

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEONKOLOJİK HASTALARDA KEMOTERAPİ
SÜRECİNDEKİ MEŞGULİYET TERAPİSİNİN
ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatice Kübra YURDAKUL

HEMŞİRELİK PROGRAMI

ANKARA, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Jineonkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki
Meşguliyet Terapisinin Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi

Hatice Kübra YURDAKUL

Yüksek Lisans Tezi

Tez Savunma Tarihi

03.02.16

Tez danışmanı

Doç. Dr. Gül PINAR

Jüri üyeleri

Doç. Dr. Gül PINAR

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans/Doktora derecesi için
gerekli tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı

Prof.Dr.Özen Özensoy GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gerekli tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

03.02.2016

Hatice Kübra YURDAKUL

TEŞEKKÜR

Bilimsel ve akademik düşünme becerisi kazanmamı sağlayan, yüksek lisans eğitimim boyunca yetişmemde büyük emekleri olan, her zaman yakın ilgisini gördüğüm, öğrencisi olmakla gurur duyduğum, özellikle tez döneminde, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, desteğini hiç esirgemeyen, harcadığı emek ve zamanla bireysel ve akademik bakış açımı zenginleştiren, Sayın Hocam Doç. Dr. Gül PINAR'a,

Araştırmanın izni ve uygulanabilmesinde yardımcı olan Başkent Üniversitesi Hastanesi yöneticileri ve tüm personeline,

Hayatım boyunca sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen minnettar olduğum annem, ağabeyime ve eşime,

Aldığım her kararı destekleyen, hayatıma anlam katan sabır, anlayış ve sonsuz destekleri için sevgili eşime,

Ayrıca çalışmaya katılan bütün hastalara,

İçtenlikle teşekkür ederim.

Hatice Kübra YURDAKUL

ANKARA 2016

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser ile ilgili genel bilgiler.....	4
2.2. Jinekolojik Kanserler.....	6
2.2.1. Over Kanseri	6
2.2.2. Endometrium Kanseri	8
2.2.3. Serviks Kanseri	9
2.2.4. Vulva Kanseri	12
2.3. Uğraş Terapisi İle İlgili Kavramsal Çerçeve	14
2.3.1 Uğraş Terapisi Teorisi.....	15
2.3.2.Uğraş Terapisinin Tarihçesi.....	17
2.3.3. Uğraş Terapisinin Temel İkeleri ve Fonksiyon Alanları.....	20
2.4. Uğraş Terapisinin Anksiyete ve Depresyon Açısından Önemi.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1.Araştırmanın Tipi ve Tarihi.....	27
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.4. Dahil Edilme Kriterleri.....	28

3.5. Bağımlı-Bağımsız Değişkenler	28
3.6. Etik Açıklama.....	29
3.7. Verilerin Toplanması.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Ön Uygulama	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR	32
4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	32
4.2. Tıbbi Özellikler ve Alışkanlıklara İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Uğraş Terapisi İle İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular	42
4.4. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Kemoterapi Sürecindeki Uğraş Durumuna İlişkin Bulgular	51
4.5. HADÖ'ne İlişkin Bulgular	56
4.6. GYA'sine İlişkin Bulgular	59
4.7. Ölçekler arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	61
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER	87
EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAY FORMU	87
EK-2. ANKET FORMU.....	92
EK-3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	97
EK-4. TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	98
EK-5. ETİK KURUL RAPORU	99
EK-6. ÖLÇEK İZİN BELGESİ.....	101
EK-7. ÖZGEÇMİŞ	102

ÖZET

Jineonkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki Meşguliyet Terapisinin Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi

Araştırma Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Kemoterapi Ünitesi'nde jinekolojik kanser tedavisi gören bireylerin meşguliyet (uğraş) terapisi ile ilgilenme durumları ve bunun anksiyete-depresyon üzerine olan etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmıştır (n=200). Verilerin toplanmasında Anket Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi, Ki-Kare ve One-Way ANOVA testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kullanılmıştır.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 56.8 ± 10.5 olarak bulunmuştur. Çalışmada kemoterapi sürecinde hastaların sıklıkla dizi-sinema izleme (%51.3), hayal kurma (%32.7), müzik dinleme (%26.6), arkadaş-akraba ziyareti (%19.6), çiçek yetiştirme (%14) ve yürüyüş-egzersiz yaptıkları (%14) belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada hastaların %77'sinin uğraş terapi merkezini istediği belirlenmiştir. Yapılan analize göre hastaların %53'ünde anksiyete, %67.5'inde depresyon saptanmıştır. Kemoterapi sürecinde uğraş sayısı arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon oranı azalmakta ve günlük yaşam aktivite skoru artmaktadır ($p<0.05$).

Çalışmanın sonucunda uğraş durumunun kanser hastalarının hem psikolojilerini hem de bağımsızlık düzeylerini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Bu açıdan jinekolojik kanserli hastaların aktivite performanslarının değerlendirilerek bireylerin uğraş terapisine katılımının sağlanması ve bu konuyla ilgili ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler; anksiyete, depresyon, jinekolojik kanser, kemoterapi, meşguliyet terapisi.

ABSTRACT

Effect of Occupation Therapy of Anxiety and Depression in The Process of Chemotherapy in Gyneoncologic Patients

The research was conducted as descriptive for examination of the connection of the occupational therapy and effect of anxiety and depression observed in gyneoncologic patients who applied to Gynecology Oncology Chemotherapy Unit in Başkent University Hospital.

Sampling of the study estimated by the sampling formula with known universe (n=200). The collection of data, survey form, hospital depression and anxiety scale, daily living activities scale was applied. In order to evaluate the datas, Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis H Test, Chi-square, One-way were used. $p < 0.005$ was used as a significance level.

The average age of study participants was found to be 56.8 ± 10.5 . In the research, it was determined that chemotherapy patients were frequently watching tv series and film (%51.3), dreaming (%32.7), listening music (%26.6), visiting friends and relatives (%19.6), growing flower (%14) and walking, doing exercising (%14). Also want to study, it was determined that the occupational therapy center of %77 of patients. According to analysis, %53 of patients with anxiety and %67 of patients with depressions was detected. During chemotherapy process, while occupation rate increase, anxiety and depression level decrease and daily living activities increase ($p < 0.05$).

As a result of study it has shown that occupational situation affects both psychology and levels of independence of cancer patients positively. In this regard, the participation of the gynecological cancer patients to occupational therapy by evaluating the activity of individual performance and is recommended for further studies on the subject.

Keywords: anxiety, depression, gyneoncologic patient, chemotherapy, occupational therapy,

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Hastaların yaş durumlarının dağılımı.....	32
Tablo 4.2.	Hastaların medeni durumlarının dağılımı.	32
Tablo 4.3.	Hastaların çocuk sayılarının dağılımı.....	33
Tablo 4.4.	Hastaların eğitim durumunun dağılımı.	34
Tablo 4.5.	Hastaların çalışma durumunun dağılımı.	35
Tablo 4.6.	Hastaların ekonomik durumunun dağılımı.....	36
Tablo 4.7.	Hastaların tanılarının dağılımı.....	37
Tablo 4.8.	Hastaların evrelerinin dağılımı.....	38
Tablo 4.9.	Hastaların kemoterapi protokollerinin dağılımı	39
Tablo 4.10.	Hastaların sistemik rahatsızlıklarının dağılımı.....	40
Tablo 4.11.	Hastaların sigara kullanma durumunun dağılımı.	41
Tablo 4.12.	Hastaların uğraş sayılarının dağılımı.	42
Tablo 4.13.	Hastaların hastalık öncesinde yaptıkları uğraşların dağılımları.	43
Tablo 4.14.	Hastaların kemoterapi sürecinde yaptıkları ve planladıkları uğraşların dağılımları.	45
Tablo 4.15.	Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş yapma nedenlerinin dağılımı.	48
Tablo 4.16.	Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş yapmama nedenlerinin dağılımları.	48
Tablo 4.17.	Hastaların tercih ettikleri uğraş zamanlarının dağılımı.....	49
Tablo 4.18.	Hastaların uğraş konusunda destek alma durumlarının dağılımı.	49
Tablo 4.19.	Hastaları uğraş destek kaynakların dağılımı.	49
Tablo 4.20.	Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş terapi merkezlerini isteme durumlarının dağılımı.....	50
Tablo 4.21.	Hastaların uğraş terapi merkezi ile ilgili önerilerin dağılımı.	50
Tablo 4.22.	Yaş grubuna göre uğraş durumlarının dağılımları.	51
Tablo 4.23.	Çocuk sayısına göre uğraş durumlarının dağılımı.	51
Tablo 4.24.	Medeni duruma göre uğraş durumlarının dağılımı.	52
Tablo 4.25.	Eğitim durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.....	52
Tablo 4.26.	Çalışma durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.	52
Tablo 4.27.	Ekonomik duruma göre uğraş durumlarının dağılımı.....	53

Tablo 4.28. Hastalığın tanısına göre uğraş durumlarının dağılımı.	53
Tablo 4.29. Hastalığın evresine göre uğraş durumlarının dağılımı.	54
Tablo 4.30. Kemoterapi protokolüne göre uğraş durumlarının dağılımı.	54
Tablo 4.31. Sistemik hastalıklara göre uğraş durumlarının dağılımı.	55
Tablo 4.32. Sigara kullanma durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.	55
Tablo 4.33. Anksiyete ve depresyon ölçeğinin tanımlayıcı bulgularının dağılımı.	56
Tablo 4.34. Medeni duruma göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.	56
Tablo 4.35. Çocuk sayısına göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.	57
Tablo 4.36. Eğitim durumuna göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.	57
Tablo 4.37. Çalışma durumuna göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.	58
Tablo 4.38. Ekonomik duruma göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.	58
Tablo 4.39. Kemoterapi sürecinde uğraş durumu ile anksiyete-depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı.	59
Tablo 4. 40. GYA puan ortalamalarına ilişkin tanımlayıcı bulguların dağılımı.	59
Tablo 4.41. Sosyo-demografik değişkenler ile GYA puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı.	60
Tablo 4.42. GYA puanı ortalaması ile kemoterapi sürecinde uğraş durumları arasındaki ilişkinin dağılımı.	61
Tablo 4.43. Hastalık öncesi- kemoterapi süreci uğraş durumu İle HADÖ ve GYAÖ'ne ilişkin korelasyon analizinin dağılımı.	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Uğraş Terapisi Teorisi.....	15
Şekil 4.1.	Hastaların medeni durumlarının dağılımı.	32
Şekil 4.2.	Hastaların çocuk sayılarının dağılımı.....	33
Şekil 4.3.	Hastaların eğitim durumunun dağılımı.	34
Şekil 4.4.	Hastaların çalışma durumunun dağılımı.	35
Şekil 4.5.	Hastaların ekonomik durumunun dağılımı.....	36
Şekil 4.6.	Hastaların tanılarına ilişkin dağılımı.	37
Şekil 4.7.	Hastaların evrelerine ilişkin dağılımı.	38
Şekil 4.8.	Hastaların kemoterapi protokolüne ilişkin dağılımı.....	39
Şekil 4.9.	Hastaların mevcut sistemik rahatsızlıklarına ilişkin dağılımı.	40
Şekil 4.10.	Hastaların sigara kullanım durumuna ilişkin dağılımı.	41
Şekil 4.11.	Hastaların uğraş sayılarının dağılımı.....	42
Şekil 4.12.	Hastalık öncesinde uğraş dağılımları.	44
Şekil 4.13.	Kemoterapi sürecinde uğraş dağılımları.	46
Şekil 4.14.	Kemoterapi sürecinde ilgilenilmek istenilen uğraşların dağılımları.	47

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika birleşik devletleri
DNA	: Deoksirübo nükleik asit
BRCA	: Breast cancer
BSO	: Bilateral salpingo ooforektomi
CM	: Centimeter
GLOBOCAN	: Dünya kanser veri tabanı
HASUDER	: Halk sağlığı uzmanları derneği
HIV	: Human immunodeficiency virus
HPV	: Human papilloma virüs
MMSE	: Mini mental state exam
MoCA	: The montreal cognitive assessment
MS	: Milattan sonra
PAP SMEAR	: Papanicolau smear
TAH	: Total abdominal histerektomi
UNESCO	: Birleşmiş milletler eğitim, bilim ve kültür teşkilatı
VB	: Ve benzeri
WFOT	: World federation of occupational therapists

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kanser, tüm dünyada sıklığı giderek artan bir sağlık problemidir (1). Kanser vücudun herhangi bir bölgesinde hücrelerin anormal büyümesi şeklinde tanımlanan yaygın bir terimdir. Kanser tedavisi çoğunlukla cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedaviyi kapsamaktadır. Son on yılda kanserden kurtulanların sayısı, gelişen tedavi ve erken tanı ile hızlı bir şekilde artmaktadır (2).

Jinekolojik kanserler kadınlarda meme kanserinden sonra kadınlardaki mortalite ve morbiditenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (1). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı verilerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) görülen kanser sıralamasında over ve endometrium kanserleri beşinci ve sekizinci sırada yer almaktadır (3). Türkiye'de kadınlarda görülen ölüm nedenleri arasında over kanseri dördüncü, endometrium kanseri yedinci ve servikal kanserler dokuzuncu sırada yer almaktadır (4).

Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel semptomların yanında hastalar yoğun korku, anksiyete ve depresyon gibi bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilerken, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler ise onun sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır (2,4).

Kanser hastalarında psikolojik stres, hastalığın klinik seyri sırasında değişen düzeylerde gözlenmektedir. Ayaktan tedavi gören kanser hastalarında, klinik olarak anksiyete ve depresyon şeklinde gözlenen psikolojik stresin prevalansı, %15-42 oranında bildirilmektedir. Ruhsal sağlık, yaşam kalitesinin temel unsurudur. Birçok çalışmada kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi ve kemoterapinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (5,6). Kemoterapi tedavisi gören kanser hastaları boş zamanlarını etkili ve verimli geçirmediği takdirde fiziksel,

bilişsel, duygusal olarak değişiklikler yaşamaktadır. Ayrıca kanser tedavisi, hastaların günlük hayatında günlük yaşam aktivitelerinin aksamasına ve bireyin öz bakımının azalmasına neden olmaktadır (7).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin düzeltilmesi ile ilgili olarak “tamamlayıcı tedaviler” adı altında uygulanan tedaviler, oldukça güncel bir yaklaşım olarak ortaya çıkmaktadır (8). Bu anlamda tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kabul edilen meşguliyet terapisi (uğraş terapisi) hastanın zihinsel ve motor işlevlerin korunmasını, kronik hastalıkların komplikasyonlarının geciktirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını ve hastanın yaşamla bağlantısının kuvvetlenmesini amaçlamaktadır (2,7).

Uğraş terapisi, hastalığın etkilerini sınırlamak ve günlük yaşamın her alanında bağımsızlığı teşvik etmek için belirli faaliyetlere rehberlik etmektedir (9).

2014 yılındaki toplantısında Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu uğraş terapisini şu şekilde tanımlamıştır;

- 1) Uğraş terapisi sağlık ve iyilik halini uğraş ile sağlayan bir uzmanlık alanıdır.
- 2) Uğraş terapisinin temel amacı kişileri günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını sağlamaktır.
- 3) Uğraş terapistleri bunu kişilerin bu aktivitelere katılma yetilerini artırarak ya da destek sağlamak amacıyla çevreyi değiştirerek sağlarlar (10).

Gelişmiş ülkelerde, birçok üniversite bünyesinde 2 veya 4 yıllık eğitim programlarının sunulduğu okullarda uğraş terapistleri yetiştirilmektedir. Diğer rehabilitasyon uzmanları gibi uğraş terapistleri de; insanların hayatlarını rahat ve mümkün olduğunca verimli ve bağımsız yaşayabileceği şekilde onların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu durum yaşam süresi kısa olsa bile değişmemektedir. Özellikle kanser hastaları, hastalık veya tedavi süreci boyunca çok hızlı değişimler yaşamaktadır. Bu tür karmaşık sorunların çözümü için ekip yaklaşımı, tıbbi rehabilitasyonun temel prensiplerindedir. Hekim, fizyoterapist, uğraş terapisti, rehabilitasyon hemşiresi, prostetist-ortotist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı,

konuşma terapisti gibi birçok farklı disiplinlerden meslek sahipleri birlikte çalışmaktadırlar (7,8,11). Bu hastalarla çalışılırken, değişim ihtiyaçlarına karşı ekibin duyarlı olması, hastanın durumunun kötüye gitmesi durumunda hızlı yanıt vermesi ve dikkatli plan yapılması gerekmektedir. Uğraş terapi hizmetleri sadece hastanelerde değil hastaların evlerinde veya günlük bakım evleri gibi çeşitli yerlerde de kanser hastalarının refahını ve bağımsızlığını teşvik etmektedir (12,13).

Ayrıca kemoterapi süreci içerisinde hastanın daha az anksiyete ve endişe ile geçirebilmesi adına ne tür tedbirler alınabileceği üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Uğraş terapi hizmetleri hastalık sürecinin her aşamasında ve tüm sektörlerde ulaşabilir olmalıdır. Kemoterapi tedavisi boyunca yaşam tarzı ve ilgi alanları çerçevesinde hastanın çeşitli aktivite ve hobilerle meşgul olarak bu süreci geçirmesi, tedavi sırasındaki anksiyete ve endişeleri azaltmasına yardımcı olabilir (12,14,15). Hastanın tercihleri doğrultusunda çeşitli hobilerini yerine getirebilmesi, kemoterapi tedavisine uyumunu kolaylaştırabileceği gibi psikolojik kökeninin de olduğu varsayılan kemoterapi semptomlarının kontrolünde de etkili olduğu belirtilmektedir (16).

Kanser tedavileri, hastalıklar, ilaç tedavisi, yan etkiler ve fonksiyonel uygulamalar gibi değişik sonuçları olan kavramları kapsar. Artan hayatta kalma durumlarında rehabilitasyon kanser tedavisini bütünleyen bir faktör olmaktadır (11). Dünyada hızla gelişen uğraş terapisi hem fonksiyonel hem de psikolojik uygulamalar ile kanser hastaları ve aileleri üzerinde önemli bir hale gelmesine rağmen ülkemizde özellikle kanser tedavilerinde oldukça sınırlı kullanıldığı görülmektedir. Oysa yaşamdaki doyumun vazgeçilmez bir parçası olan bu terapi şeklinin en kısa zamanda ülkemizde de yaygınlaşması ve hemşirelik alanında danışmanlığının artırılması büyük önem taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu görüşten hareketle çalışma, jinekolojik kanser tedavisi gören bireylerin uğraş terapisi ile ilgilenme durumları ve bunun anksiyete-depresyon düzeylerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ile ilgili genel bilgiler

Kanserin oluş mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen literatürde, kanserojen maddelerin etkisi ile DNA sentezi evresinde, çekirdekdeki genetik sistemin bir bölümünün mutasyona uğraması sonucu meydana geldiği ileri sürülmektedir. Anormal doku kitlesi olarak tanımlanan kanser, normal dokulardan farklı olarak, sürekli gelişme halinde bulunur ve kanserojen etki ortadan kalktıktan sonra da büyümesini sürdürür. Sınırsız üreyen kanser hücreleri salgıladıkları toksik ve proteolitik enzimlerle dokuların sağlıklı hücrelerini eritip fagosite etmektedirler. Böylelikle kendilerine yer açarlar ve kapladıkları alanı genişletmektedirler. Bunun yanı sıra kanserli dokular, besin bakımından da normal dokulara ortak olur ve sayıları daha çok arttığı için, vücudun normal dokularını besin yetersizliği içine sokmaktadırlar (17,18).

Kanserin etiolojisinde rol oynayan çeşitli faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu faktörler:

- İyonize Radyasyon,
- Ultraviyole Işınları,
- Hava Kirliliği,
- Kimyasal Karsinojenler,
- Beslenme Faktörleri,
- Sigara,
- Alkol,
- Virüsler,
- Kalıtım,
- Irk,
- Yaş,
- Cinsiyet,
- Hormonlar ve bağışıklıkla ilgili etkenler de yer almaktadır (19,20).

Dünyada her yıl 12,7 milyon insana, ölüme uzanan kronik bir hastalık olarak kabul edilen “kanser” tanısı konulmaktadır. 2008 Dünya Kanser Raporu’nda 2005

yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 7,6 milyonunun kanser nedeniyle gerçekleştiği ve herhangi bir müdahale yapılmaz ise gelecek 10 yıl içinde 84 milyon insanın kanser nedeniyle yaşamını yitireceği belirtilmektedir (21).

GLOBOCAN 2008'e göre dünyada kadınlarda görülen ilk üç kanser türü sırasıyla meme, serviks ve kolorektal kanserdir. Jinekolojik kanserlerden uterus kanseri altıncı, over kanseri ise yedinci sırada yer almaktadır. Aynı raporda kanser mortalitesine bakıldığında ilk üç sırayı meme, akciğer ve serviks kanseri alırken, over kanseri yedinci sıradadır (22). HASUDER'in (2012) "Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" raporuna göre; 2006 yılında kadınlarda en sık görülen kanser, yüz binde 36.9 ile meme kanseri iken, jinekolojik kanser insidansına bakıldığında, uterus korpusu kanseri yüz binde 7.8 ile altıncı, over kanseri yüz binde 6 ile yedinci ve serviks kanseri yüz binde 4.7 ile onuncu sırada görülmektedir (23). Aynı raporda Türkiye'de 2009 yılında kadınlarda kansere bağlı ölümler incelendiğinde; over kanseri %5 ile yedinci, uterus kanseri %2.9 ile dokuzuncu, serviks kanseri %2 ile onuncu sıradadır (23).

Kanser yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam süresinin olumsuz etkilenmesine neden olmakta, yaşamdan doyum almasını engellemekte ve fonksiyonel güçlüklerle bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir. Kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak dispne, öksürük, hemoptizi, ağrı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Hastalar; kanser tedavisi süresince yiyeceklerden tat almada bozukluk iştahsızlık, bulantı, kusma, ağız yaraları, yutma güçlüğü gibi sorunlar nedeni ile beslenme yetersizliği yaşamaktadırlar. Ayrıca, saç dökülmesi, kemik iliği depresyonuna bağlı enfeksiyon ve kanama riski görülebilmektedir. Kemoterapi tedavisi alan bireylerde ağrı, ataksi ve periferik nöropati, afazi, disfazi, miyelopati, ensafalopati, ödem / lenfödem, parestezi, bilişsel değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (24).

Kanser tedavisinde amaç; tümörün histolojik yapısına, lokalizasyonuna, büyüklüğüne, hastalığın aşamasına, metastaz olup olmamasına, hastanın fizyolojik ve

psikolojik durumuna ve gereksinimlerine göre iyileşme, kontrol ya da palyatif olarak hastanın yaşam süresini uzatmak veya yaşam kalitesini arttırmaktır (25,26).

Tedavi yöntemlerinin gelişmesine bağlı olarak, kanserli hastaların yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla genel olarak cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi ve kemik iliği transplantasyonu gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (19,27,28).

2.2. Jinekolojik Kanserler

2.2.1. Over Kanseri

Over kanseri hayatı tehdit eden, ciddi bir hastalıktır ve dünya çapında kadınlarda en sık görülen 7. kanserdir (29). Over kanseri Avrupa’da 2012 yılında tanı alan 65,000’i aşkın vaka ile kadınlarda en sık görülen 6. kanser olmuştur. Gelişmiş ülkelerde diğer bütün kadın genital sistemi kanserlerinden daha fazla ölüme neden olur. Over kanserinin yüksek mortalite oranı, hastaların daha kötü prognoza sahip olduğu ileri evrelerde tanı alması gerçeğinden kaynaklanmaktadır (30).

Over kanserinin evreleri;

- EVRE 1: Kanser sadece overlerle sınırlıdır.
- EVRE 2: Kanser overlerin dışına taşmıştır ve pelvis ile sınırlandırılmış alan içinde büyümektedir.
- EVRE 3: Kanser karın boşluğuna yayılmıştır.
- EVRE 4: Kanser overden uzak olan diğer vücut organlarına yayılmıştır (Örneğin; karaciğer ya da akciğerler) (31).

Over kanserinin semptomları şunlardır (32);

- İnatçı kasık ve karın ağrısı,
- Artmış karın çevresi / inatçı şişkinlik (gelip geçici şişkinlik değil),
- Yeme güçlüğü ve çabuk doyma,
- Artmış idrara çıkma ihtiyacı ve / veya aciliyet hissi.

Over kanserinin semptomları nonspesifik olduğu ve kolaylıkla iritabil barsak sendromu gibi diğer durumlara atfedilebileceğinden, olguların %60'ı kanserin zaten çok ilerlemiş (Evre III ya da IV) olduğu zamanda tanı alır; bu da başarılı tedavi şansını oldukça düşürmektedir (30). İleri evre over kanseri için beş yıllık sağ kalım oranı yalnızca yüzde 37.6'dır, bu yüzden de mevcut standart tedavi yanı sıra daha fazla cerrahi ve kemoterapilerden oluşan ek tedaviler gerektirmektedir (33).

Over kanserinin en sık görülen tipi yüksek dereceli seröz kanserdir. Bütün over kanserlerinin yaklaşık yüzde 60-80'i hastalığın en saldırgan formu olan bu tiptir. Ayrıca, Evre III-IV olan over kanseri olgularının yüzde 95'i seröz tiptir (30).

Over kanserinde en güçlü risk faktörü, aile öyküsüdür. Yaklaşık olarak over kanserli hastaların % 7'sinin aile hikâyesinde kanser bulunur. Vakaların %10 kadarı ise kalıtsaldır. Hastalığın birinci derece yakınlıktaki akrabalarda bulunması, riski daha da artırmaktadır. Houlston ve arkadaşları tarafından hesaplanan toplam risk, ailede over kanseri olanlarda 4.5, ailede meme kanseri olanlarda 1.3 ve ailede endometrium kanseri olanlarda 1.1 kat artmaktadır. Birinci derece akrabasında over kanseri olanlarda risk 4.31, ikinci derece akrabasında olanlarda risk 2.12 iken, üçüncü derece akrabası etkilenenlerde risk 1.48 civarındadır (34). Bunun yanı sıra;

- Nulliparite, infertilite,
- Düşük parite,
- Kendisinde ya da akrabasında, meme ve over kanseri öyküsünün bulunması,
- Sigara ve alkol kullanımı, yağdan zengin gıdalarla beslenme,
- Endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalıklar,
- Dismenore, erken menopoza girme gibi faktörler hastalık riskini arttırmaktadır (35).

BRCA1 or BRCA2 genlerinde mutasyon gibi spesifik kalıtsal anomalileri olan kadınlarda over kanseri riski belirgin olarak artmıştır (36). Genel popülasyondaki kadınların yüzde 1.4'ü over kanseri tanısı almaktadır ve bu genlerdeki mutasyon bütün over kanseri olgularının %15'inde bulunmaktadır (37,38).

Tedavi

Cerrahi girişim tedavinin ilk basamağıdır. Ameliyattan sonra hastalığın yayılımına göre kemoterapi ya da radyoterapi uygulanır. Hastalığın ilerlemiş olduğu durumlarda, kemoterapi sık kullanılır. Kemoterapide birkaç ajan bir arada kullanılabilir. Bu olgularda siklofosfamid ve sisplatin veya doxorubisin yaygın olarak kullanılan neoplastik kombinasyonlardır (39).

2.2.2. Endometrium Kanseri

Günümüzde kadın genital sisteminde en sık görülen kanser endometrium kanseridir. Endometrium kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Postmenopozal kadınlarda daha çok görülmektedir. 55–59 yaşlarında görülme sıklığı tepe noktasına ulaşır ve sonrasında azalır. Hayat boyu kadınların endometrium kanseri tanısı alma riski %2.68'dir, bu durum siyah ırkta %1.72 oranı ile daha düşüktür (beyaz kadınlarda risk %2.86'dır) (40).

Endometrium kanseri gelişiminde risk oranları (41);

- Progesteronla karşılanmayan ekzojen östrojen tedavisi: 10 kat,
- Trunkal obezitesi olan kadınlarda: 10 kat,
- Vücut ağırlığının, ideal ağırlıktan 9 kg fazla olması: 3 kat,
- İdeal vücut ağırlığından 23 kg fazlası olan kadınlarda: 10 kat,
- Nulliparite, İnfertilite öyküsü: 3 kat,
- Erken menarş-geç menopoz, diabet: her biri, 2-3 kat,
- Tamoksifen kullanımı: 6 kat.

Endometrium Kanserinin Semptomları

Hemen her kanserde olduğu gibi endometrium kanserine özgü bir semptom yoktur. Ancak gerek risk grubundan olan, gerekse olmayan hastalarda görüldüğünde endometrium kanserinin akla gelmesi gereken bazı semptomlar vardır. Bunlar;

- Postmenopozal kanamalar,
- Menopoz öncesi anormal uterin kanamalar,
- Anemi,
- Alt karın ağrısı,
- Postmenopozal kadınlarda smeara normal veya anormal endometrial hücre bulunması,
- Premenopozal kadınlarda smeara anormal endometrial hücre bulunmasıdır (41).

Tedavi

Endometrium kanserinin erken döneminde “Total Abdominal Histerektomi” (TAH) ve “Bilateral Salpingo Ooforektomi” (BSO), genelde tercih edilen cerrahi yöntemlerdir. Hastalığın ileri dönemlerinde ya da hastalığın tekrarladığı durumlarda, kemoterapi (doxorubisin, cisplatin, carboplatin, paclitaxel, 5 Fluraurasil, siklofosfamid) ya /ya da hormonal tedavi diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombine olarak uygulanabilmektedir. Uygulanan bu tedavi genellikle palyatif amaçlıdır ve sağ kalım kısa sürelidir (40).

2.2.3. Serviks Kanseri

Serviks kanseri, en yaygın görülen üreme sistemi kanserlerinden üçüncüsünü oluşturmaktadır. Diğer jinekolojik kanserlerden farklı olarak serviks kanserinin en önemli özelliği gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde en sık görülen bir jinekolojik kanser olmasıdır. Bu farkın en önemli sebeplerinden biri “pap smear” ve uygun tarama programları sayesinde bu kanserin daha gelişmeden yakalanabilmesi ve preinvaziv dönemde tedavi edilebilmesidir (42).

Amerikan Kanser Birliği 2007 yılı verilerine göre, dünya genelinde ortalama 555,094 yeni serviks kanseri vakası meydana gelmiştir. Serviks kanserinden dolayı hayatını kaybeden olgu sayısı 309,808'i bulmuştur. lmlerin %85'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir. Amerika'da 2007 yılında ortalama 11,150 yeni servikal kanser vakası görülmüştür. Servikal kanser nedeniyle ölenlerin sayısı ise 3,670'dir (43).

Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Birçok kanserde olduğu gibi serviks kanserinde de etiyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Aslında tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altındadırlar. Ancak bireysel risk faktörleri bu riskin artmasına neden olur. Bu risk faktörlerinin çoğu olumsuz sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Ama kadınların çoğu, bu olumsuz davranış Őekillerinin serviks kanserleri ile doğrudan ilişkisi olduğunu bilmemektedir (44).

Servikal kanser riskini artıran faktörler şunlardır:

- Erken yaşta koitusun olması (<16 yaş), çok eşli cinsel yaşamın olması,
- Çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunulması,
- İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması,
- İlk doğum yaşının 20 ve altında olması,
- Doğum sayısının  ve üzeri olması,
- Cinsel yolla geçen hastalığa sahip olunması (zellikle Human Papilloma

Virüs-HPV tip 16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV),

- Sigara kullanılması,
- Yaş,
- Irk (Siyah kadınlar),
- Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların olması,
- İmmunosupresyon durumunun olması (44).

Serviks kanserinden korunmada genel ilkeler şunlardır;

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarından ve gebelikten korunmak için kondom gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması,
- Tek eşli cinsel yaşam, cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi,
- A ve C vitamini ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması,
- Sigara ve alkol kullanımının bırakılması,
- Siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle koitus sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi,
- Cinsel aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık Pap smear test kontrolleri ile izlenmesi,
- Kişisel hijyenin bozuk olması serviks kanseri için risk faktörü olduğundan kişisel hijyen özellikle vulva hijyeni konusunda bilgi verilmesi,
- Tüm kadınların düzenli aralarla sitolojik olarak taranması, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve çok sayıda seksüel partneri olan kadınların taranması,
- Doğurganlığın planlanması, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelikten sakınılması,
- Servikal kanserden korunma ve erken belirtiler konusunda tüm kadınların aydınlatılması,
- Serviks kanserini önlemek için aşılama programlarının uygulanması.
- Kadınların yaşam tarzında korunma ilkelerine uygun davranması serviks kanseri riskini azaltmaktadır (44,45,46,47).

Son yıllarda serviks kanserine karşı HPV aşısı geliştirilmiştir. HPV aşıları Ağustos 2008 itibariyle 100 den fazla ülkede lisans olarak kullanıma sunulmuştur. ABD, Kanada, Avustralya, Almanya, Fransa, İsrail olmak üzere birçok ülkede rutin aşı takvimine girmiştir. Ülkemizde kuadrivalan aşı 2007 yılında, bivalan aşı ise 2008 yılında ruhsat almıştır (48).

Yeni HPV aşıları sağlıklı kız ve kadınlarda en tehlikeli HPV tipleri olan 16 ve 18'e karşı bağışıklık yanıtının gelişmesine yardımcı olmaktadır. Aşıların etkinliğinin en yüksek düzeyde olması için aşılama, duyarlı topluluk enfeksiyonla karşılaşmadan önce yapılmalıdır. Cinsel yaşam başlamadan önce aşı serisinin tamamlanmasına çalışılmalıdır (49).

HPV aşılarından kuadriyalan aşının (Gardasil) ABD’de Haziran 2006’da rutin olarak, 11-12 yaşlarında tüm kız çocuklarına yapılması onaylanmıştır. Aşılamaya 9 yaşında da başlanabilir. Aşılanmamış veya tam aşı serisi tamamlanmamış 13-26 yaş arası kız çocuklarında ve kadınlarda, ideal olarak, cinsel yaşam öncesi 11-12 yaşlarında aşı yapılmadığı için bu aşı dozunu tamamlamak adına telafi aşılması yapılmalıdır. Kuadriyalan Gardasil aşısı üç doz intramüsküler olarak 0, 2 ve 6. ayda uygulanmaktadır. Bivalan HPV aşısı Cervarix ise, intramüsküler olarak 0, 1 ve 6. ay şeması ile önerilmelidir (48).

Tedavi

Tedavi seçimi, hastalığın evre ve servikal displazinin derecesine göre planlanır. Evre IA da olan hastalar, histerektomi ya da kavite içi radyasyonla tedavi edilebilirler. Evre IB ve IIA için, radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi ya da tam pelvik radyoterapi tercih edilmektedir. Hastalığın Evre IIA’dan daha ileri olduğu durumlarda yalnız radyoterapi uygulanır (47).

Kemoterapi esas olarak ileri evre veya tekrarlayan serviks kanseri tedavisinde kullanılır. Genellikle kemoterapiye yanıt alınamaz. Primer kemoterapi evre IVB (evre IV, uzak metastaz) gibi çok ileri evre hastalıklarda kullanılır. En iyi kombinasyon tedavisi olarak cisplatin ve ifosfamid görünmektedir. Fakat total sağ kalıma etkisi gösterilemediği için kombinasyon tedavisi yerine tek ajan kemoterapi kullanımı daha uygun görülmektedir (17,40).

2.2.4.Vulva Kanseri

Vulva kanseri tüm genital kanserlerin %5’ini,kadınlarda görülen kanserlerin %1’ini oluşturur. ABD’de endometriyum, over ve serviks kanserinden sonra dördüncü sıklıkta görülen genital kanserdir. Ancak son yıllarda gerek yaşam süresinin uzaması gerekse HPV enfeksiyonları insidansının artması nedeniyle vulva kanseri görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (50).

Epidemiyolojisi; vulva kanserinin ortalama görülme yaşı 65-75'tir. Olguların %15'i 40 yaşın altında, yarısı 70 yaşın üzerindedir. Hastalığın sosyo-ekonomik düzeyi düşük yaşlı hastalarda görüldüğü epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu bulguya dayanarak vulva kanserinin yetersiz hijyen koşullarıyla ilişkili olduğu düşünülse de kesin olarak kanıtlanamamıştır. İnsidansında ırk, parite ve gravidenin rol oynadığı gösterilememiştir (42,50).

Vulva kanserinin etiyojisi ve risk faktörleri şunlardır;

- Hipertansiyon,
- Diyabet,
- Kardiyovasküler hastalık,
- Obezite,
- Servikal kanser benzeri hastalıkların varlığı,
- Erken menopoza girme,
- Kronik irritasyon (Diabetes Vulvitis),
- İmmüsupresif ilaç kullanma,
- Virüsler (Herpes Simpleks Virüsü Tip II),
- Vulvada kaşıntı öyküsü,
- Sigara kullanımı. (35).

Tedavi

Vulva kanseri tedavisinde amaç, en az şekil bozukluğu ile cinsel işlevin en iyi düzeyde sürdürülmesi dikkate alınarak, tam olarak vulvayı tümörden arındırmaktır. Vulva kanseri tedavisinde; cerrahi, radyoterapi, kombine kemoterapi, destekleyici tedaviler ve bunların birleşimleri kullanılarak yapılmaktadır. Metastaz olan hastalar, rahatlatıcı olarak radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu ile tedavi edilebilmektedirler. Bu evrede uygulanacak radyoterapiye karşı, vulva dokusu şiddetli reaksiyon gösterdiği için kullanımı sınırlıdır (45).

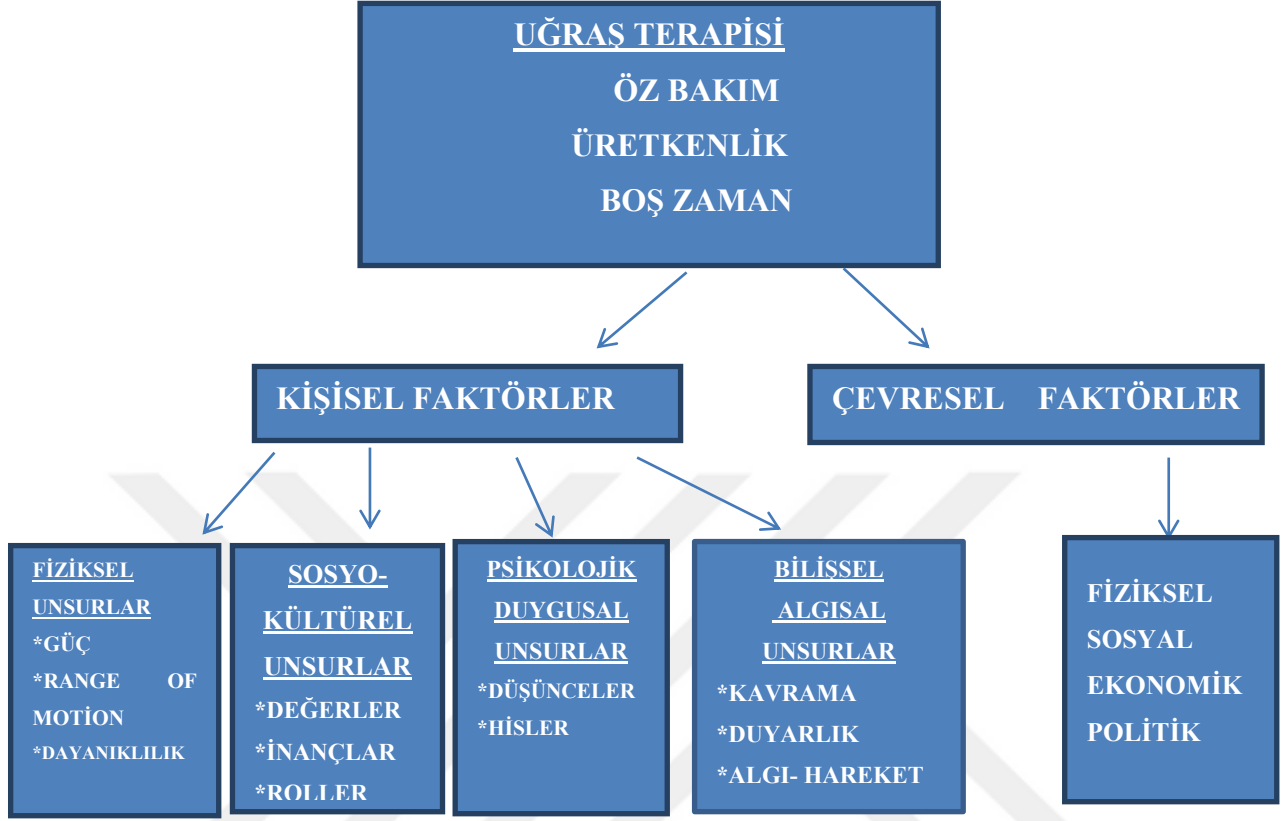
2.3. Uğraş Terapisi İle İlgili Kavramsal Çerçeve

Uğraş terapisi, İngilizce'de 'occupational therapy' olarak geçerken, çeşitli Avrupa dillerinde (örn: Almanca) ergotherapie olarak adlandırılmıştır. Ergoterapi kelimesi Yunanca'dan gelmektedir. Ergon sözcüğü, iş-uğraş, hareket, eylem, davranış, beceri, etkinlik anlamına gelmektedir. Therapeia sözcüğü ise bakım, iyileşme, hizmet olarak tanımlanmaktadır. Benzer şekilde İngilizce'deki 'occupation' kelimesinin Türkçe'deki karşılığı 'meşguliyet/uğraş terapisi'dir. Ancak Avrupa ve ABD'de eğitim gerektiren bu süreç için Türkiye'deki durum pek iç açıcı değildir. Türkiye'de 'meşguliyet=uğraş' kavramı hastalarla yapılan her çeşit uğraş kapsayacak şekilde kullanılmaktadır. Her kurumda olmasa da çoğu zaman, yapılan işin eğitim almamış kişilerle yapılıyor olmasına rağmen terapi olduğu varsayılmaktadır. Yapılan uğraşların yararlı olduğu kabul edilmekle birlikte terapi olabilmesi için terapist gözetiminde ve belli hedeflerle ve multidisipliner yapılması gerekmektedir (51).

Uğraş terapisi, hastanın zihinsel ve motor işlevlerin korunmasını, kronik hastalıkların komplikasyonlarının geciktirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını, hastanın yaşamla bağlantısının kuvvetlenmesini amaçlamaktadır (52).

Uğraş terapisi, hastanın patolojisini azaltmak, sağlığını sürdürmek, adaptasyon ve verimliliğini sağlamak için, seçilmiş işlerde fonksiyonlarını düzenleme, güçlendirme ve performansını artırma sanatıdır. Bir diğer anlatımla, herhangi bir hastalık, kaza, doğumsal sakatlık veya yaşlanma sonucu mental, sosyal veya fiziksel yeteneklerde oluşan bozuklukları iyileştirmek, mevcut yetenekleri geliştirmek, ortaya çıkartmak, kişinin bu yeteneklerini günlük hayatında kullanabilmesini öğretmek için uygulanan amaca yönelik hareketlerdir (53).

2.3.1 Uğraş Terapisi Teorisi



Şekil 2.1. Uğraş Terapisi Teorisi.

Şekil.2.1’de uğraş terapisi teorisi incelendiğinde; kişisel bakım (özbakım), üretkenlik ve boş zaman olmak üzere üç sahayı kapsadığı gözlenmektedir. Her bir alan kişinin sağlığı ve bireysel memnuniyetine uygun ve dengeli bir şekilde değerlendirilmelidir. Kişisel bakım; günlük aktiviteler ve toplum hayatı, üretkenlik; kişinin gününü dolduran parasal veya gönüllü olarak yaptıkları işler, boş zaman aktiviteleri; herhangi bir zorunluluk hissetmeden yapılan, tercih edilen veya ilgi çeken aktiviteler olarak ifade edilebilir (54).

Literatürde uğraş terapisi kişisel ve çevresel faktörler olarak iki grupta toplanmaktadır. Her bir faktör uğraşının başarılı bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamaktadır. Aynı şekilde bu alanlardaki her bir problem başarılı ve anlamlı uğraş yolunda bir engel oluşturmaktadır (54).

Kişisel faktörler dört ana unsurdan oluşmaktadır. Bunlar;

- Fiziksel unsurlar; bireyin kas iskelet sisteminin kapasitesini gösterir. Uğraşın fiziksel belirleyicileri; güç, dayanıklılık ve hareket kabiliyetidir.
- Psikolojik ve duygusal unsurlar; bireyin iç ve dış dürtülerine cevap olarak oluşturduğu doğuştan veya sonradan öğrenilen duygu ve düşüncelerdir.
- Bilişsel ve algısal unsurlar; merkezi sinir sistemine dayanan iç ve dış dürtüleri ifade eder. Bunlar; kavrama, duyarlılık, algı, hareketten oluşmaktadır.
- Sosyo-kültürel unsurlar; öğrenilmiş inanç, davranış ve rollerdir.

Fiziki, politik, ekonomik ve sosyal çevre olarak kategorize edilen çevre faktörü de, makro, mezo, mikro boyutlarda düşünülmelidir (54).

Uğraş terapisi teorisi, meşguliyeti etkileyen faktörler üzerinde düşünme ve yorum yapabilme olanağını sağlamaktadır (55).

Uğraş terapisinin amacı;

- ✓ İnsan ve insanın uğraşlarını anlamak,
- ✓ İnsan fonksiyonlarını ve meşguliyet performansını ön görüp, bunlar üzerinde değişiklik yapabilmektir (55).

Uğraş terapisi teorisinin temelini uğraşlar oluşturur. Uğraş kavramı, günlük konuşma dilinde kullanıldığı gibi iş, meslek, uzmanlık anlamında değil de, daha çok bireyin gününü oluşturan ve sağlığına katkıda bulunan günlük işler olarak tanımlanmalıdır (54). Bu terapinin temelini oluşturan şu üç düşüncenin genel geçer olduğu görülebilir;

- 1- Uğraş tüm insanların temel ve ortak özelliklerindedir ve sağlık için gereklidir.
- 2- İnsanların uğraşları iç ve dış ihtiyaçları karşılayabilmek için kişiden kişiye değişiklik gösterir.
- 3- Uğraş, biçim verilebilir, yönlendirilebilir ve iyileştirilebilir (54).

2.3.2.Uğraş Terapisinin Tarihçesi

Uğraş terapisinin tarihi, insanların herhangi bir şeyle uğraşmaya başlamaları kadar eskidir. Bununla birlikte ancak yazı ve çeşitli buluntularla uğraş terapisinin kullanılmaya başlanıldığını kesin olarak söyleyebiliyoruz. Ünlü Romalı hekim Cladius Galen (M.S. 130-201) Bergama'da doğmuş ve Asklepion hastanesinde çalışmıştır. Yaptığı incelemelerde beyni yaşamın merkezi olarak kabul eden Galen, hafif vakalarda seyahat yapmayı ve uğraş terapisini öneren ilk hekim olarak bilinmektedir (51).

Uğraş terapisinin bir tedavi şekli olarak tanınması ise 1700'lü yılları bulmuştur. O dönemde ve öncesinde ruhsal hastalığı olanlara mahkûmlarla aynı şekilde davranılıyordu. 1793'de Fransız hekim ve felsefeci Phillipe Pinel "Moral Treatment and Occupation" (ahlaki tedavi ve uğraş) olarak tanımlanan bir yaklaşımı benimsemeye başlamış ve uğraşı kişinin hedeflerine göre zamanın, enerjinin, ilgilerin ve dikkatin kişinin hedeflerine göre kullanılması olarak tanımlamıştır. Buna göre, ruhsal hastalığı olanların tedavisi günlük amaçlı aktiviteler üzerine oturtulmuştur. Hastaların maruz kaldığı kötü muameleden hoşnut olmayan İngiliz William Tuke da yaklaşık aynı zamanlarda bu ahlaki tedaviyi tanımlayacak prensipler geliştirmiştir. Tuke uğraş kapsamında gerçekleştirilen amaçlı aktivitelerin bireylerin işlevselliğini arttıracak ve semptomları azaltacağını düşünmüştür. 1840-1860 yılları arasında uğraş terapisini temel alan 'ahlaki tedavi' iyi bir dönem geçirmiş, ancak Amerika'da iç savaşın 1861'de başlamasından sonra gözden düşmüştür (56).

Savaşın sona ermesinden sonra 1900'lü yıllardan Eleanor Clark Slagle, William Rush Dunton, Jr. Susan Tracy, Herbert J. Hall ve George Edward Barton uğraş terapisinin gelişmesinde ve prensiplerinin belirlenmesinde önemli isimler olarak tarihe geçmiştir (51). Birinci Dünya Savaşı sonunda yaralı askerlerin tekrar iş hayatına dönmesinin önem kazanmasıyla uğraş terapisi daha da önem kazanmıştır. Mart 1917'de 'National Society for the Promotion of Occupational Therapy' ilk toplantısını yapmış ve 1921'de 'American Occupational Therapy Association' adını almıştır ve 'The Archives of Occupational Therapy' bu alandaki ilk dergi olarak yayımlanmıştır (51). Yine bu dönemde uğraş terapisi ilk defa yasal olarak tanınmış ve

eğitimi standart hale getirilerek müfredatı belirlenmiştir. 2.Dünya Savaşı'yla birlikte uğraş terapistleri redüktif akımı benimseyerek özgüveni ve olgunlaşmayı hedefleyen hastalıktan çok hasta odaklı yöntemleri kullanmaya başlamışlardır (51,57). Uğraş terapisi, yaygınlaşmaya başlayarak Avrupa'da benzer gelişmelerle birlikte İngiltere'de de tıbbın önemli bir alt başlığını oluşturmuş ve 1930 yılında üniversite bünyesinde 4 yıllık programların sunulduğu ilk uğraş terapisi okulu açılmıştır. 1932'de ise 'İskoçya Uğraş Terapisi Derneği' kurulmuştur. Avrupa'da da bu alanda okul ve derneklerin açılmasıyla 1952'de 'Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu' kurulmuştur (51).

Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu'nun belirlediği standartlarda 3-4 yıllık bir zamanı kapsamaktadır ve bağımsız çalışma öncesinde süpervizyon eşliğinde alan çalışmasını mecburi tutmaktadır. Eğitimin içinde temel bilimler, uğraş terapisi teorisi ve pratiği, terapötik uygulamalar ve 1000 saatlik alan çalışması bulunur. Bu eğitim çoğu ülkede üniversite eğitimini düzeyindedir ve Dünya Uğraş Terapisi Federasyonu'na üye 20 ülkede bu eğitime mezuniyet sonrası doktora programları da eklenmiştir (58).

Uğraş terapistleri nöroloji, ortopedi, romatoloji, çocuk hastalıkları, psikiyatri, geriatri alanlarına yönelik bir eğitim alırlar. Bu eğitimin içeriğinde anatomi, fizyoloji, hastalıklar, uğraş terapisi tarihi, bu alanda uygulanan kuramlar ve bunların hastalık gruplarında uygulanmasıyla ilgili teorik ve pratik dersler mevcuttur (59).

Türkiye'de ergoterapi (iş ve uğraşı terapisi) bölümünün lisans programının Hacettepe Üniversitesi'nde 2009'da açıldığına bakarak ülkemizde henüz çok yenidir. Ancak, ülkemizde de geçmişı zannedildiğinden çok eskilere dayanmaktadır. Büyük Türk düşünürü İbn-i Sina "Kitabü'l Şifa" eserinde; "Tedavinin en iyi ve en etkili yollarından birisi hastanın aklî ve ruhî güçlerini artırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli hale getirmek, sevdiği işleri yapmasını sağlamak, en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir" diyerek, müziğin ve aktivitenin kişiye güçlü bir moral desteği verdiğini belirtmiştir (60).

Selçuklu hükümdarı Dukak tarafından Şam'da 1154 yılında inşa ettirilmiş olan Nureddin Hastanesi, Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından 1228'de inşa ettirilen Divriği Ulu Camii ve Turan Melik Darüşşifası UNESCO'nun "Dünya Kültür Mirası" listesinde ilk 3 içine girmiştir, ruh hastalarında müzik tedavisinin uygulandığı önemli örneklerdir. İlhanlı hükümdarı Olcayto Mehmed döneminde, Prenses Yıldız Hatun'un 1308'de yaptırdığı Amasya Darüşşifası, dünyada akıl hastalıklarının müzik ve su sesiyle iyileştirildiği ilk yer olarak belirtilmektedir (60).

Heybeliada Sanatoryumu Türkiye'nin ilk verem hastanesi olup 12 Haziran 1924'de Atatürk'ün emriyle açılmıştır. Sanatoryumda rehabilitasyon merkezi de bulunuyordu. Ustalar vasıtasıyla hastalara ayakkabıcılık, çorapçılık, fotoğrafçılık, heykeltıraşlık, saatçilik, daktilo gibi kurslar veriliyor, hastalar zanaat öğrenip meslek sahibi olabiliyorlardı. Sanatoryumun kuruluşunun 50. yılında yapılan bir araştırmaya göre, kurslara katılan yaklaşık bin kişinin yarısı meslek ve iş sahibi olmuştur (60). Tıbbın içindeki bu ilk uygulamalardan sonra toplumun değişen ihtiyaçları doğrultusunda tıp fakültesinden ayrı sağlık ve rehabilitasyon alanlarının doğuşu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleşmiştir. Uğraşı tedavisinin tüm dünyada gelişen perspektifi ve toplumun artan ihtiyacı, bu alanda lisans düzeyinde çok sayıda terapistin yetişmesini zorunlu hale getirmiştir. 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi altında dört yıllık eğitim programı ile Ergoterapi bölümü ve Anabilim Dalı kurulmuştur (53,60).

Dünyada hem klinik uygulamanın önemli bir parçası olan hem de toplumsal boyutu bulunan "Occupational Therapy" alanında maalesef ülkemiz çok geride kalmış bulunmaktadır. "Occupational Therapist Association of Bangladesh" bile mevcut iken "Occupational Therapist Association of Turkey'nin henüz adı yoktur ve ülkemiz bu alanda yetişmiş yeterli insan gücüne sahip değildir. Hala ülkemizde bu alanda çalışan kişiler Türkiye dışında yetişmişlerdir. Türkiye'de, WFOT (World Federation of Occupational Therapists) tarafından kabul edilen Uğraş Terapisti ünvanına sahip olabilmek için, ilk olarak fizyoterapist olmak gerekmektedir. Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde, yüksek lisans olarak, Uğraş Terapisti ünvanı verilmektedir (53).

2.3.3. Uğraş Terapisinin Temel İkeleri ve Fonksiyon Alanları

Uğraş terapisi, hastaların görsel yetenekleri ve algılama becerilerini, kognitif (bilişsel) yeteneklerini, duyuların değerlendirilmesini ve motor aktivitelerini geliştirir ve destekler. Bu yaklaşımla, bireylerin özgüvenlerini ve başarı duygularını pekiştirirken, bağımsızlık kazanmalarını sağlamaktadır (61).

Uğraş terapisi, hastaların en temel eğlence ihtiyaçlarını ve eğitsel aktivitelerini de içerir. İnce motor yeteneklerinin gelişimi için bazı materyaller kullanılır. Bunun yanı sıra hastalar için duyuşal-bazlı (öfke kontrolü, rahatlama teknikleri vb.) hedefler de terapi süresince diğer bireylerle etkileşim içinde olunmasına teşvik edilir (54).

Uğraş terapisine en çok ihtiyaç duyan gruplar şöyle sıralanabilir (62);

1. Fiziksel hastalığı ve sakatlığı olanlar,
2. Duyuşal hastalığı olanlar,
3. Doğumsal veya gelişimsel hastalığı olanlar,
4. Yaşlılar.

Uğraş terapisi amaçlarını bu gruplarda gerçekleştirmek üzere bazı ortamlar, teknikler ve yöntemler kullanır. Kullanılan bu yöntemler uğraş terapisi planlanırken seçilir ve uygulanır. Bu yöntemler aşağıda belirtilmiştir (62):

1. Günlük yaşam becerilerinin, alışkanlıklarının analizinin ve eğitiminin yapılması böylece adaptif veya uygun performansın devamlılığının sağlanması, var olanın geliştirilmesi veya yeniden geliştirilmesinin sağlanması,
2. Eksik olan performansın yerini alacak veya destekleyecek ortez ve protez cihazlarının dizaynı, yapılması ve uygulanması,
3. Performansın gerçekleştirilmesi veya arttırılması için rehabilitatif ve destekleyici teknoloji ve aletlerin analizi, seçilmesi ve kullanılması,

4. Spesifik bir performansın geliştirilmesi ya da yeniden ortaya çıkarılması için modifiye edilmiş veya kişiye göre adapte edilmiş tekniklerin kullanılması,
5. Performansın gelişmesini sağlamak üzere organize edilmiş amaçlı aktiviteleri içeren el sanatları, oyunlar ve oyuncakların kullanılması,
6. Kişinin becerilerinin organize edilmesini sağlayacak uğraş ve kişiye ait rolleri içeren görevlerin analizi ve iş, işe hazır olma, oyun becerileri ve boş zaman becerilerinin geliştirilmesi,
7. Kişinin sağlığını, iyilik halini, performansını geliştirmek üzere çevrenin düzenlenmesi, günlük hayata tam olarak iştirak edebilmesinin sağlanması şeklindedir.

Uğraş terapisti yukarıdaki yöntemleri uygularken, bu süreçte planlama ve yeniden değerlendirerek ilerlemenin izlenmesi, uygulanan yöntemin doğruluğunun ve yararının gözden geçirilerek değiştirilmesi önemli yer tutar (62).

Kanser hastalarına uygulanan tedavilerin etkili olabilmesi için bireysel olarak uygun hale getirilmesi önerilmektedir. Uğraş terapistleri anlamlı uğraş ve roller belirlemek, gerçekçi amaçlar ve beklentiler belirlemek, performans ve adaptasyon durumlarını optimize etmek için tedavi ve iyileşme süreçlerinin farklı aşamalarında bulunabilirler. Bunun içinde hastane dışında uzun soluklu bir rehabilitasyon süreci gereklidir (16,63).

Kemoterapi alan hastalar sıklıkla hafıza kaybı veya odaklanamama gibi hafif zihinsel rahatsızlıklardan şikayet etmektedirler. Uğraş terapistleri tarafından kullanılan zihinsel uygulamalar insanların günlük aktiviteleri ile başa çıkma veya dengeleme stratejilerini içermektedir (64).

Terapistler, enerji koruma yöntemlerini kullanarak kanser hastalarının günlük aktivitelere katılmalarını sağlayarak, yorgunluk ile başa çıkmalarına yardım etmektedirler (65). Bunun yanı sıra terapistler hastalara, kanser kaynaklı ağrılarla iletişim kurma, başa çıkma ve problem çözme konularında eğitim vererek yardımcı olmaktadır (11).

Kanser hastaları, koruyucu giyim, yardımcı aletler, sabitleme ve ev modifikasyonu gibi konularda uğraş terapistlerini tercih etmektedir. Kompresyon giysileri ve takıp çıkarılabilen yardımcı aletler meşguliyet terapistlerince reçete edilebilmektedir. Hazır veya dikilmiş ortotik ekipmanlar, dinlenme, pozisyon alma veya ağrı azaltma durumlarında yardımcı olabilmektedir (66).

Egzersizlerin kanser hastaları üzerinde iyi bir etkisinin olduğuna dair disiplinler arası birçok araştırma olmasına rağmen özellikle uğraş terapisi alanında birkaç tane standart uygulama vardır. Uğraş terapistleri, metastatik hastalıkların sebep olduğu hareket kısıtlanması, ellerde uyuşma, kondüsyon kaybı, kas kasılması gibi sorunlar için kanserle mücadele ile birlikte çalışarak evde veya klinikte uygulanabilecek programlar geliştirmektedirler (63).

Uğraş terapi hizmetlerinin geniş bir uygulama alanı vardır (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Ortopedi, Onkoloji, Romatoloji, Çocuk ve Adölesan psikiyatrisi, Erişkin psikiyatrisi, Neuropsikiyatri, Pedyatri, Pedagoji, Geriatri, Ergonomi vb.) (54). Bu hizmetler hastalara, ruhsal sağlıklarını yaratıcı ve sanatsal tekniklerle ve yaşam pratiği alıştırmaları ile (örneğin yemek pişirme grupları, ev ziyaretleri) iyileştirme çabalarında yardımcı olur. Bu yöntemle hastanın mevcut güçleri korunmaya veya kişisel insiyatifinin kaybolmamasına çalışılır. Öncelikli amaç sağlıklı boyutların güçlendirilmesidir. Sunulan teknikler, malzemeler ve araçlarla (örneğin kil, ahşap, metal, hintkamışı, sanatsal araçlar, müzik, edebiyat) aktif faaliyet ve uygulama denemeleri kendine güveni artırır ve günlük yaşamın getirdiği zorlukların üstesinden gelmesine yardımcı olur. Hastaya özgü düşünceler geliştirilir ve gerçekleştirilir. Ayrıca; hastaların kendi çalışma ve davranış tarzına eleştirel bir yaklaşım ile kendi olanakları çerçevesinde kendilerini gerçekçi biçimde değerlendirmelerine yardımcı olur. Kendini ifade etme merkezli gruplar (örneğin okuma grubu, resim ve müzik grupları) kendini ifade etme ve başkalarıyla ilişkiye geçme olanağı sunar. Bu yolla meşguliyet terapisi çerçevesinde konsantrasyon, hafıza, dayanıklılık ve ifade yeteneği alıştırmaları da yapılabilir. Uğraş terapisi hastanın kendi yaşamını tekrar kendi ellerine alma motivasyonu sağlar. Hastalığa bağlı olarak bazı temel davranış normları kaybedilmişse, somut görevlendirmeler ve

bazı etkinliklerin birlikte planlanarak uygulanması iç yapının tekrar canlandırılmasına katkıda bulunur (67).

2.4. Uğraş Terapisinin Anksiyete ve Depresyon Açısından Önemi

Kanser hastalığının teşhisinden sonra herhangi bir depresif bozukluğun hasta bireyde görülme olasılığı %40 gibi oldukça kesin rakamlarla ifade edilmektedir. Bu oranın yarısı yani %20'si ağır depresif bozukluklar, diğer yarısı ise hafif depresif bozukluklardır (68).

Jinekolojik kanserli hastalar, anksiyete, korku, depresyon, kişiler arası ilişkilerde bozulma, ümitsizlik, beden imajında değişiklik, sınırsız acı çekme ve hastalığı konuşamama, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu hastalarda depresyon ve depresyona bağlı kilo kaybı ya da kilo alınması, isteksizlik, ilgisizlik, uyku problemleri, motor ve bilişsel aktivitelerde değişiklikler, halsizlik ya da enerji kaybı, kendini değersiz hissetme, suçluluk, çaresizlik, ümitsizlik, sürekli intihar ve ölüm düşüncesi, konsantre olamama ve düşünmede zorluk gibi semptomlar görülmektedir. Hastalığa bağlı bu komplikasyonlar, özbakım gücünde ve performansta azalma, fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar yaşam kalitesini azaltmakta ve fonksiyonel durumu olumsuz etkilemektedir (19,69).

Yapılan çalışmalarda bireylerin ölümcül bir hastalık ile savaşıyor olma düşüncesinin, onkolojik tedavi süreçlerinin uzun, zor, yıpratıcı ve bireyin yaşam şartlarında hastalık öncesi döneme göre farklılıklara neden olmasının bireylerde duygu durumunda olumsuz değişikliklerin gözlenmesine ve bireylerin kendilerini olumsuz / depresif sıfatlar ile tanımlamasına neden olabileceği gösterilmiştir (70).

Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında, psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir. Kanser içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi günlük yaşamından kopartan bir yük taşır. Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında başlangıçta şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık

duyguların hâkim olduğu yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Nadiren de kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya depresyona dönüşür (71).

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler. Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracaktır. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir (71).

Kanser ve/veya kronik durumlar gibi psikolojik stres yaratan hastalıklar ile mücadele eden bireylerde toplumsal katılım seviyesindeki azalma duygu durumunda değişikliklere neden olabilmektedir. Özellikle psikolojik strese bağlı ortaya çıkan depresif semptomlar bireyin kendisini değersiz ve yıpranmış hissetmesine neden olabilir (72).

Kanser hastalarında hem fiziksel hem psikolojik semptomların kontrolü; yaşam kalitesini, bağımsız olarak da kemoterapiye yanıtı etkileyebilir. Bu nedenle kanser hastalarında yaşam kalitesinin düzeltilmesi ile ilgili olarak “tamamlayıcı tedaviler” adı altında uygulanan tedaviler, oldukça güncel bir yaklaşım olarak ortaya çıkmaktadır (73).

Kemoterapi tedavisi gören kanser hastaları boş zamanlarını etkili ve verimli geçirmede fiziksel, bilişsel, duygusal olarak değişiklikler yaşamaktadır. Ayrıca kanser tedavisi, hastaların günlük hayatında günlük yaşam aktivitelerinin aksamasına ve bireyin öz bakımının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bir

tamamlayıcı tedavi yöntemi olan uğraş terapisi ortaya çıkmaktadır. Uğraş terapisi; jinekoloji onkoloji hastalarının kemoterapi sürecinde kanser tedavisini bütünleyen önemli bir faktördür (6,74).

Kanser ve kanser tedavisinde meşguliyet terapisinin fonksiyonel uygulamaları; ağrı, lenfödem, zihinsel ve algısal eksiklik, hareketlerin kısıtlanması, zayıflık, yorgunluk, depresyon ve anksiyetedir (11,13,75).

Uğraş terapisinin genel amacı; hastaların bağımsız, üretici ve tatmin edici bir yaşama sahip olmalarına yardımcı olmaktır. Aynı zamanda hastalık kaynaklı engelleri sınırlandırarak hastaların günlük yaşamında özgürlük sağlamak amacıyla bir takım aktiviteler sunmaktadır. Kanser tedavisi boyunca uğraş terapisi, hastaların hayatta kalma mücadelelerinin daha kaliteli olmasını sağlamaktadır. Ayrıca tedavi boyunca veya hastalığın son evrelerinde hastalarda yaşanan yetenek kayıplarına karşı hastalara uygun aktiviteler seçerek bu sürece daha kolay adapte olmalarına yardımcı olmaktadır (76).

Uğraş terapisi kanser hastalarında eğitim, enerji yönetimi, danışmanlık, benlik saygısı, boş zaman aktiviteleri, kişisel bakım, ev ve toplum yönetimi konularında rol oynayarak, hastaların;

- Yaşam kalitesinin artırılması,
- Özgüvenin artırılması,
- Stresin, anksiyete ve depresyonun azaltılması,
- Normal günlük yaşamlarına devam etmelerine yardımcı olmaktadır.

Kanser hastalarının %15'inde hastalığın bazı aşamalarında depresyon gözlenmektedir. Aynı zamanda kanser, hastalarda benlik saygısının azalmasına ve hastaların kendi inançlarını sorgulamalarına neden olmaktadır. Bu yüzden kanserin yol açtığı anksiyete ve depresyon, hastaların konsantrasyonunu ve motivasyonunu azaltarak, aktivitelerde bulunmalarına engel olmaktadır. Bu aşamada uğraş terapisi, hastaları kanser hastalığı ve tedavi sürecinden uzaklaştırarak, hastanın ilgisine uygun aktivitelerde bulunmasına olanak sağlayarak anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında önemli bir yer tutmaktadır (77).

Hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik mesleğinde uğraş terapisi önemli rol oynamaktadır (75,76). Onkoloji hastalarının tanı ve tedavi sürecinde, bireysel bağımsızlık ve yaşam kalitesine ulaşabilmesi için kendi becerilerini problem çözme yöntemi ile kompanse ederek kuvvet ve mobilitayı arttırmaya yönelik uğraş terapisi programları hazırlayarak, hastaların aktivite eğitimleri, anksiyete-stres kontrolü ve gevşeme eğitimi, yeni yaşam tarzı belirleme çalışmaları dahilinde semptom kontrolü, kansere bağlı yorgunluk ile başa çıkma ve eğitimi, enerji koruma yöntemlerini kullanarak günlük yaşam aktivitelerinin modifiye edilmesi, ev yada yaşam alanı modifikasyonu, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık uğraş terapisinde kullanılan modeller yardımı ile hemşireler tarafından hasta merkezli yaklaşımı ile hasta ve hemşirenin ortak çalışmasına olanak sağlayarak hastanın kendisi için anlamlı hedefler belirlemesine ve kendi rehabilitasyon programını kendisinin şekillendirmesine yardımcı olurken hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımını arttırarak yaşam kalitesinde artış göstermesi hedeflenmektedir (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi ve Tarihi

Araştırma, tanımlayıcı tipte olup, Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Günöbirlik Kemoterapi Ünitesi'ne bir yıl içinde başvuran hastalar oluşturmaktadır. (N=1000). Araştırmanın örneklemini "Evrenin Bilindiği Durumlarda Örneklem Sayısının Hesaplanması" formülüne göre 200 kadın oluşturmuştur.

Çalışmanın örnekleme hacmi Basit Rastgele Örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Çalışmada %95 güvenle ve %5 sapma göz önüne alınarak hesaplamalar yapılmıştır. Olayın görülme sıklığını ise %50 olarak değerlendirilmiştir. Evreni bilinen Örneklem Yöntemi kullanılarak aşağıda belirtilen formül aracılığı ile minimum örnek hacmi 200 olarak hesaplanmıştır.

$$\frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (1000)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (200)

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (0.5)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (0.5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen + sapma (0.05)

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Günübirlik Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi gören jinekoloji onkoloji hastalarına uygulanmıştır. Kemoterapi ünitesinde tedavi hastalara, klinik yatış işlemi yapılmadan belirlenen tedavi tarihinde poliklinik hizmeti olarak uygulanmaktadır. Aynı gün içerisinde kemoterapi almak üzere kliniğe gelen hastaların yatışı yapılmakta ve kemoterapi uygulamasından sonra hastalar taburcu olmaktadır. Üniteye 20 adet kemoterapi koltuğu, 10 adet televizyon, 1 adet lavabo-tuvalet, 1 adet ilaç hazırlama ünitesi, 1 adet tedavi odası bulunmaktadır. Hastanenin Jinekoloji Onkoloji Günübirlik Kemoterapi Ünitesi'nde 1 hekim ve 6 hemşire haftanın beş günü, 08.00–17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir.

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi gören,
- 2) Bilinci açık, en az okur-yazar, iletişim sorunu olmayan,
- 3) Araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Bağımlı-Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, tanı, hastalığın evresi, kemoterapi ilaç protokolü, sistemik rahatsızlıklar, düzenli ilaç kullanımı ve sigara-alkol kullanımı.

Bağımlı değişkenler; hastalık öncesi, sırası ve sonrasındaki uğraşları ve anksiyete-depresyon skorları

3.6. Etik Açıklama

Ölçeğin kullanılması için yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Başkent Üniversitesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve kurumdan izin alınmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yazılı onamları alınıp, katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı hastalara açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır. Hastalara çalışmanın amacı ve kapsamını içeren bilgilendirme yapılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında 1) Anket Formu (Ek-2), 2) Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve 3) Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYAÖ) kullanılmıştır (Ek-3,Ek-4) (79,80). Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

1. Anket Formu:

Bu form 21 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik özellikler (6 soru), ikinci bölüm tedavi ve uğraş terapisi ile ilgili özellikleri kapsamaktadır (15 soru).

2. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği:

1983 yılında Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir (78). Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1987) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Ölçek, dördü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Puanlama; her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1. , 3. , 5. , 6. , 8. , 10. , 11.

ve 13. Maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2. , 4. , 7. , 9. , 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1. , 3. , 5. , 7. , 9. , 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için; 2. , 4. , 6. , 8. , 10. , 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Yorumlama; Türkiye de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir (79).

3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği:

Kronik hastalıklarda ve yaşlılarda tedavi ve prognozun değerlendirilmesinde kullanılan, Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen bir ölçektir. Altı alt başlıkta hastanın banyo yapma, giyinme ve tuvalet gereksinimini karşılama, ulaşım, bağırsak ve mesane kontrolü ve beslenme ile ilgili işlevleri bağımsız olarak yerine getirebilme yeteneğini değerlendirir. Hastanın her bir işlevi bağımsız ya da yardım alarak yerine getirebilme durumu değerlendirilerek GYA'de bağımlılık/bağımsızlık düzeyi belirlenir. Türkçeye uyarlanması Yardımcı tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik katsayısı (cronbach's alpha) 0.84 olarak saptanmıştır. GYA indeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (80).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar

incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri nedeniyle One-Way ANOVA'dan yararlanılmıştır. One-Way ANOVA'da anlamlı farklılıklar görölmesi durumunda grupların varyanslarının homojen olduğu durumlarda Tukey HSD ve varyansların homojen olmadığı durumlarda ise Tamhane's analizlerinden yararlanılmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Kruskal Wallis-H Testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görölmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacime sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simölasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kullanılmıştır.

3.9. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla 15 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra anket formuna son şekli verilmiştir. Açık uçlu sorular, kapalı uçlu sorular haline getirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Kemoterapi Ünitesi'nde ayaktan tedavi gören hastaları ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

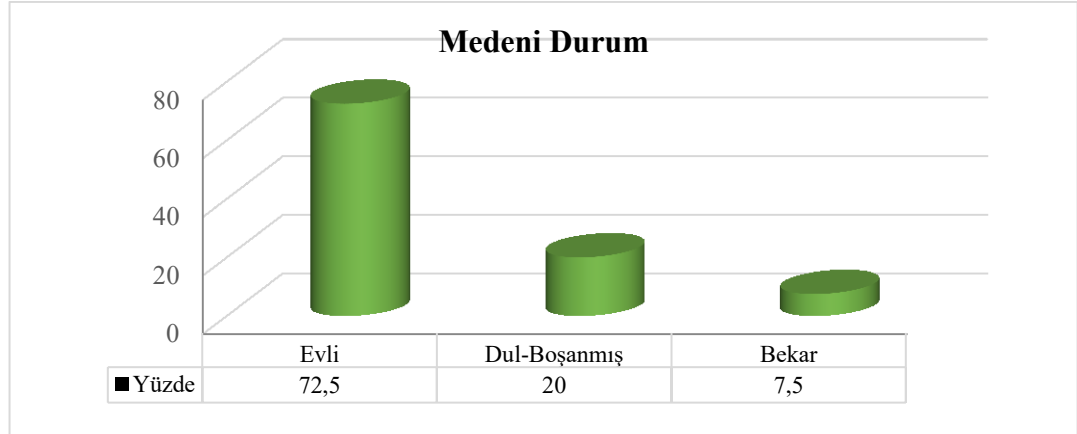
Tablo 4.1. Hastaların yaş durumlarının dağılımı.

Yaş	n	Mean	Min	Max	SS
	200	56.8	25	83	10.5

Tablo 4.1’de, araştırmaya katılan 200 hastanın yaş ortalaması 56.8 (min:25, mak:83) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların medeni durumlarının dağılımı.

		n	%
Medeni Durum	Evli	145	72.5
	Bekâr	15	7.5
	Dul-Boşanmış	40	20.0
	Toplam	200	100.0

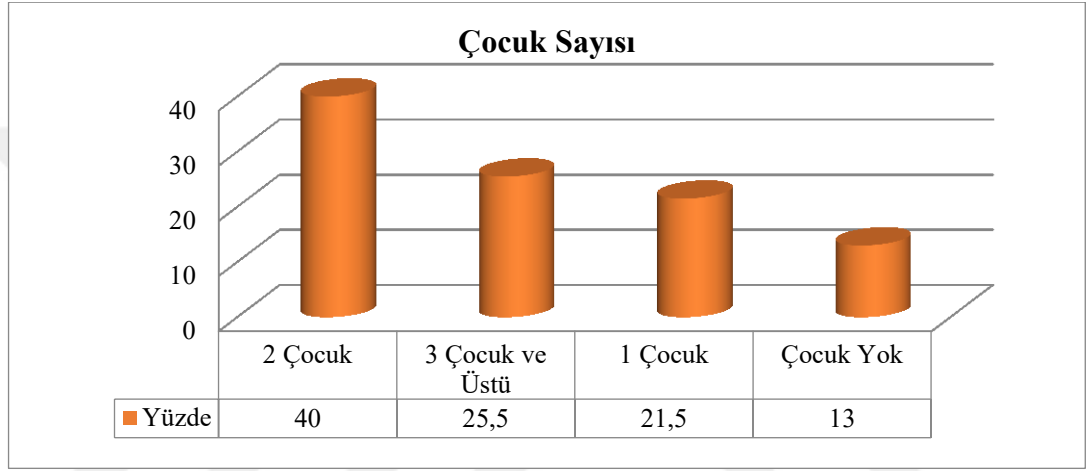


Şekil 4.1. Hastaların medeni durumlarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.2’de hastaların medeni durumuna ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların%72.5’inin evli, %7.5’inin bekar, %20’sinin dul-boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların çocuk sayılarının dağılımı.

		n	%
Çocuk Sayısı	Yok	26	13.0
	1 çocuk	43	21.5
	2 çocuk	80	40.0
	3 çocuk ve üstü	51	25.5
	Toplam	200	100.0

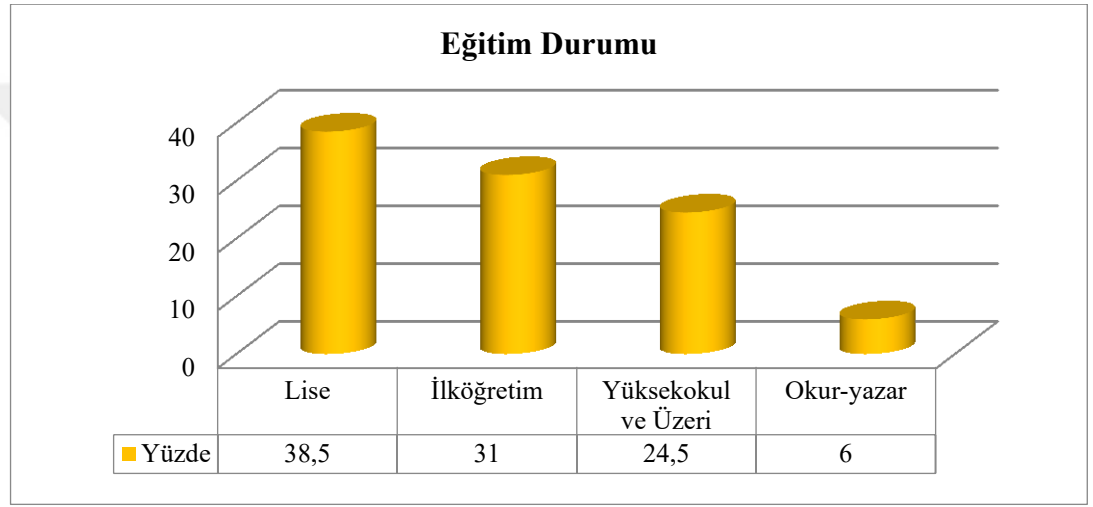


Şekil 4.2. Hastaların çocuk sayılarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.3'te araştırmaya katılan hastaların %40'ının 2 çocuğu olduğu, %25.5'inin 3 ve üzeri çocuğu olduğu, %13'ünün ise çocuğu olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların eğitim durumunun dağılımı.

		n	%
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	12	6
	İlköğretim	66	31.0
	Lise	77	38.5
	Yüksekokul ve üzeri	49	24.5
	Toplam	200	100.0

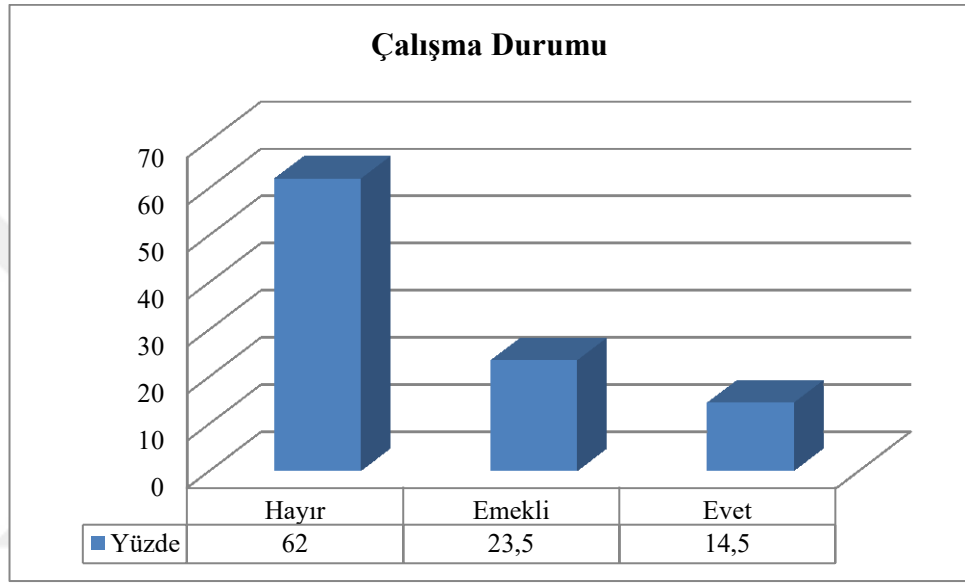


Şekil 4.3. Hastaların eğitim durumunun dağılımı.

Tablo-Şekil 4.4'te araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu incelendiğinde, %38.5'inin lise mezunu, %31'inin ilköğretim mezunu, %24.5'inin yüksek okul ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların çalışma durumunun dağılımı.

		n	%
Çalışma Durumu	Evet	29	14.5
	Hayır	124	62.0
	Emekli	47	23.5
	Toplam	200	100.0

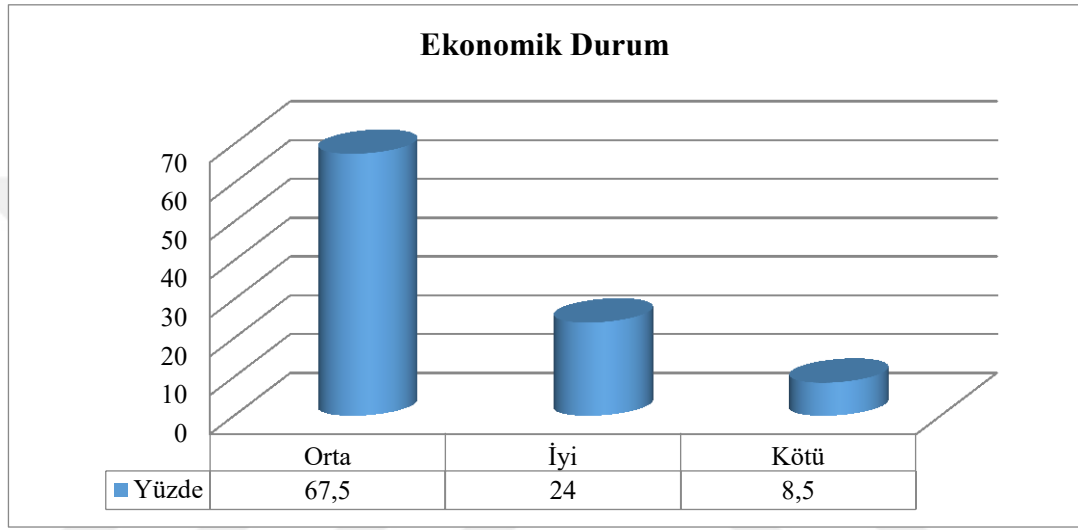


Şekil 4.4. Hastaların çalışma durumunun dağılımı.

Tablo-Şekil 4.5'te araştırmaya katılan hastaların %62'sinin çalışmadığı, %23.5'inin emekli olduğu ve %14.5'inin çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların ekonomik durumunun dağılımı.

		n	%
Ekonomik Durumu Algılama	İyi	48	24.0
	Orta	135	67.5
	Kötü	17	8.5
	Toplam	200	100.0



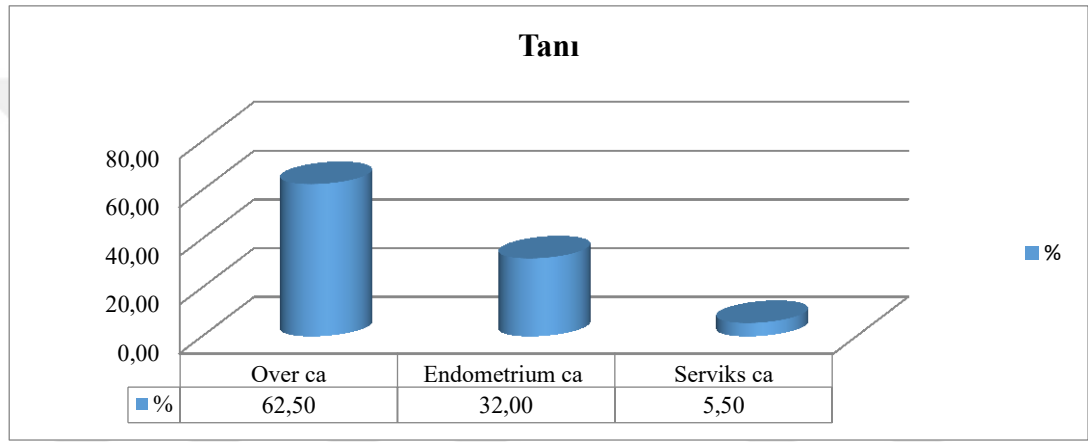
Şekil 4.5. Hastaların ekonomik durumunun dağılımı.

Tablo-Şekil 4.6'da araştırmaya katılan hastaların %67.5'inin ekonomik durumunu orta, %24'ünün iyi olarak tanımladığı belirlenmiştir.

4.2. Tıbbi Özellikler ve Alışkanlıklara İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Hastaların tanıların dağılımı.

Tanı	n	%
Over ca	125	62.5
Endometrium ca	64	32.0
Serviks ca	11	5.5
Toplam	200	100.0

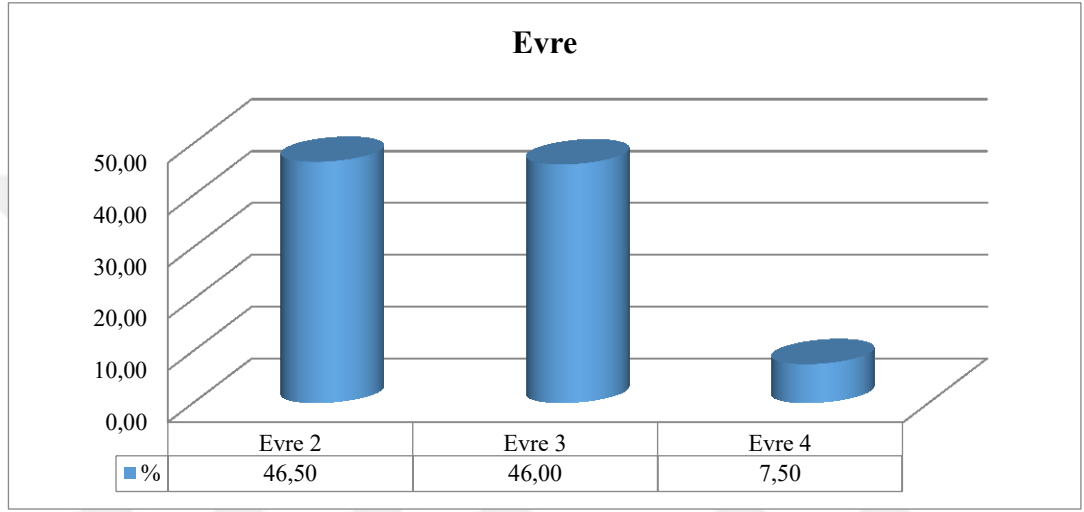


Şekil 4.6. Hastaların tanılarına ilişkin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.7’de hastaların tanıları incelendiğinde, hastaların %62.5’inin over ca, %32’sinin endometrium ca ve %5.5’inin serviks ca olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Hastaların evrelerinin dağılımı.

Hastalık Evresi	n	%
Evre 2	93	46.5
Evre 3	92	46.0
Evre 4	15	7.5
Toplam	200	100.0

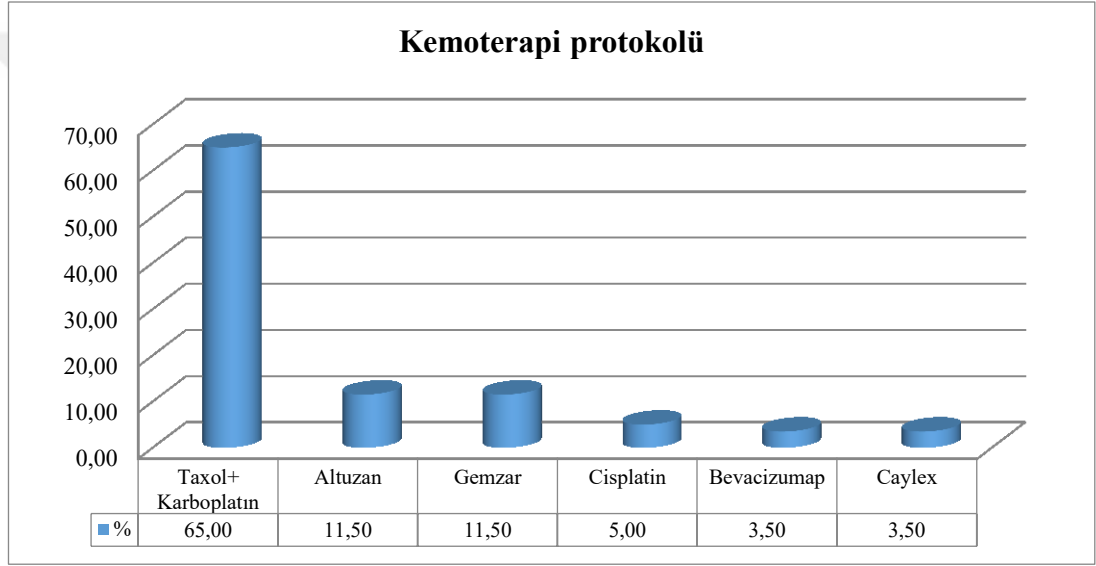


Şekil 4.7. Hastaların evrelerine ilişkin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.8’de hastaların evrelerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların %46.5’inin evre 2, %46’sının evre 3 ve %7.5’inin de evre 4 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların kemoterapi protokollerinin dağılımı

Kemoterapi Protokolü	n	%
Taxol+ Karboplatin	130	65.0
Gemzar	23	11.5
Altuzan	23	11.5
Cisplatin	10	5.0
Bevacizumap	7	3.5
Caylex	7	3.5
Toplam	200	100.0



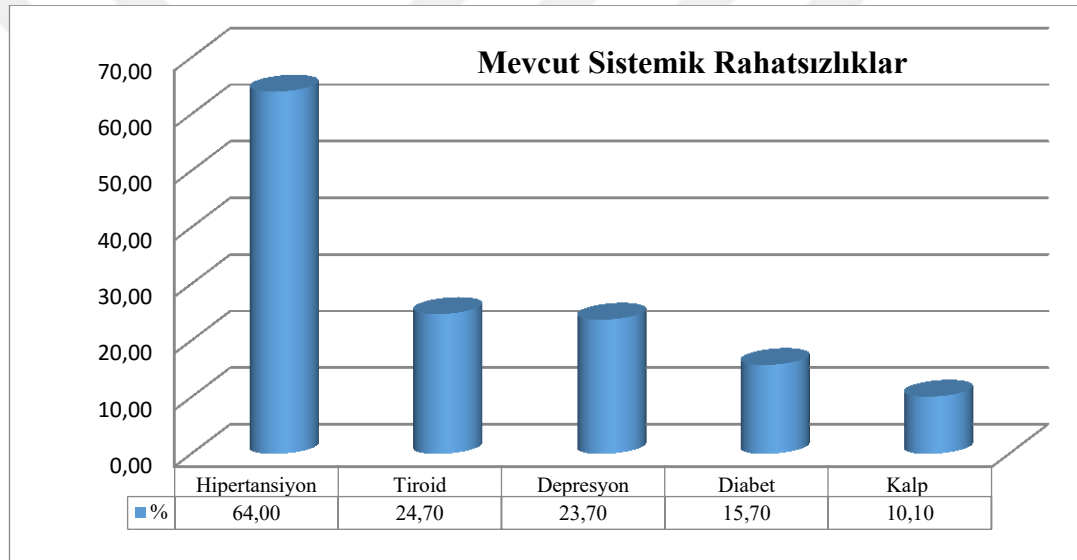
Şekil 4.8. Hastaların kemoterapi protokolüne ilişkin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.9’da hastalarının kemoterapi protokolleri değerlendirildiğinde, %65’i taxol+karboplatin, %11.5’i altuzan, %11.5’i gemzar, %5’i cisplatin, %3.5’i caylex ve bevacizumap protokolü almıştır.

Tablo 4.10. Hastaların sistemik rahatsızlıklarının dağılımı.

Sistemik Rahatsızlıklar	n	%
Var	89	44.5
Yok	111	55.5
Mevcut sistemik rahatsızlıklar*		
Hipertansiyon	57	64.0
Tiroid	22	24.7
Depresyon	21	23.7
Diabet	14	15.7
Kalp	9	10.1

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

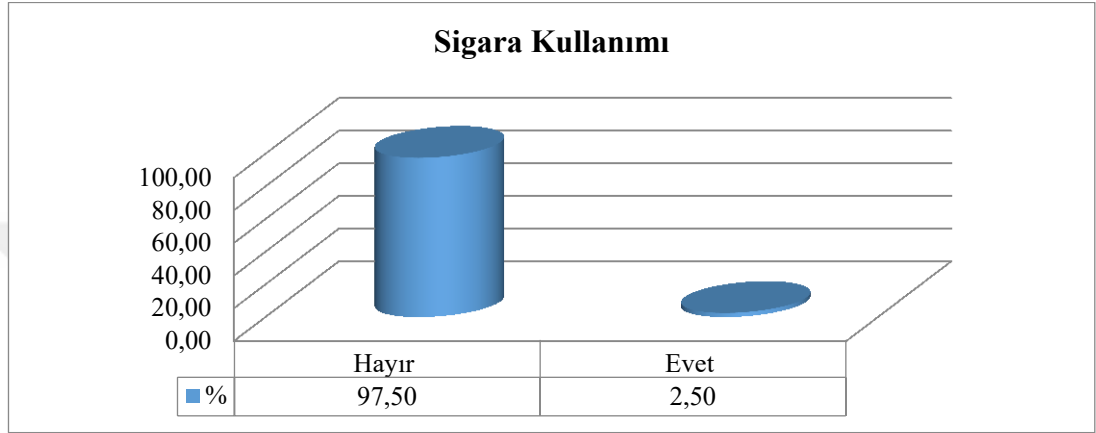


Şekil 4.9. Hastaların mevcut sistemik rahatsızlıklarına ilişkin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.10'da araştırmaya katılan hastaların %44.5'inin sistemik rahatsızlığının olduğu bulunmuştur. Buna göre kronik hastalığı olan hastaların %64'ünün hipertansiyon, %23.7'sinin depresyon, %15.7'sinin diabet ve %24.7'sinin tiroid hastalığı olduğu belirtilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların sigara kullanma durumunun dağılımı.

		n	%
Sigara Kullanımı	Evet	5	2.5
	Hayır	195	97.5
	Toplam	200	100.0



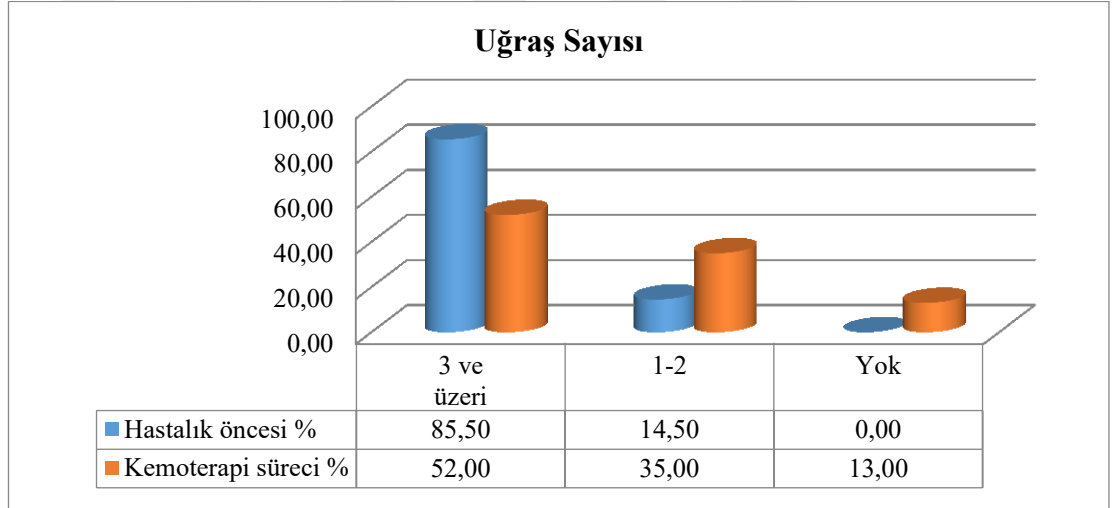
Şekil 4.10. Hastaların sigara kullanım durumuna ilişkin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.11’de araştırmaya katılan hastaların sigara kullanım durumu incelendiğinde, %97.5’inin sigara kullanmadığı, %2.5’inin kullandığı belirlenmiştir.

4.3. Uğraş Terapisi İle İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Hastaların uğraş sayılarının dağılımı.

Uğraş sayısı	Hastalık öncesi		Kemoterapi süreci	
	n	%	n	%
Yok	0	0	26	13.0
1-2	29	14.5	70	35.0
3 ve üzeri	171	85.5	104	52.0
Toplam	200	100.0	200	100.0



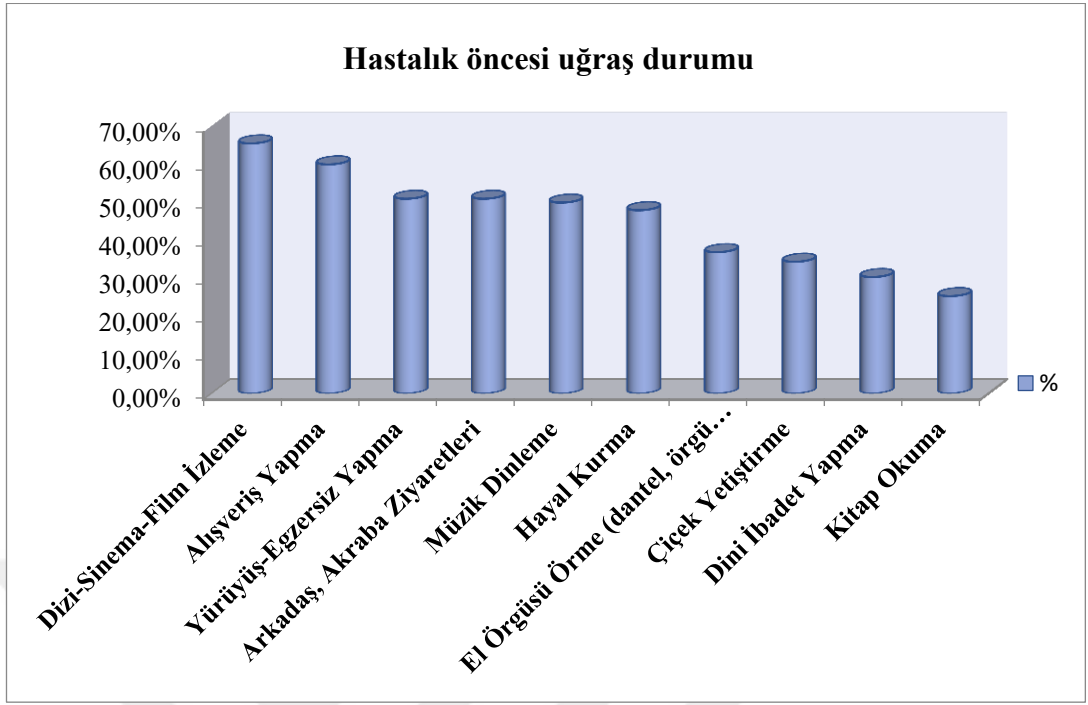
Şekil 4.11. Hastaların uğraş sayılarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.12’de hastalıktan önce uğraşı olmayan hastanın olmadığı, %85.5’nin 3 ve üzeri uğraşı olduğu, kemoterapi sürecinde uğraşı olmayanlar %13, 1-2 uğraşı olanlar %35, 3 ve üzeri uğraşı olanlar %52 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.13. Hastaların hastalık öncesinde yaptıkları uğraşların dağılımları.

Hastalık Öncesi Uğraşlar*	n	%
Dizi-Sinema-Film İzleme	131	65.5
Alışveriş Yapma	120	60.0
Yürüyüş-Egzersiz Yapma	102	51.0
Arkadaş, Akraba Ziyaretleri	102	51.0
Müzik Dinleme	100	50.0
Hayal Kurma	96	48.0
El Örgüsü Örne (dantel, örgü vb)	74	37.0
Çiçek Yetiştirme	69	34.5
Dini İbadet Yapma	61	30.5
Kitap Okuma	51	25.5
Bilmece Bulmaca Çözme	41	20.5
Sosyal Medya İle İlgilenme (facebook, instagram vb.)	29	14.5
Çocuk-eş-torunları ile ilgilenmek	25	12.9
Puzzle Yapma	15	7.5
Resim Yapma	14	7.0
Enstrüman Çalma	9	4.5
Takı Tasarımı	7	3.5
Ahşap Boyama	7	3.5
Seramik Hamur Şekilleri Yapma	5	2.5
Dans Etme	5	2.5
Meditasyon-Yoga Yapma	2	1.0

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.



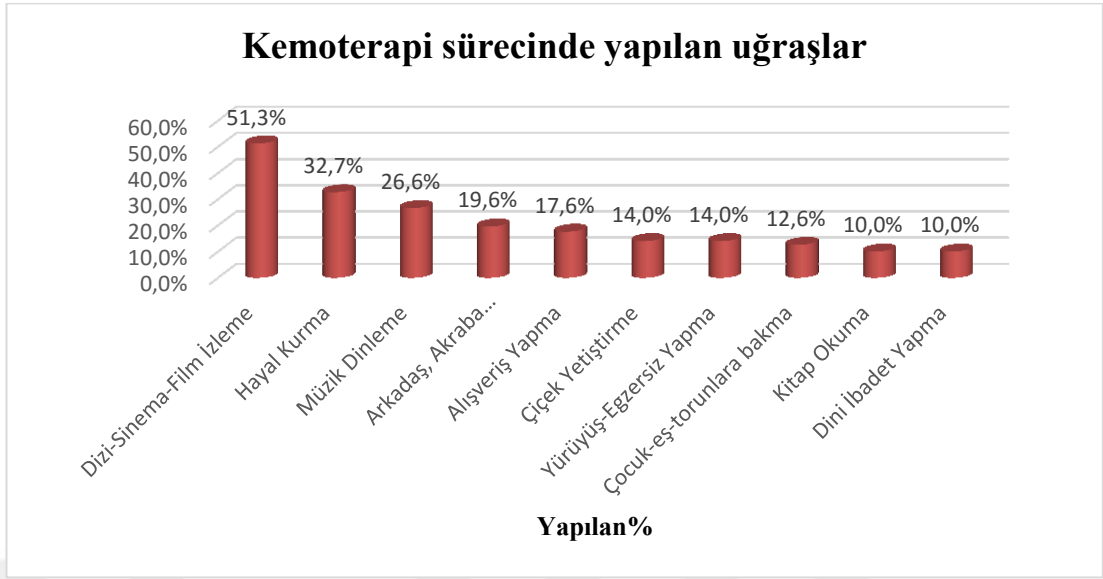
Şekil 4.12. Hastalık öncesinde uğraş dağılımları.

Tablo-Şekil 4.13'te hastaların hastalık öncesi günlük hayatında yaptığı uğraşlar incelendiğinde; hastaların %65.5'i dizi-sinema-film izleme, %60'ı alışveriş yapma, %51'i arkadaş, akraba ziyaretleri, %51'i yürüyüş-egzersiz yapma, %50'si müzik dinleme, %48'i hayal kurma, %37'si el-örgüsü örmeye, %34.5'i çiçek yetiştirme, %30.5'i dini ibadet yapma, %25.5'i kitap okuma, %20.5'i bulmaca çözme, %19'u diğer uğraşlar (ev-bahçe işleri), %14.5'i sosyal medya ile ilgilenme, %13.5'i takvim yaprağı okuma, %13.5'i ev işi-özbakım, %12.9'u çocuk-eş-torunları ile ilgilenme, %7.5'i puzzle yapma, %7'si resim yapma gibi uğraşları olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.14. Hastaların kemoterapi sürecinde yaptıkları ve planladıkları uğraşların dağılımları.

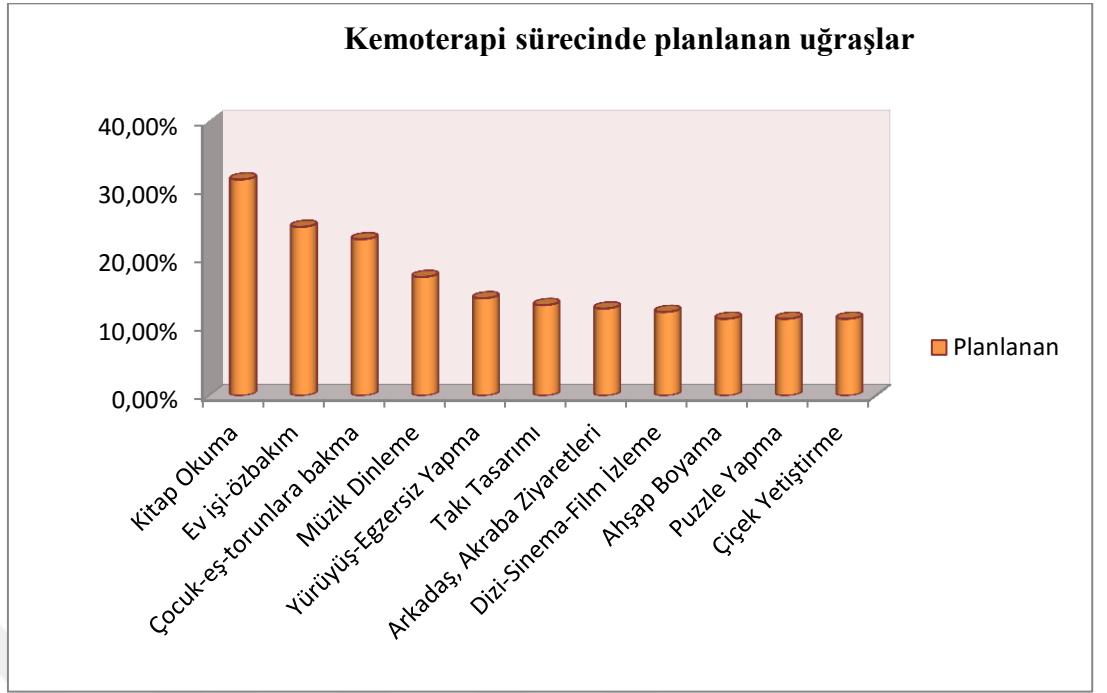
Kemoterapi Sürecinde Uğraşlar*	Yapılan		İstenilen	
	n	%	n	%
Dizi-Sinema-Film İzleme	102	51.3	24	12.2
Hayal Kurma	65	32.7	13	6.6
Müzik Dinleme	53	26.6	34	17.3
Arkadaş, Akraba Ziyaretleri	39	19.6	25	12.7
Ev işi-özbakım	38	19.0	52	24.6
Alışveriş Yapma	35	17.6	16	8.1
Çiçek Yetiştirme	28	14.0	22	11.2
Yürüyüş-Egzersiz Yapma	28	14.0	28	14.2
Çocuk-eş-torunlara bakmak	25	12.6	45	22.8
Kitap Okuma	20	10.0	12	6.1
Dini İbadet Yapma	20	10.0	16	8.1
Bilmece Bulmaca Çözme	19	9.5	16	8.1
Sosyal Medya İle İlgilenme (facebook, instagram vb.)	15	7.5	6	3.0
El örgüsü örme (dantel, örgü vb.)	14	7.0	20	10.1
Puzzle Yapma	13	6.5	22	11.2
Takvim Yaprağı Okuma	12	6.0	4	2.0
Resim Yapma	12	6.0	12	6.1
Ahşap Boyama	7	3.5	22	11.2
Enstrüman Çalma	6	3.0	18	9.6
Seramik Hamur Şekilleri Yapma	6	3.0	19	9.6
Meditasyon-Yoga Yapma	4	2.0	9	4.6
Dans Etme	4	2.0	4	2.0
Takı Tasarımı	2	1.0	26	13.2

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.



Şekil 4.13. Kemoterapi sürecinde uğraş dağılımları.

Tablo-Şekil 4.14'te kemoterapi sürecinde yapılan uğraşlara bakıldığında, uğraşı olan hastaların %51.3'ünün dizi-sinema-film izleme, %32.7'si hayal kurma, %26.6'sı müzik dinleme, %19.6'sı arkadaş-akraba ziyaretleri, %17.6'sı alışveriş yapma, %14'ü çiçek yetiştirme, %14'ü yürüyüş-egzersiz yapma, %12.6'sı çocuk-eş-torunlara bakma ve %10'u kitap okuma şeklinde belirtildiği görülmektedir.



Şekil 4.14. Kemoterapi sürecinde ilgilenilmek istenilen uğraşların dağılımları.

Tablo 4.14-Şekil 4.15’de hastaların kemoterapi sürecinde ilgilenmek istedikleri uğraşların dağılımlarına bakıldığında, uğraşı olan hastaların %22.8’i çocuk-eş-torunlara bakmak, %24.6’sı ev işi-özbakım, %17.3’ü müzik dinleme, %13.2’si takı tasarımı, %12.7’si arkadaş, akraba ziyaretleri %12.2’si dizi-sinema-film izleme, %11.2’si ahşap boyama, puzzle yapma, çiçek yetiştirme, %14.2’si yürüyüş-egzersiz yapma ve %10.1’i el örgüsü örmeyi planladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.15. Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş yapma nedenlerinin dağılımı.

Uğraş Yapma Nedenleri	n*	%
Huzurlu olma-rahatlama	101	67.3
Olumsuz düşüncelerden uzaklaşma	99	66.0
Mutlu hissetme	95	63.3
Yaşama daha sıkı bağlanma	81	54.0
Sıkılmadan vakit geçirme	81	54.0
Daha dinç olma	75	50.0
Yalnızlığını unutma	52	34.7
İşe yarar olduğunu hissetme	37	24.7

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4.15'te kemoterapi sürecinde uğraş yapma nedenleri incelendiğinde, uğraşı olan hastaların %67.3'ü huzurlu olduğunu-rahatladığını, %66'sı olumsuz düşüncelerden uzaklaştığını, %63.3'ü mutlu hissettiğini, %54'ü sıkılmadan vakit geçirdiğini ve yaşama daha sıkı bağlandığını, %50'si daha dinç olduğunu, %34.7'si yalnızlığını unuttuğunu ve %24.7'si kendisini hala işe yarar biri olarak hissettiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.16. Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş yapmama nedenlerinin dağılımları.

Uğraş Yapmama Nedenleri	n*	%
Hastalığa ilişkin ağrı/yan etkiler	46	88.5
Bedensel engeller	26	50.0
Kabuğuna çekilme/yalnızlık	21	40.4
Yorgunluk	20	38.5
İhtiyaç hissetmeme/ilgisini çekmeme	19	36.5
Yan etkisi olacağından endişelenme	11	21.1
Bilgi ve yeteneğin olmaması	11	21.1
Mali yük	4	7.7
Hastanede uygun ortamın olmaması	3	5.8
Evde uygun ortamın olmaması	2	3.8

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4.16'da hastaların kemoterapi sürecinde uğraş içinde bulunmama nedenlerine bakıldığında, uğraşı olmayan hastaların %88.5'i ağrıların ve yan etkilerin gücünü azalttığını, %50'si bedensel engelleri olduğunu, %40.4'ü kabuğuna

çekildiğini, %38.5'i yorulmak istemediğini, %36.5'i ihtiyaç hissetmediğini ve ilgisini çekmediğini, %21.1'i yan etkisi olacağından endişelendiğini, %21.1'i bilgi ve yeteneğinin olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.17. Hastaların tercih ettikleri uğraş zamanlarının dağılımı.

Tercih Ettikleri Uğraş zamanı	n*	%
Tedavi sonrası	79	52.3
Tedavi öncesi	55	36.4
Tedavi sırası	44	29.1
Sürekli	22	14.6

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4.17'de araştırmaya katılan hastaların %52.2'si tedavi sonrası, %36.4'ü tedavi öncesi, %29.1'i tedavi sırasında ve %14.6'sı sürekli uğraş yapmak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.18. Hastaların uğraş konusunda destek alma durumlarının dağılımı.

		n	%
Uğraş konusunda destek alma durumları	Evvet	56	32.2
	Hayır	118	67.8
	Toplam	174	100.0

Tablo 4.18'de uğraş ile ilgili destek alan 174 hastanın %67.8'i bu konuda kendilerini yönlendiren kimsenin olmadığını, %32.2'si birilerinin yönlendirmesi sonucu ilgilendiklerini ifade etmiştir.

Tablo 4.19. Hastaları uğraş destek kaynakların dağılımı.

Uğraş Destek Kaynakları	n*	%
Çocuklar	26	39.4
Eş	22	33.3
Anne-Baba	15	22.7
Arkadaşlar	9	13.6
Sağlık personeli	9	13.6
Akrabalar	6	9.1

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4.19’da araştırmada hastaları uğraş destek kaynaklarının dağılımları incelendiğinde, %39.4’ü çocukları, %33.3’ü eşi, %22.7’si anne ve babası, %13.6’sı arkadaşları, %9.1’i akrabaları ve %13.6’sı sağlık personeli tarafından desteklendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.20. Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş terapi merkezlerini isteme durumlarının dağılımı.

		n	%
Uğraş Terapi Merkezi İsteme Durumu	Evet	134	77.0
	Hayır	6	3.5
	Fikrim Yok	34	19.5
	Toplam	174	100.0

Tablo 4.20’de hastaların uğraş terapi merkezi isteme durumu incelendiğinde, hastaların %77.0’sinin uğraş terapi merkezini istediği, %3.5’inin istemediği, %19.5’inin herhangi bir fikri olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.21. Hastaların uğraş terapi merkezi ile ilgili önerilerin dağılımı.

Terapi Merkezi İle İlgili Öneriler	n*	%
Uğraş malzemelerin olması (ekipman, TV, radyo, kulaklık vb)	111	74.0
Uğraş uzmanlarının olması	109	72.7
Personelin iyi iletişim içerisinde olması	102	68.0
Fiziki ortamın iyi olması (dekorasyon, aydınlanma, vb)	92	61.3
Refakatçi imkanın olması	88	58.7
Yiyecek, içecek servisinin olması	82	54.7
Tedavi ortamına yakın olması	62	41.3
Fikrim yok	32	17.4

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4.21’de hastaların uğraş terapi merkezi ile ilgili önerileri incelendiğinde, uğraşı olan hastaların %74’ü uğraş için gerekli malzemelerin olması, %72.7’si uğraşa yönlendirecek uzman personelin olması, %68’i personelin iyi iletişim içerisinde olması gerektiğini ifade etmiştir. Hastaların %61.3’ü uğraş terapi merkezlerinin fiziki ortamlarının iyi olması gerektiğini, %58.7’si refakatçi için imkan oluşturulması gerektiğini, %54.7’ sinin yiyecek, içecek servisinin olmasını, %41.3’ü

tedavi yerine yakın olması gerektiğini belirtirken, %17.4'ü ise herhangi bir fikrinin olmadığını ifade etmiştir.

4.4.Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Kemoterapi Sürecindeki Uğraş Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.22. Yaş grubuna göre uğraş durumlarının dağılımları.

		Yaş Grubu										Ki Kare Testi	
		25-35 y		36-45 y		46-55 y		≥ 56 y		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uğraş durumu	Yok	0	0	0	0	7	9.9	19	17.6	26	13	*	0.029
	1-2	1	12.5	2	15.4	30	42.2	37	34.3	70	35		
	≥3	7	87.5	11	84.6	34	47.9	52	48.1	104	52		
	Toplam	8	100.0	13	100.0	71	100.0	108	100.0	200	100.0		

Tablo 4.22 incelendiğinde, yaş grupları ile uğraş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, 25-35 yaş arasında olan hastaların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.23. Çocuk sayısına göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Çocuk Sayısı	Yok	1	3.9	7	10.0	18	17.3	26	13.0	13.37	0.03
	1 çocuk	3	11.5	12	17.2	28	26.9	43	21.5		
	2 çocuk	11	42.3	35	50.0	34	32.7	80	40.0		
	≥ 3 çocuk	11	42.3	16	22.8	24	23.1	51	25.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.23 incelendiğinde, uğraş durumu ile çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre, iki çocuğu olanların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.24. Medeni duruma göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Medeni Durum	Evli	17	65.4	58	82.9	70	67.3	145	72.5	9.06	0.06
	Bekar	9	34.6	12	27.1	32	32.7	55	27.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.24 incelendiğinde, uğraş durumu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evlilerin daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.25. Eğitim durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Eğitim Durumu	İlköğretim	16	61.6	25	35.7	33	30.7	74	37.0	12.55	0.051
	Lise	7	26.9	32	45.7	38	36.6	77	38.5		
	≥ Yüksekokul	3	11.5	13	18.6	33	31.7	49	24.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.25 incelendiğinde; uğraş durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilköğretim mezunlarına göre lise düzeyinde eğitimi olanların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.26. Çalışma durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Çalışma Durumu	Evet	0	0	9	12.8	20	19.3	29	14.5	8.42	0.077
	Hayır	18	69.2	41	58.6	65	62.5	124	62.0		
	Emekli	8	30.8	20	28.6	19	18.2	47	23.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.26 incelendiğinde, kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraş durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışmayanların daha fazla uğraş içinde oldukları bulunmuştur.

Tablo 4.27. Ekonomik duruma göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Ekonomik Durum	İyi	8	30.8	12	17.1	28	26.9	48	24.0	3.79	0.434
	Orta	17	65.4	52	74.3	66	63.5	135	67.5		
	Kötü	1	3.8	6	8.6	10	9.6	17	8.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.27 incelendiğinde, kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraş durumu ile ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ekonomik durumu orta olanların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.

Tablo 4.28. Hastalığın tanısına göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu							
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tanı	Endometrium ca	6	23.1	28	40.0	30	28.8	64	32.0
	Over ca	20	76.9	38	54.3	67	64.5	125	62.5
	Serviks ca	0	0	4	5.7	7	6.7	11	5.5
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0

Tablo 4.28'de kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraşların durumunun tanılara göre dağılımı incelendiğinde, en fazla over kanseri tanısı alanların herhangi bir uğraş ile ilgilenmedikleri bulunmuştur (%76.9).

Tablo 4.29. Hastalığın evresine göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Hastalık Evresi	Evre 2	10	38.5	29	41.4	54	51.9	93	46.5	3.92	0.417
	Evre 3	13	50.0	34	48.6	45	43.3	92	46.0		
	Evre 4	3	11.5	7	10.0	5	4.8	15	7.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.29’da kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraşların durumu ile hastalık evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalığı evre 3 olan hastaların daha az uğraş yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.30. Kemoterapi protokolüne göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu							
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kemoterapi protokolü	Altuzan	2	7.7	6	8.6	15	14.4	23	11.5
	Bevacizumap	1	3.8	6	8.6	0	0	7	3.5
	Caylex	0	0	2	2.8	5	4.8	7	3.5
	Cisplatin	0	0	3	4.4	7	6.7	10	5.0
	Gemzar	4	15.4	9	12.8	10	9.6	23	11.5
	Taxol+ karboplatin	19	73.1	44	62.8	67	64.5	130	65.0
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0

Tablo 4.30’da kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraşların durumunun kemoterapi ilaç protokolüne göre dağılımı incelendiğinde; en fazla taxol+karboplatin tedavisi alanların herhangi bir uğraş ile ilgilenmedikleri belirtilmiştir (%73.1).

Tablo 4.31. Sistemik hastalıklara göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sistemik Hastalıklar	Var	17	65.4	26	37.1	46	44.2	89	44.5	6.129	0.047
	Yok	9	34.6	44	62.9	58	55.8	111	55.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.31’de kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraşların durumu ile sistemik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.05$). Buna göre sistemik rahatsızlığı olanların daha az uğraş yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.32. Sigara kullanma durumuna göre uğraş durumlarının dağılımı.

		Uğraş durumu								Ki Kare Testi	
		Yok		1-2		≥ 3		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sigara Kullanımı	Evet	0	0	3	4.3	2	1.9	5	2.5	*	0.564
	Hayır	26	100.0	67	95.7	102	98.1	195	97.5		
	Toplam	26	100.0	70	100.0	104	100.0	200	100.0		

Tablo 4.32’de kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraşların durumu ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sigara kullanmayanların daha fazla uğraş yaptıkları belirlenmiştir.

4.5. HADÖ'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.33. Anksiyete ve depresyon ölçeğinin tanımlayıcı bulgularının dağılımı.

	n	Mean	Median	Min	Max	SS
Anksiyete	200	10.27	11	1	18	3.55
Depresyon	200	8.98	9	1	17	3.50
					n	%
Anksiyete	Risk Grubu Değil				94	47.0
	Risk Grubu				106	53.0
Depresyon	Risk Grubu Değil				65	32.5
	Risk Grubu				135	67.5

Tablo 4.33'te araştırmaya katılan hastaların HAD ölçeğine göre ortalama anksiyete puanı 10.27 ± 3.55 (min: 1-max: 18), ortalama depresyon puanı 8.98 ± 3.5 (min: 1-max: 17) olarak bulunmuştur. Hastaların %53'ü anksiyete risk grubunda iken %67.5'i depresyon risk grubunda bulunmaktadır.

Tablo 4.34. Medeni duruma göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.

		Anksiyete puan ort					Kruskal Wallis H Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p
Medeni Durum	Evli	145	9.9	1	16	3.5	15.421	0.001
	Bekar	15	8.6	4	13	2.5		
	Dul-Boşanmış	40	12.1	4	18	3.4		
		Depresyon puan ort.					6,822	0.033
		n	Mean	Min	Max	SS		
Medeni Durum	Evli	145	8.9	1	17	3.5		
	Bekar	15	7.3	2	16	4.3		
	Dul-Boşanmış	40	9.9	5	17	2.9		

Tablo 4.34'te anksiyete-depresyon puan ortalaması ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.05$). Buna göre, boşanmış-dul olanların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.35. Çocuk sayısına göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.

		Anksiyete puan ort					Kruskal Wallis H Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p
Çocuk Sayısı	Yok	26	9.3	4	15	2.8	5.227	0.156
	1	43	9.7	1	18	4.1		
	2	80	10.7	1	18	3.7		
	≥3	51	10.6	2	16	3.2		
		Depresyon Puan ort						
		n	Mean	Min	Max	SS	6.386	0.094
Çocuk Sayısı	Yok	26	7.5	2	17	4.3		
	1	43	8.6	2	15	3.1		
	2	80	9.3	1	17	3.5		
	≥3	51	9.4	1	17	3.1		

Tablo 4.35'te anksiyete alt boyut puanı bakımından çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması 2 çocuğa sahip hastalarda daha yüksektir. Depresyon alt boyut puanı bakımından çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte depresyon puan ortalaması 3 ve üstü çocuk sayısına sahip hastalarda daha yüksektir.

Tablo 4.36. Eğitim durumuna göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.

		Anksiyete puan ort					Kruskal Wallis H Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p
Eğitim Durumu	İlköğretim	74	12.2	5	18	3.4	5.585	0.134
	Lise	77	11.3	2	17	3.5		
	≥ Üniversite	49	10.3	1	18	3.7		
		Depresyon puan ort						
		n	Mean	Min	Max	SS	1.857	0.603
Eğitim Durumu	İlköğretim	62	8.8	1	16	3.4		
	Lise	77	8.9	1	17	3.4		
	≥ Üniversite	49	8.9	2	17	3.9		

Tablo 4.36'da eğitim düzeyi ile anksiyete-depresyon puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon puan ortalaması artmaktadır.

Tablo 4.37. Çalışma durumuna göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.

		Anksiyete puan ort					Kruskal Wallis H Testi			
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p		
Çalışma Durumu	Evet	29	10.8	4	17	3.1	0.778	0.678		
	Hayır	124	10.1	1	18	3.5				
	Emekli	47	10.4	2	18	3.8				
		Depresyon puan ort					7.647		0.022	
		n	Mean	Min	Max	SS				
Çalışma Durumu	Evet	29	7.9	2	14	3.4	7.647	0.022		
	Hayır	124	8.7	1	17	3.4				
	Emekli	47	10.2	2	17	3.6				

Tablo 4.37’de çalışma durumu ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışan hastalarda anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir. Depresyon alt boyut puanı bakımından çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Buna göre emekli olanların depresyon puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.38. Ekonomik duruma göre anksiyete-depresyon puan ortalamasının dağılımı.

		Anksiyete puan ort					Kruskal Wallis H Testi			
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p		
Ekonomik Durum	İyi	48	9.1	1	17	4.2	7.243	0.027		
	Orta	135	10.5	1	18	3.3				
	Kötü	17	11.7	4	15	2.7				
		Depresyon puan ort					11.177		0.004	
		n	Mean	Min	Max	SS				
Ekonomik Durum	İyi	48	7.5	1	17	3.9	11.177	0.004		
	Orta	135	9.4	1	17	3.3				
	Kötü	17	9.2	5	14	2.2				

Tablo 4.38’de ekonomik durum ile anksiyete-depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Buna göre, ekonomik durumu iyi olanların anksiyete ve depresyon puan ortalaması daha düşüktür.

Tablo 4.39. Kemoterapi sürecinde uğraş durumu ile anksiyete-depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı.

		Uğraş durumu					Mann Whitney U Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	z	p
Anksiyete Puanı	Evet	171	9.9	1	18	3.6	-2.967	0.003
	Hayır	29	12.1	6	18	2.9		
Depresyon Puanı	Hayır	29	10.8	3	17	2.9	-2.98	0.003
	Evet	171	8.7	1	17	3.5		

Tablo 4.39’da anksiyete-depresyon puan ortalaması ile uğraş yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Uğraş yapanlarda anksiyete ve depresyon daha az oranda görülmektedir.

4.6. GYA’sine İlişkin Bulgular

Tablo 4.40. GYA puan ortalamalarına ilişkin tanımlayıcı bulguların dağılımı.

GYA	n	Mean	Min	Max	SS
Banyo	200	2.9	1	3	0.3
Giyinme	200	2.9	1	3	0.3
Tuvalet yapma	200	2.9	1	3	0.3
Bir yerden bir yere gitme	200	2.9	1	3	0.3
Kontinans	200	2.9	0	3	0.4
Beslenme	200	2.9	1	3	0.3
GYA Genel Puan Ortalaması	200	17.5	5	18	1.7

Tablo 4.40’ta araştırmaya katılan hastaların GYA puan ortalaması 17.5 ± 1.7 (min:5 -max: 18) olarak bulunmuştur (hastaların %98’si bağımsız, %2’si bağımlıdır).

Tablo 4.41. Sosyo-demografik değişkenler ile GYA puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı.

		GYA puan ort					Kruskal Wallis H Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	H	p
Medeni Durum	Evli	145	17.5	12	18	1.5	3.162	0.206
	Bekar	15	18.0	18	18	0.0		
	Dul-Boşanmış	40	17.0	5	18	2.6		
Çocuk Sayısı	Yok	26	17.9	17	18	0.2	2.605	0.457
	1	43	17.5	5	18	1.9		
	2	80	17.2	12	18	1.9		
	≥ 3	51	17.5	12	18	1.5		
Eğitim Durumu	İlköğretim	74	16.8	12	18	2.3	2.28	0.516
	Lise	77	17.5	12	18	1.4		
	≥ Üniversite	49	17.3	5	18	2.3		
Çalışma Durumu	Evet	29	18.0	18	18	0	4.846	0.089
	Hayır	124	17.5	12	18	1.5		
	Emekli	47	17.0	5	18	2.6		
Ekonomik Durum	İyi	48	17.6	12	18	1.4	1.984	0.371
	Orta	135	17.4	5	18	1.9		
	Kötü	17	17.6	12	18	1.5		

Tablo 4.41’de sosyodemografik değişkenler ile GYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tabloda olmamakla birlikte yaş ortalaması ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte pozitif yönlüdür ($r=0.254$). Yaş arttıkça depresyon puanı da artmaktadır.

Tablo 4.42. GYA puanı ortalaması ile kemoterapi sürecinde uğraş durumları arasındaki ilişkinin dağılımı.

		Uğraş durumu					Mann Whitney U Testi	
		n	Mean	Min	Max	SS	z	p
GYA Puanı	Hayır	70	17.4	12	18	1.7	8.658	0.013
	Evet	104	17.6	5	18	1.6		
	Toplam	200	17.5	5	18	1.7		

Tablo 4.42’de GYA puan ortalaması ile kemoterapi sürecinde yapılan uğraş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Kemoterapi sürecinde uğraşı olmayanların GYA puanı düşüktür.

4.7. Ölçekler arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 4.43. Hastalık öncesi- kemoterapi süreci uğraş durumu ile HADÖ ve GYAÖ’ne ilişkin korelasyon analizinin dağılımı.

		Hastalık Öncesinde Uğraş	Kemoterapi Sürecinde Uğraş	Anksiyete Puanı	Depresyon Puanı
Kemoterapi Sürecinde Uğraş	r	.346**			
	p	0			
	n	200			
Anksiyete Puanı	r	-.388**	-0.077		
	p	0	0.28		
	n	200	200		
Depresyon Puanı	r	-.302**	-.169*	.415**	
	p	0	0.017	0	
	n	200	200	200	
GYA Puanı	r	-0.019	.190**	-0.058	-.165*
	p	0.79	0.007	0.413	0.02
	n	200	200	200	200

Tablo 4.43’te hastalık öncesi uğraş durumu ile kemoterapi sürecinde günlük hayatta yapılan uğraş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte pozitif yönlüdür ($r=0.346$). Hastalık öncesinde uğraş yapanlar kemoterapi sürecinde de uğraş yapmaya devam etmektedir.

Hastalıktan önce günlük hayatta yapılan uğraş durumu ile anksiyete-depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte negatif yönlüdür ($r=-0.388$, $r=-0.302$). Buna göre, hastalıktan önce yapılan uğraş sayısı arttıkça anksiyete-depresyon puanı azalmaktadır.

Hastalıktan önce yapılan uğraş durumu ile GYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu ilişki güçlü olmamakla birlikte negatif yönlüdür ($r=-0.019$). Hastalıktan önce yapılan uğraş sayısı arttıkça GYA ölçeğine göre bağımlılık oranı düşmektedir.

Kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı ile anksiyete-depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($r=-0.169$, $r=-0.190$). Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte negatif yönlüdür. Kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanı azalmaktadır.

Kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı ile GYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($r=0.190$). Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte negatif yönlüdür. Buna göre, kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı arttıkça bağımsızlık düzeyi artmaktadır.

Anksiyete puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte pozitif yönlüdür ($r=0.415$). Anksiyete puanı arttıkça depresyon puanı da artmaktadır.

Depresyon puanı ile GYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılık güçlü olmamakla birlikte negatif yönlüdür ($r=-0.165$). Depresyon puanı arttıkça GYA puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserli hastalarda kanser tanısını almış olmanın verdiği ruhsal çöküntü, kullanılan kemoterapi ilaçlarının yan etkileri, hastaların günlük yaşam aktivitelerini, iş ve aile hayatlarını olumsuz etkilemektedir (60,81). Hastaların kanser ve tedavilerine bağlı gelişen bu karmaşık sorunlarından günlük yaşama geri dönüş sürecini kolaylaştıran, mevcut fonksiyonlarını korumayı kapsayan multidisipliner bir rehabilitasyon modeli olan uğraş terapisine ihtiyaç duyulmaktadır (77,82).

Lattanzi ve ark. göre uğraş terapisi; holistik, hasta merkezli ve hayatı anlamlı kılma felsefesi ile kanser hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir (83). Literatürde Kanada Rol Performans Modeli kanser rehabilitasyonunda bireyi genelden özele doğru inceleyen en iyi uğraş terapi modellerinden biridir. Bu modele göre aktiviteler kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri olarak değerlendirilmekte ve bağımsızlığın en önemli sağlık belirleyicilerinden biri olduğu bildirilmektedir (84). Bir çalışmada kanserli hastaların çeşitli alanlarda aktivite performanslarının azaldığı ve bu durumun toplumsal katılıma da olumsuz yansıdığı gösterilmiştir (85). Bu açıdan bakıldığında kanser hastanın içinde bulunduğu durumu tolere edilebilmesi için; hastalık ve tedavilere bağlı zorluklar ile başa çıkabilmesi, çevresindekilere muhtaç olmaması, kendisine ait zamanı kaliteli geçirebilme iç motivasyonuna sahip olması ve yeni çalışmalar (fikirler, eserler, objeler gibi) üretebilmesi için uğraş terapisine ihtiyaç duymaktadır (82). Bununla birlikte uğraş terapisinin kanser hastaları üzerindeki etkileri yeteri kadar bilinmemekte ve kısıtlı literatür bilgileri alan ile ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle uğraş terapisinin bu hasta grubu üzerindeki etkilerinin araştırılması önem taşımaktadır. Bu çalışma ile jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri, kemoterapi tedavi süresindeki uğraş durumları ve anksiyete-depresyon düzeyleri ile ilişkisi literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastalık öncesi günlük hayatta yapılan uğraş durumu ile kemoterapi sürecinde yapılan uğraş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($r=0.346$). Hastalık öncesinde uğraş yapanlar kemoterapi sürecinde de uğraş yapmaya devam etmektedir. Kemoterapi sürecinde sıklıkla tercih

edilen uğraşlar; dizi-sinema-film izleme (%51.3), hayal kurma (%32.7), müzik dinleme (%26.6), arkadaş-akraba ziyaretleri (%19.6), alışveriş (%17.6), çiçek yetiştirme (%14), yürüyüş-egzersiz (%14), çocuk-eş-torunlara bakma (%12.6), kitap okuma (%10), dini ritüeller (%10), bilmece-bulmaca çözme (%9.5) ve el işi (%7), resim yapma(%6) dır (Tablo14). Çokmert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ayaktan kemoterapi uygulanan hastaların %56'sı tedavi sırasında uğraşı seçimlerini ‘‘müzik dinlemek’’, %14’ü ‘‘sinema izlemek’’, %10’u ‘‘kitap okumak’’, %11’i ‘‘uyumak’’, %5’i ‘‘sohbet etmek’’ şeklinde kullanmışlardır (73). Literatürde resim yapma ve fotoğraf çekmenin duygusal stresin kontrolünde, yaratıcılık yoluyla duyguların ifadesinde ve iletişim düzeyinin artırılmasında sembolik bir dil olarak kullanılabilmesine dair bilgiler bulunmaktadır (86,87).

Cassileth ve arkadaşlarının çalışmasında, kemik iliği transplantasyonu yapılan hastalarda tedavi sırasında uygulanan müzik tedavisinin duygu durum bozukluklarını azalttığı gösterilmiştir (88). Bozcuk ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanseri ve kemoterapi alan hastalarda müzik terapisinin hem genel yaşam kalitesi hem de fiziksel semptomlar üzerinde olumlu etkisi olduğu değerlendirilmiştir (89). Müzik, ilk olarak 2. dünya savaşından sonra bir tedavi şekli olarak tanınmış olup bugün çeşitli sağlık hizmetleri; psikiyatri, ilaç ve alkol kötü kullanımının rehabilitasyonu, mental retardasyon, geriatric tedavi, palyatif bakım, genel cerrahi ve onkoloji programlarını kapsayan alanlarda kullanılmaktadır. Randomize kontrollü çalışmalar, cerrahi girişimler ve kemoterapi tedavilerinin öncesi ve/veya sonrası dönemlerinde müzik ve sesle oluşan titreşimler aracılığı ile kişinin daha yüksek bir bilince ulaştığını, günlük olumsuzluklardan arındığını ve anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (6,89,90,91).

Başka bir çalışmada, kanser gibi kronik hastalığı olan ve sürekli takip gerektiren hastaların moral olumsuz enerji birikimlerini azaltmak, motivasyonlarını güçlendirmek ve tedaviye destek olmak amaçlı egzersiz ve sporun uğraş terapisinde kullanılabilmesi belirtilmiştir (92). Çalışmamızda diğer çalışma sonuçlarına uyumlu olarak yapılan uğraşlar arasında müzik dinleme önemli bir oranı oluşturmakla birlikte ilgi alanlarına yönelik egzersiz ve resim yapmanın daha sonra tercih edilen uygulamalar olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; geniş

uygulama alanı bulan ve hastanın, bulantı-kusma, anksiyete ve endişelerini önemli ölçüde azalttığı bildirilen, egzersiz, resim ya da müzik tedavisinin kemoterapi ünitelerinde kolay uygulanabilecek ya da ulaşılabilecek bir uğraşı olması nedeniyle kemoterapi ile beraber sunulabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kemoterapi sürecinde yapmak istedikleri uğraşların dizi-film-sinema izleme ve hayal kurmadan ziyade, ev işlerinde bağımsız olma, çocuk-eş ve torunları ile daha yakından ilgilenme, ayrıca günlük yaşantısını daha kaliteli ve verimli geçirme arzusu ile takı tasarımı, ahşap boyama, el örgüsü örme, seramik hamur şekilleri yapma gibi aktivitelerle uğraşmayı arzu ettikleri saptanmıştır (Tablo 14). Kanser hastalarının aktivite tercihlerinin incelendiğinde bir çalışmada, hastaların çoğunun öz bakım aktivitesi ve üretkenlik ile ilgili parametreleri yerine getirmeyi arzu ettikleri tespit edilmiştir (93).

Literatür ışığında kendi çalışmamda ve diğer çalışmalarda, hastaların daha çok başkasına ihtiyaç duymadan kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme beklentisi içinde oldukları söylenebilir. Ancak çalışmamızda üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinin kendine bakım aktivitelerinden daha öncelikli olmasında, çalışmamıza katılan kişilerin genelinin ev hanımı olması ve geleneksel rollerinin yemek pişirmek, temizlik yapmak gibi ev-işi aktiviteleri ve diğer serbest zaman aktivitelerinden oluşması olabilir. Tercih edilen aktivite ne olursa olsun yaşam tarzı değişen hastaların yetenekleri kapasitesinde arzu ettikleri ve kendi sağlığı için gerekli duyulan aktivitelere katılımlarının sağlanması hem yaşamdan zevk almaları hem de tedaviye ilişkin endişelerini gidermede etkili olacağı düşünülmektedir. Bu anlamda multidisipliner bakış açısı içinde kişiye en doğru hizmetin sağlanması bütüncül yaklaşım açısından çok önemli bir konudur.

Nitekim çalışmada kemoterapi sürecinde hastaların herhangi bir uğraşla ilgilenme nedenleri incelendiğinde; huzurlu olma (%67.3), olumsuz düşüncelerden uzaklaşma (%66), kendini mutlu hissetme (%63.3), sıkılmadan vakit geçirme ve yaşama daha sıkı bağlanma (%54), dinç hissetme (%50), yalnızlığını unutma (%34.7) ve kendisini hala işe yarar biri olarak hissetme (%24.7) şeklinde ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 15). Norveç’de Hahn ve arkadaşları tarafından yapılan bir

araştırmada örneklemin %60'ı tedavi sürecinde normal hayatına geri dönmek için uğraş terapisi servislerine ihtiyaç duyduğunu bildirmişlerdir (5). Kabashima ve ark ile Yamaguchi ve ark. kemoterapi seansları sırasında hastaların endişelerini azalttığı, vakitlerini daha verimli geçirdikleri ve dikkatin başka yöne dağılmasına yaradığı gerekçesi ile çeşitli aktivite ve hobilerle meşgul olduklarını belirtmişlerdir (14,15). Bu sonuçlar, çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermekte olup hastalarının kendini ifade etmesi ve sosyalleşmesinde uğraş terapisinin tedavi süreci ile birlikte kullanılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan uğraşı olan hastaların %88.5'i ağrı ve yan etkilerin gücünü azalttığı, %50'si bedensel engelleri olduğu, %40.4'ü kabuğuna çekildiği, %38.5'i yorulmak istemediği, %36.5'i ihtiyaç hissetmediği-ilgisini çekmediği, %21.1'i yan etkisi olacağından endişelendiği, %21.1'i bilgi, yeteneğinin ve imkanlarının olmadığı gerekçesi ile herhangi bir uğraş içinde olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 16). Başka bir çalışmada kemoterapi ile ilişkili oluşan yan etkilerin günlük yaşamındaki aktiviteleri yerine getirmede bazı güçlüklerle neden olduğu belirtilmektedir (94). Tüm bu bulgular ışığında, ilaçların yan etkileri, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmemeleri nedeniyle hastaların kemoterapi sürecinde uğraş terapisine yeterince yönelemedikleri söylenebilir. Sağlık profesyonelleri tarafından bu durumun farkedilmesi, hastanın aktivitelere katılımının motive edilmesi yoluyla fiziksel ve psikolojik bozuklukları azaltma, problem çözme, stresle başa çıkmada destek sağlama gibi çeşitli avantajlar sağlayacağı ve beraberinde mesleki doyumu da getireceği akılda tutulması gereken bir husustur.

Çalışmamızda uğraş ile ilgilenen 174 hastanın %67.8'i bu konuda kendilerini yönlendiren kimsenin olmadığını, %32.2'si birilerinin yönlendirmesi sonucu ilgilendiklerini ifade etmiştir (Tablo18). Hastaların uğraş destek kaynakları incelendiğinde, daha çok çocukları (%39.4), eşi (%33.3), anne-babası (%22.7) gibi aile fertlerinin daha sonra sağlık personelinin (%13.6) geldiği saptanmıştır (Tablo 19). Hastalısız hayatta kalma oranı artmasına rağmen birçok sağlık çalışanı hala kanserin terminal bir hastalık olduğunu düşünebilmektedir. Kemoterapi ünitelerinin kısıtlı koşulları, hasta kapasitesinin fazlalığı, sağlık çalışanları tarafından uğraş terapisinin sadece geçici ve hafifletici bir uygulama olarak görülmesi gibi

nedenlerden dolayı hastaların bu uygulamalara yeterince yönlendirilemediği belirtilmektedir (95). Yurt dışında pek çok uğraş terapisi merkezleri olmasına rağmen ülkemizde bu tip merkezlerin sayısı oldukça sınırlıdır. Ayrıca mevcut çalışmaların daha ziyade belirli kanser türleri ve bir takım tamamlayıcı tedavilere yönelik olduğu ve sonuçları itibariyle uğraş terapileri üzerine yeterince yoğunlaşmadığı görülmektedir. Tüm bu nedenlerin hastaların yeterince yönlendirilmemesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde kemoterapi ünitelerinin hastaya sunduğu koşullar doğrultusunda hastaların tedaviye ilişkin memnuniyetin arttığı ve sağlık sonuçlarına olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir (14,83). Başka bir çalışmada hastanın tercihleri doğrultusunda çeşitli hobilerini yerine getirebileceği bir ortamda tedavisi almasının, sonraki seanslara uyumunu kolaylaştırabileceği gibi bilinen kemoterapi yan etkilerinin kontrolünde de faydalı olabileceği belirtilmektedir (96). 2008 yılında Norveç Kanser Kayıt Merkezi'nde 10 farklı türde kanser hastaları üzerinde yapılan bir araştırmaya göre; hastaların %63 ünün en az bir rehabilitasyon servisine ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların, %43'ü fizik terapi, %34'ü eğlence-spor, %27'si psikolojik danışmanlık, %24'ü grup seansları, %19'u sosyal hizmet danışmanlığı, %6'sı uğraş terapistleri ile çalışmak istediklerini bildirmişlerdir (54). İsveç'te yapılan bir araştırmada hastaların %50'sinin uğraş terapisine ihtiyacı olduğu halde kemoterapi ünitesinde ekipman gibi imkanların olmadığı ve yeterli destek kaynaklarının olmadığı gerekçesi ile sadece % 5'inin uğraş yapabildikleri belirlenmiştir (75). Çalışmamızda hastaların, %77'sinin kemoterapi aldıkları yerde uğraş terapi hizmetlerinin olmasını arzu ettikleri belirlenmiştir (Tablo 20). Ayrıca bu gruptaki hastaların bu tür uğraş hizmetlerinin sunulması için gerekli malzemelerin olması, uğraşa yönlendirecek uzman personelin olması ve personelin onlarla iyi iletişim içerisinde olması yönünde beklentileri olmuştur (Tablo 21). Hem çalışma bulgularımızdan elde ettiğimiz sonuç hem de diğer araştırmanın sonuçlarından da anlaşılacağı üzere, kanser hastalarının büyük bir çoğunluğu hastalık süresince bir uğraş ile meşgul olmak, eğitilmiş kişilerle konuşup tavsiyeler almak, kendisi gibi hastalarla konuşup dertleşmek veya uğraş terapistleri ile zaman geçirip sıkıntılı hastalık sürecinde bir takım uğraşlar ile meşgul olmak istemektedirler. Çalışmamızda diğer yandan yaklaşık %30'luk bir hasta grubunun uğraş terapi hizmetlerine olan

ihtiyacı belirtmedikleri dikkat çekmektedir ve bu hastalar tarafından uğraş terapisinin tam olarak anlaşılmamış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların kemoterapi sürecindeki uğraş durumu ile eğitim, medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), çocuk sayıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 23-24). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ve çalışma oranı yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve sorunları ile daha iyi baş edebildiği dolayısıyla günlük uğraşlarını daha iyi yerine getirebildiği saptanmıştır (98). Diğer bir çalışmada hastaların kemoterapi alırken tercih ettikleri uğraşa dair seçimlerinin, hastaların yaş grupları, cinsiyet, evre, kemoterapi süresi, medeni durum, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim ve çalışma durumundan etkilenmediği saptanmıştır (93). Goodwin ve arkadaşlarının kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, evli ve çocuklu olanların hastalık üzerine büyük etkisi olduğunu uğraş seçimi, tedaviye uyumu ve sağ kalım oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (99). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarının malign hastalıklarıdır. Jinekolojik kanserlerin içinde en sık rastlananlar endometrium, serviks ve over kanserleridir. Over kanseri morbidite ve mortalitenin en yüksek olduğu bir kanser türüdür (100,101). Çalışmamızda kemoterapi sürecinde en fazla over kanseri olanların (%76.9) ve sekonder hastalığı olanların (%44.5) uğraş terapisi ile yeterince ilgilenemedikleri saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 28-31). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalığın evresi arttıkça hastaların daha az uğraş yaptıkları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 29). Hunter ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada; diabet, hipertansiyon, kalp gibi sistemik hastalığı olan hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmede daha fazla zorlandıkları belirtilmiştir (102). Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında araştırmamız literatürle uyum göstermektedir. Kanser ve kemoterapinin yol açtığı yorgunluk gibi olumsuz fiziksel etkilerle baş etmeye çalışırken kişilerin bir yandan rollerini devam ettirmede güçlük yaşamaları doğal karşılanmaktadır.

Cheville ve ark.'nın Amerika'da metastatik meme kanseri hastaları üzerinde yaptığı bir araştırmaya göre; hastaların %7'sinin ağır kemoterapi protokollerini izleyen günlerde uğraş terapisi ile ilgilenemediği belirtilmiştir (63). Çalışmamızda taxol+karboplatin tedavi protokolü uygulanan hastaların uğraş ile yeterince ilgilenmedikleri saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 30). Armstong ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanser hastalarının yarıya yakınında kemoterapiye bağlı lenfödem ve nöropati saptandığı için bu grupta uğraş sayısının azaldığı tespit edilmiştir (103). Kemoterapi ilacının en önemli yan etkilerinden biri olan nörotoksisite günlük rutinleri önemli ölçüde azaltmaktadır. Bununla birlikte bu tür hastaların uzman eşliğinde fizik uğraş terapisi ile yakından izlenmesi ve sınırlılık düzeylerinin en aza indirilmesi için özel programlara alınmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır (82).

Kanser hasta açısından ağrı veren, acı içinde ölümü hatırlatan, suçluluk ve kaygı yaratan, panik ve karışıklığa neden olan kronik bir hastalıktır. Ölüm olasılığının çok yakında gerçekleşebileceğini bilmek ve belirlenen tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. En sık görülen psikopatoloji major depresyondur (104,105). Yapılan bir çalışmada kanser hastalarda ruhsal bozukluğun %29-47 arasında olduğu saptanmıştır (104). Tokgöz ve arkadaşlarının çalışmasında kanserli hastalardaki depresyon oranı %22 olarak bildirilmiştir (106). Aydoğan ve arkadaşlarının çalışmasında hasta grubunun %21.6'sının depresif, %33.8'inin anksiyetesi olduğu saptanmıştır (104). Karabulutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının %61.5'inde anksiyete, %81.3'ünde depresyon bildirilmiştir. Jadoon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının %66'sında anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir (107). Beser ve Öz'ün kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmalarında anksiyete skoru 8.0 ± 4.8 , depresyon skoru 7.8 ± 5.1 olarak bulunmuştur (108). Payne ve ark.'larının meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonu düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında; anksiyete skoru 9.6 ± 6.4 , depresyon skoru 3.4 ± 3.2 olarak bulunmuştur (109). Rodgers ve ark.'larının meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada anksiyete skoru 7.3 ± 3.9 , depresyon skoru 3.1 ± 3.7 olarak belirtilmiştir (110). Şahin'in kanser hastalarında yaptığı çalışmada; anksiyete skorunu 9.99 ± 4.54 , depresyon skorunu $11,74\pm 5,66$ olarak saptanmıştır (111).

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların HAD ölçeğine göre ortalama anksiyete skoru 10.27 ± 3.55 , depresyon skoru 8.98 ± 3.5 olarak bulunmuştur (Tablo 33). Yapılan analize göre, hastaların %53'ünün anksiyete risk grubunda (10.27 ± 3.55), %67.5'inin depresyon risk grubunda (8.98 ± 3.5) olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon semptomlarının oldukça yaygın olduğu ve diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Literatürde hayatı tehdit edecek düzeyde bir hastalığı olanların kendilerini iyi hissetseler bile arkadaş ve aile toplantılarına katılmamanın, sevdikleri uğraşlarından uzaklaşmalarının ve hastalık öncesi yapabildikleri sosyal aktiviteleri yerine getirememenin ruh hallerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (72). Bu anlamda uğraş terapistleri, kişi için anlamlı aktiviteleri seçerek rol kayıplarını önleme ve günlük ritüellerini yapmasını sağlar. Ayrıca anksiyete ve panik durumlarında nefes alma ve rahatlama teknikleri ile baş etme konularında hasta ve ailelerine grup seansları düzenler (52). Çalışmamızda kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı ile anksiyete-depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.169$, $r = -0.190$). Buna göre, kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanı azalmaktadır (Tablo 43). Steultjens ve arkadaşlarının romatoid artritli hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarının artmasında uğraş terapisinin olumlu etkisinin olduğu kanıtlanmıştır (112). Ayaktan tedavi gören kanserli bireylerin duygu durumu değişikliklerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; depresyon, anksiyete, sinirlilik, konfüzyon puanlarının bireylerin günlük rutin alışkanlıklarına göre değiştiği, olumsuz duygu durumunun uğraş terapisi ile sınırlandırıldığı tespit edilmiştir. Günlük rutinleri ile başa çıkabilen bireylerin daha olumlu duygu durumuna sahip oldukları, sosyal iletişim ve katılım seviyelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (113). Benzer şekilde radyoterapi alan kadın kanser hastalarında uygulanan stres ile başa çıkma ve yoga çalışmalarının hastanın duygu durumunda olumlu değişikliklere neden olduğu belirtilmiştir (114). Valentine'nin çalışmasında psikososyal yönü güçlü olanların depresyon yaşanma sıklığında %25 ile %42 arasında azalma olduğu belirtilmektedir (115). Bu anlamda diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar bulgularımızla paralellik göstermektedir. Cooper'ın yaptığı bir çalışmada kanser tanısı koyulur koyulmaz ve koyulduktan 4 ay sonra uğraş terapisi almaya başlayan bireylerin duygu durumları

karşılaştırıldığında; tanı konulur konulmaz uğraş terapisi almaya başlayan grubun hastalıkları ve kendileri hakkında daha olumlu duygu ve düşünceye sahip olduğu, depresif düşüncelerin hızla azaldığı tespit edilmiştir (116). Çalışmadaki bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların GYA puan ortalaması 17.5 ± 1.7 olarak bulunmuştur. Hastaların %98'si günlük yaşam aktivitesinde bağımsız, %2'si bağımlıdır (Tablo 40). Literatürde jinekolojik kanserli hastalarda GYA ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Yıldırım ve Karadakovan'ın çalışmalarında (117) bakım evinde bulunan hastaların GYA puan ortalamasının 11.56 ± 1.09 olduğu, Altuntaş ve arkadaşlarının huzurevinde yaptıkları çalışmada GYA puan ortalamasının 6.48 ± 2.96 olduğu ve bağımlılık durumunun yaşla birlikte arttığını bildirmiştir (118). Aras ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada; GYA ölçeğine göre hastaların %57'sinin bağımsız, %18.7'sinin hafif derecede bağımlı, %20.7'sinin orta derecede bağımlı, %3.3'ünün ileri derecede bağımlı olduğu ve %0.3'ünün tam bağımlı olduğu saptanmıştır (119). Başka bir çalışmada sakral bölge metastazı olan hastaların çoğunluğunda yürümek, adım atmak ve oturdukları yerden kalkmakta zorluk çektikleri belirtilmektedir (72). Diğer araştırmalara göre çalışmamıza katılan hastaların GYA'de daha bağımsız oldukları söylenebilir. Çalışmamızda, kemoterapi sürecinde yapılan uğraş sayısı arttıkça bağımsızlık düzeyi artmaktadır ($r=0.190$). (Tablo 43). GYA'deki bağımsızlık ile aktivite katılımı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada GYA puanı ile aktivite performans ($r:0,443$) puanı arasında korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre, uğraş terapisi alan hastaların GYA'deki limitasyonlarının azaldığı belirtilmektedir (93).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Kemoterapi Ünitesi'ne jinekolojik kanser tedavisi gören hastalarda uğraş terapisi ile ilgilenme durumları ve bunun anksiyete-depresyon düzeylerine olan etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 56.8 olarak bulunmuştur.
- Araştırmada kadınların %72.5'inin evli, %40'ının 2 çocuğunun olduğu, %38.5'inin lise mezunu, %37'sinin ilköğretim mezunu, %24.5'inin yüksek okul ve üzeri olduğu, %62'sinin çalışmadığı, %67.5'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada hastaların %62.5'inin over ca, %32'sinin endometrium ca ve %5.5'inin serviks ca olduğu, %46.5'inin hastalığının evre 2, %46'sının evre 3 olduğu, %7.5'inin de evre 4 olduğu, %65'inin taxol+karboplatin, %11.5'inin altuzan, gemzar, %5'inin cisplatin, %3.5'inin caylex ve bevacizumap kemoterapi protokolü aldığı görülmüştür.
- Araştırmaya katılan 200 hastanın %44.5'inin sistemik rahatsızlığının olduğu, buna göre kronik hastalığı olan hastaların %64'ünün hipertansiyon, %23.7'sinin depresyon, %15.7'sinin diabet ve %24.7'sinin tiroid hastalığı saptanmıştır.
- Araştırmada hastaların %97.5'inin sigara kullanmadığı, %2.5'inin kullandığı bulunmuştur.
- Hastaların uğraş durumları incelendiğinde, hastalıktan önce günlük hayatta uğraşı olmayan hastanın olmadığı, 1-2 uğraşı olanların %14.5, 3 ve üzeri uğraşı olanların %85.5, kemoterapi sürecinde uğraşı olmayanların %13, 1-2 uğraşı olanların %35, 3 ve üzeri uğraşı olanların %52 olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada hastaların hastalık öncesi günlük hayatında yaptığı uğraşlar incelendiğinde; hastaların %65.5'inin dizi-sinema-film izleme, %60'ının alışveriş yapma, %51'inin arkadaş, akraba ziyaretleri, %51'inin yürüyüş-egzersiz yapma, %50'sinin müzik dinleme, %48'inin hayal kurma, %37'sinin

el-örgüsü örme, %34.5'inin çiçek yetiştirme, %30.5'inin dini ibadet yapma, %25.5'inin kitap okuma, %20.5'inin bilmece-bulmaca çözme, %19'unun diğer uğraşlar (ev-bahçe işleri), %14.5'inin sosyal medya ile ilgilenme, %13.5'inin takvim yaprağı okuma, %13.5'inin ev işi-özbakım, %12.9'unun çocuk-eş-torunları ile ilgilenme, %7.5'inin puzzle yapma, %7'sinin resim yapma gibi uğraşları olduğu bulunmuştur.

- Hastaların kemoterapi sürecinde yaptığı uğraşlara bakıldığında, hastaların %51.3'ünün dizi-sinema-film izleme, %32.7'si hayal kurma, %26.6'sı müzik dinleme, %19.6'sı arkadaş, akraba ziyaretleri, %17.6'sı alışveriş yapma, %14'ü çiçek yetiştirme, %14'ü yürüyüş-egzersiz ile uğraştığı bulunmuştur.
- Hastaların kemoterapi sürecinde ilgilenmek istedikleri uğraşlar durumlarına bakıldığında, hastaların %22.8'i çocuk-eş-torunlara bakmak, %24.6'sı ev işi-özbakım, %17.3'ü müzik dinleme, %13.2'si takı tasarımı, %12.6'sı arkadaş, akraba ziyaretleri %12.1'i dizi-sinema-film izleme, %11.1'i ahşap boyama, puzzle yapma, çiçek yetiştirme ve yürüyüş-egzersiz yapma, %10.1'i el örgüsü örmeyi planladıkları bulunmuştur.
- Çalışma kapsamındaki hastaların kemoterapi sürecinde uğraşı yapma nedenleri incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %67.3'ü huzurlu olduğunu-rahatladığını, %66'sı olumsuz düşüncelerden uzaklaştığını, %63.3'ü mutlu hissettiğini, %54'ü sıkılmadan vakit geçirdiğini ve yaşama daha sıkı bağlandığını, %50'si daha dinç olduğunu, %34.7'si yalnızlığını unuttuğunu ve %24.7'si kendisini hala işe yarar biri olarak hissettiğini ifade ettiği bulunmuştur.
- Hastaların kemoterapi sürecinde uğraş içinde bulunmama nedenlerine bakıldığında, hastaların %88.5'i ağrıların ve yan etkilerin gücünü azalttığını, %50'si bedensel engelleri olduğunu, %40.4'ü kabuğuna çekildiğini, %38.5'i yorulmak istemediğini, %36.5'i ihtiyaç hissetmediğini ve ilgisini çekmediğini, %21.1'i yan etkisi olacağından endişelendiğini, %21.1'i bilgi ve yeteneğinin olmadığını ifade ettiği bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan hastaların %52.2'si tedavi sonrası, %36.4'ü tedavi öncesi, %29.1'i tedavi sırasında ve %14.6'sı sürekli uğraş yapmak istedikleri bulunmuştur.
- Uğraş ile ilgilenen 174 hastanın %67.8'i bu konuda kendilerini yönlendiren kimsenin olmadığını, %32.2'si birilerinin yönlendirmesi sonucu ilgilendiklerini ifade ettiği bulunmuştur.
- Hastaların uğraş destek kaynaklarının dağılımları incelendiğinde, %39.4'ü çocukları, %33.3'ü eşi, %22.7'si anne ve babası, %13.6'sı arkadaşları, %9.1'i akrabaları ve %13.6'sı sağlık personeli tarafından desteklendikleri bulunmuştur.
- Hastaların %77'sinin uğraş terapi merkezini istediği, %3.5'inin istemediği, %19.5'inin herhangi bir fikri olmadığı bulunmuştur.
- Hastaların yaş grupları ile uğraş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre, 25-35 yaş arasında olan hastaların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.
- Hastaların uğraş durumu ile çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre, iki çocuğu olanların daha fazla uğraş ile ilgilendikleri bulunmuştur.
- Araştırmada en fazla over kanseri tanısı alanların herhangi bir uğraş ile ilgilenmedikleri bulunmuştur (%76.9).
- Araştırmada en fazla taxol+karboplatin tedavisi alanların herhangi bir uğraş ile ilgilenmedikleri bulunmuştur (%73.1).
- Araştırmada sistemik rahatsızlığı olanların daha az uğraş yaptıkları bulunmuştur ($p<0.05$).
- Araştırmaya katılan hastaların %53'ü anksiyete risk grubunda iken %67.5'i depresyon risk grubunda bulunmuştur.
- Araştırmada boşanmış-dul ve emekli olanların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

- Hastalarda ekonomik durumu iyi olanların anksiyete ve depresyon puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- Uğraş yapan hastalarda anksiyete ve depresyon daha az oranda görülmektedir ($p<0.05$).
- Araştırmaya katılan hastaların GYA puan ortalaması incelendiğinde, hastaların %98'si bağımsız, %2'si bağımlı bulunmuştur.
- Kemoterapi sürecinde uğraşı olmayan hastaların GYA puanı düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Çalışmamız uğraş durumunun jinekoloji onkoloji hastalarının hem psikolojilerini hem de bağımsızlık düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Ülkemizdeki ilk çalışmalardan biri olması ve bu konuda farkındalık sağlaması açısından bu sonuçlar önemli görülmektedir. Bu doğrultuda belirlenen öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Hastaların aktivite performanslarının değerlendirilerek bireylerin uğraş terapisine katılımının sağlanması ve bu konuyla ilgili ileri çalışmalar yapılabilir.
- Aktivite ve sosyalleşme aracı olarak uğraş terapisini tüm dünyada yaygınlaştırmak amacıyla teknolojik alanda yaşanan gelişmelerden faydalanılabilir.
- Hastaların yapmak istedikleri ancak bazı bireysel ve çevresel faktörlerden dolayı yapmakta zorlandıkları aktiviteleri kişi merkezli aktivite programları oluşturulabilir.
- Hastaların maksimum bağımsızlık ve yaşam kalitesine ulaşabilmesi için kendi becerilerini problem çözme yöntemi ile kompanse ve/veya adapte ederek kuvvet ve mobilitayı arttırmaya yönelik uğraş terapi programları ile düzenlenmelidir.

- Analiz ve aktivite eğitimleri, aktivitenin terapötik ve yaratıcı kullanımı, adaptasyon eğitimi, davranışsal başa çıkma stratejileri geliştirme eğitimi, anksiyete-stres kontrolü ve gevşeme eğitimi, semptom kontrolü, yorgunluk ile başa çıkma ve eğitimi, enerji koruma yöntemlerini kullanarak günlük yaşam aktivitelerinin modifiye edilmesi veya adaptasyonu, ev ya da yaşam alanı modifikasyonu ve bakım eğitimi ile jinekoloji onkoloji hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı artırılarak yaşam kalitesinde artış hedeflenmelidir.
- Jinekolojik kanserli hastalarda uğraş terapisinin etkinliğinin artırılması ile kemoterapi sürecinde ortaya çıkan psikolojik problemler en aza indirilerek maliyetin etkin hale getirilmesi sağlanabilir.
- Hemşireler tarafından kanser tedavisinde semptom kontrolünün etkin şekilde yapılması ile kemoterapinin yan etkilerinin azaltılması hedeflenerek hastaların günlük yaşamla bağlantısının kuvvetlenmesine katkı sağlanabilir.
- Onkoloji hastalarının uğraş terapisi alanında talebinin oldukça fazla olması nedeni ile uğraş terapi merkezleri açılmalı ve geliştirilmelidir.
- Sağlık çalışanları (kadın-doğum uzmanları, psikolog, diğer hekimler, fizyoterapist, ebe ve hemşireler), hastalarda anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal belirtileri iyi tanımaları ve depresyon düzeylerini değerlendirerek hastaya uygun tedavi ve bakım standardı geliştirebilmelidir.
- Onkolojide çalışan sağlık personelinde, hastalarda ortaya çıkabilmesi olası depresif belirtilere duyarlılığın artırılması ve erken tanılama için düzenli aralıklarla hizmet içi programlar planlanmalıdır.
- Sağlık çalışanları geleneksel tedavi yöntemleri dışında jinekolojik kanserli hastalarda uğraş terapisinin uygulanabilmesi için eğitimlerle bilinçlendirilmelidir.
- Yeni kanser tanısı alan, tedavileri devam eden, terminal dönem ve ya palyatif dönem hastaları ile beraber bakım vericilerini de kapsayan ev programları aracılığı ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı teşvik edecek aktif

desteğin artırılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi, bu hizmetlerin karşılanabilir şekilde sağlık sistemi içine entegre edilmesi önerilebilir.



7.KAYNAKLAR

1. Evcili F, Bekar M. Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2013, 1: 21-28.
2. The Role Occupational Therapy in Oncology. <http://www.aota.org>. Erişim tarihi: 15 Şubat 2015.
3. American Cancer Society. <http://www.cancer.org/Cancer/index>. Erişim tarihi: 29 Mayıs 2015.
4. Akyüz A, Güvenç G, Üstünsöz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners, *Journal Of Nursing Scholarship*, 2008, 40(3): 241–247.
5. Hahn C, Dunn R, Halperin E. Routine screening for depression in radiation oncology patients, *Am J Clin Oncol*, 2004, 27: 497–499.
6. Iconomou G, Mega V, Koutras A, et al. Prospective Assessment of Emotional Distress, *Cognitive Function and Quality of Life in Patients with Cancer Treated with Chemotherapy*, 2004, 101: 404–11.
7. Meşguliyet Terapisi. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1349604177.pdf>. Erişim tarihi: 10 Kasım 2014.
8. Cassileth BR, Dang G. Complementary and alternative therapies for cancer, *The Oncologist*, 2004, 9: 80-89.
9. Occupational Therapy Intervention in Cancer. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/Appendix%20VI%20-%20Role%20of%20Occupational%20Therapy%20in%20Cancer%20Care%20-%20Specialist%20Group%20Information.pdf>. Erişim tarihi: 15 Ekim 2014.
10. World federation of occupational therapists, definitions of occupational therapy from member countries draft, 2007, 8:4.
11. Silver JK, Gilchrist LS. Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient physical and occupational therapy interventions, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2011, 90(5): 5-15.
12. Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention, London: College of Occupational Therapists, 2003.
13. Harrison PJ, Drummond AER. A randomised controlled trial of occupational therapy in oncology: Challenges in conducting a pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 2006; 69(3) , 130-133. Health Professions Council, <http://www.hpc-uk.org/professions/ot.html>. Erişim tarihi: 10 Ekim 2014.

14. Yamaguchi S, Yamaki S, Tsutsumi S et al. Anxiety in outpatients receiving chemotherapy for solid cancer, *Hepatogastroenterology*, 2006, 53(72): 828-830.
15. Kabashima M, Uramoto H, Yamazaki K et al. What do cancer chemotherapy outpatients want?-results of a questionnaire survey, *Gan To Kagaku Ryoho*, 2006, 33(11): 1681-1683.
16. Penfold S, The role of the occupational therapist in oncology, *Cancer Treatment Reviews*, 1996, 22: 75-81.
17. Amerikan Kanser Birliği *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. 2. Baskı, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1998.
18. Pernoll Ml. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt 1, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994.
19. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı, Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1997.
20. Arslan S. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2000.
21. World Cancer Reports 2008. URL: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr>. Erişim tarihi: 28 Aralık 2014.
22. GLOBOCAN 2008. URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900n> Erişim tarihi: 28 Aralık 2014.
23. Ergör G. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar. Kanser Mortalitesi. Ed: Ünal B. HASUDER Türkiye Halk Sağlık Raporu. İzmir: 2012, 286-287.
24. Baird S. A Cancer Source Book for Nurses. (ev. Ed. N. Platin) Hemşireler için Kanser El Kitabı. A..E.M. ve 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası. II. Baskı, 1998, Ankara.
25. Bender CM, Yasko JM, Strohl RA. Cancer In: Medical Surgical Nursing Mosby. St. Louis, 1996, 4. Edition, 261-310.
26. Peterson J. Kemoterapi In: Platin N (ev. Ed.) Hemsireler için Kanser El Kitabı, 1. Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Ankara, 1996.
27. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Y.O. Dergisi*, 1999, 3(2): 18-26.
28. Yazıcı S. Sitostatik İlaçların Verilmesinde Hemsirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bilgi Puanlarının Saptanması, *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Y.O.Dergisi*, 1994, 1(2): 1-13.

29. WHO Globocan 2012. Population Fact Sheet. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Erişim tarihi: 20 Şubat 2015.
30. Over Kanseri Genel Bilgiler http://kanser.gov.tr/Dosya/makale/What_is_ovarian_cancer_Turkish.pdf. Erişim tarihi: 20 Şubat 2015.
31. Cancer Research UK. Stages of ovarian cancer. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/treatment/stages-of-ovarian-cancer>. Erişim tarihi: 20 Haziran 2015.
32. Cancer Research UK. Ovarian cancer symptoms. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/about/ovarian-cancer-symptoms>. Erişim tarihi: 22 Mart 2015.
33. Eurocare-5. De Angelis Lancet Oncol 2014; 15:23–34. http://ac.els-cdn.com/S1470204513705461/1-s2.0S1470204513705461-main.pdf?_tid=36eca6e8-4dd3-11e4-b2c1-00000aab0f6c&acdnat=1412653208_4ca2db4f5eacc0.b0ed4906ea1524b2f2. Erişim tarihi: 20 Mart 2015.
34. Houlston R, Bourne TH, Davies A, Whitehead MI, Campbell S, Collins WP, Slack J. Use of family history in a screening clinic for familial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 1992, 47: 247-252.
35. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, IV. Baskı, Ankara, 2000.
36. Weil MK, Chen A. PARP Inhibitor Treatment in Ovarian and Breast Cancer. *Curr Probl Cancer*, 2011, 35(1): 7–50.
37. Pal T, Permuth WJ, Betts JA et al. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases, *Cancer*, 2005, 104(12): 2807–16.
38. Schrader KA et al. *Obstet Gynaecol*, 2012, 120(2 part 1): 235-240.
39. Taşpınar A; Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupresürün Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
40. Çelik Ö, Tezcan B. *Kadın Hastalıkları ve Doğum*, Asya Tıp Yayıncılık, 2000.
41. Jinekolojik Onkoloji. <http://www.baskent-adn.edu.tr/dokumanlar/Jinekolojik%20kanser%20cerrahisi.pdf>. Erişim tarihi: 10 Şubat 2015.
42. Egelioglu N. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği; 2007.
43. Tunce M. Kanserin Ülkemiz Ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü Ve Kanser Kontrol Politikaları Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Dairesi, Eylül 2007, Ankara, Onur Matbaacılık, s: 5-9.

44. Kanbur A, Çapık C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü, (Cervical Cancer Prevention, Early Diagnosis-Screening Methods and Midwives/Nurses Role), *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 61-72.
45. Onkoloji Hemşireliği Derneği, *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*, İkinci Baskı, Ankara, 1998.
46. Cella D, Calhoun B, Roland P. Quality Of Life Among Women With Gynecologic Malignancies. In: Hoskins Wj, Perez Ca, Young Rc Editors. Principles And Practice Of Gynecologic Oncology, Third Edition, New York: Lippincot Williams&Wickins; 2000, 571- 585.
47. Atasü T. Jinekoloji. İstanbul, Üiversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık, 1996.
48. Somer A. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines, *J Pediatr Inf*, 2008, 2(2): 50-55.
49. Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical cancer prevention, *N Eng J Med*, 2005, 353(20): 2101-2104.
50. Vulva kanserinde prognoz ve yönetim. <http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/15/717/article/58-64.pdf> . Erişim tarihi: 15 Ağustos 2015.
51. Paterson CF. A short history of occupational therapy in psychiatry. Occupational therapy and mental health. J Creek, L Lougher (Eds), Philadelphia, *Elsevier Limited*, 2008, 4: 3-17.
52. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: A survey. *European Journal of Cancer Care*, 2004, 13(1): 45-52.
53. Ergoterapi. http://www.rehabilitasyon.com/Uzman/11642/Nimet_Altiok. Erişim tarihi: 11 Ağustos 2015.
54. McColl MA, Law M, Stewart D, Doubt L, Pollock N, Thorofare NJ, Krupa T, et al. The theoretical basis of occupational therapy, Slack Incorporated. 2 Edition, 2003.
55. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1996, 63(1): 9-23.
56. Bewley T. Historical Background 1780-1840. Madness to Mental Illness A History of the Royal Collage of Psychiatrists Thomas Bewley (Ed), London, RCPsych Publications, 2008, 4-7.
57. Unruh AM, Elvin N. In the eye of the dragon: Women's experience of breast cancer and the occupation of dragon boat racing, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2004, 71(3): 138-149.

58. Council of occupational therapists for the Euroean countries, Summary of the occupational therapy profession in Europe, 2010.
59. Rogers S. Portrait of occupational therapy, *J Interprof Care*, 2005, 19:70-79.
60. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, Ruh Sağlığı ve Toplum Temelli Rehabilitasyon 30 Mayıs- 1 Haziran 2013 Hacettepe Kültür Merkezi, Ankara Bildiri Kitabı, s: 26.
61. Eskiuyurt N, Ketenci A. İş ve Uğraşı Tedavisi (Occupational Therapy). Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.
62. Reed KL, Nelson S, Sanderson F. Defining occupational therapy. Concepts of occupational therapy. E Johnson (Ed), 4. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999, 3-14.
63. Cheville AL, Troxel AB, Basford JR, Kornblith AB. Prevalence and treatment patterns of physical impairments in patients with metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2008; 26(16): 72-78.
64. Baxter MF, Dulworth AN, Smith TM. Identification of mild cognitive impairments in cancer survivors, *Occupational Therapy in Health Care*, 2011, 25(1): 26-37.
65. Mitchell SA, Berger AM. Cancer-related fatigue: The evidence base for assessment and management, *Cancer Journal*, 2006, 12(5): 374-387.
66. Boland BA, Sherry V, Polomano RC. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer survivors, *Oncology*, 2010, 24(2): 33-43.
67. Akıl hastalığından kurtulma yolları: Terapiler, refakat, psikotik hastalıklarda kendi kendine yardım. Güncelleştirilmiş ve genişletilmiş yeni basım. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002, Almanya.
68. Bag B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012, 4: 449-464.
69. Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün HP, Turan C, Ünal O. Jinekolojik Kanserli Hastaların Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri, *J Gynecol Obst*, 2002, 12(2): 142-7.
70. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008, 23(3): 132-139.
71. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. "Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", *Selçuk Üniv Tıp Dergisi*, 2015, 27(3): 149-153.

72. Huri M, Huri E, Kayıhan H. ‘‘Metastatik Prostat Kanserli Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Duygu Durumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi’’, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2015, 3(2): 71-79.
73. Çokmert S, YavuzşenT, Ünek İ. Ayaktan Tedavi Gören Kanser Hastalarının Kemoterapi Sırasında Uğraşı Seçimleri, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Ocak 2011, Cilt: 2, Sayı: 1.
74. Diaz M, Levy C. Custom made occupational therapy adaptive devices designed for patients with cancer. *Rehabilitation Oncology*, 2005, 23(2): 18-19.
75. Söderback I, Paulsson EH. A needs assessment for referral to occupational therapy: Nurses' judgment in acute cancer care. *Cancer Nursing*, 1997, 20(4): 267-273.
76. Lloyd C, Coggles L. Contribution of occupational therapy to pain management in cancer patients with metastatic breast disease. *American Journal of Hospice Care*, 1988, 5(6): 36-38.
77. Romsaas EP, Rosa SA. Occupational therapy intervention for cancer patients with metastatic disease, *American Journal of Occupational Therapy*, 1985, 39(2): 79-83.
78. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatr Scand*, 1983, 67: 361-370.
79. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale, *Turkish Journal of Psychiatry*, 1997, 8: 280-287.
80. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function, 1963, *JAMA* 185, 914-919.
81. Reis N, Çoşkun A, Kızılkaya BN. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 2: 25-35.
82. Björklund A, Svensson T. Health, body and occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2000, 7(1): 26-32.
83. Lattanzi JB, Giuliano S, Meehan C, Sander B, Wootten R, Zimmerman A. Recommendations for physical and occupational therapy practice from the perspective of clients undergoing therapy for breast cancer-related impairments, *Journal of Allied Health*, 2010, 39(4): 257-264(8).
84. Zlotnick WG, Hinojosa J. Bottom up or Top Down Evaluation: Is one beter than the other? *American Journal of Occupational Therapy*, 2004, 58(4): 594-599.

85. Curt GA, Breitbart W, Cella D. Impact of Cancer-Related Fatigue Coalition, *Oncologist*, 2000, 5(5): 353-360.
86. Riley RG, Manias E. The uses of photography in clinical nursing practice and research: a literature review, *J Adv Nurs*, 2004, 48: 397-405.
87. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: A review of current literature, *Am J Public Health*, 2010, 100: 254-63.
88. Cassileth AJV, Lucanne AM, Barrie R. Music Therapy for Mood Disturbance during Hospitalization for Autologous Stem Cell Transplantation: A Randomized Controlled Trial, *Cancer*, 2003, 98: 2723–2729.
89. Bozcuk H, Artac M, Kara A, et al. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study, *Med Sci Monit*, 2006, 12(5): 200-205.
90. Walker LG, Walker MB, Ogston K, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy, *British Journal of Cancer*, 1999, 80(1/2): 262–268.
91. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment, *J Music Ther*, 2007, Fall 44(3): 242–255.
92. Austin DR. (2004). *Therapeutic Recreation*, 5. Baskı, Illinois: Sagamore Publishing.
93. Pekçetin S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Aktivite Performansının Toplumsal Katılım ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013, 1(2): 31–40.
94. 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): 18-24.
95. Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia, 2004.
96. Joske DJL, Rao A, Kristjanson L. Critical review of complementary therapies in haemato-oncology, *Internal Medicine Journal*, 2006, 36: 579–586.
97. Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Skovlund E, Fløtten T, Fosså SD. Cancer patients' needs for rehabilitation services, *Acta Oncol.*, 2011 Feb, 50(2): 212-220.
98. Arbesman M, Lieberman D. Methodology for the Systematic Reviews on Occupational Therapy for Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias, *American Journal of Occupational Therapy*, 2011, 65(5): 490-496.

99. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The Effect of Marital Status on Stage, Treatment and Survival of Cancer Patients. *JAMA (Electronic Journal)*, 1987;258:3125-30. <http://www.jama.ama-assn.org>. Erişim tarihi: 10 Eylül 2014.
100. Ayhan A. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Tıp Yayınevleri, 2008, 1028-1032.
101. Şengelen M. Türkiye’de Kanser İstatistikleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2002, Ankara.
102. Hunter E, Baltisberger J. Functional Outcomes by Age for Inpatient Cancer Rehabilitation: A Retrospective Chart Review, *Journal of Applied Gerontology*, 2013 Jun, 1; 32(4): 443–456.
103. Armstrong T, Almadrones L, Gilbert MR. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy, *Oncol Nurs Forum*, 2005, 32: 305-311.
104. Yarpuz YA, Demirci SE, Erdi ŞE, Özgüven DH. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19: 29-37.
105. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Z ve ark. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 89-98.
106. Tokgöz G, Yalu ÖS, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008, 9: 59-66.
107. 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.
108. Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 7(1): 47-58.
109. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosık M, Massie MJ. Screening for Anxiety and Depression in Women With Breast Cancer, *Psychosomatics*, 1999, 40(1): 64-69.
110. Rodgers J, Martin CR, Morse RC, et al. An İntertigation İnto the Psychometric properties of The Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Breast Cancer, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005, 3: 1-4.
111. Şahin L. Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2015.

112. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Schaardenburg D, Kuyk MA, Ende CH. "Occupational therapy for rheumatoid arthritis" Cochrane Database Syst Rev., 2004, 1.
113. Taylor K, Currow, D. A Prospective Study of Patient Identified Unmet Activity of Daily Living Needs Among Cancer Patients at A Comprehensive Cancer Care Centre, *Australian Occupational Therapy Journal*, 2003, 50(2): 79-85.
114. Fitzpatrick TR, Remmer J. Needs, Expectations and Attendance Among Participants of A CancerWellness Centre in Montreal, Quebec, *Journal of Cancer Survivorship*, 2011, 5(3): 235-246.
115. Valentine A. Depression, anxiety, & delirium. In Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD (Eds.). *Cancer management: A multidisciplinary approach*, The Oncology Group, New York 2003, 865-879.
116. Cooper J, Turner A, Foster, M, Jhonson SE. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction*, Churchill Livingstone Press, 2002, Edinburgh.
117. Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, *Türk Geriatri Dergisi*, 2004, 7(2): 78-83.
118. Altuntaş O, Uyanik M, Kayıhan H. Huzurevi Sakinlerinde Aktivite ve Katılımın İncelenmesi, Investigation of the Activities and Participation of Nursing Home Residents: A Pilot Study Araştırma Makalesi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013, 1(2): 21-30.
119. Aras M, Delialioğlu S, Atalay N, Selçuk TS. Kanser hastalarında rehabilitasyon gereksinimi, Rehabilitation Needs of Patients with Cancer. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 0; 0: 0-0 erişim:<http://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=fr&plng=tur&un=FTR-52523>. Erişim tarihi: 20 Ekim 2015.

8.EKLER

EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAY FORMU

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İMZALAR: Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 1

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınızı ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa sağlık profesyoneline/hemşireye sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce sağlık profesyoneli/hemşire size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, sağlık profesyoneli/hemşire sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

Önemli Not: Form hazırlanırken, araştırmacıya açıklama niteliğindeki italik yazılı ya da parantez kısımlarının silinmesi unutulmamalıdır.

1.ARAŞTIRMANIN ADI

Jineonkolojik Hastalarda Kemoterapi Tedavi Süresi İçerisinde Meşguliyet Terapisinin Anksiyete Ve Depresyon Üzerine Etkisi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı *200 jinekolojik kanser tanısı almış kadın*'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için sizinle sadece bir kez yüz yüze görüşme yapılacaktır ve anket formu doldurulacaktır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Kemoterapi Ünitesi'nde, Jinekolojik onkoloji hastalarının, tedavi aldıkları süre içerisinde kemoterapi ile ilgili endişelerinin azalmasını sağlayabilecek meşguliyet terapi seçimlerinin belirlenmesini amaçlamaktadır.

İMZALAR: Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 2

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Yapılmış histolojik testlerle kanser tanınızın doğrulanmış olması,
2. Kanser hastalığınızın tedavisi süresince en az bir kez kemoterapi veya radyoterapi uygulanmış olması,
3. 18 yaş üzerinde olmanız,
4. Gönüllü olmanız durumunda bu araştırmaya katılabilirsiniz.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma için size yaklaşık 15 dakika süren bir anket uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmanın sorularına vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için yanıtlarınızın doğru olması ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Bu araştırma sonuçları sizin gibi tanı almış diğer kadınların tedavisinin planlanmasında katkısı olabilir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmaya katılmanızın sağlığınız yönünde herhangi bir risk oluşturmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeyiz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü; Başkent Üniversitesi Hastanesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili sağlık personeline ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Hekimin Adres ve Telefonları:

Barış Mah., Suadiye Cad., Demetkent Sitesi B1.13/52 Yenimahalle-Ankara.

İş: 03122126868 **Cep:** 05078659585 (*Mutlaka doldurulmalıdır. İş telefonu yeterli değildir*)

İMZALAR: *Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 3*

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle hekiminiz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırma bir anket çalışması olduğu için herhangi bir ilaç uygulaması ve tedavi olmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

İMZALAR: *Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 4*

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın tarafından Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalları'nda/..... Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam sağlık profesyoneli/hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

İMZALAR: Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 5

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araŐtırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamıŐ bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ

İMZASI

İSİM SOYİSİM

ADRES

TELEFON

TARİH

EK-2. ANKET FORMU

Anket No:

JİNEONKOLOJİK HASTALARDA KEMOTERAPİ SÜRECİNDEKİ MEŞGULİYET TERAPİSİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Anketimizin amacı tedavi aldığınız süre içerisinde, kemoterapi ile ilgili endişelerinizin azalmasını sağlayabilecek meşguliyet terapi seçimlerinin belirlenmesidir. *Meşguliyet terapisi* (uğraş terapisi), hastanın zihinsel ve motor işlevlerin korunmasını, kronik hastalıkların komplikasyonlarının geciktirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını, hastanın yaşamla bağlantısının kuvvetlenmesini amaçlayan terapi anlamına gelmektedir.

Dolduracağınız anket; siz değerli hastalarımızın görüş ve önerileri, kemoterapi tedavisinin olası yan etkilerini daha az yaşayarak tedavinin tamamlanmasına katkı sağlayacaktır. Anketimizin tamamen bilimsel bir çalışma olduğunu, katılımınızın zorunlu olmadığını ve tedavi sürecinizi herhangi bir şekilde etkilemeyeceğini bilmenizi isteriz. Lütfen aşağıdaki soruların cevaplarından size en uygun olanlarını seçiniz ve seçtiğiniz şıkkı yuvarlak içine alınız. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

A. Sosyo-demografik özellikler

1- Yaşınız?

2- Medeni durumunuz?

1) Evli 2) Bekar 3) Dul-Boşanmış

3-Çocuk sayınız?

1) 0 2)1 3)2 4) 3 ve üstü

4- Eğitim durumunuz?

- 1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Yüksekokul ve üzeri

5- Çalışma durumunuz?

- 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum 3) Emekliyim

6-Ekonomikdurumunuz?

- 1) İyi 2) Orta 3)Kötü

B. Tedavi ve meşguliyet terapisi ile ilgili özellikler (*hasta dosyasından elde edilecektir*)

7-Tanı?

8-Hastalığın evresi?

9-Kemoterapi ilaç protokolü?

10- Özgeçmiş:

- 1) Sistemik rahatsızlıklar?
- 2) Daha önce geçirmiş olduğu rahatsızlıklar?
- 3) Sürekli kullanmakta olduğu ilaçlar?
- 4) Sigara-alkol kullanımı?

12-Hastalıktan önce günlük hayatınızda aşağıdaki uğraşılardan hangisini yapardınız? 13-Kemoterapi sürecinde günlük hayatınızda aşağıdaki uğraşılardan hangisini yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		14-Kemoterapi sürecinde aşağıdaki hangi uğraşılardan hangisini yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	
1. Kitap okuma	Ö*	S**	1..Kitap okuma
2. Müzik dinleme			2..Müzik dinleme
3. Resim yapma			3..Resim yapma
4. Dizi- sinema-film izleme			4..Dizi- sinema-film izleme
5. Takı tasarımı			5..Takı tasarımı
6. Enstrüman çalma			6..Enstrüman çalma
7. Ahşap boyama			7..Ahşap boyama
8. Puzzle yapma			8..Puzzle yapma
9. El örgüsü örme (dantel, örgü...)			9..El örgüsü örme (dantel, örgü...)
10. Seramik hamur şekilleri yapma			10..Seramik hamur şekilleri yapma
11. Dans etme			11..Dans etme
12. Alışveriş yapma			12..Alışveriş yapma
13. Çiçek yetiştirme			13..Çiçek yetiştirme
14. Yürüyüş-egzersiz yapma			14..Yürüyüş-egzersiz yapma
15. Bilmece bulmaca çözme			15..Bilmece bulmaca çözme
16. Takvim yaprağı okuma			16..Takvim yaprağı okuma
17. Hayal kurma			17..Hayal kurma
18. Dini ibadet yapma			18..Dini ibadet yapma
19. Meditasyon-Yoga yapma			19..Meditasyon-Yoga yapma
20. Arkadaş, akraba ziyaretleri			20.. Arkadaş, akraba ziyaretleri
21. Sosyal medya ile ilgilenmek (Facebook, Instagram, vb...)			21..Sosyal medya ile ilgilenmek (Facebook, Instagram, Twitter vb...)
22. Hiçbir şey (14.soruya geçiniz)			22..Hiçbir şey (14.soruya geçiniz)
23. Diğer(.....)			23..Diğer (.....)

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

* Ö: hastalık öncesi ** S: hastalık sonrası

15- Kemoterapi sürecinde uğraşların size ne tür fayda sağlayacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz, bu sorudan sonra 17. soruya geçiniz)

1. Sıkılmadan vakit geçireceğim.
2. Huzurlu olacağım- rahatlayacağım.
3. Olumsuz düşüncelerden uzaklaşacağım.
4. Daha dinç olacağım.
5. Mutlu hissedeceğim.
6. Yalnızlığımı unutacağım.
7. Yaşama daha sıkı bağlanacağım.
8. Hala işe yarar biri olduğumu hissedeceğim.
9. Faydası olacağını sanmıyorum.
10. Diğer....

16- Kemoterapi sürecinde herhangi bir uğraş içinde bulunmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz, bu soru ile birlikte anketiniz burada bitmiştir, teşekkür ederiz.)

1. İhtiyaç hissetmedim/ilgimi çekmiyor.
2. Yan etkisi olacağından endişeliyim.
3. Ağrılarım/ yan etkiler gücümü azaltıyor.
4. Bedensel engellerim var.
5. Yorulmak istemiyorum.
6. Kabuğuma çekildim.
7. Ekstra mali yük getiriyor.
8. Üstümde çevre baskısı var.
9. Bilgim-yeteneğim yok.
10. Evde uygun mekanım yok.
11. Hastanede imkan yok.
12. Diğer.....

17- Uğraşı yapmayı daha çok ne zaman tercih edersiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Tedavi Öncesi
2. Tedavi Sırası
3. Tedavi Sonrası
4. Sürekli
5. Diğer.....

18-Kemoterapi sürecinde sizi uğraş yapmaya yönlendiren birileri var mı?

1. Evet
2. Hayır (20. soruya geçiniz lütfen)

19-Kemoterapi sürecinde uğraş yapmaya sizi daha çok kim/kimler yönlendirdi
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Anne- Baba
2. Eş
3. Çocuklar
4. Arkadaşlar
5. Akrabalar
6. Sağlık personeli
7. Kendim, kimse yönlendirmedi
8. Diğer (.....)

20-Kemoterapi sürecinde hastanede uğraşlarınızı yapabileceğiniz bir terapi merkezinin olmasını ister miydiniz?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikrim yok

21- Kemoterapi sürecinde uğraşlarınızı yapabileceğiniz terapi merkezi ile ilgili önerileriniz nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Fizik ortamın iyi olması (dekorasyon, aydınlanma, vb)
2. Yiyecek, içecek servisinin olması
3. Refakatçi için imkan oluşturulması
4. Personelin iyi iletişim içerisinde olması
5. Uğraşa yönlendirecek uzmanların olması
6. Uğraş için gerekli malzemelerin olması (ekipman, Tv, radyo, kulaklık vb)
7. Tedavi yerine yakın olması
8. Diğer.....
9. Fikrim yok

EK-3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ		
ADI SOYADI: _____ TARİH: / /		
Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelecek yanıt en doğrusu olacaktır.		
1.	Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2.	Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.	<input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnızca biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3.	Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendiriyor <input type="checkbox"/> Hayır, hiç öyle değil
4.	Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil
5.	Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen
6.	Kendimi neşeli hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman
7.	Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
8.	Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
9.	Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
10.	Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gereği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11.	Kendimi hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
12.	Olacakları zevkle bekliyorum.	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
13.	Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
14.	İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	<input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

EK-4. TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

Aktiviteler (Pn:1 veya 0)	Bağımsızlık (1 puan) Gözetim, yönlendirme veya kişisel yardım YOK	Bağımlılık (0 puan) Gözetim, yönlendirme, kişisel yardım veya total bakım	Puan
BANYO	(1pn) Kendi banyosunu tamamen yapar ya da vücudun yalnızca bir bölgesini (sırt, genital bölge ya da engelli uzuv) yıkarken yardım alır	(0pn) Vücudunun bir bölgesinden daha fazlasını yıkamada, küvete ya da duşa girmede ya da çıkmada yardıma ihtiyaç duyar. Banyonun tamamen yaptırılması gerekir	
GİYİNME	(1pn) Dolap ve çekmecedeki kıyafetlerini ve dışarıda giyeceklerini alıp önünü kapama da dahil tamamen giyer. Ayakkabılarını bağlamada yardım alabilir.	(0pn) Giyinmede yardıma ihtiyaç duyar ya da tamamen giydirilmesi gerekir.	
TUVALET YAPMA	(1pn) Tuvalete gider, oturur, kalkar; kıyafetlerini düzenler, genital bölgesini yardım almadan temizler.	(0 pn) Tuvalete gitme veya kendini temizlemede yardıma ihtiyaç duyar ya da sürgü veya oturaklı iskemle kullanır	
BİR YERDEN BİR YERE GİTME	(1 pn) Yardım almadan yatağa girip çıkar, sandalyesine oturup kalkar. Mekanik transfer cihazları kabul edilebilir.	(0pn) Yataktan sandalyeye hareket etmek için yardıma ihtiyaç duyar veya tamamen başkası tarafından götürülmesi gerekir.	
KONTİNANS	(1pn) Defekasyon ve urinasyon üzerinde tam kontrolün olması.	(0pn) Mesane veya barsak işlevleri kısmen ya da tamamen inkontinandır.	
BESLENME	(1pn) Tabaktan yiyeceği ağzına yardımsız götürür. Yemeğin hazırlanması başkası tarafından yapılabilir.	(0pn) Beslenme için kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duyar ya da parenteral beslenme gerektirir.	

(Anketimiz bitmiştir, tekrar teşekkür ederiz.)

EK-5. ETİK KURUL RAPORU

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
10/09/2014	14/95	KA14/253

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünde görev yapmakta olan Hmş. Hatice Kübra ÖZCAN tarafından yürütülecek olan KA14/253 nolu ve "Jineonkolojik hastalarda kemoterapi tedavi süresi içerisinde meşguliyet terapisinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



- Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Katılmadı (Kongrede)

- Prof. Dr. Araş PİRAT

Katılmadı (Kongrede)

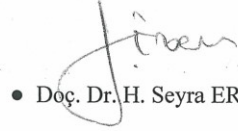
- Prof. Dr. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU



- Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU

Katılmadı (Hillik Tzine)

- Prof. Dr. Neslihan ARHUN



- Doç. Dr. H. Seyra ERBEK

- Öğr. Gör. Dr. Rifat V. YILDIRIM

ASLI GİBİDİR





1993

Başkent Üniversitesi

**Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu**

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65
Faks : 0312 221 37 59
arastirma@baskent.edu.tr

Sayı: 94603339 / 18-050.01.08.01-876
Konu: Proje onayı

11/09/2014

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Müdürlüğünüzde görev yapmakta olan Hmş. Hatice Kübra ÖZCAN tarafından yürütülecek olan KA14/253 nolu "Jineonkolojik hastalarda kemoterapi tedavi süresi içerisinde meşguliyet terapisinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10/09/2014 tarih ve 14/95 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

EA

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Liliyer Taşbilek).

EK-6. ÖLÇEK İZİN BELGESİ

Kimden: Ömer Aydemir (soaydemir@yahoo.com)
Gönderme tarihi: 23 Ağustos 2014 Cumartesi 11:28:00
Kime: Hatice Kübra Yurdakul (kubraoz86@hotmail.com)

Merhaba Kübra,
Tez çalışmada HAD ölçeğini kullanmandan memnuniyet duyarım, başarılar dilerim.
Ömer Aydemir

From: kübra özcan <kubraoz86@hotmail.com>
Date: Sat, 23 Aug 2014 10:48:38 +0000
To: soaydemir@yahoo.com<soaydemir@yahoo.com>
Subject: merhaba hocam

Selamlar Ömer Hocam;
İnternette mail adresinizi buldum. Ben Kübra Özcan, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Şu anda tez aşamasındayım onkoloji hastaları ile ilgili yapacağım tezimde izniniz olursa sizin hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinizi kullanabilirmiyim? Saygılarımla..

EK-7. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
ADI SOYADI	Hatice Kübra YURDAKUL
DOĞUM TARİHİ	29.05.1986
DOĞUM YERİ	Adana
MEDENİ HALİ	Evli
UYRUĞU	T.C.
TEL	(0507)8659585
E-MAİL	kubraoz86@hotmail.com
EĞİTİM	
LİSE	Keçiören Kalaba Lisesi
LİSANS	Başkent Üniversitesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İNGİLİZCE	YDS: 44 (2013)