medical Park Göztepe Hastanesi (Proje çalışması) |