

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE UMUT
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Esra SEVİM

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAĞLU

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE UMUT
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Esra SEVİM

152038157

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAÖĞLU

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : **Esra Sevim**
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu

Öğrenci No : 152038157
Tez Savunma Tarihi : 23.03.2018
Tez Savunma Saati : 14.00

Tez Konusu: "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, soruların sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul ne OYBİRLİĞİ / ~~ÖYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürtügen	Kabul	B. Yürtügen
Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı	Kabul	Özlem Yazıcı
Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu	Kabul	Elçin Babaoğlu

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ		

ÖZET

Bu araştırma, kemoterapi ünitesinde tedavi gören kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini özel bir hastanenin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören 114 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmaya en az bir kür kemoterapi almış ve tanısını bilen hastalar dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “Herth Umut Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 programı kullanılmıştır. Değerlendirmede ANOVA, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalamasının 53,9 olduğu, %57,9’unun kadın, %82,5’inin evli, %32,5’inin ilkokul mezunu, %33,3’ünün emekli, %27,2’sinin ev hanımı, %74,6’sının herhangi bir işte çalışmadığı, %76,3’ünün orta düzey gelire sahip olduğu, %33,3’ünün meme kanseri, %39,5’inin nüks deneyiminin olduğu, %59,6’sının metastazının olduğu belirlenmiştir. Hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları 4,28 ve umut puan ortalamaları 26,6 olarak bulunmuş olup psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tanı ve tedavi süresi, metastaz varlığı değişkenlerinin hastaların psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olan hastaların psikolojik dayanıklılık alt boyutu olan yapısal stil puanının gelir düzeyi yüksek olanlara göre, nüks deneyimi olan hastaların gelecek algısına ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise nüks deneyimi olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın sonucunda KLP hemşireliği hizmetinin yaygınlaştırılması, özellikle gelir düzeyi düşük ve nüks deneyimi olan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık yönünden değerlendirilmesi ve benzer çalışmaların daha büyük örneklerle farklı kurumlarda yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kemoterapi, psikolojik dayanıklılık, umut

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL RESISTANCE AND HOPE LEVELS OF CHEMOTHERAPY CANCER DISEASES

This descriptive research was conducted to determine the level of resilience and hope of cancer patients receiving a treatment in chemotherapy unit.

The sample of the survey included 114 cancer patients treated in ambulatory chemotherapy unit of a private hospital. Patients, who received at least one cycle and knew about their diagnosis were involved. “Personal Information Form”, “Resilience Scale for Adults” and “Herth Hope Scale (HHS)” were used as a data collection tool. SPSS Statistics Version 21 was used for the evaluation of the data. ANOVA, t-test and correlation analysis were used in the evaluation.

When the demographic characteristics of participating individuals were examined, it was found that average age of the patients was 53,9; 57,9% of them were female; 82,5% were married, 32,5% were primary school graduate; 33,3% were retired; 27,2% housewife, 74,6% unemployed; 76,3% were middle income; 33%3 of them were breast cancer patients; 39,5% experienced relapse and 59,6% of them had metastasis. Point average of resilience of the patients was found 4,28 and hope was found 26,6; it was determined that levels of the resilience and hope were above intermediate. It was found that variables as gender, marital status, age, education level, employment status, diagnosis and treatment duration and presence of metastasis did not affect the level of resilience and hope. It was determined that structured style as a sub-dimension of resilience of low-income patients was lower than high-income patients while levels of resilience on futural approach of the patients with relapse experience were lower than ones with no experience.

It is recommended as a result of this research to generalize psychiatric consultation-liaison nursing, to evaluate low-income and relapsed patients in particular, in terms of resilience and to conduct similar studies with a larger sample in different institutions.

Keywords: Cancer, chemotherapy, resilience, hope

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde değerli bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren Sayın Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu'na,

Çalışmanın gerçekleştirildiği Özel Anadolu Sağlık Merkezi yönetimine ve kemoterapi ünitesinde çalışan mesai arkadaşlarıma,

Çalışmama katılmayı kabul eden kanser hastalarına,

Benden desteklerini esirgemeyen sevgili dostlarım Sayın Gizemnur Torun ve Güzin Ayan'a,

Her zaman yanımda olan canım aileme,

Maddi manevi desteğini esirgemeyen ve beni sürekli motive eden hayat arkadaşşıma sonsuz teşekkür ederim.

ESRA SEVİM

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

ESRA SEVİM



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

SAYFA NO

Onay.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
Teşekkür.....	v
Beyan.....	vi
İçindekiler Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	ix
Şekiller Dizini.....	xi
Kısaltmalar Dizini.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser Kavramı.....	3
2.1.1. Kanser Tanımı.....	3
2.1.2 Kanser Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Kanser Etiyolojisi.....	4
2.1.4. Kanser Belirtileri.....	6
2.1.5. Kanser Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi.....	6

2.2. Kanser Tedavileri ve Kemoterapi.....	8
2.3. Kanser ve Kemoterapinin Psikososyal Yönü.....	12
2.4. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı.....	19
2.5. Umut Kavramı.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemi.....	26
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.5.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	27
3.5.3. Herth Umut Ölçeği.....	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.8. Etik Boyut.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKÇA.....	67
EKLER.....	77

TABLolar DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo 1. TNM Sınıflama Sistemi.....	7
Tablo 2. Kanserde Psikolojik Tepkiler.....	17
Tablo 3. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 4. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Tanı-Tedavi ile İlgili Özellikleri.....	32
Tablo 5. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 6. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Umut Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 7. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Cinsiyeti ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Medeni Durumu ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 9. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Eğitim Düzeyi ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 10. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Mesleği ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Çalışma Durumu ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Gelir Düzeyi ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 13. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Yaşı ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 14. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Tanıları ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 15. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Nüks Deneyimi ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 16. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Metastaz Deneyimi ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 17. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Tanı ve Tedavi Süresi ile Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	55

Tablo 18. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizleri.....	55
---	-----------



ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

Şekil 1. Psikolojik Dayanıklılık Modeli.....21



KISALTMALAR DİZİNİ

DNA: Deoksirübo Nükleik Asit

HPV: Human Papilloma Virüs

TNM: Tümör Nodül Metastaz

vb.: ve benzeri

IQ: Intelligence quotient (zeka seviyesi)

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)

KLP: Kolsültasyon liyezon psikiyatrisi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Min: Minimum

Max: Maksimum

GİS: Gastrointestinal

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında yüzyılın başlarında yedinci sıradayken, günümüzde ülkemizde dâhil olmak üzere çoğu ülkede ölüm nedeni olarak kalp ve damar hastalıklarından sonra yer almaktadır [1].

Yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısı şüphesiz üzücüdür ve kanser de yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanması sebebi ile kanser tanısı alan hastalarda psikiyatrik morbidite sıklıkla görülmektedir [2]. Literatüre göre kanser, direkt olarak ölümle ilişkili olduğu, sinsice ilerlediği, kontrolden çıktığı, katlanılması güç acı ve ağrılara sebep olduğu, kişiyi sosyal izolasyona götürdüğü için diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanmaktadır [3].

Kanser tedavisi uzun bir süreci kapsamaktadır ve bu nedenle hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamına zarar vermektedir. Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi birçok fiziksel yan etki yaratması sebebi ile hastalarda depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu, geleceğe yönelik beklenti ve planlarda bozulma gibi birçok psikolojik semptomlara da yol açmaktadır [4].

Kanser tanısı ve tedavisi potansiyel bir travmatik olay olarak algılanmaktadır [5, 6]. Psikolojik açıdan sağlam olan bireylerin kanser hastalığı ile başa çıkmada büyük başarı gösterdiği göz önünde bulundurulursa tanı aldıktan sonraki süreçte insan psikolojisi önemli bir yere sahiptir [6].

Kanser tedavisi sürecinde psikolojik dayanıklılık olgusu önemli bir yere sahiptir. Psikolojik dayanıklılık, zor yaşamsal deneyimler karşısında kişinin kendisini toparlama gücü ya da gerçekleşen değişimin üstesinden başarı ile gelme kabiliyetidir [7].

Umut ise kanseri de içeren kronik hastalıklarda iyileşme ve hastalığa uyum sağlama açısından önemli ve güçlü bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır [8]. Umut, geleceğe uyum sağlamak amacı ile bireye güç veren, pozitif bakış açısı ve iyi oluşu destekleyen, gelecekle ve yaşadığı an ile ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan,

başkaları ile ilişkiyi sürdürmeye yardım eden dinamik bir güç olarak tanımlanmaktadır [9].

Klinik uygulamalarda çoğu zaman hastaların fiziksel değerlendirmeleri yapılıp, tedavilerine öncelik verilirken; psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri geri planda tutulmaktadır. Böyle durumlarda profesyonel bir hemşirenin hastaya bütüncül yaklaşması büyük önem taşımaktadır [10]. Hemşireler, hastaların geleceğiyle ilgili yaşadığı belirsizlikleri, hastalık ve tedaviyle ilgili yaşadığı problemleri ortadan kaldıracak; tedaviye uyumu artıracak, tedavinin devamlılığını ve sorunlarla etkin bir şekilde baş etmesini sağlayacak güç olarak gösterilen umudu desteklemede önemli bir yere sahiptir [11].

Yapılan çalışmalar psikolojik dayanıklılığın umut ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur [8]. Bulgular umudun artırılması için kişisel dayanıklılığı arttırmayı amaçlayan müdahalelerde bulunulması gerektiğini savunmaktadır [12].

Psikolojik dayanıklılık ve umudun hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye uyumundaki rolü göz ardı edilemez. Ülkemizde kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları üzerine yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca kanser hastalarının umut düzeylerini ve psikolojik dayanıklılık durumlarını birlikte inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları ile hem literatüre katkıda bulunmak hem de psikolojik dayanıklılık ve umut düzeyini etkileyen değişkenleri saptayarak kemoterapi alan kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımının planlanmasına ışık tutmak amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser Kavramı

2.1.1. Kanser Tanımı

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan ve ölümcül bir hastalık olarak bilinen kanser; anormal biçimde büyüyen, normal fonksiyonlarını kaybetmiş ve çevre dokularla olan bağını koparmış doku anlamına gelmektedir [13, 14]. Kanser genetik bir hastalıktır. Karsinogenez yani kanser oluşum sürecinin temelinde ölümcül olmayan genetik hasar yer alır [15].

Kanser hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Hücre çekirdeğinin deoksiribo nükleik asit (DNA) sentezi evresinde hücre dış etkenlere karşı açıktır. Sentez evresinde oluşan bir değişiklik sonucu atipik hücreler oluşur ve bu hücreler kontrolsüz bir biçimde çoğalmaya başlar [16]. Kanser mutasyona uğramış hücrelerin yakın ve ya uzak bölgelerde kontrolsüz bir şekilde çoğalıp büyümelerinin sonucu olarak ortaya çıkan bir malign hastalıklar grubu olarak adlandırılabilir. Bu çoğalma sonucunda hücrelerde hem yapısal hem de fonksiyonel farklılıklar oluşmaktadır. Bu hücreler normal işlevlerini yerine getiremezler. Anormal şekilde büyüyen ve çoğalan bu hücreler buldukları doku ve organlarla birlikte ayrıca yayılım yaptıkları diğer doku ve organlarında işlevlerinde bozukluklara yol açarlar [16, 17].

2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar. Kanser türlerinin sıklığı cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte; erkeklerde akciğer, prostat ve kolorektal kanserler, kadınlarda ise meme, kolorektal ve serviks kanserleri sık görülmektedir [18]. Lösemi, lenfoma, kemik sakomu gibi bazı spesifik kanser türleri ise 15 yaş altı çocuklarda daha sık görülmektedir [15].

Kanser ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında yüzyılın başlarında yedinci sıradayken, günümüzde ülkemizde dahil olmak üzere çoğu ülkede ölüm nedeni olarak kalp ve damar hastalıklarından sonra yer almaktadır [1].

Kanser istatistikleri 2013 verilerine göre; Türkiye kanser insidansının, dünya insidansının üzerinde olduğu fakat Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik

düzeıı yüksek olan ölkelere göre de daha düşük bir insidansa sahip olduğu görölmektedir [4]. Yine 2013 verilerine göre; Türkiye’de kanser insidansı yüz binde 227,2’dir ve toplam 174 bin kişiye yeni kanser tanısı konulmuştur [18].

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre; 2008 yılında dünya nüfusu 6,7 milyar iken, 12 milyon yeni kanser vakası, kanser sebebi ile yaşamı sonlanan 7 milyon hasta, tedavisi devam eden ya da halen hayatta olan 25 milyon kanser vakası bulunmaktadır. 2030 yılında ise dünya nüfusunun 8,7 milyar olacağı, yılda 27 milyon yeni kanser vakası olacağı ve kanserden kaynaklanan ölümlerin yılda 17 milyona ulaşacağı öngörülmektedir [3]. Akciğer kanseri kötü prognoz nedeni ile ölümlerle sonuçlanma açısından dünyada en üst sıralarda yer almaktadır [19].

Kanser her yaş grubunu etkilemekle beraber genellikle ileri yaş grubunu etkilemektedir [15, 19]. Kanser, 40-79 yaş aralığındaki kadınlarda ve 60-79 yaş aralığındaki erkeklerde en önemli ölüm nedenidir [15]. Kanser erkeklerde kadınlara göre daha sık görölmektedir [16]. Ayrıca kanser vakalarının yarısından fazlası ve ölümlerle sonuçlanan kanser vakalarının %60’ı az-gelişmiş toplumlarda meydana gelmektedir [19].

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinde birden çok faktör yer almaktadır. Kalıtım kanser riskini arttırmaktadır. Fakat kanserin oluşumunda kalıtsal olmayan faktörlerin rolü daha büyüktür. Kanserin etiyolojisinde %5-10 genetik faktörlerin; %90-95 çevresel faktörlerin rolü vardır [15, 20]. Kanserin etiyolojinde rol olan çevresel faktörler:

Tütün kullanımı: Çevresel faktörler arasında en önemli faktör %30-35 oranla tütün ve tütün ürünleridir. Kanser ölümlerinin en az %30’undan sigaranın tek başına etken olduğu düşünölmür. Sigaranın akciğer, baş, boyun, özafagus, pankreas, serviks ve mesane kanseri ile doğrudan ve kuvvetli bir ilişkisi vardır [14, 16, 20].

Diyet: Sigara kullanımı dışında en önemli kanser nedeni beslenme alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır. Tatlandırıcılar ve koruyucular diyetel karsinojenlere örnek olarak verilebilir. Fazla kilo ve obezite postmenopozal kadınlarda meme, kolon, endometriyum, safra ve böbrek kanser riskini arttırmaktadır. Yüksek hayvansal protein tüketimi de bazı kanser türleri için risk faktörü olarak görölmektedir. Yağlı ve

yaşlanmış hayvan etlerinde, nitrit veya nitrat eklenmiş etlerde, tuzlanmış ya da tütülenmiş etlerde, salam, sosis, sucuk gibi hazır gıdalarda kanser riskini arttırmaktadır. Vitamin ve mineral tüketiminin de kanser oluşumu üzerine etkileri vardır. Örneğin; düşük kalsiyum düzeyi kolon kanseri riskini arttırırken C vitamini tüketimi kanser riskini azaltmaktadır. Yapılan çalışmalarda meyve ve sebze tüketim miktarı ile kanser oluşumu arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır [14, 16, 20].

Alkol kullanımı: Alkol tüketimi kolon, rektum ve meme kanseri riskini arttırmaktadır. Sigara ve alkolün birlikte kullanımının kanser oluşumu üzerinde sinerjik etkisi vardır. Sigara ile birlikte alkol tüketildiğinde her biri için kanser oluşumu riski beş kat iken 25 kata çıkmaktadır [21].

Kimyasal karsinojenler: Bu maddeler çoğunlukla fabrikalarda, madenlerde, doğada ya da laboratuvarlarda bulunmaktadır. Örneğin nikel içeren maden iş yerinde çalışan kişilerde ve asbest ile çalışan işçilerde akciğer kanser riski yüksektir. Baca temizleme işlerinde çalışan kişilerde skrotum kanseri riski yüksektir. Üzüm bağı ve bakır işlemecilerinde cilt kanseri riski yüksektir [14, 16].

İyonize radyasyon: Sık sık iyonize radyasyona maruz kalmak, nükleer santraller ve nükleer bomba, lösemi ve multiple myeloma, akciğer, meme, kemik, tiroit ve diğer doku kanserleri riskini arttırmaktadır [16].

Ultraviyole ışınları: Özellikle açık havada fazla kalan, kontrolsüz bir şekilde güneş ışığına maruz kalan ve açık renk tenli olan bireylerde deri kanserleri riski fazladır. Ozon tabakasında yer alan deliklerin altında yer alan ülkelerde (Avustralya, Kuzey Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri'nin güney kesimleri) yaşayan bireylerde de deri kanseri riski yüksektir [14, 16].

Virüsler, bakteriler, parazitler: Bazı virüs, bakteri ve parazitlerin kanser oluşumu ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Örneğin; Human Papilloma Virüs (HPV) serviks kanseri için hepatit B virüsü ise karaciğer kanseri için risk faktörüdür [16].

Cinsel sağlık ve doğurganlık: Geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda meme kanseri riski yüksektir. Erken yaşta evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda serviks kanseri riski yüksektir. Erken menarş ya da geç

menapoz da meme kanseri riskini arttırmaktadır. Ayrıca 5 yıldan fazla oral kontraseptif kullananlarda da serviks kanseri riski yüksektir [14, 16].

2.1.4. Kanser Belirtileri

Kanser etkilediği organa göre belirtiler vermektedir. Sıklıkla görülen belirtiler;

- Vücudun herhangi bir yerinde meydana gelen şişlikler,
- Ağrı
- Uzun süre iyileşmeyen yaralar,
- Ses kısıklığı ve öksürük
- Ben ve siğillerdeki değişiklikler,
- Anormal kanama ve akıntılar
- Nedeni belli olmayan kilo kaybı
- Nedeni belli olmayan ateş
- Yutma güçlüğü
- Defekasyon alışkanlığındaki değişikliklerdir [16, 22].

2.1.5 Kanserın Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi

Tümörler köken aldıkları hücre ya da dokulara göre tümör varlığı tespit edilip kanser tanısı netleştikten sonra tedavinin planlanması, prognozun belirlenmesi ve değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması için kanserin evrelendirilmesinin yapılması gerekir. Kanserın evrelendirilmesi konusunda farklı görüşler mevcuttur. En yaygın olarak kullanılan evrelendirme sistemi Amerikan Kanser Birliğinin Tümör Nodül Metastaz (TNM) sınıflamasıdır (tablo 1) [16, 23].

Tablo 1: TNM sınıflama sistemi

<p>T: Tümörün büyüklüğünü gösterir.</p> <p>N: Bölgesel lenf bezi metastazının olup olmadığını gösterir.</p> <p>M: Uzak metastazın olup olmadığını gösterir.</p> <p><i>*TNM bileşiklerinin alt boyutlarında malignant hastalığın yayılımını gösteren numaralandırma kullanılır.</i></p>	
Primer Tümör (T)	<p>Tx: Primer tümör tanımlanmamıştır.</p> <p>T0:Primer tümör bulgusu yok</p> <p>Tis: İnsitu (sınırlı evre) karsinomu</p> <p>T1, T2, T3, T4: Lokal tümörün artan boyutu ve lokal yayılımı gösterir.</p>
Bölgesel Lenf Bezleri (N)	<p>Nx: Bölgesel lenf bezleri tanımlanmamıştır.</p> <p>N0:Bölgesel lenf metastazı yok</p> <p>N1, N2, N3, N4: Bölgesel lenf bezlerinin arttığını gösterir.</p>
Uzak Metastaz (M)	<p>Mx: Uzak metastaz tanımlanmamıştır.</p> <p>M0:Uzak metastaz yok.</p> <p>M1:Uzak metastaz varlığını gösterir.</p>

2.2. Kanser Tedavileri ve Kemoterapi

Kanser tedavilerinde temel amaç; olası sağkalım süresini uzatmak ve hastalık semptomlarını yok etmektir. Tedavi yöntemine karar verilmeden önce kanserin türü, tümörün yapısı, hastalığın evresi ve metastaz olup olmama durumu değerlendirilir. Tedavi karar aşaması multidisipliner ekip tarafından tartışılır. Bu ekip içinde medikal onkolog, cerrahi dal uzmanı, radyoterapi uzmanı, patolog ve radyolog yer alır [16, 24, 25].

Kanserin başlıca tedavi yöntemleri; cerrahi, radyoterapi, immünoterapi ve kemoterapidir. Bunların dışında hormon tedavisi, gen tedavisi, alternatif tedaviler ve kemik iliği nakli uygulaması gibi yöntemlerde bulunmaktadır [25, 26].

Kanserin tedavi yöntemlerinden biri olan ve sık kullanılan kemoterapinin amacı hastaların yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Cerrahi girişim ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda kullanılabilirken kemoterapi metastaz durumunda ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda da kullanılabilir [22, 26]. Kemoterapi tek başına uygulanabileceği gibi radyoterapi ile eş zamanlı olarak ya da ameliyat öncesi/sonrası uygulanabilir [27].

Kemoterapide birçok farklı tedavi protokolleri vardır. Tek bir ilaç kullanılabilmesi gibi birden çok ilaç da kullanılabilir. Bu ilaçlar genellikle oral, intramüsküler ya da subkütan enjeksiyon şeklinde ya da intravenöz şekilde uygulanmaktadır. Bu uygulamalar dışında intratekal, intraplevral, intraarteryel, intraperitoneal, intraplevral, intravesiküler ve intraventriküler yolla da verilebilir [28, 29].

Kemoterapötik ajanlar; alkilleyiciler, antimetabolitler, antrasiklinler, bitki alkaloidleri, platin içeren bileşikler, biyoterapi, hormon ve hormon antagonistlerini içermektedir [14].

Kemoterapide kullanılan sitotoksik ajanlar tümörün çoğalmasını önleme ve yok etmesi yanında sağlıklı hücreleri de etkilemektedir [30]. Bu nedenle de bu ilaçlar kişide bir dizi yan etkilerin yaşanmasına sebep olmaktadır [31].

Kemoterapötik ajanlar sistemiktir. Bu ilaçlar kanserli hücrelerin yanında sağlıklı olan hücrelere de zarar vermektedir. Bu nedenle kemoterapi ilaçlarının ciddi yan etkileri bulunmaktadır [32, 33].

Kemoterapiye bağlı yaşanan yan etkilerin çeşidi ve şiddeti kullanılan ilacın türüne, kombinasyonlarına, tedavinin sıklığı ve dozuna, hastanın kişisel özelliklerine göre değişmektedir [26, 27]

Kontrol altına alınamayan yan etkiler, yaşam kalitesini azaltmakta böylelikle de tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır [34]. Bu nedenle tedavileri ve geliştirdikleri yan etkileri iyi bilmek başarı şansını arttırmaktadır [26].

Kemoterapide sık yaşanan yan etkiler:

- Alopesi
- Bulantı-kusma
- Kemik iliği baskılanması
- Ağrı
- Yorgunluk
- Konstipasyon
- Diyare
- İştah azalması
- Mukozit
- Cilt problemleri
- Nöropati
- Uyku problemleridir [14, 26, 27, 30, 32, 34].

Alopesi (Saç dökülmesi): Kemoterapiye bağlı en sık yaşanan yan etkilerden biridir. Uygulanan ilacın türü, sıklığı ve dozu alopesinin farklı düzeylerde yaşanmasına sebep

olur. Tedaviyi takiben 10-21 gün içinde başlar ve 1-2 ay içinde tamamlanır. Geçici bir yan etkidir. Genellikle dökülme ilk saçlarda başlar sonrasında özellikle yüz, aksiler ve pubik bölgesinde azalmalar olur. Tedavi bitiminde 1-2 ay sonra kaybedilen saç ve kılların uzaması gerçekleşir fakat renk ve kalite bakımından farklılıklar olabilir [14, 27, 35, 36].

Alopesinin vücut imajını bozduğu ve kişiye sürekli kanseri anımsatan bir durum olduğu bilinmektedir. Alopesi sorunu geçici olmasına rağmen hastalar üzerinde büyük bir üzüntü kaynağı olmaktadır [35, 36]. Dış görünümü bozması ve sosyal hayatı olumsuz etkilemesinden dolayı hastanın tedaviyi reddetmesine neden olabilmektedir [27].

Bulantı-kusma: Bulantı, epigastrium ve boğazın arka kısmında hissedilen, kusma ile sonuçlanabilen ya da sonuçlanmayan, hoş olmayan bir duygudur. Kusma ise mide, duodenum ya da jejunumdaki içeriğin güçlü bir şekilde ağız yoluyla atılmasıdır [14, 27].

Kemoterapiye bağlı bulantı- kusmayı hasta özellikleri, kemoterapi protokolü ve antiemetik ilaçlar ile ilgili faktörler etkilemektedir. Kemoterapiye bağlı bulantı kusma genellikle 1-2 saat içinde başlar ve genellikle 24 saat içinde sonlanır. Bazı durumlarda 24 saatten fazla da sürebilir [14, 26, 27]. Ayrıca önceki kemoterapi sırasında bulantı-kusma deneyimi olan hastalar beklenti bulantı-kusması yaşayabilmektedir [26]. Gelişen bulantı kusma hastanın yaşam kalitesini kötüleştirmekle birlikte bazen tedavi protokollerinde değişikliğe gidilmesine bile neden olabilmektedir [37].

Kemik iliği baskılanması: Kemik iliği baskılanması kemoterapinin en ciddi ve en tehlikeli yan etkisidir. Kemik iliği baskılanması sonucu eritrosit, lökosit ve trombosit hücrelerinin yenilenme yeteneği azalır. Bu durumda hastada anemi, lökopeni ve trombositopeni gelişebilir. Buna bağlı olarak da anemiye bağlı yorgunluk, lökopeniye bağlı enfeksiyon, trombositopeniye bağlı kanama ortaya çıkar [14, 26].

Ağrı: Kanserli hastalar kimi zaman kansere bağlı nedenlerle kimi zaman da tedavinin yan etkisi olarak ağrı çekmektedir. Kemoterapiye bağlı olarak gastrointestinal sistem hasarı, stomatit, mukozit, eklem ağrıları, miyalji, ekstremitasyon, periferik nöropati gibi sebeplerle ağrılar gelişebilir [38, 39].

Ağrılı hastalarda motor gerginlik, kaygı, hoşnutsuzluk gibi anksiyete belirtileri gözlenmektedir. Çapar'ın yaptığı çalışmaya göre, ağrı, anksiyete ve depresyon arasında

anlamli bir iliŒki olduğu saptanmıŒtır. AĞrısı olan hastaların anksiyete ve depresyon d¼zeyleri ağrısı olmayan hastalardan daha y¼ksek bulunmuŒtur. AĞrı metastazlı hastaların %30'unda, ileri d¼nemdeki hastaların ise %80'inde g¼r¼lmektedir. Hem sık g¼r¼lmesi hem de hastayı fiziksel ve psikolojik a¼ıdan olumsuz etkilemesi nedeni ile ağrı kanser hastalarında yaŒanan en ¼nemli semptomlardan biridir [39].

Yorgunluk: Yorgunluk kiŒinin kendini fizyolojik, psikolojik ve biliŒsel olarak t¼kenmiŒ hissetmesidir. İnsidansı %75-80 aralığındadır. Yorgunluk ile bağlantılı psikososyal sorunlar hastanın g¼nl¼k yaŒam aktivitelerinden meslek yaŒamına kadar geniŒ bir alanda hastanın yaŒamını sınırlar ve b¼ylelikle kiŒinin yaŒam kalitesinde azalmaya yol a¼ar [40]. Prue ve arkadaşlarının yaptığı ¼alıŒmanın sonucuna g¼re tedavi sırasında yorgunluk prevalansı %39-90 aralığında saptanmıŒtır [41].

Konstipasyon: Literat¼re g¼re kanser hastalarının %54'¼n¼n tedavi aldıkları d¼nemde konstipasyon yaŒadıkları belirtilmiŒtir [42].

Diyare: Kemoterapi alan kanser hastalarının %75'inde diyare g¼r¼lmektedir. Kemoterapi sonrası tedavi gerektiren ağır diyare geliŒebilmektedir [26].

İŒtah azalması: İŒtahsızlık hastalığın kendisi ile iliŒkili olabileceği gibi kemoterapi yan etkisi olarak da geliŒebilir. Tedavi sırasında bulantı, kusma, besinlerin tat ve kokularında hissedilen deĐiŒiklik hastanın iŒtahında azalmaya neden olabilir. Kanser hastalarının %40-80'inde malnutrisyon yaŒanmaktadır [26, 27].

Mukozit: Oral mukozit kemoterapi alan hastalarda g¼r¼len inflamatuvar ve ¼lseratif geliŒmesi ile seyredilen bir s¼reçtir. Kemoterapi uygulamasından yaklaŒık bir hafta sonra ortaya çıkmakta ve genellikle 21 g¼n i¼erisinde iyileŒmektedir. Mukozit; anoreksiya, kaŒeksi, dehidratasyon ve maln¼trisyona sebep olabilmektedir. Mukozit hastaların yutma, ¼iĐneme ve konuŒma problemi ve ağrı yaŒamalarına neden olmaktadır. Yapılan ¼alıŒmalarda oral mukozitin hastaların yaŒam kalitesinde azalmaya neden olduğu saptanmıŒtır [43, 44].

Cilt problemleri: En sık g¼r¼len reaksiyon d¼k¼nt¼d¼r. Nadiren kızarma, kaŒıntı, kuruluk ve sivilce g¼r¼l¼r. Cilt, mukoz membran ve tırnak rengine deĐiŒiklik olabilmektedir. Tırnaklar kolay kırılabilir ve ¼zerinde ¼izgiler oluŒabilir. Kemoterapi

alınan damar yolu boyunca renk koyulaşması olabilir, bu renk değişimi 1-2 ay içinde geçmektedir [26].

Nöropati: Sinir sisteminin toksik kimyasallara maruziyeti sonucu nöropati gelişebilmektedir. Nöropatiye bağlı semptomlar genellikle parestezi ve halsizlik ile başlamaktadır. El ve ayaklarda ağrılar, uyuşukluk, yazı yazma gibi günlük yaşam hareketlerinde zorluklar, özellikle geceleri belirginleşen kas güçsüzlüğü ve denge bozukluğu ve daha çok ayaklarda meydana gelen titremeler nöropatiye bağlı diğer semptomlardır [45, 46].

Uyku problemleri: Kaliteli uyku kişinin temel gereksinimlerinden biridir. Uyku, bedensel ve ruhsal iyilik halini etkilemektedir. Kanser hastalarında görülen uykusuzluk; uykuya dalmada zorluk, geceleri sık uyanma ve uykuya devam etmede zorluk, sabah çok erken uyanma ve kabus görme ile kendini göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre kanser hastalarında uyku problemi %30-50 aralığında değişmektedir [47, 48].

2.3. Kanser ve Kemoterapinin Psikososyal Yönü

Ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş olarak görülen kanser tüm hastalıklar arasında en korkulan hastalık olarak görülmektedir. Kanser milyonlarca insanın ölüm nedeni olmakla birlikte birçok psikososyal problemi de beraberinde getirmektedir [3, 4, 49]. Kanser tanısı alan hasta bir yandan fiziksel zorluklar ile mücadele ederken bir yandan da gelecek ile ilgili belirsizlik hissi yaşayabilmektedir. Bu süreç hastanın ruhsal sorunlar yaşama riskini arttırabilmektedir [50].

Dünya Kanser Raporu'nda belirtilen verilere göre, patolojik düzeyde yaşanan stresin kanser hastalarında nüfusun geneline göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kanser hastalarının üçte birinin kronik strese sahip oldukları ve stresin hastalığa uyumu güçleştirerek hastalığın seyrini olumsuz etkilediği belirtilmiştir [51].

Kanser tanısı alan hastalarda yaklaşık %50 oranında psikiyatrik bozukluk gelişmekte ve bu bozuklukların %90'ı hastalığa ve tedaviye tepki olarak ortaya çıkmaktadır [52, 53]. Hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın yapısına, uygulanan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak gelişmektedir [3]. En sık karşılaşılan psikopatoloji majör depresyondur [54, 55]. Kanser hastalarında majör depresyon sıklığı genel popülasyona oranla 2-3 kat daha fazladır

[52]. Majör depresyon hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumu ve hastalığın prognozunu etkilediği bilinmektedir. Tokgöz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada majör depresyon sıklığı %22 olarak saptanmıştır [54]. Yapılan başka bir çalışmada ise kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk oranı %28,7 olarak saptanmıştır. Majör depresyon ve depresif uyum bozukluğu en sık rastlanan iki psikiyatrik tanı olmakla birlikte özellikle terminal dönem hastalarında organik mental bozukluk sıklığının arttığı saptanmıştır [3, 49]. Seven ve arkadaşlarının 142 kanser hastasında yaptığı bir çalışmada hastaların %88,7'sinde depresif belirti, %38'inde ise anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır [50]. Karabulutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının %81,3'ünde depresyon, %61,5'inde anksiyete olduğu saptanmıştır [56]. Kutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kanserli hastaların %21,6'sında hafif, %18,6'sında orta, %12,7'sinde ise şiddetli derecede depresyon saptanmıştır [49]. Yapılan başka bir çalışmada ise kanserli hastaların %66'sının depresyon ve anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir [57].

Kanser tanı ve tedavisi hastanın benlik saygısında, beden algısında, yaşam kalitesinde, seksüel durumunda, kişisel ve sosyal rollerinde değişikliğe neden olmaktadır [3]. Fiziksel işlevsellikteki azalma günlük işlerin yürütülmesinde problemlere yol açabilir. Sosyal alanda eşle, aile üyeleriyle ve sosyal çevreyle ilişkiler konusunda kaygılar meydana gelebilir. Mali veya iş ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilir. Ayrıca kanser tanısı almak kişide marjinalleşme ya da damgalanma duygusu yaşanmasına sebep olabilir [53].

Kanser tedavisi olan kemoterapi de uzun süreli bir tedavi olmasının yanı sıra alopesi, bulantı, kusma, yorgunluk, gibi fiziksel semptomlar ile birlikte anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik semptomlar yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca bazı kemoterapötik ajanlar (vinkristin, vinblastin, tamoksifen vb.) depresyon riskini direkt olarak arttırmaktadır. Hastaların bu psikolojik semptomlarla birlikte tedaviyi uyumunda güçlükler yaşamakta ve geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır [4, 54].

Yaşam tarzı ve rol değişiklikleri, ekonomik sorunlar, hastaya yönelik bakım yükünün artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku sebebi ile hastalar anksiyete yaşamakta ve yaşanan bu anksiyete depresyona neden olabilmektedir. Bedensel sağlığın bozulmasına duyulan üzüntü ve ölüm kaygısı da depresyon yaşanmasına neden olabilmektedir [3].

Benlik saygısının düşük olması, psikiyatrik bozukluk öyküsü, yetersiz duygusal destek ve tanılanma sırasında fazla duygusal stres yaşanması depresyon riskini arttırmaktadır [4, 49, 54]. Ayrıca ileri evre kanser, alkol bağımlılığı, yetersiz ağrı kontrolü ve bedensel başka hastalıkların varlığı da depresyon açısından birer risk faktörüdür [54].

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyon ve anksiyetenin fiziksel ve psikolojik semptomları arttırarak hastaların yaşam kalitesinde ve tedaviye uyumunda azalamaya sebep olduğunu bilinmektedir [50].

Psikiyatrik sorunların tanınması ve tedavi edilmesi kanser tedavisine uyumu ve yaşam kalitesini arttıracaktır. Bu yüzden hastaları anlayabilmek, yeni duruma uyumlarını kolaylaştırmak, uygun girişimleri ve yaklaşımları planlamak son derece önemlidir [49]. Kanser hastaları yaşadıkları travmayı atlatmak için ruhsal durumlarını ve motivasyon güçlerini yüksek seviyede tutmak zorundadırlar. Bu sebeple de psikososyal destek tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır [3].

Kanser bir yıkım gibi algılanmakta ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olmaktadır. Kriz; sağlıklı yaşamdan ölüm ve hastalık tehdidine uyuma uzanan bir süreç olarak tanımlanabilir. Zamana bağlı olarak hasta bireylerde farklı derecelerde psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalar özellikle tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler sergilemektedirler [3, 51].

Elizabeth Kübler Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” adlı kitabında ölümcül hastalık tanısı almış yaklaşık iki yüz hasta ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar sırası ile inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlanmıştır [58].

1. İnkâr

Hastanın ilk aşamada gösterdiği tepki şok olma ve inanmamadır. Kişi kendi bedenine yabancılaşır ve güvenmez. İnkâr, dayanılması güç olan gerçeği bilinç dışına atma, benlik bütünlüğünü koruma çabasıdır. İlk uyuşukluk hali yok olmaya ve kişinin kendini toplamaya başladığı zaman kişinin yanıtı “hayır bu bana olamaz” şeklinde olur. İlk inkarın, hastalık kendilerine direkt olarak en başından açıklanan hastalarda da

kendilerine dolaylı yoldan açıklama yapılmış ve sonucu kendi başlarına çıkaran hastalarda da aynı şekilde yaşandığı saptanmıştır. Hasta kendini iyi hissettiğini, hasta olmadığını, başvurduğu doktorun ya da kurumun yanlış kanıya vardığını, patoloji raporunun karıştığını öne sürebilir. Hemen hemen hastaların tümü sadece başlangıç aşamasında değil, ara ara sonraki dönemlerde de inkara başvurur. İnkâr süresi kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzayabilmektedir. İnkâr mekanizması şok edici haberden sonra hastanın kendini toplamasına yardımcı olur. Ayrıca hasayı yüksek dereceli anksiyete ve panikten korur, depresyona girmesini engeller ve bu durum ile baş edebilmek için gerekli enerjiyi tedavi için saklamasına olanak sağlar. Eğer kişiye gerekli tedavileri ve girişimleri kabul ettirmeyecek ve geciktirecek düzeyde ise zararlıdır [3, 52, 53, 58].

2. Öfke

İlk inkar evresi artık sürdürülemeyeceği zaman yerini öfke, haset, küskünlük duyguları alır. Bu evrede kişi “Neden ben?” sorusunu sormaya başlar. İnkâr evresinin tersine bu evre aile ve tedavi ekibi üyeleri için başa çıkılması zor olan bir dönemdir. Hasta öfkesini her yöne yöneltir. Öfke kendisine olabileceği gibi ailesine, arkadaşlarına, tedavi ekibine ve Tanrı’ya olabilmektedir. Hasta bu dönemde yalnızca kendisini mutsuz eden şeyleri görmeye başlar. Aile ve sağlık üyeleri bu tepkiyi kişisel olarak algıladıklarında onlarında tepkileri öfkeli hale gelir ve bu da hastanın öfkeli tutumunu pekiştirmeye yarar. Oysa ki çoğu zaman hastanın öfkesinin, hedefi olan insanlarla direkt bir ilişkisi yoktur. Hastanın isyanını ifade edememesi depresyon gelişme riskini arttırmaktadır. Bu dönemde kaygı, iştah azalması, dikkat dağınıklığı gelişebilir [52, 53, 58].

3. Pazarlık

Bu evre çok yaygın olmakla birlikte kısa süreliğine de olsa hasta için yararlı bir aşamadır. Kişi engellenemez sonu erteleyebilmek için pazarlığa başvurmaktadır. Bu anlaşmalar genellikle Tanrı’ya yöneliktir. Hastalar “Eğer Tanrı beni dünyadan almaya karar verdiyse ve yakarmalarımaya yanıt vermediyse, güzel bir şekilde sorarsam daha merhametli olabilir.” şeklinde anlaşma yoluna girerler. Bu aşamada hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum gösterir. Hastalığı ve tedavi ile ilgili daha çok bilgi edinmek, umut

veren gelişmeleri takip etmek, durumu iyi olan hastaları kendi ile benzeştirmek bu aşamanın özelliklerindedir [52, 53, 58].

4. Depresyon

Hasta artık hastalığını inkar edemediği zaman, yeni ameliyatlara girmesi, sık sık hastaneye yatması gerektiğinde, daha çok semptom yaşamaya başladığında ve daha zayıf düştüğünde artık bu hastalığa gülümseyerek bakamayacak duruma gelir. Ayrıca uzun süren kontroller, tetkikler ve bunların sonuçlarının beklenmesi, organ kaybı, hastalığın nüks etme korkusu, yaşam kalitesinin düşmesi, hastane masrafları, iş kaybı da kişide depresyon gelişimine neden olur. Hastada kayıp duygusu yaşanmaya başlar. Depresyon, sevilen tüm kişilerin yakında kaybedilecek olmasına hazır olmak için kullanılan ve kabullenme sürecini kolaylaştıran bir araç olarak yaşanabilir. Bu durumda hastayı bir şeylere teşvik etmek ya da onu rahatlatmaya çalışmak pek de anlamlı değildir. Hasta her şeye iyi açıdan bakmaya teşvik edilmemelidir. Çünkü bu hastanın yaklaşmakta olan ölümü düşünmemesi gerektiği anlamına gelebilmektedir. Hastaya üzülmemesini söylemek ters tepki doğurabilir. Eğer hüznünü ifade etmesine izin verilirse, kabullenme aşaması daha kolay gerçekleşir. Bu durumda sözlere gerek yoktur, hastanın yanında olmak, sessiz bir şekilde birlikte oturmak ve ona dokunmak yeterli olacaktır [52, 53, 58].

5. Kabullenme

Kabullenme mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir. Bu evre duygudan yoksundur. Bu evre duygusal boşluk dönemi olarak tanımlanabilir. Sanki savaş bitmiştir. “Uzun yolculuktan önce son istirahat” zamanıdır. Bu dönem hastalar tarafından “Evet, ben... ve hazırım” şeklinde dile getirilebilir. Hasta yorgun ve bitkindir. Hasta daha sık ihtiyaçla uyur. Bu dönemde daha çok ailenin desteğe ve yardıma ihtiyacı olur. Ölmekte olan hasta huzur bulmuştur fakat ilgi alanları azalmış, çevre ile olan iletişimini azaltmıştır. Hasta yalnız kalmayı ister. İletişim sözlüden sözsüze doğru kayar. Hasta birini davet etmek için yalnızca el işareti yapabilir. Yalnızca elinin tutulması, sessiz bir şekilde yanında oturulması onun için yeterli ve anlamlıdır [52, 53, 58].

Kanser tanısı alan hastalar bu dönemleri sırası ile ya da iç içe geçmiş bir şekilde yaşayabilir. Kimi aşamalar ise hiç gerçekleşmeyebilir [52].

Kanserli hastalarda uyuma yönelik olan/olmayan tepkiler; tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi aşaması, tedavi sonrası, hastalığın seyri ve ilerlemesi, terminal/palyatif dönem olarak altı ayrı kısımda ele alınabilir (tablo 2) [3].

Tablo 2: Kanserde psikolojik tepkiler

	Uyuma Yönelik Tepkiler	Uyuma Yönelik Olmayan Tepkiler
Tanı Öncesi	1.Kanser olasılığı ile ilgili kaygı geliştirme	1. Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2. Hastalık olasılığının inkar edilmesi ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Başlangıçta kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6. Depresif mizaçlı uyum	1. Kesin inkar, tedaviyi reddetme 2. Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi 1. Cerrahi girişimin geciktirilmesi Radyoterapi 1. Işın tedavisinin etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu	1. Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2. Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu

	<p>Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yan etkilerinden korkma 2. Vücut imajı değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu 4. Alturuistik duygular (organlarını bağışlama) 	
<p>Tedavi Sonrası</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık- tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Nüks korkusu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Şok olma 2. İnanamama 3. Kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durum
<p>Hastalığın Seyri ve İlerlemesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. (Majör) Depresyon
<p>Terminal / Palyatif Dönem</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresyon 2. (Akut) Deliryum

2.4. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Psikolojik dayanıklılık kavramı, Latince “resilire” kökünden gelmektedir. Resilient elastik ve esnek olmak anlamında kullanılmaktadır. Psikolojik dayanıklılık; hastalıktan, depresyondan, kötü bir durumdan hızlıca iyileşme yeteneği; kendini toparlayabilme; incindikten sonra eski haline kolayca dönebilme, elastikiyet olarak tanımlanmaktadır [59]. The Random House Sözlüğü’ne göre psikolojik dayanıklılık “sıkıştırılıp veya esnetildikten sonra orijinal formuna veya pozisyonuna dönebilme becerisi” olarak açıklamıştır. Amerikan Heritage Sözlüğü’ne göre ise psikolojik dayanıklılık “değişim, hastalık ve kötü kaderden hızlıca kurtulma, iyileşme” olarak tanımlanmıştır [60].

Psikolojik dayanıklılık genel anlamda bir başarı ve uyum sağlama sürecini ifade etmektedir [61]. Bu bağlamda bir travma, bir tehdit, ciddi sağlık problemleri, maddi sorunlar, ailesel sorunlar gibi stres kaynaklarına karşı, psikolojik dayanıklılık kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir [62]. Klohnen dayanıklılık kavramını, içsel ve dışsal stresörlere karşı esnek ve başarılı bir uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlamıştır [63].

Benzer olumsuz durumlar ile karşı karşıya kalıp başarısız olmuş kişilerin psikolojik dayanıklılık seviyeleri artırılarak karşılaştıkları sorunların üstesinden daha rahat gelecekleri veya bu stresli durumdan daha az zararla kurtulabilecekleri yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Stresli durum karşısında kişiler ilk olarak olumsuz duygu durum yaşarlar sonrasında ise zaman içerisinde bu durumlara çoğunlukla uyum sağlarlar. Bu uyumun sağlanmasında en temel etken, kişilerin bir takım adımlar atmasını sağlayan, çaba, zaman gerektiren ve devam eden bir süreç olan psikolojik dayanıklılık olgusudur [64]. Dayanıklılık, kişinin yaşadığı olumsuzluklara rağmen fiziksel ve psikolojik refahını sürdürebilme kapasitesi olarak da tanımlanabilir [65].

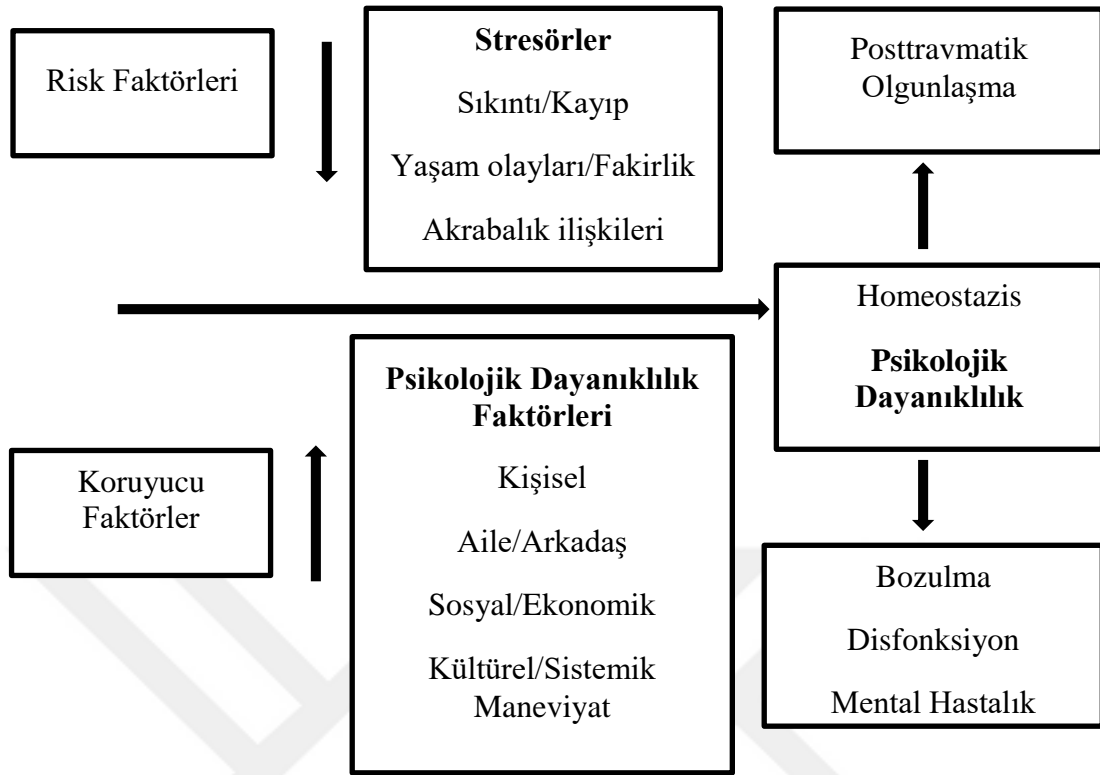
Psikolojik olarak dayanıklı olarak betimlenen kişiler stresli durumları tehdit olarak algılamak yerine yeteneklerinin sınındığı fırsatlar gibi algılayan, kendilerini işlerine veren, olayların kontrolünün kendinde olduklarına inanan, karşılaştıkları olumsuz olayları kendi avantajlarına dönüştürebilen ve böylelikle stres düzeylerini azaltabilen kişiler olarak tanımlanmaktadır [66]. Psikolojik olarak dayanıklı bireyler zorluklar karşısında kendilerini toplama kabiliyeti olan, stresli durumları etkin bir

şekilde yöneten, fiziksel ve psikolojik baskıların karşısında işlevsel bozukluklar yaşamayan kişiler olarak da tanımlanabilir [6]. Dayanıklı bireylerin üç temel kişilik özelliği vardır. Birincisi kendi hayatlarındaki olayları kontrol edebileceklerine dair olan inançları, ikincisi yaşamlarındaki her çalışmaya karşı yükümlülük duymaları, son olarak da değişimi gelişmek adına heyecan verici bir mücadele olarak görmeleridir [67].

Psikolojik dayanıklılık kavramı tek bir boyutta açıklanamaz. Ancak yapılan tüm tanımların hepsinde ortak olan noktalar vardır. Bunlar; psikolojik dayanıklılık olgusunun dinamik ve geliştirilebilir olması, zorlu yaşam olayları ile etkin baş edebilmeyi ve sağlıklı uyum gösterme süreçlerini içermesi; psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için bireyin risk veya zorluk ile karşı karşıya kalması ve duruma uyum sağlayarak yaşamın farklı alanlarında başarı elde etmesi; bir de bireylerin koruyucu faktörler olarak betimlenen bazı kişilik özelliklerine sahip olmasıdır [60, 68].

Risk, psikolojik dayanıklılığın oluşması için bir önkoşuldur. Risk; olumsuz bir sonuç görülme ihtimalini arttıran bir veya daha fazla faktörün varlığı; bir başka tanım ile bir problemin oluşma, devam etme veya kötüye gitme ihtimalini arttıran herhangi bir deneyim, durum ya da olaydır. Koruyucu faktörler ise risklerin ve kötü koşulların negatif etkilerini yok eden veya azaltan faktörlerdir. Psikolojik dayanıklılığın gelişiminde risk ve koruyucu faktörlerin varlığı ve bunların birbiri ile etkileşimi söz konusudur [17, 59, 60]. Bu bilgiler doğrultusunda şekil 1’de psikolojik dayanıklılık modeli verilmiştir [17].

Şekil 1: Psikolojik dayanıklılık modeli



Risk ve koruyucu faktörler üç ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar; bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerdir.

Bireysel risk faktörleri: Erken doğum, adolesan gebelik, gebelikte annenin ilaç/alkol kullanımı, kronik ya da ruhsal hastalık varlığı, düşük zeka seviyesi (IQ), madde kullanımı, uyumsuz bir mizaca sahip olma, utangaç bir kişilik yapısına sahip olma, etnik bir gruba dahil olma ve akademik başarısızlık gibi faktörlerdir.

Bireysel koruyucu faktörler: İyi düzeyde zeka ve bilişsel yeteneğe sahip olma, akademik başarı, yüksek benlik saygısı, öz farkındalık, etkili problem çözme becerisine sahip olma, iyimserlik ve umut, mizah duygusuna sahip olma, kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olma, empati, sorumluluk ve yardımseverlik duygusuna sahip olma gibi faktörlerdir.

Ailesel risk faktörleri: En az dört çocuklu kalabalık aileye sahip olma, iki çocuk arasındaki zamanın iki yıldan az olması, madde kullanan veya suç işlemiş bir ebeveyne sahip olma, ruhsal/kronik bir hastalığı olan ebeveyne sahip olma, ebeveynlerin

boşanması, ölümü veya tek ebeveyne sahip olma, evlat edinilme ve ailesel şiddete maruz kalma gibi faktörlerdir.

Ailesel koruyucu faktörler: Olumlu anne-çocuk ilişkisi, çocuğun geleceği için ebeveynlerin olumlu beklentiler içerisinde olması, iyi eğitilmiş ebeveynlere sahip olma, aile ile birlikte yaşama gibi faktörlerdir.

Çevresel risk faktörleri: Düşük sosyo-ekonomik durum, fiziksel ve cinsel yönden suistimal, çocuk ihmal, yetersiz beslenme, evsizlik, olumsuz akran desteği ve toplumsal şiddete maruz kalma gibi faktörlerdir.

Çevresel koruyucu faktörler: Ev dışında ilgili ve sosyal destek sağlayan bir yetişkinin varlığı, çocuk veya ergenlerin akranları arasında kabul görmesi, olumlu bir rol modelin olması, olumlu okul ilişkileri, olumlu arkadaşlık ilişkileri, kaliteli okullar, dini organizasyonlar, mesleki eğitim imkanları, spor, sanat, kültür ve eğlence olanakları gibi faktörlerdir [17, 59, 60].

Psikolojik dayanıklılık kavramı özellikle psikiyatri hemşireliği açısından oldukça önemlidir. Risk ve koruyucu faktörler açısından durum incelendiğinde, koruyucu düzeyde iyi bir toplum ruh sağlığı hizmeti ile risk faktörleri kontrol altına alınabilir. Hemşireler bireyleri aile ortamının desteklenmesi, olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisinin sağlanması, benlik saygısının geliştirilmesi, etkili baş etme becerilerinin kazandırılması gibi ihtiyaç saptanan konularda destekleyerek psikolojik dayanıklılık düzeylerinin artırılmasına katkı sağlayabilir [59].

2.5. Umut Kavramı

Beden ve ruh sağlığı için önemli bir kavram olan umut, 1960'lerden itibaren fonksiyonel bir yaklaşım ile incelenmeye başlanmıştır. Umudun tanımlanabilir, ölçülebilir olduğu algısı benimsenmiş ve umut sorunlar ile başa çıkma yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır [69, 70].

Synder'a göre umut; kişilerin kendilerini, istenilen amaçlara giden yolları üretme, bu yolları harekete geçirme ve sürekli kullanma kabiliyetine sahip olarak gördükleri, amaca yönelik bir düşünce türüdür [70]. Türk Dil Kurumu'na göre umut kavramı, ummaktan doğan güven duygusu olarak tanımlanmaktadır [71]. Umudun kavramı sadece hayal etmek ve bir şeyin olmasını istemek değil, zorluklardan bir çıkış yolu

olduğuna inanma ve gerçekleri yönetebilme kabiliyeti olarak açıklanabilir. Umut, bireyin geleceğe uyumu için ona g veren, geleceği ve yaşantısı ile ilgilenmesini sağlayan ve yaşamında anlam bulmasına yardımcı olan bir güçtür [11].

Synder iyimserlik ve umudun farklı kavramlar olduğunu ileri sürmektedir. İyimserlik olumlu olaylar olacağına dair genellenmiş bir beklenti olarak tanımlanırken; umudun iyimserliği de içerdiğini fakat kavramda yetersiz kaldığını, umudun bu beklentilere ulaşabilmek için yollar planlayabilme boyutunu da içerdiğini belirtmiştir [72]. Synder ve Crowson'a göre umut iki boyuttan oluşan bir kavramdır. Birinci boyut "hedefi elde etme ve hedefe ulaşmak için kendisinde g hissetme" olarak tanımlanmıştır. İkinci boyut ise "amaca ulaşabilmek için yollar bulabilme becerisi" olarak tanımlanmıştır [73]. Frank umut kavramını "kişiye iyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik" olarak tanımlamıştır [72].

Hemşirelik literatüründe yapılan bir meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre umudun 8 temel boyutunun olduğu belirtilmiştir. Bunlar; bir insan kapasitesi, eşsiz bir kişisel deneyim, manevi hazıroluşluk, bir durum, bir gereksinim, insan varlığını geliştiren bir kaynak, umutsuzluk, kederin yokluğu ve kişisel bir özellik olarak tanımlanmıştır [11].

Umudun motivasyonda önemli bir yeri vardır. Kişinin geleceğe adapte olmasını, hedef belirlemesini, seçim yapmasını ve karar vermesini sağlar [74]. Umut, kişinin yoksunluk, yetersizlik, yalnızlık, sıkıntı, hastalık ve acı çekme gibi zorlu ve stresli yaşam olayları ile baş etmesini sağlar (75). Kübler Ross, hastaların hastalığa katlanabilmelerini sağlayan gücün "umut" olduğunu ifade etmiştir [58]. Umut faktörü, hastalık süresince iyileşmede, etkin baş etmede ve yaşam kalitesine ulaşmada dinamik bir güçtür [75].

Umut, insana yaşaması için enerji vermektedir ve üzüntüyü engellemektedir. Umudun en önemli özelliği kişinin bir çıkış yolu olduğuna ve destek ile yaşantısında değişiklikler gerçekleştirilebileceğine olan inancıdır [76].

Kanserli hastalarda, beden imajında bozulma, sosyal desteğin yetersiz olması, geçmişteki olumsuz tecrübeler, soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi ve yan etkilerinin olması sebebi ile umutsuzluk gelişebilmektedir [75-77]. Ortaya çıkan umutsuzluk yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [75]. Ayrıca yapılan çalışmalarda

yaşanılan umutsuzluğun depresyon ve özkıyım davranışlarına etken olduğu belirtilmiştir [11, 76, 78]. Umut düzeyi yüksek olan hastaların hastaliksız geçen sürelerinin ve yaşam sürelerinin daha uzun olduğu saptanmıştır [10, 27, 77]. Umut kanserli bireylerde bir mücadele ve baş etme yöntemi olarak kullanılıp stresi azaltmakta iken; umutsuzluk ise stresi arttırmaktadır [27]. Yapılan bir çalışmada umut düzeyi yüksek olan kanser hastalarının ağrı ile daha iyi baş ettikleri ve duygu durumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir [10].

Onkoloji hemşireleri ile yapılan kalitatif bir çalışmada hemşireler umutlu hastaları, tedaviden umutlarını kesmeyen, kendileri ile savaşımayan ve prognozlarını kabul eden hastalar olarak tanımlamışlardır [79]. Umutsuzluk 1986 yılında North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak onaylanmıştır. Bu tanı “bireyin sınırlı veya hiç alternatif göremediği ya da kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum” olarak tanımlanmıştır [78].

Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, motivasyonlarını, duygu durumlarını ve baş etme becerilerini etkilemesi ve bir depresyon belirtisi olması sebebi ile hemşirelik bakımı açısından son derece önemli bir kavramdır. Hemşirelik uygulamalarında ki amaçlardan biri kişilerin hastalıkları ile etkin baş etmelerini sağlamaktır. Hemşire, hastanın tedavi ve hastalık ile ilgili yaşadığı sorunları ortadan kaldıracak ya da onlarla etkin baş etmesini sağlayacak güç olarak tanımlanan umudu desteklemelidir. Kanserli hastalar için umudun önemini ve umudu etkileyen faktörleri bilmek hemşirelik bakım sürecine katkı sağlayacak ve hastalara kaliteli bir bakım verilmesini sağlayacaktır [10, 11, 27, 76, 78].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kemoterapi ünitesinde tedavi gören kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Marmara Bölgesi'nde bulunan özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastane 2005 tarihinde hizmete başlamış olup 209 yatak kapasitesine sahiptir. 16 yatak kapasitesi ile ayaktan kemoterapi hizmeti vermektedir. Kemoterapi ünitesi sadece gündüz hizmet vermekte olup bünyesinde bir kemoterapi vaka yönetici hemşiresi, bir kolsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresi, 8 kemoterapi ilaç uygulama hemşiresi, üç kemoterapi ilaç hazırlama hemşiresi bulundurmaktadır. Hastalar ilk küre başlamadan önce vaka yöneticisi hemşiresi tarafından kemoterapi ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bir eğitim almakta ve sonrasında KLP hemşiresi ile görüşmektedirler. KLP hemşiresi ilk kürde hastalar ile tanışmakta ve hastalara KLP hizmeti hakkında bilgi vermektedir. Hastaların anksiyete düzeyleri distres termometresi (0-10 arası) kullanılarak her kürde primer hemşiresi tarafından sorgulanmakta, 4 puan ve üzeri puanlandırılan hasta KLP hemşiresi ile görüşürülmektedir. Ünitelerde hastalar peşin ücret, özel sağlık sigortası ya da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığı ile hizmet alabilmektedir. Ünitelerde resmi oran bilinmemekle birlikte çok fazla yabancı uyruklu hasta tedavi almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastane verilerine göre 2016-2017 yılları arasında kemoterapi ünitesinde toplam 443 hasta kemoterapi almıştır. 443 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Zaman kısıtı, araştırmanın sınırlılıkları ve yabancı uyruklu hastaların evrende büyük bir yer kaplaması sebebi ile Nisan 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında tedavi alan ve araştırma kriterlerine uygun 116 hastaya ulaşılabilmektedir. Bu katılımcılardan anket sorularının tamamına hatasız ve eksiksiz cevap veren 114 hasta, araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır.

Örnekleme alınma kriterleri;

- İletişim kurmakta güçlük yaşayacak bir engelinin bulunmaması,

- Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması,
- Okuma-yazma bilmesi,
- Ruhsal bozukluk tanısı ve tedavisi almamış olması,
- Tanısını bilmesi,
- En az bir kür kemoterapi almış olması,
- Çalışmaya gönüllü katılmak istemesi ve bilgilendirilmiş onay formunu doldurması gerekmektedir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; hastaların psikolojik dayanıklılık ölçek puan ortalamaları ve umut ölçeği puan ortalamalarını içermektedir.

Bağımsız değişkenler; hastaların sosyodemografik özellikleri ile hastalık ve tedavi süreci ile ilgili özelliklerini içermektedir.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri hastanın tanıtıcı bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Herth Umut Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, araştırmanın yapıldığı kurumda araştırmacı tarafından hastalarla gerçekleştirilen yüz yüze görüşmelerle araştırmanın amacı açıklanarak ve bilgilendirilmiş onam formu imzalandıktan sonra katılımcıların formları doldurması ile elde edilmiştir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri rehberliğinde hazırlanan bu form hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek vb. özelliklerini içeren sosyodemografik soruları ayrıca psikolojik dayanıklılık ve umut düzeyine etki edeceği düşünülen hastalık ve tedavi ile ilgili faktörleri içeren soruları içermektedir. Bu form toplam 20 soru içermekte ve iki bölümden oluşmaktadır. 1. bölüm hastaların

dosyalarından elde edilen verileri, 2. bölüm hastaların kendilerinden toplanan verileri içermektedir (Ek 1).

3.5.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Friborg ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Araştırmada Basım ve Çetin tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği kullanılmıştır. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği özellikle ruhsal sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde temel koruyucu faktörlerin neler olduğunu saptamayı amaç edinerek hazırlanmıştır. Ölçek, 'Kendilik algısı', 'Gelecek algısı', 'Yapısal stil', 'Sosyal yeterlilik', 'Aile uyumu' ve 'Sosyal kaynaklar' başlıklarını içeren altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 33 soru bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .66 ile .81 arasında ve test-tekrar test güvenirliklerinin ise .68 ile .81 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte puanın yükselmesi bireyin dayanıklılığın da yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçekte olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır. Ölçek 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması beklendiğinden cevap kutucukları soldan sağa doğru 1, 2, 3, 4, 5 olarak değerlendirilmiştir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olarak değerlendirilmiştir (Ek 2) [7].

3.5.3. Herth Umut Ölçeği

Herth Umut Ölçeği, Kaye Herth tarafından geliştirilmiştir. Herth, ölçeği uyguladığı örneklem için yaptığı güvenirlik analizlerinde Cronbach Alfa katsayılarını kanserli hastalar için 0.89 olarak bulmuştur. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek hiç uygun değil (0), nadiren uygun (1), bazen uygun (2) ve her zaman uygun (3) şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar "Gelecek", "Olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar" alt boyutlarıdır. Ölçeğin

toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, puanlar arttıkça umut düzeyinin de artması beklenmektedir (Ek 3) [69].

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analizler yüzde, sayı ve ortalamalar şeklinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde t testi ve One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Araştırmanın nicel değişkenleri arasında ilişkileri saptamak amacıyla da korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın örnekleminin sadece ayaktan kemoterapi alan hastalardan oluşması
- Araştırmanın sadece bir hastanede gerçekleştirilmesi
- Araştırmanın yapıldığı ünite de çok fazla sayıda yabancı uyruklu hastanın tedavi görmesi

Belirtilen sınırlamalardan dolayı bu araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı hastanenin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören kanser hastaları için genellenebilir.

3.8. Etik Boyut

Çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın gerçekleştiği hastanenin etik kurulundan (ASM-EK-17/50 nolu sayı) 29.03.2017 tarihinde onay alınmıştır (Ek 4). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin kullanımı için ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Hamdullah Nejat Basım'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek 5). Herth Umut Ölçeği'nin kullanımı için ise ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Şeref Kömürcü'den e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek 6). Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışmanın amacı açıklanarak imzalı yazılı onam alınmıştır (Ek 7). Tüm izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya katılan toplam 114 hastadan elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi verileri ile birlikte psikolojik dayanıklılık ve umut durumlarını analiz eden yüzde ve frekanslar tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri (N=114)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	66	57,9
Erkek	48	42,1
Yaş	53,9±12,9 (min:22 max:80)	
Medeni Durum		
Evli	94	82,5
Bekar	7	6,1
Boşanmış	13	11,4
Eğitim Durumu		
Okuryazar	1	0,9
İlkokul	37	32,5
Lise	36	31,6
Üniversite	34	29,8
Yüksek Lisans-Doktora	6	5,3
Toplam	114	100,0

Tablo 3. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri (devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek		
İşçi	6	5,3
Serbest Meslek	14	12,3
Memur	5	4,4
Emekli	38	33,6
Ev Hanımı	31	27,4
Öğrenci	1	0,9
Diğer	18	16,0
Çalışma Durumu		
Çalışan	21	18,6
Çalışmayan	85	75,2
Kısmi çalışan	7	6,1
Gelir Düzeyi		
Düşük	14	12,3
Orta	87	77,0
Yüksek	12	10,6
Yalnız Yaşama Durumu		
Yalnız	12	10,6
Birlikte	101	89,3
Toplam	113	99,9

Tablo 3. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri (devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendi İşini Yapma Durumu		
Evet	99	87,6
Hayır	2	1,7
Yardımla	12	10,6
Çocuk Sayısı	1,9±1,2 (min:0 max:7)	
Çocuklarının Bakım Gereksinimi Durumları		
Var	19	16,8
Yok	94	83,1
Toplam	113	99,9
Sosyal Güvence		
SGK	82	71,9
Özel Sağlık Sigortası	29	25,4
Peşin Ücret	3	2,6
Toplam	114	100,0

Çalışmaya katılan hastaların %57,9'unun kadın, %42,1'inin erkek olduğu görülmüştür. Erkek ve kadın oranının birbirine yakın olması araştırmanın iki grubu da temsil etmesi açısından son derece önemlidir. Yaş değişkeni minimum 22, maksimum 80 olarak bulunmuştur. Yaş ortalaması yaklaşık 54'tür. Standart sapma çok yüksek olmadığından hastaların yaşları genel olarak birbirine yakındır. Hastaların %82,5'inin evli, %6,1'inin bekar, %11,4'ünün boşanmış olduğu görülmektedir. Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde yalnızca okuryazar olanlar ve lisansüstü

Tablo 4. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanı-tedavi ile ilgili özellikleri (devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı Süresi (ay)	25,9±33,2 (min:1 max:168)	
Tedaviye Devam Süresi (ay)	15,2±24,7 (min:1 max:168)	
Nüks Deneyimi		
Var	45	39,5
Yok	69	60,5
Metastaz Durumu		
Var	68	59,6
Yok	46	40,4
Yaşanılan Yan Etkiler		
Ağrı	21	18,4
Bulantı-Kusma	4	3,5
Cilt	7	6,1
Neredeyse Hepsi	43	37,7
Hiçbiri	12	10,5
İştahsızlık	5	4,4
Saç Dökülmesi	13	11,4
Tat-Koku Bozukluk	9	7,9
Almada		
Ağrı	21	18,4
Toplam	114	100,0

Tablo 4. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanı-tedavi ile ilgili özellikleri (devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Onkoloji Ekibinden Memnuniyet Durumu		
Evet	114	100,0
Hayır	0	0
Psikolojik Destek Alma		
Evet	22	19,3
Hayır	92	80,7
Toplam	114	100,0

Hastalar kanser tanılarına göre incelendiğinde yüzdeler tablodaki gibidir. Yüksek oranlar değerlendirildiğinde; hastaların %33,3'üne meme, %21,9'una sindirim-GİS kanseri tanısı konmuştur. Akciğer ve ürogenital sistem kanserlerinin oranları birbirine eşit ve %15,8'dir. En düşük oran %13,2 ile baş boyun kanserine aittir. Hastaların tanı süreleri incelendiğinde en kısa süre bir ay, en uzun süre 14 yıldır. Ortalama süre 33 ay standart sapma ile yaklaşık 36 aydır. Burada standart sapma çok yüksek bulunmuştur. Bu nedenle hastaların tanı süreleri çok fazla değişkenlik göstermektedir. Tedaviye devam süreleri ise ay olarak incelendiğinde en kısa bir ay, en uzun 14 yıldır. Standart sapma aşırı yüksek olduğundan tedavi süreleri hastadan hastaya çok fazla değişkenlik göstermektedir. Hastaların %39,5'i nüks deneyimi yaşamamış, %60,5'i yaşamıştır. Hastaların %59,6'sında metastazla karşılaşılırken, %40,4'ünde metastaz görülmemiştir. Hastaların hastalık veya tedaviye bağlı yaşadığı yan etkilerin yüzdeleri tabloda belirtilmiştir. Tabloya göre hastaların %37,7'sinde bu sorunların neredeyse hepsinin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Hiçbir sorun yaşamayan hastalar ise %10,5 oranına sahiptir. Hastaların tamamı onkoloji ekibinden memnun olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %80,7 oranı ile büyük kısmı hastalıkları süresince psikolojik destek almamıştır. Psikolojik destek alanlar grubun yalnızca %19,3'üdür.

Tablo 5. Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları (N=114)

	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
Ortalama	3,98	4,15	4,39	4,39	4,26	4,52
Standart Sapma	0,90	0,99	0,71	0,73	0,73	0,53

Tablo 5’te psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutlarına ait ortalama puanlar ve standart sapmalar yer almaktadır. Ölçekte 1 ile 5 arasında toplam 5 seçenek olduğundan ortalama puanlar 5 üzerinden hesaplanmıştır. Ortalama psikolojik dayanıklılık puanı 4,28 olarak hesaplanmıştır.

Ortalamlar tüm boyutlar için oldukça yüksek bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip alt boyut sosyal kaynaklar (4,52), en düşük ortalamaya sahip alt boyut yapısal stildir (3,98). Standart sapmaların tamamı çok düşük olduğundan verilen cevapların homojen ve ortalamaların temsil gücünün yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Kemoterapi alan kanser hastalarının umut ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları (N=114)

	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar
Ortalama	25,9	26,3	27,7
Standart sapma	3,6	3,3	2,6

Tablo 6’da Herth Umut ölçeğinin alt boyutlarına ait toplam puanların ortalamaları ve standart sapmaları yer almaktadır. Ölçekte 0 ile 3 arasında toplam 4 seçenek olduğundan ve her bir alt boyut 10 madde içerdiğinden alınabilecek maksimum toplam puan 30’dur. Puanların 30’a yaklaşması umudun arttığını göstermektedir.

Ortalama umut puanı 26,6 olarak bulunmuştur. Ortalamalar tüm boyutlar için oldukça yüksek bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip alt boyut kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar (27,7) en düşük ortalamaya sahip alt boyut gelecektir (25,9). Standart sapmalar tüm alt boyutlar için çok düşük olduğundan hastaların benzer puanlama yaptıkları ve ortalamaların hasta değerlendirmelerini iyi temsil ettiği görülmektedir.

Tablo 7. Kemoterapi alan kanser hastalarının cinsiyeti ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Yapısal Stil	Kadın	3,972	0,901	-0,091	0,928
	Erkek	3,988	0,911	-0,091	0,928
Gelecek Algısı	Kadın	4,039	1,045	-1,419	0,159
	Erkek	4,306	0,907	-1,452	0,149
Aile Uyumu	Kadın	4,460	0,628	1,200	0,233
	Erkek	4,299	0,797	1,157	0,251
Kendilik Algısı	Kadın	4,355	0,701	-0,524	0,601
	Erkek	4,428	0,784	-0,515	0,608
Sosyal Yeterlilik	Kadın	4,359	0,665	1,718	0,089
	Erkek	4,123	0,800	1,669	0,099
Sosyal Kaynaklar	Kadın	4,589	0,484	1,758	0,082
	Erkek	4,415	0,567	1,715	0,090
Gelecek	Kadın	25,480	4,033	-1,531	0,128
	Erkek	26,543	2,952	-1,602	0,112

Tablo 7. Kemoterapi alan kanser hastalarının cinsiyeti ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Olumlu Hazır ve Oluşluk Beklenti	Kadın	26,061	3,231	-0,783	0,435
	Erkek	26,632	2,958	-0,806	0,422
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Kadın	27,654	2,899	-0,080	0,936
	Erkek	27,729	2,200	-0,083	0,934

Tablo 7’de hastaların cinsiyeti ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları Independent Samples t-test ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte de kadın ve erkeklerin alt boyutlara göre ortalamaları birbirine oldukça yakındır. Tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 8. Kemoterapi alan kanser hastalarının medeni durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yapısal Stil	Evli	4,044	0,887	2,812	0,064
	Bekar	3,226	0,616		
	Boşanmış	3,910	1,002		
Gelecek Algısı	Evli	4,154	0,997	0,325	0,723
	Bekar	3,893	1,330		
	Boşanmış	4,269	0,813		

Tablo 8. Kemoterapi alan kanser hastalarının medeni durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Aile Uyumu	Evli	4,429	0,666	0,841	0,434
	Bekar	4,310	0,619		
	Boşanmış	4,167	0,991		
Kendilik Algısı	Evli	4,407	0,728	0,235	0,791
	Bekar	4,262	0,706		
	Boşanmış	4,295	0,839		
Sosyal Yeterlilik	Evli	4,233	0,743	0,439	0,646
	Bekar	4,286	0,725		
	Boşanmış	4,436	0,669		
Sosyal Kaynaklar	Evli	4,526	0,489	1,336	0,267
	Bekar	4,218	0,768		
	Boşanmış	4,604	0,626		
Gelecek	Evli	26,170	3,450	2,963	0,056
	Bekar	22,571	4,197		
	Boşanmış	26,000	4,082		
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Evli	26,255	3,318	0,217	0,806
	Bekar	27,142	3,184		
	Boşanmış	26,153	3,387		

Tablo 8. Kemoterapi alan kanser hastalarının medeni durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Evli	27,829	2,567	1,673	0,192
	Bekar	26,000	3,214		
	Boşanmış	27,538	2,503		

Tablo 8’de hastaların medeni durumları ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte de medeni duruma göre alt boyutlara ait ortalamalar birbirine oldukça yakındır. Tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Medeni durum, psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 9. Kemoterapi alan kanser hastalarının eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yapısal Stil	Okuryazar	3,000	.	1,206	0,313
	İlkokul	3,818	0,811		
	Lise	3,968	1,044		
	Üniversite	4,110	0,851		
	Yüksek Lisans- Doktora	4,458	0,679		
Gelecek Algısı	Okuryazar	5,000	.	0,189	0,944
	İlkokul	4,164	1,009		
	Lise	4,118	0,996		

Tablo 9. Kemoterapi alan kanser hastalarının eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Gelecek Algısı	Üniversite	4,147	1,041		
	Yüksek Lisans- Doktora	4,153	0,870		
Aile Uyumu	Okuryazar	5,000	.	1,417	0,233
	İlkokul	4,451	0,698		
	Lise	4,472	0,624		
	Üniversite	4,177	0,808		
	Yüksek Lisans- Doktora	4,672	0,371		
Kendilik Algısı	Okuryazar	4,333	.	0,463	0,763
	İlkokul	4,254	0,809		
	Lise	4,469	0,602		
	Üniversite	4,446	0,783		
	Yüksek Lisans- Doktora	4,361	0,833		
Sosyal Yeterlilik	Okuryazar	5,000	.	0,573	0,683
	İlkokul	4,346	0,658		
	Lise	4,198	0,779		
	Üniversite	4,186	0,805		
	Yüksek Lisans- Doktora	4,389	0,430		

Tablo 9. Kemoterapi alan kanser hastalarının eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sosyal Kaynaklar	Okuryazar	23,000	.	0,435	0,783
	İlkokul	25,864	3,622		
	Lise	25,833	4,185		
	Üniversite	26,267	2,884		
	Yüksek Lisans- Doktora	25,500	4,969		
Gelecek	Okuryazar	23,000	.	0,274	0,894
	İlkokul	25,864	3,622		
	Lise	25,833	4,185		
	Üniversite	26,267	2,884		
	Yüksek Lisans- Doktora	25,500	4,969		
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Okuryazar	25,000	.	0,075	0,990
	İlkokul	26,162	3,287		
	Lise	26,417	3,450		
	Üniversite	26,359	3,264		
	Yüksek Lisans- Doktora	26,333	3,669		

Tablo 9. Kemoterapi alan kanser hastalarının eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kendisi Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Okuryazar	29,000	.	0,759	0,554
	İlkokul	27,729	2,704		
	Lise	27,889	2,648		
	Üniversite	27,175	2,679		
	Yüksek Lisans- Doktora	28,833	1,169		

Tablo 9’da hastaların eğitim durumları ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte de eğitim duruma göre alt boyutlara ait ortalamalar birbirine oldukça yakındır. Tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim, psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 10. Kemoterapi alan kanser hastalarının mesleği ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Meslek	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yapısal Stil	İşçi	3,35	1,00	0,833	0,547
	Serbest Meslek	4,08	0,90		
	Memur	4,35	0,86		
	Emekli	3,95	1,07		
	Ev Hanımı	3,92	0,75		
	Öğrenci	3,75	.		
	Diğer	4,17	0,76		

Tablo 10. Kemoterapi alan kanser hastalarının mesleği ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Meslek	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Gelecek Algısı	İşçi	4,42	0,47	0,378	0,892
	Serbest Meslek	4,13	1,09		
	Memur	4,40	0,84		
	Emekli	4,09	1,04		
	Ev Hanımı	4,03	1,14		
	Öğrenci	4,75	.		
	Diğer	4,32	0,79		
Aile Uyumu	İşçi	4,03	0,63	0,483	0,820
	Serbest Meslek	4,44	0,77		
	Memur	4,40	0,89		
	Emekli	4,39	0,75		
	Ev Hanımı	4,47	0,70		
	Öğrenci	5,00	.		
	Diğer	4,32	0,60		
Kendilik Algısı	İşçi	3,69	0,93	1,057	0,393
	Serbest Meslek	4,40	0,76		
	Memur	4,57	0,80		
	Emekli	4,44	0,67		
	Ev Hanımı	4,37	0,72		
	Öğrenci	4,83	.		
	Diğer	4,43	0,78		

Tablo 10. Kemoterapi alan kanser hastalarının mesleği ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Meslek	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sosyal Yeterlilik	İşçi	4,00	0,91	1,516	0,180
	Serbest Meslek	3,88	0,85		
	Memur	4,30	0,82		
	Emekli	4,21	0,81		
	Ev Hanımı	4,52	0,57		
	Öğrenci	4,67	.		
	Diğer	4,28	0,53		
Sosyal Kaynaklar	İşçi	4,19	0,59	2,467	0,028
	Serbest Meslek	4,44	0,56		
	Memur	4,63	0,34		
	Emekli	4,50	0,57		
	Ev Hanımı	4,67	0,33		
	Öğrenci	3,00	.		
	Diğer	4,50	0,57		
	Toplam	4,52	0,53		
Gelecek	İşçi	26,666	3,204	0,374	0,894
	Serbest Meslek	25,857	3,697		
	Memur	27,000	3,082		
	Emekli	26,157	3,460		
	Ev Hanımı	25,290	4,172		
	Öğrenci	23,000	.		
	Diğer	26,210	3,583		

Tablo 10. Kemoterapi alan kanser hastalarının mesleği ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Meslek	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	İşçi	27,000	2,756	0,481	0,821
	Serbest Meslek	26,571	3,523		
	Memur	27,600	3,781		
	Emekli	26,210	3,041		
	Ev Hanımı	25,871	3,451		
	Öğrenci	30,000	.		
	Diğer	26,210	3,645		
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	İşçi	28,500	1,378	0,320	0,925
	Serbest Meslek	27,785	2,423		
	Memur	27,800	2,167		
	Emekli	27,631	2,644		
	Ev Hanımı	27,483	3,139		
	Öğrenci	25,000	.		
	Diğer	27,897	2,354		

Tablo 10’da hastaların meslekleri ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte de meslek gruplarına göre alt boyutlara ait ortalamalar birbirine oldukça yakındır. Yalnızca psikolojik dayanıklılık ölçeğinde Sosyal kaynaklar alt boyutu için ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ($P=0,028<0,05$). Diğer alt boyutlar için tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Meslek; sosyal kaynaklar alt boyutu dışında psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 11. Kemoterapi alan kanser hastalarının çalışma durumu ile ölçekle alt boyutlarının karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yapısal Stil	Evet	4,06	0,89	0,244	0,784
	Hayır	3,95	0,92		
	Kısmi	4,14	0,90		
Gelecek Algısı	Evet	4,17	1,04	0,383	0,683
	Hayır	4,12	1,01		
	Kısmi	4,46	0,77		
Aile Uyumu	Evet	4,20	0,73	1,344	0,265
	Hayır	4,45	0,68		
	Kısmi	4,19	0,87		
Kendilik Algısı	Evet	4,29	0,82	0,700	0,499
	Hayır	4,38	0,74		
	Kısmi	4,67	0,33		
Sosyal Yeterlilik	Evet	4,18	0,62	0,990	0,375
	Hayır	4,30	0,72		
	Kısmi	3,92	1,08		
Sosyal Kaynaklar	Evet	26,38	4,10	3,041	0,052
	Hayır	25,82	3,49		
	Kısmi	27,28	1,70		
Gelecek	Evet	26,85	3,71	0,707	0,495
	Hayır	26,16	3,17		
	Kısmi	26,85	3,53		

Tablo 11. Kemoterapi alan kanser hastalarının çalışma durumu ile ölçekle alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Çalışma Durumu	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Olumlu Oluşluk Beklenti	Hazır ve Evet	27,85	2,66	0,510	0,602
	Hayır	27,68	2,66		
	Kısmi	27,85	1,46		
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Evet	26,38	4,10	0,023	0,978
	Hayır	25,82	3,49		
	Kısmi	27,28	1,70		

Tablo 11’de hastaların çalışma durumları ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekte de çalışma duruma göre alt boyutlara ait ortalamalar birbirine oldukça yakındır. Tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma durumu psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 12. Kemoterapi alan kanser hastalarının gelir düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yapısal Stil	Düşük	3,39	1,26	3,792	0,026
	Orta	4,02	0,83		
	Yüksek	4,25	0,67		
Gelecek Algısı	Düşük	3,91	1,28	1,260	0,288
	Orta	4,13	0,98		
	Yüksek	4,52	0,63		

Tablo 12. Kemoterapi alan kanser hastalarının gelir düzeyi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Gelir Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Aile Uyumu	Düşük	4,44	0,78	0,538	0,585
	Orta	4,35	0,72		
	Yüksek	4,57	0,45		
Kendilik Algısı	Düşük	4,08	1,09	1,591	0,208
	Orta	4,40	0,69		
	Yüksek	4,57	0,49		
Sosyal Yeterlilik	Düşük	4,33	0,63	0,171	0,843
	Orta	4,23	0,77		
	Yüksek	4,32	0,60		
Sosyal Kaynaklar	Düşük	4,51	0,43	1,564	0,214
	Orta	4,48	0,55		
	Yüksek	4,76	0,41		
Gelecek	Düşük	26,07	3,04	0,604	0,548
	Orta	25,72	3,87		
	Yüksek	27,00	2,25		
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Düşük	26,50	2,84	0,594	0,554
	Orta	26,10	3,49		
	Yüksek	27,25	2,09		
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Düşük	27,71	2,09	0,014	0,986
	Orta	27,63	2,68		
	Yüksek	27,83	2,82		

Tablo 12’de hastaların gelir düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. p değerleri incelendiğinde gelir gruplarının yapısal stil alt boyutuna ilişkin ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,026<0,05$). Gelir arttıkça yapısal stil boyutu için ortalama puanların da arttığı görülmektedir. Diğer alt boyutlar açısından gelir gruplarına göre ortalamalar arasında, tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Gelir düzeyi; yapısal stil alt boyutu hariç, psikolojik dayanıklılık ve umut üzerinde etkili değildir.

Tablo 13. Kemoterapi alan kanser hastalarının yaşı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Korelasyon	P
Yapısal Stil	-0,029	0,757
Gelecek Algısı	0,018	0,852
Aile Uyumu	0,002	0,982
Kendilik Algısı	-0,018	0,854
Sosyal Yeterlilik	-0,094	0,324
Sosyal Kaynaklar	-0,002	0,982
Gelecek	0,074	0,437
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	0,002	0,983
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	0,104	0,271

Yaş da, psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğine ait alt boyutlar da nicel değişkenler olduğundan korelasyon katsayıları hesaplanarak karşılaştırmalar yapılmıştır. 0,05’ten küçük p değerleri için ilişki anlamlıdır. Ancak hiçbir alt boyutun yaş ile korelasyonu tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı değildir. Yaş ile psikolojik dayanıklılık ve umut arasında ilişki yoktur.

Tablo 14. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanıları ile ölçek alt boyutların karşılaştırılması

	Tanı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yapısal Stil	Akciğer	3,95	1,01	2,116	0,084
	Baş Boyun	4,15	0,82		
	Meme	4,11	0,78		
	GİS	4,09	0,81		
	Ürogenital	3,44	1,09		
Gelecek Algısı	Akciğer	4,01	0,96	1,007	0,407
	Baş Boyun	4,00	1,31		
	Meme	4,29	0,84		
	GİS	4,35	0,86		
	Ürogenital	3,85	1,19		
Aile Uyumu	Akciğer	4,50	0,70	0,310	0,871
	Baş Boyun	4,37	0,72		
	Meme	4,44	0,60		
	GİS	4,29	0,78		
	Ürogenital	4,34	0,84		
Kendilik Algısı	Akciğer	4,22	0,89	0,913	0,459
	Baş Boyun	4,34	0,78		
	Meme	4,47	0,67		
	GİS	4,53	0,55		
	Ürogenital	4,19	0,88		

Tablo 14. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanıları ile ölçek alt boyutların karşılaştırılması (devam)

	Tanı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sosyal Yeterlilik	Akciğer	4,07	0,76	0,590	0,670
	Baş Boyun	4,28	0,91		
	Meme	4,38	0,70		
	GİS	4,20	0,79		
	Ürogenital	4,26	0,52		
Sosyal Kaynaklar	Akciğer	4,30	0,61	2,978	0,022
	Baş Boyun	4,32	0,63		
	Meme	4,69	0,47		
	GİS	4,61	0,43		
	Ürogenital	4,39	0,47		
Gelecek	Akciğer	24,83	4,24	1,093	0,364
	Baş Boyun	25,46	4,05		
	Meme	25,86	3,93		
	GİS	27,00	2,43		
	Ürogenital	26,05	3,36		
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Akciğer	26,11	3,17	0,771	0,546
	Baş Boyun	25,00	3,62		
	Meme	26,55	3,33		
	GİS	26,36	3,42		
	Ürogenital	26,94	2,89		

Tablo 14. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanıları ile ölçek alt boyutların karşılaştırılması (devam)

	Tanı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Akciğer	27,38	2,91	1,388	0,243
	Baş Boyun	26,66	2,12		
	Meme	27,73	3,15		
	GİS	28,60	1,35		
	Ürogenital	27,44	2,57		

Tablo 14’te hastaların tanıları ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları One-Way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile karşılaştırılmıştır. p değerleri incelendiğinde tanı türüne göre yalnızca sosyal kaynaklar alt boyutuna ilişkin ortalamalar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,022<0,05$). Farkın hangi tanı türünden kaynaklandığını araştırmak amacıyla Post-Hoc testlerinden Tukey testi yapılmış, meme kanseri ve gastrointestinal sistem (GİS) kanseri hastalarının ortalama puanlarının, diğer tanı türlerine sahip hastaların ortalama puanlarıyla arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre yüksek ortalama puanların meme ve GİS kanserli hastalara, düşük ortalamaların ise akciğer, ürogenital sistem ve baş-boyun kanserli hastalara ait olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlar açısından ortalamalar arasında, tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 15. Kemoterapi alan kanser hastalarının nüks deneyimi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Nüks	Ortalama	Standart Sapma	T	p
Yapısal Stil	Var	3,91	0,98	-0,699	0,486
	Yok	4,03	0,85		
Gelecek Algısı	Var	3,92	1,17	-2,014	0,046
	Yok	4,30	0,84		

Tablo 15. Kemoterapi alan kanser hastalarının nüks deneyimi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

	Nüks	Ortalama	Standart Sapma	T	p
Aie Uyumu	Var	4,44	0,76	0,557	0,579
	Yok	4,36	0,67		
Kendilik Algısı	Var	4,36	0,79	-0,262	0,794
	Yok	4,40	0,70		
Sosyal Yeterlilik	Var	4,25	0,75	-0,126	0,900
	Yok	4,27	0,72		
Sosyal Kaynaklar	Var	4,41	0,59	-1,731	0,086
	Yok	4,58	0,47		
Gelecek	Var	25,11	3,98	-1,927	0,057
	Yok	26,46	3,31		
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Var	26,06	3,05	-0,553	0,582
	Yok	26,44	3,45		
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Var	27,44	2,54	-0,698	0,487
	Yok	27,84	2,66		

Tablo 15’de hastaların nüks deneyimi ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları Independent Samples t test ile karşılaştırılmıştır. p değerleri incelendiğinde nüks deneyimine göre gelecek algısı alt boyutuna ilişkin ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,046<0,05$). Nüks deneyimi olan hastalarda gelecek algısına ilişkin psikolojik dayanıklılık ($ort=3,92$) nüks deneyimi olmayanlara göre ($ort=4,03$) daha düşüktür. Diğer alt boyutlar açısından nüks deneyimine göre ortalamalar arasında, tüm p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 16. Kemoterapi alan kanser hastalarının metastaz deneyimi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Metastaz	Ortalama	Standart Sapma	T	p
Yapısal Stil	Var	3,89	0,95	-1,322	0,189
	Yok	4,11	0,81	-1,363	0,176
Gelecek Algısı	Var	4,12	1,04	-0,406	0,685
	Yok	4,20	0,93	-0,415	0,679
Aile Uyum	Var	4,44	0,75	0,821	0,413
	Yok	4,33	0,64	0,846	0,399
Kendilik Algısı	Var	4,39	0,76	0,085	0,933
	Yok	4,38	0,71	0,086	0,932
Sosyal Yeterlilik	Var	4,28	0,75	0,367	0,714
	Yok	4,23	0,71	0,371	0,711
Sosyal Kaynaklar	Var	4,53	0,55	0,313	0,755
	Yok	4,50	0,50	0,318	0,751
Gelecek	Var	26,01	3,65	0,310	0,757
	Yok	25,80	3,64	0,309	0,758
Olumlu Hazıroşluk ve Beklenti	Var	26,35	3,28	0,247	0,805
	Yok	26,21	3,34	0,247	0,805
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	Var	27,97	2,18	1,165	0,246
	Yok	27,26	3,12	1,094	0,277

Tablo 16’da hastaların metastaz deneyimi ile psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğinin alt boyutları Independent Samples t test ile karşılaştırılmıştır. Tüm alt boyutlar

açısından metastaz deneyimine göre ortalamalar arasında, tüm p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 17. Kemoterapi alan kanser hastalarının tanı ve tedavi süresi ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Tanı Süresi		Tedaviye Devam Süresi	
	Korelasyon	P	Korelasyon	p
Yapısal Stil	0,123	0,193	0,066	0,485
Gelecek Algısı	-0,071	0,451	-0,055	0,558
Aile Uyumu	-0,062	0,515	0,008	0,935
Kendilik Algısı	0,062	0,512	-0,001	0,989
Sosyal Yeterlilik	-0,018	0,847	0,049	0,603
Sosyal Kaynaklar	-0,083	0,379	-0,023	0,806
Gelecek	-0,074	0,412	-0,016	0,868
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	-0,160	0,088	-0,088	0,352
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağlar	-0,156	0,098	0,018	0,848

Nicel değişkenler olan tanı süresi ve tedaviden bu yana geçen süre değişkenleri ile, psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğine ait alt boyutlar korelasyon katsayıları hesaplanarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Ancak hiçbir alt boyutun tanı süresi ve tedaviden bu yana geçen süre ile korelasyonu anlamlı değildir.

Tablo 18. Kemoterapi alan kanser hastalarının ölçek alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizleri

		Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	Gelecek	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar
Yapısal stil	Korelasyon	1,000	.325*	0,174	.395*	0,013	0,137	.256*	0,043	0,054
	p		0,000	0,064	0,000	0,890	0,147	0,006	0,653	0,568

Tablo 18. Kemoterapi alan kanser hastalarının ölçek alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizleri (devam)

		Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	Gelecek	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Kendisi ve çevresindekiler ile arasındaki bağlar
Gelecek algısı	Korelasyon	.325*	1,000	.203*	.567*	0,154	.275*	.570*	.475*	.378*
	p	0,000		0,030	0,000	0,103	0,003	0,000	0,000	0,000
Aile uyumu	Korelasyon	0,174	.203*	1,000	.255*	.197*	.283*	.190*	.214*	.235*
	p	0,064	0,030		0,006	0,036	0,002	0,043	0,022	0,012
Kendilik algısı	Korelasyon	.395*	.567*	.255*	1,000	.192*	.319*	.494*	.456*	.283*
	p	0,000	0,000	0,006		0,041	0,001	0,000	0,000	0,002
Sosyal yeterlilik	Korelasyon	0,013	0,154	.197*	.192*	1,000	.456*	0,183	0,096	0,150
	p	0,890	0,103	0,036	0,041		0,000	0,051	0,309	0,111
Sosyal kaynaklar	Korelasyon	0,137	.275*	.283*	.319*	.466*	1,000	.380*	.258*	.357*
	p	0,147	0,003	0,002	0,001	0,000		0,000	0,005	0,000
Gelecek	Korelasyon	.256*	.570*	.190*	.494*	0,183	.380*	1,000	.639*	.633*
	p	0,006	0,000	0,043	0,000	0,051	0,000		0,000	0,000
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Korelasyon	0,043	.475*	.214*	.456*	0,096	.258*	.639*	1,000	.683*
	p	0,653	0,000	0,022	0,000	0,309	0,005	0,000		0,000
Kendisi ve çevresindekiler ile arasındaki bağlar	Korelasyon	0,054	.378*	.235*	.283*	0,150	.357*	.633*	.683*	1,000
	p	0,568	0,000	0,012	0,002	0,111	0,000	0,000	0,000	

Tablo incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ve umut ölçeğini temsil eden tüm alt boyutların birbiriyle ilişkisi korelasyon katsayıları ile birlikte görülmektedir.

Yapısal stil boyutu ile gelecek algısı ve kendilik algısı boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş; aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar boyutları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Yapısal stil boyutu ile umut ölçeğinin alt boyutu olan gelecek arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş; umut ölçeğinin diğer alt boyutları olan olumlu hazır oluşluk ve beklenti,

kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Gelecek algısı boyutu ile aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal kaynaklar boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş; sosyal yeterlilik boyutu ile arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Gelecek algısı boyutu ile umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Aile uyumu boyutu ile kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile uyumu boyutu ile umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Kendilik algısı boyutu ile sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kendilik algısı boyutu ile umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal yeterlilik boyutu ile sosyal kaynaklar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal yeterlilik boyutu ile umut ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Sosyal kaynaklar boyutu ile umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Umut ölçeğinin tüm alt boyutlarının birbirleri ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bu bölümünde 114 hastadan elde edilen bulguların tartışması sunulmaktadır.

Araştırmada hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları 4,28 olarak bulunmuştur. Bu değerin alınabilecek azami puana bakıldığında ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir. Ülkemizde Yalçın'ın (2015) meme kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış ve hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları 4,27 olarak bulunmuştur [17]. Benzer şekilde Egan ve arkadaşlarının (2015) kemoterapi gören kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur [80]. Radyoterapi gören 239 kanser hastası ile yapılmış başka bir çalışmada ise hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur [81]. Yapılan araştırmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile de uyumludur.

Sharpley ve arkadaşlarının (2014) 425 prostat kanseri hastası ile yaptıkları çalışmada psikolojik dayanıklılığın depresyona karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, gerçekleştirilen psikolojik dayanıklılık eğitiminin hastaların kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu stres ile daha etkin baş etmelerine olanak sağlayacağı öngörülmüştür [82]. Loprinzi ve arkadaşları (2011) meme kanseri tanısı almış 20 hasta ile randomize kontrollü bir çalışma gerçekleştirmiş ve bu araştırma kapsamında hastaları 12 haftalık Stres Yönetimi ve Dayanıklılık Eğitimi Programı'na (SMART) dahil etmiştir. 12 haftalık eğitimin sonucunda hastaların psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı; anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise azaldığı saptanmıştır [83].

Bu araştırmanın sonuçlarına göre en yüksek ortalamaya sahip alt boyut sosyal kaynaklar (4,52) olarak bulunmuştur. Çuhadar ve arkadaşlarının (2016) kemik iliği transplantasyonu olan hasta ve yakınları üzerinde yaptığı çalışmada da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut sosyal kaynaklar olarak bulunmuştur [84]. Başka bir çalışmada ise sosyal kaynaklar ve sosyal yeterlilik alt boyutları en yüksek ortalamaya sahip alt boyutlar olarak saptanmıştır [17]. Yapılan araştırmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre en düşük ortalamaya sahip alt boyut ise yapısal stildir (3,98). Yapısal stil; bireylerin hedef odaklı olmalarını, kendi zamanını organize edebilme yeteneklerini ve planlı yaşayabilme durumlarını ifade etmektedir [17]. Çuhadar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise gelecek algısı puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır [84]. Benzer şekilde Yalçın'ın (2015) çalışmasında da gelecek algısı en düşük puana sahip alt boyut olarak saptanmıştır. Bu çalışmalarda gelecek algısının düşük olması hastalık sürecinde yaşanan semptomlara, tedavinin yan etkilerine ve hastalığın yayılma korkusuna bağlanmıştır [17]. Bu çalışmada ise nüks deneyimi olan hastalarda gelecek algısına ilişkin psikolojik dayanıklılık (3,92) nüks deneyimi olmayanlara göre (4,03) daha düşüktür. Bu bulgu Çuhadar (2014) ve Yalçın'ın (2015) çalışmalarının sonuçlarını destekler niteliktedir. Gelecek algısı boyutu; hastaların geleceğe iyimser bakmasını, pozitif bir bakış açısına sahip olmalarını ve hedef odaklı olmalarını içermektedir. Nüks deneyimi olan hastaların gelecek algısı puanlarının daha düşük olması hastaların hastalığın tekrarlamasına ilişkin korkularına bağlı olabilir. Ponto ve arkadaşları (2010) nükseden yumurtalık kanseri olan 60 kadın üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiş ve çalışmanın sonucunda hastalığa negatif anlam atfetme eğilimi gösterenlerin psikolojik olarak daha zayıf uyum gösterdikleri saptanmıştır [85]. Bu bulgu da araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre cinsiyet faktörünün psikoloji dayanıklılık üzerinde bir etkisi yoktur. Matzka ve arkadaşlarının (2016) 343 kanser hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada da cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı sonucu çıkmıştır [86]. Demir'in (2016) 101 kanser hastası ile yaptığı çalışmada da cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir [6]. Cohen ve arkadaşlarının (2014) kolorektal kanser tanısı almış 92 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada ise erkek hastaların kadın hastalardan anlamlı bir fark ile daha yüksek psikolojik dayanıklılık seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir [87]. Bonanno ve arkadaşları (2007) New York'ta meydana gelen 11 Eylül saldırısında potansiyel travmaya maruz kalmış kişiler üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiş ve bu çalışmada kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre ise erkeklerin kadınlara göre daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir [88].

Araştırmanın sonuçlarına göre medeni durum psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili değildir. Demir'in (2016) çalışmasına göre ise evli olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan gelecek algısı değişkeni bekar olan kanser hastalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [6]. Tümlü ve Recepoğlu'nun (2013) üniversite akademik personeli üzerinde yaptıkları çalışmada ise medeni durumun psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir [67].

Araştırmanın sonuçlarına göre eğitim faktörü psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili değildir. Benzer şekilde Demir'in (2016) çalışmasında da eğitim faktörünün psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir [6]. Bonanno ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise lise mezunlarının üniversite mezunlarından daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları belirtilmiştir [88].

Araştırmanın sonuçlarına göre gelir arttıkça yapısal stil boyutu için ortalama puanların da arttığı görülmektedir. Diğer alt boyutlar açısından gelir gruplarına göre ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Matzka ve arkadaşlarının (2016) çalışma sonuçlarına göre ise gelir düzeyinin psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir [86]. Yalçın'ın (2015) çalışma sonucuna göre ise mesleki ve finansal sorun yaşayan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir [17]. Bonanno ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonuçlarına göre ise travma sonrası gelir seviyesinde düşme olan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinde de anlamlı derecede azalma olduğu saptanmıştır [88].

Araştırmanın sonuçlarına göre yaş faktörü ve psikolojik dayanıklılık arasında bir ilişki saptanmamıştır. Demir'in (2016) çalışma sonucuna göre 36-45 yaş aralığındaki bireylerin aile uyumu boyutu diğer yaş grubundaki hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [6]. Matzka ve arkadaşlarının (2016) çalışması ise bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte ve yaş faktörünün psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığını belirtmektedir [86]. Benzer şekilde Tümlü ve Recepoğlu'nun (2013) çalışmasında da yaş faktörünün psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir [67]. Bazı çalışmalar ise yaş arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığını belirtmektedir [87, 88].

Araştırmada hastaların umut puan ortalamaları 26,6 olarak bulunmuştur. Bu değerin alınabilecek azami puana bakıldığında ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Jo ve Son'un (2004) meme kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların umut düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur [89]. Alacacioğlu (2007) çalışmasında kemoterapi alan kanserli hastaların umutsuzluk düzeylerini incelemiş ve hastaların umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğunu saptamıştır [90]. Aslan ve arkadaşlarının (2007) 246 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada da hastaların umut düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur [69]. Erol (2009) 180 kemoterapi hastası ile yaptığı çalışmasında hastaların umut puan ortalamasını 23,5 olarak bulmuştur. Bu çalışmanın sonucu da hastaların umut düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir [27]. Kavradım'ın (2011) çalışma sonucuna göre de hastaların umut puan ortalaması 23,9 olarak bulunmuştur [10]. Arslan (2012) 26 kanser hastasına "Yaşam Kalitesi Destek Programı" uygulamış, program öncesinde ve sonrasında hastaların umut düzeylerini değerlendirmiştir. Program öncesinde hastaların umut ölçeği puan ortalaması 25,6 iken; program sonrasında 29,7 olarak bulunmuştur [75]. Heidari ve Ghodusi (2015) 100 mastektomi olmuş kanser hastası ile çalışmış ve araştırmanın sonucunda hastaların %27'sinde düşük, %49'unda orta, %24'ünde ise yüksek düzeyde umut olduğunu belirtmişlerdir [91]. Uyaroğlu ve arkadaşları (2016) 143 üroonkoloji hastasının umut düzeylerini incelemiş ve araştırmanın sonuçlarına göre hastaların umut düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğunu belirtmişlerdir [92]. Somasundaram ve Devamani (2016) ise 60 kanser hastasının umutsuzluk durumunu incelemiş ve araştırmanın sonuçlarına göre ise hastaların umut düzeyinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir [5]. Yapılan çalışmalarda hastaların umut düzeylerinin ortalamanın üzerinde olması bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre en yüksek ortalamaya sahip alt boyut kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Erol (2009) ve Kavradım'ın (2011) çalışmalarında da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar olarak bulunmuştur [10, 27].

Araştırmanın sonuçlarına göre cinsiyet faktörünün umut düzeyi üzerinde bir etkisi yoktur. Vellone ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da cinsiyet faktörünün umudu etkilemediği görülmüştür [93]. Alacacioğlu'nun (2007) çalışma sonuçlarına göre de cinsiyet faktörünün umut düzeyini etkilemediği görülmüştür [90]. Erol'un (2009)

çalışmasında da cinsiyet faktörünün umut düzeyini etkilemediği bulunmuştur [27]. Kavradım'ın (2011) çalışmasında da benzer şekilde cinsiyet faktörünün umut düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı bulunmuştur [10]. Yapılan çalışmalarda cinsiyet faktörünün umut düzeyi üzerinde etkili olmadığı belirtilmesi bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre medeni durumun umut düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Alacacıoğlu'nun (2007) çalışma sonuçlarına göre de medeni durumun umut düzeyini etkilemediği görülmüştür [90]. Erol'un (2009) çalışmasında ise evli ve bekar olanların boşanmış olanlara göre daha yüksek umut düzeyine sahip olduğu saptanmıştır [27]. Kavradım'ın (2011) çalışmasında da medeni durumun umut düzeyini etkilemediği görülmüştür [10]. Yapılan çalışmalarda medeni durumun umut düzeyi üzerinde etkili olmadığı belirtilmesi bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre eğitim seviyesinin umut düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Aslan'ın (2007) çalışma sonucuna göre ise hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe umut düzeylerinin de yükseldiği saptanmıştır [69]. Kayış'ın (2009) 90 kanser hastası ile yaptığı çalışmasında hastaların eğitim seviyelerinin umut düzeylerini etkilemediği saptanmıştır [76]. Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında eğitim seviyesinin düşük olmasının umutsuzluk puanını arttırdığı belirtilmiştir [78]. Kavradım'ın (2011) çalışma sonucuna göre de eğitim seviyesi arttıkça umut düzeyinin de arttığı gözlenmiştir [10]. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile paralellik gösterirken bazı çalışmalar ise eğitim seviyesi arttıkça umut düzeyin arttığını belirtmektedir. Bu durum araştırma örnekleminin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre meslek değişkeninin umut düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Literatür incelendiğinde meslek değişkeni açısından bu araştırmanın bulguları ile paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur [27, 76].

Araştırmanın sonuçlarına göre gelir düzeyinin umudu etkilemediği bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu araştırmanın bulguları ile paralellik gösteren çalışmaların bulunması ile birlikte [76, 90], gelir düzeyi arttıkça umudun arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [10, 78].

Araştırmanın sonuçlarına göre çalışma durumunun umudu etkilemediği bulunmuştur. Literatürde bu bulgu ile benzerlik gösteren çalışmaya rastlarken [76], başka bir araştırma da ise bir işte çalışan hastaların çalışmayanlara göre umut puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [10, 27, 69, 75].

Araştırmanın sonuçlarına göre yaş değişkeninin umudu etkilemediği bulunmuştur. Yapılan çalışmalar da bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir [10, 27, 69, 75].

Araştırmanın sonuçlarına göre hastaların tanıları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalar da bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir [10, 27, 90].

Araştırmanın sonuçlarına göre nüks deneyiminin ve metastaz durumunun umut düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Bu araştırma bulgularına paralel olarak Chen (2003) ve Kavradım'ın (2011) çalışma sonuçlarına göre de metastaz varlığı hastaların umut düzeylerini etkilememektedir [10, 77]. Alacacioğlu'nun (2007) çalışma bulguları ise bizim çalışmamız ile benzeşmemektedir. Alacacioğlu'nun çalışma sonucuna göre nüks deneyiminin ve metastaz varlığının hastaların umut düzeylerinde azalmaya neden olduğu bulunmuştur [90]. Çalışma bulguları arasındaki bu fark örneklem grubunun farklılığından, araştırmanın yapıldığı hastaneler arasındaki farklılıklardan ve zaman içerisinde gelişim gösteren kanser tedavilerindeki değişimlerden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre tanı ve tedavi süresi hastaların umut düzeylerini etkilememektedir. Bu araştırmanın bulguları ile paralellik gösteren, tedavi süresinin umut düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar mevcuttur [27, 76]. Benzer şekilde tanı süresinin de umut düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalara rastlanmaktadır [10, 69, 90, 94, 95]. Erol'un (2009) çalışma sonucuna göre ise tanı süresinin artması ile birlikte umut düzeyinin de arttığı belirtilmiştir [27]. Erol'un (2009) çalışma bulgularının aksine Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) çalışma sonuçlarına göre ise hastalık süresi uzadıkça hastaların umut düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir [78].

Araştırmanın sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan yapısal stil ile umut ölçeğinin alt boyutları olan olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bir de sosyal yeterlilik boyutu ile umut ölçeğinin alt boyutları arasında

anlamli bir iliŒki olmadığı bulunmuŒtur. Bunlar dıŒında psikolojik dayanıklılık ölçeğinin tüm alt boyutları ile umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamli bir iliŒki olduğu saptanmıŒtır. AraŒtırmanın bulgularına göre hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça umut düzeylerinin de arttığı söylenebilir. Somasundaram ve Devamani'nin (2016) kanser hastaları ile yaptıkları çalıŒmanın sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk arasında negatif yönde anlamli bir iliŒki olduğu saptanmıŒtır [5]. Mahdian ve Ghaffari'nin (2016) 198 kanser tanısı almıŒ kadın hasta ile yaptıkları çalıŒmaya göre psikolojik dayanıklılığın umut üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğu belirtilmiŒtir [8]. Benzer Œekilde Solano ve arkadaşlarının (2016) kolorektal kanser tanısı almıŒ hastalar ile yaptıkları çalıŒma da psikolojik dayanıklılık ve umut arasında pozitif yönde güçlü bir iliŒki olduğu saptanmıŒtır [12]. Yapılan çalıŒmaların sonuçları bu araŒtırmanın bulgularını destekler niteliktedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi amacıyla 114 kanser hastası üzerinde çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda;

- Hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalaması 4,28'dir ve hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri orta seviyenin üzerindedir.
- Hastaların umut puan ortalaması 26,6'dır ve hastaların umut düzeyleri orta seviyenin üzerindedir.
- Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tanı ve tedavi süresi, metastaz varlığı değişkenleri hastaların psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini etkilememektedir.
- Gelir düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık alt boyutu olan yapısal stil puanı artmaktadır.
- Nüks deneyimi olan hastaların gelecek algısına ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyleri nüks deneyimi olmayanlara göre daha düşüktür.

Bu sonuçlara dayanarak;

- Kanser hastalarına yönelik KLP hemşireliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve umut düzeyleri konusundaki duyarlılıklarının artırılması ve bu konuda eğitilmesi,
- Özellikle gelir düzeyi düşük olan kanser hastalarının riskli grup olarak ele alınması ve bu hastaların psikolojik dayanıklılık yönünden değerlendirilmesi, gerekli durumlarda stresle baş etme, zaman yönetimi konularında bu hastaların eğitilmesi,
- Nüks deneyimi olan hastaların riskli grup olarak ele alınması ve bu hastaların psikolojik dayanıklılık yönünden değerlendirilmesi, gerekli durumlarda KLP hemşiresi ile işbirliği kurulması, hastalara stresle baş etme eğitimi verilmesi ve

geleceğe iyimser bakma ve gelecek ile ilgili geręekleřtirilebilir hedefler belirleme konusunda hastaya destek olunması,

- Kanser hastalarına yönelik benzer çalışmaların daha büyük örneklerle farklı kurumlarda yapılması önerilir.



KAYNAKÇA

1. Erdem, SS, Yılmaz M, Mayda, AS. "Bir Üniversite Hastanesinde 2013 Yılındaki Kanser Tanılarının 65 Yaş Üstü ve Altı Dağılımı", Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2015, 17(3); 105-110.
2. Tegnér, I, Fox, J, Philipp, R, Thorne, P. "Evaluating The Use of Poetry to Improve Well-Being and Emotional Resilience in Cancer Patients", Journal of Poetry Therapy, 2009, 22(3); 121.
3. Ülger, E. ve ark. "Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2014, 28(2); 85-92.
4. Hintistan, S, Pekmezci, H, Nural, N, Güner, GS. "Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar", Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2015,4(1); 1-9.
5. Somasunduram, OR, Devamani, AK. "A Comparative Study on Resilience, Perceived Social Support and Hopelessness Among Cancer Patients Treated With Curative and Palliative Care" Indian Journal of Palliative Care, 2016, 22(2); 135-140.
6. Demir, M. Kanser Hastası Olan Kişilerin Bağlanma Stillerine Göre Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi (Tez). T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2016.
7. Basım, NH, Çetin, H. "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması", Türk Psikiyatri Dergisi, 2011, 22(2); 104-114.
8. Mahdian, Z, Ghaffari, M. "The Mediating Role of Psychological Resilience, and Social Support on The Relationship Between Spiritual Well-Being And Hope in Cancer Patients", Journal of Fundamentals of Mental Health, 2016, 18(3); 130-138.

9. Sarıçam, H, Akın A. "Bütünleyici Umut Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013, 6(15); 290.
10. Kavradım TS. Kanserli Hastaların Umut ve Başetme Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
11. Kavradım, TS Özer, CZ. "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014, 6(2); 154-164.
12. Solano, JPC, et al., "Resilience and Hope During Advanced Disease: A Pilot Study With Metastatic Colorectal Cancer Patients", BMC Palliative Care, 2016, 15(70); 1-8.
13. Altınbaş, M, ve ark. " Kanser Hastalarının Ölüm Nedenleri ve Sağlıkını Etkileyen Faktörler", Sakarya Üniversitesi, 2015, 5(1); 1-9.
14. Zengin, N. "Kanser Oluşumu ve Kanser Hücresinin Özellikleri", Onkoloji Hemşireliği Derneği Kemoterapi Hemşireliği Kurs Kitabı, Ankara, 2007: 1.
15. Mitchell, NR, et. al. Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temelli Cep Kitabı (Özdemir, ŞO, Çev.), 7.Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008: 149-157.
16. Karadakovan, A, Aslan, FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 2. Baskı, Nobel, Adana, 2011: 201-220.
17. Yalçın, Y. Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisten Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi (Tez). T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2015.
18. Şencan, İ, ve İnce, NG, Türkiye Kanser İstatistikleri. 2016: Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
19. Boyle, P, Levin, B. Dünya Kanser Raporu 2008. 2008: Lyon. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu.

20. Özkan, Ç. ve Çelik, İ. (2009). Beslenme ve Kanser. Erişim Tarihi: 24 Eylül 2017, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-132-138.htm
21. Bandera, E, et al., "American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention Reducing The Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity", Ca-A Cancer Journal for Clinicians, 2012, 62(1); 30-67.
22. Akdemir, N, Birol, L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 3.Baskı, Nobel Kitabevi, Ankara, 2011.
23. Çakmak, ED. Kanser Dispne Ölçeği'nin Türk Kanser Hastalarında Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi (Tez). T.C Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2012.
24. Altınbaş, M. Onkoloji El Kitabı, 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2005: 301-303.
25. Platin N. (Ed). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, 1.Baskı, Aksam Sanat Matbaası, Ankara, 1996.
26. Şıra, SF. Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2007.
27. Erol, CE. Kemoterapi Alan Hastalarda Algılanan Stresin Umutla İlişkisi (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
28. Onkoloji Hemşireliği Temel Kanser Eğitimi Kurs Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Ankara, 2007.
29. Karakuş L, Karakoç Y. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı, Mavi Ambalaj, Ankara, 2005.
30. Arslan, S, Akin B, Koçoğlu D. "Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyo-Demografik Özellikler ve

- Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008, 10(1); 47.
31. Aslan, Ö, Vural, H, Kömürcü, Ş, Özet, A. "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi", *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10(1); 15-28.
 32. Özdemir, S. Kanser Hastalarının Yaşadığı Semptomlar ile Tedavi Kararını Değerlendirme ve Yaşam Tutum Profili Arasındaki İlişki (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
 33. Egelioglu, N. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2007.
 34. Aslan, Ö. Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Semptomların Değerlendirilmesi ve Bu Semptomların Kontrolünde Hemşirelik Eğitiminin Rolü (Tez). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2003.
 35. Ateş, AS. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2011.
 36. Ateş, S, Olgun, N. "Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 67-80.
 37. Aşçı, H, Özer, MK. "Bulantı Ve Kusma İçin Tedavi Önerileri", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2011, 2(3); 160-165.
 38. Arslan, D, Tatlı, MA, Üyetürk, Ü. "Kansere Bağlı Ağrı ve Tedavisi", *Abant Medical Journal*, 2013, 2(3); 256-259.
 39. Çapar, GS. Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.

40. Bag, B. "Kanser Hastalarında Yorgunluğa Bağlı Psikososyal Sorunlar ve Çözüm Önerileri", Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012, 21(4); 253-273.
41. Prue, G, Rankin, J, Allen J. "Cancer-Related Fatigue: A Critical Appraisal", European Journal of Cancer, 2006, 42(7); 846-863.
42. Uğur, Ö. "Kanser Hastasının Semptom Yönetimi", Türk Onkoloji Dergisi, 2014, 29(3); 125-135.
43. Çubukçu, NÜ, Çınar, S. "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Oral Mukozitler Önlenbilir Mi?", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2012, 2(4); 155-163.
44. Güngörmüş, Z, Erdem, ÖB. "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit", Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014, 5(1); 24-29.
45. Börü, ÜT, Çemberci, Ç, Padir, N, Bilgiç, A, Taşdemir M. "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Toksik Polinöropati Gelişimi", Okmeydanı Tıp Dergisi, 2016, 32(2); 69-74.
46. Batmazoğlu, M, Evrensel, T, Manavoğlu, O, Kanat Ö, Sığırlı D. "Kemoterapiye Bağlı Gelişen Nöropatiye Karşı Venlafaksin Koruyucu Etkinliğinin Araştırılması", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2008, 28(4); 25-36.
47. Çelik, F. Kemoterapi Alan Evre I-III Kanser Hastalarında Tedaviye Yanıtın Beslenme Durumu ve Uyku Kalitesiyle İlişkisi (Tez). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
48. Yavuzşen, T, Alacacioğlu, A, Çeltik, A, Yılmaz, U. "Kanser ve Uyku Bozuklukları", Türk Onkoloji Dergisi, 2014, 29(3); 112-119.
49. Kutlu, R, Çivi S, Börüban, CM, Demir, A. "Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2011, 27(3); 149-153.

50. Seven, M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", TAF Preventive Medicine Bulletin 2013, 12(3); 219-224.
51. Bag, B, "Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014, 4(4); 449-464.
52. Münevver, T, Vural, A, Evlice, EY, Tamam, L. "Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar", Arsiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012, 21(3); 189-219.
53. Güleç, G, Büyükkıncı, A. "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011, 3(2); 343-367.
54. Tokgöz, G, ve ark. "Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008, 9(2); 59-66.
55. Onitilo, AA, Nietert, PJ, Egede, LE. "Effect of Depression on All-Cause Mortality in Adults With Cancer and Differential Effects by Cancer Site", General Hospital Psychiatry, 2006, 28(5); 396-402.
56. Karabulutlu EY, Bilici M, Çayır K, Tekin SB, Kantarcı R, "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients With Cancer", European Journal of General Medicine, 2010, 7(3); 296-302.
57. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. "Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: A Cross-Sectional Study", BMC Cancer, 2010, 10: 594.
58. Parkes, CM, Elisabeth Kübler-Ross, On Death and Dying : A Reappraisal. Mortality, 2013, 18(1); 94-97.
59. Öz, F, Yılmaz, BE. "Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009, 16(3); 82-89.
60. Gizir, CA. "Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması", Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2007, 3(28); 113.

61. Hunter, AJ. "A Cross-Cultural Comparison of Resilience in Adolescents", *Journal of Pediatric Nursing*, 2001, 16; 172-179.
62. Tusaie, K, Dyer, J. "Resilience: A Historical Review of The Construct", *Holistic Nursing Practice*, 2004, 18(1); 3-10.
63. Klohnen, EC, "Conceptual Analysis and Measurement of The Construct of Ego-Resiliency", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70(5); 1067-1079.
64. Khanlou, N, Wray, R. "A Whole Community Approach Toward Child and Youth Resilience Promotion: A Review of Resilience Literature", *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2014, 12(1); 64-79.
65. Tian, J, Hong, JS. "Assessment of The Relationship Between Resilience and Quality of Life in Patients With Digestive Cancer", *World Journal of Gastroenterology*, 2014, 20(48); 18439-18444.
66. Şahin, M, Yetim,A, Çelik, A. "Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Koruyucu Bir Faktör Olarak Spor ve Fiziksel Aktivite", *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2012, 5(8); 373-380.
67. Tümlü GÜ, Receptoğlu, E. "Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki", *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2013, 3(3); 205-213.
68. Gürkan, U. *Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi (Tez)*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2006.
69. Aslan, Ö, Sekmen K, Kömürcü, Ş, Özet, A. "Kanserli Hastalarda Umut", *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2); 18-24.
70. Tarhan, S, Bacanlı, H. "Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015, 3(1); 1-14.

71. Türk Dil Kurumu. Erişim Tarihi: 12 Aralık 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a301f1b472f51.67622191
72. Akman, Y, Korkut, F. "Umut Ölçeği Üzerine Bir Çalışma", Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1993, 9; 193-202.
73. Irving, LM, Snyder, CR, Crowson JJ. Hope and Coping With Cancer by College Women. Journal of Personality, 1998, 66(2); 195-214.
74. Kelleci, M. "Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005, 6(1); 41-47.
75. Arslan, D. Düzenli Egzersiz, Sanat (Origami) ve Grup Terapisinin, Remisyondaki Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Hasta Tatmini ve Umut Düzeyleri Üzerine Etkisi (Tez). T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yan Dal Uzmanlık Tezi; 2012.
76. Kayış, A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri (Tez). T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
77. Chen, M-L. "Pain and Hope in Patients With Cancer: A Role for Cognition", Cancer Nursing, 2003, 26(1); 61-67.
78. Arslantaş, H, Adana, F, Kaya, F, Turan, D. "Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler", İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2010, 18(2); 87-97.
79. Owen, D. "Nurses Perspectives on The Meaning of Hope in Patients With Cancer: A Qualitative Study", In Oncology Nursing Forum, 1989, 16(1); 75-79.
80. Egan, M, Burke, E, Meskell, P, MacNeela, P, Dowling, M. "Quality of Life and Resilience Related to Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Patients Post Treatment With Platinums and Taxanes", Journal of Research in Nursing, 2015, 20(5); 385-398.

81. Strauss, B, et al., "The Influence of Resilience on Fatigue in Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy (Rt)", *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 2007, 133(8); 511-518.
82. Sharpley CF, Bitsika V, Wootten AC, Christie D.R.H. "Does Resilience 'Buffer' Against Depression in Prostate Cancer Patients? A Multi-Site Replication Study", *European Journal of Cancer Care*, 2014, 23(4); 545-552.
83. Loprinzi, CE, Prasad, K, Schroeder, DR, Sood, A. "Stress Management and Resilience Training (Smart) Program to Decrease Stress And Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial", *Clinical Breast Cancer*, 2011, 11(6); 364-368.
84. Çuhadar D, Tanrıverdi D, Pehlivan M, Kurnaz G, Alkan S. "Determination of The Psychiatric Symptoms and Psychological Resilience Levels of Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients and Their Relatives", *European Journal of Cancer Care*, 2016, 25(1); 112-121.
85. Ponto JA, Ellington L, Mellon S, Beck SL. "Predictors of Adjustment And Growth in Women With Recurrent Ovarian Cancer", *Oncology Nursing Forum*, 2010, 37(3); 357-364.
86. Matzka, M, et al., "Relationship Between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study" *Plos One*, 2016, 11(4); 1-13.
87. Cohen, M, Baziliansky, S, Beny, A. "The Association of Resilience and Age in Individuals With Colorectal Cancer: An Exploratory Cross-Sectional Study", *Journal of Geriatric Oncology*, 2014, 5(1); 33-39.
88. Bonanno, GA, Galea, S. "What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role Of Demographics, Resources, and Life Stress", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, 75(5); 671-682.
89. Jo KH, Son BK. "The Relationship of Uncertainty, Hope and Quality of Life in Patients With Breast Cancer", *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2004, 34(7); 1184-1193.

90. Alacacıoğlu, A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi; 2007.
91. Heidari, M. Ghodusi, M. "The Relationship Between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients After Mastectomy", *Indian Journal of Palliative Care*, 2015, 21(2); 198-202.
92. Uyaroğlu, AK, Gül, M, Sarı, E, Göktaş, S. "A Study of Uro-Oncology Patient Perceptions of Social Support and Hope Levels", *Turkish Journal of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi*, 2016, 31(2); 31-38.
93. Vellone, E, Rega, ML, Galletti, C, Cohen, M. "Hope and Related Variables in Italian Cancer Patients" *Cancer Nursing*, 2006, 29(5); 356-366.
94. Rustoen, T, Wiklund, I. "Hope and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients", *Cancer Nursing*, 2000, 23(3); 214-219.
95. Yıldırım, Y, Sertoş OO, Uyar, M, Fadıllıoğlu, C, Uslu R. "Hopelessness in Turkish Cancer Inpatients: The Relation of Hopelessness With Psychological and Disease-Related Outcomes", *European Journal of Oncology Nursing*, 2009, 13(2); 81-86.

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Dosyadan Alınacak Bölüm

Tanısı:

Tanı süresi:

Tedaviye devam süresi:

Nüks deneyimi: () Var () Yok

Metastaz durumu: () Var () Yok

Sigorta durumu: () SGK () Özel Sağlık Sigortası () Peşin Ücret

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın

() Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Medeni durumunuz nedir?

() Evli

() Bekar

() Boşanmış

4. Çocuk sayınız:.....

5. Evde bakım gereksinimi olan çocuğunuz var mı?

() Evet

() Hayır

6. Yalnız mı yaşıyorsunuz?

Evet

Hayır

7. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans-Doktora

8. Mesleğiniz nedir?

İşçi

Serbest meslek

Memur

İşsiz

Emekli

Ev hanımı

Öğrenci

Diğer

9. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

Kısmi olarak

10. Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

Düşük

Orta

Yüksek

11. Tedaviniz süresince psikolojik destek aldınız mı?

Evet

Hayır

12. Kendi işlerinizi yapabilir durumda mısınız?

Evet

Hayır

Yardımla

13. Onkoloji ekibinin hizmetinden memnun musunuz?

Evet

Hayır

14. Hastalığınız veya tedaviniz sonucu aşağıdaki sorunlardan hangi/hangilerini yaşıyorsunuz?

Ağrı

Ağız içinde yara

- Bulantı- kusma
- Tat, koku almada değişim
- İştahsızlık
- Kabızlık
- İshal
- Saçlarda dökölme
- Cilt problemleri
- Ellerde/ayaklarda uyuşma
- Nefes darlığı
- Güçsüzlük- halsizlik
- Uyku sorunları
- Hiçbiri

EK 2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi... hissederim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim

20. Geleceğe dönük amaçlarım...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

EK 3. Herth Umut Ölçeği

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman uygun
1)Geleceğe umutla bakıyorum.				
2)Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.				
3)İçimde derin bir manevi güç var.				
4)Gelecekle ilgili planlar yapıyorum.				
5)İçimde olumlu bir enerji var.				
6)Geleceğimle ilgili korkularım var.				
7)İncinsem bile yoluma devam ediyorum.				
8)Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
9)İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum.				
10)Kendimi kaybolmuş hissediyorum, ne yöne gideceğimi bilemiyorum.				
11)Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.				
12)Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.				
13)Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzağa düşmüş hissediyorum.				
14)Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
15)Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.				
16)Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				
17)Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.				
18)Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.				
19)Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum				

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman uygun
20)Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
21)Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
22)Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
23)Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.				
24)Sevildiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum.				
25)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26)Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27)Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28)İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29)Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30)Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.				

EK 4. Etik Kurul Onayı

ANADOLU[®]
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşletmesi
Kanuni Merkez: Fatih Sultan Mehmet Mahallesi, Balkan Caddesi,
No:58 Buyaka E Blok Tepeüstü, Ümraniye / İstanbul
Büyük Mükellefler V.D. 0680263503
Mersis No Merkez: 0-6802-6350-300011
Mersis No Gebze : 7-1472-2237-6591466

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-17 / 50
Konu : Çalışma İzni Hk.

29.03.2017

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü Esra SEVİM'in yaptığı "Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi" başlıklı çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.
ASM Hastane Etik Kurulu

Başkan

Prof. Dr. Fatih Ağalar

Üyeler

Uzm. Dr. Resmiye Beşikçi

Prof. Dr. Ayşen Yücel

Prof. Dr. Hüseyin Baloğlu

Prof. Dr. Salih Türkoğlu

Prof. Dr. Cemil Uygur

EK 6. Kömürcü'den Gelen İzin Yazısı

S p r Taşı Kategoriler ... Geri al

Teşekkürler.

ŞK Şeref Kömürcü
19.1 (Cum) , 15:02
Esra Sevim

Tabii ki kullanabilirsiniz Esra hanım
Başarılar dilerim
Şeref Kömürcü

Esra Sevim
19.1 (Cum) , 14:44

Merhaba Şeref Bey,
Ben Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü psikiyatri hemşireliği programında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için hastanemizde yapacağım "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi" konulu çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini alıştığınız "Herth Umut  leği"ni kullanabilir miyim? Őimdiden teşekkür ederim.

İyi alışmalar.

EK 7. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Bu alışma, kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanır. Araştırmaya katılmayı kabul etseniz dahi istediğiniz anda araştırmadan ekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız size verilen hizmeti hiçbir Şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru ve anlaşılır yanıtlar almaya hakkınız vardır. Sorulara verdiğiniz cevaplar aldığınız hizmette herhangi bir olumsuzluğa neden olmayacaktır. Bu araştırmadan elde edilen tüm bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Esra Sevim

AD SOYAD:

İMZA:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	Sevim
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	29.07.1991
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	41803960382
E-mail	esra.sevim91@gmail.com	Tel	0534 896 1706

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2015-...Halen
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2013 (3.lük derecesi)
Lise	Eyüp Otakçılar Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi Kemoterapi Ünitesi	2015-...Halen
Hemşire	Amerikan Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi	2013-2015