T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

KANSER HASTALARINDA YAS BELİRTİ VE DİSTRES DÜZEYİNİN HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

SEDA TEK

DANIŞMAN
PROF. DR. SEVİM BUZLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 11.01.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Fakülte

Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

SEDA TEK



İTHAF

Canım babama…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım günden, araştırmamı sonlandırdığım güne kadar her aşamada destek, bilgi, ilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, akademik kariyerinin yanı sıra anlayışı, hakkaniyeti ve güzel kalbiyle beni her anlamda yönlendiren, cesaretlendiren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sevim Buzlu' ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bizden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her geçen gün kendimden daha emin halde doğru bölümde olduğumu bana hissettiren, iyi kötü bütün zamanlarımda bana sonsuz destek olan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri; Prof. Dr. Yasemin Kutlu, Doç. Dr. Hülya Bilgin, Doç. Dr. Leyla Küçük, Dr. Öğr Üyesi Sevil Yılmaz ve Dr. Öğr Üyesi Özge Sukut'a ve değerli araştırma görevlilerine,

Çok kıymetli arkadaşlarım Ferda Akyüz'e ve Sercan Mansuroğlu'na,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi C Servisi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Meme Servisi çalışanlarına,

Çalışmanın ortaya çıkmasında benden yaşantılarını ve deneyimlerini esirgemeyen tüm değerli katılımcılara,

Hayatım boyunca varlıklarını her an hissettiğim, desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen canım ailem ve arkadaşlarıma

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI 2
BEYAN 3
İTHAF 4
TEŞEKKÜR 5
İÇİNDEKİLER 6
TABLOLAR LİSTESİ 9
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ 10
ÖZET 11
ABSTRACT 12
1. GİRİŞ VE AMAÇ 13
2. GENEL BİLGİLER 15
2.1. Kanser 15
2.1.1. Meme Kanseri 15
2.1.2. Kanserin Fiziksel Etkileri 16
2.1.3. Kanserin Psikososyal Etkileri 16
2.2. Yas 17
2.2.1. Yasın Evreleri 17
2.2.2. Uzamış Yas Bozukluğu 18
2.2.3. Kanser Hastalarında Yas 19
2.3. Distres 19
2.3.1. Distres Belirtileri 21
2.3.2. Distres Yönetimi 21
2.3.3. Kanser ve Distres 23
2.4. Hasta Aktifliği 23
2.4.1. Hasta Aktifliğinin Aşamaları 24
2.4.2. Kanserde Hasta Aktifliği 25
2.4.3. Hasta Aktifliği ve Hemşirelik 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 27
3.2. Araştırma Soruları 27

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27
3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri....28
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri....28
3.7. Veri Toplama Araçları 28
3.7.1. Bilgi Formu 28
3.7.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYB-H) (PG-12) 29
3.7.3. Distres Termometresi (DT)....29
3.7.4. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure) (PAM)....30
3.8. Araştırmanın Değişkenleri 30
3.9. Etik Konular....31
3.10. Veri Toplama 31
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi 31
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları....32
4. BULGULAR....33
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular....34
4.2. Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyine ilişkin Bulgular 37
4.3. Hastaların Yas Belirti, Distres Düzeyi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular 38
4.4. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular 38
5. TARTIŞMA 40
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması....40
5.2. Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması 41
5.3. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisine İlişkin Bulguların Tartışılması 42
5.4. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması 44
5.5. Sonuçlar 44
5.6. Öneriler 45
KAYNAKLAR 47
EKLER....53

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....68
ÖZGEÇMİŞ.....69

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri 34
Tablo 4-2 Hastaların Hastalık Özellikleri 35
Tablo 4-3 Hastaların Meme Kanseri Öncesi ve Sonrası Ruh Sağlığı Özellikleri 36
Tablo 4-4 Hastaların, Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlgili Bulgular 37
Tablo 4-5 Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı 37
Tablo 4-6 Hastaların Yas Belirti, Distres Düzeyi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Arasındaki İlişki 38
Tablo 4-7 Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi Üzerine Etkisi 38

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PAM: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı

UYB: Uzamış Yas Bozukluğu

UYB-H: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği

DT: Distres Termometresi

NCCN: National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)

ICD: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)

$R^{2:}$ Çoklu Açıklayıcılık Sayısı

$\beta:$ Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı

ÖZET

Tek, S. (2018). Kanser hastalarında yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, meme kanseri hastalarının yas belirti ve distres düzeylerinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desende gerçekleştirildi.

İstanbul ilinde bulunan bir devlet üniversitesine bağlı iki tıp fakültesi hastanesinin genel cerrahi meme servislerinde tedavi gören 120 meme kanseri hastası araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler; Bilgi Formu, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği, Distres Termometresi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı kullanılarak toplandı. Veri analizinde; tanımlayıcı istatistiksel testler, pearson korelasyon analizi ve multiple regresyon analizi kullanıldı.

Hastaların yaş ortalamasının 53,59±11,63 olduğu belirlendi. Hastaların hasta aktiflik düzey puan ortalamalarının 59,15±9,93 olduğu, %7,5'inin aktiflik düzeyinin; 1. düzey, %32.5'inin 2. düzey, %48,3'ünün 3. düzey, %11,7'sinin 4. düzey olduğu belirlendi. Hastaların yas belirti düzeyi puan ortalamalarının 23,98±8,87, distres düzeyi puan ortalamalarının 4,12±3,03 olduğu belirlendi.

Hastaların yas belirti düzeyi ile distres düzeyi arasında pozitif yönde; yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde; distres düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Hastaların yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyine etkisine yönelik yapılan regresyon analizinde anlamlı ilişki bulundu (F=4,284, p=0,016). Yas belirti düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,2 kat azalmaya (B= -0,219), distres düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,4 kat azalmaya neden olduğu (B= -0,409) belirlendi.

Sonuç olarak, meme kanseri hastalarında yas belirti ve distres düzeyi arttıkça hasta aktiflik düzeyi azalmaktadır. Hemşireler hastaların yas belirti ve distres düzeylerini azaltacak uygulamalarla hasta aktiflik düzeyini yükseltebilir ve böylece hastanın bakım sürecine aktif katılmasını sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Uzamış Yas, Meme Kanseri, Distres, Hasta Aktiflik Düzeyi

ABSTRACT

Tek, S. (2018). Examination of the relation among grief level, distress level and patient activity level in patients with cancer. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

The study was carried out in descriptive design in order to investigate the relationship among grief level, distress level and patient activation level of breast cancer patients.

A total of 120 patients with breast cancer who were treated at the general surgical breast services of two medical faculty hospitals in Istanbul were the sample of the study. Datum were collected with the use of Patient Information Form, Prolonged Grief Disorder Scale, Distress Thermometer and Patient Activation Measure. In datum analysis; descriptive statistical tests, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis were used.

It was determined the average age of patients is 53.59±11.63. The average of the patient activation level score determined as 59.15±9.93. The patient activation levels determined as 7.5% of the patients had first level of activation, 32.5% of the patients had second level of activation, 48.3% of the patients had third level of activation and 11.4% of the patients had fourth level of the activation. The average of the grief symptom level score determined as 23.98±8.87. The average of the score of distress thermometer determined as 4.12±3.03. It was found that there is a positive correlation between symptom grief level and distress level of the patients. It was found that there is a negative correlation between the symptom grief level of the patients and the patient activation level. It was found that there is a negative correlation between distress level of the patients and patient activation level.

As a result, the patient activation level decreases as grief and distress levels increase. Nurses can improve the patient activation levels with interventions which can reduce the grief and distress levels, and thus they can provide active participation of the patients in care process.

Key Words: Prolonged Grief, Breast Cancer, Distress, Patient Activation Level

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2015) verilerine göre kanser hastalıkları, dünya genelinde bütün ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır (1). Türkiye İstatistik Kurumu (2016) verilerine göre, iyi ve kötü huylu tümörlere bağlı ölümler bütün ölüm nedenleri arasında %19,7 ile ikinci sırada yer almaktadır (2). Meme kanseri, ülkemizde ve dünyada, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (1).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların bireylerde vücut fonksiyonlarının, ilişkilerin, rollerin, hayata ve geleceğe ilişkin planların, hayallerin kaybı gibi fiziksel, emosyonel ve sosyal boyutlarda kayıplar içermektedir (3, 4). Bu kayıplarla birlikte yaşamın sonuna gelmiş olma duygusu bireylerin yoğun bir yas sürecine girmesine neden olmaktadır (4).

Yas, sadece önemli bir kişi ya da nesnenin kaybı sonucunda değil; bireylerde kayıp algısının oluşmasına neden olabilecek hastalık, başarısızlık gibi yaşam olayları sonrasında da görülebilen ve doğal tepki olarak nitelendirilen sosyal, psikolojik ve somatik tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Yeğin depresyon belirtileri ile benzerlik göstermesi ve yapılan çalışmalarda yalnızca depresyon tanı ölçütlerinin taranması nedeni ile olası yas olgularının yaklaşık üçte ikisi gözden kaçırılmaktadır. Yas, çözümlenemediği zaman bireylerde işlev kaybı ve belirgin sıkıntıya neden olmaktadır. Bu nedenle depresyondan ayırt edilmesi önem arz etmektedir (3, 5).

Distres; sıkıntı, güç durum anlamına gelmektedir. Distres terimi, kanserli bireyin kanserle baş etme yetisini engelleyen hoş olmayan duyguları ve bu duyguların fiziksel belirtilerini tanımlamak için kullanılmaktadır (5). Kanser hastalarının yaklaşık %30'unun psikolojik distres yaşadığı belirtilmiştir (6). Kanser hastalarında psikiyatrik sorunların önemli bir düzeyde olduğu ve hastalığın seyrini ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (7). Tanımlanamayan uzamış yas bozukluğu ve yüksek distres düzeyi hastaların; hastalığa, tedaviye ve hemşirelik bakımına aktif katılım durumunu önemli ölçüde etkilemektedir (3). Ülger ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada; hastalara süreç hakkında uygun bilgilendirme yapmanın, hastaların tedaviye uyumunu artırdığı ve psikolojik sorunları azaltıcı etkisinin olduğu belirtilmiştir (7).

Evangelista ve arkadaşlarının (2014) yaptığı pilot çalışma sonucunda; hastaların aktiflik düzeyinin artmasının, hastalardaki distres düzeyini yüksek oranda azalttığı belirtilmiştir (8).

Hasta aktifliği kavramı tanı, tedavi sürecinde hastanın bilgisi, istekliliği, kendine güveni ve sağlık bakımını yönetmek için bağımsız harekete geçme yeteneğini vurgular (9). Hastanın aktiflik düzeyi, öz bakımlarını yapma ve öz yönetimi sürdürebilme durumunu ve sağlık çıktılarını etkilemektedir. Daha aktif olan hastalar, sağlığı geliştiren öz yönetim davranışlarına daha fazla katılma eğilimindedirler (10).

Kanser hastalarının hemşirelik bakımının amacı, hasta aktifliğini yüksek düzeyde koruyup sürdürmektir. Hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi, öz bakım davranışını sürdürebileceğine dair inancının yanı sıra, ondan yapması beklenen sağlık davranışını yapma isteği, bilgi düzeyi, davranışı gerçekleştirme ve stresli durumlarda bile davranışını sürdürebilme durumunun değerlendirilmesini ve bireyin aktiflik düzeyine uygun girişimlerin planlanmasını ve uygulanmasını sağlar (11). Bu nedenle hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi ve uygun girişimler ile aktiflik düzeyi düşük olanların aktiflik düzeyinin yükseltilmesi, aktiflik düzeyi yüksek olanların aktiflik düzeyinin korunması ve sürdürülmesi önemlidir (12).

Distres ve yas belirti düzeylerinin yüksek olması hastaların psikososyal sorunlar yaşamasına ve hastalığa uyumun olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Uyum sorunları hastaların istenilen yüksek aktiflik düzeyine ulaşması için bir engel oluşturmakta, hastaların bakım ve tedavi sürecinde pasif kalmasına ve hastalık ile ilgili süreçlerin olumsuz yönde ilerlemesine neden olmaktadır (4, 9, 10, 12, 13). Bu nedenle hastaların aktiflik düzeyinin yükseltilmesi için hastanın psikososyal durumunun değerlendirilmesi ve bu doğrultuda etkin girişimlerin uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı, meme kanseri hastalarının yas belirti ve distres düzeylerinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde büyümesi sonucu vücudun diğer kısımlarını istila etmesi ile karakterize, vücudun her bölgesini etkileyebilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan kapsamlı bir terimdir. Birçok anatomik ve moleküler alt tipi bulunan kanser, malign tümör ya da neoplazm olarakta adlandırılmaktadır (1).

Dünya genelinde erkeklerde en sık görülen kanser türleri; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseridir. Dünya genelinde kadınlarda en sık görülen kanser türleri; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseridir (1). Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türleri ise; akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri iken, kadınlarda en sık görülen kanser türleri ise; meme, troid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseridir (14).

2016 yılında dünya genelinde ölümle sonuçlanan vakaların %22'si (9 milyon) olan kanser nedeni ile olup, kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci ölüm nedenidir (15). 2012 yılında dünya çapında 14,1 milyon yeni kanser vakası görülmüş ve 2025 yılına kadar yıllık 20 milyonu aşkın yeni kanser vakası görülmesi beklenmektedir (16). Ülkemizde 2014 yılında gerçekleşen yaklaşık 375 bin ölümün ortalama %20'sinin kansere bağlı olduğu bildirilmektedir. Bu oran ile kanser, 2014 yılında görülen ölümlerin yaklaşık %40'ını oluşturan dolaşım sistemi hastalıklarının ardında, dünya geneli ile benzer şekilde ikinci sırada yer almaktadır (2).

Tüm bu bilgilerin ışığında kanser, ülkemizde ve dünyada önemi her geçen yıl artan sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir.

2.1.1. Meme Kanseri

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve kansere bağlı ölümlerin en önemli nedeni olan kanser türüdür (2, 15, 17). T.C. Sağlık Bakanlığı (2014) verilerine göre kanser tanısı konulan kadınların %25'inin meme kanseri olduğu görülmektedir (14).

Meme kanserinin etiyolojisi çok faktörlüdür; nulliparite, 30 yaşından sonra ilk doğum, hormonal geçmiş, bazı kontraseptiflerin kullanımı ve menopozal (hormon replasmanı) tedavi, alkol tüketimi, radyasyona maruz kalma, olumsuz yaşam tarzı, yüksek kalorili diyetler, egzersiz eksikliği ve üreme, endokrin ve çevresel faktörlerden bazılarıdır (15).

Meme kanseri özellikle kadın sağlığını tehdit eden, ağrılı, vücutta değişimlere neden olan, kabul edilmesi zor, önemli bir stres kaynağı olarak çesitli fiziksel, psikososyal ve manevi sorunlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur (18).

2.1.2. Kanserin Fiziksel Etkileri

Kanserin tanı, tedavi sürecinde bireylerde farklı fiziksel değişiklikler görülebilir. Tanı öncesinde hastalık evresine bağlı, hastada iç ya da dış organlarda değişiklik, şekil bozuklukları, fonksiyon kayıpları görülebilir. Hastalarda kanser tedavi sürecinde uygulanan yönteme göre; bir organın çıkarılması, bir ekstremitenin ampüte edilmesi gibi kayıplar yaşanabilir. Bunun yanı sıra cerrahi tedavi sonucunda menopoz, stoma açılması durumları yaşanabilir. Kemoterapi ve/ veya radyoterapi sırasında ya da sonrasında yorgunluk, halsizlik, dispne, bulantı, kusma, öksürük, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, deri değişikliği, alopesia gibi sorunlar oluşabilir (3, 19, 20).

2.1.3. Kanserin Psikososyal Etkileri

Kanserin, belirsizlik, acı ve ağrı içinde ölümü anımsatan kronik ve önemli bir hastalık olarak algılanması hastalarda stres yaratmaktadır (5) .

Kanser hastalarında hastalık süreci dönemlerinde davranışsal, duygusal, ruhsal değişiklikler gelişebilir (4). Hastalarda görülen psikososyal sorunlar arasında çaresizlik, ümitsizlik, üzüntü, öfke, sık ağlama, içe kapanma, aile ve iş yaşantısı ile ilgili rol kaybı, öz güvende eksilme, ölüm korkusu, kimliğini kaybetme duygusu, kendi kendine yetememe/ bağımlı olma korkusu, depresif duygu durum ve sosyal izolasyon bulunmaktadır (21-24). Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kadın memesi, annelik, estetik görünüş, kadınlık ve cinselliği ifade etmektedir. Bu nedenle meme kanseri kadınlarda, cinsel fonksiyonlarda azalma düşüncesi, kadınlığını kaybetme düşüncesi, beden imajında bozulma, umutsuzluk, suçluluk, utanç, tekrarlama korkusu gibi psikolojik ve manevi sorunlara neden olmaktadır (18).

Kanser hastalarında görülen psikososyal sorunlar anksiyete, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon kaybı ve uyku bozukluğu gibi durumlara neden olur. Psikososyal sorunlar ilerleyen zamanlarda oluşabilecek psikiyatrik sorunların da habercisi olma niteliğindedir (25).

Yapılan araştırmalar kanserli bireylerde görülen psikiyatrik problemlerin en fazla depresyon ve deliryum olmak üzere uyum, anksiyete ve kişilik bozuklukları olduğunu belirtmektedir (4, 26) .

2.2. Yas

Türk Dil Kurumu'na göre yas; ölüm veya bir felaketten doğan acı ve bu acıyı belirten davranışlar, matem anlamına gelmektedir (27). Literatürde ise yas, yalnızca kayıp durumunda değil, kişilerde kayıp algısı oluşturabilecek, sevilen bir yakının ölümü, herhangi bir ilişki, nesne ya da gayenin yitirilmesi, aile örüntülerinde değişiklik, hastalık durumlarına bağlı olarak verilen psikosoyal ve somatik tepkiler süreci olarak tanımlanmaktadır (3, 28).

Kayıp durumu karşısında gösterilen yas tepkisi beklenen, doğal bir durumdur. Bu nedenle insanlar hayatlarının bazı dönemlerinde yas durumu yaşamaktadır. Bireylerin kayıp durumu karşısında gösterdiği yas tepkileri farklılıklar gösterebilmektedir (7, 28).

2.2.1. Yasın Evreleri

Önemli kuramcılardan John Bowlby (1973), George Engel (1977), Elisabeth Kübler- Ross (1973) ve J. William Worden'in (2018) doğal yas yanıtlarının evreleri ile ilgili çalışmaları sonucu modeller oluşturmuştur.

Bowlby Modeline (1973) göre yas sürecinn evreleri;

1) Hissizlik/ Karşı çıkış
2) Dengesizlik
3) Düzensizlik ve umutsuzluk
4) Yeniden yapılanma evrelerinden oluşmaktadır (29).

G. Engel'in Modeline (1977) göre yas sürecinin evreleri;

1) Şok/ İnanmama

2) Farkındalığın gelişmesi
3) Eski haline geri dönme
4) Kaybın çözümlenmesi
5) Iyileşme evrelerinden oluşmaktadır (30).

J. William Worden Modeline (2018) göre yas sürecinn evreleri;

1) Kayıp gerçekliğini kabullenme
2) Kederin verdiği acıyı yaşama
3) Kaybedilenin olmadığı dünyaya uyum
4) Yeni bir yaşama başlarken kaybedilenle dayanılabilen bir bağ kurma evrelerinden oluşmaktadır (31).

Kübler- Ross Modeline (1973) göre yas sürecinin evreleri;

1) İnkar
2) Öfke
3) Pazarlık
4) Depresyon
5) Uyum evrelerinden oluşmaktadır (32).

2.2.2. Uzamış Yas Bozukluğu

Önceleri travmatik, patolojik, kronik ve karmaşık yas olarak da adlandırılan uzamış yası normal yastan ayırt etmek için en önemli ölçüt, yas belirtilerinin şiddeti, süresi ve yas sürecine eşlik eden ruhsal ve fiziksel işlev kaybıdır (33).

Uzamış yas bozukluğu (UYB), kayıp ya da kayıp algısını yaşatan olay- durumun üzerinden 6 ay geçmiş olmasına rağmen bireyde yas belirtilerinin yoğun bir şekilde devam etmesi durumudur (34).

UYB' nin risk faktörleri arasında çocukluk ayrılık anksiyetesi öyküsü, güvensiz bağlanma, kontrolcü ebeveyn, ebeveyn istismarı veya ölümü dikkat çekmektedir. Prigerson ve arkadaşlarının (2013) UYB ile ilgili yaptığı bir çalışmada ölmekte olan hasta ve hasta yakınlarında görülen duygusal bağımlılığın hasta ya da hasta yakınında görülen yas semptomları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Aynı çalışmada bireylerin çocukluk çağında yaşadığı ayrılma anksiyetesinin ileriki yaşantılarında yaşanılacak uzamış yas bozukluğu durumunun hazırlayıcısı olduğu gösterilmiştir (35).

2.2.3. Kanser Hastalarında Yas

Kanser tanısı hastalarda ilk olarak şok tepkisinin gözlenmesine neden olmaktadır. Hastalığı kabullenen bireylerde yaşadıklarına karşı temel tepki olarak kayıp algısı, ölüm düşüncelerinden kaynaklanan kaygı gelişir. Hastalığa ve hastalık sürecine uyum gösteren bireyler enerjisini hastalığına yöneltir ve sürecin olumlu yönde ilerlemesine katkı sağlar (7).

Kanser gibi hayatı tehtid eden hastalıklar hastalarda bağımsızlık, kontrol, statü, sosyal roller ve sağlıklı insan kimliği kaybı gibi kayıplar ortaya çıkmasına neden olur (36). Bu nedenle kanserde; normal ve uzamış yas sürecini kesin olarak ayırt etmek, yani normal yasın ne zaman bitip uzamış yasın ne zaman başladığını tam olarak belirlemek zordur. Kayıp hissine neden olan olayın kanser tanısını ilk alma zamanı olarak alındığı bir çalışmada 6 aydan kısa süre içerisinde ve 6 aydan uzun süre içerisinde kanser tanısını alma durumunun yas belirti düzeyini istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemediği bulunmuştur (37). Bu nedenle kanser hastalarında uzamış yas bozukluğu tanısı için geçmesi gereken sürenin 6 aydan uzun olması gerekliliği bulunmamaktadır. Bu durum, kanser hastalarına patolojik yas tanısını koymak için, belirti süresinin haricinde farklı kriterlerin belirlenmesi üzerine çalışmalar yapılması gerekliliği ile ilgili önerileri desteklemektedir (3, 38).

Kanser hastalarında yaşanan yas, uyum problemleri ve ilerleyen dönemlerde psikiyatrik problemler açısından risk taşımaktadır (39) . Bu nedenle bu hastalarda yas belirti ve tepkileri normal yas düzeyini geçmemesi, psikiyatrik problemlere neden olmaması için dikkatle izlenmelidir.

2.3. Distres

Onkoloji alanında psikosoyal bakım ile ilgili temel taşlar 1997 yılında Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network) tarafından disiplinlerarası (onkoloji, psikiyatri, psikoloji, hemşirelik, sosyal hizmet uzmanı, hasta avukatı ve din adamı) düzenlenen klinik pratik ilkeleri geliştirmeye yönelik panel ile atılmıştır. Bu panelde distres terimi; kanserle, kanserin fiziksel semptomlarıyla ve

tedavisiyle etkin bir şekilde başa çıkabilme yeteneğini etkileyebilecek psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal) sosyal, ruhsal/ fiziksel olmak üzere çok faktörlü, hoş olmayan bir deneyim olarak tanımlanmıştır (40, 41). Distres dilimize sıkıntı, güç durum, tehlike olarak çevrilmiştir (42). Distres; savunmasızlık hissi, üzüntü ve korku gibi normal hislerden depresyon, anksiyete, panik, sosyal izolasyon, varoluşsal ve manevi kriz gibi problemlere dönüşerek uzun süre devamlılık gösterebilir. Distres teriminin kullanım sebebi; duygusal, psikolojik ya da psikiyatrik kelimelerine göre daha çok kabul edilebilir ve daha az stigmatize edici olması, daha az utandırıcı ve daha normal gelmesi, kişisel bildirim yolu ile ölçülebilir ve tanımlanabilir olmasıdır (5, 40, 41, 43).

Distres ile ilgili daha fazla risk altında olan hasta bireylerin özellikleri;

1) Psikiyatrik hastalık ya da madde kullanımı öyküsü olmak,
2) Depresyon ya da suicid girişimi öyküsü olmak,
3) Bilişsel bozukluğa sahip olmak,
4) Dil, okur yazarlık ve fiziksel engelleri içeren iletişim sorunları yaşamak,
5) Manevi ya da dini endişe duymak,
6) Aile ya da bakım veren çatışması, yetersiz sosyal destek, yalnız yaşamak, ekonomik sorunlar, tedaviye ulaşamama, küçük ya da bağımlı çocuk olmak, genç yaş, fiziksel- cinsel- duygusal- sözel şiddete uğrama öyküsü olmak,
7) Depresyon riski ile ilişkili kanser tiplerine (pankreas, baş- boyun kanserleri gibi) sahip olmak (40),
8) Kadın olmak,
9) Genç ya da 70 yaş üzeri olmak,
10) Gelir düzeyi düşük olmak,
11) Klinikte yatan hasta olmak,
12) Hastalık prognozu kötü olması ya da hastalık ve tedavi sürecinde öz bakım konusunda performansı kötü olmasıdır (43).

2.3.1. Distres Belirtileri

Kanser hastalarında distres yaygın olarak görülen bir semptomdur. Ancak psikososyal bakım gereksinmelerinin profesyonel sağlık ekibi tarafından tanılanmaması ve çoğu hastanın da yaşadığı psikososyal sorunları ifade etmemesinden dolayı psikosoyal yardıma ihtiyacı olan hastaların yalnızca %10'u tanılanmakta ve bu konuda destek almaktadır (43). Distresin fark edilmemesi hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, fiziksel hastalığın şiddetini olumsuz etkilemesine neden olmaktadır. Bu nedenle başta kilit noktada olan hemşireler olmak üzere tüm sağlık ekibinin distres konusunda bilgi sahibi olması ve distresin değerlendirilmesinde dikkatli olması gerekmektedir (40, 43).

NCCN'e göre beklenen distres belirtileri;

1) Gelecek hakkında kaygı ve korku,
2) Hastalık hakkında endişe duymak,
3) Sağlığın kaybına bağlı üzüntü,
4) Kızgınlık, duyguların kontrol dışına çıkması,
5) Uyku süresinin azalması,
6) İştah eksikliği,
7) Konsantrasyon zayıflığı,
8) Zihnin, hastalık ve ölüm düşünceleri ile meşgul olması,
9) Hastalık ya da tedavinin yan etkileri hakkında endişe duymak,
10) Sosyal rollerle ilgili endişe duymak (annelik- babalık gibi),
11) Manevi ya da varoluşsal endişe duymaktır (40, 41) .

2.3.2. Distres Yönetimi

Distresin tanılaması amacıyla geliştirilen birçok ölçek geliştirilmiş olmasına rağmen en yaygın olarak kullanılan ölçek Roth ve arkadaşları tarafından (1998) geliştirilen distres termometresidir. Distres termometresi 0-10 arasında derecelendirilmiş görsel analog bir ölçektir. Distres termometresine 35 soruluk yaşamsal, ailesel, spiritüel, duygusal ve fiziksel alanları içeren problem listesi de eklenebilmektedir (5, 43-45). Ölçeğin kesim noktası 4 olarak bulunmuştur. Distres

değeri 4 ve üzerinde olan bireylerin profesyonel destek alması gerektiği belirtilmiştir (40, 44). Bostancı-Daştan ve Buzlu'nun aktardığına göre, distres termometre düzey puanı 3 bölgeye ayrılmaktadır. Yeşil bölge 0-3 puan arasını kapsamaktadır. Bu puan aralığında distrese sahip bireyler distres yönetimini yapabilmektedir. Sarı bölge 4-6 puan arasını kapsar, bu aralıkta distres puanına sahip olmak bireyin distresini yönetemediği ve yeşil bölgeye dönmesi için müdahale edilmesi gerektiğini belirtir. Kırmızı bölge 7-10 puan arasını kapsar, bu aralıkta distres düzeyine sahip bireylere acil ve kapsamlı müdahale edilmesi gerektiğini belirtir (43, 46).

NCCN öncülüğünde Tıp Ensititüsü tarafından (2007) yayınlanan Tüm Hastalar İçin Kanser Bakımı bildirisi ile distres yönetimi ilkeleri belirlenmiştir (40) .

Distres yönetiminin ilkeleri;

1) Distres tanılanmalı, izlenmeli, kaydedilmeli ve hastalığın bütün aşamalarında derhal tedavi edilmelidir.
2) Tanılama, hastalığın yapısı ve distresin seviyesini de belirlemelidir.,
3) Ideal olarak, nitelikli ve hasta merkezli tüm bakım merkezlerinde hastaların her muayene sırasında distres tanılaması yapılmalıdır. En azından hastalara ilk muayene sırasında distres tanılaması yapılmalı, uygun aralıklarla veya özellikle hastalık seyrinde değişiklik olması durumunda tanılama yenilenmelidir.
4) Distres tanılandıktan sonra klinik uygulama ilkelerine göre yönetilmelidir.
5) Sağlık bakım sözleşmeleri ruh sağlığı profesyonelleri tarafından verilen hizmetler için uygun geri ödeme sağlamalıdır.
6) Klinik bakım çıktıları ölçümünde psikososyal alan değerlendirilmelidir.
7) Hastalar, hasta yakınları ve sağlık bakım çalışanları distres yönetiminin bütüncül sağlık bakımının tamamlayıcı bir parçası olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.
8) Son olarak, distres yönetim programları kurumsal kalite geliştirme projeleri içermelidir (40).

Distresin tanılanması ve yönetilmesi hastalığın tüm aşamalarında hastaların tedaviye katılımı, tedavi sürecine uyumunu, yaşam kalitesini ve distrese neden olan durumlarla başetme yeteneğini artırması açısından önem taşımaktadır (5, 43).

2.3.3. Kanser ve Distres

Meme kanseri tanısı almış kadınların %20-50'si tanı konulduktan sonraki bir yıl içerisinde, tedavi sürecinde psikolojik distres nedeniyle acı çekmektedir. Psikolojik distres, endişe, kaygı, korku, üzüntü gibi sık görülen normal psikolojik duygulardan, gerçek depresyon gibi engelleyici problemlere kadar uzanabilen geniş bir durumdur. Distres, hastaların hayatta kalma oranlarını, yaşam kalitesini, sosyal becerilerini ve kanser ile baş etme yeteneğini olumsuz etkiler (47). Kanser hastalarında hastalık sürecinin tüm evrelerinde distres yaşanmaktadır. Ancak distresin tanıdan iki ay geçtikten sonra azalması beklenir. Kanser tanısının üzerinden iki ay geçmiş olmasına rağmen azalmaya başlamayan distres düzeyi hastaların hastalık ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tüm kanser hastalarında distresin tanılanması ve yönetilmesi gerekmektedir (43).

NCCN (2005) distres, vücut sıcaklığı, solunum, nabız, ateş ve ağrıdan sonra altıncı yaşamsal bulgu olarak rutin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (48). Distrese zamanında müdahale edebilmek için Kanada'da, kanser hastalarında duygusal distres, altıncı yaşamsal bulgu olarak rutin kontrol edilmesi gereken günlük psikososyal bakımın standart bir parçası olarak değerlendirilmektedir (40, 48, 49).

Psikolojik distresi anlayabilmek; hekim ve hemşirelere, hastaların baş etmesine yardım etmeleri ve onlara uygun müdahaleleri tasarlamaları açısından önemlidir (47).

2.4. Hasta Aktifliği

Hasta aktifliği kavramı ilk olarak Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından tanımlanmıştır (50). Aktifliğin bileşenlerini ''bilgi, beceri, inanç ve kendine güven'' oluşturmaktadır (11). Hasta aktifliği kavramlarının bileşenleri incelendiği zaman;

Bilgi; Hastanın mevcut tıbbi durumu, problemleri ve bu problemlerle baş etme yöntemleri, tedavisi, hastalığının yaşantısı üzerindeki etkileri, gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlık profesyonellerine başvurması gereken durumlar ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması durumudur.

Beceri; Hastanın sağlık öz yönetimi ile ilgili gereklilikleri, yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz, özbakım gereksinimlerini yerine getirme durumudur.

İnanç; Hastanın kendi sağlık bakımı konusunda en önemli rolün kendisinde olduğuna, semptomları uygun girişimlerle kontrol altına alabileceğine inanması durumudur.

Kendine güven; Hastanın, gerekli sağlık bakım davranışlarını sadece günlük yaşantıda değil, stresli zamanlarda da süredürebileceğine dair kendine güvenmesi durumudur.

İstek; Hastanın, sağlık bakımı konusunda sergilemesi gereken davranışları uygulamaya geçirme konusundaki isteği olarak tanımlanmıştır (11, 51) .

Hasta aktifliği kavramı hastanın istekliliği ve sağlık bakımını yönetmek için bağımsız harekete geçme yeteneğini vurgular (9).

Aktif hasta; bakımında kendisinin önemli bir rolü olduğuna inanan, sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapan, sağlık bakımını nasıl yöneteceğini ve vücut fonksiyonlarını nasıl koruyacağını, sağlığının kötüye gitmesini nasıl önleyeceğini bilen, mevcut durumunu koruyabilen ve sağlığını sürdürebilen, kaliteli ve kendisi için faydalı bakıma ulaşabilecek isteği ve ulaşmak için yeterli alt yapısı; bilgisi, becerisi, inanç ve kendine güveni olan hastadır (11). Bu önemli rolü üstlenmeye hazır olan aktif hastalar, kaliteli bakıma erişmek için kendilerinin merkez olduğunu bilirler ve bu sayede daha düşük maliyetli, daha iyi bakım sonuçları elde edilir (51).

2.4.1. Hasta Aktifliğinin Aşamaları

Hasta aktifliği dört düzeyden oluşan bir süreçtir. Bu düzeyler; bakımda aktif olarak rol almanın gerekliliğine inanma, eyleme geçmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olma, eyleme geçme, stres altındayken dahi gerekli rutini sürdürebilmedir.

Birinci düzeyde hasta kendi bakımı konusunda pasif olduğuna inanmaktadır, kendi sağlığı için bakımında aktif rol alması gerektiğinin farkında değildir. Kendisini sağlık bakımı içim sorumlu hissetmez. Sağlık bakımını sürdürebilme ve olası sorunlarla baş etme konusunda kendisine güvenmez. Birinci düzey için örnek madde; “Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim” ve “Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür”.

İkinci düzeyde hasta sağlık bakımı, tedavisi konularında kısmi bilgi sahibidir. Tavsiye edilen sağlık rejimi ve mevcut sağlık durumları arasında kapsamlı bağlantıyı tam olarak kuramamıştır. İkinci düzey için örnek madde; "Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum" ve "Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum".

Üçüncü düzeyde hastanın sağlık durumu ve tedavisi hakkında temel bilgisi vardır. Gerekli sağlık davranışlarını sergilemek konusunda kısmi deneyimi vardır, başarılıdır. Hasta eylemi gerçekleştirmeye hazırdır; ancak davranış değişikliği konusunda bir miktar kendine güven ve beceri eksikliği vardır. Üçüncü düzey için örnek madde; "Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim" ve "Sağlığımla ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum".

Dördüncü düzeyde hastalar sağlık bakımları için gerekli olan davranış değişikliğini yapabilmektedir; ancak davranışın devamlılığını sağlamak ve stres altında iken davranışı sürdürebilme ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir. Dördüncü düzey için örnek madde; "Sağlığımla ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim" ve "Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim" (10, 11, 51).

2.4.2. Kanserde Hasta Aktifliği

Kronik hastalıkların bakım maliyeti, toplam sağlık bakım maliyetlerinin büyük bir payını oluşturmaktadır (50). Kronik hastalıklar, sürekli bakım gerektiren, uzun süreli ve ilerleme gösteren, tıbbi uygulamalarla tedavi edilemeyen, hastalığın seyri konusunda en fazla bireyin kendi işlev ve sorumluluğunu gerektiren; bu nedenle profesyonel destek, bakım ve düzenli takip gerektiren durumlardır (15, 24). Kanser hastalığı ve tedavisi, hastalarda vücut fonksiyonlarında ve yaşam şekillerinde değişikliğe neden olabilmektedir. Kanserli bireylerde hayatta kalma süresi arttıkça hastalar, uzun süreli bir öz bakım kaynağına ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç hastalara, çoğunlukla minimal öneri ve kontrol ile kendi sağlık bakımlarını yönetme gerekliliği getirmektedir. Kronik kanser bakımı sıklıkla ayaktan tedavi gerektirir. Bu durum hastalar ve hasta yakınları için hastalık yönetimi konusunda günden güne artan sorumluluk almayı gerektirir (12).

Bu nedenlerden dolayı kanser gibi kronik hastalığı bulunan bireylerin aktifliğini desteklemek ve yüksek aktiflik düzeyine sahip olmasını hedeflemek büyük önem taşımaktadır (50).

2.4.3. Hasta Aktifliği ve Hemşirelik

Hasta bakım sürecinde bakım gereksinimlerini belirlemede en önemli rol hastaya aittir. Bu nedenle hemşireler öncelikle hastaların aktiflik düzeyini bilmelidir. Hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi, sağlık bakım davranışı ile ilgili bilgi, beceri, istek, kendine güven ve inanç düzeyinin bilinmesini; bu da hasta ile birlikte hasta için en uygun bakımın planlanmasını, uygun hedefler belirlenmesi ve sağlık bakımının en iyi şekilde sürdürülmesini sağlar (11). Aktiflik düzeyi yüksek olan hastalar, düşük aktiflik düzeyine sahip hastalara göre önerilen bakımı almaya, sağlık durumunu takip etmeye, tedavi rejimine uyum sağlamaya ve sonucunda daha iyi sağlık çıktılarına sahip olmaya daha yakındır (10, 11).

Hemşirelik bakımında amaç, düşük aktiflik düzeyinde bulunan hastaların aktifliğinin yükseltilmesi, yüksek aktiflik düzeyinde bulunan hastaların aktifliğinin korunması ve sürdürülmesini sağlamaktır (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma meme kanseri hastalarının yas belirti ve distres düzeyleri ile hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı desende yapıldı.

3.2. Araştırma Soruları

1) Meme kanseri hastalarının yas belirti, distres ve hasta aktiflik düzeyleri nedir?
2) Meme kanseri hastalarında yas belirti düzeyi ile distres düzeyi arasında ilişki var mıdır?
3) Meme kanseri hastalarında yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında ilişki var mıdır?
4) Meme kanseri hastalarında distres düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında ilişki var mıdır?
5) Meme kanseri hastalarında distres düzeyi ve yas belirti düzeyinin hasta aktiflik düzeyine etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 10.11.2017 tarihinde tez konu önerisi kabulü ile başladı. Araştırma verileri İstanbul ilinde bulunan bir devlet üniversitesine bağlı iki tıp fakültesi hastanesi genel cerrahi meme kliniklerinde 1 Şubat–1 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, İstanbul ilinde bulunan bir devlet üniversitesine bağlı iki tıp fakültesi hastanesi genel cerrahi meme kliniklerinde bir yılda tedavi gören toplam 420 meme kanserli hasta oluşturdu. Örneklemi ise, evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlendi. Meme kanserinin yaşam boyu görülme oranı Türkiye'de 8 kadında bir (%12,5) olarak (52), Amerika'da ise %12,4 olarak belirtilmektedir (53).

Bu veriler ışığında; evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi, $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$ formülü kullanılarak yapılan güç analizinde örneklem büyüklüğü 119,6 olarak hesaplandı ve evreni temsil edilebilmesi için, örnekleme alınması gereken birey sayısı en az 120 olarak belirlendi ve 120 meme kanseri kadın hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1) En az altı hafta önce meme kanseri tanısı almış olmak,
2) 18 yaş üstü olmak,
3) Kadın olmak.

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1) Altı haftadan daha önce meme kanseri tanısı almış olmak,
2) 18 yaş altı olmak,
3) Erkek olmak.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı Bilgi Formu (EK-4), Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (EK-5), Distres Termometresi (EK-6), Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (EK-7) kullanıldı.

3.7.1. Bilgi Formu

Hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık özellikleri, meme kanseri öncesi ve sonrası ruh sağlığı özelliklerine ilişkin bilgileri içeren bu form, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu elde edilen bilgiler doğrultusunda hazırlandı (5, 11, 44). Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, evde birlikte yaşanılan kişiler, çalışma durumu, sosyal güvence durumunu içeren 8 soru, hastalık özellikleri ile ilgili; tanı, hastalık süresi, ilk tanının alındığı hastalık evresi, metastaz durumu, nüks durumu, hastanede yatma sebebi, başka kronik hastalığa sahip olma ve sağlık algısını içeren 8 soru, meme kanseri öncesi ve sonrası ruh sağlığı ile ilgili; meme kanseri tanı öncesi ve sonrası psikolog ya da psikiyatriste gitme durumu, psikiyatrik tanı alma ve tedavi görmeyi içeren 2 soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır (EK-4).

3.7.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYB-H) (PG-12)

Prigerson ve arkadaşları (1995) tarafından "Karmaşık Yas Envanteri" adıyla, yas belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek, ICD-11 içerisine "Uzamış Yas Bozukluğu"nun tanı olarak alınması önerisi ile "Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği" olarak yenilenmiştir (35). 2009 yılında Prigerson ve arkadaşları tarafından uzamış yas bozukluğu tanısı ölçütleri göz önünde bulundurulan ölçeğin, kanser hastaları için uygun olan hasta formu (UYB-H; PG-12- Patient Form), kanser hastalarının bakım verici yakınları için uyarlanan bakım verici formu (PG-12 Caregiver Form) ve sevdiği bir yakınını kaybetmiş kişiler için (PG-13) de ayrı bir formu geliştirilmiştir. Kanser hastalığının hastalarda neden olduğu kayıplarla ilgili yaşadıkları yas tepkilerini değerlendirmek üzere geliştirilen ölçek 12 adet sorudan oluşan 5li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması 1. soru ile 4. soruya kadar "1-Hiç, 2- En az bir kere, 3- En az haftada bir kere, 4- En az günde bir kere, 5- Günde birçok kere" şeklinde iken; 5.soru ile 12. soru arasının puanlaması "1- Hiç, 2- Çok az, 3- Biraz, 4- Çok, 5- Oldukça çok" şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bireyin yaşadığı yas belirtilerindeki artışı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler Danışman ve arkadaşları tarafından (2017) yapılmıştır, ölçeğin 12. maddesi hariç diğer maddelerinin geçerlik ve güvenirlikleri yüksek bulunmuştur ve 12. madde ölçekten çıkarılmıştır (EK-5) (3) . Ölçeğin cronbach alpha katsayısı: 0,88'dir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı: 0,929'dur.

3.7.3. Distres Termometresi (DT)

Distres termometresi, Roth ve arkadaşları (1998) tarafından kanser hastalarının hissettiği psikososyal distresi ölçmek amacı ile geliştirilmiş bir ölçektir. Distres düzeyi "0-10" arasında derecelendirilmiş görsel analog bir ölçek ile belirlenmektedir (45). Hastalar hissettiği distresi termometre üzerinde bulunan rakamlar ile ifade etmektedir. "0 puan" hastanın hiç distres hissetmediğini, "10 puan" ise hastanın en üst düzeyde distres yaşadığını göstermektedir. Bireylerin hissettikleri distres düzeyini ifade etmek için kendi kendilerine de uygulayabileceği bir ölçektir. NCCN tarafından kesim noktası 4 puan olarak belirlenen ölçekte, 4 puan ve üzerinde olan distres düzeyi normalden sapma durumunu göstermektedir ve profesyonel desteği gerektirir (40). NCNN tarafından 2003 yılında distres termometresine kanser hastalarının sıklıkla yaşadığı sorunlardan oluşan problem listesi eklenmiştir. Hastalar bu listede son bir hafta

içerisinde kendilerine sıkıntı yaşatan olay ya da durumları işaretleyebilmektedir. Bu sorular günlük yaşamı, aile yaşantısını, duygusal sorunları, dini inancı ve bedensel sorunları içeren 5 gruptan oluşmuştur (40, 54). Bu çalışmada sadece distres termometresi kullanıldı (EK-6).

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özalp ve arkadaşları tarafından (2007) yapılmıştır. Türkçe versiyonunda da kesim noktası 4 puan olarak bulunmuş, distres düzeyi 4 puan ve üzerinde olan hastalar için profesyonel destek alınması gerektiği belirtilmiştir (44).

3.7.4. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure) (PAM)

Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı (PAM), Hibbard ve arkadaşları tarafından, 2004 yılında geliştirilmiştir (50). 22 maddeden oluşan ölçek, kronik hastalığı olan bireyler (diyabet, kalp hastalığı, akciğer hastalığı, artrit, yüksek kolesterol, hipertansiyon, kanser) ile çalışılarak oluşturulmuştur. Ölçek Hibbard ve arkadaşları (2005) tarafından revize edilmiş, 13 soruluk kısa formu geliştirilmiştir (55). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Koşar tarafından (2015) hipertansiyon, diyabet veya romatoid artriti olan hastalarla yapılmıştır (11). Ölçek tek boyutlu 5li likert tipinde olup; ölçeğe verilecek cevaplar "1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: katılıyorum, 4: kesinlikle katılıyorum, 5: Bilemiyorum/değerlendiremiyorum" şeklindedir (EK-7) (11). Ölçeğin cronbach alpha katsayısı: 0,81'dir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı: 0,565'tir.

Ölçeğin puanlaması excel tablosuna hastaların yanıtları kaydedildilerek elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-100 aralığında olup;

0 < 47 Puan: 1. Düzey (en düşük aktiflik düzeyi)

47-55 Puan: 2. Düzey

55-72 Puan: 3. Düzey

72.5 < 100 Puan: 4. Düzey (en yüksek aktiflik) (11).

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni hasta aktiflik düzeyi, bağımsız değişkenleri; yas belirti düzeyi, distres düzeyi olarak belirlendi.

3.9. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (EK-1). Araştırmanın yapılacağı devlet üniversitesine bağlı iki tıp fakültesi hastanesinin Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni alındı (EK-2). Veriler toplanmaya başlanmadan önce çalışmaya katılan hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve katılmayı kabul edenlerden "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile onam alındı (EK-3).

Veri toplama araçlarından PAM için Arş. Gör. Cansu Koşar'dan kullanım izni (EK-8) ve İnsignia Health kuruluşundan kullanım lisansı alındı (EK-9). UYB-H için Dr. Öğr. Üyesi Ilgın Gökler Danışman'dan kullanım izni alındı (EK-10). Distres Termometresi için Doç. Dr. Eylem Cankurtaran'dan kullanım izni alındı (EK-11).

3.10. Veri Toplama

Araştırmacı, veri toplamadan önce kendisini tanıttı. Araştırmayı ve amacını açıkladı. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan sözlü ve yazılı onam aldı. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı. Görüşmeler yaklaşık 15- 20 dakika sürdü.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Program lisansı İstanbul Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Yazılım Lisans Sunucusu tarafından alındı (http://bilgiislem.istanbul.edu.tr/tr/yalis/SPSS/SPSS-21%20Windows).

Sonuçlar $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, %95' lik güven aralığında değerlendirildi. Betimleyici istatistiklerden minimum, maksimum, ortalama, standart sapma (SS), frekans (n) ve yüzde (%) kullanıldı.

Ölçekler arası karşılaştırma için Pearson Korelasyon Analizi yapıldı.

Bağımsız değişkenin, bağımlı değişkenlere etkisini değerlendirmek için Multiple Linear Regresyon Analizi yapıldı.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma;

İstanbul ilinde bulunan 2 üniversite hastanesinde 1 Şubat- 1 Mayıs 2018 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile tedavi gören kadın hastaların veri toplama araçlarına verdiği yanıtlarla ve veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyine İlişkin Bulgular

4.3. Hastaların Yas Belirti, Distres Düzeyleri ve Hasta Aktiflik Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

4.4. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular olmak üzere dört başlık altında sunuldu.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık özellikleri ve meme kanseri öncesi ve sonrası ile ilgili ruh sağlığı özelliklerine ilişkin bulgular sunuldu.

Tablo 4-1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

	Min- Max	**Ort ± SS**
Yaş	28–85	53,59 ± 11,63
Eğitim Durumu	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Okur Yazar	29	24,2
İlköğretim	60	**50**
Lise	18	15
Üniversite	13	10,8
Medeni Durum		
Evli	109	**90,8**
Bekar	11	9,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	112	**93,3**
Hayır	8	6,7
Çocuk Sayısı (n=112)		
1 çocuk	19	17
2 çocuk	35	**31,3**
3 çocuk	30	26,8
4 çocuk	15	13,4
5 ve üzeri çocuk	13	11,7
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Anne/ Baba ve Kardeş	3	2,5
Eş/ Çocuk	112	**93,3**
Yalnız	5	4,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	15	12,5
Çalışmıyor	75	**62,5**
İşten Ayrılma	5	4,2
Emekli	25	20,8
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	117	**97,5**
Yok	3	2.5

Tablo 4-1'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaş ortalamasının 53,59±11,63 olduğu, %50'sinin ilköğretim mezunu, %90,8'inin evli, %93,3'ünün çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olanların %31,3'ünün 2 çocuğu olduğu, %93,3'ünün evde eş ve çocukları ile yaşadığı; hastaların %62,5'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %4,2'sinin hastalık sonrası işten ayrıldığı, %97,5'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi.

Tablo 4-2 Hastaların Hastalık Özellikleri

	Min- Max	**Ort ± SS**
Hastalık Süresi (Ay)	1,5-72	8±11,37
İlk Tanı Evresi	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
1. Evre	24	20
2. Evre	71	**59,2**
3. Evre	18	15
4. Evre	7	5,8
Metastaz		
Var	19	15,8
Yok	101	**84,2**
Nüks		
Var	5	4,2
Yok	115	**95,8**
Hastaneye Yatma Sebebi		
Kontrol	5	4,2
Ameliyat	115	**95,8**
Başka Kronik Hastalık		
Var	58	48,3
Yok	62	**51,7**
Kronik Hastalık (n=58)		
HT	28	**48,3**
DM	15	25,9
Diğer	15	25,6
Sağlık Algısı		
Orta	44	36,7
İyi	63	**52,5**
Çok iyi	13	10,8

Tablo 4-2'de hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; hastalık süresi ortalamasının 8±11,37 (ay) olduğu, %59,2'sinin tanı konulduğu zaman 2. evrede olduğu, %15,8'inde metastaz görüldüğü, %4,2'sinde nüks olduğu, %95,8'inin hastaneye ameliyat nedeniyle yattığı, %48,3'ünde başka bir kronik hastalık olduğu, kronik hastalığı olanların %48,3'ünün hipertansiyonu olduğu, %25,6'sının diğer kronik hastalıklara (Astım (2), Koah (1), Gut (1), Troid (6), Gastrit (2), Romatizmal Hastalık (1), Hepatit B (2)) sahip olduğu ve hastaların %52,5'inin sağlığını ''iyi'' olarak algıladığı belirlendi.

Tablo 4-3 Hastaların Meme Kanseri Öncesi ve Sonrası Ruh Sağlığı Özellikleri

Kanser Tanısı Öncesi Psikolog/ Psikiyatriste Gitme Durumu	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Evet	33	27,5
Hayır	87	**72,5**
Kanser Tanısı Öncesi Psikiyatrik Tanı Alma Durumu		
Evet	33	27,5
Hayır	87	**72,5**
Kanser Tanısı Öncesi Alınan Psikiyatrik Tanı (n=33)		
Depresyon	19	**57,6**
Anksiyete Bozukluğu	14	42,4
Kanser Tanısı Öncesi Kullanılan İlaç (n=33)		
Antidepresan	32	**97**
Antipsikotik	1	3
Kanser Tanısı Konulmadan Önce Psikoterapi Alma (n=33)		
Evet (Psikolog Görüşmesi)	1	3
Hayır	32	**97**
Kanser Tanısı Sonrası Psikolog/ Psikiyatriste Gitme		
Evet	8	6,7
Hayır	112	**93,3**
Kanser Tanısı Sonrası Psikiyatrik Tanı Alma (n=8)		
Evet	8	**100**
Hayır	0	0
Kanser Tanısı Sonrası Alınan Psikiyatrik Tanı (n=8)		
Depresyon	5	**62,5**
Anksiyete	3	37,5
Kanser Tanısı Sonrası Kullanılan İlaç (n=8)		
Antidepresan	8	**100**
Hastalık Sonrası Psikoterapi Alma		
Evet	0	0
Hayır	8	**100**

Tablo 4-3'te hastaların ruh sağlığı özellikleri incelendiğinde; %27,5'inin hastalık öncesi psikiyatrist/ psikoloğa gittiği, giden hastaların %57,6'sının depresyon ve %42,4'ünün anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, %97'sinin antidepresan ve %3'ünün

antipsikotik kullandığı, %3'ünün psikolog ile görüşme şeklinde terapi aldığı; hastaların %6,7'sinin tanı sonrası psikiyatrist/ psikoloğa gittiği, gidenlerin %62,5'inin depresyon ve %37,5'inin anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, tamamının antidepresan kullandığı, hiç birinin herhangi bir psikoterapi almadığı belirlendi.

4.2. Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyine ilişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların yas belirti, distres ve hasta aktiflik düzeyi ile ilgili bulgular sunuldu.

Tablo 4-4 Hastaların, Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlgili Bulgular

Aktiflik Düzeyi	Frekans (n)	Yüzde (%)
1. Düzey	9	7,5
2. Düzey	39	32,5
3. Düzey	58	48,3
4. Düzey	17	11,7

Tablo 4-4'te hastaların aktiflik düzeyleri incelendiğinde; %7,5'inin hasta aktifliğinin 1.düzey, %32,5'inin 2.düzey, %48,3'ünün 3.düzey ve %11,7'sinin 4.düzey olduğu görüldü.

Tablo 4-5 Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Min-Max	Ort ± SS
Yas Belirti Düzey Puanı	11-48	23,98 ± 8,87
Distres Düzey Puanı	0-10	4,12 ± 3,03
Hasta Aktiflik Düzey Puanı	42,20-100	59,15 ± 9,93

Tablo 4-5'te hastaların yas belirti, distres ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; yas belirti düzey puan ortalamalarının 23,98±8,87, distres düzey puan ortalamalarının 4,12±3,03 ve hasta aktiflik düzey puanlarının 59,15±9,93 olduğu saptandı.

4.3. Hastaların Yas Belirti, Distres Düzeyi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların yas belirti, distres düzeyi ve hasta aktiflik düzeyleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular sunuldu.

Tablo 4-6 Hastaların Yas Belirti, Distres Düzeyi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Arasındaki İlişki

	Yas Belirti Düzeyi	**Distres Düzeyi**	**Aktiflik Puan Ortalaması**
Yas Belirti Düzeyi	1	0,292**	-0,232*
Distres Düzeyi	0,292**	1	-0,182*
Aktiflik Puan Ortalaması	-0,232*	-0,182*	1

**p<0.05; **p<0.01* *Pearson Korelasyonu*

Tablo 4-6'da hastaların yas belirti, distres düzeyi ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; yas belirti düzeyi ile distres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu (r=0,292, p=0,001), yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu (r=-0,232, p=0,011), distres düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu (r=-0,182, p=0,46), belirlendi.

4.4. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların yas belirti ve distres düzeylerinin hasta aktiflik düzeyi üzerine etkisi ile ilgili bulgular sunuldu.

Tablo 4-7 Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi Üzerine Etkisi

Yas Belirti ve Distres Düzeyi ile Hasta Aktiflik Düzeyi	**B**	**SS**	**β**	**R^2**	**Düzeltilmiş R^2**	**F**	**p**	**%95 CI (B) Alt/ Üst**
Yas Belirti Düzeyi	-0,219	0,10	-0,196	0,068	0,052	4,284	0,016*	-0,426/ -0,012
Distres Düzeyi	-0,409	0,30	-0,125					-1,013/ 0,195

* p<0.05 Multiple Linear Regresyon Analizi

Tablo 4-7’de hastaların yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyine etkisine yönelik yapılan regresyon analizinde anlamlı ilişki bulundu (F=4,284, p=0,016). Yas belirti düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,2 kat azalmaya neden olduğu (B= -0,219), distres düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,4 kat azalmaya neden olduğu (B= -0,409) belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulguların tartışma, sonuç ve önerileri sunuldu.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların yaş ortalamasının 53,59±11,63, ileri yetişkin olduğu, yarısının ilköğretim mezunu yani eğitim seviyesinin düşük, çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olduğu, evde eş- çocukları ile yaşadığı, %62,5'inin çalışmadığı ve büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Hastaların hastalık süresinin 8±11,37 ay olduğu, yarısından fazlasının tanıyı 2. evrede iken aldığı, çoğunluğunda nüks ve metastaz durumunun gözlenmediği, büyük bir çoğunluğunun hastaneye ameliyat nedeniyle yattığı, yarıya yakınının başka bir kronik hastalığı olduğu, başka kronik hastalığı olanların yarıya yakınının hipertansiyonu olduğu ve yarısından fazlasının sağlığını "iyi" olarak algıladığı saptandı.

Hastaların, %27,5'inin kanser tanısı öncesi psikolog/ psikiyatriste gittiği, gidenlerin hepsinin bir tanı aldığı, tanı alanların yarısından fazlasının depresyon, diğerlerinin ise anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, tamamının antidepresan kullandığı, büyük bir çoğunluğunun herhangi bir psikoterapi almadığı, çok az bir kısmının psikolog görüşmesi şeklinde terapi aldığı belirlendi. Valdes- Stauber ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların %14'ünün daha önce psikiyatrik tedavi gördüğü belirlenmiştir (56). Costanza ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada hastaların kanser tanısı öncesinde, %27'sinde depresyon, %19'unda anksiyete tanısı bulunduğu ve %28'inin antidepresan tedavisi gördüğü belirlenmiştir (57). Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, hastaların %8,7'sinin kanser tanısı öncesi psikiyatrik tanı aldığı ve bunların büyük bir oranının anksiyete ve depresyon tanısı olduğu bulunmuştur (58).

Hastaların kanser tanısı sonrası çok düşük oranda psikolog/ psikiyatriste gittiği, gidenlerin hepsinin bir tanı aldığı, tanı alanların yarısından fazlasının depresyon, diğerlerinin ise anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, hepsinin antidepresan kullandığı, hiçbirinin herhangi bir psikoterapi almadığı belirlendi. Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada kanser tanısı bulunan hastaların %28,7'sinde psikiyatrik bozukluk

bulunduğu, kanser tanısını bilen hastaların psikiyatrik hastalık görülme oranı tanısını bilmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (58). Literatür ve araştırma sonuçları dikkate alındığında kanser tanısı almanın hastaların ruhsal durumunu etkilediği, hastaların kanser nedenli psikososyal sorunlar yaşamasına neden olduğu söylenebilir.

5.2. Hastaların Yas Belirti, Distres ve Hasta Aktiflik Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların yas belirti, distres ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; yas belirti düzey puan ortalamalarının 23,98±8,87 olduğu, hastalık süresinin 8±11,37 ay olduğu, yarısından fazlasının tanıyı 2. evrede iken aldığı saptandı. Gökler Danışman ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada hastaların yas belirti düzeyleri 26,09±9,46, hastalık süresi ortalamaları 14,73±20,86 ay olarak bulunmuştur (59). Yalçınay'ın (2015) yaptığı çalışmada hastaların yas belirti düzey puan ortalamalarının 26,20±9,54, hastalık süresinin hastaların %49,2'sinde 1-6 ay, %24,6'sında 7-12 ay, %19,2'sinde 13-48 ay, %6.9'unda 49aydan fazla olduğu belirlenmiştir (60). Trevino ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların yas belirti düzey puan ortalamaları 24,24±7,16, hastalık süresi ortalaması 40,8 ay ve çoğunluğunda tanının 3. ve 4. evrede konulduğu belirlenmiştir (61). Bu araştırmada yas belirti düzeyi bulgularının diğer çalışmalara göre daha düşük bulunması tanı konulduğu zaman hastalık evresinin diğer çalışmalara göre daha erken evre, hastalık süresinin daha kısa olması ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların distres düzey puan ortalamaları 4,12±3,03 olarak belirlendi. Robbeson ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada hastaların distres düzeyi puan ortalamaları 4,1±2,4 olarak bulunmuştur (62). Chong Guan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada; hastaların distres düzeyi puan ortalamaları 3,55±2,74 bulunmuştur (63). Özalp ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada hastaların distres düzeyi puan ortalamaları 4,14±2,51 olarak bulunmuştur (44). Yapılan çalışmaların sonuçları ile, Chong Guan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışma dışında, bu çalışmanın distres düzeyi bulguları benzerlik göstermektedir. Hastaların distres düzey puan ortalamalarının kesme noktasının üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum kanser tanısı almanın hastada yarattığı yoğun emosyonel gerginlik ile ilişkilendirilebilir ve hastanın distresini yönetemediğini, hastaya müdahale edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu aşamada hemşireler etkili girişimlerle hastanın ciddi psikososyal sorunlar yaşamasının önüne geçebilirler.

Hastaların aktiflik düzey puan ortalamalarının 59,15±9,93 olduğu belirlendi. Kvale ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların aktiflik puan ortalamalarının 62,20±14,29 olduğu ve hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (64). Hay ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların aktiflik puan ortalamaları 64,4±16,7 olduğu ve hastaların büyük bir çoğunluğunun eğitim düzeyinin lise, lisans düzeyinde olduğu belirlenmiştir (65).

Hastaların, aktiflik düzeyleri incelendiğinde; %7,5'inin hasta aktifliğinin 1.düzey, %32,5' inin 2.düzey, %48,3' ünün 3.düzey, %11,7'sinin 4.düzey olduğu belirlendi. Hibbard ve Mahoney'in (2010) yaptığı çalışmada hastaların %34'ünün 1. ve 2. düzeyde aktifliğe sahip olduğu bulunmuştur (66). Greene ve Hibbard'ın (2012), 25 047 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların, %46'sının 4.düzey, %33'ünün 3.düzey, %14'ünün 2.düzey ve %7'sinin 1.düzey hasta aktifliğine sahip olduğu bulunmuştur (67). Rocque ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada hastaların %27,3'ünün hasta aktifliğinin 4.düzey olduğu bulunmuştur (68). Bu çalışmada hasta aktiflik düzeyi diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bu durumun hastaların eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Hastaların %32,5'inin aktifliğinin 2.düzey olması, hastalık ve bakım süreci ile ilgili bilgilendirmenin yetersiz olmasına bağlı olabilir. Hastaların yarıya yakınının aktifliğinin 3.düzey olması gerekli yaşam ve davranış değişikliklerini uygulayabildikleri ancak; stresli durumlarda bu değişiklikleri koruyamadıkları anlamına gelmektedir. Bu durum hastaların yaşadığı distres düzeyine bağlı olabilir.

5.3. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların yas belirti düzeyi ile distres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Mystakidou ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada yas ve distres arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (13). Valdes-Stauber ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ruhsal durum değişikliği, yas, yorgunluk ve anksiyetenin en önemli distres kaynakları olduğu belirlenmiştir (56). Hasson-Ohayon ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada bireylerin distres düzeyi ve yas belirti düzeyleri arasında pozitif yönde, istatistiksel

olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (69). Bu bulgular doğrultusunda hastaların yas belirti düzeyinin artmasının, hastalığı kabullenmeyi zorlaştırdığı, hastalık nedenli hissedilen olumsuz duyguların ve distres düzeyinin artmasına neden olduğu söylenebilir.

Hastaların yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. İlgili literatür incelendiğinde doğrudan yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasıdaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bunun yanı sıra, Trevino ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hasta, sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliğinin anlamlı olarak psikososyal iyi oluş ve hastalık sebepli yas ile ilişkili olduğu bulunmuştur (61). O'Malley ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada sağlık profesyonellerine ulaşmakta sorun yaşamayan hastaların hasta aktifliği anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (70). Hastaların yas belirti düzeyinin düşük olmasının hastalığa uyumu ve kabullenmeyi artırdığı, bakım ve tedavi sürecine uyumu artırdığı ve bu durumun da hastaların aktiflik düzeyinin artmasını sağladığı düşünülebilir.

Hastaların distres düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Hibbard ve Mahoney'in (2010) yaptığı çalışmada distresi de içeren negatif duygularla aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (66). Leckie ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada distres ve hasta aktifliği arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur (71). Evangelista ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir pilot çalışmada, 3 ay süren palyatif bakım sonucunda hastalarda aktiflik düzeyi önemli derecede artarken, semptomlara bağlı distres bulgularının önemli derecede azaldığı bulunmuştur (8). Rocque ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada hastalara verilen eğitim sonunda hastaların aktiflik düzeyi orta düzeyde yükselirken, ortalama distres düzeylerinde değişiklik olmadığı bulunmuştur (72). Rogvi ve arkadaşlarının (2012), 2045 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada glisemik kontrolü iyi olan hastaların aktiflik düzeyi yüksek bulunurken, distres düzeyleri düşük bulunmuştur; zayıf glisemik kontrollü hastalarda ise hasta aktiflik düzeyi düşük iken, distres düzeyleri yüksek bulunmuştur (73).

Bu bulgular, hastaların distres düzeyinin düşük olmasının hastaların tedavi sürecinin yönetiminde aktif ve istekli olmasını sağladığını, özellikle 3.düzey hasta aktifliğine sahip bireylerde aktifliğin yükseltilmesi için distres düzeyinin azaltılmasına yönelik uygulamalarla hasta aktifliğinin 4.düzeye çıkarılmasının önemini göstermektedir.

5.4. Hastaların Yas Belirti ve Distres Düzeylerinin Hasta Aktiflik Düzeyine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyine etkisine yönelik yapılan regresyon analizinde anlamlı ilişki bulundu. Yas belirti düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,2 kat azalmaya neden olduğu (B=-0,219), distres düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,4 kat azalmaya neden olduğu (B=-0,409) belirlendi. Hastaların aktiflik düzeyi üzerinde distres düzeyinin, yas belirti düzeyine göre 2 kat daha etkili olduğu belirlendi. Valdes-Stauber ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ruhsal durum değişikliği, yas, yorgunluk ve anksiyetenin en önemli distres kaynakları olduğu, hastaların %45'inde psikososyal distres görüldüğü belirlenmiş ve aktivite ile ilgili sınırlılıkların distres ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (56).

Bu bulgular, distres ve yas belirti düzeyinin artmasının hasta aktiflik düzeyini azaltıcı etkisinin olduğunu, hasta aktiflik düzeyinin yükseltilmesi için distres ve yas belirti düzeylerinin tanılanması ve müdahale edilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca NCCN'in, distresi altıncı bir vital bulgu olarak tanılamanın hemşirelik bakımının rutin bir parçası haline getirilmesi ile ilgili önerisini de desteklemektedir (74).

5.5. Sonuçlar

Kanser hastalarında yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre;

1) Hastaların yaş ortalamasının 53,59±11,63, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %90,8'inin evli, %93,3'ünün çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olanların %31,3'ünün 2 çocuğu olduğu, %93,3'ünün evde eş ve çocukları ile yaşadığı, %62,5'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %4,2'sinin hastalık sonrası işten ayrıldığı, %97,5'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi.

2) Hastaların, hastalık süresi ortalamasının 8±11,37 (ay), %59,2'sinin tanı konulduğu zaman 2. evrede olduğu, %15,8'inde metastaz görüldüğü, %4,2'sinde nüks olduğu, %95,8'inin hastaneye ameliyat nedenli yattığı, %48,3'ünde başka bir kronik hastalık olduğu, kronik hastalığı olanların %48,3'ünün hipertansiyonu olduğu, %52,5'inin sağlığını ''iyi'' olarak algıladığı belirlendi.

3) Hastaların %27,5'inin hastalık öncesi psikiyatrist/ psikoloğa gittiği, giden hastaların %57,6'sının depresyon ve %42.4'ünün anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, %97'sinin antidepresan ve %3'ünün antipsikotik kullandığı, %3'ünün psikolog ile görüşme şeklinde psikoterapi aldığı; hastaların %6,7'sinin *tanı sonrası* psikiyatrist/ psikoloğa gittiği, gidenlerin %62,5'inin depresyon ve %37,5'inin anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, tamamının antidepresan kullandığı, hiç birinin herhangi bir psikoterapi almadığı belirlendi.

4) Hastaların %7,5'inin hasta aktifliğinin 1. düzey, %32,5'inin 2. düzey, %48,3'ünün 3. düzey, %11,7'sinin 4. düzey olduğu; hasta aktiflik düzey puan ortalamalarının 59,15±9,93; yas belirti düzey puan ortalamalarının 23,98±8,87; distres düzey puan ortalamalarının 4,12±3,03 olduğu belirlendi.

5) Hastaların yas belirti ve distres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki (r=0,292, p=0,001); yas belirti düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki (r=-0,232, p=0,011); distres düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (r=-0,182, p=0,46).

6) Hastaların yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyine etkisine yönelik yapılan regresyon analizinde anlamlı ilişki bulundu (F=4,284, p=0,016). Yas belirti düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,2 kat azalmaya neden olduğu (B=-0,219), distres düzeyindeki bir kat artışın hasta aktiflik düzeyinde 0,4 kat azalmaya neden olduğu (B=-0,409) belirlendi.

5.6. Öneriler

Araştırma bulgularının sonuçları doğrultusunda;

1) Daha geniş ve farklı kanser türlerine sahip hastaların olduğu örneklem grubunda çalışmanın tekrarlanması,

2) Hastalarda distres, yas belirti ve hasta aktiflik düzeyinin belirli aralıklarla kontrol edilmesi,

3) Hemşirelik sürecinde hastaların aktiflik düzeylerini yükseltecek, distres ve yas belirti düzeylerini azaltacak girişimler planlanması,

4) Distres termometresinin kliniklerde düzenli, altıncı vital bulgu olarak kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO. What is cancer? 2015 [Available from: http://www.who.int/cancer/en/.

2. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2016.

3. Gökler Danışman I, Yalçınay M, Yıldız N. Kanser hastalarında yas belirtilerinin ölçülmesi: Uzamış Yas Bozukluğu ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2017;28(3).

4. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2010;26:87-97.

5. Özbaş AA. Meme kanseri hastalarinin distres ve algilanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üviversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yükseklisans Tezi, Ankara 2008.

6. Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Lindena G, Neuwöhner K, et al. Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. British journal of cancer. 2008;99(1):37.

7. Ülger E. Kanser hastalarının yas tepkileri ve evlilik uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.

8. Evangelista LS, Liao S, Motie M, De Michelis N, Lombardo D. On-going palliative care enhances perceived control and patient activation and reduces symptom distress in patients with symptomatic heart failure: a pilot study. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;13(2):116-23.

9. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health affairs. 2013;32(2):207-14.

10. Koşar C, Besen DB. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(1):45-51.

11. Koşar C. Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı'nın (patient activation measure) türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yayınlanmamış Yükseklisans Tezi; 2015.

12. Hibbard JH, Mahoney E, Sonet E. Does patient activation level affect the cancer patient journey? Patient education and counseling. 2017;100(7):1276-9.

13. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Athanasouli P, Pathiaki M, Galanos A, et al. Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. European journal of cancer care. 2008;17(2):145-51.

14. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014;43.

15. WHO. World Health Statistics 2018 2016 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1.

16. Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild.: World cancer report, ISBN 978-92-832-0429-9. 2014.

17. WHO. World Health Organization- Cancer Country Profiles 2014 [Available from: http://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1.

18. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1):73-8.

19. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2).

20. Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi; 2007.

21. Bağ B. Kanser Hastalarinda Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar/Long-Term Psychosocial Problems in Cancer Patients. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2013;5(1):109.

22. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme kanserli hastalarin psikososyal uyumlarini etkileyen faktörlerin İncelenmesi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(2):73-81.

23. Dolatian M, Kamyab Mansori Y, Shams J, Nasiri M. The relationship between death anxiety and spiritual well-being in patients with gynecologic cancer. Advances in Nursing & Midwifery. 2018;27(2):28-34.

24. Özdemir , Taşçı S. Kronik hastaliklarda psikososyal sorunlar ve bakim. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.

25. Bağ B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(4).

26. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;28(2):85-92.

27. TDK TDK. 2018 [Available from: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c1c999d6d7137.72764128.

28. İnci F, Kuru Z. Yaslı Birey. 6 ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016. 786-808 p.

29. Bowlby J. Attachment and loss, vol. II: Separation: Basic Books New York; 1973.

30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.

31. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: Springer Publishing Company; 2018.

32. Kübler-Ross E. On death and dying: Routledge; 1973.

33. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS medicine. 2009;6(8):e1000121.

34. Maercker A, Lalor J. Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. Dialogues in clinical neuroscience. 2012;14(2):167.

35. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Correction: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS medicine. 2013;10(12).

36. Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(3a):76-83.

37. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. 2008.

38. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. Death Studies. 2010;34(3):257-73.

39. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Athanasouli P, Galanos A, Anna P, et al. Illness-related hopelessness in advanced cancer: influence of anxiety, depression, and preparatory grief. Archives of psychiatric nursing. 2009;23(2):138-47.

40. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Compas B, Dudley MM, Fleishman S, et al. Distress management. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2018.

41. NCCN. Distress. Washington 2017. Available from: https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress.pdf.

42. Tıbbi Terimler Sözlüğü [Available from: https://saglik.sozlugu.org/distress/.

43. Bostancı-Daştan N, Buzlu S. Semptom Yönetimi- Psikososyal Distres In: Can G, editor. Onkoloji Hemşireliği. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. p. 551-66.

44. Özalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Özdemir Geyik P, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2007;16(4):304-11.

45. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 1998;82(10):1904-8.

46. Bostancı-Daştan N, S B. Anksiyete. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliğinde kanittan uygulamaya konsensus 2014, 2015.

47. Park J-H, Chun M, Jung Y-S, Bae SH. Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. Asian nursing research. 2017;11(4):268-75.

48. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(26):6440-1.

49. Carlson LE, Bultz BD, Morris DG. Individualized quality of life, standardized quality of life, and distress in patients undergoing a phase I trial of the novel therapeutic Reolysin (reovirus). Health and quality of life outcomes. 2005;3(1):7.

50. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health services research. 2004;39(4p1):1005-26.

51. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health services research. 2007;42(4):1443-63.

52. Utkan NZ. Meme kanseri. In: Faik ÖM, editor. Türk cerrahi derneği yeterlilik (board) okulu ders notlari2018. p. 298.

53. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures. 2017.

54. Holland J, Andersen B, Breitbart W. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Version 2.2013. J Natl Comp Canc Netw. 2013;11:190-209.

55. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health services research. 2005;40(6p1):1918-30.

56. Valdes-Stauber J, Vietz E, Kilian R. The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital. BMC psychiatry. 2013;13(1):226.

57. Costanzo E, Lutgendorf S, Mattes M, Trehan S, Robinson C, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. British journal of cancer. 2007;97(12):1625.

58. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarli B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarinda psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg. 2003;14:145-52.

59. Gökler-Danışman I, Yalçınay-İnan M, Yiğit İ. Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. Journal of psychosocial oncology. 2017;35(6):776-96.

60. Yalçınay M. Perceıved stıgmatızatıon, dıscrımınatıon and grıef symptoms ın cancer patıents Istanbul: Bahçeşehir University The Graduate School Of Social Sciences, Unpublished Master's Thesis; 2015.

61. Trevino KM, Fasciano K, Prigerson HG. Patient-oncologist alliance, psychosocial well-being, and treatment adherence among young adults with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology. 2013;31(13):1683.

62. Robbeson C, Hugenholtz-Wamsteker W, Meeus M, Devoogdt N, Nijs J, De Groef A. Screening of physical distress in breast cancer survivors: Concurrent validity of the Distress Thermometer and Problem List. European journal of cancer care. 2018:e12880.

63. Chong Guan N, Mohamed S, See M, Harun F, Sulaiman A, Zainal N, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. European Psychiatry. 2016;33:S517-S8.

64. Kvale EA, Huang CHS, Meneses KM, Demark-Wahnefried W, Bae S, Azuero CB, et al. Patient-centered support in the survivorship care transition: Outcomes from the Patient-Owned Survivorship Care Plan Intervention. Cancer. 2016;122(20):3232-42.

65. Hay JL, Zabor EC, Kumar J, Brennessel D, Kemeny MM, Lubetkin EI. Cancer beliefs and patient activation in a diverse, multilingual primary care sample. Psycho-Oncology. 2016;25(9):1071-8.

66. Hibbard JH, Mahoney E. Toward a theory of patient and consumer activation. Patient Education and Counseling. 2010;78(3):377-81.

67. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. Journal of general internal medicine. 2012;27(5):520-6.

68. Rocque GB, Halilova KI, Varley AL, Williams CP, Taylor RA, Masom DG, et al. Feasibility of a telehealth educational program on self-management of pain and fatigue in adult cancer patients. Journal of pain and symptom management. 2017;53(6):1071-8.

69. Hasson-Ohayon I, Peri T, Rotschild I, Tuval-Mashiach R. The Mediating Role of Integration of Loss in the Relationship Between Dissociation and Prolonged Grief Disorder. Journal of clinical psychology. 2017;73(12):1717-28.

70. O'Malley D, Dewan AA, Ohman-Strickland PA, Gundersen DA, Miller SM, Hudson SV. Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors. Psycho-Oncology. 2018;27(1):132-40.

71. Leckie KR. Understanding the relationship between activation, utilization of healthcare services, distress, health literacy, and use of family and support resources in complex, high-risk patients: A structural equation modeling study 2014.

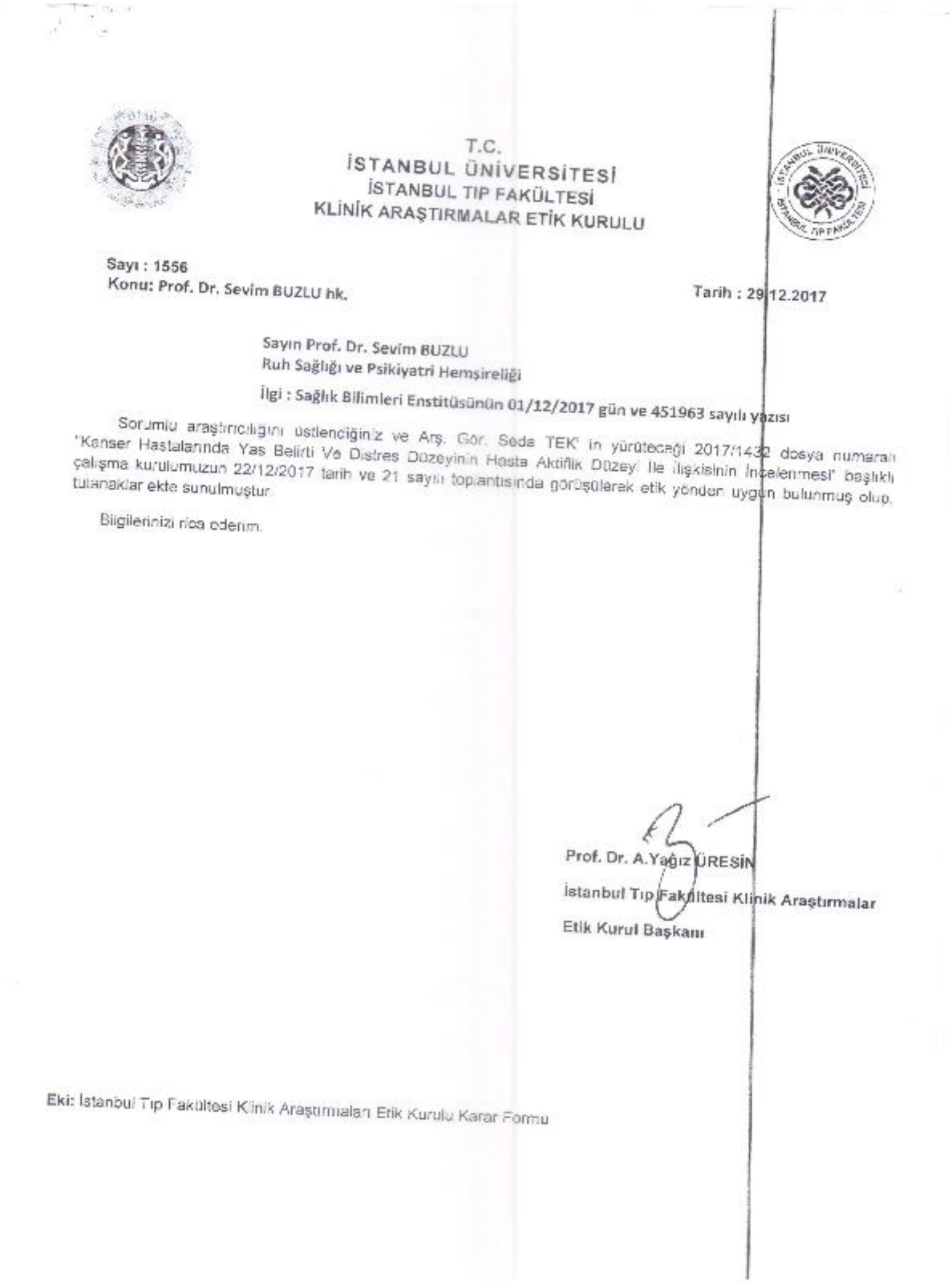
72. Rocque GB, Williams CP, Halilova KI, Borate U, Jackson BE, Van Laar ES, et al. Improving shared decision-making in chronic lymphocytic leukemia through multidisciplinary education. Translational behavioral medicine. 2018;8(2):175-82.

73. Rogvi S, Tapager I, Almdal T, Schiøtz M, Willaing I. Patient factors and glycaemic control–associations and explanatory power. Diabetic Medicine. 2012;29(10):e382-e9.

74. Bultz BD, Johansen C. Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? Psycho-oncology. 2011;20(6):569-71.

EKLER

EK- 1: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 1556
Konu: Prof. Dr. Sevim BUZLU hk.

Tarih : 29.12.2017

Sayın Prof. Dr. Sevim BUZLU
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

İlgi : Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 01/12/2017 gün ve 451963 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlenciğiniz ve Arş. Gör. Seda TEK' in yürütecaği 2017/1432 dosya numaralı "Kanser Hastalarında Yas Belirti Ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 22/12/2017 tarih ve 21 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kanser Hastalarında Yas Belirti Ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU:	—			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sevim BUZLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	—			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	—			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ■	ULUSAL ■	ULUSLARARASI ☐

EK-2: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı

Tarih ve Sayı: 04/01/2018-4945

A B E C D Z 3 3 U R A

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :16161519-199-
Konu :Seda TEK'İN Tez Çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :20.12.2017 tarihli 476934 sayılı yazı.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Prof.Dr.Sevim BUZLU'nun danışmanlığı altında devam eden Seda TEK'ın "Kanser Hastalarında Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ertuğrul GÖKSOY
Anabilim Dalı Başkanı

e-İmzalı
Prof. Dr. Gökhan İPEK
Bölüm Başkanı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BECDZ33UR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 35
e-posta : cti/personel/@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için e-Ofis Görevlisi: TÜREL

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Tarih ve Sayı: 04/01/2018-4945

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :16161519-199-
Konu :Seda TEK'İN Tez Çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :20.12.2017 tarihli 476934 sayılı yazı.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Prof.Dr.Sevim BUZLU'nun danışmanlığı altında devam eden Seda TEK'ın "Kanser Hastalarında Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

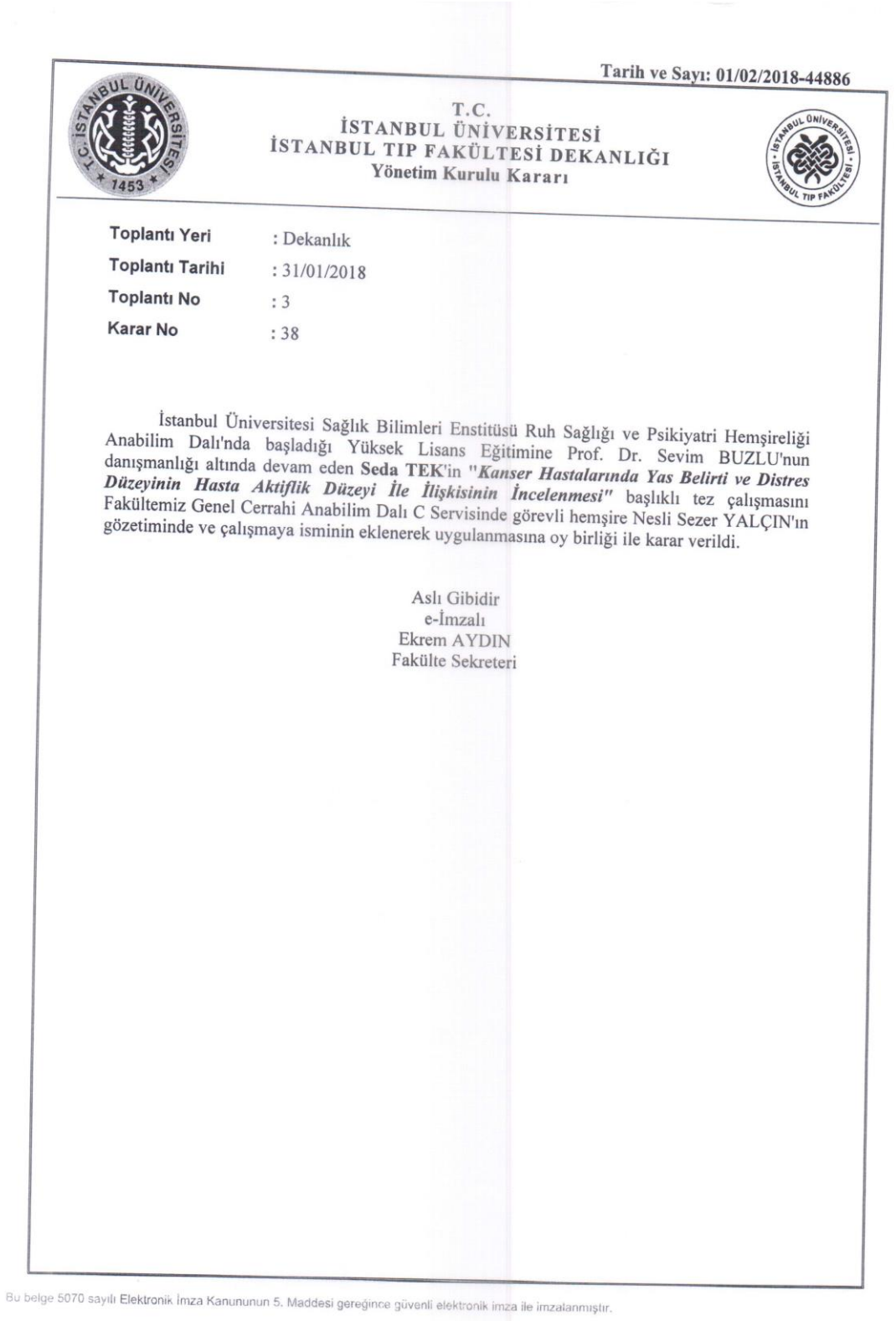
e-İmzalı
Prof. Dr. Ertuğrul GÖKSOY
Anabilim Dalı Başkanı

e-İmzalı
Prof. Dr. Gökhan İPEK
Bölüm Başkanı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BECDZ33UR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 35
e-posta : etipersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için e-posta: Gökalp TÜREL

EK-2: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı



Tarih ve Sayı: 01/02/2018-44886

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı

Toplantı Yeri	: Dekanlık
Toplantı Tarihi	: 31/01/2018
Toplantı No	: 3
Karar No	: 38

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı Yüksek Lisans Eğitimine Prof. Dr. Sevim BUZLU'nun danışmanlığı altında devam eden **Seda TEK**'in ***"Kanser Hastalarında Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi"*** başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisinde görevli hemşire Nesli Sezer YALÇIN'ın gözetiminde ve çalışmaya isminin eklenerek uygulanmasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK- 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(Niceliksel Araştırma Deseni)

Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen, '' Kanser Hastalarında Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi'' amacı ile yapılan bir yüksek lisans tezidir. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış Bilgi Formu, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği, Distres Termometresi ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracını doldurmanız istenecektir. Bilgi formu ve ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle değerlendirmenizi dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, bilimsel sonuçlar açısından son derece önemlidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak size bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmadaki kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmada çıkan sonuçlar, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmaksızın kongrelerde veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir.
Katılımınız için teşekkürler.

Arş. Gör. Seda TEK
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye
+90 212 440 00 00 / 27133
Prof. Dr. Sevim BUZLU (Tez Danışmanı)
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye
+90 212 440 00 00

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.
Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;	Araştırmacının;
Adı, Soyadı / Rumuz : İmza : Tarih :	Adı, Soyadı : İmza : Tarih :

EK- 4: Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız? (Yazınız).....

2. Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar değil b) Okur- yazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise f) Üniversite g) Lisansüstü

4. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar c) Diğer…….

5. Çocuk sahibi olma durumunuz- Varsa sayısı? a) Var(……..) b) Yok

6. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
a) Anne-baba ve/veya kardeşler b) Eş ve/veya çocuklar c) Akraba
d) Ev arkadaşı e) Yalnız f) Diğer ……..

7. Çalışma durumunuz nedir?
a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum c) İşten ayrıldım d) Emekliyim

8. Sosyal güvenceniz: a)Var b) Yok

9. Tanınız nedir?(Yazınız)…….

10.Hastalığınızın süresi: (Yazınız)…….
(Şu anki hastalığınızın tanısından itibaren geçen süre, ay ya da yıl olarak belirtiniz)

11. Bu tanıyı aldığınız zaman hastalığınız kaçıncı evredeydi?
a) 1. Evre b) 2. Evre c) 3. Evre d) 4. Evre

12. Metastaz var mı? a)Evet b) Hayır

13. Nüks var mı? a)Evet b) Hayır

14.Bu tanıyı almadan önce herhangi bir nedenle psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?
a) Evet (Tanı:……. İlaç:…...…….. Terapi:……..) b) Hayır

15. Bu tanıyı aldıktan sonra psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?
a) Evet (Tanı:……. İlaç:…...…….. Terapi:……..) b) Hayır

16. Şu anda hastanede bulunma sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
a) Kontrol b) Radyoterapi c) Kemoterapi d) Ameliyat e)Diğer ……

17. Başka kronik hastalığınız var mı- Varsa ne(ler)dir?

18. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
a) Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi

EK- 5: Uzamiş Yas Bozukluğu Ölçeği (The Prolonged Grief Disorder Scale) (PG-12)

BÖLÜM I

Lütfen aşağıdaki her bir madde için size en uygun olan seçeneği işaretleyin.

1. Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?

1-Hiç ( )
2- En az bir kere( )
3- En az haftada bir kere ( )
4- En az günde bir kere( )
5- Günde birçok kere( )

2. Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?

1-Hiç( )
2- En az bir kere( )
3- En az haftada bir kere( )
4- En az günde bir kere( )
5- Günde birçok kere( )

3. Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?

1- Hiç( )
2- En az bir kere( )
3- En az haftada bir kere( )
4- En az günde bir kere( )
5- Günde birçok kere( )

4. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?

1-Hiç( )
2- En az bir kere( )
3- En az haftada bir kere( )
4- En az günde bir kere( )
5- Günde birçok kere( )

BÖLÜM II

Aşağıdaki maddeleri şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.

5. Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?

1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

6. Hastalığınızı kabullenmekle ilgili güçlük çektiniz mi?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

7. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

8. Hastalığınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

9. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

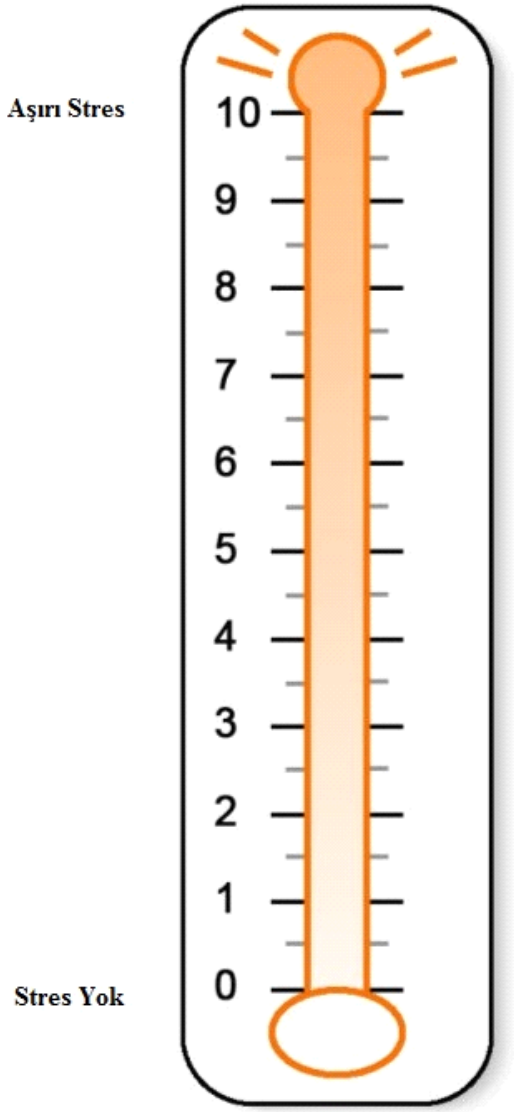
10. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

11. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyun vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?
1- Hiç( )
2- Çok az( )
3- Biraz( )
4- Çok( )
5- Oldukça çok( )

EK- 6: Distres Termometresi

Kendinizi psikolojik olarak ne kadar stresli hissediyorsunuz? Lütfen termometre üzerinde işaretleyiniz.

DİSTRES TERMOMETRESİ

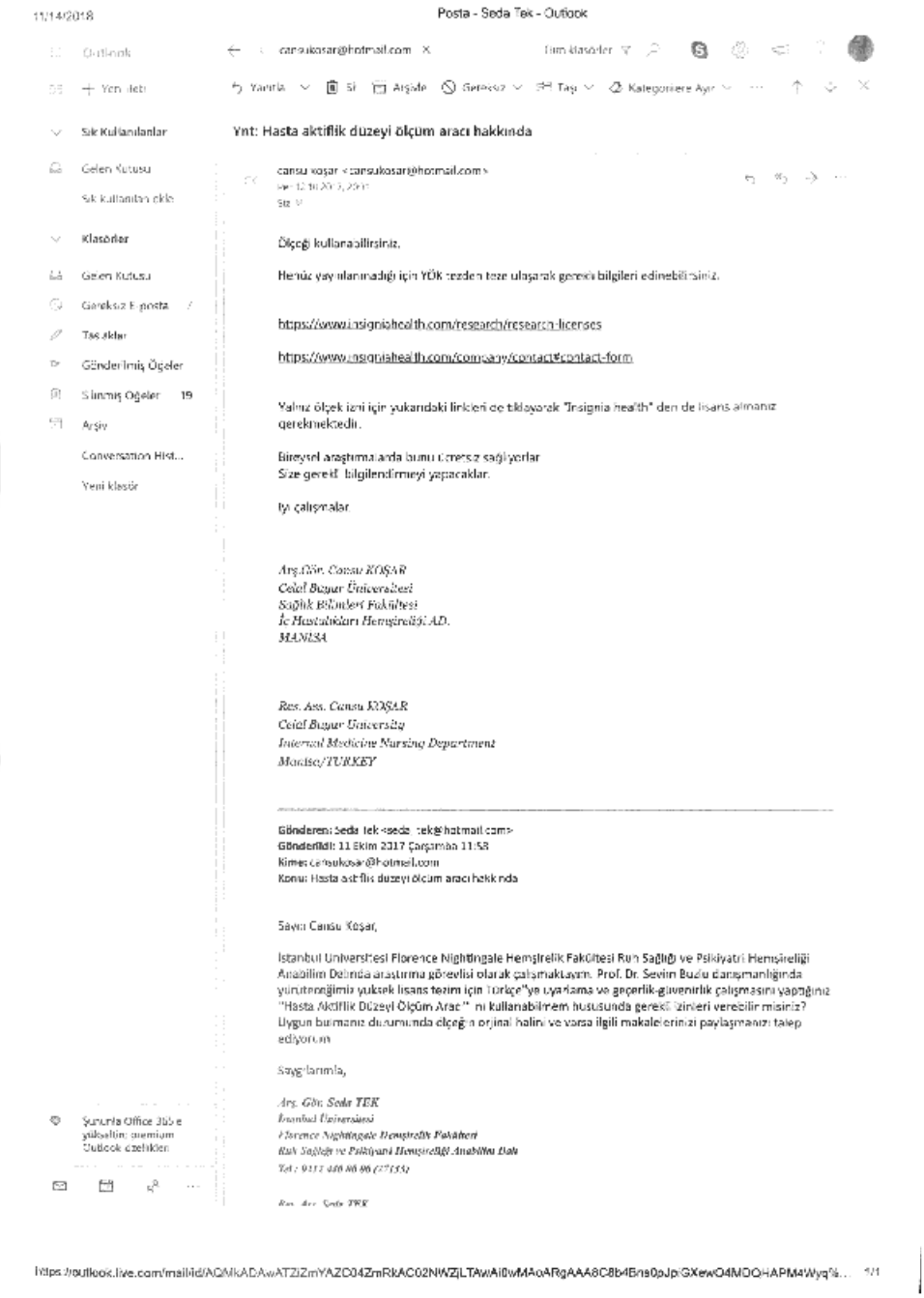


EK-7: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure) (PAM-13)

Lütfen aşağıdaki her bir maddeye hangi düzeyde katıldığınızı boş kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Maddeleri, başkalarının sizden beklediği şekilde değil, size doğru geldiği şekilde cevaplamanız önem taşımaktadır. Eğer herhangi bir madde size uygun gelmiyorsa 'Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum' seçeneğini işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**Bilemiyorum/ Değerlendiremiyorum**
1.Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.					
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığımla ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığımla ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					

EK- 8: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Kullanım İzni



11/14/2018 Posta - Seda Tek - Outlook

Outlook

Yeni İleti

Sık Kullanılanlar

Gelen Kutusu

Sık kullanılanları ekle

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-posta

Taslaklar

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 19

Arşiv

Conversation Hist...

Yeni klasör

Şunu da Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikleri

cansukosar@hotmail.com

Tüm klasörler

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

Yıt: Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı hakkında

cansu koşar <cansukosar@hotmail.com>

Siz

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Henüz yayınlanmadığı için YÖK tezden teze ulaşarak gerekli bilgileri edinebilirsiniz.

https://www.insigniahealth.com/research/research-licenses

https://www.insigniahealth.com/company/contact#contact-form

Yalnız ölçek izni için yukarıdaki linkleri de tıklayarak "Insignia health" den de lisans almanız gerekmekteydi.

Bireysel araştırmalarda bunu ücretsiz sağlıyorlar
Size gerekli bilgilendirmeyi yapacaklar.

İyi çalışmalar

Arş.Gör. Cansu KOŞAR
Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.
MANİSA

Res. Ass. Cansu KOŞAR
Celal Bayar University
Internal Medicine Nursing Department
Manisa/TURKEY

Gönderen: Seda Tek <seda_tek@hotmail.com>
Gönderildi: 11 Ekim 2017 Çarşamba 11:58
Kime: cansukosar@hotmail.com
Konu: Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı hakkında

Sayın Cansu Koşar,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Prof. Dr. Sevim Budak danışmanlığında yürütmeğimiz yüksek lisans tezim için Türkçe"ye uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı" nı kullanabilmem hususunda gerekli izinleri verebilir misiniz? Uygun bulmanız durumunda ölçeğin orjinal halini ve varsa ilgili makalelerinizi paylaşmanızı talep ediyorum

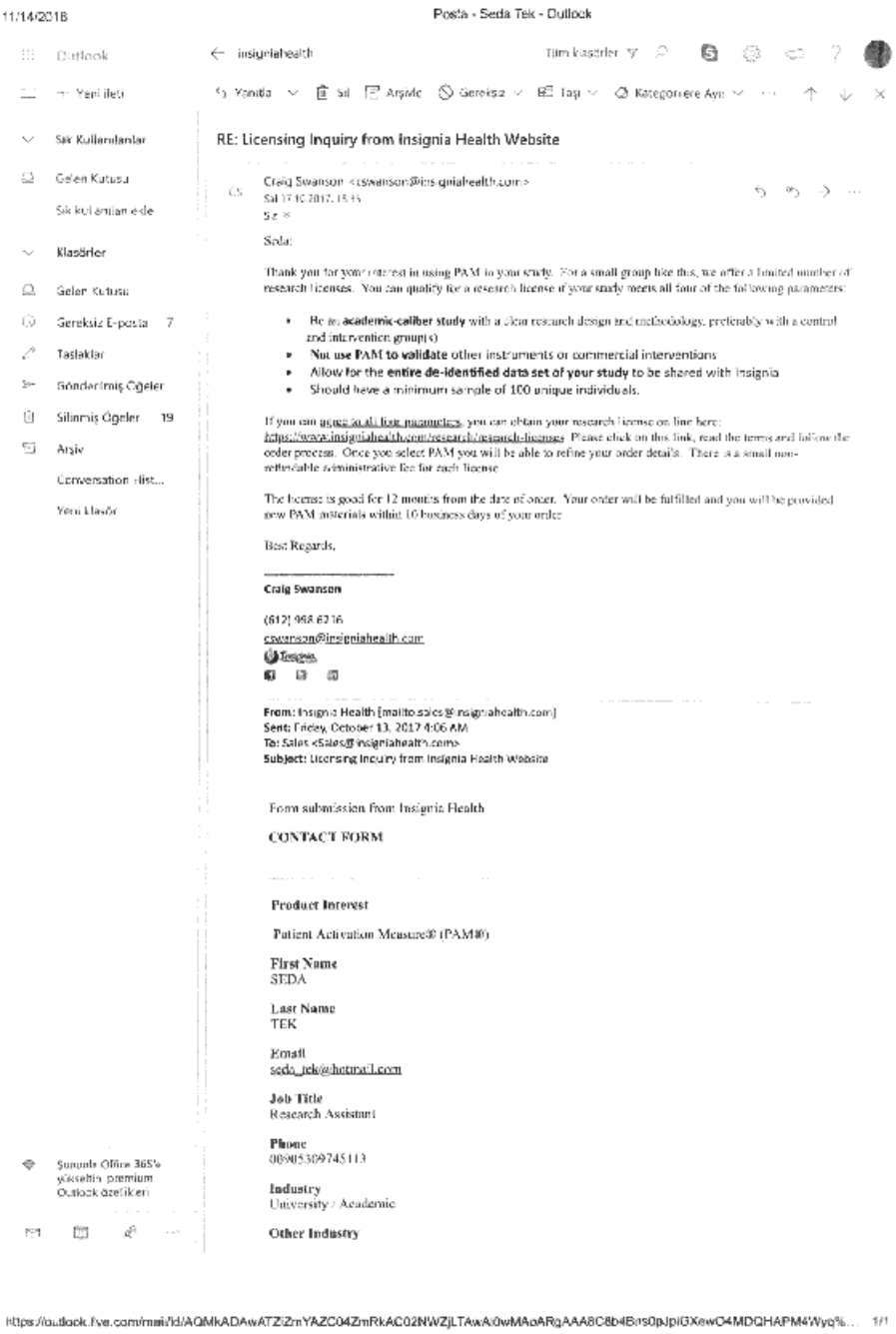
Saygılarımla,

Arş. Gör. Seda TEK
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0212 440 00 00 (27155)

Res. Ass. Seda TEK

https://outlook.live.com/mail/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04ZmRkAC02NWZjLTAwAi0wMAoARgAAA8C8b4Bns0pJpiGXewO4MDQHAPM4Wyq%... 1/1

EK-9: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Kullanım İzni



11/14/2018 Posta - Seda Tek - Outlook

Outlook

Yeni ileti

Sık Kullanılanlar

Gelen Kutusu

Sık kullanılanlara ekle

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-posta 7

Taslaklar

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 19

Arşiv

Conversation Hist...

Yeni Klasör

Şunuda Office 365'e yükseltin premium Outlook özellikleri

insigniahealth

Tüm klasörler

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

RE: Licensing Inquiry from Insignia Health Website

Craig Swanson <cswanson@insigniahealth.com>
Sal 17.10.2017, 15:15
Siz

Seda:

Thank you for your interest in using PAM in your study. For a small group like this, we offer a limited number of research licenses. You can qualify for a research license if your study meets all four of the following parameters:

- Be an **academic-caliber study** with a clear research design and methodology, preferably with a control and intervention group(s)
- **Not use PAM to validate** other instruments or commercial interventions
- Allow for the **entire de-identified data set of your study** to be shared with Insignia
- Should have a minimum sample of 100 unique individuals.

If you can agree to all four parameters, you can obtain your research license on line here: https://www.insigniahealth.com/research/research-licenses. Please click on this link, read the terms and follow the order process. Once you select PAM you will be able to refine your order details. There is a small non-refundable administrative fee for each license.

The license is good for 12 months from the date of order. Your order will be fulfilled and you will be provided new PAM materials within 10 business days of your order.

Best Regards,

Craig Swanson

(612) 968 6216
cswanson@insigniahealth.com
Insignia

From: Insignia Health [mailto:sales@insigniahealth.com]
Sent: Friday, October 13, 2017 4:06 AM
To: Sales <Sales@insigniahealth.com>
Subject: Licensing Inquiry from Insignia Health Website

Form submission from: Insignia Health

CONTACT FORM

Product Interest

Patient Activation Measure® (PAM®)

First Name
SEDA

Last Name
TEK

Email
seda_tek@hotmail.com

Job Title
Research Assistant

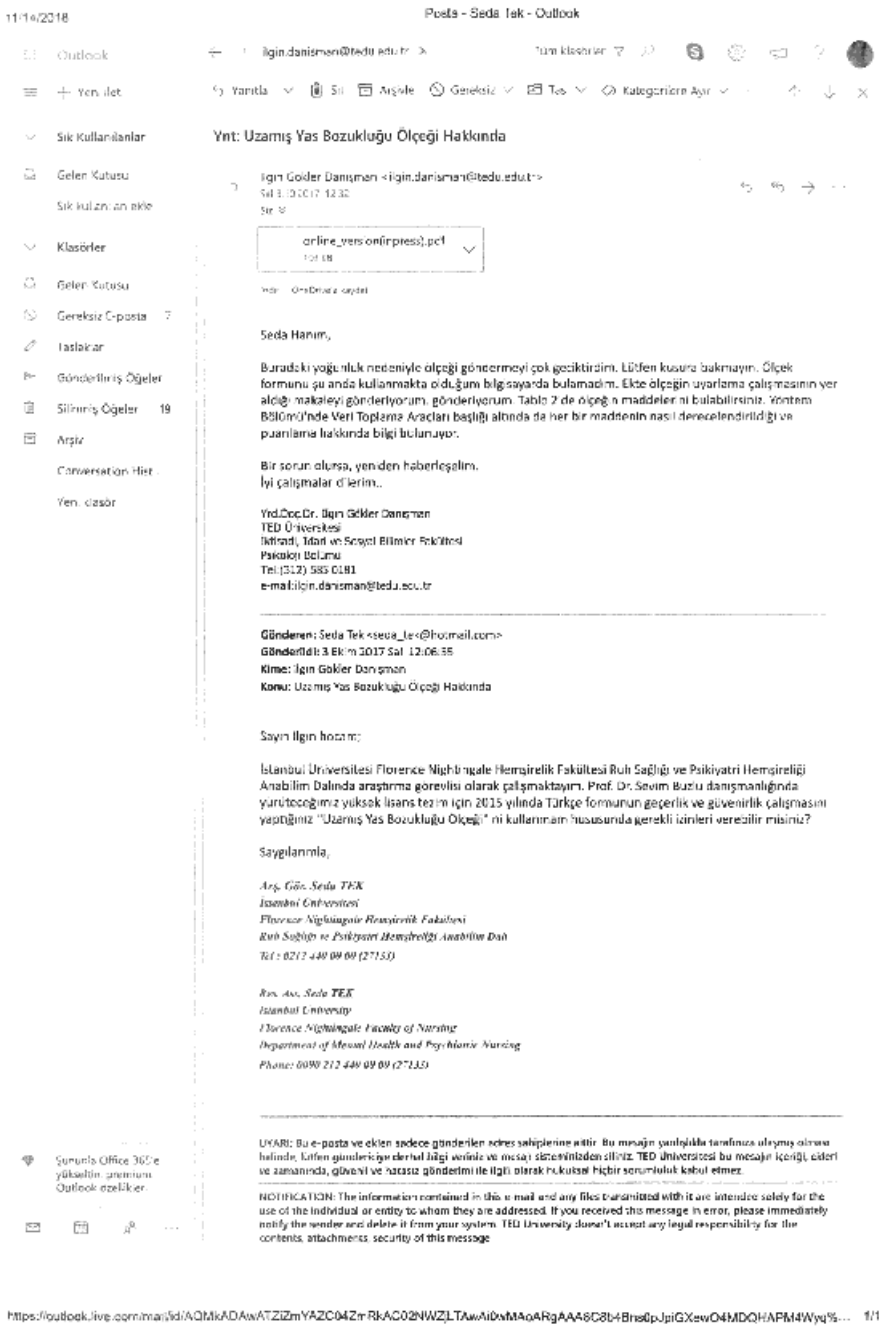
Phone
00905309745113

Industry
University / Academic

Other Industry

https://outlook.live.com/mail/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04ZmRkAC02NWZjLTAwA0wMAoARgAAA8C8b4Brs0pJpiGXewO4MDQHAPM4Wyq%... 1/1

EK-10: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Kullanım İzni



11/14/2018 Posta - Seda Tek - Outlook

Outlook

Yeni ileti

Sık Kullanılanlar

Gelen Kutusu

Sık kullanılanlara ekle

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-posta 7

Taslaklar

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 19

Arşiv

Conversation Hist...

Yeni klasör

Şunlarla Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikler

ilgin.danisman@tedu.edu.tr

Tüm klasörler

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

Yıt: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hakkında

Ilgın Gökler Danışman <ilgin.danisman@tedu.edu.tr>
Sal 3.10.2017 12:35
Siz

online_version[1].pdf
101 KB

Yeni OneDrive sürümü

Seda Hanım,

Buradaki yoğunluk nedeniyle ölçeği göndermeyi çok geciktirdim. Lütfen kusura bakmayın. Ölçek formunu şu anda kullanmakta olduğum bilgisayarda bulamadım. Ekte ölçeğin uyarlama çalışmasının yer aldığı makaleyi gönderiyorum, gönderiyorum. Tablo 2 de ölçeğin maddeleri bulabilirsiniz. Yöntem BölÖnü'nde Veri Toplama Araçları başlığı altında da her bir maddenin nasıl derecelendirildiği ve puanlama hakkında bilgi bulunuyor.

Bir sorun olursa, yeniden haberleşalım.
İyi çalışmalar dilerim..

Yrd.Doç.Dr. Ilgın Gökler Danışman
TED Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi
Psikoloji Bolumu
Tel:(312) 585 0181
e-mail:ilgin.danisman@tedu.edu.tr

Gönderen: Seda Tek <seda_tek@hotmail.com>
Gönderildi: 3 Ekim 2017 Sal 12:06:35
Kime: Ilgın Gökler Danışman
Konu: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hakkında

Sayın Ilgın hocam;

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Prof. Dr. Sevim Buzlu danışmanlığında yürütteceğimiz yüksek lisans tezim için 2015 yılında Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği" ni kullanmam hususunda gerekli izinleri verebilir misiniz?

Saygılarımla,

Arş. Gör. Seda TEK
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0212 440 00 00 (27153)

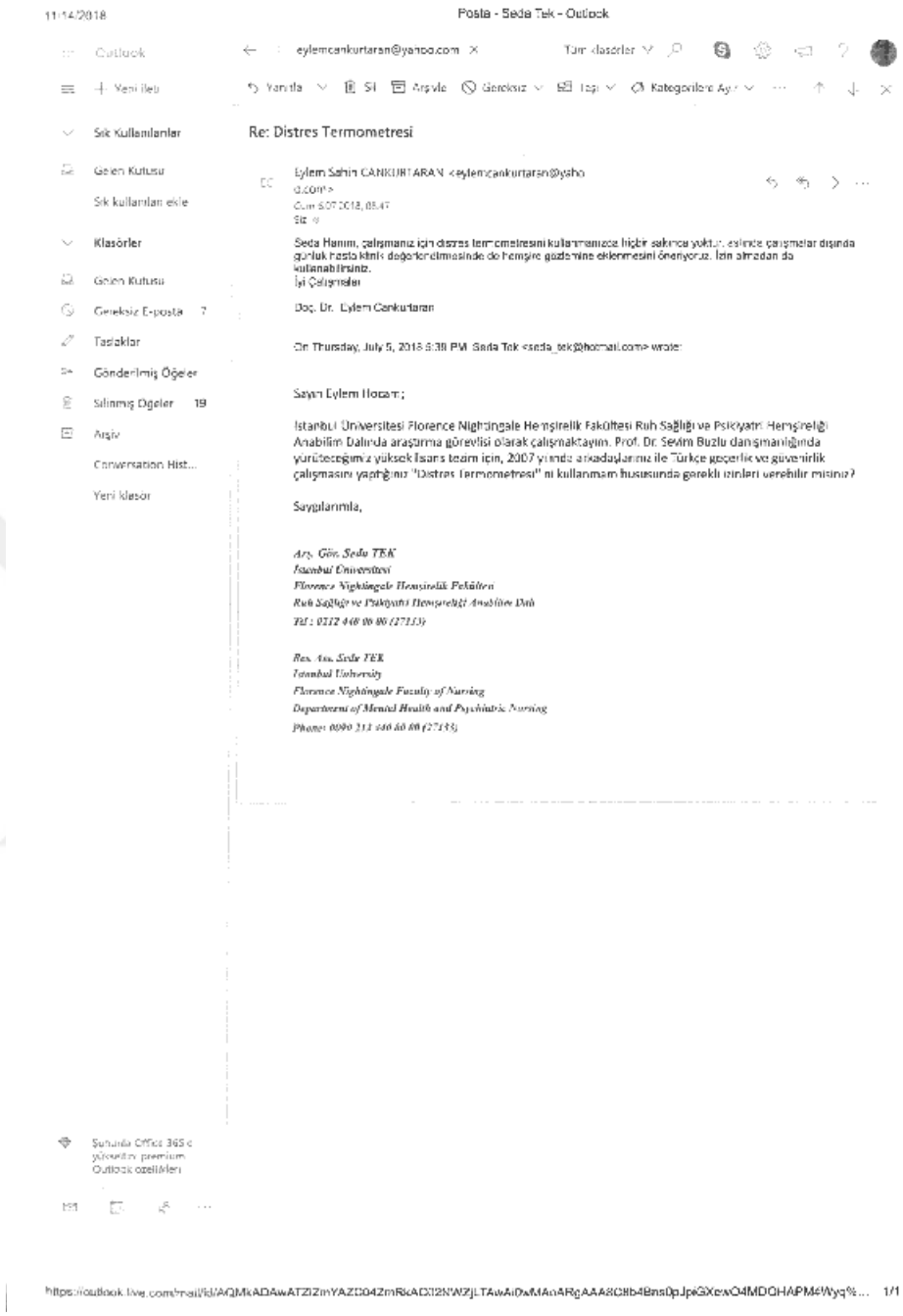
Res. Asst. Seda TEK
Istanbul University
Florence Nightingale Faculty of Nursing
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing
Phone: 0090 212 440 00 00 (27153)

UYARI: Bu e-posta ve ekleri sadece gönderilen adres sahiplerine aittir. Bu mesajın yanlışlıkla tarafınıza ulaşmış olması halinde, lütfen göndericiye derhal bilgi veriniz ve mesajı sisteminizden siliniz. TED Üniversitesi bu mesajın içeriği, ekleri ve zamanında, güvenli ve hatasız gönderimi ile ilgili olarak hukuksal hiçbir sorumluluk kabul etmez.

NOTIFICATION: The information contained in this e-mail and any files transmitted with it are intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you received this message in error, please immediately notify the sender and delete it from your system. TED University doesn't accept any legal responsibility for the contents, attachments, security of this message

https://outlook.live.com/mail/id/AQMkADAwATZiZmYAZC04ZmRkAC02NWZjLTAwAiDxMAoARgAAA8C8b4Bns0pJpiGXewO4MDQHAPM4Wyq%... 1/1

EK-11: Distres Termometresi Kullanım İzni



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Kanser hastalarında yas belirti ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi

ORIJINALLIK RAPORU

%2	%1	%1	%0
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
2	Christopher L. Skelly, Colleen Stiles-Shields, Grace Z. Mak, Christopher R. Speaker et al. "The impact of psychiatric comorbidities on patient-reported surgical outcomes in adults treated for the median arcuate ligament syndrome", Journal of Vascular Surgery, 2018 Yayın	<%1
3	www.odevsunumu.com İnternet Kaynağı	<%1
4	docslides.net İnternet Kaynağı	<%1
5	appswl.elsevier.es İnternet Kaynağı	<%1
6	Mustafa Savci, Ferda Aysan. "Technological addictions and social connectedness: predictor effect of internet addiction, social media	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SEDA	**Soyadı**	TEK
Doğ.Yeri	MERSİN	**Doğ.Tar.**	01.01.1990
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	…
Email	seda_tek@hotmail.com	**Tel**	…

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2013
Lise	Mersin Şevket Pozcu YDAL	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Haziran 2016-Halen
2.	Araştırma Görevlisi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	Kasım 2014-Haziran 2016
3.	Hemşire	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Ağustos 2013-Ekim 2014

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YDS Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	78.75

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	-	-	-
ALES Puanı	77,14944	74,26216	61,87571

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Aile Danışmanlığı Sertifikası 01.09.2018

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat, müzik, tiyatro.