

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KANSERLİ HASTALARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK
VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE
DEPRESYON VE ÖZ-DUYARLIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
MUHAMMET BİLEN

İSTANBUL-2020

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KANSERLİ HASTALARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK
VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE
DEPRESYON VE ÖZ-DUYARLIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
MUHAMMET BİLEN

DANIŞMAN
DOÇ.DR. FİLİZ ARSLAN

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Başlığı : Kansерli Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Depresyon ve Özduyarlık Düzeylerinin İncelenmesi

Tez Sahibi : Muhammet BİLEN

Sınav Tarihi : 06/07/2020

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Prof.Dr. Gülçin BOZKURT (İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa)
Tez danışmanı:	Doç. Dr. Filiz ARSLAN(Yeditepe Üniversitesi)
Üye:	Prof. Dr. Şenay UZUN(Yeditepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun . 29/07/2020 tarih ve 2020/07-32 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 07.08.2020

İmza:

 Muhammet BİLEN

İTHAF

Bu tez çalışmasını yaşam boyu desteklerini sürekli arkamda hissettiğim babam Şefki BİLEN' e, annem Evşen BİLEN' e, abim Sezer BİLEN' e ve kısa süre içerisinde gelişimime büyük katkısı olduğunu düşündüğüm değerli hocam Doç. Dr. Filiz ARSLAN' a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübeleriyle beni doğru yönlendiren, göstermiş olduğu iyi niyet, destek ve anlayışından dolayı değerli hocam Doç. Dr. Filiz ARSLAN' a,

Lisansüstü eğitime başlamamda bana destek olan ve yol gösteren Prof. Dr. Hediye ARSLAN' a,

Eğitimime ve gelişimime büyük katkıda bulunan Prof. Dr. Şenay UZUN' a teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ABSTRACT	xii
ÖZET.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kanser.....	4
2.1.1.Kanserin Tanımı.....	4
2.1.2.Kanserin Etiyolojisi	4
2.1.3.Kanserin Epidemiyolojisi.....	6
2.1.4.Kanserden Korunma ve Erken Tanı.....	7
2.1.5.Tanı ve Evreleme.....	7
2.1.6.Tedavi.....	8
2.1.6.1.Radyoterapi.....	9
2.1.6.2.Kemoterapi	9
2.1.6.3.Kök Hücre Tedavisi.....	9
2.1.6.4.Hormonal Tedaviler.....	10
2.1.6.5.Cerrahi Yöntemler.....	10
2.1.6.6.Biyolojik tedaviler.....	10
2.1.7.Kanserin Psikososyal Yönü.....	11
2.1.7.1.Kanser Tanısı Sırasında Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	11

2.1.7.2.Kanser Tedavisi Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	13
2.1.7.3.Hayatta Kalma ve Remisyon Döneminde Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	14
2.1.8.Kanser ve Depresyon.....	14
2.1.8.1.Kanser Hastalarında Depresyon Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	14
2.1.8.2.Depresyon Prevalansı ve Kanserde Depresyon Prevalansı.....	16
2.1.8.3.Kanserde Depresyon Belirtileri.....	18
2.1.8.4.Kanserde Depresyon Yönetimi.....	18
2.2.Öz-duyarlık Kavramının Tanımı.....	20
2.2.1.Öz-duyarlığın İlişkili Olduğu Kavramlar.....	21
2.2.2.Öz-duyarlığın Bileşenleri.....	22
2.2.3.Öz-duyarlık ve Depresyon.....	23
2.3.Kanser ve Hemşirelik.....	23
2.3.1.Psikososyal Bakım Nedir?.....	24
2.3.2.İyi Bir Psikososyal Bakım Nasıl Olmalıdır?.....	24
2.3.3.Kanserli Hastanın Psikososyal Bakımında Hemşirenin Rollerini.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1.Araştırmanın Tipi.....	35
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.3.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	35
3.3.2.Araştırmaya Alınmama Kriterleri.....	36
3.4.Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.5.Veriler Toplama Yöntemi ve Araçları.....	36
3.5.1.Kanser Hastalarına Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu.....	36
3.5.2.Öz-duyarlık Ölçeği Formu.....	37
3.5.3.Beck Depresyon Ölçeği Formu.....	37
3.6.Araştırmanın Uygulanması.....	38
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
4.BULGULAR.....	40
5.TARTIŞMA.....	52

6.SONUÇLARVE ÖNERİLER.....	67
6.1.Sonuçlar.....	67
6.2.Öneriler.....	69
7. KAYNAKLAR.....	70
8. EKLER.....	85
Ek-1.Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza Formu)	86
Ek-2.Kanserli Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu.....	88
Ek-3.Öz-duyarlık Ölçeği Formu.....	90
Ek-4.Beck Depresyon Ölçeği Formu.....	92
Ek-5.Etik Kurul Kararı.....	95
9.ÖZGEÇMİŞ.....	96



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1.Kanser Gelişmesini Etkileyen Faktörler

Tablo 2.2.Kanserde Depresyon Prevalansı

Tablo 4.1.Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 4.2.Kanserli Hastaların Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 4.3.Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.4.Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.5.Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.6.Kanserli Hastaların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.7.Kanserli Hastaların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.8. Kanserli Hastaların Öz-Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalamalarının Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.9.Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.Bilişsel Davranışçı Terapinin Uygulaması

Şekil 3.1.Araştırmanın Uygulama Akış Şeması



KISALTMALAR LİSTESİ

M.Ö- Milattan Önce

RNA- Ribo Nükleik Asit

DSÖ- Dünya Sağlık Örgütü

MRI- Magnetic Resonance İmaging

WHO- World Health Organization

ICD- İnternational Classification of Diseases

SNOMED- Systematized Nomenclature of Medicine

caBİG- Cancer Bioinformatics Gris

NCCN- National Comprehensive Cancer Network

TNM- Tümör-Lenf Nodu-Metastaz

DNA- Deoksiribo Nükleik Asit

SSRI-Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TCA-Trisiklik Antidepresanlar

MAOI-Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

MBRS-Farkındalık Temelli Stres Azaltma

KİT-Kemik İliği Transplantasyonu

ABSTRACT

Bilen M. (2020). Analysing Depression and Self-compassion Levels of Patients with Cancer Depending on Some of Their Sociodemographic and Disease-related Attributes, Yeditepe University Graduate School of Health Sciences, Department of Nursing, Postgraduate Thesis. Istanbul

The disease reality begins with the birth of man, and this struggle continues until his death. Cancer, one of the most common diseases today; It was first named by Hippocrates as 460-377 "carcinoma" or "carcinoma" before Christ. Until recently, cancer was considered only as a physical disease and treatment was applied in that direction. However, today, one of the important factors in the fight against cancer is considered as the mental health dimension. The first symptoms that occur in an individual who encounters cancer in any period of his life are mental breakdown, hopelessness and depressive symptoms. The prevalence of depression after the individual is diagnosed with cancer is expressed with a rate of 40% rather high. Therefore besides the cancer treatment applied to the individual, the importance of managing the negative mental state is remarkable. In recent studies, the concept of self-compassion to combat depression is remarkable. It is stated that the level of self-compassion, which is one of the factors that the mental well-being is related, has a very high effect on the well-being. It is a concept that strengthens the positive dimensions of mental health such as self-compassion, happiness, peace and optimism and improves the mental well-being of the individual. Being able to approach depressive symptoms that impair mental health with the concept of self-compassion makes the individual feel happier and supports more sensitive behavior towards himself. Studies have shown that individuals with depressive symptoms have not experienced self-compassion before and self-compassion disappears when they experience mental disorders. Individuals with high self-compassion have high levels of happiness and optimism. In addition, these people have a positive mental state. However, self-compassion is of great importance for preventive mental health. It is seen that self-compassion is a predictor of mental health and individuals with high compassion show low anxiety, depression and high social connectedness. Thus, negative emotions are transformed into more positive emotions that help the individual to adopt actions that will change himself and his environment in effective and appropriate ways. The aim of this study is to investigate the levels of depression and self-compassion in patients with cancer according to some sociodemographic and disease-related descriptive characteristics, and to determine the relationship between depression and self-compassion. The

sample of the study consisted of 100 patients between the ages of 22-65 who applied to the treatment in a private foundation university hospital in Istanbul between 29 February and 05 May 2019 with the diagnosis of cancer in the hospital's oncology, chemotherapy, bone marrow transplantation service. The data of the study were collected with "Introductory Information Form for Cancer Patients", "Self-compassion Scale Form" and "Beck Depression Scale Form". Data; In SPSS 20.0 program, descriptive statistical analyzes (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum value) were evaluated using 95% confidence interval ($p < 0.05$) and significance level using Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Variance Analysis. As a result of this study, the patients participating in the research; self-compassion levels of married people according to marital status were statistically significantly higher than singles ($p < 0.05$), the self-sensitivity levels of those who are in the first stage according to the stage of the disease, those who think that their lives have changed according to the pre-diagnosis, those who think that they will overcome this process in relation to the future, and those who feel happy and peaceful before and after the diagnosis are statistically significantly higher than other groups ($p < 0.05$), Those who think that there is a family history of cancer history, those who spend 91 days or more according to the time of diagnosis have a statistically significant high depression level ($p < 0.05$), and those who think there is a difference in their pre-diagnostic life are worried according to their future thoughts. According to the person who meets self-care needs, those who are met by the family, those who are unhappy and anxious before the cancer and the current situation, those who are in the 4th stage according to the disease stage are statistically significantly higher ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically significant, negative and high level relationship between beck depression scale mean and self-sensitivity scale mean. In this context, the nurses working with cancer patients are informed about increasing the self-sensitivity levels of patients, emphasizing the importance of this subject in undergraduate education in order to reduce depression levels by supporting the patients' self-sensitivity levels, and routine self-sensitivity levels in order to raise awareness for increasing the self-sensitivity of cancer patients. the same study including self-sensitivity and depression levels, families, single people, those with stage 4 cancer, since the self-sensitivity levels of those who have negative feelings about cancer process are low, it may be recommended to pay special attention to these groups, which are especially at risk in practice.

Keywords: Self-compassion, depression, cancer, nursing

ÖZET

Bilen M. (2020). Kanserli Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Depresyon ve Öz-duyarlık Düzeylerinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

İnsanın doğumu ile birlikte hastalık gerçeği başlar ölümüne kadar bu mücadele devam eder. Günümüzde en yaygın görülen hastalıklardan olan kanser; ilk kez Hipokrat tarafından M.Ö. 460-377 ‘‘karkinoma’’ veya ‘‘karkinos’’ olarak adlandırılmıştır (1). Kanser yakın döneme kadar sadece fiziksel bir hastalık olarak kabul edilip o yönde tedavi işlemi uygulanmaktaydı. Fakat günümüzde kanserle mücadelede önemli faktörlerden biri de ruh sağlığı boyutu olarak kabul edilmektedir. Yaşamının herhangi bir döneminde kanserle karşılaşan bireyde ilk ortaya çıkan bulgular ruhsal çöküntü, umutsuzluk ve depresif semptomlardır (2). Bireyin kanser tanısı aldıktan sonra depresyonun ortaya çıkma prevalansı %40 gibi oldukça yüksek bir oranla ifade edilmektedir (4). Bu nedenle bireye uygulanan kanser tedavisinin yanı sıra olumsuz ruhsal durumu yönetmenin önemi dikkat çekmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda depresyonla mücadele öz-duyarlık kavramı dikkat çekmektedir. Ruhsal iyilik durumunun ilişkili olduğu faktörlerden öz-duyarlık düzeyinin, iyilik hali üzerindeki etkisinin oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (6). Öz-duyarlık, mutluluk, huzur, iyimserlik gibi ruh sağlığının olumlu boyutlarını güçlendiren ve bireyin ruhsal iyilik halini geliştiren bir kavramdır (7). Ruh sağlığını bozan depresif bulgulara öz-duyarlık kavramı ile yaklaşabilmek bireyin daha mutlu hissetmesini sağlamakta ve kendine karşı daha duyarlı davranış göstermesini desteklemektedir. Yapılan araştırmalar depresif semptomlar gösteren bireylerin daha önce öz-duyarlık deneyimlemediklerini ve ruhsal bozukluk yaşadıkları durumlarda öz-duyarlığın ortadan kalktığını ortaya koymuştur (8). Öz-duyarlıkları yüksek olan bireylerin mutluluk ve iyimserlik düzeyleri yüksektir. Ayrıca bu kişiler, pozitif ruhsal duruma sahiptirler (10). Bununla birlikte, öz-duyarlık koruyucu ruh sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Öz-duyarlığın akıl sağlığının bir yordayıcısı olduğu ve yüksek öz-duyarlığa sahip bireylerin düşük anksiyete, depresyon ve yüksek sosyal bağlılık gösterdiği görülmektedir (11). Böylece olumsuz duygular bireyin etkili ve uygun yollarla kendini, çevresini değiştirecek eylemleri benimsemesine yardımcı olan daha olumlu duygulara dönüştürülmektedir. Bu araştırmanın amacı kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi, depresyon ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin

belirlenmesidir. Araştırmanın örneklemini, İstanbul’da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde 29 Şubat- 05 Mayıs 2019 tarihleri arasında hastanenin onkoloji, gününbirlik kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu servisinde kanser tanısı alarak tedaviye başvurmuş 22-65 yaş aralığındaki 100 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri ‘‘Kanser Hastalarına Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu’’, ‘‘Öz-duyarlık Ölçeği Formu’’ ve ‘‘Beck Depresyon Ölçeği Formu’’ ile toplanmıştır. Veriler; SPSS 20.0 programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer), Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılarak %95’lik güven aralığında ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan hastaların; medeni duruma göre evli olanların öz-duyarlık düzeylerinin bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), hastalık evresine göre 1. evrede olanların, tanı öncesine göre yaşantısının değiştiğini düşünenlerin, gelecek ile ilgili olarak bu süreci aşacağını düşünenlerin, tanı öncesi ve sonrası süreçte kendini mutlu–huzurlu hissedenlerin diğer gruplara göre öz-duyarlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), ailede kanser hikâyesi bulunma durumuna göre olanların, tanı alma süresine göre tanıdan itibaren 91 gün ve üstünde zaman geçenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek depresyon düzeyinin olduğu ($p<0,05$), tanı öncesi yaşantısına göre fark olduğunu düşünenlerin, gelecek ile ilgili düşüncesine göre endişeli olanların, öz-bakım ihtiyacını karşılayan kişiye göre ailesi tarafından karşılananların, kanser öncesi ve şimdiki duruma göre mutsuz ve endişeli olanların, hastalık evresine göre 4. evrede olanların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), beck depresyon ölçeği puan ortalaması ile öz-duyarlılık ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda kanser hastaları ile çalışan hemşirelerin, hastaların öz-duyarlık düzeylerini artırmaya yönelik bilgilendirilmesinin sağlanması, hastaların öz-duyarlık düzeyleri desteklenerek depresyon düzeylerinin azaltılması amacıyla lisans eğitiminde bu konunun öneminin vurgulanması, kanserli hastaların öz-duyarlılığının artırılmasına yönelik farkındalık yaratmak için öz-duyarlık düzeylerinin rutin olarak ölçülmesinin sağlanması, öz-duyarlık ve depresyon düzeylerinin aileleri de içerecek şekilde aynı çalışmanın tekrarlanması, bekârların, 4. evre kanseri olanların, kanser süreci ile ilgili olumsuz duyguları fazla olanların öz-duyarlık düzeyleri düşük olduğundan uygulamada özellikle risk altında olan bu gruplara yönelik özel dikkat sarf edilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Öz-duyarlık, depresyon, kanser, hemşirelik

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanın doğumu ile birlikte hastalık gerçeği başlar ve ölümüne kadar da bu mücadele devam eder. Tarih öncesi çağlardan günümüze kadar insanlık tarihi birçok hastalıkla karşılaşmış ve bu hastalıklara karşı o dönemin şartlarına göre tedavi ve bakım eylemini sürdürmüştür. Kanser hastalığı ilk kez Hipokrat tarafından M.Ö. 460-377 tarihleri arasında ‘‘karkinoma’’ veya ‘‘karkinos’’ olarak adlandırılmıştır (1).

Kanser yakın döneme kadar sadece fiziksel bir hastalık olarak algılanıp o yönde bir tedavi işlemi uygulanmaktaydı. Fakat günümüzde kanserle mücadele en önemli faktörlerden birinin de ruh sağlığı boyutu olduğu kabul edilmektedir. Yaşamının herhangi bir döneminde kanserle karşılaşan bireyde ilk ortaya çıkan bulgular ruhsal çöküntü, umutsuzluk ve depresif semptomlardır (2).

Bu dönemde bireye uygulanan kanser tedavisinin yanı sıra olumsuz ruhsal durumu yönetmenin önemi dikkat çekmektedir. Birey bu dönemde ona gerçek anlamda destek olacak kişilere ihtiyaç duyar. Yapılan araştırmalar ruhsal desteğin kanserli bireylerin hastalıkla baş etme yeteneğini önemli ölçüde arttırdığı, iyi oluş yaşantısını ve umudunu yükselttiğini göstermektedir (3).

Günümüzde ruhsal sorunlar ele alındığında en önemli bulgu depresif semptomlardır. Bireyin kanser tanısı aldıktan sonra depresyonun ortaya çıkma prevalansı %40 gibi oldukça yüksek bir oranla ifade edilmektedir (4). Kanser tanısı almış bireyde depresyonun önlenmesine veya tedavi edilmesine yönelik uygulanacak girişimler kişinin hastalığa karşı baş etme yeteneğini arttırmakta ve tedaviye uyumunu desteklemektedir (5).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda depresyonla mücadele öz-duyarlık kavramı dikkat çekmektedir. Ruhsal iyilik durumunun ilişkili olduğu faktörlerden öz-duyarlık düzeyinin, iyilik hali üzerindeki etkisinin oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (6).

Öz-duyarlık, mutluluk, huzur, iyimserlik gibi ruh sağlığının olumlu boyutlarını güçlendiren ve bireyin ruhsal iyilik halini geliştiren bir kavramdır (7). Ruh sağlığını bozan depresif bulgulara öz-duyarlık kavramı ile yaklaşabilmek bireyin daha mutlu hissetmesini sağlamakta ve kendine karşı daha duyarlı davranış göstermesini desteklemektedir. Yapılan araştırmalar depresif semptomlar gösteren bireylerin daha önce öz-duyarlık

deneyimlemediklerini ve ruhsal bozukluk yaşadıkları durumlarda öz-duyarlılığın ortadan kalktığını ortaya koymuştur (8).

Bu araştırmalar derinlemesine incelendiğinde kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde öz-duyarlılığın artırılmasına yönelik destekleyici müdahalelerin ruhsal açıdan iyileşme sağlayabileceği elde edilen en önemli sonuçlardandır (9).

Öz-duyarlık ve kişilik özellikleri arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Öz-duyarlığın olumlu ruhsal sağlık değişkenlerinin (bilgelik, kişisel girişim, merak ve keşif, mutluluk, iyimserlik) pozitif ve negatif duygu ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öz-duyarlıkları yüksek olan bireylerin mutluluk ve iyimserlik düzeyleri yüksektir. Ayrıca bu kişiler, pozitif ruhsal duruma sahiptirler (10). Bununla birlikte, öz-duyarlık koruyucu ruh sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır. Öz-duyarlığın akıl sağlığının bir yordayıcısı olduğu ve yüksek öz-duyarlığa sahip bireylerin düşük anksiyete, depresyon ve yüksek sosyal bağlılık gösterdiği görülmektedir (11). Böylece olumsuz duygular bireyin etkili ve uygun yollarla kendini, çevresini değiştirecek eylemleri benimsemesine yardımcı olan daha olumlu duygulara dönüştürülmektedir.

Depresif semptomlar gösteren bireylerde öz-duyarlığın artırılmasına yönelik girişimlerde hemşireye düşen rol büyüktür. Hemşireler diğer sağlık personeline göre hasta ve hasta yakınlarıyla daha çok iletişime girmektedir. Bu sebeple kanser tanısı alan hastaya hastalığı ile ilgili eğitim vermek, tedavi ve potansiyel yan etkiler hakkında bilgi vermek ile yükümlüdür. Hemşirelerin eğitim rolünü kullanarak bireylere ruhsal ve sosyal sorunları hakkında tanımlama yapmalı ve hastalıkla baş etmeleri konusunda destekleyici eğitimler vermelidir (12). Kanserle mücadele eden hastaların çoğunlukla bilgiye ve desteğe gereksinim duymaktadır ve bu süreçte özellikle onkoloji ünitesinde özelleşmiş hemşirelerin hastalara destek olmaya istekli olduklarını ve hastaların yaşadıkları sıkıntılar hakkında daha fazla bilgi toplamayı istediklerini vurgulamaktadır (4,5). Bu dönemde hastaların depresif semptomlarını belirlemek (umutsuzluk, kaygı, stres vb.) ve bu yönde konulacak hemşirelik tanılarıyla hastanın baş etme gücünü arttırmak büyük önem taşır. Hastalığın öz-duyarlık düzeyini yükseltmeye yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri ile bireyin kendine karşı duyarlılığını arttırmak, kendini toplumdan izole etmesini önleyip kendine karşı yargılayıcı tavrını düzeltmek mümkündür. Bunun sonucunda bireye sunulan hemşirelik bakımı ile hastalığa karşı bilinçli bir tutum sergilemesini sağlamak hemşirenin bu yöndeki en büyük hedefi olmalıdır. Bireyin tanı aldığı andan itibaren sağlanacak

yakın gözlem ve uygulanacak hemşirelik girişimleri ile ruhsal açıdan iyilik halini sağlamak mümkündür (13).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, öz-duyarlık düzeyinin farklı popülasyonlarda pek çok değişkenle ilişkisine bakılmasına karşın (6,9,10,11), Türkiye’de hemşirelik alanında bu konuda herhangi bir çalışma yapılmadığı, kanser hastaları üzerinde bu konuda çalışma olmadığı ve kanser hastalarının depresyon düzeyi ile ilişkisini araştıran herhangi bir çalışma olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda Türk toplumunda kanser hastalarının depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesinin, bu kültüre ilişkin sonuçları ortaya çıkararak çalışma alanında etkin bir yaklaşım geliştirilmesine yol göstereceği değerlendirilmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi, öz-duyarlık ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmadan elde edilen bulgular, kanserli hastaların hastalıkla başetmeleri ve psikolojik sıkıntılarının giderilmesi için destek sağlamada hemşirelere yol gösterecek ve hastaların öz-duyarlık becerilerinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

1.3.Araştırma Soruları

Araştırmaya ilişkin sorular aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

1. Kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
2. Kanserli hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Kanserli hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Kanser hastalarının öz-duyarlık puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser

Tarihsel olarak MÖ 3000 yıllarından itibaren kanserin var olduğu ve sık görüldüğü belirtilmektedir. İlk kez Hipokrat tarafından M.Ö. 460-377 tarihleri arasında ‘‘karkinoma’’ veya ‘‘karkinos’’ olarak adlandırılmıştır (1).

Bir organizmadaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünüp, çoğalıp birikmesi ile kanser ortaya çıkmaktadır (14).

2.1.1.Kanserin Tanımı

Kanser DNA hasarının neden olduğu genetik bozukluklar sonucunda normal hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve büyümesi ile oluşmaktadır. Bu kontrolsüz hücrelerde proliferasyon, apoptoz ve anjiyogeneze süreçleri de farklılaşmaktadır (14). Kanser hücreleri benign ya da malign yapıda olabilirler. Benign kanser hücreleri bulundukları ortamda gelişen, başka bir dokuya invaze olmayan ya da metastaz yapma eğilimi taşımayan hücrelerdir. Bu hücreler malign hücrelere göre daha yavaş büyümektedirler. Malign kanser hücreleri ise daha çabuk gelişen, geliştikleri dokunun etrafına invaze olan ve yayılma eğilimi gösteren hücrelerdir(14).Kanser hücreleri yaşamları boyunca çoğalma sinyalleri oluşturmaları, büyümelerini baskılayacak etkenlerden kaçınmaları, metastaz yapmaları ve invaze olmaları gibi özelliklerini destekleyen moleküller salgılamaları ile kendi mikro-çevrelerini yaratma, yeterli besin ve oksijen elde etmek için anjiyogenezi uyarma ve hücre ölümünden (apoptoz) kaçınma eğilimindedirler (14).Tüm bu süreçlerin temelinde DNA’nın doğru eşleşmemesi sonucu gelişen mutasyon yer almaktadır ve bu mutasyonların gelişmesini kişisel, çevresel ve kimyasal faktörler etkilemektedir (15).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi

Son zamanlarda ülkemizde ve dünyada ortaya çıkan veya değişime uğrayan birçok etken kanser oluşumunda önemli ölçüde artışa neden olmuştur. Kanseri oluşturan etiyolojik faktörler incelendiğinde iç etkenler ve dış etkenler olarak ikiye ayrılır. Kanseri gelişmesi ile ilişkili ve gelişmesini etkileyen faktörler tablo 2.1’de açıklanmıştır (1).

Tablo 2.1. Kanser Gelişmesini Etkileyen Faktörler**İÇ ETKENLER**

Yaş	Kanserde ölümlerin yaşanmasının yaş ile doğru orantılı olarak arttığı ve en sık 45-64 yaş arasında görüldüğü tespit edilmiştir
Cinsiyet	Ağız, larenks, özafagus, rektum, mide ve akciğer kanserleri erkeklerde daha sık görülürken, tiroid, meme ve uterus kanserleri kadınlarda daha sık görülür. Kadınların kansere yakalanma oranı erkeklere göre daha yüksekken, kansere bağlı ölüm oranı erkeklerde daha yüksektir.
Kalıtım	Mide, meme, kolon, rektum, cilt, uterus, retinablastoma, lösemi, burkitt lenfoma meningiomalarda, akciğer kanserlerinde, çocuk beyin tümörlerinde ve sarkomalarda genetik geçiş oranı diğer kanser türlerine göre 2 kat artmaktadır.
İrk	Mide kanseri Japonya’da daha fazla görülürken, prostat over ve göğüs kanseri Amerika’da daha fazla görülür. Güney Afrika’da kanser görülme oranı düşüktür. Zencilerde kanser görülme oranı beyazlara göre daha fazladır.
Hormonal Sistem	Kesin olarak kanıtlanmasa da fazla salgılanan östrojen hormonunun uterus kanserine neden olduğu tahmin edilmektedir.
Bağışıklık	Çeşitli nedenlerle immun sistemi bozulmuş veya hasara uğramış kişilerde kansere yakalanma oranı daha yüksektir.
Ruhsal Gerilim (Stres)	Stres, anksiyete gibi ruhsal, işsizlik ve baskı gibi toplumsal nedenlerin, sinir sisteminin ve immün sistemin dengesini bozarak kansere neden olduğu düşünülmektedir.

DIŞ ETKENLER

Coğrafik ve Bölgesel Etkenler	Kanser türleri çevre ve toplum alışkanlıkları ve değişik etkenlerle dünyanın çeşitli bölgelerine özgün hale gelmiştir. Hindistan ve Gine’de betel yaprağı çiğnenmesine bağlı ağız ve dudak kanseri, Güney Doğu Asya’da epstein barr virüsüne bağlı nazofarenks kanseri, Japonya’da aşırı tuzlu balık tüketimine bağlı mide kanseri, Türkiye’de Erzurum ve çevresinde aşırı sıcak çay içilmesi alışkanlığına bağlı olarak özofagus kanseri, İç ve Doğu Anadolu’da direkt güneş ışığına bağlı deri kanseri daha sık görülmektedir.
Beslenme Bozukluğu (Kötü Beslenme Alışkanlıkları)	Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu bozulan immün sistem, besinlerle alınan nitrit ve nitratların, tatlandırılmış yiyeceklerin, kızarmış yağların, küllenmiş bazı yiyeceklerin kansere yol açtığı kanıtlanmıştır.

Tablo 2.1. Kanser Gelişmesini Etkileyen Faktörler(devamı)

İlaçlar	Tıbbi görüntülemede kullanılan bazı kontrast maddeler, isoniozid, nitrojen mustard gibi ilaçlar, kemoterapotik ajanlar ve bazı radyoizotopların kansere yol açtığı bilinmektedir.
Radyoaktivite (<i>X ışınları, radyasyon</i>)	Radyasyon kansere neden olan en önemli fiziksel faktörlerdendir. Maden işçilerinde akciğer kanseri sık görülür. Kaplıca gibi tesislerde çalışanlarda fazla radon solunumundan ötürü yine akciğer kanseri, tanı işlemlerinde yararlanılan radyasyonun ve ultraviyole ışının tiroit, cilt ve beyin kanseri riskini arttırdığı kanıtlanmıştır.
Kimyasal Maddeler	Bazı kimyasal maddelerin doğrudan kanserojen etki gösterdiği gibi, bazıları da vücutta bazı enzimler aracılığı ile kanserojen maddelere dönüşürler. Ağır metaller, petrol yan ürünleri, tekstil sektöründe kullanılan maddeler bunlardan bazılarıdır.
Sigara-Alkol alışkanlıkları ve	Sigara kullanma süresi, miktarı ve başlama yaşı ile akciğer kanseri arasındaki ilişki kanıtlanmıştır. Alkol kullananlarda ağız boşluğu kanserleri kullanmayanlara göre iki kat fazladır
Cinsel yaşama ilişkin özellikler	Cinsel yaşama erken başlayanlarda ve çok sayıda ilişkide bulunan kadınlarda uterus kanseri görülme sıklığı daha fazladır. Hiç doğum yapmamış kadınlarda, 3 ve daha fazla doğum yapan kadınlara göre Serviks kanseri görülme oranı daha azdır.
Virüsler ve Kanserojen Parazitler	Sigil, molloscum contagiosum, adenoviruslar, RNA virüslerinin, Epstein-Barr virüsünün, Herpes Simplex tip 2 antikorlarının insanda değişik türde kanserlere neden olduğu bilinmektedir.

2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi

Erken tanı ile tedavi edilmediğinde ölüm oranı yüksek olan kanser dünyanın en ciddi sağlık sorunları arasında kalp hastalıklarından sonra 2. sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2018’de kanser vakaları en büyük hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almış ve her 6 ölümden birinin kanser nedeni olduğu tespit edilmiştir. 2017 yılında dünyada yaklaşık 18,1 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkarken, 9,6 milyon kişi de kanserden yaşamını yitirmiştir (17). Türkiye İstatistik Kurumu Mayıs 2017 verilerine göre, Türkiye’de her 5 ölümden 1’i kanser nedeniyle olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde; erkeklerde akciğer ve prostat kanserleri, en sık görülen kanser türleriyken, kadınlarda meme kanserleri ve kolorektal kanserler daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, erkeklerde akciğer, mide ve

karaciğer kanserleri sık görülürken, kadınlarda meme kanserleri ve servikal kanserler daha sık görülmektedir (18).

2.1.4.Kanserden Korunma ve Erken Tanı

Kansere bağlı morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve kanser taramalarının düzenli olarak doktor kontrolünde yapılması gerekmektedir. Kanserden korunmada en önemli etken kansere neden olan değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolünün sağlanmasıdır (19). Bu amaç doğrultusunda sağlıklı bireylerin;

- Tütün kullanımının önlenmesi veya bırakması,
- Alkol kullanımının kısıtlanması,
- Topluma sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması,
- Düzenli fiziksel aktivite yapılması,
- Ülke politikaları ile çevresel kanserojenlere maruziyetin (radyasyon, hava kirliliği, yetersiz sanitasyon vb.) engellenmesi ve çevre güvenliğinin sağlanması,
- Ailesinde kanser hikâyesi olan bireyler için genetik tarama programlarının oluşturulması ve gerektiğinde koruyucu ilaçların kullanımına başlanması önerilmektedir (20).

Kanserde erken tanı ile mortalite oranı ciddi düzeyde azaltılabilmektedir. Çoğu zaman hiç belirti ve bulgu vermeyen kanser türü rutin taramalar veya herhangi bir doktor kontrolü sırasında ortaya çıkabilmektedir. Kanserın erken tanısında bireyin kendine duyarlı olmasının, fizyolojik olarak herhangi bir farklılık tespit ettiğinde ileri tetkik ve tarama için hastaneye başvurmasının tedavi sürecinde kanserle mücadeleyi kolaylaştırdığı belirtilmektedir (19,20).

2.1.5.Tanı ve Evreleme

Kanserın varlığını tespit etmek için tümörün tipine göre farklı radyolojik incelemeler (mamografi, akciğer filmi, bilgisayarlı tomografi, MRI, pet, vb), tümör marker çalışmaları (pap smear, iğne aspirasyonu), histopatolojik incelemeler (biyopsi, bronkoskopi, gastroskopi, kolonoskopi) yapılmakta ve bu incelemelerde anormal bulgu saptanırsa tanı biyopsi ile kesinleştirilmektedir (21).

Kanser tanısı kesinleşen bireyde uygun tedaviyi seçebilmek için ‘evrelendirme’ yapılmaktadır. Evrelendirme işleminde, tarama testlerinden elde edilen bulgular incelenerek kanserin yerleşimi, boyutları tespit edilmekte ve lenf yoluyla veya kan dolaşımı yoluyla metastaz varlığı incelenmektedir (21).

Birçok evrelendirme yöntemi vardır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) histolojik tümör sınıflandırması için oluşturduğu “World Health Organization Classification of Tumors”, yine WHO’ nun oluşturduğu morfoloji ve topografik olarak numerik sınıflama ve kodlama sistemi olarak kullanılan “WHO International Classification of Diseases for Oncology (ICD-0), The Center for American Progress’in oluşturduğu tümör sınıflama sistemi olan “Systematized Nomenclature of Medicine” (SNOMED), American Joint Committee on Cancer’in oluşturduğu “Collaborative Stage Data Collection System”, Ulusal Kanser Enstitüsü’nün oluşturduğu “The Cancer Bioinformatics Grid” (caBIG), Amerikan Radyoloji Koleji’nin oluşturduğu “American College of Radiology” bunlardan bazıları olarak bilinmektedir.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Birbirine benzer prognoza sahip hastaların tedavilerini listeleme ve analiz için oluşturduğu tümör (T), lenf nodu (N) ve metastaz (M) durumlarının değerlendirildiği TNM evrelendirme yöntemi en çok kullanılan yöntem olarak dikkat çekmektedir. Evre/prognostik gruplar olarak ayrılarak derece sınıfları oluşturulan, kanserin şiddetine göre I’den IV’e kadar Romen rakamları ile derecelendirilmektedir. Evre I genellikle küçük, daha az derin invaziv, metastaz yapmamış negatif lenf nodu ile karakterize kanseri tanımlarken, evre 2-3 evre 1’e göre daha büyük tümör dokusu veya nodal yayılımı, evre 4 ise tanı anında metastaz olan hastaları tanımlamaktadır. Bunlara ek olarak evre 0, metastatik potansiyeli olmayan tümör dokusunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Elde edilen tümör dokusu evresine göre uygun tedavi yöntemi seçilmektedir (22).

2.1.6.Tedavi

Kanserin tedavisinde radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi en sık başvurulacak yöntemler olmakla birlikte, kök hücre tedavisi, hormon terapisi ve biyolojik yöntemlerin kullanılması gibi farklı yaklaşımlar da diğer yöntemlere destek olacak şekilde birlikte veya tek başına kullanılabilir. Kanser tedavilerinin seçilmesinde, kanser tipi, evresi, tedavinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları ve kanserin bireye özgü özellikleri dikkate alınmaktadır.

Bu nedenle aynı kanser nedeniyle tedavi edilen kişilerde kullanılan tedavi yöntemleri ve özellikleri farklılık gösterebilmektedir (21).

2.1.6.1.Radyoterapi

Kanser hücrelerini iyonizan ışınlar vasıtasıyla büyümesini durdurmaya veya öldürmeye yönelik uygulanan tedavi yöntemidir. Radyoterapinin uygulanma amacı, öldürülmek veya büyümesi durdurulmak istenen kanser hücreleri üzerine maksimum etki göstererek sağlıklı hücrelere minimum hasarı vermektir (21).

Belirli bir lokalizasyon hedef alınarak yapılabilmesinin yanı sıra, tüm vücut hedef alınarak da uygulanabilmektedir. Hastalığın tipine veya hastaya göre farklı yöntemler uygulanabilmektedir (1,2). Üç Boyutlu Konformal Radyoterapi (Three Dimensional Conformal Radiotherapy-3D-CRT), Konformal Proton Işın Radyasyon Terapi (Conformal Proton Beam Radiation Therapy), Yoğunluk Aracılı Radyoterapi (Intensity Modulated Radiotherapy-IMRT), Görüntü Rehberliğinde Radyoterapi (Image Guided Radiotherapy-IGRT) gibi çeşitleri vardır (21).

2.1.6.2.Kemoterapi

Kemoterapi uygulanmasının amacı kanser hücreleri üzerinde kemoterapötik ajanlar kullanarak yıkıcı etki göstermektir, sitotoksik anti-neoplastik ajanlar bu tip tedavide sık kullanılmaktadır. Kemoterapi uygulamaları esnasında verilen ilaçlar alkilleyici ajanlar, kortikosteroidler, anti metabolitler, anti tümör antibiyotikler, mitotik inhibitörler ve topoizomeras inhibitörlerdir. Bu ajanlar ile DNA'nın normal aktivitesini hasara uğratarak yeni bir kanser hücresinin oluşması, mevcut kanser hücresinin gelişmesi, yayılması gibi anormal faaliyetleri engellemek amacıyla uygulanmaktadır (23).

Kemoterapi, cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek amacıyla neoadjuvan tedavi şeklinde uygulanabildiği gibi cerrahi girişim sonrasında veya cerrahi girişimden bağımsız olarak da uygulanabilmektedir (21). Yapılan araştırmalar sonucunda lösemi ve lenfoma gibi kanser türlerinde çok etkili bir tedavi yöntemi olduğu kanıtlanmıştır.

2.1.6.3.Kök Hücre Tedavisi

Kök hücre yapı ve görev olarak diğer hücrelerden farklıdır. Normal bir yetişkin hücrenin aksine kendini bölünerek yenileyebilir. Embrionik kök hücreler ve embriyonik olmayan kök hücreler olmak üzere iki tipi vardır. Kendinin yenileyebilme özelliğinden faydalanılarak hücre

bazlı tedavilerde, rejeneratif tıpta, ilaç geliştirmede ve kanser tedavisinde aktif bir şekilde kullanılmaktadır (24). Bu amaçla, tedavide kullanılacak kök hücrelerin hastalık cinsine göre farklı özelliklerinden faydalanılmaktadır. Bunlar, istenen hücre tipine dönüşebilme, transplantasyon sonrası konak hücrede sağ kalma ve işlevini yerine getirirken evre doku ve organlara hasar vermeme olarak adlandırılmaktadır (24,21).

2.1.6.4.Hormonal Tedaviler

Hormonlar canlı vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya ihtiyaa göre dışarıdan alınabilen kimyasal maddelerdir. Üretim veya dışarıdan alınma sonrası moleküller dolaşıma girip endokrin sinyaller oluşturur ve organların çalışmasını kontrol eder. Hormonlar bazı kanserlerin tedavisinde ilaç olarak kullanılabilir. Bunlar genelde meme, prostat ve endometriyum kanserleridir. Bu ilaçlar etki mekanizması olarak kemoterapiye benzeseler de kullanılış amacı vücudun doğal metabolizmasında bulunan hormonun hücreye bağlanması ve kanser hücrelerinin büyümesini engellemektir (21).

2.1.6.5.Cerrahi Yöntemler

Cerrahi tedavi kemoterapi veya radyoterapi ile birlikte kullanılabilir gibi, tek başına da kullanılabilen yaygın bir yöntemdir. Gelişme döneminde olan kanserlerin engellenmesinde profilaktik olarak veya metastaz olmayan durumlarda kanserli dokunun vücuttan çıkarılmasında çok sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlıklı dokulara zarar vermeden kitleyi çıkarmanın mümkün olmadığı durumlarda kitlenin çıkarılması mümkün olan parçasını çıkartarak işleme devam etmeden önce kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin ktlmesi tercih edilebilmektedir (25,21).

Konvansiyonel teknikler dışında vücut iini özel bir skopi sistemi ile görüntüleyerek daha küçük yara izi ve komplikasyona neden olan laparoskopik cerrahi, soğuk problar veya sıvı azotun kullanıldığı ve dokuları dondurarak öldüren kriyo cerrahi, yüksek yoğunluklu işınların kullanıldığı lazer cerrahi, yüksek frekanslı elektrik akımının kullanıldığı elektro cerrahi gibi çeşitli teknikler sayesinde birçok başarılı cerrahi işlem sıklıkla uygulanmaktadır (21).

2.1.6.6.Biyolojik tedaviler

Biyolojik tedavide amaç biyolojik maddeler kullanılarak kanserin gelişmesinin önlenmesi veya tedavi edilmesidir. Monoklonal antikorlar, kanser aşıları, anti tmrojenikler (kanserin büyümesini engelleyiciler), anti anjiyojenikler (kan damarlarının büyümesini

engelleyiciler), interferonlar, interlökinler ve gen terapileri biyolojik tedavinin alt grupları olarak sınıflandırılabilir (26).

2.1.7. Kanserin Psikososyal Yönü

Hastalık, her bireyin hayatının herhangi bir döneminde başına gelebilen önemli bir yaşam deneyimidir. Hastalık deneyimine karşı her birey farklı tepkiler göstermekte, hastalık ve tedavi süreci çok ağır olmasa da bireyler bu durumdan etkilenmektedir. Kanseri gibi uzun süreli tedavi gerektiren ve yaşamı tehdit eden bir hastalığın hasta üzerindeki etkileri çok daha yoğun olabilmektedir (27). Kanseri, yaşamı tehdit eden bir hastalık olması, uzun ve zor tedavi süreçleri gerektirmesi ve bireyin yaşamında önemli değişikliklere neden olması boyutları ile psikolojik ve sosyal sorunların görülme riskini arttıran hastalıklar arasında kabul edilmektedir (27,28). Kanseri tanısı almış hastalarda, hastalık süreci boyunca psikososyal sorunlar gelişme olasılığı yüksektir. Toplumda var olan, kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğu inancı da hastaların yaşadığı problemleri artırmaktadır. Hastalar kanserin ortaya çıkardığı duygusal değişiklikler ve psikososyal ihtiyaçlarla baş edemez duruma geldiğinde artık duygusal değişiklikler ve psikososyal ihtiyaçlar, psikososyal sorunlara dönüşmektedir (29).

Psikososyal sorunlar kanseri tanı ve tedavi sürecinin farklı aşamalarında farklı derecelerde yaşanabilmektedir. Kanseri hastasında stresin en yoğun yaşandığı zamanlar; tanı anı, tedavi uygulaması öncesi, relaps ve tedavinin başarısız kaldığı dönemler olarak dikkat çekmektedir.

2.1.7.1 Kanseri Tanısı Sırasında Yaşanan Psikososyal Sorunlar:

Kanseri bulunduğu yere göre çeşitli şikâyetlere neden olmaktadır. Bu şikâyetlerle hastaneye başvuran hastalar, başka birçok hastalık tanısı alabilecekken, “kanser” tanısıyla karşılaştığında psikolojik bir travma yaşarlar. Bu travma kişiyi gündelik gerçekliğinden çıkarıp olumsuz düşüncelere sürükler ve bunun sonucunda normalde yaşayabileceğinden daha fazla duyarlılık, gerginlik, panik durumu ve yoğun duygusal tepkiler yaşarlar.

Genellikle hastaların verdiği ilk duygusal tepki şok ve inanmamadır. Kubler-Ross’un 5 aşamalı modeline göre, ölümcül bir hastalık tanısı alındıktan sonra hastalar, yaklaşmakta olan kayıplarına beş tepki gösterme eğilimindedir; bu genellikle inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve sonunda kabullenmedir (30). Bu aşamalar birbirinin içine geçmiş bir şekilde ya da önceki aşamaya dönüşlerle ilerleyebildiği gibi bazı hastalar ve yakınları bu aşamaların sadece birkaçını

yaşayabilirler. Bununla birlikte bu 5 aşamanın kayıp ve yas sürecini yaşayan insanların en yaygın deneyimledikleri aşamalar olduğu bilinmektedir (30).

İnkâr aşamasında hastalar kendilerini şok olmuş veya sersemlemiş ve durumlarının gerçekliğini kavramakta zorlanmış hissedebilirler. Hastalar “gerçek gerçeklik” yerine “tercih edilebilir” bir gerçeklik içinde yaşamayı seçerler. Yaklaşmakta olan ölüm gerçeğini kuşku ile karşılayarak inanmama yaşamın adil olmadığını düşünme, ya da tanrının varlığını sorgulama gibi duygular yaşarlar. Fakat inkâr, bu dönemde kişinin üzüntüsüyle başa çıkmasına ve hayatta kalmasına yardımcı olur. Durumu tamamen kabullenerek üzüntüye kapılmak yerine, onu inkâr ederek mevcut durumun ortaya çıkarabileceği olumsuz etkileri azaltır (30,27).

Öfke aşamasında tercih edilen gerçeklikten çıkarak “gerçek gerçeklik” durumunu kavrayan hastalara öfke duygusu yerleşebilir ve “neden ben?”, “hayat adil değil!” gibi düşünceler gelişebilir. Kişi, bu durumu anlaşılmaz bulur ve manevi inancı güçlüyse artık, Tanrıya olan inancını sorgulamaya başlayabilir. "Tanrı nerede? Beni neden korumadı?" gibi sorular sormaya başlar. Öfke doğal bir cevaptır ve geçicidir. Kişi öfkesinin hiçbir zaman geçmeyeceğini düşünse bile, azalarak kaybolur. Öfke, kişiyi gerçeğe geri döndüren ve normal yaşantıya bağlayan bir cevaptır. İyileşme sürecine atılan adımı kolaylaştırır (30).

Bir sonraki tepki olan pazarlık aşaması kişi için sahte umuttur. Bu aşama aynı zamanda suçluluk ve pişmanlık duygularını içinde barındıran geçmişini değiştirme isteğini de içerebilir (örneğin: Eğer 6 ay önce doktora gitseydim kanser daha erken tespit edilebilirdi, kendime daha iyi bakabilseydim kansere yakalanmazdım gibi). Bu suçluluk duygusu kişiyi çeşitli pazarlıklar ve anlaşmalar yapmaya iter. Ölümü ertelemek için yenilenmiş bir yaşam tarzı karşılığında Tanrı ile anlaşma yapmaya çalışabilirler (30).

Depresyon aşaması hastalarda üzüntünün en yoğun yaşandığı dönemdir. Kişi sonun kaçınılmaz olduğunu kabul edip kendini izole edebilir. Karamsar düşüncelere sahiptir ve normalde olduğu kişiden çok farklı görünebilir. Dünya'ya olan bağlılığını bitirebilir ve yalnızlığı tercih edebilir (30).

Son tepki olan kabul aşaması depresyon aşamasındaki gibi "kanserden öleceğini bilerek kahrolmak" anlamına gelmez. Bu aşamada kişi hastalığa yenik düştüğünü ve öleceğini bilir, bu iyi bir şey değildir ama bu fikri yine de kabullenir. Hayatta yaşamaya değer bir şeyler olduğunu düşünür. Bu aşama kesin olarak uyum sağlama ve yeniden uyum sağlama aşamasıdır. Bu aşamada, duygular dengelenmeye başlar ve kişi gerçekliğe adım atar. Kişi hastalığa yenik

düştüğü gerçeğiyle başa çıkar. Çok yoğun bir üzüntü vardır fakat kişi iyi günlerin sürekli sürmediği gerçeğini bildiği gibi kötü günlerin de sürekli devam etmeyeceğini bilir. Bu aşamada sosyal yaşantıya, işe geri dönebilir ve yeni gerçek yaşama daha güçlü başlanabilir (30).

Kübler Ross'un kayıp ve yasa yönelik kişilerin yaşadıklarını belirttiği tepkiler dışında kanser hastaları birçok psikososyal sorun yaşayabilmektedir. Bu sorunlara hastaların verdiği şok, inanmama, inkâr, kaygı, isyan ve depresif tutum gibi bazı tepkiler belirli düzeyde normal (uyuma yönelik) kabul edilirken aşırı inkâr, ölümün kaçınılmaz olacağını düşünerek tedaviyi reddetme gibi bazıları normal dışı (uyumu bozan) tepkiler olarak kabul edilmektedir (31).

2.1.7.2.Kanser Tedavisi Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlar:

Tedavi sürecinde yaşanan psikososyal sorunlar hastalığa uygulanan tedavi yöntemlerine göre (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi vb.) değişiklik gösterebilir.

Cerrahi tedavi sonrası beden imajı değişikliğine bağlı kayıp düşüncesi, komplikasyon riskine karşı korku, endişe, hafif düzeyde anksiyete gelişebilir (31).

Radyoterapi uygulanacak hastalarda ışın etkilerine karşı korku gelişebilmekte ve radyoterapi sürecinde ortaya çıkan (iştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik, kilo kaybı) fiziksel sorunlara karşı beden imajında bozulma düşüncesi, içe kapanma, yaşama bağlılıkta azalma gibi psikososyal sorunlar gelişebilir.

Kemoterapi sırasında yine yan etkilere ve beden imajında değişiklik düşüncesine bağlı korku, kaygı, izolasyona eğilim ve hafif depresif durum görülebilir.

Tedavi esnasında görülen hafif düzeyde korku, beden imajında bozulma düşüncesi, kısmi içe kapanma, hafif depresif görüntü normal (uyuma yönelik) kabul edilirken, uzamış kaygı, güvensizlik, sürekli gerginlik durumu ve ilerleyen depresif bulgular normal dışı (uyumu bozan) tepkiler olarak kabul edilmektedir (31).

Tedavi sonrasında ise hastalar genellikle psikososyal sorunlardan kurtulma dönemine girerler. Normal yaşama dönüşün ilk döneminde tedavi sırasında görülen psikososyal sorunların şiddeti azalarak tanı öncesi yaşama kısmi dönüş başlar. Bazı hastalarda nüks korkusu görülebilir ve bu normal bir tepki (uyuma dönük) olarak kabul edilir. Tedavi sırasında karşılaşılan psikososyal sorunlarla baş edemeyen bireylerde ise, korku, kaygı, inkâr, şok, inanmama ve depresyon devam eder ve bu tepkiler normalin dışında (uyumu bozan) kabul edilir (31,32).

2.1.7.3.Hayatta Kalma ve Remisyon Döneminde Yaşanan Psikososyal Sorunlar:

Kanser hastalarında hayatta kalma ve remisyon dönemi; tedavi sürecinin tamamlanmasının ardından başlayarak ölüme kadar devam eden süreci kapsar. Genellikle tedavinin tamamlanmasının ardından psikolojik olarak toparlanma süreci başlar. Hastalıkla ilgili daha fazla bilgi sahibi olma ve araştırma isteği uyanan hasta edinilen yanlış bilgilerle kendi korkusunu tetikleyebilir ve yaşanan en küçük sorunda nüks düşüncesi ile yeni bir arayış içine girebilir. Başkalarına bağımlı olma düşüncesi, benlik saygısının azalması, terk edilme kaygısı, yalnızlık, geleceğe dair bilinmezlik korkusu, hastalığa bağlı endişeler, kişisel yas ve ölüm korkusu gelişebilir. Tüm bu durumlarla baş edemez duruma gelen hastalar geleceğe dair tüm ihtimalleri kabullenme ve durgunluk durumuyla karşı karşıya kalabilir. Bu tepkiler belirli düzeyde kaldığında, normal (uyuma yönelik) kabul edilirken, depresyon, anksiyete, deliryum, tablosu normal dışı (uyumu bozan) tepkiler olarak kabul edilir (33,31). Tanı, tedavi, hayatta kalma ve remisyon dönemlerinin herhangi birinde görülen ve normal dışı (uyumu bozan) kabul edilen psikososyal sorunlar hastalarda anksiyete, kaygı bozuklukları ve depresyon gibi major psikososyal sorunların oluşumunu tetikleyebilir (32,31,33). Kanser tanısı alan bireyde depresyon ortaya çıkma prevalansı %40 gibi oldukça yüksek bir rakamla ifade edildiğinden bu dönemdeki psikososyal sorunlar arasında depresyon oldukça dikkat çekmektedir (4).

2.1.8.Kanser ve Depresyon

Depresyon bireyin kendini yoğun bir üzüntü içinde hissettiği, yaşama olan duygusal bağlılığının azaldığı ve gelecekle ilgili mutlu ve iyimser duyguların yerini karamsar düşüncelere bıraktığı uyku sorunu, iştah kaybı ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi fizyolojik bozukluklar da yaratabilen ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun ortaya çıkmasında genetik, biyokimyasal ve çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinirken kanserli hastalarda depresyonun ortaya çıkmasında endojen faktörler, psikososyal faktörler, nörobiyolojik ve hormonal faktörler, hastalık ve tedaviyle ilişkili faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir. Bu faktörler tek başına depresyon oluşumunda yeterli olabileceği gibi birden çok faktörün birleşmesiyle de depresyon görülebilmektedir (35).

2.1.8.1.Kanser Hastalarında Depresyon Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Endojen Faktörler: yaş, genetik ve cinsiyet dikkat çekmektedir. Yaş durumuna bakıldığında ortalama 20 ile 50 yaş arasında görülmekte, çocukluk ve yaşlılık döneminde depresyonun görülme olasılığı daha düşük olmaktadır. Kanserli hastalar üzerinde yapılan

araştırmalara göre kadın olma depresyon için bir risk etmeni olarak görülmekte ve kadınlarda depresyon oranının erkeklere oranla 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (36,37). Genetik faktörler açısından çalışmalar devam etmektedir. Çevre ile karmaşık etkileşimler nedeniyle güçlü çalışma sonuçlarına ulaşamadığı ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu literatürde belirtilmekle birlikte daha önce depresyon tanısı almış kişilerin birinci derece akrabalarında depresyon görülme olasılığının normal kişilere göre 2-3 kat yüksek bulunması genetik yapının etkisini ortaya koymaktadır (38). Qiaolan Liu ve arkadaşlarının depresyon ve yaş ilişkisi üzerinde yaptığı bir araştırmada 60-69 yaş arasındaki erkeklerde depresyon görülme olasılığının 60 yaşından küçük erkeklere göre 1,25 kat arttığını ve kadınlarda bu oranın 1.08 olduğunu bildirmiştir (39). Shapiro'nun depresyon üzerine yaptığı bir araştırmada, tek yumurta ikizi iki kardeşten biri depresyonda ise diğer kardeşte de depresyon görülme olasılığı %65 olarak bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde bu oran %14'tür (40).

Psikososyal faktörler; psikolojik travma, başa etme gücünde yetersizlik, kişiler arası ilişkilerde bozukluk, yetersiz maddi durum, aile baskısı depresyon oluşumunu tetiklemektedir. Bekâr olmanın erkekler için bir depresyon sebebi olduğu belirtilirken evli olma durumunun kadınlarda depresyon için risk etmenlerinden biri olduğu belirtilmektedir. İşsizlik ve buna bağlı olarak düşük sosyoekonomik durum da yine depresyona sebep olan etmenler arasında sıralanmakta ve bu durumun kadınlarda daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (41). Bireyin sosyal çevresinden almış olduğu güvenli ve tutarlı sosyal destek depresyon için koruyucu unsurdur. Yapılan araştırmalarda stresli yaşam olaylarının depresyon ile yakın ilişkili olduğu belirlenmiştir. Depresyon görülme olasılığı, stresli yaşam olaylarına maruz kalmayan kişilerde %0,5 olarak belirlenirken, sürekli stresli yaşam olaylarıyla karşılaşan bireylerde %6,2 olduğu bildirilmektedir (42,43).

Nörobiyolojik ve hormonal faktörler; norostransmitter değişiklikleri, stres hormonlarının düzeyinin artması, immünolojik değişiklikler, hipotroidizm olarak sıralanmaktadır. Hastalık ve tedaviyle ilişkili faktörler ise; prognoz ve hastalığın evresi, işlevsellikte kısıtlanmalar, beden imajının bozulması, kronik ağrı, metastaz, ilaçlar ve yan etkileri ile ilişkili faktörlerdir.

Depresyona neden olan birçok kimyasal madde tanımlanmaktadır. Bir araştırmada depresyon tanısı alan hastaların %40'ının depresyona neden olabilen en az bir ilaç aldığı gösterilmiştir. Sağlıklı bireyde kortizol hormonu sabah saatlerinde en yüksek seviyeye ulaşır

akşama doğru giderek düşerken, depresyonlu hastaların %50'sinde kortizol düzeyinin öğleden sonra ve akşam en yüksek seviyeye ulaştığı bilinmektedir (44).

2.1.8.2. Depresyon Prevalansı ve Kanserde Depresyon Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütünün 2017 yılında yayımladığı rapora göre, dünyada 322 milyon depresyonlu kişi olduğu ve bu oranın son 10 yılda %18 arttığı, bu sayısının dünya nüfusunun %4,4 ünü kapsadığı bildirilmiştir. Yine aynı rapora göre Türkiye nüfusunun %4,5'inin(3,260,677 kişi) depresyonda olduğu belirtilmiştir (45). Gelişmiş ülkelerde depresyonlu kişilerin %50'sinin tedavi için kliniğe başvurduğu bu oranın gelişmemiş ülkelerde %10'un altında olduğu bildirilmiştir (46).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009-2012 döneminde, 12 yaş ve üstü Amerikalılarda yapılan araştırmada depresyon prevalansı %7,6 olarak bulunmuştur. Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 yılında 18 yaş ve üstü Amerikalılarda yapılan araştırmada depresyon prevalansı %6,7 olarak bulunmuştur. Uluslararası istatistiklere bakıldığında yetişkinlerde depresyon prevalansı oranları İngiltere % 2,9 Hollanda % 2,0 İsveç % 5,0 Nijerya % 1,6 olarak bulunmuştur (47).

Kanser ve depresyon prevalansına ilişkin çalışmalar incelendiğinde Bottomley, Valente ve arkadaşlarının çalışmasında kanser hastalarının %25'nin hastalığının herhangi bir döneminde majör depresif bozukluk geçirebileceğini belirtilmiştir. Tokgöz ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %22 bulunmuştur (48). Hastanede yatan kanser hastalarında depresyon sıklığını belirlemek için yapılan çalışmalar sonucunda, hastaların %8-30'unda major depresyon, %18-25'inde orta derecede depresyon ve %14'ünde hafif depresif semptomlar gözlenmiştir (34).

Jane Walker ve arkadaşlarının 21151 hasta üzerinde kanser ve depresyon prevalansını araştırmak için yaptıkları çalışmada depresyon görülme sıklığının en yüksek olduğu kanser türünün akciğer kanseri olduğu ardından sırasıyla jinekolojik kanserler, meme kanserleri, kolorektal kanserler ve genitoüriner sistem kanserlerinin geldiğini bildirmiştir (49). Kanser ve depresyon prevalansına ilişkin bazı çalışmalar tablo 2.2. de verilmiştir.

Tablo 2.2. Kanserde Depresyon Prevalansı

Yazar ve Tarih	Araştırma Konusu	Örneklem	Sonuç
Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, et al. 2014	Depresyon	Çeşitli türde kanser hastaları	Hastaların %8-24' inde depresyon görüldüğü, bu hastaların %9-21' inde tanıdan bir yıl sonra, %14-27'sinde ise tedavi sırasında depresyon ile karşılaşıldığı bildirilmiştir.
Arden-Close E, Gidron Y, Moss- Morris R.2008	Psikolojik distres	Over kanserli hastalar	Hastaların %21-25'inde depresyon, %47'sinde anksiyete olduğu bildirilmiştir.
Laird BJA, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. 2009	Depresyon ve kanser ağrısı	Çeşitli türde kanser hastaları	Hastalaradaki kanser ağrısıyla birlikte depresyon prevalansının %36,5 olduğu bildirilmiştir.
Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, et al. 2013	Depresyon	Çeşitli türde kanser hastaları	Anksiyete prevalansının %17,9 depresyon prevalansının ise % 11,6 olduğu bildirilmiştir.
Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S ve ark.1995	Depresyon	Çeşitli türde kanser hastaları	Anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi ve kanserle mücadeleyi olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir
Ateşçi F, Oğuzhanoğlu N, Baltalarlı B,ve ark.2003	Psikiyatrik bozukluklar	Çeşitli türde kanser hastaları	Erken dönemde olan kanser hastalarının %28,7'sinde psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir.
Aydoğan Ü. Doğaner Y. Borazan E. Ve ark.2012	Depresyon ve anksiyete ile başa çıkma tutumlarının ilişkisi	Çeşitli türde kanser hastaları	Kanserli hastalarda Depresyon ve anksiyete yaygınlığının %29-47 arasında saptandığı bildirilmiştir.

2.1.8.3. Kanserde Depresyon Belirtileri

Depresyonun en yaygın belirtileri çökkünlük, yaşamdan zevk almama, sosyal izolasyon ve öz yargılamadır. Bu belirtilerin birçoğu normal bir insanın hayatının herhangi bir döneminde yaşayabileceği bulgulardır. Bu belirtilerin depresyon varlığını düşündürmesi için kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve işlevselliğini bozacak düzeyde olması gerekmektedir (50). Beck depresyon belirtilerini 3 sınıfta ele almıştır. Bunlar duygusal, fiziksel ve bilişsel belirtilerdir.

Duygusal belirtiler

Depresyon ilk olarak kişinin duygudurumunu ve düşünce yapısını etkilemektedir (51). Kişinin duygudurum ve düşünce yapısının etkilenmesi bireyin olayları ve durumları yanlış yorumlamasına neden olmaktadır (52). Duygudurum ve düşünce yapısındaki değişiklikler keder, memnuniyetsizlik, hiçbir şeyden tatmin olmama, artan ağlama süresi, mutsuzluk olarak ifade edilmektedir.

Fiziksel belirtiler

Fiziksel belirtiler kişinin fiziksel ve sosyodemografik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Depresyonun derecesine göre beslenme bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsel fonksiyonda değişiklikler, kaygı, yorgunluk, nefes almada güçlük gibi belirtilerin şiddeti de değişiklik gösterebilmektedir (53).

Bilişsel belirtiler

Depresyonlu kişilerde fiziksel ve duygusal belirtilerin yanı sıra bilişsel bulgular da görülebilmektedir. Kişinin düşüncesi, motivasyonel durumu, hayata bakış açısı gibi bilişsel kavramlar da depresyona bağlı olarak değişebilmektedir (51). Bu bilişsel değişiklikler, kendini değersiz görme, olumsuz düşünceler, sürekli özeleştiri, kendini suçlama, karar vermede güçlük, motivasyon bozuklukları ve intihar eğiliminin artması olarak dikkat çekmektedir (53).

2.1.8.4. Kanserde Depresyon Yönetimi

Depresyon, yüksek prevalansa sahip olması, tedavi sürecinin uzun olması ve kolay kronikleşebilen bir hastalık olması nedeniyle çok yönlü ele alınarak tedavi edilmesi gereken bir durumdur (54). En yaygın kullanılan tedavi yöntemleri farmakolojik ve psikolojik tedavidir. Bu yöntemler depresyon durumuna göre tek başına kullanılabileceği gibi birlikte de kullanılabilmektedir (55,56).

Psikolojik Tedavi

Psikolojik tedavi genellikle mevcut olumsuz ruh halinin iyileştirilmesine yönelik müdahale şeklinde gerçekleşmektedir. Hastanın kötü yaşam alışkanlıkları, bozulmuş rol fonksiyonları ve ölümle ilgili endişeleriyle başetme gücünü artırmak için; önceki baş etme becerilerinin anlaşılması, kendine değer vermesinin sağlanması ve duygusal kontrol yeteneğinin geliştirilmesine yardımcı olmak tedavinin temelini oluşturmaktadır (55,56).

Hastaların katı bakış açısına sahip olması, esnek olamaması, yardım istemede isteksiz olması ya da inkâr mekanizmasını aşırı kullanmasını içeren zayıf baş etme becerilerine sahip olup olmadıklarını tespit etmenin tedavide büyük önem taşıdığı bilinmektedir. Hastaların gelecekleri hakkındaki düşüncelerinin gerçekle uyumsuz olduğunu görmelerine ve baş etme yöntemlerini değiştirmelerine yardımcı olmanın, kaygı ve depresif duyguların yoğunluğunu azalttığı bilinmektedir (55,56).

Farmakolojik Tedavi

Depresyon tedavisinde ilaç kullanımı, son zamanlarda yapılan farmakolojik çalışmalar sonucu ilaç çeşitliliğinin artması ve kısa sürede etkin tedavinin sağlanabilmesi nedenleriyle artmaktadır. Farmakolojik tedavi özellikle orta ve ağır düzeyde depresyonda tercih edilmektedir (57). Farmakolojik tedavi ile genellikle 2-6 hafta arasında belirgin iyileşme sağlanmaktadır.

Araştırmalar, depresif kanser hastalarının, kanserli olmayan depresif hastalara göre daha düşük dozajlarda ve daha kısa aralıklarla uygulanan tedavilere yanıt verme eğiliminde olduğunu göstermektedir (56).

Antidepresanlar; seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), trisiklik antidepresanlar (TCA), Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) ve diğer antidepresanlar olarak 4 gruba ayrılmıştır ve hastada antidepresan seçimi, semptomların cinsine, süresine, mevcut tıbbi sorunlara bağlı olarak değişebilmektedir (58).

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI): En sık tercih edilen türleri fluoxetine, sertraline, paroxetine, fluvoxamine ve citalopram'dır. Birinci basamak tedavilerde tercih edilmektedir. Genellikle düşük dozda başlanır ve doz arttırılarak tedavi edici doza ulaşılır. Tedavide etkinlik sağlanamadığında başka bir SSRI ile kombine edilerek veya başka bir SSRI türüne geçilerek tedaviye devam edilmektedir. Kanser hastalarında depresyon için birinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır (56).

Trisiklik Antidepresanlar (TCA): En sık tercih edilen türleri amitriptyline, doxepin, imipramine, nortriptyline ve desipramine'dir. Trisiklik antidepresanlar etkili ve ucuz olması nedeniyle geçmişte kanser hastalarında en sık kullanılan ilaçlar olarak dikkat çekerken yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle günümüzde daha az tercih edilmektedir. Ağrıyı azaltan etkisi nedeniyle ağrılı depresyon hastalarında tercih edilebilmektedir (56).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI): En sık tercih edilen türleri phenelzine ve tranylcypromine'dir. Monoamin oksidaz inhibitörleri, artan iştahla birlikte atipik depresyonu olan hastalarda kullanılmaktadır. Ciddi ilaç etkileşimleri ve katı diyet gerektirdikleri için kanserli hastalarda yaygın olarak kullanılmamaktadır (56).

Diğer Antidepresanlar:

Bupropion, yapısal olarak amfetamin ile ilişkili olan ve hafif bir uyarıcı etkiye sahip olduğu düşünülen atipik bir antidepresandır. Kanser hastalarında giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Nefazodon ve trazodon bu ilaçlar hem serotoninin geri alımını inhibe ederek hem de serotonimimetik olarak hareket ederek serotonerjik aktivite gösterirler. Birçok antidepresanın sık görülen bir yan etkisi olan cinsel işlev bozukluğuna neden olmamaktadır.

Mirtazepin mide bulantısı veya gastrointestinal soruna neden olmadığı için kanser hastalarında sık kullanılmaktadır.

Venlafaksin yoğun etkiye sahip olduğu için diğer antidepresanlara cevap vermeyen hastalarda kullanılmaktadır (56).

Yapılan araştırmalar sonucunda antidepresan kullanımının depresyon belirtilerini azalttığı belirlenmiştir. Antidepresan doğru kullanıldığında belirtilerde %20-30 azalma olduğu ve depresif hastaların %70'inin başarılı olarak tedavi edildiği bildirilmiştir (59).

2.2. Öz-duyarlık kavramının tanımı

Ruh sağlığı alanında öz-duyarlık kavramıyla ilgili detaylı ilk çalışmayı Neff 2003 yılında gerçekleştirmiştir. Neff öz-duyarlık kavramını; kişilerin sorunlarına karşı açık olmayı bilmeleri, bu sorunlar ile baş edebilmeyi ve sorunlardan kaçmak yerine onları çözmek için istekli olmaları olarak tanımlamıştır (60). Ayrıca kavram, kişilerin herhangi bir hata yaptıklarında veya bir konuda başarısız olduklarında kendilerine yargılamadan yaklaşmalarını

içermektedir. İnsanın kusursuz olmadığını, hata yapmaya açık bir organizma olduğunu bireyin kabullenmesini ve her koşulda kendine değer vermesini sağlamanın yanında ruhsal sorunlara ilişkin “kendilik” (self) kavramını hedef alarak şefkat duygusunun geliştirilmesini amaçlamaktadır. Kendine daha fazla şefkat gösteren bireylerin, daha yüksek düzeyde mutluluk, ilişkisel bağlılık ve yaşamdan genel memnuniyet ile birlikte daha az utanç, depresyon kaygı ve başarısızlık korkusu, yaşadıkları bildirilmektedir (61).

İnsanlar yaşamları boyunca bir hata ile karşılaştıklarında veya bazı konularda yetersiz kaldıklarında kendilerini acımazsa eleştirme yoluna gitmektedir (60). Neff’e göre insanlar bu gibi durumlarda kendilerini eleştirmektense mükemmel bir varlık olmadığını kabullenip duyarlı bir yaklaşım içerisinde kendine şefkat duymayı alışkanlık haline getirmelidir (61).

2.2.1.Öz-duyarlığın İlişkili Olduğu Kavramlar

Öz-duyarlık ve kişilik özellikleri arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Literatürde öz-duyarlığın olumlu ruhsal sağlık değişkenleri ile (bilgelik, kişisel girişim, merak ve keşif, mutluluk, iyimserlik) anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (63). Öz-duyarlıkları yüksek olan bireylerin mutluluk ve iyimserlik düzeyleri de yüksektir. Öz duyarlıklarının yüksek olmasının getirdiği pozitif ruhsal durumlar, koruyucu ruh sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır. Benzer şekilde, öz-duyarlık ve iyimserlik, uyumluluk, dışa dönüklük, sosyal bağlılık, duygusal zekâ ve kişisel inisiyatif ile özeleştirme ve düşüncüyü baskılama arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (60,62).

Öz-duyarlık düzeyinin düşük olmasının, kişilerin bedenlerinden memnuniyetsizliklerinin, zayıflama güdülerinin ve yeme bozukluğu semptomlarının artması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (64). Kişinin kendini yargılamasının, insanlık için normal kabul edilen bazı durumları normal dışı algılamasına neden olduğu düşünülmektedir. Öz-duyarlılığın geliştirilmesi, bu durumları empati, şefkat ve paylaşılan insanlık duygusu ile buluşturarak olması gerektiği şekilde algılanmasını desteklemektedir (65,60). Öz-duyarlık ile ilgili yapılan araştırmalar; öz-duyarlık düzeyinin artırılması için destek alan kişilerin, genel memnuniyetsizlik, bedensel görüntüsünü beğenmeme ve düşük öz-değer düzeylerinde olumlu yönde değişikliğe neden olduğunu göstermektedir (66).

Ruhsal iyilik halini etkileyen birçok faktör olsada, öz-duyarlığın iyilik halindeki etkisinin oldukça fazla olduğu görülmüştür. Öz-duyarlığın bireyin sadece ruh sağlığını korumakla kalmayıp, ruh sağlığının pozitif kavramlarını da desteklediği görülmektedir. Bireyin

yaşam boyu karşılaştığı olumsuz durumlara öz-duyarlılık ile yaklaşabilmesi; kişinin daha mutlu, huzurlu ve kendine karşı duyarlı bir yaşam sürmesini sağlamaktadır (67).

2.2.2. Öz-duyarlılığın bileşenleri

Neff'e göre öz-duyarlılığı üç temel unsur oluşturur. Bunlar "öz-yargılamaya" karşı "öz sevecenlik", "izolasyona" karşı "paylaşımların bilincinde olma" ve "aşırı özdeşleşmeye" karşı "bilinçlilik" olarak belirtilmiştir (68).

Öz-duyarlılığın ilk bileşeni olan öz-yargılamaya karşı öz-sevecenlik; bireyin kendine empati duygusu ile yaklaşması ve yargılamak yerine kendine sevecen ve nazik bir tavır göstermesidir. Hedefe yönelik beklentilerin karşılanmadığı durumlarda öz-yargılama gerçekleşir ve kişi benliğine zarar verir. Bunun yerine davranışsal gelişimi sağlamak ve deneyim kazanmak için kişinin kendine olumlu yaklaşması, benliğini kuvvetlendirmesi ve öz-sevecenlik davranışını geliştirmesi önerilmektedir (68).

İzolasyona karşı paylaşımların bilincinde olma; bireyin hayatta var olan mutluluk veya hüznün verici olayların yalnızca kendine özgü olmadığının ve diğer tüm insanların bu deneyimler ile yaşamının bir bölümünde karşılaştığının farkında olmasını ifade eder (60). Bu derecede bir farkındalığa sahip olan birey, başarısızlık, hata, pişmanlık gibi durumlarda kendini izole etmek yerine bunu güncel yaşamın bir parçası olarak görür. Bu farkındalık ve deneyimlerin bilincinde olma bireye sosyal yaşantıda ve diğer insanlarla olan bağlantıda destekleyici rol oynar (68).

Özdeşleşmeye karşı bilinçlilik; bireyin yaşamında karşılaştığı hüznün verici olayları kabul etmesine olanak verir fakat bu farkındalık, duyguların etkisinde kalıp yaşamını etkilemesini engelleyen bir farkındalıktır. Martin (1997) bu kavramı; "bireyin dikkatinin herhangi bir bakış açısına bağlı kalmaksızın sakin ve esnek olduğu zamanlarda meydana gelen bir psikolojik özgürlük durumu" (s. 292) olarak tanımlamıştır (69). Bilinçlilik aynı zamanda bireyin hüznün verici ve mutluluk verici duygulanımlarını dengede tutmaya yardımcı olur. Bu duygulanımlara kendini kaptırmasını engeller. Bilinçlilik duyguları yüksek olan bireyler yaşam boyu yaşadıkları deneyimleri doğru-yanlış, mutlu-mutsuz olarak değil olduğu gibi tüm sadeliğiyle kabul ederler (60,62,68).

2.2.3. Öz-duyarlık ve Depresyon

Kanser tanısına genel olarak uyum sağlamaya çalışıldığı, zamanla bedensel sağlığın yitimine duyulan üzüntü ve ölüme ilişkin kaygı gibi nedenlerle klinik düzeyde depresyon geliştiği görülmüştür. Ruh sağlığını bozan semptom veya hastalıklarda öz-duyarlılığı yüksek olan bireyler bu deneyimlere kendini yargılamadan yaklaşmakta, olayı akut ve geçici bir durum olarak kabullenmektedir (2,10). Yakın zamanda yapılan araştırmalarda depresyon, stres, tükenmişlik gibi durumlarda bireye başa çıkma gücü sağlaması özelliği nedeniyle öz-duyarlık kavramı oldukça dikkat çekmektedir. Krieger ve arkadaşlarının depresyonlu hastalarda öz-duyarlık düzeyini araştırdıkları çalışmada; depresyon tanısı almış hastaların hiç depresyonu olmayanlara göre öz duyarlık düzeylerinin daha düşük olduğu ve öz duyarlık ile semptom odaklı sürekli düşünme arasında ters yönde ilişki olduğu, öz duyarlık azaldıkça semptomlar hakkında sürekli düşünmenin arttığı ortaya konmuştur (70).

Kanser hastalarının %25'nin hastalıklarının bir döneminde majör depresif bozukluk geçirebilecekleri öngörülmektedir (71). Bazı izlem çalışmalarında, hastalardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin hastalık süresi uzadıkça arttığı bildirilmektedir. Laboratuvar ortamında yapılan bir çalışmada bireyin ruh sağlığına yönelik yapılan olumsuz bir tehditte öz-duyarlığın bu tehdide karşı tampon görevi gördüğü gözlenmiştir. Depresyon riskine karşı hastaların kendine öz-duyarlık ile yaklaşması, kanserde olumsuz ruhsal yanıtlar gelişmesine karşı bireyi korumaktadır (67). Öz-duyarlığın olumlu bileşenleri olan "öz-sevecenlik", "paylaşımların bilincinde olma" ve "bilinçlilik" düzeylerinin yüksek olması hastaların bu olumsuz deneyime karşı gösterecekleri ruhsal tepkileri azaltmaktadır. Kanser tanısı almış hastaların kendilerine öz-duyarlık ile yaklaşması depresyondan korunmalarında ve olumlu ruh sağlığı değişkenlerini (kişisel girişim, merak ve keşif, mutluluk, iyimserlik, yaşama bağlılık) sürdürmelerinde baş etme gücü sağlamaktadır (68).

2.3.Kanser ve Hemşirelik

Kanserli hastalarda ağrı ve acı çekme korkusu, fonksiyonlarını giderek kaybetme ve bağımlı kalma düşüncesi, beden imajında bozulma ve ölüm korkusu psikososyal destek ihtiyacı doğurmaktadır (2). Yaşamı tehdit altında olan, yaşam kalitesi bozulan ve ölüm korkusu yaşayan hastanın hemşirelik bakımı bu alana özgü bilgi, beceri ve deneyimi gerektirir (67). Hastalar sıklıkla, kanser sürecinde önemli bilgi ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmadığını bildirmektedirler. Kenny ve ark. (2007) tarafından yapılan bir araştırma, kanser teşhisi konan

hastaların %60'ının psikolojik sorunlar nedeniyle büyük zorlukları olduğunu ve sağlık çalışanlarının psikososyal desteği düşünmediklerini ve yeterli iletişim kurmadıklarını bildirmektedir (73). Kanserli hastanın psikososyal bakımı çok önemlidir ve hemşireler bu süreçte merkezi bir rol oynarlar (67).

2.3.1 Psikososyal Bakım Nedir?

Psikososyal bakım, psikolojik, sosyal ve manevi bakımın kültürel açıdan hassas bir şekilde sağlanmasını içerir (74). Hemşireler hastaları desteklemede benzersiz bir rol oynamaktadır; hastalarla iyi iletişim kuran hemşireler hastaların kendilerini nasıl gördüklerini, kendileri için neyin önemli olduğunu ve başkalarıyla olan ilişkilerinin tedavileri sırasında yaşama becerilerini nasıl etkileyebileceğini anlayabilmektedir (75). Bazı durumlarda kanser kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir ve bununla birlikte hasta ve ailesi hastalık süresi boyunca hastanede kalabilmektedir. Bu durum hemşirelerin, hastalara ve ailelerine güven vermeleri ve inisiyatif sağlamaları konusunda en uygun şansı vermektedir. Her hastanın farklı fiziksel ve psikososyal bakım ihtiyacı olduğundan hemşirelerin her hastaya ayrı psikolojik bakım sağlaması tedavinin etkinliğini arttırmaktadır (76). İyi bir psikososyal bakım sağlanmasının hem psikolojik sıkıntıyı hem de fiziksel semptomları azaltarak, başa çıkmayı geliştirerek ve ağrı ve mide bulantısı seviyelerini azaltarak, yaşam kalitesini arttırarak hastane kaynaklarına yönelik taleplerde bir azalma ile hastalar için yararlı olduğu bilinmektedir (75).

2.3.2. İyi Bir Psikososyal Bakım Nasıl Olmalıdır?

İyi bir psikososyal bakımın temelini terapötik bir bakım ortamının ve ilişkinin yaratılması oluşturmaktadır. İletişim; güvene, açık ve dürüst olmaya, anlamaya, saygı göstermeye, empati yapmaya, karşılıklı hedefler koymaya ve sosyal destek sağlamaya yönelik olmalıdır. Bu şekilde kurulan terapötik ilişki, sıkıntı yaşayan kanser hastaları için önemli bir destek mekanizması oluşturmaktadır (77).

Psikososyal bakımda, hemşire sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini kullanır. Sözlü iletişim, hasta ile ilişki kurmak ve sürdürmek, bilgi iletmek, destek sağlamak ve tedavi etmek için çok önemlidir (78). Sözsüz iletişim, sağlık bakımı sağlayıcılarını ifade veya tavır açısından yakından inceleyen hastalara birçok şey ifade etmektedir (79). Hastalar tarafından algılanan sözsüz iletişim; konuşulan gerçek, iyi veya kötü haber kadar değerli kabul edilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin sözsüz iletişime hasta ile kurdukları sözlü iletişim kadar özen göstermeleri gerekmektedir.

2.3.3. Kanserli Hastanın Psikososyal Bakımında Hemşirenin Roller

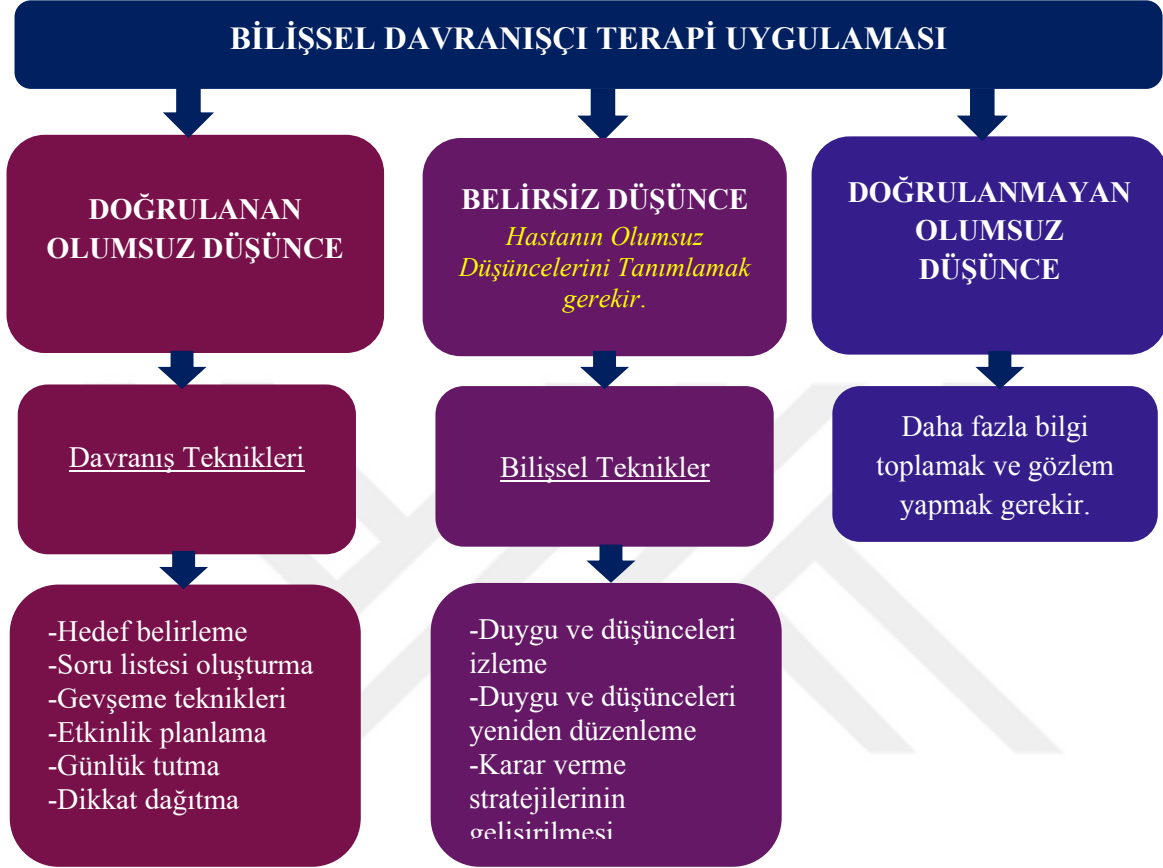
Kanser tanısının konulmasıyla hastada ortaya çıkan psikososyal tepkilerin hepsinin patolojik olarak kabul edilmesinin yanlış olduğu gibi hepsinin normal kabul edilmesi de yanlıştır. Bu neden ortaya çıkan psikososyal tepkilerin multidisipliner olarak ele alınarak psikososyal sorunların önlenmesi/tedavi edilmesi gerekmektedir. Literatüre bakıldığında kanserli hastalarda en sık görülen psikososyal sorunların uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluklar olduğu görülmektedir (80).

Uyum Bozukluğu: Uyum bozukluğu hemşirelik tanısı olarak da kabul edilmektedir ve NANDA tarafından hemşirelik tanıları listesine alınmıştır. Uyum süreci bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasında denge sağlanmasını gerektirmektedir. Bu dengenin sağlanmasında baş etme mekanizmalarının yeterliliği önem taşır ve hasta ve ailesi bu durumla baş etmede güçlükler yaşadığında uyum bozuklukları ortaya çıkabilir (81).

Kanserle karşı karşıya kalan hasta ve ailesi gündelik rutinlerinin dışında bir durum ve ortamla karşılaşmışlardır ve ilk olarak kendilerini güvende hissetme gereksinimi duyarlar. Bu nedenle hemşirelerin hasta ve ailesini yeni duruma uyum sağlamada destekleyici yaklaşımda bulunması gerekmektedir. Destekleyici yaklaşımda amaç uyumu bozan düşünce ve duyguları düzelterek uyuma yönelik baş etme mekanizmaları geliştirmektir (82). Bu dönemde gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri, müzik gibi hemşirelik girişimleri hastanın ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olmaktadır (83). Literatürde kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda müzik, eğitim, grup iletişimleri gibi yaklaşımların baş etme gücünün arttırdığı ve uyum sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (84). Bunun yanında kanserli hastalarda uyum bozukluğuna yönelik bilişsel davranışsal terapinin (BDT) olumlu etkileri dikkat çekmektedir. Carolina'daki bir kanser merkezinde uyum bozukluğu olan 17 kanser hastası üzerinde yapılan çalışmada 6 seans bilişsel davranışçı terapiyle uyum bozukluklarında anlamlı derecede düzelme saptandığı belirtilmiştir (85).

1960'lı yıllarda Ellis'in (ADDT) ve Beck'in (BT) kuramlarıyla birlikte ortaya çıkarak, 1980'li dönemdeki davranışçı terapistlerin bu akımı benimsemesiyle modern boyutuna ulaşan bilişsel ve davranışsal terapinin, bilişsel boyutu zihinsel oyalama, duyguları yeniden çerçeveleme, problem çözme ve karar verme stratejilerini içerirken davranışsal boyutu, davranışsal oyalama, günlük tutma, faaliyetlerin planlanması ve rahatlama tekniklerini içermektedir (85). Kanserli hastada BDT uygulanmadan önce karşılıklı güvene ihtiyaç vardır. Hemşire bu süreçte ilk olarak hastanın hikâyesini anlatmasına olanak tanır. Bu süreç hastanın

düşüncelerinin analiz edilmesine de olanak tanır. Hastanın değiştirmek istediği memnuniyet olmadığı konular ve bunlarla nasıl baş ettiği tespit edilir. Sorunu çözmesinde hastaya destek olunur yol gösterilir ve bu şekilde sorunların üstesinden gelmesi sağlanır (86).



Şekil 2.1. Bilişsel Davranışçı Terapinin Uygulanması

BDT'nin ilk aşaması: 1-2 hafta sürmektedir ve hemşire bu süreçte hastayla eğitim yoluyla iyi bir ilişki kurar hastanın düşünceleri hakkında bakış açısı geliştirir ve kısmen güvenini kazanır. Hastaların baş etme tarzlarını, beklentilerini ve hedeflerini keşfeder (85,86).

BDT'nin ikinci aşaması: 2-3 hafta sürmektedir ve hemşire hastaların mantıksız bilişsel kavramlarını düzeltmek amacıyla anlamlı düşünceler oluşturmayı amaçlar (85,86).

BDT'nin üçüncü aşaması: 3-4 hafta sürmektedir ve hemşire hastada oluşturulan anlamlı düşünceleri pekiştirmeyi amaçlar. Bu şekilde hastanın kendini yönlendirmesi yoluyla daha iyi bir bakış açısına sahip olup uyuma yönelik davranış tarzının güçlenmesi sağlanır (85,86).

Anksiyete Bozukluğu: Bireyin tehdit olarak algıladığı herhangi bir duruma karşı kendini gergin, kaygı dolu veya endişeli hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır. Kısa süreli

tepki olarak kaldığında normal kabul edilirken yoğun ve uzun süreli bir anksiyete, bozukluk olarak kabul edilmektedir. Kanser gibi tehdit olarak algılanan ve uzun uğraşlar gerektiren bir durumda hastaların en sık yaşadığı psikososyal sorunlardan olan anksiyete günlük yaşantının devam ettirilmesine, ilişkilerin sürdürülmesine ve tedavinin yürütülmesine engel olabilmektedir (87).

Belirtileri hafif veya şiddetli olabilir. Bulguları uyum bozuklukları ile benzerlik gösterdiği için bilişsel davranışçı terapi bu hastaların psikososyal bakımında kullanılabilmektedir. Bunun yanında rahatlama teknikleri ve psiko-eğitim de anksiyete bozukluklarının düzeltilmesinde en sık kullanılan yöntemler olarak bilinmektedir (83).

Rahatlama teknikleri: Rahatlama teknikleri diğer tekniklerle birlikte kullanılabilmektedir. Derin nefes egzersizleri, progresif kas gevşetilmesi, yönlendirilmiş görüntüler, meditasyon ve yogayı içermektedir (88).

Progresif kas gevşetilmesi tekniği, çizgili kasların önce kasılmasını sonra gevşetilmesini içeren bir tekniktir. Ayak parmaklarından başlayarak kafaya doğru veya kafadan başlanarak ayak parmaklarına doğru tüm kasların sıra ile kasılıp gevşetilmesi işlemidir (88).

Yönlendirilmiş görüntüler bireyin daha önce deneyimlediği olumlu ortamları, tecrübeleri ve duyguları hayal etmesine yardımcı olacak kelimelerin ve seslerin veya fotoğrafların kullanılması işlemidir (88).

Meditasyon bir refah duygusu elde etmek ve stresi azaltmak amacıyla bireyin kendini rahat hissettiği bir pozisyonda dikkati bir yöne odaklama tekniğidir (88).

Yoga rahatlamaı teşvik etmek için nefes ve duruş egzersizlerinin kullanılması tekniğidir.

Psiko-eğitim: Psiko-eğitim, hasta ve ailelerine, sosyal, biyolojik ve farmakolojik alanlar dâhil çok boyutlu bir bakış açısıyla, hastalıklarının doğasına ilişkin bireysel veya grubu içeren bir program ile hastalara açıklamalar yapılmasından oluşan davranışsal bir tedavi yöntemidir (89). Tüm medikal tedavi yöntemleriyle birlikte destekleyici olarak kullanılabildiği gibi tek başına da uygulanabilmektedir. Almanya’da hastanede yatan 121 hasta üzerinde psiko-eğitimin etkinliğini ölçmeyi amaçlayan çalışmada psiko-eğitim alan hastaların 5.seans sonunda %77’sinin psiko-eğitimi faydalı bulduğu ve kendi rızasıyla katılıma devam etmek istediği sonucuna varıldığı belirtilmektedir (90).

Psiko-eğitim, kanser tedavisine yardımcı olmak için kendi kendine bakım uygulamalarını başlatmak ve sürdürmeyi amaçlamaktadır ve bilgi verme ve alma, endişelerin tartışılması, problem çözme ve başa çıkma becerileri eğitimi ve duygu ifadesinin sağlanması uygulamalarını içermektedir (91).

Bilgi verme ve alma, hastanın hastalık ve tedavi süreci hakkında merak ettiği veya bilmediği tüm bilgilerin hasta ile paylaşılması sürecidir.

Endişelerin tartışılması ise; hastanın mevcut süreçte kaygısını arttıran, huzursuzluğa neden olan tüm duygu ve düşüncelerin tartışılarak bütün olumsuz duyguların giderilmesi ve tedaviye motivasyon sağlanmasını içermektedir.

Problem çözme ve başa çıkma becerileri eğitimi; hastanın problemlerinin sağlık çalışanları tarafından karşılanmasının aksine hastaya destek olarak kendi problemlerini çözmede, ihtiyaçlarını karşılamada ona yol gösterip istek olarak sorunları kendisinin aşmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

Duygularını ifade etmesinin sağlanması; hastanın paylaşmadığı veya paylaşmak için uygun ortamın oluşmadığı duygu ve düşüncelerini uygun ortam sağlanıp karşılıklı iletişim şeklinde dinlenerek duygusal rahatlama yaşamasını içermektedir (92).

Depresif Bozukluklar: Depresif bozukluklar hastanın gelecekle ilgini umudunu kaybedip, yaşama ve hayatta kalmaya olan bağlılığının azalmasına ve bu şekilde tedavinin etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır. Hastanın ruh sağlığının korunması özellikle depresyon riskinden uzak tutulması anksiyetenin, kaygının ve duygusal çöküntünün şiddetini azaltmaktadır (71). Bu nedenle bu hastaların bilişsel davranışçı teknik, rahatlama teknikleri veya psiko-eğitim uygulamalarıyla psikolojik iyilik durumlarının en üst düzeye çıkarılması gerekmektedir (93). Bunun yanı sıra son zamanlarda yapılan çalışmalarla, kanserli hastalarda depresyon düzeyi ile ters yönde ilişkili olan ve kişilere başa çıkma gücü sağlayan öz-duyarlık düzeyinin artırılmasının hastaların olumsuz psikosoyal belirtilerinin giderilmesinde etkili olabileceği ortaya konulmuştur (94,48). Krieger ve arkadaşlarının depresyonda öz-duyarlık düzeyini araştırdıkları çalışmada; depresyon hastalarının hiç depresyonu olmayanlara göre daha az öz duyarlık bildirdikleri ve öz duyarlık ile semptom odaklı sürekli düşünme arasında ters yönde ilişki olduğu, öz duyarlık azaldıkça semptomlar hakkında sürekli düşünmenin arttığı ortaya konulmuştur (95).

Van Dam ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir araştırmada öz-duyarlılığın depresyon belirtilerinin çok iyi bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Başka bir araştırma, depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış hastaların daha önce hiç öz-duyarlık deneyimlemediklerini ya da psikiyatrik bozukluk yaşadıkları sırada öz-duyarlılığın ortadan kalktığını ortaya koymuştur (96). Kanseri hastaları ile yürütülen bir başka çalışmada, düşük öz-duyarlık puanlarının düşük yaşam kalitesi, yüksek depresyon ve stres belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Kanserli Hastanın Öz-duyarlık Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Roller:

Son zamanlarda yapılan çalışmalar hemşirelikte öz-duyarlılığa yönelik bakımın gerekliliğini ortaya koymuştur. Araştırmalar hemşirelik disiplininin her alanında öz-duyarlılığa yönelik bakım açığının kapatılmasına yönelmiş olsa da hemşirelerin uygulama aşamasında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmektedir (97). International Journal of Nursing Studies dergisinin hemşirelikte öz-şefkat ve kişisel bakım hakkındaki editörün makalesinde belirtildiğine göre Dalai Lama; bireyin başkalarına karşı öz-duyarlılığa yönelik davranabilmesi için, öncelikle kendinin öz-duyarlık bilincine sahip olması gerektiğini vurgulamış ve başkalarına bakım vermenin, önce kendine bakım vermeyi gerektirdiğini ifade etmiştir (98).

Şefkat duygusu, birey için hemşirelik mesleğinin seçilmesinde tetikleyici bir faktördür ve hemşirelik bakımının şefkat gerektirdiği kesindir. Son zamanlarda öz-duyarlılığa yönelik bakım üzerine yapılan araştırma sayısı artsa da hemşirelerin kendine yönelik öz-duyarlılığı üzerine yapılan çalışma sayısı çok azdır. Hemşireler için öz-duyarlık düzeyi ve bakım kalitesinin birbirine bağlı olduğu düşünüldüğünde hastalar için şefkatli bakımın gerekliliklerinden biri de hemşire için öz-duyarlılıktır (99). Bütünsel anlamda hemşirelerin öz-duyarlılığa yönelik bakım kapasitesi, kendilerine yönelik öz-duyarlılıkla pozitif ilişkilidir. Watson'ın hemşirelerin kendine ve başkalarına bakmalarının birbirinden ayıramaz kavramlar olduğu düşüncesi ‘‘İnsan Bakımı Teorisi ‘’ tarafından da desteklenmektedir (100). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının şefkatli bakım yeteneğini geliştirmek amacıyla yapılan çalışmalarda kendine yönelik öz-duyarlılığı arttırmada ‘‘Farkındalık Temelli Stres Azaltma’’ eğitimi hastaya yönelik öz-duyarlılığı arttırmada ise şefkatli bakım uygulamaları dikkat çekmektedir (101).

Hemşireye yönelik

- **Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBRS):**

MBRS beden, beyin, zihin ve davranışlar arasındaki bağlantıyı sağlamaya odaklı, tüm fonksiyonları etkileyerek sağlığı geliştirmeyi veya korumayı amaçlayan bir terapi yöntemidir ve stres yaşayan sağlık bakım sağlayıcılarında etkinliği kanıtlanmış önemli ve güvenilir bir seçenektir. MBRS'nin geliştirilmesi 1979 yılında Massachusetts Üniversitesi öğretim üyesi Jon-Kabat Zinn tarafından Budizm felsefesi benimsenerek sağlanmıştır (102). Öz-duyarlık üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle son 20 yılda sağlık bakım sağlayıcıları tarafından sıklıkla kullanılmaktadır (103). Mevcut araştırmalar sonucu farkındalık temelli girişimlerin sağlık bakımı sağlamada psikolojik iyiliği ve öz-duyarlık düzeyini arttırdığını, mesleki deformasyon ve yorgunluğu azalttığı belirlenmiştir. MBRS'nin 7 unsuru vardır. Bunlar; yargılamama, sabır, acemi zihni, güven, zorlamama, kabul ve izin vermedir (102).

1.Yargılamama: İnsan yapısı gereği kendini iyi hissettiren davranışları “iyi” kötü hissettiren davranışları ise “kötü” olarak nitelendirmektedir. Bunların dışında kalıp herhangi bir şekilde iyi ya da kötü olarak sınıflandıramadığı davranış veya olayları ise “nötr” olarak kabul etmektedir (104). Bu kategorize etme ve yargılama alışkanlığının çoğu zaman farkına dahi varılamamakta ve reaksiyon olarak gelişmektedir. Bu yargılamalar bireyin zihnini yöneterek ruhsal olarak huzur bulmasını engeller. Bu yargılamanın önüne geçebilmek için kişisel farkındalık gerekmektedir. Birey bu bilinçle kendini birşeyleri yargılarken bulduğunda farkındalık ile bunun önüne geçmesi yargılamama için gereklidir (105).

2.Sabır: Sabır her türlü olayın olması gerektiği zaman dilimi içinde gerçekleşeceğini anlamak ve bir tür bilgelik olarak kabul edilmektedir (106). Stresli yoğun ve karmaşık durumlarda kişiye yardımcı olmaktadır. Yaşamın her döneminde bu farkındalık ile her anı kabul etmek, zihni gereksiz yormamak, bazı olayların gerçekleşmesi için zamandan yardım alabilmeyi gerektirmektedir (102).

3.Acemi Zihni: Bu zihin yapısına göre her an eşsizdir ve sunduğu fırsatlar farklıdır (102). Farkındalık uygulamaları esnasında sürekli geçmiş deneyimleri düşünmek doğru kabul edilmediğinden acemi zihnine sahip olarak sürekli gelişime ve öğrenmeye açık olmayı sağlamak amaçlanmaktadır. Bu sayede artan meraklı, canlı ve enerjik yapı ile yaşama sevinci arttırılarak hayat boyu geçirilen zamanın kalitesinin artması sağlanacaktır (107).

4.Güven: Bireyin duygu ve düşüncelerine güvenmesini, hata yaptığında dahi bu kararın kendisi

tarafından verildiğini bilerek tecrübe etmesini sağlamaktadır (102). Kişinin kendi bilgeliğine ve erdemine güvenmesi farkındalık temelli uygulamaların en önemli unsurudur (106). Bu güven duygusu bireyi sorumluluk almaya teşvik ederek öz-saygıyı arttırmaktadır ve bu sayede öz-şefkatin geliştirilmesi sağlanmaktadır (102).

5.Zorlamama: Hayata dair pek çok faaliyet belirli hedef veya beklenti doğrultusunda yapılmaktadır ve bireyin anı yaşamasını engellemektedir (108). Bu tutum farkındalık gelişmesi için engeldir (102). Acı veya mutluluk veren bir durumda bu duygunun o anın bir parçası olduğunu bilmek, yaşanan her duygunun yaşam için özel bir gerekliliği olduğu bilincine ulaşmayı sağlamaktadır. Bu sayede bireyin elinde olmayan durumlarda kendini zorlamayarak anı yaşama becerisinin kazanılması sağlanmaktadır (102).

6.Kabul: Tüm yaşamsal gerçekleri kabul etmektir. Hasta olan bireyin hastalığını, obez olan bireyin obezitesini kabul etmesidir. Kabul unsurunu edinmek zordur ve genellikle uzun süreli öfke ve inkâr sonucunda tecrübeyle oluşur (106).

7.İzin verme: Birey zihninde gizli tutmak istediği bazı duygu, düşünce ve olayları düşünmeye başladığında kendini yargımlarken bulur. Geceleri uyumadan önce düşüncelere dalma bunun için bir örnektir. Birey öz-yargılama yaptığının farkına vardığında zaman ile bundan vazgeçerek duyguların geçip gitmesine izin vermelidir (106).

Hastaya Yönelik

- **Şefkatli Bakım**

Şefkatli bakım temelde karşıdaki kişiyi anlamak, acısını paylaşmak ve hayata onun gözlerinden bakarak ihtiyaçları doğrultusunda destek olmaktır. Öznel bir deneyim olarak kabul edilmektedir ve hemşirenin duygusal tarafını ifade eder. Şefkatli bakımın yokluğu hastada güvensizlik ve kaygıya yol açabilmektedir (109).

ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Ulusal Tıp Kütüphanesi tarafından yapılan araştırmada şefkatli bakımın sağlanmasının hastanın bakım ve yaşam kalitesini arttığı hasta şikayetlerini ise azalttığı söylenmiştir (110). Bakıma ihtiyaç duyan hastalar, mali durumları, ailesel ilişkileri ve hatta fiziksel çevreleri ile ilgili ek stres yaşayabilirler. Hemşirelerin sadece hastalığı veya yaralanmayı değil, aynı zamanda hastanın duygusal durumunu da etkili bir şekilde ele almaları çok önemlidir. Literatürde hemşirelikte şefkatli bakım sağlamak için beş temel beceri gerektiği

belirtilmektedir. Bunlar duygusal zekâ, direnç, eleştirel düşünme, kültürel farkındalık, güvenilirliktir (109).

1. Duygusal zeka: Hastalarda ilişkileri ele almada ve duygu farkındalığı geliştirmede gerekli olan duygusal zeka şefkatli bakım sağlamada hemşireye kolaylık sağlamaktadır (110).

2. Direnç: Artan umut ve esneklik sonucu azalan stres ile duygusal etkilere daha dirençli olarak şefkatli bakımı sağlamaya yardımcı olmaktadır (110).

3. Eleştirel düşünme: Hasta bakımında olumlu sonuçlar elde etmek için gerekli olan olan eleştirel düşünme yeteneğine sahip hemşireler kolaylıkla hasta ve ailelerine şefkatli bakım sağlayabilmektedir (110).

4. Kültürel farkındalık: Hasta merkezli bakım ile kültürel farkındalığı korumak tedavi ve genel sağlığı olumlu etkilemektedir. Hastanın kültürel görüşlerini belirleyerek hastayı iyi tanımak şefkatli bakımı desteklemektedir (110).

5. Güvenilirlik: Hastanın sorunlarını tartışabilmek, hastayı dinleyebilmek ve anlayabilmek hastanın güvenini kazanmada önemli rol oynar. Güvenilir olmak hastanın bakım ihtiyaçları belirlemede ve hastanın kendini açıkça ifade etmesini sağlar. Hastanın bakım ihtiyaçlarını bilmek şefkatli bakımı uygulamada hemşireye kolaylık sağlamaktadır (110).

Bu 5 temel beceriye sahip olmak hemşireye şefkatli bakımın uygulanmasında kolaylık sağlamaktadır. Şefkatli bakımın uygulanması 5 temel esasa dayanmaktadır. Bunlar: İyi davranış sergileme, kişisel ilgi gösterme, kendiyle baş başa kalması için zaman tanıma, hastanın duygularını kabul etme, kendi duygusal ihtiyaçları için kendine zaman ayırmadır (111).

1. İyi davranış sergileme

Sağlık profesyoneli olma hastaya nazik olmayı gerektirmektedir. Anksiyete bulaşıcı olabilir, bu nedenle hastanızın önünde sakın olmanız önemlidir. Hastaya gösterilecek sıcak bir gülümseme, iletişim kurarken göz teması kurulması hasta üzerinde olumlu etki sağlamaktadır. Hemşirenin zamanı kısıtlı olsa dahi aceleci tavırlardan kaçınmalıdır ve yeni bir aile üyesi ile tanıştığında kendini tanıtmayı işlemleri açıklaması ilgili davranması şefkatli bakımın gerekliliklerindendir ve pozitif beden dili iyi davranış sergilemede esas alınmaktadır (112,113).

2. Kişisel ilgi gösterme

Kişisel ilgide hasta hakkında bilgi sahibi olmak hemşirenin elini güçlendirmektedir. Hayatı hakkında basit bir konuşma yapmak hastanın hayatı hakkına bilgi sahibi olduğunu göstermek güven oluşturma'nın önemli bir yöntemidir. Bu esnada hastada hüznü oluşturacak konulardan kaçınılmalıdır. Bu durumda kişisel görünüm, fiziksel ayrıntılar hakkında olumlu yorumlar ile iletişime girmek iletişim ortamını rahatlatacaktır. İlgi alanları, takılar, kitaplar hakkında konuşulabilir. Bazı hastalar mevcut hastalık nedeniyle başka bir şey düşünememektedir bu durumda iletişimi kısa tutmak hastanın daha rahat hissetmesini sağlayacaktır (112,113).

3. Kendiyle baş başa kalması için zaman tanıma

Bazı hastalar dönemseller olarak iletişimden uzak kalmak isteyebilmektedir. Bu dönemde hastaya zaman tanımak duygusal dünyasında neler olup bittiğini anlamak ve neden bu şekilde davrandıklarına anlam verebilmek için hemşireye yardımcı olmaktadır. Bu süreç sonunda hastanın tekrar iletişime yakınlığını gözlemleyip buna uygun davranmak bu süreci atlarmaya yardımcı olmaktadır ve onların bu duygularına uygun şekilde ve uygun zamanda karşılık vermeyi sağlamaktadır (112,113).

4. Hastanın duygularını kabul etme

Hastanın duygularını kabul etme kullanılan kelime "Biliyorum" yerine "anlıyorum" olmalıdır. Hastanın mevcut durumuna yeterince hakim olursa dahi "Nasıl hissettiğinizi biliyorum" yerine "nasıl hissettiğinizi anlıyorum" ifadesi kullanılmalıdır ve empati bunu gerektirir. Bu, bazıların empati olmaktan ziyade işten çıkarılmalarına neden olabilir. Hasta bakım kaynaklı bir eksiklik hissettiğinde hemşire "özür dilerim" diyebilmelidir. Eğer acısını dile getiriyor ise "Bunu duyduğuma üzüldüm" gibi ifadeler hastanın duygusal konfor seviyesini arttırmaya yardımcı olmaktadır (112,113).

5. Kendi duygusal ihtiyaçları için kendine zaman ayırma

Hastalar gibi sağlık profesyonellerinin de duygusal ihtiyaçları vardır. Şefkat yorgunluğu her gün başkalarına şefkat gösteren çalışanlarda gelişebilmektedir. Bu yorgunluğu önlemenin en iyi yolu kendine zaman ayırmaktır. Dinlendirici bir tatil veya ortamdan uzaklaşma stresle başa çıkmada gerekli alanı ve zamanı sağlamaktadır. Ayrıca kişisel ilgi alanlarına yönelmek resim, müzik, kitap okuma gibi aktiviteler zihnin boşaltılmasına ve duygusal yükten kurtulmaya

yardımcı olmaktadır. Yine bunların dışında aynı meslek grubundan biriyle iletişim kurmak duygularını ifade etmek duygusal durumu iyileştirmede fayda sağlamaktadır (112,113).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi, depresyon ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 29 Şubat-05 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin onkoloji servisi, gününbirlik kemoterapi servisi, KİT (Kemik İliği Transplantasyonu) 2. ve 3.servisinde yürütülmüştür. Araştırma yapılan hastanede; Dahili Yoğun Bakım, Cerrahi Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesi, 228 yatak, 11 adet ameliyathane bulunmakta ve 90 hemşire çalışmaktadır. Kurum araştırma-uygulama merkezi olarak çalışmakta olup Sağlık Bakanlığı tarafından 3. basamak statüde seviyelendirilmiştir. Araştırma yapılan süreçte kurumda depresyon ve öz-duyarlığa yönelik herhangi bir uygulamaya rastlanmamıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın uygulandığı 29 Şubat-05 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesine kanser tanısı nedeniyle başvuran 22-65 yaş arasındaki 176 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi ise, evreni oluşturan hastalardan, araştırmaya katılmaya istekli, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 100 hasta oluşturmuştur.

3.3.1 Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Hastalığı hakkında bilgilendirilmiş,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan,
- Fiziksel ve mental bir engeli olmayan,
- İşitsel, görsel ve sözlü konuşma engeli olmayan,
- Bulaşıcı bir hastalığı olmayan,
- Kanser tanısı alarak tedaviye başlamış,

- 18-65 yaş arasında olan hastalar dahil edilmiştir.

3.3.2.Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- Tanısını bilmeyen,
- Hastalık tanısını yeni alan ve tedaviye başlamayan,
- Hastalığının terminal döneminde olan,
- Remisyonda olan,
- Yakın zamanda (3 ay) 1.derece akrabası vefat eden
- Psikofarmatik ilaç kullanan,
- Cinsiyet karmaşası yaşayan,
- Yakın zamanda (3 ay) doğum yapmış olan,
- İki'den fazla kronik hastalık tanısı almış olan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

Kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerinden; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, mesleği, aylık kazancı, geliri ile gideri arasındaki ilişki, kiminle yaşadığı, anne ve baba ile görüşme sıklığı, kanser öncesi ve şimdiki ruhsal durumunu,

Kanserli hastaların hastalığına ilişkin tanıtıcı özelliklerinden; hastalığın evresi, hastalığın tipi, tedavi, tanı öncesi yaşantı ile şimdiki yaşantısı arasındaki fark, gelecek ile ilgili düşüncesi, ailede kanser varlığı, günlük öz-bakım ihtiyaçlarının kim tarafından karşılandığı, kanser tanısı üzerinden geçen süreyi içermektedir.

Bağımlı değişkenler:

Öz-duyarlık ölçeği ve beck depresyon ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini içermektedir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

3.5.1.Kanser Hastalarına Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2):

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı bilgi formunda hastanın yaş, öğrenim durumu, doğum yeri, yaşanılan yer, çalışma durumu, meslek, gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerini içeren 12 soru, tanı zamanı, hastalığın evresi,

kanser tipi gibi hastalığa ilişkin 8 soru olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır. Form hastaların kendilerinin doldurması esasına göre uygulanmıştır. Uygulama süresi yaklaşık 5 dakikadır.

3.5.2.Öz-Duyarlık Ölçeği Formu (Ek-3)

26 maddelik öz-duyarlık ölçeği Neff tarafından 2003 yılında orijinal adı “Self Compassion Scale (SCS)” olarak geliştirilmiştir. Öz-duyarlık ölçeği 26 madde olup, 3 olumlu, 3 olumsuz alt boyut olmak üzere birbirine karşıt 6 alt ölçekten oluşmakta ve bireyin kendine duyarlılığını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu birbirine karşıt ölçek boyutları; “**Öz-Sevecenliğe**” karşı “**Öz-Yargılama**”, “**Paylaşımların Bilincinde Olma**” ya karşı “**İzolasyon**” ve “**Bilinçliliğe**” karşı “**Aşırı Özdeşleşme**” dir. Öz duyarlık ölçeğinde (1) hiçbir zaman (2) nadiren (3) sık sık (4) genellikle (5) her zaman olmak üzere 5’li likert tipi bir derecelendirme vardır. Toplam puanın ortalaması alınarak elde edilen sonuç: 1-2.5 arası puanlar düşük, 2.5-3.5 arası puanlar orta ve 3.5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz-duyarlığı göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puan öz-duyarlığın yüksek, düşük puan ise öz-duyarlığın düşük olduğunu göstermektedir. Mevcut ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması, Akın, Akın ve Abacı (2007) tarafından yapılmış olup ölçeğin güvenirlik katsayısı $r=0,94$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada öz-duyarlık ölçeği iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach Alpha değeri) 0,98 olarak saptanmıştır. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık 5 dakikadır.

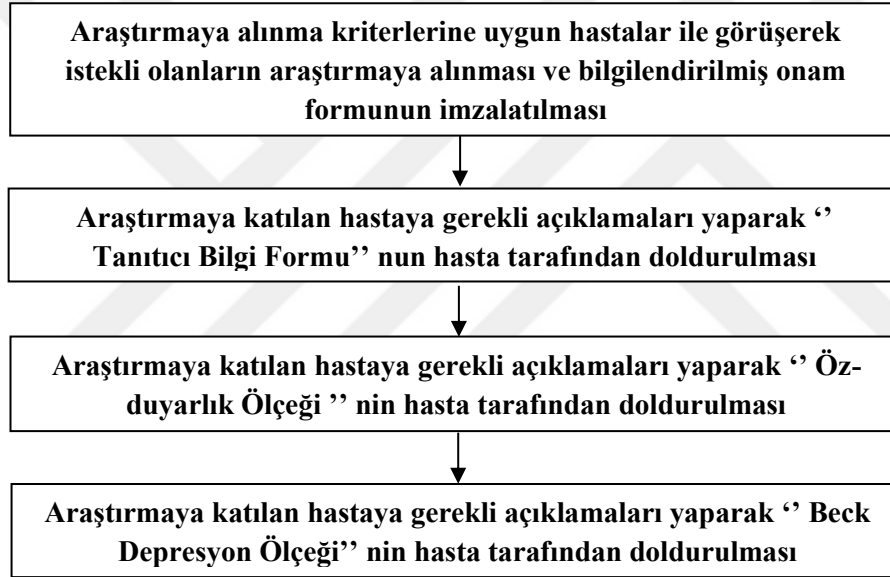
3.5.3.Beck Depresyon Ölçeği Formu (Ek-4)

Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçek 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Beck Depresyon ölçeğinde her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Puanlama 0’dan 3’e kadar olup ‘a’ seçeneği ‘0’ puan, ‘d’ seçeneği ‘3’ puan olacak şekilde sıralanmıştır. Önerilen kesme noktaları;

0-9 puan	Depresyon yok
10-15 puan	Hafif depresyon
16-23 puan	Orta derecede depresyon
24-63 puan	Ciddi derecede depresyon olarak alınmıştır.

Ölçeğin Türkçe’ ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması 1984 yılında Nesrin Hisli tarafından yapılmıştır ve iki form arasındaki korelasyon katsayıları $r=0,81$ ve $r=0,73$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada beck depresyon ölçeği iç tutarlık güvenirlik (Cronbach Alpha değeri) 0,95 olarak saptanmıştır. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık 5 dakikadır.

3.6.Araştırmanın Uygulanması



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 20.0 programında yapılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile, sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile verilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen gruplarda Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırmadaki tüm

istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0,05' in altında olan karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu 28/02/2019 tarihli 37068608-6100-15-1622 sayılı oturumundan 974 karar numaralı yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılan hastaların gönüllü katılımları dikkate alınmış olup, araştırma kısaca açıklanarak, gönüllü onam formunu imzalamaları istenmiş ve araştırma sürecinde neden belirtmeksizin çekilebilecekleri açıklanmıştır. Araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi için araştırmanın yapıldığı hastane yönetimine geri bildirimde bulunulacaktır.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilecek sonuçlar, araştırma için seçilen vakıf hastanesinin onkoloji bölümlerine başvuran 17-65 yaş arası kanser tanısı nedeniyle tedavi almış olan, araştırmaya katılmaya istekli, araştırmaya alınmak için belirlenen kriterlere sahip olan ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlılık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi ve depresyon ile öz-duyarlılık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla 100 hastadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Araştırmaya katılan kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
<u>Yaş</u>		
22-35	24	24,0
36-50	30	30,0
51-65	46	46,0
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	62	62,0
Kadın	38	38,0
<u>Öğrenim Durumu</u>		
İlköğretim/Lise	43	43,0
Üniversite	53	53,0
Lisansüstü/doktora	4	4,0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	79	79,0
Bekâr	21	21,0
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışan	35	35,0
Çalışmayan	65	65,0
<u>Aylık Kazanç</u>		
2588 TL ve altı	40	40,0
2589 TL ve üstü	60	60,0
<u>Gelir Gider Arasındaki İlişki</u>		
Geliri giderinden az	86	86,0
Geliri giderinden fazla	4	4,0
Geliri giderine denk	10	10,0

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı(devamı) (N=100)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
<u>Meslek</u>		
Satış ve Pazarlama Görevlisi	26	26,0
Mühendis	18	18,0
Tekstilci	11	11,0
Bankacı ve Finans Yöneticisi	10	10,0
Eğitimci	8	8,0
Sporcu	8	8,0
Yazar ve Oyuncu	6	6,0
Turizmcı	5	5,0
Sağlıkçı	4	4,0
Ev Hanımı	4	4,0
<u>Birlikte Yaşadığı Kişi</u>		
Eşi ile yaşayan	79	79,0
Anne-baba ile yaşayan	13	13,0
Yalnız yaşayan	8	8,0
<u>Anne-Baba ile Görüşme Sıklığı</u>		
Haftada 1 veya birkaç kez görüşen	74	74,0
Ayda 1 veya birkaç kez görüşen	11	11,0
Yılda 1 veya birkaç kez görüşen	9	9,0
Hiç görüşmeyen	6	6,0

Tablo 4.1.'de hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %46'sının 51-65 yaş aralığında olduğu, %62'sinin erkek, %79'unun evli ve yarısından fazlasının üniversite düzeyinde ve üzerinde eğitim aldığı belirlendi. Hastaların %65'i çalışmazken, %26' sının satış ve pazarlama görevlisi, %18' inin mühendis, %11'inin tekstilci, %10 unun bankacı ve finans yöneticisi oldukları belirlendi.

Gelir durumları açısından incelendiğinde; hastaların %60'ının 2589 TL ve üstünde gelire sahip olduğu ancak çoğunluğunun (%86) gelirinin giderinden az olduğu sonucuna ulaşıldı. %92'si ailesiyle (eş ya da anne-baba) birlikte yaşayan hastaların, %6'sı anne babaları ile hiç görüşmezken, %74'ü haftada bir veya birkaç kez görüştüğünü belirlendi.

Tablo 4.2. Kanserli Hastaların Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<u>Hastalık Evresi</u>		
1. evre (Başlangıç evresi)	55	55,0
2. ve 3. evre (Orta düzeyde)	40	40,0
4. evre – (İleri düzeyde)	5	5,0
<u>Hastalık Tipi</u>		
Genital organ kanserleri	19	19,0
Meme kanseri	18	18,0
Akciğer kanseri	14	14,0
Lenf kanseri	13	13,0
Sindirim Sistemi kanseri	13	13,0
Beyin kanseri	9	9,0
Karaciğer	8	8,0
Pankreas	6	6,0
Tiroid kanseri	1	1,0
<u>Hastalıkla İlgili Aldığı Tedavi*</u>		
Cerrahi tedavi*	66	66,0
Kemoterapi*	57	57,0
Radyoterapi	1	1,0
Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)	1	1,0
<u>Tanı Öncesi Yaşantısıyla Şimdiki Yaşantısı Arasındaki Fark</u>		
Fark olan	55	55,0
Fark olmayan	45	45,0
<u>Gelecek İle İlgili Düşünce</u>		
Sağlık durumu için endişelenen	33	33,0
Bu sıkıntılı süreci aşacağını düşünen	67	67,0
<u>Ailesinde Daha Önce Kanser Tanısı Almış Birey Varlığı</u>		
Var olan	28	28,0
Olmayan	72	72,0
<u>Günlük Öz-Bakım İhtiyaçlarını Karşıllayan Kişi</u>		
Kendisi	94	94,0
Ailesi	6	6,0

Tablo 4.2. Kanserli Hastaların Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100) (devamı)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<u>Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Geçen Süre</u>		
90 gün ve altı	46	46,0
91 gün ve üstü	54	54,0
<u>Kanser Öncesi Ruhsal Durumu</u>		
Mutlu, huzurlu	94	94,0
Mutsuz, endişeli	6	6,0
<u>Şimdiki Ruhsal Durumu</u>		
Mutlu, huzurlu	59	59,0
Mutsuz, endişeli	41	41,0

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%54) kanser tanısı almasından sonra geçen sürenin 91 gün ve üzerinde olduğu ve yine yarısından fazlasının (%55) kanserin başlangıç evresinde (1.evre) olduğu, en fazla oranda genital organ (%19) ve meme kanserine (%18) sahip oldukları, tedavi tiplerinden en çok cerrahi tedavi (%66) ve kemoterapi (%57) aldıkları belirlenmiştir. Çoğunluğunun ailesinde kanser öyküsü olmayan (%72) hastaların yarısından fazlasının tanı öncesine göre şimdiki yaşantısını olumsuz gördüğü (%55) ve %67'sinin bu sıkıntılı süreci aşacağını düşündüğü, tamamına yakınının (%94) günlük öz-bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşıladığı, kanser tanısı öncesinde çoğunluğu (%94) kendini mutlu hissederken, tanı sonrasında %41'inin kendini mutsuz ve endişeli hissettiği belirlenmiştir.

4.3.Kanserli Hastaların Öz-Duyarlılık Ölçeği, Öz-duyarlık Ölçeği Alt Boyutları ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Beck Depresyon Ölçeği	14,70	14,82	0	51
ÖDÖ Toplam Ölçek Puanı	3,77	1,19	1	5
Öz-duyarlık Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Öz-sevecenlik	3,73	1,25	1	5
Öz-yargılama	3,82	1,30	1	5
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,75	1,26	1	5
İzolasyon	3,68	1,40	1	5
Bilinçlilik	3,77	1,19	1	5
Aşırı Özdeşleşme	3,90	1,06	2	5

Araştırmaya katılan hastaların depresyon ve öz-duyarlık ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3.'te sunuldu. Hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 14,70 ($\pm 14,82$) iken öz-duyarlık ölçeği genel puan ortalamalarının ise 3,77 ($\pm 1,19$) olduğu (min 1-max 5), öz-duyarlık ölçeği alt boyutları; öz-sevecenlik 3,73 ($\pm 1,25$), öz-yargılama 3,82 ($\pm 1,30$), paylaşımların bilincinde olma 3,75 ($\pm 1,26$), izolasyon 3,68 ($\pm 1,40$), bilinçlilik 3,77 ($\pm 1,19$), aşırı özdeşleşme 3,90 ($\pm 1,06$), olduğu belirlendi. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar 0-9 puan “depresyonda değil”, 10-15 puan “hafif depresyon”, 16-23 puan “orta derecede depresyon”, 24-63 puan “ciddi derecede depresyon” olarak değerlendirildiğinden hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları 14,70 puan ortalaması hafif derecede depresyon bulgu düzeyini göstermektedir. Öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; 1-2.5 arası puanlar düşük, 2.5-3.5 arası puanlar orta ve 3.5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz-duyarlığı gösterdiğinden hastaların 3,77 olarak belirlenen puan ortalamaları öz-duyarlık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması(N=100)

Sosyodemografik Özellikler	N	Öz-Duyarlık		χ^2_{kw} & Z_{mwu} **	p
		$\bar{x}$	$\pm ss$		
<u>Yaş</u>					
22-35	24	3,29	1,25	4,86	0,08
36-50	30	3,99	1,17		
51-65	46	3,88	1,12		
<u>Cinsiyet</u>					
Erkek	62	3,74	1,16	-0,57	0,56
Kadın	38	3,83	1,24		
<u>Öğrenim Durumu</u>					
İlköğretim/Lise	43	3,72	1,11	1,10	0,57
Üniversite	53	3,82	1,26		
Lisansüstü/doktora	4	3,77	1,23		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	79	3,92	1,13	-2,20	0,02
Bekar	21	3,22	1,26		

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.4. Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=100) (devamı)

Sosyodemografik Özellikler	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	χ^2_{kw} & Z_{mwu}^{**}	p
<u>Çalışma Durumu</u>					
Çalışan	35	3,79	1,08	-0,36	0,71
Çalışmayan	65	3,76	1,25		
<u>Aylık Kazanç</u>					
2.588 TL ve altı	40	3,65	1,36	-0,24	0,80
2.589 TL ve üstü	60	3,86	1,06		
<u>Aile İle Görüşme Sıklığı</u>					
Haftada 1 veya birkaç kez görüşen	74	3,73	1,21	1,76	0,62
Ayda 1 veya birkaç kez görüşen	11	4,14	1,10		
Yılda 1 veya birkaç kez görüşen	9	3,61	1,29		
Hiç görüşmeyen	6	3,88	1,06		
<u>Birlikte Yaşadığı Kişi</u>					
Eşi ile Yaşayan	79	3,82	1,17	-0,94	0,34
Anne-baba ile Yaşayan	13	3,79	1,16		
Yalnız	8	3,29	1,34		

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.4.' da kanserli hastaların öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; 36-50' yaş aralığında olanların öz-duyarlık düzeylerinin en yüksek ($3,99 \pm 1,17$), cinsiyete göre kadınların öz-duyarlık puanlarının erkeklere göre yüksek ($3,83 \pm 1,24$), öğrenim durumuna göre üniversite mezunlarının öz-duyarlık puanlarının ilköğretim/lise ve lisansüstü/doktora olanlara göre yüksek ($3,82 \pm 1,26$), çalışanların öz-duyarlık puanlarının çalışmayanlara göre yüksek ($3,79 \pm 1,08$), aylık 2589tl ve üstü kazananların öz-duyarlık puanlarının 2588tl ve altı kazananlara göre yüksek ($3,86 \pm 1,06$), eşi ile yaşayanların öz-duyarlık puanlarının anne/baba ve yalnız yaşayanlara göre yüksek ($3,82 \pm 1,17$), aileyle ayda 1 veya birkaç kez görüşenlerin öz duyarlık puanlarının haftada 1 veya birkaç kez görüşenlere, yılda 1 veya birkaç kez görüşenlere ve hiç görüşmeyenlere göre yüksek ($4,14 \pm 1,10$) fakat farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi. Medeni duruma göre evli olanların öz-duyarlık puanlarının bekar olanlara göre yüksek ($3,92 \pm 1,13$) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Tablo 4.5. Kanserli Hastaların Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellik	N	Öz-Duyarlık			
		$\bar{x}$	$\pm ss$	χ^2_{kw} & Z_{mwu}^{**}	p
<u>Tanı Öncesi Yaşantısıyla Fark</u>					
Fark Olan	55	4,53	0,61	-7,34	0,00
Fark Olmayan	45	2,85	1,06		
<u>Gelecek İle İlgili Düşüncesi</u>					
Endişeli	33	2,48	0,98	-7,01	0,00
Aşacağını düşünüyor	67	4,41	0,63		
<u>Ailede Kanser</u>					
Evet	28	3,77	1,13	-0,34	0,73
Hayır	72	3,77	1,21		
<u>Öz-bakım İhtiyacını Karşılaman Kisi</u>					
Kendisi	94	3,78	1,21	-0,82	0,41
Ailesi	6	3,66	0,90		
<u>Kanser Öncesi Ruhsal Durum</u>					
Mutlu, huzurlu	94	3,82	1,19	-1,70	0,08
Mutsuz, endişeli	6	3,04	0,94		
<u>Ruhsal Durum</u>					
Mutlu, huzurlu	59	4,52	0,58	-7,35	0,00
Mutsuz, endişeli	41	2,71	1,02		
<u>Tanı Zamanı</u>					
90 gün ve önce	46	3,67	1,28	0,60	0,73
91 gün ve üstü	54	3,86	1,11		
<u>Hastalık Evresi</u>					
^a 1. evre	55	4,08 ^(b,c)	0,95	8,27	0,01
^b 2. ve 3. evre	40	3,49	1,33		
^c 4. evre	5	2,68	1,37		

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.5.' de kanserli hastaların öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları, hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırıldığında; ailede kanser tanısı olan ve olmayan hastaların öz-duyarlık puanlarının yüksek ve eşit olan ($3,77 \pm 1,13$ -olmayan $3,77 \pm 1,21$), öz-bakım ihtiyacını kendi karşılayanların öz-duyarlık puanlarının başkaları tarafından karşılanana göre yüksek ($3,78 \pm 1,21$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, tanı süresine göre 91gün ve üstünde tanı alanların öz-duyarlık puanlarının 90 gün ve öncesinde tanı alanlara göre yüksek

(3,86±1,11) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi. Hastalık evresine göre 1.evrede olanların öz-duyarlık puanlarının 2. ve 3. evrede olanlara göre yüksek (4,08±0,95) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, tanı öncesi yaşantısıyla şimdiki yaşantısı arasında fark olanların öz-duyarlık puanlarının fark olamayanlara göre yüksek (4,53±0,61) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, gelecek ile ilgili bu süreci aşacağını düşünenlerin öz-duyarlık puanlarının endişeli olanlara göre yüksek (4,41±0,63) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kanser öncesi ruhsal durumu mutlu, huzurlu olanların öz-duyarlık puanlarının mutsuz, endişeli olanlara göre yüksek (3,82±1,19) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, şimdiki ruhsal durumu mutlu, huzurlu olanların öz-duyarlık puanlarının mutsuz, endişeli olanlara göre yüksek (4,52±0,58) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

Tablo 4.6. Kanserli Hastaların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması(N=100)

Sosyodemografik Özellik	N	Depresyon		χ^2_{kw} & Z_{mwu}^{**}	p
		$\bar{x}$	$\pm ss$		
<u>Yaş</u>					
22-35	24	17,58	15,44		
36-50	30	13,00	14,87	1,46	0,48
51-65	46	14,30	14,57		
<u>Cinsiyet</u>					
Erkek	62	14,89	14,44		
Kadın	38	14,39	15,61	-0,56	0,57
<u>Öğrenim Durumu</u>					
İlköğretim/Lise	43	14,81	14,89		
Üniversite	53	14,68	14,98	0,12	0,94
Lisansüstü/doktora	4	13,75	15,77		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	79	13,41	14,69		
Bekâr	21	19,57	14,61	-1,80	0,07
<u>Çalışma Durumu</u>					
Evet	35	12,66	14,08		
Hayır	65	15,80	15,19	-0,51	0,61

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.6. Kanserli Hastaların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması(N=100) (devamı)

Sosyodemografik Özellik	N	Depresyon		χ^2_{kw} & Z_{mwu}^{**}	p
		$\bar{x}$	$\pm ss$		
<u>Aylık Kazanç</u>					
2.588 TL ve altı	40	16,25	15,90	-0,16	0,86
2.589 TL ve üstü	60	13,67	14,09		
<u>Aile Görüşme Sıklığı</u>					
Haftada 1 kez ve üstü	74	15,00	14,93	0,76	0,85
Ayda 1 kez ve üstü	11	11,82	14,71		
Yılda 1 kez ve üstü	9	14,44	16,24		
Görüşmüyorum	6	16,67	14,61		
<u>Birlikte Yaşadığı Kişi</u>					
Eşi ile yaşayan	79	14,49	14,72	-0,47	0,63
Anne-baba ile yaşayan	13	13,42	13,54		
Yalnız	8	17,13	16,83		

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.6.'te kanserli hastaların depresyon ölçeği puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldığında; 22-35'yaş aralığında olanların depresyon düzeylerinin en yüksek ($17,58 \pm 15,44$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, cinsiyete göre erkeklerin depresyon puanlarının kadınlara göre yüksek ($14,89 \pm 14,44$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ilköğretim/lise mezunlarının depresyon puanlarının üniversite ve lisansüstü/doktora mezunlarına göre yüksek ($14,81 \pm 14,89$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bekar olanların depresyon puanlarının evlilerden yüksek ($19,57 \pm 14,61$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, çalışmayanların depresyon puanlarının çalışanlara göre yüksek ($15,80 \pm 15,19$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, aylık 2588tl ve altı kazananların depresyon puanlarının yüksek ($16,25 \pm 15,90$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, yalnız yaşayanların depresyon puanlarının yüksek ($17,13 \pm 16,83$)) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ,aileyle görüşmeyenlerin depresyon puanlarının yüksek ($16,67 \pm 14,61$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Kanserli Hastaların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellik	N	Depresyon		χ^2_{kw} & Z_{mwu}^{**}	p
		$\bar{x}$	$\pm ss$		
<u>Tanı Öncesi Yaşantısıyla Fark</u>					
Evet	55	6,00	8,54	-6,94	0,00
Hayır	45	25,33	13,94		
<u>Gelecek ile İlgili Düşünce</u>					
Endişeli	33	29,70	13,45	-6,27	0,00
Aşacağını düşünüyor	67	7,31	8,59		
<u>Ailede Kanser</u>					
Evet	28	15,46	13,79	-1,25	0,20
Hayır	72	14,40	15,28		
<u>Öz-bakım İhtiyacını Karşılamanı Kişi</u>					
Kendisi	94	13,91	14,76	-2,28	0,02
Ailesi	6	27,00	10,10		
<u>Kanser Öncesi Ruhsal Durum</u>					
Mutlu, huzurlu	94	14,02	14,47	-2,10	0,03
Mutsuz, endişeli	6	25,33	17,56		
<u>Şimdiki Ruhsal Durum</u>					
Mutlu, huzurlu	59	5,41	6,52	-7,50	0,00
Mutsuz, endişeli	41	28,07	13,09		
<u>Hastalık Evresi</u>					
^a 1. evre	55	9,16	10,70	17,48	0,00
^b 2. ve 3. evre	40	19,85 ^(a)	16,42		
^c 4. evre	5	34,40 ^(a)	9,45		
<u>Tanı Zamanı</u>					
90 gün ve öncesi	46	13,78	14,80	1,39	0,49
91 gün ve üstü	54	15,48	15,04		

χ^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi*, Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi**

Tablo 4.7.'da kanserli hastaların depresyon ölçeği puan ortalamaları hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırıldığında; ailede kanser tanısı almış kişi olanların olmayanlara göre yüksek ($15,46 \pm 13,792$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, tanı zamanına göre 91 gün ve üstünde tanı alanların 90 gün öncesinde tanı alanlara göre depresyon puanlarının yüksek ($15,48 \pm 15,04$) fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tesit edildi. Hastalığı 1.evrede olanların 2.evre/3.evre ve 4. evrede olanlara göre depresyon puanlarının düşük

(9,16±10,70) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, tanı öncesi yaşantısında fark olanların olmayanlara göre depresyon puanlarının düşük (6,00±8,54) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, gelecek ile ilgili düşüncesine göre bu durumu aşacağını düşünenlerin gelecek ile ilgili endişesi olanlara göre depresyon puanlarının düşük (7,31±8,59) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu öz-bakım ihtiyaçlarını kendi karşılayanların başkası tarafından karşılanana göre depresyon puanlarının düşük (13,91±14,76) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kanser öncesi mutsuz, endişeli olanların depresyon puanlarının mutlu, huzurlu olanlara göre yüksek (25,33±17,56) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, şimdiki durumu mutsuz, endişeli olanların depresyon puanlarının mutlu, huzurlu olanlara göre yüksek (28,07±13,09) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Kanserli Hastaların Öz-Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalamalarının Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

	Depresyon Bulgusu	<u>n</u>	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	<u>p</u>
ÖDÖ Puanı	Yok	57	4,52	0,56	-7,13	0,00
	Var	43	2,79	1,08		
	Depresyon Bulgusu	<u>n</u>	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	<u>p</u>
ÖDÖ Puanı	^a Bulgusuz	57	4,52 ^(c,d)	0,56	62,42	0,00
	^b Hafif düzeyde	10	4,04 ^(d)	0,44		
	^c Orta derecede	6	3,69 ^(d)	0,91		
	^d Ciddi derecede	27	2,13	0,65		

Tablo 4.8.'de kanser hastalarının depresyon bulgusu olma ve olmama durumuna göre öz-duyarlılık ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; depresyon bulgusu olmayanların öz-duyarlılık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Depresyon bulgusu gösterme düzeylerine göre öz-duyarlılık puan ortalamaları

incelendiğinde; depresyon bulgusu olmayanların öz-duyarlılık puan ortalamalarının en yüksek olduğu ($4,52 \pm 0,56$) ve depresyon bulgu düzeyi arttıkça öz duyarlılık puan ortalamalarının düştüğü belirlendi ($p < 0,05$). Farkın hangi puan ortalamasından kaynaklandığı posthoc testlerle araştırıldığında, beck depresyon ölçeğine göre bulgusu olmayanların orta derecede ve ciddi derecede depresyon bulgusu olanlardan, hafif ve orta derecede depresyon bulgusu olanların ise ciddi derecede depresyon bulgusu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek öz-duyarlılık puan ortalamasına sahip oldukları bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 4.9. Hastaların Öz-duyarlılık Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (N=100)

	ÖDÖ r_s	BECK r_s
ÖDÖ Puanı	1,000	
BECK Puanı	-0,815	1,000

r_s : Spearman's korelasyon katsayısı $p < 0,01$

Hastaların öz-duyarlılık ölçeği puan ortalamaları ile Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiler tablo 4.9'da verildi. Hastaların Beck depresyon ölçeği puanları ile öz-duyarlılık ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde: Beck depresyon ölçeği puan ortalaması ile öz-duyarlılık ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($r_s: -0,815$) ($p < 0,05$) (Tablo 4.9.).

5.TARTIŞMA

Kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi ve depresyon ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması

2. Kanserli hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması,

3. Kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması,

4. Kanserli hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması,

5. Kanser hastalarının öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları ile depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması.

5.1. Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Öz-duyarlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Sosyodemografik özellikleri açısından araştırmaya katılanlar; %46'sı 51-65 yaş aralığında olan, çoğunluğu erkek (%62), yaş ortalamasına göre orta yaş grubunda ($45,84 \pm 13,45$), evli (%79), yarısından fazlası lisans ve üzerinde eğitim düzeyine sahip, %65'i çalışmayan, yaklaşık 1/3'ü (%36) finans ve yönetim ile ilgili bir meslek sahibi olan, çoğunluğu (%60) aylık 2589TL ve üstünde gelir elde eden, ancak %86'sı gelirinin giderinden düşük olduğunu belirten, yaklaşık 4/5'i eşiyle birlikte yaşayan ve anne ve babalarıyla haftada bir kez veya daha fazla görüşen kanserli hastalardan oluşmaktadır.

Kanserli hastaların öz-duyarlık ölçeği puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; yaşa göre 36-50 yaş aralığında olanların, cinsiyete göre kadınların, öğrenim durumuna göre üniversite mezunlarının, çalışma durumuna göre çalışanların, mesleklere göre sağlık sektöründe çalışanların, aylık kazanca göre 2589tl ve üstünde

kazananların, birlikte yaşadığı kişiye göre eşi ile yaşayanların, anne-baba ile görüşme sıklığına göre ayda bir veya birkaç kez görüşenlerin öz duyarlık puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Medeni duruma göre ise evli olanların öz-duyarlık puan ortalamaları bekârlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşa göre 36-50 yaş aralığında olanların öz-duyarlık puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşa göre öz-duyarlık düzeyini inceleyen bir çalışmada yaşlı kadınların, genç kızlara veya tüm yaştaki erkeklere göre en düşük öz-duyarlık düzeylerine sahip olduğu belirtilmiştir (112). Yine yaşa göre öz-duyarlık düzeyini inceleyen bir başka çalışmada yaşlı yetişkinlerde öz-duyarlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (113). Bu çalışmada yaşa göre fark bulunmaması örneklemin yaş ortalamasının çok genç yaşta hasta olmaması (45 ± 13), cinsiyete göre de fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması ve kanser sürecinin ortaya çıkardığı olumsuzluklardan tüm hastaların benzer düzeyde etkilenmesinden kaynaklanmış olabilir.

Cinsiyete göre kadınların öz-duyarlık puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Lisa M. Yarnell ve arkadaşları (2018), öz-duyarlığın cinsiyete göre farkını araştırdıkları çalışmada kadınların öz-duyarlık düzeylerini erkeklere oranla daha düşük bulmuş ve bunu erkeklerin öz-duyarlığa kadınlardan daha yatkın olması ve erkeksi cinsiyet rol normlarının, sıkıntılı zamanlarında kişinin kendi ihtiyacını ciddiye alma ve kendine şefkat gösterme konusunda daha istekli olmasını sağlayan bağımsızlık ve kendi hakkını aramaya değer vermesi ile açıklamıştır (116). Ergenlik döneminin farklı yaşlarındaki öz-duyarlık düzeylerini cinsiyete göre araştıran başka bir çalışmada da, erkeklerin ergenlik döneminin her yaşında benzer öz-duyarlık düzeyine sahip oldukları bulunurken kızlarda yaş arttıkça öz-duyarlığın düştüğü ve ergenlik döneminin geç dönemlerinde kızların öz-duyarlığının en düşük olduğu bulunmuştur (117). Yardım etme sosyal rol teorisi, kadınların bakım verme ve besleme rolünü teşvik ederken, erkeklerin kahramanca eylemler yapmasını teşvik etmektedir (118). Toplumsal cinsiyet rollerinin belirginleştiği bir dönem olan ergenlik döneminde kızlarda yaş arttıkça öz-duyarlığın düşmesi çoğu kez kızların başkalarına şefkat göstermesi, fedakâr olması beklenirken, erkeklerin toplumsal olarak kendini gerçekleştirme konusunda daha fazla destek görmesi ile açıklanabilir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar Yarnell ve Bluth'un çalışmaları ile benzerlik göstermezken cinsiyete göre öz duyarlık düzeyleri arasında fark bulmayan Lopez ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik

göstermektedir (118). Yarnell'in çalışmasında maskülen yapıdaki kadınların öz duyarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Kanseri hastalarda hastalığın yarattığı duygusal değişimler güçlüklerle mücadele gerektirmesi nedeniyle kadınlarda kendine yönelik duyguları ve öz duyarlığı artırmış olabilir. Aynı güçlük erkeklerde de kadınlara yakın öz duyarlık gelişmesinde etkili olan, gruplar arasında farkı ortadan kaldıran bir faktör olabilir. Bununla birlikte literatürde cinsiyetin öz-duyarlık üzerindeki etkisine dair yeterli çalışma bulunmadığı belirtilmektedir (117).

Öğrenim durumuna göre üniversite ve daha üst düzeyde eğitimi olan hastaların öz-duyarlık düzeyleri eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olan hastalardan daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde öğrenim durumuna göre öz-duyarlık düzeyini inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Lopez'in sağlıklı yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada iyi eğitim alan bireylerde düşük eğitim düzeyindeki kişilere göre öz duyarlık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (118). Ancak bu çalışmada bu farkın anlamlı bulunmaması kanser hastalığı ve tedavi süreci ile gelişen olumsuzluklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, çalışanların öz-duyarlık düzeyleri çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmak hastanın kendine güvenini ve benlik saygısını artıran bir durumdur. Literatürde benlik saygısının yüksek olmasının öz duyarlık düzeyinin yüksek olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (119). Kanser yaşamı tehdit eden ve uzun süreli ağır tedaviler gerektiren bir hastalık olması yönüyle hastaların çalışma durumunu etkilemektedir (120). Hem çalışan hem de çalışmayan hastaların benzer hastalık ve tedavi süreçleri yaşamaları nedeniyle öz-duyarlık düzeyleri arasında fark bulunmamış olabilir. Literatürde çalışma durumuna göre öz-duyarlığı inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır fakat Sabaitye ve Dirzyte'nin, işsiz gençlerin yaşam memnuniyeti ve öz-duyarlığını araştırdığı çalışmada; işsizliğe bağlı kötü ekonomik durumun psikolojik refahı düşürdüğü, psikolojik refahı düşük olan bireylerin öz-duyarlığının da düşük olduğu fakat işsizliğin öz-duyarlıkla ilişkisinin olmadığı belirtilmektedir (121). Bu çalışmada da çalışma durumunun etkisi kanserin yarattığı yıkıcı etkiler nedeniyle ortaya tam olarak konulamamış olabilir.

Aylık kazanca göre 2589tl ve üstünde kazancı olanların öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Erzen ve Yurtcu' nun aday öğretmenlerin öz duyarlık düzeylerini bazı sosyodemografik özelliklere göre

inceledikleri çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların öz duyarlık düzeyleri, düşük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ve araştırmacılar bu sonucu, gelir düzeyi iyi ailelerin çocuklarını daha iyi ortamlarda yetiştirmelerinin bunu etkilemiş olabileceği biçiminde değerlendirmiştir. Bu çalışma, geliri daha yüksek olanların öz duyarlık düzeylerinin daha yüksek olması yönüyle Erzen ve Yurtcu' nun çalışması ile benzerlik göstermekle birlikte, istatistiksel olarak farkın anlamlı olmaması yönüyle Neff'in (2009) gelire göre fark bulamadığı çalışma sonucunu desteklemektedir (123,124). Erzen ve Yurtcu' nun çalışmasında olduğu gibi sağlıklı bireylerde gelirin öz-duyarlık düzeyine etkisi daha iyi değerlendirilebilirken, kanserde öz duyarlığı etkileyebilen diğer faktörlerin karıştırıcı etkisi nedeniyle bu çalışmada fark tam olarak ortaya konulamamış olabilir. Kanserde ekonomik yetersizlik, maddi refahın düşüklüğü gibi etmenlerin ruh sağlığını koruma davranışlarının sürdürülmesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (125). Amerikan Kanser Birliği'nin 1989'da yaptığı "Sosyo-ekonomik Düzeyi Düşük Bireylerde Kanser" adlı araştırmanın bulgularına göre ırkı ne olursa olsun sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin; yaşam kalitesini artırma davranışlarını daha az gerçekleştirdiği, kansere bağlı ağrı ve acıyı daha fazla hissettiği, kadere boyun eğme eğiliminde oldukları için kaliteli bakım ve tedavi almada daha az çaba sarf ettikleri belirtilmiştir (126).

Zaten ekonomik durumu yetersiz olan birey kanser gibi ekonomik boyutu da yüksek olan bir hastalıkla karşılaştığında maddi ve manevi olarak tükenmektedir (126). Bu nedenle bu çalışmada geliri 2589tl ve üzerinde olsa bile hastaların kanser nedeniyle yaşadıkları ekonomik güçlükler gelir durumuna göre fark bulunmamasını etkilemiş olabilir.

Birlikte yaşadığı kişiye göre, yalnız yaşayan hastaların öz-duyarlık düzeyleri daha düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yalnız yaşamak, aile ya da arkadaşlarla birlikte yaşamaya göre kişide daha fazla sosyal izolasyon, yalnızlık duygusu ve destek eksikliğine neden olabilir ve öz-duyarlığı olumsuz etkileyebilir. Literatürde yalnızlık ve öz-duyarlık ilişkisini inceleyen birçok çalışma olsa da ilişki net olarak ortaya konulmamıştır (127,128). Akın'ın 398 üniversite öğrencisi ile yaptığı, yalnızlık ve öz duyarlık ilişkisini incelediği çalışmasında, öz duyarlık ölçeğinin pozitif boyutları (129) ile yalnızlık arasında negatif yönde, negatif boyutları (129) ile ise pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (130). Buna karşın, yatılı bir okulda 254 kız öğrenci üzerinde yapılan öz-duyarlık ve yalnızlık ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirtilmektedir (131).

Anne baba ile görüşme sıklığına göre araştırıldığında ise, ayda bir veya birkaç kez görüşen hastaların öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Literatürde aile ile görüşme sıklığına göre öz-duyarlık düzeyini inceleyen bir çalışma bulunmasa da aile ilişkilerinin öz-duyarlığın bir yordayıcısı olduğu bilinmektedir (132). Kansere gibi ölümcül bir hastalık tanısı alındığında hasta duygusal destek ihtiyacı hissedebilir. Alizadeh ve arkadaşlarının (2018) meme kanserli kadınlarda öz duyarlık, dayanıklılık, ait olma ve sosyal desteğin ilişkisini inceledikleri çalışmada bu faktörler arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (133). Bu çalışmada aile ile görüşme sıklığına göre fark bulunmaması, aile ile durumun paylaşılmasının kanser nedeniyle hastanede yatma durumlarında yakınına kaybetme tehdidi nedeniyle ailenin başetmede güçlük yaşaması, hastanın da aile bireylerini üzmemek için onların desteğine başvurmaktan ve duygularını aile bireyleri ile paylaşmaktan kaçınması ile ilişkili olabilir. Hastalık aile ile paylaşıldığında duygusal desteğin yanında olumsuz duygu yükleme, korku, kaygı ve üzüntü iletilme gibi durumlar gerçekleşebilir ve hasta ruhsal olarak olumsuz etkilenebilir (134).

Medeni duruma göre evli olanların öz-duyarlık düzeyi bekâr olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç, erişkinlerin başkalarına ve kendine duyarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri araştıran Lopez ve arkadaşlarının çalışmasında da evlilerin öz duyarlık düzeylerinin bekârlara göre yüksek olması yönüyle benzerlik göstermemektedir (9). Ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerden olan içe kapanıklık, yalnızlık, sosyal izolasyon gibi faktörlerin evli bireylerde daha düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, öz duyarlıklarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ruh sağlığının korunmasında ve öz-duyarlık düzeyinin yükseltilmesinde önem taşıyan aile kavramına bağlılık, aile desteği, sosyalleşme ve yüksek şefkat duygusunun evlilerde daha belirgin olduğu bilinmektedir (135). Çiftlerle yapılan çalışmalarda, öz duyarlığı yüksek olan bireylerin ilişkilerde sosyal destek sağlama ve güven sağlama gibi daha duyarlı hedeflere sahip olma eğiliminde oldukları (136), çatışma durumunda uzlaşma eğiliminde oldukları (137) ve kendi ihtiyaçlarını daha iyi karşıladıkları için, ilişki ortaklarının ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla duygusal kaynak ayırdıkları (138) belirtilmektedir. Bu çalışmada hastaların eşlerinin öz duyarlık düzeyleri incelenmediği için hastaların öz duyarlık düzeylerinin bekârlara göre yüksek olmasındaki etkileri tam olarak anlaşılmamıştır. Sonraki çalışmalarda bu açıdan değerlendirilmesi önerilebilir.

5.2. Kanserli Hastaların Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz-duyarlılık Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hastalığa ilişkin tanıtıcı özellikleri açısından çoğunun (%72) ailesinde kanser öyküsü olmayan hastaların, yarısından fazlasında (%54) kanser tanısı aldıktan sonra geçen sürenin 90 günün üzerinde ve kanserin başlangıç evresinde (1.evre) olduğu (%55), en fazla oranda genital organ ve meme kanseri tanısı ile izlendikleri (sırasıyla %19 ve %18), ve cerrahi tedavi ve kemoterapi aldıkları (sırasıyla %66 ve %57) belirlenmiştir. Tamamına yakını (%94) tanı öncesinde kendini mutlu hissederken, tanı sonrasında %41'inin kendini mutsuz ve endişeli hissettiği, yarısından fazlası (%55) tanı öncesine göre yaşantısının olumsuz etkilendiğini düşünmekle birlikte %67'sinin bu sıkıntılı süreci aşacağını düşündüğü belirlenmiştir.

Kanserli hastaların öz-duyarlılık ölçeği puan ortalamaları hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında; ailesinde kanser hikâyesi olma durumuna, öz-bakım ihtiyaçlarını karşılayan kişiye ve tanıdan itibaren geçen süreye göre istatistiksel olarak fark bulunmazken ($p>0,05$), tanı öncesine göre tanıdan sonraki yaşantısında fark bulma durumuna, gelecek ile ilgili düşüncesine, kanser öncesi ruhsal durumuna, şu anki ruhsal durumuna ve hastalığın evresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ailede kanser hikâyesi varlığına göre araştırıldığında, kanser hikâyesi olanların ve olmayanların öz-duyarlılık puan ortalamaları eşittir ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatüre bakıldığında ailede kanser hikâyesi olmasının bireyde ortaya çıkardığı psikolojik sorunları araştıran bir çalışmada ailesinde, prostat kanseri hikâyesi olan erkekler yaşam boyu risk altında oldukları düşüncesiyle psikolojik olarak iyi hissetmediklerini bildirmişlerdir (139). Yine ailede meme kanseri öyküsü olan bir grup sağlıklı kadın üzerindeki sıkıntı, stres ve kaygıyı ölçmek amacıyla yapılan çalışmada ailede kanser öyküsü olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek sıkıntı, stres ve kaygı bildirdikleri bulunmuştur (140). Kaygı, stres, psikolojik iyi olma gibi faktörlerin öz-duyarlılık üzerindeki etkisi ve öz-duyarlılığın psikolojik iyi olma ile ilişkisi literatürde belirtilmiştir (141,142). Ancak literatüre bakıldığında ailede kanser hikâyesi bulunması durumuna göre öz-duyarlılık düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Meyer ve arkadaşlarının ailedeki kanser hikâyesini sorgulamamakla birlikte, 18 yaşından büyük kendisi daha önce kanser tanısı almış ve hayatta kalmış olan gönüllülerle kanser öyküsü olmayan gönüllülerin öz duyarlılık ve psikolojik esenliklerini karşılaştırdıkları çalışmada da bu çalışma sonucuna benzer şekilde iki grubun öz duyarlılık düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (143).

Öz-bakım ihtiyacını karşılayan kişiye göre araştırıldığında, öz-bakım ihtiyaçlarını kendi karşılayanların öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Nelson ve arkadaşları öz duyarlılığı öğretmenin kendine bakımı uygulamayı olumlu yönde etkileyeceğini belirterek (144), bu çalışmadaki öz bakımını kendileri karşılayanların öz duyarlık düzeyinin yüksek olması sonucunu desteklemekle birlikte, istatistiksel fark bulunmaması kanser nedeniyle destek ihtiyacının artması ve gelecek kaygısı ile ilişkili olabilir.

Tanıdan itibaren geçen süreye göre araştırıldığında; geçen süre arttıkça öz duyarlık düzeyinin giderek azaldığı, 90 gün ve altında zaman geçenlerin öz-duyarlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kanserde süre uzadıkça komplikasyonların arttığı ve vücut direncinin düştüğü bilinmektedir. Meme kanserli hasta ve ailelerinde ortaya çıkan sorunları inceleyen bir çalışmada; kronik dönemde kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu gibi durumlar geliştiği bildirilmektedir (145). Yine başka bir araştırma; uyum bozukluğunun stres etkeninden (Kanser, kronik hastalık, ölüm gibi) 3 ay sonra ortaya çıktığını belirtmiştir (146). Bu bağlamda kanser tanısı alındıktan sonra süre uzadıkça kızgınlık, öfke, suçluluk, uyum bozukluğu gibi psikolojik sorunların şiddeti artacağından öz-duyarlığın olumsuz etkileneceği düşünülebilir. Bununla birlikte bu çalışmada istatistiksel olarak fark bulunmaması, verilerin hastalar hastanede yatarken toplanması nedeniyle tehdit algısı, kaygı ve tedavilere bağlı yaşanan diğer olumsuzlukların benzerlik göstermesi ile ilişkili olabilir.

Tanı öncesi yaşantısına göre şimdiki yaşantısı araştırıldığında, fark olduğunu düşünenlerin öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Farkındalık, mevcut durumun net ve dengeli bir şekilde farkına varmayı içermekte (147) ve öz-duyarlığın çok önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (148). Kanser ve öz-duyarlık ilişkisini inceleyen bir çalışmada kanser öyküsü olan bireylerin, yeni tanı konmuş kanserli hastalardan ve toplum genelinden daha yüksek öz-duyarlık ve psikolojik iyi olma gösterdikleri belirtilmiştir (143). Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%54) kanser tanısı üzerinden geçen süre 91 gün ve üzerindiydi. Kanser tanısı üzerinden geçen süre arttıkça psikolojik iyi olma ve öz-duyarlık düzeylerinin yükseldiği bilindiğinden (143) hem hastaların büyük çoğunluğunun tanı süresi 91 gün ve üzeri olması hem de tanı öncesi yaşantısına göre fark olduğunu düşünenlerde kanser tanısına bağlı farkındalık gelişmesinin öz-duyarlılığı olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Gelecek ile ilgili düşüncesine göre araştırıldığında; bu zorlu süreci aşacağını düşünenlerin (%67) öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde umut ile öz-duyarlık ilişkisini inceleyen bir çalışmada yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur (149). Yine başka bir araştırmada umut ve öz-duyarlık kavramlarının birbirinin yordayıcısı olduğu ve gelecek ile ilgili hedeflere ulaşmada bireye motivasyon sağladığı bildirilmiştir. Bu nedenle gelecek ile ilgili olumlu düşünceler sahip bireylerin sadece daha umutlu düşünmeyi değil aynı zamanda daha yüksek yaşam memnuniyeti, daha yüksek iletişim ve daha yüksek öz-duyarlık göstereceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada süreci aşacağını düşünenlerin öz duyarlık düzeylerinin yüksek olması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kanser öncesi ve şimdiki ruhsal durumlarına göre araştırıldığında; her iki durumda da mutlu, huzurlu olanların öz-duyarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Literatüre bakıldığında mutluluk ve öz-duyarlık arasında pozitif ilişki olduğu ve biri arttığında diğerrinin de arttığı bildirilmiştir (150,151). Bu doğrultuda hem kanser öncesi hem de kanser tanısı aldıktan sonra kendisini mutlu olarak tanımlayan hastaların öz-duyarlık düzeylerinin yüksek bulunması literatürü destekler niteliktedir.

Hastalık evresine göre araştırıldığında; 1. evrede olanların öz-duyarlık düzeyleri 2.evre ve 3. evre olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde öz-duyarlık düzeyini kanserin evresine göre inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanserde evre I genellikle küçük, daha az derin invaziv, metastaz yapmamış negatif lenf nodu ile karakterize kanseri tanımlarken, evre 2-3 evre 1'e göre daha büyük tümör dokusu veya nodal yayılımı, evre 4 ise tanı anında metastaz olan hastaları tanımlamaktadır (152). Evre I kanseri olan hastalarda evre 2 ve 3'e göre daha az psikolojik ve fiziksel hasar görülmektedir. Bu nedenle daha az endişe, korku, anksiyete, ağrı, uyum bozukluğu gibi durumlar yaşanmaktadır (31). Bu çalışmada hastalığın I. evresinde olan bireylerde öz-duyarlığın daha yüksek olmasının, öz-duyarlığı olumsuz etkileyen durumların (korku, kaygı, endişe, anksiyete gibi) daha düşük düzeyde görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kanseri 2.-3. evrede olanların öz duyarlık düzeyleri 4. evrede olanlardan daha yüksek olmakla birlikte aralarında istatistiksel fark bulunmaması ise, 2. evreden sonra daha fazla olumsuzluk yaşanması nedeniyle bu evrelerde olan hastaların öz duyarlık düzeyinin benzer şekilde etkilenmesi ile ilişkilendirilebilir.

5.3.Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kanserli hastaların depresyon ölçeği puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; yaşa göre 22-35 yaş aralığında olanların, cinsiyete göre erkek ve kadınların birbirine çok yakın olduğu, öğrenim durumuna göre ilköğretim/lise mezunlarının, medeni duruma göre bekârların, çalışma durumuna göre çalışmayanların, mesleğe göre doğal ve uygulamalı bilim alanında meslek sahibi olanların, aylık kazanca göre 2588 TL ve altında kazananların, birlikte yaşadığı kişiye göre yalnız yaşayanların, anne baba ile görüşme sıklığına göre görüşmeyenlerin depresyon puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Yaşa göre araştırıldığında 22-35 yaş aralığında olanların depresyon puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde depresyon ve yaş ilişkisini farklı tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır. Depresyon ve yaş ilişkisini inceleyen bir çalışmada yaş arttıkça depresyon şiddetinin de arttığı bulunmuştur (152). Başka bir çalışmada depresyon yaygınlığının 20 ila 24 yaş arası en yüksek seviyede olduğu ve 75 yaş üstü bireylerde depresyon görülme olasılığının en düşük olduğu belirtilmiştir (153). Yine bu çalışmada yaşa göre fark bulunmaması kanser sürecinden tüm hastaların benzer şekilde etkilenmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Cinsiyete göre araştırıldığında erkek ve kadınların depresyon puan ortalamaları birbirine çok yakındır ve istatistiksel olarak da anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde kanserli hastalarda cinsiyete göre depresyon düzeylerinin farklı olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte fark bulmayan çalışmalar da mevcuttur. Fanoous A. ve arkadaşlarının Nevrotiklik, major depresyon ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma bu çalışmanın sonucu ile benzer şekilde cinsiyete göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (155). Bununla birlikte kanserli hastalarda cinsiyete göre depresyon düzeyini inceleyen 2 çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak kadınların depresyon puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (156). Kanser hastalarındaki ağrı, yorgunluk ve depresyon düzeylerini cinsiyete göre araştırarak 9 çalışmayı gözden geçiren bir makalede; depresyon ve cinsiyet ilişkisini inceleyen 5 araştırmanın 3'ünde cinsiyete göre fark bulunmadığı belirtilirken, 2 çalışmada cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu bildirilmektedir (155).

Öğrenim durumuna göre, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ilköğretim/lise mezunlarının depresyon düzeyleri lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Meme kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi düştükçe depresyon düzeyinin arttığı bildirilmiştir (158). Yine depresyonun ilişkili olduğu kavramları araştıran başka bir çalışmada depresyon ve eğitim düzeyinin ters yönde ilişkisi saptanmıştır (159). Friberg ve arkadaşlarının prostat kanserli erkeklerde eğitim durumuna göre depresyon düzeyini inceledikleri çalışmada 9 yıldan kısa eğitim alan hastaların depresyon düzeyleri uzun süreli eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken orta ve uzun süreli eğitim alanların depresyon düzeyleri arasında fark olmadığı belirtilmektedir (160). Bu çalışmada eğitim düzeyi 9 yılın altında olan hasta sayısı çok azdır. Bu nedenle ilköğretim ve lise birleştirilmiştir ve yarısından fazlası lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim almıştır. Eğitim düzeyinin diğer çalışmalardaki örneklem gruplarına göre yüksek olması farkın ortaya çıkarılmasını etkilemiş olabilir.

Medeni duruma göre araştırıldığında, bekârların depresyon düzeyi daha yüksek bulunsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Annelerde stres ve sosyal desteğin depresyon üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada bekâr annelerin evli annelere göre daha yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (161). Başka bir araştırmada bekâr veya boşanmış bireylerde depresyon görülme olasılığının evli bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (162). Yine cinsiyet ve medeni duruma göre depresyonu araştıran bir çalışmada bekâr kadınlarda depresyona yakalanma riskinin erkeklere ve evli kadınlara göre daha yüksek ayrıca bekârların depresyon düzeyinin evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (163). Bu doğrultuda literatürde bekârların depresyona yakalanma riskinin ve depresyon düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Evlilerin stresli yaşam olaylarından daha az etkilendiği, strese maruz kalındığında duygusal yükün aile ile paylaşılmasının depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu düşünülebilir (164). Bu çalışmanın bulguları bekârların depresyon düzeyinin daha yüksek bulunması yönüyle literatürle benzerlik göstermekle birlikte, istatistiksel olarak bu farkın anlamlı bulunmaması literatürü desteklememektedir. Bu çalışmada hastaların kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı almış olması, bekâr ve evlilerde sorunun üstesinden gelinmesi konusunda farklılıkları ortadan kaldırmış olabilir.

Çalışma durumuna göre ve aylık kazanca göre araştırıldığında çalışmayanların ve aylık 2588tl ve altında kazananların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla

birlikte daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışma durumuna ve gelir durumuna göre depresyon düzeyini inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmayan 815 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada işsizliğin depresyon belirtileri üzerinde ciddi derecede olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (165). Yine 51 çalışmayan ve 96 çalışan kadının çalışma durumuna göre depresyon düzeyini inceleyen bir araştırmada; çalışmayanların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (166). Depresyonun gelir durumuna göre farkı da literatürde ortaya konulmuştur, gelir düzeyi azaldıkça depresyon düzeyi artmaktadır (67,167,168). Literatürde meslek grupları ve depresyon ilişkisi net bir şekilde ortaya konamasa da ağır fiziksel güç gerektiren, düşük kazançlı veya daha çok mental yorgunluk yapan mesleklerin depresyon açısından risk altında olduğu düşünülmektedir (67). Mukherjee ve arkadaşlarının kanser nedeniyle kemoterapi alan hastalarda sosyodemografik özelliklere göre anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada da gelir düzeyi düşük olanların depresyon düzeyleri geliri yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (169). Hasta ve hasta yakınlarının gelir düzeyiyle depresyon ilişkisini inceleyen bir çalışmada gelir düzeyi düşük kişilerde depresyon düzeyi daha yüksek, gelir düzeyi yüksek kişilerde depresyon düzeyinin daha düşük bulunduğu bildirilmiştir (170). Bu çalışmada çalışmayan ve geliri düşük olanların depresyon düzeyinin yüksek olması bu çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte istatistiksel olarak fark bulunmaması kanser tanısının getirdiği olumsuzluklar nedeniyle hem çalışanların hem de geliri yüksek olanların durumdan olumsuz yönde etkilenmeleri ile açıklanabilir.

Birlikte yaşadığı kişiye göre araştırıldığında yalnız yaşayanların depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Literatürde kanserli hasalarda yalnızlık ve depresyon ilişkisine dair bir çalışmaya rastlanmasa da yalnızlık ve depresyon düzeyi ilişkisini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Yalnız yaşamak daha fazla sosyal izolasyon, yalnızlık duygusu ve destek eksikliğine neden olabilir ve depresyon gelişmesini etkileyebilir. Literatürde yalnızlık düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin ve depresif belirtiler görülme riskinin arttığı bulunmuştur (173). Yine başka bir çalışmada depresyon ve yalnızlığın anlamlı düzeyde pozitif ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (174). Depresyonu etkileyen faktörlerden yalnızlığın (175) depresyon üzerindeki etkisi bilindiğinden yalnız yaşayanların depresyon düzeylerinin yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Anne baba ile görüşme sıklığına göre araştırıldığında görüşmeyenlerin depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Literatürde

anne baba ile görüşme sıklığı ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat aile ilişkileri ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (176,177). Amerika’da üniversite öğrencilerinde depresyon ile aile ilişkileri ve aile desteğinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada aile ilişkileri ve aile desteği yüksek olan bireylerin depresyon düzeyleri daha düşük ve depresyon görülme olasılığı daha az bulunmuştur (177). Yine başka bir çalışmada kötü aile ilişkilerinin depresyon ve intihar riskini artırdığı bulunmuştur (176). Bu çalışmada ailesiyle görüşmeyenlerin sayısının az olması (6 kişi) farkın ortaya konulmasını etkilemiş olabilir. Ayrıca bu çalışmada hastaların anne-babaları ile ilişkilerinin niteliğine ilişkin bir inceleme yapılmamıştır. Kanser tanısı alınmasının sonrasında hastalığın bireyin hayatının merkezine yerleşmesi, ortaya çıkardığı psikososyal sorunlar da anne-baba ile ilişkileri değiştirebilir. Bazı çalışmalar kanser tanısının hastadan çok ailesi üzerinde olumsuz etki gösterdiğini ve bu negatif duygu paylaşımının hasta üzerinde de fazladan duygusal yük oluşturduğunu bildirmektedir (178).

5.4. Kanserli Hastaların Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kanserli hastaların depresyon ölçeği puan ortalamaları hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında, ailede kanser hikâyesi olanların, tanı alma zamanına göre 91 gün ve daha üstünde tanı alanların depresyon puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur.

Tanı öncesi yaşantısına göre fark olmayanların depresyon düzeyleri yüksek, gelecek ile ilgili düşüncesi endişeli olanların, öz bakım ihtiyacını karşılayan kişiye göre ailesi karşılayanların, kanser öncesi ruhsal duruma göre mutsuz, endişeli olanların, şimdiki ruhsal duruma göre, mutsuz endişeli olanların, hastalık evresine göre 4. evrede olanların, depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ailede kanser hikâyesi varlığında göre araştırıldığında, olanların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Ailede kanser hikayesi olan erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada bireyler kendilerini risk altında gördüklerini ve psikolojik olarak bu durumdan olumsuz etkilendiklerini bildirmişlerdir (139). Başka bir çalışmada ailesinde kanser hikayesi olan kadınların stres ve kaygı durumlarını daha yüksek hissettiklerini ve bu durumun psikolojik sağlığını olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (142). Literatürde kaygı ve stresin depresyonla ilişkisi ortaya konmuştur (179,180,181,182). Bu

bağlamda ailede kanser hikâyesi olan kanser hastalarının daha fazla kaygı ve stres hissettiklerinden daha yüksek düzeyde depresyon görüldüğü düşünülmektedir.

Tanı alma süresine göre araştırıldığında 91 gün ve öncesinde tanı alanların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Kanserle tedavi ve hastaneye geliş süresi uzadıkça, hastalarda ortaya çıkan huzursuzluk, anksiyete ve komplikasyonların arttığı ve kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu gibi durumlar geliştiğini bilinmektedir (145). Literatürde anksiyete, öfke, huzursuzluk gibi durumların depresyon üzerindeki etkisi konduğundan tanı süresi üzerinden geçen zaman uzadıkça depresif belirtilerin şiddetinin artması beklenen bir durumdur (146). Bu bağlamda kanserin yaşam boyu takip gerektirmesi, yeniden ortaya çıkabilmesi ve yaşam boyu hayatı tehdit etmesi gibi durumlar stres, kaygı, anksiyete gibi sorunların şiddetini arttırdığı bilindiğinden tanı süresi uzadıkça depresyon düzeyinin de yükseleceği düşünülmektedir.

Tanı öncesi yaşantısına göre araştırıldığında fark olmayanların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde kanserli hastalarda tanı sonrası en sık görülen duygusal yanıtların inanmama, pişmanlık ve utanma, korku ve bağımlılık olduğunu belirtmiştir (183). Bu duyguların hastalarda psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Depresyonun korku ve pişmanlık ile ilişkisi literatürde ortaya konmuştur (184,185,186,187). Bu bağlamda tanı sonrası yaşantısında fark olanların hissedeceği düşünülen pişmanlık, öfke, korku gibi durumların depresyon düzeyini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Gelecek ile ilgili düşüncesine göre araştırıldığında endişeli olanların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde depresyon ve umutsuzluğun negatif yönde ilişkisi ortaya konmuştur (188,189). Umudu yüksek olan bireylerde daha şiddetli görülen stres, kaygı, mutsuzluk (190) gibi durumların depresyonu olumsuz etkilediği bilinmektedir (185).

Bu çalışmada kanserli hastaların yarısından azı (%37) gelecek ile ilgili endişe duyuyordu. Bu bağlamda daha şiddetli stres, kaygı ve mutsuzluk durumları yaşadıklarından depresyon düzeylerinin de anlamlı derecede yüksek olduğu düşünülmektedir.

Öz-bakım ihtiyacını karşılan kişiye göre araştırıldığında ailesi tarafından karşılananların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında depresyonlu hastalarda depresyon ve öz-bakım arasındaki ilişkiyi inceleyen bir

çalışmada hastaların öz-bakım kalitesi arttığında depresyon düzeylerinin düştüğü belirtilmiştir (191). Yine başka bir çalışmada öz bakım ve depresyon arasında güçlü bir negatif ilişki bulunmuş ve öz bakım kalitesindeki artış ile depresyon düzeyinin düşürülebileceği belirtilmiştir (192). Bunun yanında öz-bakım birçok olumlu ruhsal kavram (iyi olma, düşük stres) ile ilişkisi literatürde kanıtlanmıştır (193,194). Bu bağlamda öz-bakım ihtiyaçları başkası tarafından karşılanan bireylerde daha yüksek stres, daha düşük psikolojik iyi olma görüldüğünden depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kanser öncesi ruhsal duruma göre araştırıldığında mutsuz endişeli olanların ve şimdiki ruhsal duruma göre araştırıldığında mutsuz, endişeli olanların depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında mutluluk ve depresyon ilişkisini inceleyen bir çalışmada mutluluk ve depresyon arasında negatif yönde güçlü bir ilişki bildirilmiştir (195). Yine başka bir çalışmada mutluluk düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü belirtilmiştir (196). Bu bağlamda mutluluk ve depresyon arasındaki negatif ilişki nedeniyle mutsuz hissetmenin depresyon düzeyini önemli ölçüde negatif etkilediği düşünülmektedir.

Hastalık evresine göre araştırıldığında 4. evrede olanların depresyon düzeyleri 2/3 ve 1. evrede olanlara göre 2/3. Evrede olanların 1. evrede olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Evre 4 kanseri olan hastalarda evre 2 ve 3'e göre daha yüksek psikolojik ve fiziksel hasar aynı zamanda daha fazla endişe, korku, anksiyete, ağrı, uyum bozukluğu görüldüğü bilinmektedir (31). Anksiyete, korku, ağrı, uyum bozukluğu gibi faktörlerin depresyon üzerindeki olumsuz etkisi literatürde ortaya konmuştur (197,198,199). Bu bağlamda kanser evresi arttıkça daha fazla korku, ağrı, uyum bozukluğu gibi durumlar görüleceğinden evre yükseldikçe depresyon düzeyinin de yükseldiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastalığın 4. evresinde olan bireylerde daha yüksek düzeyde depresyon görülmesi, öz-duyarlılığı olumsuz etkileyen durumların (korku, kaygı, endişe, anksiyete gibi) daha düşük düzeyde görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.5.Kanserli Hastaların Öz-Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalamalarının Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Tartışılması

Yapılan araştırmalar öz-duyarlılığın depresyon belirtilerinin iyi bir yordayıcısı olduğuna dikkat çekmektedir ve öz-duyarlılığın ruh sağlığı koruyucu rolünden söz etmektedir (61).

Bu çalışmada, kanserli hastaların depresyon düzeyine göre; ciddi depresyon bulgusu olanların öz duyarlık düzeylerinin tüm diğer depresyon düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu, depresyon bulgusu olmayandan hafif, orta ve şiddetli depresyon bulgusu düzeylerine doğru gidildikçe öz duyarlık düzeylerinin düştüğü bulunmuştur. Ayrıca orta düzeyde depresyon bulgusu olanların öz duyarlık puan ortalamalarının da hiç depresyon bulgusu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu, Depresyon bulgusu olanların öz-duyarlık düzeylerinin olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Öz-duyarlığın ruhsal sağlık üzerindeki etkisi (200) temel alındığında bu beklenen bir sonuçtur. Literatürde de depresyon öz duyarlık ilişkisi gösterilmiştir (60,61,62). Öz-duyarlığın depresyon ve kaygı bozukluğu üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, depresyon veya kaygı bozukluğu olan hastaların daha önce hiç öz-duyarlık deneyimlemediklerini ya da bu bozukluğu yaşadıkları sırada öz-duyarlığın ortadan kalktığını ve öz-duyarlığı psikolojik iyiliği sağlayabilecek, kendilerine yardım edebilecek önemli bir kavram olarak gördüklerini belirtmişlerdir (8). Neff ve arkadaşlarının bir öğrenci grubu ile yaptıkları çalışmada, 1 aylık bir süre zarfında kendi kendine destek ve eğitim yöntemiyle öz-duyarlığın artırılmasının, depresif belirtileri azalttığı belirlenmiştir (62). Depresif belirtileri önlemede dikkatin ve öz-duyarlığın etkisini araştıran bir çalışmada hem dikkatin hem de öz-duyarlığın depresif belirtileri önlemede büyük fayda sağladığı bulunmuştur (9).

Tobias Krieger ve arkadaşlarının depresyon ve öz-duyarlık ilişkisini belirlemek için 142 depresyonlu ve 120 depresyonu olmayan ayaktan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, depresyon hastalarının depresif semptomları kontrol altına alınsa dahi hiç depresyon belirtisi göstermeyen hastalardan daha düşük öz-duyarlığa sahip oldukları belirlenmiştir (95). Van Dam ve arkadaşları da 2011 yılında öz-duyarlık ve depresyon-kaygı belirtilerinin ilişkisini incelediği çalışmada, öz-duyarlığı yüksek olanların depresyon ve kaygı belirtilerinin öz-farkındalığı yüksek olanlara göre daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (201). Çalışmalarda depresyon düzeyi arttıkça öz duyarlık düzeyinin düştüğü belirtilmektedir (9,116,202). Bu doğrultuda bu çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanserli hastalarda depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi ve depresyon ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan hastaların;

1.Sosyodemografik özelliklerine göre %46'sının 51-65 yaş aralığında olduğu, çoğunluğunun erkek (%62), orta yaş grubunda (45,84±13,45), evli (%79) ve yarısından fazlasının lisans ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu,

2. Sosyodemografik özelliklerine göre %65'inin çalışmadığı, yaklaşık 1/3'ünün (%36) finans ve yönetim ile ilgili bir meslek sahibi olduğu, çoğunluğunun (%60) aylık 2589TL ve üstünde gelirin olduğu ancak %86'sının gelirin giderinden düşük olduğu, yaklaşık her 5 hastadan dördünün eşiyle birlikte yaşadığı ve çoğunun anne ve babalarıyla haftada bir kez veya daha fazla kez görüştükleri,

3. Hastalık özelliklerine göre, çoğunun (%72) ailesinde kanser öyküsü olmadığı, yarısından fazlasında (%54) kanser tanısı aldıktan sonra geçen sürenin 90 günün üzerinde ve kanserin başlangıç evresinde (1.evre) (%55) olduğu,

4. Hastalık özelliklerine göre, en yüksek oranda genital organ (%19) ve meme kanseri (%66) tanısı ile izlendikleri (%18), ve tedavi olarak cerrahi tedavi ve kemoterapi (%57) aldıkları,

5. Hastalık özelliklerine göre, tamamına yakınının (%94) tanı öncesinde kendini mutlu hissederken, tanı sonrasında %41'inin kendini mutsuz ve endişeli hissettiği, yarısından fazlasının (%55) tanı öncesine göre yaşantısının olumsuz etkilendiği ve %67'sinin bu sıkıntılı süreci aşacağını düşündükleri,

6. Öz-duyarlık açısından sosyodemografik özelliklerine göre; 36-50'yaş aralığında olanların, kadınların, üniversite mezunlarının, çalışanların, sağlık sektöründe çalışanların, aylık kazancı 2589 ₺ ve üstünde olanların, birlikte yaşadığı kişiye göre eşi ile yaşayanların, anne-baba ile görüşme sıklığına göre ayda bir veya birkaç kez görüşenlerin öz-duyarlık düzeyleri

diğer gruplara göre daha yüksek bulunmakla birlikte aralarında istatistiksel fark olmadığı ($p>0,05$),

7. Öz-duyarlık açısından sosyodemografik özelliklerine göre; medeni duruma göre evli olanların öz-duyarlık düzeylerinin bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

8. Öz-duyarlık açısından hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre; ailesinde kanser hikayesi olanlarla olmayanların öz-duyarlık düzeylerinin benzer olduğu, öz bakımını kendi karşılayanların ve tanıdan itibaren geçen süre 90 günün altında olanların öz duyarlık düzeylerinin ise diğer gruplara göre yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$),

9. Öz-duyarlık açısından hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre; hastalık evresine göre 1. evrede olanların, tanı öncesine göre yaşantısının değiştiğini düşünenlerin, gelecek ile ilgili olarak bu süreci aşacağını düşünenlerin, tanı öncesi ve sonrası süreçte kendini mutlu–huzurlu hissedenlerin diğer gruplara göre öz-duyarlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

10. Depresyon açısından sosyodemografik özelliklerine göre; 22-35 yaş aralığında olanların depresyon düzeylerinin en yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, cinsiyete göre benzer olduğu, öğrenim durumuna göre ilköğretim/lise mezunlarının, medeni duruma göre bekarların, çalışma durumuna göre çalışmayanların, mesleğe göre doğal ve uygulamalı bilim alanında meslek sahibi olanların, aylık kazanca göre 2589 ₺ ve üstü kazananların, birlikte yaşadığı kişiye göre yalnız yaşayanların, anne baba ile görüşme sıklığına göre görüşmeyenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ($p<0,05$),

11. Depresyon açısından hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre; ailede kanser hikâyesi bulunma durumuna göre olanların, tanı alma süresine göre tanıdan itibaren 91 gün ve üstünde zaman geçenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek depresyon düzeyinin olduğu ($p<0,05$),

12. Depresyon açısından hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre; tanı öncesi yaşantısına göre fark olduğunu düşünenlerin, gelecek ile ilgili düşüncesine göre endişeli olanların, öz-bakım ihtiyacını karşılayan kişiye göre ailesi tarafından karşılananların, kanser öncesi ve şimdiki duruma göre mutsuz ve endişeli olanların, hastalık evresine göre 4. evrede olanların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$),

13. Depresyon düzeyi arttıkça öz-duyarlık düzeyinin düşme eğiliminde olduğu ve orta düzeyde depresyonu olanların öz-duyarlık düzeyinin de hiç depresyonu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Bu çalışmada depresyon ve öz-duyarlık arasında negatif yönde ilişki olduğu bulunduğu;
 - a. Kanser hastaları ile çalışan hemşirelerin hastaların öz-duyarlık düzeylerini artırmaya yönelik bilgilendirilmesinin sağlanması,
 - b. Hastaların öz-duyarlık düzeyleri desteklenerek depresyon düzeylerinin azaltılması amacıyla lisans eğitiminde bu konunun öneminin vurgulanması,
2. Kanserli hastaların öz-duyarlığının artırılmasına yönelik farkındalık yaratmak için öz-duyarlık düzeylerinin rutin olarak ölçülmesinin sağlanması
3. Bu çalışmanın ailelerin öz-duyarlık ve depresyon düzeylerinin ölçülmesini de içerecek şekilde başka araştırmacılar tarafından tekrarlanması,
4. Bu çalışmada bekârların, 4. evre kanseri olanların, kanser süreci ile ilgili olumsuz duyguları fazla olanların öz-duyarlık düzeyleri düşük bulunduğundan uygulamada özellikle risk altında olan bu gruplara yönelik özel dikkat sarf edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sigerist HE. The historical development of the pathology and therapy of cancer. *On the history of medicine*. 1932. 11(8): p. 642-653.
2. Güleç G. ve Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011. 3: p. 343-367.
3. Ülger E ve ark. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014. (28): p. 85 – 92.
4. Bag B. Kanser Hastalarında Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014. (6): p. 186-198.
5. Eker A, Aslan E, Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017. 14: p. 298-303.
6. Michelle E. Neely ve ark. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion* 2009. 33: p. 88-97.
7. Neff K. D. The Science of Self-Compassion, *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* 2012. 6: p. 79–92.
8. Pauley G. at all. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety, *The British Psychological Society*, 2010. 83: p.129-143.
9. Angelica L. at all. Mindfulness and Self-compassion as Unique and Common Predictors of Affect in the General Population, *Mindfulness* 2016. 7: p.1289-1296.
10. Korkmaz B. Öz-Duyarlık: Psikolojik Belirtiler ile İlişkisi ve Psikoterapide Kullanımı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2018. 10: p. 40-58.
11. Neff K.D. Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults, *Self and Identity Journal* 2010. 9: p. 225-240.
12. Başkale A. ve ark. P. N. Kanser Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015. 6: p. 65-70.
13. Pınar E.Ş. Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı Psikiyatri, *Hemşireliği Dergisi* 2012. 3: p. 86-91.
14. Baykara O, Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016. 5: p.154-163.

15. Çelik İ. Çevre ve Kanser. 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, Antalya, 2008. 15: p. 109-110
16. Bayık A. Kanser Epidemiyolojisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1989; (5): 58-71.
17. McGuire S. International Agency For Research On Cancer, World Health Organization, *Advances in Nutrition* 2018; (7): 418-419.
18. Pehlivan S. ve ark. Kanser, Kültür ve Hemşirelik, *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2013; (4): 168-174.
19. Güran Ş. Kanserden Korunma *Gülhane Tıp Dergisi* 2005; (47): 168-174.
20. Üskent N. Kanserden korunma ve kanser taraması. In: İç Hastalıkları Onkoloji. Çetin Erol Eds. Ankara, MN Medikal & Nobel. 2011, pp.7-14.
21. Carolin C. David R. Julio G. Et al. Egüney S. (Çeviri Editörü), AJCC Kanser Evrelendirme Atlası, American Joint Committee on Cancer, 1977-2012. Chicago p.1-23
22. AJCC Cancer Staging Atlas: A Companion to the Seventh Editions of the AJCC Cancer Staging Manual and Handbook, DOI 10.1007/978-1-4614-2080-4-1, 13, 2).
23. Salama JK, Gu L, Wang X, Pang HH, Bogart JA, Crawford J, Schild SE ve ark. Positive Interaction between Prophylactic Cranial Irradiation and Maintenance Sunitinib for Untreated Extensive- Stage Small Cell Lung Cancer Patients After Standard Chemotherapy: A Secondary Analysis of CALGB 30504(ALLIANCE). *J Thorac Oncol.* 2016;11(3):361-9.
24. Takahashi K, Yamanaka S. Induced pluripotent stem cells in medicine and biology. *Development.* 2013; (140): 2457-2461.
25. Kinhiar RA, et al. Rapid Arc, helical tomotherapy, sliding window intensity modulated radiotherapy and three dimensional conformal radiation for localized prostate cancer: a dosimetric comparison *J Cancer Res Ther.* 2014; (10): 575-582.
26. Takahashi K. et al. Induced pluripotent stem cells in medicine and biology, *Development* 2013; (140): 2457-2461.
27. Yıldırım S. ve ark. Psikososyal Açından Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010; (26): 87-97.
28. Daştan N. Ve ark. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; (3): 75-77.
29. Akmansu M. Kanserin Psikososyal Yönü, *T Klin J Med Ethics* 1995; (1): 20-22.

30. Lim W, Revisiting Kubler-Ross's Five Stages Of Grief, *Journal of Social Sciences* 2013; (9): 11-13.
31. Karakartal D. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi, *Uluslararası Beşeri Bilimler ve eğitim Dergisi*, 2018. 4(9): p. 48-62
32. Perihan G. ve ark. Three phases of cancer in the process of mental trauma: Diagnosis, treatment, survival, *Journal of Psychiatric Nursing* 2017; (9): 45-54.
33. Filiz İ. at all. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer , *J Breast Health* 2016; (12): 94–101.
34. Beyhan B. Kanser Hastalarında Depresyon, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; (6): 186-198.
35. Mete HE. ve ark. Kanserli hastalarda depresyon, *Duygudurum Dizisi* 2001; (4): 184-191.
36. Ünal S. ve ark. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, *Klinik Psikiyatri* 2002; (5): 8-15.
37. Tokgöz G. ve ark. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; (9): 59-66.
38. Erin C.D. ve ark. Genetic Determinants of Depression: Recent findings and future directions, *Harv Rev Psychiatry*. 2015; (23): 1-18:
39. Qiolan L. at all. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseasesin middle-aged and elderly Chinesepeople, *Nature Research*, 2018 8(3841): p. 2-6
40. Shapiro PG. Çocukluk ve İlk Gençlik Depresyonu, *Papirüs Yayınları*; 1997;
41. Leahy L.R. at all. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders, *The Guildfor Press* 2011; 2: 16-53.
42. Hettema J.M. at all. The Effects of Anxiety, Substance Use and Conduct Disorders on Risk of Major Depressive Disorder, *Cambridge University Press* 2003. 33: p. 1423-1432.
43. Yüzer S. ve ark. Çocuğu Hastane Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010. 9: p. 54-62.
44. Judith E. At all. Anxiety and Depression: Physiological and Pharmacological Considerations, *Journal of Individual Psychology* 2006. 62: p.397-416.

45. World Health Statistics Report, Monitoring Health For The SDGs, *World Health Organization* 2017. p.51-85
46. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015. 1: 2-10
47. Jerry L. H. What Is The Presentation of Major Depressive Disorder? *Medscape*, 2019.
48. Aydoğan Ü. ve ark. Kansere Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012. 16: p. 55-60.
49. Jane Walker, Christian H.H. Paul M. Prevalence, Associations, And Adequacy of Treatment of Major Depression in Patients with Cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical, *The Lancet Psychiatry* 2014. 1: p. 343-350.
50. Başoğlu C. Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015. 7(1): p. 1-15
51. Güvercin A. Depremzede Anneler ve Çocuklarının Depresyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2006. İstanbul, Marmara Üniversitesi
52. Aaron T. Thinking and Depression: I. İdiosyncratic Content and Cognitive Distortions, *American Psychological Association*, 1963. 9(4): p. 324-333
53. Beck, Differentiating Anxiety and Depression: A test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis, *American Psychological Association*, 1976. 96(3): p. 179-183
54. Akdeniz M. Ve ark. Birincil Bakımda Bilişsel Sorunların Yönetimi, *GeroFam*, 2010: 1(2): p.13-49
55. Badger F. and Nolan P. Concordance with Antidepressant Medication in Primary Care, *Nursing Standard*, 2006. 20(52): p. 35-40
56. By William F. Pirl, MD and Andrew J. Roth, MD, Diagnosis and Treatment of Depression in Cancer Patients, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011. 26(1): 21-26
57. Ferguson JM. et al. High Frequency of Hypermethylation at the 14-3-3 o Locus Leads to Gene Silencing in Breast Cancer, *PNAS*, 2000. 23(11): p. 6049-6054
58. David J. et al. The pharmacological management of depression, *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2005. 7: p. 191-205.

59. Kanai Pak M. at all. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals, *Journal of Clinical Nursing* 2008. 17: p. 3324-3329.
60. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself, *Self and Identity*, 2003. 2: p. 85-101
61. Neff K. Rude S.ve Kirkpatrick L. Self-compassion and adaptive psychological functioning, 2007, *Journal of Research in Personality*, 2007. 41(1): p. 139-154
62. İkiz E. ve ark. Üniversite öğrencilerinde öz-duyarlık ve duygusal zekânın incelenmesi, *DEÜ SBE Dergisi*, 2012. 14: p. 51-71.
63. Members F. et al. Guidelines on the management of stable coronary artery disease: The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology, 2013, *European Heart Journal*, 34(38): p. 2949-3003
64. Gilbert P. The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy, *British Journal of Clinical Psychology*, 2014. 53:- 6-41
65. Aktaran K. Attachment Theory Self Compassion and Body Image, *The International Journal of Human and Behavioral Science*, 2019. 5(2): p. 1-17
66. Albertson, E.R., Neff, K.D. Dill-Shackleford, K.E. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 2014. 6(3): p. 444-454.
67. Self-Compassion as a Facet of Neuroticism? A Reply to the Comments of Neff, Toth-Kiraly, and Colosimo, *European Journal of Personality*, 2018. 32: p. 393-404
68. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003. 2: p. 223-50.
69. Martin M. et al. The Relationships Between Cognitive Flexibility with Dogmatism, Intellectual Flexibility, Preference for Consistency, and Self-Compassion, *Communication Research Reports*, 2011. 28(3): p. 275-280
70. Krieger T. at all. The Relationship of Self-Compassion and Depression: Cross-lagged Panel Analyses in Depressed Patients After Outpatient Therapy, *National Library of Medicine*, 2016. 15(202): p. 39-45
71. Ateşçi Ç.F. ve ark. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003. 14: p. 145-152.

72. İnci F. Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2008.
73. Pirl V. ve ark. Screening for psychosocial distress: A national survey of oncologists, *The journal of supportive oncology* 2007. 5: p. 499-504.
74. Hodgkinson S. et al. Improving Mental Health Access for Low- Income Children and Families in the Primary Care Setting, *Pediatrics* January 2017. 139(1): p. 2015-1175
75. Kirkpatrick L Ellis B. The Adaptive Functions of Self-Evaluative Psychological Mechanism, *American Psychological Association*, 2006. p.334-339
76. Watts and Rosemary Nurses Perspectives on the Care Provided to Cancr Patients, *Cancer Nursing*. 2010. 33(2): p. 1-8
77. Mary AR. Psychosocial Nursing Care for Adolescents with Cancer, *İssues in Comphrenhensive Pediatric Nursing*, 2009. 24(3): p. 165-175
78. Rodin G. ve et al. Clinician-patient communication: a sytematicreview, *Support Care Cancer*. 2009. 17(6): p. 626-44
79. Fallowfield L Jenkins V. And Farewell et all. 1999. *Br J Cancer*, 2003. 89(8): p. 1445-1449
80. Anuk D. Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi, ve Tedavi Ekibi Etkileşimi, *Uluslararası Beşeri bilimler ve eğitim Dergisi*, 1998, 4(9): p. 48-62
81. Çam M. Külliğ D. Kaçmaz D. Psikiyatride Vaka Yönetimi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1999. 11(2): 214-222
82. Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kansr. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul. p.140-153
83. Gagner et al. Use of Music Therapy and other ITNUs in Acute Care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 2001. 39: p. 26-37
84. Yıldırım S. Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010; 26 (1): 87-97.
85. Schuyler D. Cognitive Therapy for Adjustment Disorder in Cancer Patients, *Psychiatry (Edgmont)* 2004; (1): 20-23.
86. Soylu C. Kanser Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi, *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar* 2014; (6): 257-270.
87. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Publishing. Washington, DC, USA,2013

88. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2013, 147-313
89. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Publishing. Washington, DC, USA, 2013
90. Rummel C. Michael K. and Werner K. Psychoedukation bei Depression: Ergebnisse zweier Umfragen im Abstand von fünf Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz, 2015. 42(6): p. 309-312
91. Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing. Washington, DC, USA), *Psychoeducation: A Multifaceted Intervention. Int J Ment Health* 2015. 44: p. 259-262
92. Xiao W. et al. The Effectiveness of Psychoeducational Intervention on Managing Symptom Clusters in Patients With Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials, *Cancer Nurs*, 2016. 39(4): p. 279-91
93. Hung-Ru L. Susan M. et al. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature, *Leading Global Nursing Research*, 2003. 44(1): p. 69-80
94. Phoebe L. Kristin N. Self-compassion is associated with reduced self-presentation concerns and increased student communication behavior, *Learning and Individual Differences*, 2018. 67: p. 223-231
95. Krieger T. Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatient, *Behavior Therapy*, 44(3): p. 501-513
96. Pauley G. McPherson S. The Experience and Meaning of Compassion and Self-Compassion for Individuals with Depression or Anxiety, *Psychol Psychother*, 2010. 83(2): p. 129-43
97. Dewar B. Cook F. Developing Compassion Through a Relationship Centred Appreciative Leadership Programme, *Nurse Education Today*, 34(9): p. 1258-1264
98. Daniel G, *Healing Emotions: Conversations with the Dalai Lama on Mindfulness, Emotions, and Health*, Shambhala Publications, 2003.
99. Maben RN. Et al. Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care, *Older People Nursing*, 2012. 7(2): p. 83-94

100. Watson J. Caring Science and Human Caring Theory: Transforming Personal and Professional Practices of Nursing and Health Care, *Journal of Health and Human Services*, 31(4): p. 466-482
101. Sinclair S. et al. Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others?, *Psychology Health and Well-Being* , 2017. 9(2): 168-206
102. Kabat-Zinn 2009 mbrs farkındalık temelli stress Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 1992. 149: p. 936-943.
103. Praisman S. Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract*, 2008. 20: p. 212- 216.
104. Matchim Y. Armer JM. Stewart BR. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *West J Nurs Res*, 2011. 33: p. 996-1016
105. Körükcü Ö. Kamile K. Beden-Zihin-Ruh Bütünlüğünü Korumaya yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015. 7(1): p. 68-80
106. Heng-Chih P. Risk Model and Scoring Systems for Predicting the Prognosis in Critically Ill Cirrhotic Patient with Acute Kidney Injury: A Prospective Validation Study, *Plos One*, 2012. 7(12): p. 2-9
107. Witek- Janusek L. Albuquerque K. Chroniak K. Chroniak C. Durazo R. Mathews H. Effect of Mindfulness Based Stress Reduction on Immune Function, Quality of Life and Coping in Women Newly Diagnosed with Early Stage Breast Cancer, *Brain Behav Immun*, 2008. 22: p. 969-981
108. Heng-Chih P. Risk Model and Scoring Systems for Predicting the Prognosis in Critically Ill Cirrhotic Patient with Acute Kidney Injury: A Prospective Validation Study, *Plos One*, 2012. 7(12): p. 2-9
109. Redelmeier D, Molin J, Tibshirani R domised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet* , 1995. 345(8958): p.1131-34
110. Cole-King A, Gilbert P. Compassionate care: the theory and the reality. *Journal Of Holistic Healthcare* 2011. 8(3):p. 29-37

111. Teng C-I, Hsu K-H, Chien R-C, Chang H-Y. Influence of personality on care quality of hospital nurses. *Journal of nursing care quality* 2007. 22(4): p. 358–64
112. Bluth and ark. Age and Gender Differences in the Associations of Self-Compassion and Emotional Well-being in A Large Adolescent Sample, *HHS Public*, A2016. 46(4): p. 840-853)
113. Hwang ve ark. The Moderating Effects of Age on the Relationships of Self-Compassion, Self-Esteem, and Mental Health, *Japanese Psychological Research*, 2016. 58(2): p.194-205)
114. Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, et al. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses'caring behaviors:a descriptive and correlational study in six European countries, *Journal of Nursing Scholarship* 2011. 43(4): p. 341–50
115. Blomberg K, Griffiths P, Wengström Y, May C, Bridges J. Interventions for compassionate nursing care:A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2016. 62: p. 137–55
116. Lisa M. et al. Gender Differences in Self-Compassion: Examining the Role of Gender Role Orientation, *Mindfulness*, 2018. 14(5): p. 1-22
117. Karen Bluth et al.. Age and Gender Differences in the Associations of Self-Compassion and Emotional Well-being in A Large Adolescent Sample, *Journal of youth and Adolescence*, 2016. 46(4): p. 840-853
118. Lopez A. Sanderman R. et al. A Close Examination of the Relationship Between Self-Compassion and Depressive Symptoms, *Mindfulness*, 2018, 9(5): p. 1470-1478
119. Gedik Z. Resilience in the Face of Domestic Violence: Links of Self Compassion and anger Expressions in Turkish Women Seeking Legal Help, *Symposium*, 2019. 57(1): p. 10-15 ö
120. Sarıtaş S. ve Büyükbayram Z. Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım Veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016. 15(2):141-149
121. Eglè S., Aistè D., Psychological Capital, Self-Compassion, and Life Satisfaction of Unemployed Youth, *International Journal of Psychology*, 2017. 19: p. 49-69
122. Clevenger S. Is Self-Compassion Important for Health Care Practitioners? *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 2019. 4(1): p. 2-11

123. Erzen E. ve Yurtçu M. Investigation Of Self-Compassion Levels Of Prospective Teachers İnTerms of Some Variables, *IJTASE*, 2013. 2(3): p. 40-44
124. Neff, K.D. and Vonk R. Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself, *Journal of Personality*, 2009. 77(1): p. 23–50
125. Christman, Luther P. *Oncology Nursing: Assessment and Clinical Care*. St. Louis, ABD, Mosby, 1999. :383-401
126. National Cancer Institute. Cancer statistics review 1973-1989. Including a report on the status of cancer control. *National Institutes of Health, Public Health Service*, 1989
127. Lyon T. Self-Compassion as a Predictor of Loneliness: The Relationship Between Self-Evaluation Processes and Perceptions of Social Connection, Lyon, Southeastern University , 2015.
128. Savitri D. Self Compassion And Loneliness, *Jurnal İlmiah Psikologi Terapan*, 2015. 3(1) p. 154-163
129. Kristin Neff. The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion, Mindfulness, 2016. DOI 10.1007/s12671-015-0479-3
130. Akin A. Self-Compassion and loneliness, *İnternational Online Journal of Educational Sciences*, 2010. 2(3): p.702-718
131. Savitri D. Self Compassion And Loneliness, *Jurnal İlmiah Psikologi Terapan*, 2015. 3(1): p. 154-162
132. Imogen C. Stealla W. and Angus M. Self-Compassion and Psychological Distress in Adolescents a Meta analysis, *Mindfulness*, 2017. 9(4): p.1011-1027
133. Sankari S. Masthan KMK. Babu A. et al. Apoptosis in Cancer- An Uptade, *Asian Pac J. Cancer Prev*, 2012. 19 (9): p. 2469-2474
134. Gülses S. Keskin Z. Büyükavcı M. Kanserli Çocukların ve Anne Babalarının Yaşam Kalitesi Diğer Hastalardan Farklı Mı? *Çocuk Sağlı ve Hastalıkları Dergisi*, 2014. 57: p. 16-23
135. Akihide İ. et al. Depression in the United States and Japan: Gender, marital status, and SES patterns, *Social Science and Medicine*, 2005. 61(11): p. 80-92
136. Jiang T. Canevello A. et al. The Association between Compassionate Goals and Relational-İnterdependent Self-Construal, *Self İdentity*, 2017. 16(2): p. 143-170
137. Yarnell L, Neff K.D. Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being, *Self and Identity*, 12(2): p. 146–159

138. Breines JG. Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2012 38(9): p.1133-1143
139. L. Taylor et al. Demographics, family histories, and psychological characteristics of prostate carcinoma screening participants, American Cancer Society, 2000. 85(6): p. 1305-12
140. Cabrera E. Blanco I. The impact of genetic counseling on knowledge and emotional responses in Spanish population with family history of breast cancer, *Pztient Educ Couns*, 2010. 78(3): p. 328-8
141. Ester I. Zwan J. Bögels M. A RCT Comparing Daily Mindfulness Meditations, Biofeedback Exercises, and Daily Physical Exercise on Attention Control, Executive Functioning, Mindful Awareness, Self-Compassion, and Worrying in Stressed Young Adults, *Mindfulness*, 2016. 7: p. 182-1192
142. Kristin Neff. Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being, *Social and Personality Psychology Compass*, 2011. 5(11): p. 1-12
143. Meyer A. Moran C. Tanya F. et. al. The effect of a personal cancer history on compassion and psychological well-being, *Journal Club Article*, 2018. 22(4): p. 398-406
144. Nelson R. And Hall S. Self–Compassion as Self-Care: A Simple and Effective Tool for Counselor Educators and Counseling Students, *Journal of Creativity in Mental Health*, 13: p.121-133
145. Özbaş A. Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2005. 2(3): p. 115-116
146. Gregurek R. Bras M. et al. Psychological Problems of Patients With Cancer, *Psychiatria Danubina*, 2010. 22(2): o. 227-230
147. Brown W. And Richard M. The benedits of Being Present: Minndfulness and Is Role in Psychological Well Being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003. 84(4): p. 822-848
148. Kristin Neff and Cristopher G. Self-Compassion and Psychological Well-being, *Oxford Handbook of Compassion Science*, 2017. 12(2): p.146-159
149. Akin A. and Umran A. An investigation of the predictive role of self-compassion on hope in Turkish university students, *Education Science and Psychology*, 2014. 6(32): p. 1512-1801

150. Laurie H. and Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differences*, 2010. 50: p. 222-227
151. Cristina B. Rosa M. Et al. Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation–happiness relationship, *Personality and Individual Differences*, 2015. 10: p. 8-40
152. Stordal E. and ark. Depression in Relation to Age and Gender in the General Population: The Nord-Trondelag Health Study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001. 104(3): p.210-216
153. Danesh N. and ark. Relation Between Depression and Sociodemographic Factors, *International Journal of Mental Health Systems*, 2007. 4: p.1-9
154. Lale D. Ve Güç D. Sinyal İletimi Mekanizmaları ve Kanser, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004. 35: p.34-42
155. Fanoous A. Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study, *Psychol Med*, 2002. 32(4): p. 719-28
156. Linden W. Vodermaier A. et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age, *J Affect Disord*, 2012. 10: p. 343-51
157. Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer, *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2004.32: p. 139-43
158. Catarina T. Costa R. Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer, *Psychooncology*, 2015 24(9): p. 1060-5
159. Scarinci et al. Depression, socioeconomic status, age, and marital status in black women: a national study, *Ethn Dis*, 2002. 12(3): p. 421-8
160. Friberg S. Moustsen R. Et al. Educational level and the risk of depression after prostate cancer, *Acta Oncologica*, 58(5): p. 722-729
161. Cairney J. Michael B. Offor R. Stress, social support and depression in single and married mothers, *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2003.38(8): p. 442-9
162. Bebbington P. Marital status and depression: A study of English national admission statistics, *Acta Psychiatr Scand*, 1987. 75(6): p. 640-50
163. Kyriakos S. Farrel J. Marital status and depression among Mexican Americans, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1985. 20(2): p. 86-91

164. Ronald C. And Essex M. Marital Status and Depression: The Importance of Coping Resources, *Social Forces*, 1982. 61(2): p. 484-507
165. Vinokur A. Price R. Caplan R. Hard times and hurtful partners: How financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses, *J Pers Soc Psychol*. 2016. 71(1): p. 166-79
166. Ellen M. And Jeffrey V. Depression in unemployed Swedish women, Bloomberg School of Public Health, 1988, 27(12): p. 1349-1355
167. Friedemann and Marie L. Family Economic Stress and Unemployment: Child's Peer Behavior and Parents' Depression, *Child Study*, 1986. 16(2): p. 124-42
168. Hakkinen Unto et al. Economic depression and the use of physician services in Finland, *Health Econ*, 1996. 5(5): p. 421-34
169. Mukherjee A, Mazumder K, Ghoshal S. Impact of Different Sociodemographic Factors on Mental Health Status of Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy for Recurrent Disease. *Indian J Palliat Care*. 2018. 24(4): p. 426–430
170. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, İzmir, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2007
171. Otsuka K. and Kato S. Relationship between Diagnostic Subtypes of Depression and Occupation in Japan, *Psychopathology*, 2000. 33(6): p. 324-8
172. Christ L. David J. Lora E. et al. Employment and Occupation Effects on Depressive Symptoms in Older Americans: Does Working Past Age 65 Protect Against Depression? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2007. 62(6): p. 399-403
173. Jaremka L. Andridge R. Fagundes C. Et al. Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor, *Journal of the Division of Health Psychology*, 2014. 33(9): p. 948-957
174. David G. Et al. Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980. 39(6): p. 1248-1244
175. Mehmet H. ve Ayas T. Relation Between Depression, Loneliness, Self-Esteem and Internet Addiction, *Education*, 2013. 133(3): p. 283-290
176. Keitner G. Family functioning and major depression: An overview, *Am J Psychiatry*, 2016. 147: p. 1128-37

177. Levis Harris and Davis Molock, Cultural Orientation, Family Cohesion, and Family Support in Suicide İdenation and Depression among African American College Students, *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 2000. 30(4): p. 341-353
178. Cancer in the family: Review of the psychosocial perspectives of patients and family members *J Fam Soc Work*. 2008. 11: p. 166– 184
179. Hammen, Stress Generation in Depression: Three Studies on Its Resilience Possible Mechanism, and Symptom Specificity, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2005. 24(2): p. 236-253
180. Van Praag, Can Stress Cause Depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2004. 28(5): p. 891-907
181. Michel J. Ve ark. Brief Report: Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression, Cognitive Therapy and research, 2004. 28: p. 835-842
182. Simonelli ve ark. Attachment Models and Their Relationships with Anxiety, Worry, and Depression, *Counseling and psychology journal*, 2004. 1(3): p. 107-118
183. Karaveli S. ve ark. Kolorektal Kanser Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık bilimleri Dergisi*, 2014. 17(2): p. 90-96
184. Neal J ve ark. Repetitive Regret, Depression, and Anxiety: Findings from a Nationally Representative Survey, *Journal of Social and clinical psychology*, 2009. 28(6): p. 671-688
185. Karin Nordin et al. Anxiety, Depression and Worry in Gastrointestinal Cancer Patients Attending Medical Follow-Up Control Visits, *Acta Oncol*. 1996. 45(4): p. 411-6
186. Sefa K. et al. Risk factors for tubal ligation: regret and psychological effects Impact of Beck depression inventory, *Journal of Contraception*, 2004. 71(6): p. 417-20
187. Kroll et al. Psychiatry, Moral Worry, and the Moral Emotions, *J Psychiatr Pract*. 2004. 10(6): p. 352- 60
188. Van Dongen E. ‘I wish a happy end’. Hope in the lives of chronic schizophrenic patients, *Medical Anthroponology Quarterly*, 2012. 14(2): p. 447-441
189. Gil P. ve ark. Hope, dispositional optimism and severity of depression following traumatic brain injury, *Journal of Brain injury*, 2009. 23(10): p. 800-808
190. Thalyta CristinaMansano-Schlosser ve ark. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery, *Applied Nursing Research*, 2016. 34: p. 7-11

191. Robinson G. And Johnston M. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke, *Arch Phys Med Rehabil*, 2000. 81(4): p. 460-4
192. Sajjadi M. Akbari Dr. et al. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis, *Horizan Med Sci*, 2008. 14(1): p. 13-17
193. T. Chas ve ark. Personal Models of Diabetes in Relation to Self-Care, Well-Being, and Glycemic Control, *Diabetes Care*, 2001. 24(5): p. 828-33
194. Valente SM ve ark. Self-care, psychological distress, and HIV disease, *J Assoc Nurses Aids Care*, 1993. 4(4): p. 14-25
195. Susan B. Rajaeepor S. et al. The relationship between students' study habits, happiness and depression, *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2011. 16(3): p.217-221
196. Helen Cheng and Furnham A. Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression, *Personality and Individual Differences*.2003 34(6): p.921-942
197. Belzung C. ve ark. Optogenetics to study the circuits of fear- and depression-like behaviors: A critical analysis , *Pharmacol Biochem Behav*. 2014. 122: p. 144-57
198. M. Von Korf and Simon G. The relationship between pain and depression, *Br J Psychiatry Suppl*. 1996. 30: p. 101-8
199. Aj Mithchel ve ark. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies, *The lancet oncology*,2011. 12(2): p.160-174
200. Neff , Self Compassion and Psychological Well Being, *Constructivism in the human sciences*, 2004 9(2) : p.27-37
201. Van Dam ve ark. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression, *Journal of anxiety disorders*, 2011. 25(1): p. 123-30
202. Annett Körner ve ark. The Role of Self-Compassion in Buffering Symptoms of Depression in the General Population, *Plos One*, 2015 10(10) : p. 1-14

EKLER

EK-1 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

EK-2 Kanserli Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-3 Öz-duyarlık Ölçeği Formu

EK-4 Beck Depresyon Ölçeği Formu

EK-5 Etik Kurul Kararı



EK-1 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, 17-65 yaş arası kanser tanısı almış hastalarda, depresyon ve öz-duyarlık düzeylerinin hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi ile depresyon ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Florence Nightingale Hastaneleri'nde kanser tanısı/tedavisi alan hastalarda yapılan araştırma kapsamında size yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklere ve tanı, kanser tipi, aldığınız tedavi gibi hastalık ve tedavinize ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerini sorgulayan sorular içeren anket formuna cevap vermeniz istenecektir. Ardından yaşadığınız acılardan kaçmak yerine bunları açık yüreklilikle yargılamadan karşılamanızı, kendinize karşı özenli, anlayışlı ve ilgili bir tutumla yaklaşmanızı ve yaşantılarınızı tüm insanlar tarafından paylaşılan ortak deneyimler çerçevesinde görebilmenizi araştıran "öz-duyarlık envanteri" ve içe çekilme ve çökkünlük yaşama düzeyinizi araştıran "beck depresyon envanteri" adındaki soru formlarına cevap vermeniz istenecektir. İşlem sırasında araştırmacı yanınızda bulunacaktır. Bu üç formu cevaplama süresi yaklaşık 15-20 dakikadır.

Bu çalışmada sizlerden elde edilen veriler kanserli hastalara eğitim ve danışmanlık verilmesi sırasında hastaların olumsuz duygularının azaltılması ve kendilerini daha iyi hissedebilmeleri için olumlu destek sağlanmasında onlara bakım veren sağlık çalışanlarına yol gösterecektir.

Anketlere verdiğiniz cevaplar, araştırma bulguları ve kişisel bilgileriniz başkaları ile paylaşılmayacak; gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz belirtilerek paylaşılmayacaktır. Bu bilgiler farklı bir araştırma veya uygulamada kullanılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama, katıldıktan sonra neden belirtmeksizin vazgeçme hakkına sahiptir.

Hem. Muhammet BİLEN

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katıldığımı ve istediğim zaman neden belirtmeksizin araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜ NARAŞTIRMACININ

Adı-Soyadı:

İmzası :

Tarih :

Adı-Soyadı:

İmzası :

Tarih :



EK-2 Kanserli Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Yaşınız ? Yazınız:
2.Cinsiyetiniz ? ☐ Erkek ☐ Kadın
3.Öğrenim durumunuz ? Diğer ise açıklayınız. ☐ İlköğretim/lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü/doktora ☐ Diğer
4.Medeni Durumunuz ? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış
5.Çalışıyor Musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır
6.Mesleğiniz Nedir ? Diğer ise açıklayınız. ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:
7.Aylık kazancınız nedir? ☐ 0-1918 ☐ 1919-2359 ☐ 2360-6251 ☐ 6252TL ve üstü
8.Geliriniz ile gideriniz arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendirirsiniz ? ☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderimden fazla ☐ Gelirim ile giderim denk
9.Kiminle yaşıyorsunuz ? ☐ Ailemle ☐ Yalnız ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:
10.Aileniz ile ne sıklıkta görüşüyorsunuz ? ☐ Haftada 1 kez ve üstü ☐ Ayda 1 kez ve üstü ☐ Yılda 1 kez ve üstü ☐ Görüşmüyorum
11.Şu anki ruhsal durumunuzu nasıl ifade edersiniz. ☐ Mutlu, huzurlu ☐ Mutsuz, endişeli ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:

12.Kanser tanısı almadan önceki ruhsal durumunuzu nasıl ifade edersiniz. ☐ Mutlu, huzurlu ☐ Mutsuz, endişeli ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:
13.Hastalığınızın evresi nedir? (Bu soru hasta dosyasından yararlanılarak doldurulacaktır.) ☐ 1.Evre-Başlangıç evresi ☐ 2./3.Evre-Orta düzeyde ☐ 4.Evre-İleri dönem
14.Hastalığınızın tipi nedir? (Bu soru hasta dosyasından yararlanılarak doldurulacaktır.) Açıklayınız:
15.Hastalıkla ilgili aldığınız tedaviyi açıklayınız. (Bu soru hasta dosyasından yararlanılarak doldurulacaktır.) Açıklayınız:
16.Tanı öncesi yaşantınızla şimdiki yaşantınız arasında fark görüyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise açıklayınız:
17.Gelecek ile ilgili düşüncenizi nasıl ifade edersiniz? ☐ Sağlık durumum için endişeleniyorum ☐ Bu sıkıntılı süreci aşacağımı düşünüyorum ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:
18.Ailenizde daha önce kanser tanısı almış birey var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
19.Günlük öz-bakım ihtiyaçlarınız (yeme, içme, giyinme, temizlik vb.) kim tarafından karşılanıyor ? ☐ Kendim ☐ Ailem ☐ Diğer Diğer ise açıklayınız:
20.Kanser tanısını ne zaman aldınız? (Bu soru hasta dosyasından yararlanılarak doldurulacaktır.) ☐ 14-44 gün ☐ 45-90 gün ☐ 91 gün ve üstü

EK-3 Öz-duyarlık Ölçeği Formu

Bu ölçekte öz-duyarlık düzeyinizi belirlemek amacıyla geliştirilmiş toplam 26 adet soru bulunmaktadır. Her bir ifade 1’den 5’e kadar derecelendirilmiştir. Bu derecelendirmede; 1 hiçbir zaman, 2 nadiren, 3 sık sık, 4 genellikle ve 5 her zaman anlamına gelmektedir. Her ifadeyi dikkatli bir biçimde okuyarak o ifade için durumunu en iyi tanımlayan rakamı daire içine almanız beklenmektedir. Doğru değerlendirme yapılabilmesi için tüm ifadeleri eksiksiz olarak cevaplandırmanız gerekmektedir. Katkınız için teşekkür ederiz.

1		2		3		4		5				
1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.						1	2	3	4	5	
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.						1	2	3	4	5	
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.						1	2	3	4	5	
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.						1	2	3	4	5	
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.						1	2	3	4	5	
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.						1	2	3	4	5	
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.						1	2	3	4	5	
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.						1	2	3	4	5	
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.						1	2	3	4	5	
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.						1	2	3	4	5	
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.						1	2	3	4	5	
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.						1	2	3	4	5	
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.						1	2	3	4	5	

14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

EK-4 Beck Depresyon Ölçeği Formu

Aşağıda yer alan toplam 21 alanda sizi en iyi tanımlayan ifadeyi daire içine alınız. Her alanda sadece bir ifadeyi seçiniz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım olduğunu düşünürüm c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çöksük
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılmışım gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok terteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

18)	a. İştahım eskisinden pek farklıdeğil b. İştahım eskisi kadar iyideğil c. Şimdilerde iştahım epeykötü d. Artık hiç iştahımyok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımısanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazlakaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazlakaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazlakaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pekendişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarımvar c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çokendişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şeydüşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şeyyok b. Eskisine göre cinsel konularla daha azilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgilideğilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgimkalmadı

EK-5 Etik Kurul Kararı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15- 1622
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik kurul Başvurusu hk.

28/02/2019

İlgili Makama (Muhammet Bilen)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doç. Dr. Filiz Arslan'ın sorumlu olduğu "**Kanserli Hastaların Bazı Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresyon ve Öz-duyarlılık Düzeylerinin İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (**1592** kayıt Numaralı KAEK Başvuru Dosyası), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **27.02.2019** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (**KAEK Karar No: 974**).

Prof. Dr. Turgay ÇELİK

Yeditepe Üniversitesi

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

9.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler			
Adı	Muhammet	Soyadı	Bilen
Doğum Yeri	Trabzon	Doğum Tarihi	18.10.1993
Uyruğu	T.C.	Tel	0 552 401 02 47
E-mail	muhammet.bilen@hotmail.com		

Eğitim Bilgileri		
	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Başlangıç-Bitiş
Doktora	-	
Yüksek Lisans	-	
Üniversite	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2013-2017
Lise	Trabzon Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	2007-2011

İş deneyimleri		
Görevi	Kurum Adı	Süre
Hemşire	İstanbul Florence Nightingale Hastanesi	2015-2018
Hemşire	İstanbul Acıbadem Fulya Hastanesi	2013-2015

Yabancı Dil	Okuma	Konuşma	Yazma	Dinleme
İngilizce	Intermediate	Intermediate	Intermediate	Intermediate

Bilgisayar Bilgisi	
Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi