T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

HEMATOLOJİ HASTALARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BÜŞRA EREN

DANIŞMAN
PROF. DR. LEYLA KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 03.09.2019 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. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nihtingale Hemşirelik Fakültesi

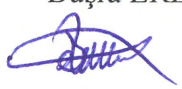
Dr.Öğr.Üyesi Özge SUKUT
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nihtingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Semra KARACA
Marmara 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.

Büşra EREN



İTHAF

Kızıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaşan, danışanı olmaktan onur duyduğum, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK' e; yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Sevim BUZLU, Prof. Dr. Yasemin KUTLU, Doç. Dr. Hülya BİLGİN, Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ' a tüm hayatım boyunca destek, sevgi ve emeklerini esirgemeyen sevgili aileme, araştırmaya katılan tüm hastalara sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Kanser Tanımı 5
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi 5
2.2. Hematolojik Kanserler 6
2.2.1. Lösemiler 6
2.2.1.1. Akut Lösemiler 7
2.2.1.2. Kronik Lösemiler 7
2.2.2. Lenfoma 8
2.2.2.1. Hodgkin Lenfoma (HL) 9
2.2.2.2. Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) 9
2.2.3. Multiple Myeloma (MM) 9
2.3. Kanserin Tedavisi 10
2.4. Kanser Tanı ve Tedavisinin Bireye Etkileri 10
2.4.1. Fiziksel Durumuna Etkisi 10
2.4.2. Sosyal Duruma Etkisi 11
2.4.3. Emosyonel Duruma Etkisi 12
2.5. Kanserin Psikososyal Boyutu 13
2.6. Psikolojik Sağlamlık 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 18

3.2. Araştırma Soruları....18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi....18
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....19
3.5. Veri Toplama Araçları....19
3.5.1. "Sosyo-demografik Veri Formu"....20
3.5.2. "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği"....20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları....21
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu....21
4. BULGULAR....22
5. TARTIŞMA....36
5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması....36
5.2. Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması....37
5.3. Hastaların Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Tartışılması....38
5.4. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen faktörlerin Tartışılması....40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER....42
6.1. Sonuçlar....42
6.2. Öneriler....42
KAYNAKLAR....44
FORMLAR....49
ETİK KURUL KARARI (EK-1)....49
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI....60
ÖZGEÇMİŞ....61

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarında Ele Alınan Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler (Öz 2009; Gizir 2016) 16
Tablo 4.1 Hastaların Bireysel Özellikleri (n=101) 22
Tablo 4.2. Hematolojik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Tanı ve Tedavisi ile Ilgili Özellikleri (n=101) 23
Tablo 4.3. Hastaların Destek Algıları (n=101) 24
Tablo 4.4 Hastaların Başetmede Algıladıkları Temel Güç Kaynakları (n=101) 26
Tablo 4.5. Hastaların Başetme Biçimleri (n=101) 26
Tablo 4. 6. Hastaların Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları 27
Tablo 4.7. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (1) 28
Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (2) 29
Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özellikleri İle Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması 30
Tablo 4. 10. Hastaların Destek Algıları İle Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması 31
Tablo 4.11. Hastaların Başetmede Kullandıkları Yöntemler ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanın Karşılaştırılması 33

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AML: Akut Myeloid Lösemi

ALL: Akut Lenfoid Lösemi

EBV: Ebstein- Barr Virüsü

HIV: Human ImmunodeficiencyVirus

HL: HodgkinLenfoma

KML: Kronik Myeloid Lösemi

KLL: Kronik Lenfoid Lösemi

MM: MultipleMyeloma

NHL: Non-HodgkinLenfoma

ÖZET

Eren, B. (2019). Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Zor koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanan psikolojik sağlamlık, psikolojik hastalıklar açısından koruyucu bir faktör olarak da görülmektedir. Hematolojik kanserler genel olarak akut başlangıçlı olması ve hızlı bir şekilde tedaviye başlanması gerekliliği sebebi ile bireyler için zorlu koşullar oluşturmakta ve risk faktörü olmaktadır. Bu çalışma hematolojik kanser tanısı almış hastaların psikolojik sağlamlık durumları ve bu durumu etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmış tanımlayıcı ilişki arayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin hematoloji birimine 1 yıl içerisinde başvuran 245 hasta oluştururken, örneklemini 101 hasta oluşturmuştur. Kriterleri sağlayan hastalara "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ve araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyo-demografik form" uygulanmıştır. Sonuç olarak elde edilen bulgular incelendiğinde hastaların psikolojik sağlamlık düzeyinin 132,38±20,74 olduğu; yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ve hastalığa ilişkin faktörler gibi değişkenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi ile çocuk sayısı ve gelecek ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çocuk sayısı fazla olan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca gelecek ile ilgili düşüncelerinde "iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum" seçeneğini tercih eden hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak yapılan çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olmasını örneklem sayısının düşük olması ve tek bir kurumdaki hastalar ile yapılmış olmasıyla ilişkilendirebiliriz.

KLP alanındaki bu tür araştırmalar daha geniş örneklemle ve etkileyebilecek diğer değişkenler ile tekrarlanmalı ve ruh sağlığını değerlendirmeye yönelik çalışmalar sürdürülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hematoloji hastaları, Psikolojik sağlamlık, Kanser, Psikoonkoloji.

ABSTRACT

Eren, B. (2019). Psychological Resilience in Hematology Patients and Affecting Factors. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Pychiatric and Mental Health Nursing. Master Thesis. İstanbul.

Psychological resilience, which is defined as the ability to successfully over come and adapt to difficult conditions, is also seen as a protective factor in terms of psychological diseases. Hematologic cancers are challenging conditions and risk factors for individuals because of the acute on set and the need for rapid treatment. This study is a descriptive relationship seeker to investigate the psychological stability of the patients diagnosed with hematological cancer and the factors affecting this condition. The population of the study consisted of 245 patients who applied to the hematology unit of a university hospital within a year and the sample consisted of 101 patients. Socio-demographic form and Psychological Endurance Scale for Adults prepared by there searcher were administered to the patients who met the criteria. As a result, when the findings were examined, it was found that the psychological resilience level of the patients was 132.38 ± 20.74; age, gender, marital status, economic status and disease-related factors did not affect the level of psychological resilience ($p>0.05$). A statistically significant difference was found between the level of psychological resilience and the number of children and their thoughts about the future. The psychological resilience of the patients with high number of children was found to be significantly lower ($p<0.05$). In addition, the psychological resilience level of the patients who preferred orum I want to recover and return to my old life in their thoughts about the future was found to be significantly higher ($p <0.05$). As a result, we can associate the high level of psychological resilience with the low sample size and the fact that it was performed with patients in a single institution.

Such studies in the field of CLP should be repeated with a wider sample and other variables that may affect and studies to evaluate mental health should be continued.

KeyWords: Hematology patients, psychological resilience, cancer, psychooncology

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık, fizyopatolojik – organik boyutları ile biyolojik, ruhsal, sosyal, psikososyal, psikoseksüel ve çevresel boyutları içeren çok yönlü bir kavramdır. Akut hastalıkların semptomları kısa süreli bir tedavi ile düzelebilirken, kronik hastalıkların tedavi ile düzelmesi ya uzun zaman almakta ya da sadece yaşam kalitesini arttırmak amaçlı tıbbi tedaviler uygulanabilmektedir (Avuçan ve ark. 2006; Özdemir ve Taşcı 2013).

Kronik hastalıklar kişinin günlük temel işlevlerini yerine getirme kapasitesini azaltarak, günlük yaşamda kullandığı mekanizmaları ve gelecek planlarını alt – üst edebilir ve bireyin yaşam dengesini bozabilir (Avuçan ve ark. 2006; Sağlam 2012). Kronik hastalıklar ve beraberinde getirdiği birtakım faktörler bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stres kaynağıdır. Beden imajında, yaşam biçiminde ve rollerinde değişikliklere sebep olduğu için kronik hastalıkların yönetimi, fizyolojik olarak yönetiminin yanında psikososyal yönetimi de gerektirir (Özdemir ve Taşcı 2013). Kanser de coğrafi sınır tanımayarak, her ülkede her yaştaki insanda görülebilen ve görülme sıklığı giderek artan kronik bir hastalıktır (Sağlam 2012).

Kanser, 21. yüzyılda tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen kronik bir hastalık olması sebebi ile temel, evrensel bir sorun niteliğindedir (Çam ve ark. 2009; Bag 2013). Son yıllarda tedavisinde büyük gelişmeler olmasına rağmen, yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığı ve ölümü çağrıştırması sebebi ile en korkulan hastalıkların başında gelmektedir (Bag 2013; Çam ve ark. 2009). Kanserin çağrıştırdığı bu düşüncelerin yanı sıra tanı ve tedavisi güç, masraflı, kişisel ve sosyal rollerde değişimlere sebep olabilen bir hastalık olduğu da düşünüldüğünde, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal, sosyal, ekonomik ve manevi boyutları etkileyerek kişinin yaşamında önemli değişimler meydana getirebilir (Ateşçi ve ark. 2003; Güleç ve Büyükkınacı 2011).

Kanser, hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen stres verici, zor bir hastalıktır (Ateşçi ve ark. 2003). Bolound kanser hastalarının yaşadığı krizi dört aşamada tanımlamıştır: 1. Şok durumu, 2. Tepki aşaması, 3. Direnme, 4. Uyum. Kübler Ross ise kanser hastalığı ile baş etmeyi beş evrede ele almıştır: 1. Yansıma ve yalıtım 2. Öfke 3. Pazarlık 4. Depresyon 5. Kabullenme (Akyüz 2016). Bu tanımlamalara göre kanser tanısına ilk verilen tepkiler şok ve inkardır. Daha sonra öfke

ve depresyon gelişebilir. Sonrasında hastanın durumu kabullenmesi ile birlikte hastalığa uyum sağlaması beklenir (Ateşçi ve ark. 2003). Uyum çabaları bazı zamanlarda hastaların hastalıkla baş etme işine yaramayan bir şekilde de sonuçlanabilir ve psikiyatrik bir bozukluk gelişebilir (Mete 2008).

Kanser hastalarında %30-40 gibi yüksek oranda psikiyatrik hastalık karşımıza çıkmaktadır (Tokgöz ve ark. 2008; Özet ve ark. 2012). Psikiyatrik bozukluklar hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu, hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tokgöz ve ark. 2008; Özet ve ark.2012; Krebber ve ark. 2014). Bu sebeple de kanser hastalarının duygusal sıkıntısını düzenli olarak taramak ve uygun şekilde yönetmek gerekmektedir (Min ve ark. 2013).

Kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluk %10-25 oranı ile major depresyondur (Güleç ve Büyükkınacı 2011). Hematolojik malignitesi bulunan hasta grubu ile yapılan bir çalışmada ise en sık görülen psikiyatrik bozukluğun %40,3 oranı ile uyum bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Uyum bozukluğunu %11,5 ile major depresyon, %5,9 ile anksiyete bozuklukları ve %5,6 ile deliryum takip etmektedir (Çalışkan 2017). Avusturalya'da yapılan bir başka çalışmada ise poliklinikte takip edilen kanser hastalarının hematolojik kanserli hastalar alt grubunda anksiyete oranı %27, depresyon oranı %17, komorbid anksiyete ve depresyon %11 olarak bulunmuştur. Polikliniklere başvuran hematolojik kanser hastalarının yaklaşık %20' sinin klinik olarak anlamlı anksiyete ve / veya depresyon oranlarına sahip oldukları saptanmıştır (Clinton-Mcharg 2014).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini arttırmak için psikiyatrik morbiditenin önlenmesi gerekir. Bunun için hastaların hastalığa ve yaşama uyumu kolaylaştırılmalı ve arttırılmalıdır. Bu sebeple kanser hastalarına bakım veren sağlık ekibinin psikiyatrik hastalıkların risk faktörlerini bilmeleri, hastalığın erken belirtilerini gözlemleyebilmeleri, hastanın tedaviye uyumunu destekleyebilmek için de psikolojik sağlamlık kavramını bilmeleri gerekir (Sağlam 2012). Çünkü psikolojik sağlamlık; oldukça zor koşullarda kişinin olumsuz koşulların üstesinden başarı ile gelebilmesi, kişinin yaşama tutunması ve yaşanan stresli olaya ya da duruma sağlıklı bir uyumun gerçekleşmesi şeklinde tanımlanmıştır (Öz 2009; Sağlam 2012). Psikolojik sağlamlık stresi ya da yaşamın zorluklarını ortadan kaldırmaz. Bunun yerine insanlara sorunların,

zorlukların üstesinden gelmek ve hayatlarına devam etmek için güç verir (Çuhadar 2016).

Psikolojik sağlamlık; olumsuz bir durum ya da bir stres durumu ile karşılaşıldığında risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucu bireyin değişikliğe ya da strese uyum gösterme süreci olarak tanımlanmaktadır (Yalçın 2015). Risk psikolojik sağlamlık terimi için önceliklidir. Risk yaşamda bireyi olumsuz etkileyen, bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesini engelleyen durumlardır. Kanser de bireyler için bir risk faktörüdür. Kanser teşhisi alan hastalar yaşam tehdidi içeren bir stres durumu ile karşılaştıklarında diğer bireylere göre adapte olmakta daha başarılılardır. Bu sonuç sadece kanserin şiddeti ve tedavisi ile açıklanamaz (Axelsson ve ark. 2018). Ergenler ile yapılan bir çalışmada psikiyatrik belirtiler ile psikolojik sağlamlık arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireylerin travmatik yaşam olayları ile daha iyi başa çıktıktıkları görülmüştür (Min ve ark. 2013; Çuhadar 2016). Koruyucu faktörler ise risk faktörlerine karşı bireyin uyumunu arttıran risk faktörlerinin oluşturduğu olumsuz etkiyi azaltan faktörlerdir (Akyüz 2016). Kronik hastalıklar içinde stresörlerle karşılaşan hastanın psikolojik sağlamlık düzeyi kiişiyi koruyan bir özelliktir. Yani, psikolojik sağlamlık stres yaratan durumun olumsuz etkilerini azaltabilir ya da stres faktörlerine karşı bir kalkan görevi görebilir (Min ve ark. 2013; Dane 2015; Çuhadar 2016).

Kanser, bireysel sağlığı çok yönlü etkileyen bir olgudur. Tedavisinde cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi bir çok tedavi yöntemleri kullanılmakta ve bu yöntemlerinde bir çok yan etkileri bulunmaktadır. Psikolojik sağlamlık kavramının içeriğindeki koruyucu faktörler, kanser tanısı ve tedavisinin olumsuz etkileri, bireyin kişilik özellikleri ve hastalık deneyimleri, çevre destek faktörleri ve sosyal – kültürel tutumlar ile başetmesini etkiler. Bunun sonucunda psikolojik sağlamlık düzeyinin bireyin tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği söylenebilir (Akyüz 2016).

Bir yıkım olarak algılanan kanser, bireyin psişik dengesinde bozukluğa sebep olur. Birey başetme yöntemleri ile durumu uyumu kolaylaştırmaya çalışır ve uyumu etkileyen en temel faktörlerden biri psikolojik sağlamlık düzeyidir (Akyüz 2016). Psikolojik sağlamlık kavramında söz ettiğimiz risk faktörleri ve koruyucu faktörlere baktığımızda, koruyucu düzeyde iyi bir toplum ruh sağlığı hizmetiyle risk faktörleri

kontrol altına alınıp, bireylerin psikiyatrik hastalıklardan korunabileceğini söyleyebiliriz. Bu sebeple yaklaşık otuz yıldır üzerinde çalışılan psikolojik sağlamlık kavramı, hemşirelik ve özellikle toplum ruh sağlığı hemşireliği açısından oldukça önemli bir kavram haline gelmiştir (Öz 2009). Hemşireler, diğer sağlık personellerine göre hastalar ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim içerisinde olduklarından hastanın bakımında anahtar bir role sahiptir. Onkoloji ve hematoloji bölümlerinde çalışan hemşireler, hastanın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren bakımın yanı sıra, kanser tedavisinin neden olduğu belirtileri kontrol altına almak gibi önemli bir sorumluluk daha taşımaktadırlar (Gürel 2007).

Hasta birey, psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkileyen risk faktörlerinin üstesinden gelemiyor, uyumsuz davranış örüntüleri sergiliyor ise veye olaylar ile başedebilmek, uyum sağlayabilmek için yardım gereksinimi duyuyorsa, bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttırılması için hemşire tarafından uygun girişimler planlanmalıdır. Psikolojik sağlamlık düzeylerini etkileyen risk faktörlerinin olumsuz etkilerinden korunmak için, bireyle etkili, sağlıklı, destekleyici bir iletişim kurulması ve bireye etkili problem çözme becerilerinin kazandırılması gerekmektedir (Akyüz 2016). Koruyucu ruh sağlığı alanında ülkemizde yapılan çalışmalar olmasına rağmen; klinik uygulamalarda yapılan çalışmaların yetersiz olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma hematolojik kanser tanısı almış hastaların psikolojik sağlamlık durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonucunda hematolojik malignite sebebi ile tedavi alan bireylerin psikolojik sağlamlığını arttırmaya yönelik uygulamalara katkı sağlamak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Çağımızın en önemli hastalıklarından biri olan kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi, çoğalması ve yayılması ile karakterize, normal fonksiyonlarını kaybetmiş doku anlamına gelmektedir (Yıldız 2015; Sevim 2018). Kanser etiyolojisinde tütün, stres, fazla kilolar gibi çevresel faktörler ve genetik faktörlerin rol aldığı ve regülasyonu bozulmuş hücre siklusunun sebep olduğu malign hastalıktır (Yıldız 2015; Çalışkan 2017; Sevim 2018). Bu mutasyona uğramış anormal şekilde çoğalan hücreler, bulundukları yerdeki doku ve organları işgal ederek bu organların işlevlerini yapmalarına engel olur. Kanserler köken aldıkları organlara göre isimlendirilirler (Yalçın 2015).

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser dünyada ve ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında yüzyıl başlarında yedinci sırada iken, günümüzde kalp damar hastalıklarından sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir (Çalışkan 2017; Sevim 2018).

Dünyada toplam 14 milyon yeni kanser vakası bildirilmiş ve 8 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir. Kanserde yaygınlık benzerşekilde artmaya devam eder ise 2030 yılında 2008 verilerine göre %75 artış ile yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir (Çalışkan 2017).

Ülkemizde 2014 yılında yaşa standartize edilmiş kanser hızı kadınlarda yüz binde 173,6; erkeklerde ise yüz binde 246,8'dir. Kanser insidansı toplamda yüz binde 210,2'dir. Son 5 yıl verilerine bakıldığında hem kadınlarda hem de erkeklerde istatistiksel açıdan kanser sıklığında herhangi bir değişiklik olmadığı söylenebilir (Şencan ve Keskinkılıç 2017).

Kanser her yaş grubunu etkilemekle beraber daha çok ileri yaş grubunu etkilemektedir. Kanser, 66 – 79 yaş aralığındaki erkekler ile 40 – 79 yaş aralığındaki kadınlarda en önemli ölüm sebebidir. Kanser erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir (Sevim 2018).

2.2. Hematolojik Kanserler

Hematoloji, kanın yapısı, kemik iliği ve hemostaz sistemini inceleyen bilim dalıdır (Zengi 2018). Hematolojik maligniteler, kemik iliği ve lenfatik dokular kökenli, vücudun immün sisteminin ve kan hücrelerinin kanserleridir (Yıldız 2015). Hematolojik kanserler kemik iliğinin matür kalması, farklılaşmaması veya anormal çoğalması ile karakterize neoplastik hastalıklardır (Çalışkan 2017).

Hematolojik maligniteler dünyada beşinci en sık görülen kanser türüdür ve kanser ölümlerinde ise ikinci sıradadır (Çalışkan 2017). Serçe (2018)'in aktardığına göre Amerikan kanser birliğinin 2017 verilerine göre yaklaşık olarak 58 bin kişi hematolojik kanser nedeni ile hayatını kaybetmiştir (Serçe 2018). Hematolojik maligniteler her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte 50 yaş ve üstü bireylerde tanı olasığı daha fazladır (Clinton-McHarg ve ark. 2014).

Hematolojik maligniteler; kemik iliğini, kan hücrelerini, lenf nodlarını ve lenf sistemini etkileyen ve çeşili alt ipleri olan bir hastalık grubudur (Serçe 2018). Hematolojik kanserlerin alt tiplerinin tanımlanması için kullanılan isimler, onların klinik özelliklerini belirler (Çalışkan 2017). Lenfoma, lenf düğümleri ve diğer dokularda oluşan lenfoid tümörleri belirtirken, lösemi kemik iliğini ve periferik kanı ilgilendiren maligniteleri ifade etmek için kullanılmakadır. Lösemiler, ortaya çıkış zamanına göre akut vekronik, köken aldıkları hücreye göre lenfoid ya da myeloid olarak isimlendirilirler (Çalışkan 2017).

2.2.1. Lösemiler

Lösemi, ilk kez 1847 yılında Virchow tarafından tanımlanmıştır (Sağlam 2012). Kanın blast adı verilen öncü hücrelerinin kontrolsüz çoğalması ve normal kan hücrelerinin yapımını baskılaması ile karakterize, kemik iliği, dalak ve lenf nodlarını tutan neoplastik bir hastalıktır (Kanarığ Gürel 2007; Bıkmaz 2009; Sağlam 2012). Hematolojik kanserler içerisinde lösemi erkeklerde kadınlara oranla %32 daha fazla rastlanır (Serçe 2018). Lösemiler ortaya çıkış zamanlarına göre akut ve kronik, köken aldıkları hücreye göre lenfoid ya da myeloid olarak isimlendirilirler (Çalışkan 2017). Gelişmiş ülkelerde hastalar için 5 yıllık kümülatif ortalama sağ kalım oranı yaklaşık %45 iken gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 3 kat daha düşüktür (Andrade ve ark. 2013).

2.2.1.1. Akut Lösemiler

Akut lösemiler, myeloid ve lenfoid kökenli hematopoetik öncü hücrelerin (blastlar) farklılaşamadan immatür halde kalarak kemik iliği, kan ve diğer dokularda anormal şekilde çoğaldığı neoplastik bir hastalıktır (Öz 2006; Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Çalışkan 2017). Myeloblastlar ya da lenfoblastlar kontrolsüz çoğalarak eritrositlerin, granülositlerin ve trombositlerin yapımını engellerler ve bu da anemi, enfeksiyona eğilim ve kanamalara sebep olur (Öz 2006; Bıkmaz 2009). Akut lösemiler köken aldıkları öncü hücreye göre akut myeloid lösemi ve akut lenfoid lösemi olarak ikiye ayrılır (Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Çalışkan 2017).

2.2.1.1.1.Akut lenfoid lösemi (ALL): Akut lenfoblastik lösemi immatür lenfoid hücrelerin kontrolsüz ve aşırı çoğalması, kemik iliği ve lenfoid organlarda birikimi ile karakterize malign bir hastalıktır (Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Yıldız 2015; Çalışkan 2017). Kısaca lenfoid dokunun hiperplazisi olarak tanımlanabilir (Gürel 2007; Sağlam 2012).

Lösemi çocukluk çağı malignitelerinin % 25-30' unu, ALL ise lösemilerin %75-85' ini oluşturur. ALL 15 yaş altı çocuklarda daha sık görülür. Yetişkinlerde ise lösemilerin % 10-20' sini oluşturur (Öz 2006; Gürel 2007; Değirmenci 2009; Sağlam 2012; Yıldız 2015; Zengi 2018).

2.2.1.1.2. Akut Myeloid Lösemi (AML): Akut myeloid lösemide myeloblastlar (immatür myeloid hücreler) hızlı bir şekilde birikir ve kemik iliğinde normal eritrosit, lökosit ve trombositlerin yapımını engeller (Gürel 2007; Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Sağlam 2012; Yıldız 2015; Zengi 2018). Klinik bulguları ALL'deki gibidir (Değirmenci 2009).

AML daha çok yetişkinlerde görülen bir lösemi tipidir (Değirmenci 2009; Yıldız 2015). Ortalama tanı yaşı 60 olmak ile beraber her yaşta görülebilmektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülür (Yenihayat 2008; Yıldız 2015; Zengi 2018). Erişkinlerde görülen akut lösemilerin yaklaşık % 80' ini oluşturur. Yani yetişkinlerde görülen en yaygın lösemi tipidir (Yıldız 2015).

2.2.1.2. Kronik Lösemiler

Ilk olarak 1966 ve 1967 yıllarında Galtom ve Dameshek tarafından tanımlanan kronik lösemiler, yaşam süresi uzamış, fonksiyonel olarak yetersiz lenfositlerin, kan,

kemik iliği, lenf düğümleri ve dalak gibi lenfoid doku ve organlarda birikiminden oluşur (Soysal 2005; Yıldız 2015). Kronik lösemiler baskın hücrelerin akut lösemilere göre daha olgun lökositler olduğu neoplastik hastalıktır (Öz 2006). Kronik lösemiler kronik myeloid lösemi ve kronik lenfositik lösemi olarak ikiye ayrılır ve akut lösemilere göre daha yavaş ilerler (Öz 2006; Yıldız 2015; Çalışkan 2017)

2.2.1.2.1.Kronik Lenfoid Lösemi (KLL): Kronik lenfoid lösemi, matür görünümlü, uzun ömürlü, fonksiyonel olarak yeterli olmayan B lenfositlerin, kan, kemik iliği, dalak ve bazı organlarda birikiminden kaynaklanır (Sağlam 2012; Yıldız 2015; Çalışkan 2017). Bu sebeple antikor ve immunglobulin sentezi azalır (Sağlam 2012). KLL tüm lösemilerin % 20-30' unu oluşturur iken bunların % 95' ini B-KLL oluşturur (Soysal 2005; Yıldız 2015; Çalışkan 2017). KLL yavaş ilerleyen bir hastalık olması sebebiyle hastaların büyük kısmı semptom vermezler. Bu sebeple yaş ile birlikte hastalığın görülme sıklığı da artar (Soysal 2005; Gürel 2007; Yıldız 2015; Zengi 2018).

2.2.1.2.2.Kronik Myeloid Lösemi (KML): Kronik myeloid lösemi, granülositlerin kontrolsüz çoğalmasıyla birlikte trombosit hiperplazisis ile karakterize neoplastik bir hastalıktır (Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Yıldız 2015). KML Philodelphia kromozomundaki bozukluk sonucu oluşur (Öz 2006; Gürel 2007;Değirmenci 2009). Orta yaş grubunda ortalama 45-50 yaşlarında sık görülmektedir. Erişkinlerde tüm lösemilerin % 15' ini oluştururken erkeklerde görülme olasılığı daha fazladır (Bıkmaz 2009; Değirmenci 2009; Yıldız 2015; Zengi 2018).

2.2.2. Lenfoma

Lenfomalar; lenfoid hücrelerin farklılaşmasından kaynaklanan, immün sistem ve lenfoid sistemden köken alan malign bir hastalıktır (Öz 2006; Yıldız 2015; Zengi 2018). Bu hücreler özellikle lenf bezlerinde bulunduğu için lenf bezlerinin ağrısız büyümesi bulgusu ile karakterizedir (Öz 2006; Yıldız 2015). Lenfomalar tüm kanserlerin % 3' ünü oluştururken, hematolojik kanserlerin içinde en sık rastlananlardan biridir (Zengi 2018). Malign lenfositlerin morfolojik özelliklerine göre lenfomalar, Non-Hodgkin ve Hodgkin olarak ikiye ayrılır (Öz 2006; Yıldırım 2015; Yıldız 2015; Çalışkan 2017).

2.2.2.1. Hodgkin Lenfoma (HL)

Hodgkin lenfoma, tümör hücrelerini T lenfositleri ile çevreleyen lenf bezi ve dalak hastalığıdır (Öz 2006; Değirmenci 2009; Çalışkan 2017). Hastaların büyük çoğunluğunda tedavi edilerek iyileşme sağlanabilen lenfoid ve hematopoetik dokuların malign hastalığıdır (Öz 2006; Yıldız 2015; Zengi 2018). Etiyolojisi kesin olarak bilinmez iken Ebstein Barr Virüsü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca tonsillektomi geçirenler, çocuk sayısı az olan yüksek sosyo-ekonomik düzeyli ailelerin çocuğu olanlarve HIV ile enfekte olanlarda görülme riski artar. Hastalık en çok 15-35 yaş arası ve 50 yaş üzerinde görülür (Öz 2006; Değirmenci 2009; Zengi 2018). Erkeklerde kadınlara göre az bir fark olsa da daha sık görülür (Gürel 2007; Değirmenci 2009; Zengi 2018). Hodgkin lenfoma, lenfomaların % 20-40' ını oluştururken, tüm kanserlerin yaklaşık % 1' ini oluşturur (Öz 2006; Değirmenci 2009; Zengi 2018).

2.2.2.2. Non-Hodgkin Lenfoma (NHL)

Non-hodgkin lenfoma, B veya T lenfositlerinin kontrolsüz çoğalması ile ortaya çıkan neoplastik hastalıktır (Öz 2006; Yıldız 2015). %85 I B hücreli non-hodgkin lenfomadır (Değirmenci 2009). Non-hodgkin lenfomatedavi edilebilen ve iyileşme oranı yüksek malign hastalıklardır (Öz 2006). HIV, EBV, Hepatit C, Helicobacter pylori gibi enfeksiyonlar, kimyasal maddeler, organ nakli gibi konjenital ya da sonradan baskılanmış immün sistem yani B ve T lenfositlerinin hücresel işlevlerini baskılayan ya da çoğalmasını ve farklılaşmasını etkileyen faktörler etken olarak gösterilmektedir (Öz 2006; Gürel 2007; Değirmenci 2009). Hastalık en çok ortalama 45-55 yaş civarında ve erkeklerde daha fazla görülmektedir (Gürel 2007; Yıldız 2015).

2.2.3. Multiple Myeloma (MM)

Multiple myeloma, B hücrelerinden kökenli plazma hücrelerinin kontrolsüz çoğalarak kemik iliğinde birikmesi sonucu oluşan malign hastalıktır (Öz 2006; Gürel 2007;Değirmenci 2009; Karahan 2011; Zengi 2018). Bu anormal plazma hücrelerinin farklı immunglobulin üretmesi sonucu kemik yıkımı artar. Bu sebeple multiple myeloma kemik iliği yetmezliği, hiperkalsemi, kemik ağrıları, patolojik kırık gibi bulgularla kendini gösterir (Öz 2006; Karahan 2011; Yıldız 2015).

Multiple myelom tüm malignitelerin % 1' ini, hematolojik malignitelerin ise % 10-15' ini oluşturur (Karahan 2011; Yıldız 2015; Zengi 2018). Genellikle 50 yaşından

sonraortaya çıktığı için yaşlıların hastalığı kabul edilmektedir. Erkeklerde daha fazla görülür(Gürel 2007; Yıldız 2015; Zengi 2018).

2.3. Kanserin Tedavisi

Hematolojik kanserlerde hastalığın türüne ve evresine göre tedavi planlanır (Yıldız 2015). Tedavide en etkin yöntem kemoterapidir (Yıldız 2015). Hematolojik kanserin tanısına göre radyoterapi de eklenebilir (Yıldız 2015). Allojenik kemik iliği nakli bilinen tek küretif tedavi yöntemi iken uygun donör bulunamayan hastalarda otolog kemik iliği nakli de bir tedavi seçeneğidir (Yıldız 2015).

Kemoterapi, sağlıklı hücrelere verilen en az zarar ile hücrenin biyokimyasal yapısını değiştirerek malign hücreleri azaltmak ve öldürmek amacıyla uygulanan tedavi yöntemidir (Yıldız 2015). Bunun yanı sıra metastazları önleme ya da küçültme için etki ederek lokal ya da uzak nüksleri önleyerek sağ kalım oranını arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amaçlı da uygulanmaktadır (Andrade ve ark. 2013). Kemoterapi; gastrointestinal, pulmoner, kardiyak, hepatik, nörolojik, boşaltım ve deri gibi sistemleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Andrade ve ark. 2013). Üreme bozuklukları, metabolik değişim, alerjik reaksiyonlar, yorgunluk, anemi, lökopeni, trombositopeni ve febril nötropeni yan etkileri arasında görülmektedir (Andrade ve ark. 2013). Hematolojik maligniteli hastaların tedavi sürecinin önemli bölümünü kemoterapi süreci oluşturur (Yıldız 2015). Tedavi süresinin uzunluğu, hastalığın semptomları ve kemoterapinin yan etkileri bireyde fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan değişikliklere sebep olmaktadır (Yıldız 2015).

2.4. Kanser Tanı ve Tedavisinin Bireye Etkileri

2.4.1. Fiziksel Durumuna Etkisi

Bireyler kemoterapi aldıkları dönemi en zor dönem olarak belirtmişlerdir (Serçe 2018). Bulantı, kusma, iştah kaybı, yorgunluk, ağrı, uyku bozuklukları, ateş, dispne, konstipasyon, oral mukozit, cinsel fonksiyon bozukluğu, dikkat ve konsantrasyonda azalma kemoterapinin yan etkileri arasındadır (Serçe 2018). Kemoterapi tedavisi alan hematolojik kanser tanısına sahip bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada baş dönmesi, mide bulantısı, uykusuzluk, yorgunluk ve ağrının bireyin yaşam kalitesini, bilişsel ve emosyonel iyilik halini etkilediği gösterilmiştir (Andrade ve ark. 2013).

Kanser bireylerde beden bütünlüğünü etkileyebilmekte ve beden imajında çeşitli sorunlar oluşturabilmektedir. Beden imajı öznel bir kavramdır (Serçe 2018). Örneğin; meme kanserinde mastektomi sonrası hasta kıyafetlerin yakışmayacağını, çirkinleştiğini ve bu durumun dışarıdan fark edileceğini düşünebilmektedir (Serçe 2018). Hematoloji alanında ise kanser tek bir organ odaklı olmadığı için endişeler vücudun tamamı ile ilgilidir ve özellikle kemoterapi sebebiyle beden imajına yönelik endişeler bulunmaktadır (Serçe 2018). Saç dökülmesi gibi yan etkiler sebebiyle bireyler kendilerini çekici bulmamakta yani beden imajı etkilenmektedir (Serçe 2018). Bu sebeple bireyler cinsel istekte de azalma yaşayabilmektedirler (Serçe 2018).

2.4.2. Sosyal Duruma Etkisi

Kanser hastaları sosyal izolasyon ve yalnızlık yaşayabilmektedir (Serçe 2018). Yalnızlık için risk faktörleri arasında kadın olmak, boşanmış olmak, genç ya da yaşlı olmak, düşük sosyal desteğe sahip olmak ya da düşük sosyoekonomik düzey bulunmaktadır (Serçe 2018). Kemik iliği nakli sırasında hastaların iletişim kurabilecekleri fazla kişinin olmaması ve enfeksiyon riski sebebiyle sosyal çevreden uzak kalmak bireylerin yalnızlık nedeni olabilmektedir (Serçe 2018). Yalnızlık ölçeği kullanılarak yapılan araştırmaların incelendiği bir meta analiz çalışmasında, kanser tanısına sahip bireylerin orta derecede yalnızlık yaşadığı belirtilmiştir (Deckx ve ark. 2014). Bu çalışmada kanserin tedavi süreci ile yalnızlık seviyelerinin doğru orantılı olduğu belirtilmiştir (Deckx ve ark. 2014). Özellikle kanser tedavisinde hastaneye sık yatışlar bireylerde sosyal olarak geri çekilmeye sebep olurlar (Serçe 2018). Hematolojik kanser tanısına sahip hastalar yüksek doz ve uzun süreli kemoterapi ile karşı karşıya kalmaktadırlar, ayrıca tedaviye rağmen remisyon sürecinde hastanede bulunmaktadırlar (Serçe 2018). Bu faktörlere ek olarak da kemoterapinin bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı, kilo kaybı, konstipasyon gibi belirtilen diğer faktörler ile birlikte bireyin sosyal izolasyon yaşamasına sebep olabilmektedir (Serçe 2018).

Rol kaybı, kanser tanısı alan bireylerde bilinen diğer bir sorundur (Serçe 2018). Özellikle tedavilerin sebep olduğu fiziksel semptomlar, hastanede yatış süresinin ve tedavi süresinin uzunluğu rol performansında azalmaya sebep olan başlıca faktörlerdir (Serçe 2018). Erkek hastalar; maddi konular, iş kaybı, aile ve çocukların gelecek düşüncesi, baba rollerini yerine getirememe endişesi yaşamakta iken, kadın hastalar ise;

çocukların bakımı, evin sorumlulukları, kadın rolünde kayıp, çalışıyor ise iş kaybı endişesi yaşamaktadırlar (Serçe 2018).

2.4.3. Emosyonel Duruma Etkisi

Son zamanlarda tedavideki gelişmelere rağmen hematolojik kanserler hala korku ve belirsizlik hisleri ile ilişkilidir (Serçe 2018). Kemoterapi alan hematoloji hastalarında yaşam kalitesi amaçlı yapılan bir araştırmada katılanların %68'i tedavinin yan etkilerinden korktuğunu, %65'i ise sağlıkları ve tedavileri hakkında alınacak kararlar için endişe yaşadıklarını bildirmişlerdir (Andrade ve ark. 2013). Hastalığın prognozu ile ilgili olan belirsizlik hastaların kaygı ve çaresizlik hissetmesine sebep olmaktadır (Serçe 2018). Çaresizlik, bağımlı olma, kapana kısılmışlık hissi bireylerin sıkça yaşadıkları duygulardır (Serçe 2018). Hastalar özellikle tedavi sürecinde kendilerini pasif, hayatlarının kontrolünü kaybetmiş olarak algılamakta ve bu sebeple hayal kırıklığı ve benlik saygısında azalma yaşayabilmektedir (Serçe 2018). Hastaların yaşadığı bir diğer önemli duygu olan umutsuzluk depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (Serçe 2018).

Hematolojik malignitelerde hastalar, tedavi sürecinde en çok hastalığın tekrar etmesine ilişkin korku yaşamaktadır (Serçe 2018). Bir çalışmada lösemi hastalarının en çok hastalığın nüksü sebebi ile korku yaşadıkları belirtilmiştir (Mortensen 2016). Ölüm gerçeği ile karşılaşmaları hastaların endişe ve korku yaşamalarına sebep olmaktadır (Öz 2006; Mortensen ve Salomo 2016). Hemaolojik maligniteli hastalarda hastalığın nüks etmesine yönelik korkunun yaşam kalitesini düşürmesi sebebiyle önemli bir sorun olduğu ve bireylerin profesyonel desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir (Serçe 2018).

Bir bireyin, kanserin tanı ve tedavisini yönetme yeteneği, bireyin tıbbi özellikleri, psikolojik ve sosyal faktörler, manevi ve dini tutumlar, kültür, emosyonel destek durumu, hastanın kişilik özellikleri, rolleri, deneyimleri, baş etme becerileri ile ilişkilidir (Serçe 2018). Anksiyete, uyum bozuklukları ve depresyon kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik hastalıklardır (Öz 2006; Mitchell ve ark. 2011; Özdemir ve Taşcı 2012). Hematolojik maligniteli hastalar %32-48 oranında distress yaşamaktadır (Carlson ve ark. 2004). Kanser hastaları yüksek oranda distress yaşamakta fakat büyük çoğunluğu destek almamaktadır (Carlson ve ark. 2004). Distress süreç boyunca üzüntü ve korku duygularından depresyon, anksiyete, panik, sosyal izolasyon gibi sorunlara kadar devam etmektedir (Carlson ve ark. 2004). Kök hücre nakli yapılan hematolojik maligniteli hastalarla yapılan bir çalışmada %44 psikiyatrik hastalık belirlenmiştir

(Prieto 2002). Hematolojik hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %21'inin kaygı, %17'sinin depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (Clinton-Mcharg ve ark. 2014). Polikliniğe başvuran hematolojik hastaların %20'si klinik düzeyde anlamlı kaygı ya da depresyon yaşayabilmektedir (Clinton-Mcharg ve ark. 2014). Hastaların daha çokkemoterapi dönemlerinde yaşam kalitesi düşmektedir ve en çok tedavi döneminde desteğe gereksinim duymaktadır (Andrade ve ark. 2013; Serçe 2018).

2.5. Kanserin Psikososyal Boyutu

Kanser tanısı alındıktan sonraki dönem bireyler için kriz dönemidir (Serçe 2018). Hematolojik kanserlerde diğer kanserlerde olduğu gibi hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak ortaya çıkan yan etkileri ile hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (Çalışkan 2017). Bu etkilere hastalar tanı, tedavi, nüks ya da palyatif dönemlerde çeşitli duygusal ve davranışsal tepkiler verirler ve verilen tepkiler çevreye ve bireysel faktörlere göre değişebilir ve uyuma yönelik olabilir (Özdemir ve Taşcı 2012; Serçe 2018). Uyuma yönelik tepkilerin normal karşılanması gerekirken uyum süreci ile ilgili olmayan tepkiler için önlem alınması gerekmektedir (Serçe 2018).

Kubler-Ross ciddi bir hastalığa uyum sürecinde verilen tepkileri beş grupta toplamıştır.

Inkar: Şok ilk evredir (Avuçan ve ark. 2006; Serçe 2018). Algılar azalır, birey söylenilenleri algılamakta güçlük yaşar (Serçe 2018). Bu durum gerilerken yerini bir savunma mekanizması olan inkar sürecine bırakır (Öz 2006; Serçe 2018). Birey bu süreçte kanser tanısı ile birlikte kayıp algısı, ölüm korkusu, kendine yabancılaşma duyguları ile anksiyete yaşar (Serçe 2018). Bu durumda gerçeği reddetme ile hasta başedemediği kaygılarda kendini korur (Serçe 2018). Yani inkar süreci hastalrın toparlanmasında tampon görevindedir (Serçe 2018). Sürecin süresi bireye göre değişir, bir kaç saat sürebilerken bir kaç hafta da sürebilir (Öz 2006)

Öfke: İnkar evresi yerini öfke evresine bırakırken birey 'neden ben?' sorusunu sorar ve öfkesini dışarıya yönelttiğinde bakım verenler açısından zor bir dönem başlar (Serçe 2018). Bu süreçte önemli olan hastanın öfkesinin sebeplerini anlamaya çalışmak yani empati yapabilmektir (Serçe 2018). Bireyin öfkesini ifade etmesine fırsat vermek gerekir (Serçe 2018). Öfkeyi kişisel algılamamak faydalı olacaktır (Avuçan ve ark. 2006; Serçe 2018). Birey anlaşıldığını ve kendisine saygı gösterildiğini farkettiğinde öfkesi azalır hatta kendinin değerli olduğunu hisseder (Avuçan ve ark. 2006).

Pazarlık: Bu süreçte hasta tanrı ile pazarlık yapabilir. Bu süreçte tedaviye daha uyumludur (Avuçan ve ark. 2006; Serçe 2018).

Depresyon: Hasta durumunun kötüye gidebileceğini düşünebilir, sevdiği kişileri kaybetmekten de korkabilir (Serçe 2018). Kayıp duygusu baskındır, içe kapanma isteksizlik ve hatta intihar düşünceleri görülebilir (Avuçan ve ark. 2006; Öz 2006; Serçe 2018). Bu dönemde hastalara yanında olduğumuzu hissettirmek önemli bir yaklaşımdır (Serçe 2018).

Kabullenme: Hasta öfkesini ifade edebilmiş yasını tutmuş ise bu evreye geçebilir (Serçe 2018). Birey gerçeği kabul etmiş, hastalığa uyum sağlayarak yeni yaşamına yönelmiştir (Öz 2006). Tekrar kendini tanımaya çalışır, amaçlarını ve tercihlerini sorgulayabilir (Öz 2006). Bu evre duygu barındırmaz, mutlu bir evre olduğu söylenemez (Serçe 2018). Birey sözlü iletişimden çok duygularını ifade etmek için sözsüz iletişim kullanır (Avuçan ve ark.2006). Birey yaklaşan ölümü düşünmektedir ve rahatsız edilmek istemeyebilir (Serçe 2018). Ümit her zaman vardırfakat bazen yaşam ümidi olurken, bazen de iyi bir şekilde ölmek ümidi de olabilir (Serçe 2018). Bu evrelerin süresi ve yaşanış şekli kişiye göre farklılık gösterir (Serçe 2018).

Hastanedeki kanser hastaları ile yapılan bir meta analiz çalışmasında hastaların üçte birinin psikiyatrik hastalıklar olduğu ve uygun tedaviye ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir (Singer ve ark. 2009). Kanser tedavisi sadece tıbbi tedaviyi değil, hastaya bütüncül yaklaşılarak eğer gerekli ise psikososyal desteği de içermelidir (Singer ve ark. 2009).

2.6. Psikolojik Sağlamlık

Latince ‘resilire’ kökünden gelen psikolojik sağlamlık kavramı, son yıllarda yapılan araştırmalarda önemli yer tutmaktadır (Dane 2016; Sevim 2018). Resilience esnek olmak, elastikiyet anlamlarına gelmektedir (Sevim 2018). Ilk olarak yoğun stres altında bazı kişilerin hastalanırken bazı kişilerin hastalanmadıkları farkedilmişdaha sonra bu bireysel farklılığı oluşturan pozitif ve çok yönlü olgu psikolojik sağlamlık olarak tanımlanmıştır (Demir 2016). Psikolojik sağlamlık kişinin çok zor koşulların üstesinden gelerek, uyum sağlayabilme yeteneğidir (Öz 2009). Psikolojik sağlamlık, olumsuz bir durumda mücadele edebilme, bunun yanı sıra sağlıklı gelişime destek olmak gibi birtakım özellikler içerir (Öz 2009). Yapılan psikolojik sağlamlık tanımlarının ortak noktaları;

- Dinamik bir süreç oluşu,
- Geliştirilebilir özelliklere sahip olması,
- Zorluklar ile baş edebilme ve uyum süreçlerini içermesi,
- Koruyucu faktörler olarak tanımlanan niteliklere sahip olması,
- Psikolojik sağlamlığın gelişiminde bir riske maruz kalarak, uyum sağlayıp başarı elde edilmesidir (Öz 2009).

Psikolojik olarak sağlam kişiler, stres durumunda bu durumu tehdit olarak düşünmek yerine, durumu becerilerini gösterebileceği bir fırsat gibi algılayan, kendilerini işlerine vererek olayların kontrolünü elinde bulunduran, bu stres durumlarını kendi avantajına çevirebilen ve böylece stres durmunu azaltabilen bireyler olarak tanımlanmaktadır (Sadedemir 2016; Sevim 2018).

Psikolojik sağlamlık gelişiminin vazgeçilmezleri, maruz kalınan bir risk durumunun varlığı, bu risk faktörünün olumsuz ekilemesini önlemek veya azaltmak amaçlı olan koruyucu faktörlerin varlığıdır (Öz 2009; Sadedemir 2016). Istatistiksel bir kavram olan risk, felaket, zorluk, sıkıntı gibi anlamlara gelmektedir (Gizir 2016). Başka bir deyişle risk, bir problem oluşumu, devam etmesi veya problemin daha kötüye gitme ihtimalini arttıran durum, olay ya da deneyim anlamlarına gelmektedir (Öz 2009). Risk faktörleri bazen olumsuz sonuçların sebebi iken bazen de olumsuz sonuçlarla sadece ilişki içindedir (Gizir 2016). Psikolojik sağlamlık tanımında risk bir ön koşuldur (Öz 2009). Risk faktörünün olmadığı durumlarda sağlanan olumlu uyum durumunda birey ‘sağlam’ değil başarılı, yeterli gibi sıfatlar ile tanımlanmaktadır (Gizir 2016).

Koruyucu faktörler, risk faktörlerinin etkisini azaltan ya da ortadan kaldıran, bireyin yeterliliklerini ve sağlıklı uyumu geliştiren durum ya da deneyimler olarak tanımlanmaktadır (Öz 2009; Gizir 2016). Bireyi sağlıklı uyuma götüren nedenler, yeterlilik ile ilişkili olan psikososyal kaynakları ve risk faktörlerinin etkisini azaltan tutum ve becerilerigibi koruyucu faktörlerdir (Gizir 2016).

Yapılan çalışmalarda risk faktörleri ve koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç grupta toplanmıştır.

Tablo 2.1: Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarında Ele Alınan Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler (Öz 2009; Gizir 2016)

	Risk Faktörleri	Koruyucu Faktörler
Bireysel	• Adölesan gebelik, • Erken doğum, • Alkol/ilaç/madde kullanımı, • Utangaç kişilik yapısı, • Ruhsal ya da kronik bir hastalığa sahip olma, • Akademik başarısızlık, • Etnik bir gruba mensup olma	• Iyi düzeyde zeka/ bilişsel ve akademik yetenek ve beceri, • Yüksek benlik saygısı, öz yetkinlik ve öz farkındalık, • Gelecek için planyapma, • Iç kontrol odağı olması, • Etkili problem çözme becerisine sahip olma, • Empati, sorumluluk ve yardımseverlik duygusu, • Iyimserlik ve umut, • Olumlu veya kolay mizaç, • Mizah duygusuna sahip olma
Ailesel	• En az dört çocuklu kalabalık aileye sahip olma, • Iki çocuk arasında iki yıldan az olması, • Evlat edinilme, • Ailesel şiddete maruz kalma, • Ebeveynlerin boşanması ya da ölümü, • Ailesel şiddete maruz kalma, • Madde kullanan ya da suç işlemiş ebeveyn, • Ebeveynin ruhsal ya da kronik bir hastalığının olması	• Iyi eğitimli anne babaya sahip olma, • Olumlu anne çocuk ilişkisi, • Ailenin çocuğun geleceği için olumlu beklentiler kurması, • Aile ile birlikte yaşamak
Çevresel	• Evsizlik, • Savaş ve doğal afetler, • Düşük sosyoekonomik durum, • Fiziksel ve cinsel suistimal, • Çocuk ihmali, • Olumsuz akran desteği, • Toplumsal şiddet, • Yetersiz beslenme	• Etkili toplumsal kaynaklar (kaliteli okul vs.), • Olumlu arkadaş desteği, • Olumlu bir rol modelin olması, • Olumlu toplum desteği

Çalışmalarda ele alınan bu faktörlerden biri olumlu ise, bireyin psikolojik sağlamlık düzeyini arttırarak bireyin sağlıklı gelişimine katkıda bulunmaktadır (Öz 2009). Fakat bu faktörlerden biri kişiyi olumsuz etkilediğinde, kişinin psikolojik sağlamlık düzeyi azalmakta ve ruhsal sağlığı bozulmaktadır (Öz 2009). Bu sebeple aynı riskler altında olan bazı bireylerin diğer bireylere göre neden daha başarılı ve sağlıklı uyum gösterdiklerinin açıklanabilmesi için psikolojik sağlamlık çalışmalarında bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörlerin incelenmesi büyük önem taşımaktadır (Gizir 2016).

Psikolojik sağlamlık hemşirelik için özellikle de toplum ruh sağlığı hemşireliği bakımından oldukça önemli bir kavramdır (Öz 2009). Koruyucu düzeyde iyi bir toplum ruh sağlığı çalışması ile risk faktörleri kontrol altına alınıp, koruyucu faktörler bireyin gelişimi için desteklenerek kişinin psikiyatrik hastalıklardan korunabileceği öngörülmektedir (Öz 2009).

Kanser her bireyde farklı etkiler göstermektedir ve psikolojik sağlamlık ile birlikte kişisel gelişime katkı sağlayabilmektedir (Özçetin ve Hiçdurmaz 2017). Genel düşünce kanser tanısı alan bireyin olumsuz duygular yaşamasına, yıkıcı düşüncelere sahip olmasına, hayatının alt üst olup korku yaşamasına ilişkin olan düşüncelerdir (Özçetin ve Hiçdurmaz 2017). Fakat dönemde bu bakış açısı değişmekte olup psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin kanser deneyimi ile olumlu şekilde baş edebileceği, süreçten güçlenerek çıkabileceği yönündedir (Özçetin ve Hiçdurmaz 2017). Bireyin psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olması bireysel güçlenmeyi arttırmakta, hayata yeni anlamlar yükleyip değerini anlamaya, öncelikleri sorgulamaya yol açmaktadır (Özçetin ve Hiçdurmaz 2017). Kanser tanısından sonra oluşan farklı hayatta bireyin ruh sağlığını koruyabilme ya da geri kazanabilme için uyum kapasitesini arttırmasından dolayı bireyin psikolojik sağlamlığı, koruyucu faktörleri desteklenmelidir (Özçetin ve Hiçdurmaz 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki bu araştırma hematolojik maligniteye sahip (lösemi, lenfoma, multiple myeloma) hastaların psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve bu düzeyleri etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

- Hematoloji hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyi nasıldır?
- Hematoloji hastalarında psikolojik sağlamlığı etkileyen bireysel ve hastalığa ilişkin faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Araştırma ve Uygulama Hastanesi hematoloji bölümünde tedavi gören hastalar hedef kitle olarak belirleyip ilgili kriterlere uygun 245 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Örnek hacmi belirlenirken literatürde daha önce gerçekleştirilmiş çalışmaların sonuçları veya ilgili alanda genel kabul görmüş ‘etki büyüklükler (effect size)’ kullanılabilir. Konuyla ilgili daha önce yapılan araştırmalar incelenmiş ve bu çalışmalarda elde edilen verilerden faydalanılmıştır.

Örnek hacmi hesaplanırken izlenen adımlar;

- 1. tip hata payı (α) = 0.05
- Etki büyüklüğü (effect size) hesaplamalarında makalede yer alan “Psikolojik Dayanıklılık” puanına ait ortalama ve standat sapma değerleri dikkate alınmıştır.
- “Çalışan” grubunda yer alan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanlarına ait ortalama ve standat sapma değerleri sırasıyla 136,6 ve 19,4’tür.
- “Çalışmayan” grubunda yer alan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 125,2 ve 21,9’dur.

- Ilgili ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak etki büyüklüğü 0,5428571 olarak hesaplanmıştır.
- Testin gücü (1-β) = 0,80 alınmıştır.

Hesaplamalar neticesinde testin gücü (1-β) = 0,80'i sağlayacak örnek hacmi toplamda 86 kişi olarak belirlenmiştir.

Örnekleme alınacak bireylerin belirlenmesinde aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurulmuştur:

- Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hematoloji bölümünde tedavi alıyor olması,
- Hematolojik malignitesi olması,
- 18 yaşından büyük olması,
- Işitme ve anlama ile ilgili bir engelinin olmaması,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olması.

Araştırmaya alınmama kriterleri ise aşağıda belirtildiği gibidir:

- Oryante olmayan hastalar,
- Genel durumu bozuk, oksijen desteği alanlar gibi konuşurken güçlük çekebilecek olan hastalar,
- Çalışmaya katılmak istemeyen bireyler,
- 18 yaşından küçük olan hastalar.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hematoloji birimine başvuran hastalar ile yapılmıştır. Ekim 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada hematolojik maligniteye sahip hastaların sosyo-demografik özelliklerine **(EK-4)** ve psikolojik dayanıklılıklarına **(EK-5)** ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla iki ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.5.1. “Sosyo-demografik Veri Formu”

Bu formda bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyleri, aile tipi, hastalığı ve hastalığı ile başetme yöntemlerini içeren 17 adet soru yer almaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır.

3.5.2. “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği”

“Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği” Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından tarafından geliştirilmiş olup Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe’ye çevrilerek geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek likert biçiminde 33 madde içerir ve yapısal stil, aile uyumu, kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal kaynaklar ve sosyal yeterlilik olmak üzere altı boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Bu boyutlara göre maddelerin dağılımı; yapısal stil toplam 4 madde (3,9,15 ve 21. maddeler), gelecek algısı toplam 4 madde (2,8,14 ve 20. maddeler), aile uyumu toplam 6 madde (5,11,17,23,26 ve 32. maddeler), kendilik algısı toplam 6 madde (1,7,13,19,28 ve 31. maddeler), sosyal yeterlilik toplam 6 madde (4,10,16,22,25 ve 29. maddeler) ve sosyal kaynaklar da toplam 7 madde (6,12,18,24,27,30 ve 33. maddeler) şeklinde oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik güvenirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada da Cronbach Alpha katsayısı 0,868 olarak bulunmuştur.

Ölçek de puan hesaplaması iki şekilde yapılabilmektedir. Ölçek puanı arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyi artar ya da ölçek puanı azaldıkça psikolojik sağlamlık düzeyi artar şeklinde planlanabilir. Yapılan çalışmada ölçek puanı arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin arttığı yönünde planlanmıştır. Bu hesaplamaya göre ölçek için alınabilecek en yüksek puan seviyesi 165 olup en az puan seviyesi 33 olmaktadır. Ayrıca ölçek puanı arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyi artar hesaplaması kabul edildiği için ölçeğin kendisinde aşinalığı azaltmak için yapılan 16 madde ters olarak hesaplanmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis-H testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc çoklu karşılaştırma testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p<0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma verileri Ekim 2018- Şubat 2019 arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi hematoloji bölümünde tedavi gören yetişkin hastalar ile sınırlıdır. Hastaların tedavi süresinin uzunluğu sebebi ile sirkülasyon yavaştır ve buna bağlı olarak hasta sayısı sınırlıdır. Veriler farklı kurumları içeren daha geniş bir örneklem grubu ile çalışıldığında sonuçlar farklılık gösterebilir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın gerçekleştiği hastane Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (**Proje no:2018/279)** 3 Ekim 2018 tarihinde onay alınmıştır**. (EK-1).** Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin kullanımı için ülkemizde ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Hamdullah Nejat Basım'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır **(EK-5).** Tüm izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya katılan toplam 101 hastadan elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi verileri ile birlikte psikolojik dayanıklılık yüzde ve frekansları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1 Hastaların Bireysel Özellikleri (n=101)

		n	**%**
Yaş Grubu	18-39 yaş	19	18,8
	40-69 yaş	**62**	**61,4**
	70 yaş ve üzeri	20	19,8
Cinsiyet	Kadın	38	37,6
	Erkek	**63**	**62,4**
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	6	5,9
	Ilköğretim	**55**	**54,4**
	Lise	29	28,8
	Üniversite	11	10,9
Medeni Durum	**Evli**	**84**	**83,2**
	Bekar	17	16,8
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	13	12,9
	1-3 çocuk	**61**	**60,4**
	4 ve üzeri çocuk	27	26,7
Ekonomik durum	Kötü	12	11,9
	Orta	**57**	**56,4**
	Iyi	32	31,7

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerine bakıldığında %18,8'i 18-39 yaş aralığında, %61,4'ü 40-69 yaş aralığında, %19,8'i ise 70 yaş ve üzerindedir. Hastaların yaşları 18-86 aralığında değişmekte olup, ortalaması 54,68±17,01 olarak bulunmuştur.

Hastaların %62,4'ü erkek, %37,6'sı kadındır. Kadın ve erkek oranının birbirine yakın olması araştırmanın iki cinsiyeti de temsil etmesi açısından önemlidir.

Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %54,4'ü ilköğretim, %28,8'i lise mezunudur ayrıca %10,9'unun üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyine göre dağılım incelendiğinde hastaların ilköğretim bölümünde yoğunlaştığı görülmektedir.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında %83,2'sinin evli olduğu, %16,8'inin bekar olduğu görülmüştür. Hastaların %12,9'unun çocuğu bulunmamaktadır. Hastaların %60,4'ü 1-3 çocuğa, %26,7'si ise 4 ve üzeri çocuğa sahiptir. Hastaların çocuk sayıları 0-10 aralığında değişmekte olup, ortalaması 2,71±1,97'dir.

Hastaların %11,9'unun ekonomik durumunu kötü, %56,4'ünün orta ve %31,7'sinin iyi olarak algıladıkları görülmüştür.

Tablo 4.2. Hematolojik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Tanı ve Tedavisi ile Ilgili Özellikleri (n=101)

		n	%
Kronik hastalık	**Yok**	**70**	**69,3**
	Var	31	30,7
Hematolojik hastalık	AML	20	19,8
	ALL	11	10,9
	KML	5	5,0
	KLL	5	5,0
	MM	23	22,8
	Lenfoma	**37**	**36,5**
Kemoterapi kür	Hatırlamıyorum	17	16,8
	1-5 kür	**60**	**59,4**
	6-10 kür	18	17,8
	11- 15 kür	6	7,0

	Hatırlamıyorum	14	13,9
En son kemoterapi	**1 gün 1 hafta önce**	**50**	**49,5**
	1 hafta-1 ay önce	25	24,8
	1 aydan daha önce	12	11,9

Hastaların %30,7'sinde kronik hastalık bulunurken, %69,3'ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır.

Hastaların hematolojik hastalıkları incelendiğinde %36,5'inde lenfoma, %22,8'inde MM (Multiple Myeloma), %19,8'inde AML (Akut Myeloid Lösemi) ve %10,9'unda ALL (Akut Lenfoid Lösemi) görülmektedir.

Tanı zamanı incelendiğinde hastaların tanı sürelerinin 6 ay – 6 yıl arasında değiştiği ve ortalamalarının 1,63 yıl olduğu görülmüştür.

Hastaların aldıkları kemoterapi kürü incelendiğinde %16,8'i hatırlamadıklarını, %59,4'ü 1-5 arasında, %17,8'i 6-10 arasında, %7'si ise 11-15 arasında kür aldıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısı 0-15 aralığında değişmekte olup, ortalaması 3,75±4,66'dır.

Hastaların en son nezaman kemoterapi aldıkları incelendiğinde %13,9'u hatırlamadıklarını, %49,5'i 1 gün-1 hafta önce aldıklarını, %24,8'i 1 hafta-1 ay önce aldıklarını, %11,8'i ise 1aydan daha önce aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Hastaların Destek Algıları (n=101)

		n	**%**
Kiminle Yaşıyorsunuz?	Yalnız	5	5,0
	Ailemle	**89**	**88,1**
	Çocuklarımın yanında	7	6,9
Destek olan birey	Yok	8	7,9
	Eşim	12	11,9
	Eşim ve çocuklarım	**38**	**37,6**
	Eşim, çocuklarım ve aile büyükleri	34	33,7
	Annem, babam ve kardeşlerim	9	8,9

Sorun çözme yönelimi	**Sorunları kendi çözme eğilimi**	**66**	**65,3**
	Sorunlarında yardım arayışı eğilimi	35	34,7
Gelecek hakkında düşünce	**Iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum**	**77**	**76,2**
	Geleceğimden umutlu değilim, iyileşememekten korkuyorum	8	7,9
	Şu anda hiçbir şey düşünemiyorum	16	15,8
Hayat değişikliği	Henüz bir şey etkilemedi	26	25,7
	Yaşamım alt üst oldu	**46**	**45,5**
	Ilişkilerim daha iyi oldu	6	5,9
	Umutluyum herşey daha güzel olacak	16	15,8
	Sınav dünyası, bu da benim sınavım	7	6,9

Hastaların %5'i yalnız yaşadıklarını, %88,1'i aileleriyle yaşadıklarını, %6,9'u çocuklarının yanında yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalık ve öncesinde yaşanan sıkıntılar sırasında destek alınan bireyler incelendiğinde; hastaların %37,6'sı eşi ve çocuklarından, %33,7'si eşi, çocukları ve aile büyüklerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Hiçbir destek almadığını ifade edenlerin oranı ise %7,9'dur.

Hastaların %65,3'ü sorunlarını kendileri çözme eğiliminde olduklarını, %34,7'si ise sorunlarını çözerken yardım arayışında bulunduklarını olarak ifade etmişledir.

Hastaların %76,3'ü iyileşmek ve eski yaşantılarına dönmek istediklerini, %7,9'u geleceğinden umutlu olmadığını ve iyileşememekten korktuklarını, %15,8'i şu anda hiçbir şey düşünemediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %45,6'sı hastalığın yaşamlarını alt üst ettiğini, %25,8'i henüz etkilemediğini, %15,8'i ise umutlu olduklarını ve herşeyin daha güzel olacağına inandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4 Hastaların Başetmede Algıladıkları Temel Güç Kaynakları (n=101)

		n	%
Başetme-inanç	Var	38	37,6
	Yok	**63**	**62,4**
Başetme-aile	**Var**	**66**	**65,3**
	Yok	35	34,7
Başetme-umut	Var	28	27,7
	Yok	**73**	**72,3**

- **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Hastalıkla başetmede inancın kendilerini güçlü tuttuğunu belirtenlerin oranı %37,6 iken, ailenin kendilerini güçlü tuttuğunu belirtenlerin oranı %65,3, umudun kendilerini güçlü tuttuğunu belirtenlerin oranı %27,7'dir.

Tablo 4.5. Hastaların Başetme Biçimleri (n=101)

		n	%
Müzik dinleme	Var	16	15,8
	Yok	**85**	**84,2**
Egzersiz yapma	Var	22	21,8
	Yok	**79**	**78,2**
Duş alma	Var	7	6,9
	Yok	**94**	**93,1**
Arkadaşlarla buluşma	**Var**	**51**	**50,5**
	Yok	50	49,5
Dua etme	**Var**	**67**	**66,3**
	Yok	34	33,7
Hayal etme	Var	16	15,8
	Yok	**85**	**84,2**

- **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede müzik dinlemeyi kullanan hastaların oranı %15,8, egzersiz yapmayı kullanan hastaların oranı %21,8, banyo yapmayı tercih eden hastaların oranı %6,9, hayal etmeyi tercih eden hastaların oranı %15,8'dir. Hastaların %50,5'i arkadaşlarla buluşmayı kullandıklarını ifade ederken, %66,3'ü de dua etmeyi kullandıklarını belirtmiştir. En çok kullandıkları başetme yönteminin dua etmek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 6. Hastaların Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	n	Ortalama	S.S.	Min.	Max.
Gelecek Algısı	101	14,92	4,34	4	20
Aile Uyumu	101	25,25	4,98	8	30
Kendilik Algısı	101	24,54	4,99	10	30
Sosyal Yeterlilik	101	23,48	4,97	10	30
Sosyal Kaynaklar	101	29,24	5,32	13	35
Ölçek Toplam Puanı	101	132,38	20,74	59,00	165,00

Hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanları 59-165 aralığında değişmekte olup, ortalaması 132,38±20,74 bulunmuştur.

Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde yapısal stil alanında puan ortalamasının14,95±3,58 olduğu, gelecek algısı ortalama puanının 14,92±4,34 olduğu ve aile uyumu alanında ortalama puanın 25,25±4,98 olduğu görülmüştür. Sosyal kaynaklar puan ortalaması 29,24±5,32 iken sosyal yeterlilik puan ortalamasının 23,48±4,97 olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (1)

		n	Ortalama	S.S.	Min.	Max.	Sıra	Ki-kare	p
Yaş Grubu	18-39 yaş	19	134,26	16,50	108	157	52,58		
	40-69 yaş	62	134,44	19,94	81	165	53,75	2,945	0,229
	70 yaş ve üzeri	20	124,20	25,34	59	161	40,98		
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	6	116,83	35,30	59	157	37,50		
	Ilköğretim	55	133,05	16,91	90	165	50,15		
	Lise	29	135,48	20,93	99	162	55,79		
	Üniversite	11	129,27	26,89	81	160	49,95	2,112	0,551
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	13	132,08	18,14	108	157	49,46		
	1-3 çocuk	61	135,79	20,53	81	162	56,38	6,188	**0,045***
	4 ve üzeri çocuk	27	124,81	21,08	59	165	39,59	**1-3**	**2-3**
Ekonomik Durum	Kötü	12	129,00	20,27	99	161	44,75		
	Orta	57	133,86	19,25	81	160	52,89	0,821	0,663
	Iyi	32	131,00	23,72	59	165	49,98		

Hastaların yaş grupları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 70 yaş ve üzeri grupta yer alan hastaların ortalama ölçek puanı diğer gruplarda yer alan hastaların ortalama ölçek puanlarından daha düşüktür.

Hastaların eğitim düzeyleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte okur yazar olmayan hastaların ortalama ölçek puanı diğer gruplarda yer alan hastaların ortalama ölçek puanlarından daha düşüktür.

Hastaların çocuk sayıları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 4 ve üzeri çocuğu olan hastalara ait ortalama ölçek puanı (124,81), çocuğu olmayan veya 1-3

çocuğu olan hastalara ait ortalama ölçek puanlarından (132,08-135,79) anlamlı derecede düşüktür.

Hastaların ekonomik durumları arasında psikoljik dayanıklılık ölçeği oplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ekonomik durumu kötü olan hastaların ortalama ölçek puanı diğer gruplarda yer alan hastaların ortalama ölçek puanlarından daha düşüktür.

Tablo 4.8. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (2)

		n	Ortalama	SS	Min	Ma	Sıra ort.	Z	p
Cinsiyet	Kadın	38	128,39	21,77	59	165	45,38	1,497	0,134
	Erkek	63	134,78	19,89	90	162	54,39		
Medeni durum	Evli	84	133,65	20,78	59	165	52,9	-1,448	0,148
	Bekar	17	126,06	19,94	81	157	41,62		
Kronik hastalık	Yok	70	134,21	18,10	90	165	52,70	0,877	0,381
	Var	31	128,23	25,60	59	161	47,16		
Sorun çözme yönelimi	Sorunları kendi çözme yönelimi	66	131,95	19,15	81	162	49,71	-0,607	0,544
	Sorunları çözeken dışarıdan yardım arama eğilimi	35	133,17	23,74	59	165	53,43		

Hastaların cinsiyetleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınlara ait ortalama ölçek toplam puanı, erkeklere ait ortalama ölçek toplam puanından daha düşüktür.

Hastaların medeni durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Hastaların kronik hastalık durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır

(p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kronik hastalığı olan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, kronik hastalığı olmayan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha düşüktür.

Hastaların sorun çözme yönelimleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sorunları kendi çözme eğiliminde olan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, sorunlarında yardım arama eğiliminde olan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha düşüktür.

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özellikleri İle Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması

		n	ortalama	ss.	Min.	Max.	Sıra	Ki-	p
Hematolojik	AML	20	138,40	12,63	111	157	57,35		
Hastalık	ALL	11	125,18	20,79	101	160	40,50		
	KML	5	125,20	14,81	103	143	35,90	5,853	0,321
	KLL	5	145,20	13,55	124	157	70,20		
	MM	23	130,43	24,88	59	161	50,37		
	Lenfoma	37	131,70	22,34	81	165	50,53		
Kemoterapi	Hatırlamıyorum	17	125,00	23,31	81	160	41,29		
Kür	1-5 kür	60	134,45	18,77	90	162	53,38	3,016	0,389
Sayısı	6-10 kür	18	132,56	17,11	103	165	48,97		
	11-15 kür	6	132,00	38,48	59	161	60,75		
En son	Hatırlamıyorum	14	130,29	21,81	101	165	47,21		
Kemoterapi	1 gün-1 hafta önce	50	134,88	17,23	90	162	53,56		
Zamanı	1 hafta-1 ay önce	25	135,80	20,29	99	161	56,14	5,409	0,144
	1 aydan daha önce	12	117,25	28,63	59	155	34,04		

Hastaların hematolojik hastalık grupları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).Hastaların tanı zamanları arasında da psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hastaların aldıkları kemoterapi kür sayıları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısında istatistiksel olarak anlamlı bir faklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte aldıkları kemoterapi sayısını hatırlamayan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı diğer gruplarda yer alan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanlarından daha düşüktür.

Hastaların en son kemoterapi aldıkları zaman arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4. 10. Hastaların Destek Algıları İle Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Ortalama	SS.	Min.	Max.	Sıra	Ki-	p
Kiminle Yaşıyorsunuz?	Yalnız	5	116,80	26,94	81	150	34,10		
	Ailemle	89	133,25	20,68	59	165	52,28	1,974	0,373
	Çocuklarımın yanında	7	132,43	14,18	119	157	46,86		
Destek Olan Birey	Yok	8	118,25	32,09	59	150	38,81		
	Eşim	12	135,92	17,94	104	160	55,13		
	Eşim ve çocuklarım	38	130,18	21,77	90	162	47,74	6,758	0,149
	Eşim, çocuklarım ve aile büyükleri	34	138,79	16,65	100	165	59,51		
	Annem, babam ve kardeşlerim	9	125,22	15,08	108	147	37,94		
Gelecek Hakkında Düşünce	Iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum	77	135,78	18,82	81	165	55,67		
	Geleceğimden umutlu değilim, iyileşememekten korkuyorum	8	119,88	32,87	59	155	39,50	8,405	**0,015***
	Şu anda hiçbir şey düşünemiyorum	16	122,25	17,82	100	157	34,28	**1-2**	**1-3**
Hayat Değişikliği	Henüz bir şey etkilemedi	26	140,58	18,72	105	165	63,69		
	Yaşamım alt üst oldu	46	128,22	22,17	59	161	45,26		
	Ilişkilerim daha iyi oldu	6	131,83	20,47	100	147	48,83	8,314	0,081

Umutluyum, herşey daha güzel olacak	16	134,38	19,07	101	161	53,63
Sınav dünyası, bu da benim sınavım	7	125,14	16,47	103	148	37,43

Hastaların yaşadıkları kişiler arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yalnız yaşadığını belirten hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, diğer gruplarda yer alan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanlarından daha düşüktür.

Hastalara destek olan kişiler arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birliktr hiçbir desteği olmadığını belirten hastalara sit ortalama ölçek toplam puanı, diğer gruplarda yer alan hastalara ait ortalama ölçek toplam puanlarından daha düşüktür.

Hastaların gelecek hakkındaki düşünceleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). “iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum” seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı (135,78), “geleceğimden umutlu değilim, iyileşememekten korkuyorum” ve “şu anda hiçbir şey düşünemiyorum” seçeneklerini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanlarından (119,88-122,25) anlamlı derecede yüksektir.

Hastaların hayat değişikliğine ilişkin görüşleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.11. Hastaların Başetmede Kullandıkları Yöntemler ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanın Karşılaştırılması

		n	ortalama	SS.	Min.	Max.	Sıra	Z	p
Başetme- inanç	Var	38	135,47	17,27	103	165	54,14	-0,838	0,402
	Yok	63	130,51	22,51	59	161	49,1		
Başetme - aile	Var	66	133,67	19,50	90	165	52,25	-0,589	0,556
	Yok	35	129,94	23,01	59	162	48,64		
Başetme - umut	Var	28	133,36	19,01	104	162	51,95	-0,201	0,841
	Yok	73	132,00	21,49	59	165	50,64		
Müzik dinleme	Var	16	137,81	18,63	110	162	58,97	-1,186	0,235
	Yok	85	131,35	21,06	59	165	49,5		
Egzersiz yapma	Var	22	129,14	24,27	90	161	47,43	-0,646	0,518
	Yok	79	133,28	19,73	59	165	51,99		
Duş alma	Var	7	133,00	23,89	109	160	52,64	-0,154	0,878
	Yok	94	132,33	20,64	59	165	50,88		
Arkadaşlarla buluşma	Var	51	132,90	19,32	99	165	50,67	-0,116	0,908
	Yok	50	131,84	22,28	59	162	51,34		
Dua etme	Var	67	134,45	19,77	59	165	53,74	-1,319	0,187
	Yok	34	128,29	22,28	90	161	45,6		
Hayal etme	Var	16	129,94	22,10	81	157	48,38	-0,391	0,696
	Yok	85	132,84	20,59	59	165	51,49		

Hastalıkla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "inancı" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte inanç seçeneğini işaretleyen hasalara ait ortalama ölçek toplam puanı, inanç seçeneğiniişaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalıkla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "aileyi" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplampuanı açısından istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte aile seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, aile seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalıkla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "umudu" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte umut seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, umut seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "müzik dinlemeyi" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlitemüzik dinleme seçeneği işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, müzik dinleme seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başrtmede kullanılan yöntemler içerisinde "egzersiz yapmayı" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği arasında toplam puanı açısında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte egzersiz yapma seçeneğini işaretleye hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, egzersiz yapma seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "banyo yapmayı" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte banyo yapma seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, banyo yapma seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "arkadaşlarla buluşmayı" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).istatistiksel olarak anlamlı olmamak ile birlikte arkadaşlarla buluşm seçeneğini

işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, arkadaşlarla buluşma seçeneğini işaretlenen hastalara aitortalama ölçek toplam puanından daha yüksektir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "dua etmeyi" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dua etme seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, dua etme seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha yüksetir.

Hastalanmadan önce zor durumlarla başetmede kullanılan yöntemler içerisinde "hayal etmeyi" tercih etme durumları arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hayal etme seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı, hayal etme seçeneğini işaretlemeyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanından daha düşüktür.

Özetle başetmede kullanılan teknikler açısından anlamlı bir fark olmasa da dua etme, inanç, arkadaş aile desteği gibi psikososyal destek kaynaklarının yanı sıra banyo, egzersiz ve müzik gibi davranışsal yöntemleri kullanan hastaların psikolojik sağlamlık puanının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

5. TARTIŞMA

Psikolojik sağlamlık, çok zor koşullara karşın kişinin bu olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneği anlamına gelmektedir. Psikolojik sağlamlık düzeyleri yüksek bireylerin, karşılaştıkları yoksulluk, şiddet, hastalık ve daha pek çok stresli yaşam olayıyla, daha başarılı biçimde mücadele ettikleri bilinmektedir. Zorlu birsüreç olan hematolojik kanserli hastalarda psikolojik sağlamlık ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen veriler dört başlıkta ele alınmıştır.

1. Hastaların bireysel özelliklerinin tartışılması
2. Hastaların hastalık özelliklerinin tartışılması
3. Hastaların psikolojik sağlamlık düzeylerinin tartışılması
4. Psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörlerin tartışılması

5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların %37,6 sı kadın, %62,4 ü erkek hastalardan oluşmaktadır. Hematolojik maligniteli olguların sosyo-demografik özelliklerinin araştırıldığı çalışmasında Değirmenci (2009), %47,3 kadın, %56,3 erkek hasta olduğunuifade etmektedir. Clinton – Mcharg (2014), hematolojik kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon yaygınlığı ile ilgili yaptığı çalışmasında %58 erkek, %42 kadın hasta bulunduğunu belirtmiştir. Öz (2006), kemoterapi alan hematolojik maligniteli hastalarda yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında %47,3 kadın, %57,7 erkek hasta bulunduğunu ifade etmiştir. Hematoloji hastaları ile yaptıkları çalışmalarda; Çalışkan (2017) %53,3, Andrade (2012) %56,25, Yıldız (2015) %57,9 erkek hasta olduğunu belirtmiştir. Hematolojik kanserlerin risk faktörlerine bakıldığında erkeklerde kadınlara göre dahafazla rastlanıldığı söylenilmektedir. Yapılan araştırmalarda da erkek hasta sayısının yüksek olduğu görülmektedir ve çalışmadaki erkek hasta oranı literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastalar %61,4 oranında 40-69 yaş aralığında bulunmuştur. Çalışkan (2017), hematolojik kanser tanısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon yaşama durumlarını araştırdığı çalışmasında hastaların %56 oranında 55-74 yaş aralığında, hematolojik kanserli hastalarda ruhsal durum değerlendirmesi çalışmasında

ise %49,3 oranında 36-60 yaşaralığında olduğunu ifade etmektedir. Clinton-Mcharg (2014) de hematolojikkanserli hastalarda yaptığı çalışmasında hastaların %56 oranında 55-74 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir. Çalışmadaki yaş bulgusu hematoloji hastaları ile yapılan diğer çalışmalar ile uyum göstermektedir.

Yıldız (2015) hematoloji hastaları ile yaptığı çalışmasında %38,2 oranında ilkokul mezunu olduğunu, Değirmenci (2009), %53,3 ilkokul mezunu, Çalışkan (2017)ise %48,5 oranında ilk ve ortaokul mezunu olduğunu belirtmiştir. Çalışmada hastaların %40,6 oranında ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Bu oran diğer literatür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında ise, yüksek oranda evli oldukları görülmektedir. Benzerçalışmalara bakıldığında; Yıldız (2015) çalışmasında %73,3 evli, Çalışkan (2017) %70,2 evli, Zengi (2018) %62 evli, Değirmenci (2009) %77 oranında evli hastalar bulunduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada hastaların %83,2 oranında evli bulgusu olması diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada en yüksek çocuk sayısıoranının %60,4 ile 1-3 çocuk aralığında olduğu görülmektedir. Gürel (2007) hematoloji hastaları ile yaptığı araştırmasında çocuk sayısının en yüksek %46 oranı ile 1-3 çocuk aralığında olduğu görülmektedir. Yıldız (2015) ise çalışmasında %39,6 oranı ile 2 çocuklu bireylerin yüksek oranda olduğunu belirtmiştir. Araştırmanın bulgusu yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların ekonmik durumları ile ilgili düşüncelerine bakıldığında en çok %56,4 oran ile orta düzey algıladıkları görülmektedir. Değirmenci (2009)%69, Çalışkan (2017) %46,6, Öz (2006)%74,7 oranı ile hastaların ekonomik durumlarını orta düzey algıladıklarını belirtmişlerdir. Bulgular birbirleri ile paralellik göstermektedir.

5.2. Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine bakıldığında %69,3 oranda hastaların ek kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Zengi (2018) çalışmasında %71,2 oranında, Yıldız (2015) çalışmasında %73,1 oranında hastaların ek kronik hastalıkları olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmaların sonuçları birbirleri ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların hematolojik tanılarına bakıldığında Andrade (2012) çalışmasında %25 HL, %28,12 NHL, %46,87 lösemi tanılı hastalar bulunduğunu ifade etmiştir. Çalışkan (2017) çalışmasında %43 lösemi %29,9 lenfoma ve %15,3 MM tanılı hastalar olduğunu belirtirken, Yıldız (2015) çalışmasında %35,5 lösemi, %40,8 lenfoma ve %23,7 MM tanılı hastalar bulunduğunu ifade etmiştir. Araştırmadaki hastaların tanı dağılımları literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %47,6sı son 6 ay içinde tenı aldıklarını ifade etmiştir. Zengi (2018) çalışmasındaki hastaların %62,4 oranla 0-3 yıl aralığında, Çalışkan (2017) ise %40,3 oranla 1-6 ay aralığında tanı aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların ortalama tanı aldıkları tarih birbirleri ile uyumlu olduğu görülmüştr.

Hastaların kaç kür kemoterapi aldığına bakıldığında %59,4 ü 1-5 kür kemoterapi aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu literatür ile uyumludur.

5.3. Hastaların Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Tartışılması

Psikolojik sağlamlık kavramı, araştırma ve uygulama alanında özellikle de psikolojik rahatsızlıkları önlemek açısından yapılan çalışmalar ile gelişmekte ve önem kazanmaktadır (Gizir 2016). Ayrıca araştırmacılar risklerin bireylerin üzerinde oluşturabilecği etkileri azaltmaya yönelik farklı programlar geliştirmeye ve değerlendirmeye çalışmaktadır (Gizir 2016).

Hematoloji hastalarında psikolojik dayanıklılık puanı minimum 59, maksimum 165 bulunmuştur. Ortalama ölçek puanı ise 132,38±20,74 olarak bulunmuştur. Ölçek için en yüksek puan seviyesi de 165 puandır. Bu puan ortalaması hematoloji hastalığının oluşturduğu risk durumuna rağmen araştırmaya katılan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Yalçın (2015) meme kanseri olan bireylerle yaptığı çalışmasında ortalama psikolojik sağlamlık puanını 123,68±17,45 olarak bulduğunu ifade etmiştir. Akyüz (2017) meme kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmasında psikolojik dayanıklılık ölçeği puanını 130,91±18,26 olarak bulduğunu ifade etmiştir. Dane (2015),hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında psikolojik sağlamlık puanını 126,41±1,64 bulduğunu belirtmiştir. Sonuçlar birbirleri ile benzerlik göstermektedir. Sağlam (2012) lösemi tanısı alan 15-18 yaş adölesanlar ile yaptığı çalışmasında kontrol grubu ile arasında psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Akyüz (2016) kolorektal kanser tanısına bağlı stoma açılan ve açılmayan hastalarla yaptığı çalışmada stoma açılan bireylerin

psikolojik sağlamlık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekide düşük olduğunu ifade etmiştir.

Psikolojik sağlamlığın alt boyutlarından yapısal stil bölümüne baktığımızda ortalama puan 14,95±3,58 bulunmuştur. Yalçın (2015) çalışmasında ortalama puanı 13,36±4,04 bulmuş, Demir (2016) ise kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında yapısal stil bölümü puanını 3,4686±1,129 olarak bulduğunu ifade etmiştir.

Gelecek algısı ile ilgili alt boyutunda ise ortalama puan 14,92±4,34 bulunmuştur. Demir (2016) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında gelecek algısı ile ilgili ölçek puan ortalamasını 3,4134±1,07205 bulur iken Yalçın (2015) meme kanseri tanısı almış hastalar ile yaptığı çalışmasında gelecek algısı puan ortalamasını 11,39±4,53 bulduğunu ifade etmiştir.

Psikolojik sağlamlığın aile uyumu ile ilgili alt boyutu puan ortalaması 25,25±4,98 bulunmuştur. Yalçın (2015) çalışmasında puan ortalamasını 23,69±4,48 bulduğunu Dmir (2016) ise çalışmasında aile uyumu ortalamasını 3,6807±1,01988 bulduğunu ifade etmiştir.

Psikolojik sağlamlığın diğer bir alt boyutu olan kendilik algısının puan ortalaması 24,54±4,99 bulunmuştur. Demir (2016) çalışmasında kendilik algisi puan ortalamasını 3,8614±0,91563 bulduğunu ifade etmiştir. Yalçın (2015) ise çalışmasında kendilik algısı puan ortalamasını 22,31±4,99 bulduğunu belirtmiştir.

Psikolojik sağlamlığın sosyal yeterlilik alt grubunun puan ortalaması 23,48±4,97 bulunmuştur.Sosyal kaynaklar alt grubu puan ortalaması ise 29,24±5,32 bulunmuştur. Demir (2016) çalışmasında sosyal kaynaklar alt grubu puan ortalamasını 3,6416±0,92944 bulduğunu, sosyal yeterlilik alt grubu puan ortalamasını 3,3886±1,03409 bulduğunu ifade etmiştir. Yalçın (2015) çalışmasında sosyal yeterlilik puan ortalamasını 23,98±4,68, sosyal kaynaklar puan ortalamasını 28,93±4,49 bulduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlık düzeyi sonuçlarının farklılık göstermekte olduğu görülmekle birlikte; bu araştırmada psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olmasını örneklem sayısının düşük olması ve tek bir kurumdaki hastalarla yapılmış olması ile ilişkilendirebiliriz.

5.4. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen faktörlerin Tartışılması

Yapılan araştırmada yaş ile psikolojik dayanıklılık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış fakat 70 yaş ve üzeri için psikolojik dayanıklılık ölçeği puanı daha düşük bulunmuştur. Dane (2015) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında yaş değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadığını belirtmiş iken; Gooding ve ark.(2012) yaptıkları çalışmada yaş ilerlemesi ile birlikte yas, kayıp ve sağlık sorunları ile başetmede daha başarılı olmakla birlikte, psikolojik dayanıklılıklarının da daha yüksek olduğunu bulgulamıştır.

Hastaların psikolojik dayanıklılık puanları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Fakat okur yazar olmayan hastaların ölçek puanı diğer hastaların ölçek puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Dane (2015) çalışmasında okur yazar olmayan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin anlamlı şekilde düşük olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışmada medeni durum, ekonomik durum gibi bireysel değişkenler ile psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır.Saadedemir (2016) evli olan ve olmayan bireylerle yaptığı araştırmasında psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişir. Fakat Dane (2015) çalışmasında bu bulgunun aksine evli bireylerde psikolojik dayanıklılık ölçeği puanını daha yüksek bulduğunu belirtmiştir. Çalışmalar bu değişkenler hususunda farklı bulgular ortaya koyabilmektedir.

Hastaların çocuk sayıları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunarak 4 ve üzeri çocuk sayısı olan bireylerin daha az sayıda çocuğa sahip olan bireylere göre daha düşük bir psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Saadedemir (2016) çalışmasında çocuk sayıları ile psikolojik sağlamlık ölçeği arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmektedir. Bu çalışmada çocuk sayısının psikolojik sağlamlığı düşüren bir değişken olmasını artan çocuk sayısının hasta üzerindeoluşturduğu yük ile ilişkilendirebiliriz.

Hastaların hematolojik olarak tanıları, tanı süreleri ve kemoterapi kürleri ile psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Hastaların gelecek hakkındaki düşünceleri arasında psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

“iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum” seçeneğini işaretleyen hastalara ait ortalama ölçek toplam puanı diğer seçenkleri işaretleyen hastaların ortalama ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Sevim (2018) kemoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların psikolojik sağlamlıkları ile umut düzeylerini karşılaştırmış ve aralarında pozitif bir ilişki bulunduğunu ifade etmiş, bununla birlikte; Ho ve ark. (2010) kolorektal kanser tanılı hastalar ile yaptığı çalışmada umut düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir.

Steinhardt ve Dolbier (2008) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada baş etme yöntemleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Akyüz (2017) meme kanseri tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmasında başetme yöntemi olarak dindarlığın kullanılması ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi araştırmış fakat sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.Yapılan araştırma sonucunda hastalıkla baş etmede inanç ve dua etme yöntemini seçen hastalar ile seçmeyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Fakat bu yöntemleri kullanan hastaların diğerlerine göre psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hematoloji hastaları ile psikolojik sağlamlık düzeyleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilerek aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Çalışmada yer alan hastaların %61,4'ü 40-69 yaş aralığında, %62,4'ü erkek, %40,6'sı ilkokul mezunu, %83,2'si evli ve %60,4'ünün çocuk sayısı 1-3 aralığındadır.
- 4 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.
- Hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalaması 132,38±20,74 olarak bulunmuştur ve orta seviyesin üzerinde olduğu düşünülmektedir. Alt boyutlarına bakıldığında puan dağılımlarının birbirlerine yakın olduğu gözlemlenmiştir.
- Hastaların hematolojik tanıları, tanı süreleri ve kemoterapi süreleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.
- Hastaların gelecek hakkında ki düşünceleri sorulduğunda %76,2 si 'iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum' cevabını vermiş ve bu cevabı veren bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Hematoloji servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hastaların psikolojik sağlamlığını etkileyen faktörlerle ilgili duyarlılığının arttırılması,
- Özellikle hematolojik onkoloji alanında Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Hematoloji ve onkoloji hastalarıyla çalışan sağlık çalışanlarının, hastaların yaşayabileceği tüm stres belirtilerini tanılayabilmesi ve

hastanın yaşabileceği psikolojik sıkıntıları da önlemek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini geliştirebilecek deneysel çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Akyüz, S. (2016). Kolorektal Kanserlere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yükseklisans Tezi, Ankara.

Andrade, V., Sawada, N. O., & Barichello, E. (2013). Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(2), 355-361.

Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarli, B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarinda psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg, 14, 145-152.

Avuçan, E. E., İmrek, M., & Karaboğa, I. (2006). Kanserin Psikososyal Yönleri. Türk Psikoloji Bülteni, 12(38), 81-91.

Axelsson, U., Rydén, L., Johnsson, P., Edén, P., Månsson, J., Hallberg, I. R., & Borrebaeck, C. A. (2018). A multicenter study investigating the molecular fingerprint of psychological resilience in breast cancer patients: study protocol of the SCAN-B resilience study. BMC cancer, 18(1), 789.

Bag, B. (2013), Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(1), 109-126.

Bıkmaz, Z. (2009). Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... & Simpson, J. S. A. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. British journal of cancer, 90(12), 2297.

Clinton-McHarg, T., Carey, M., Sanson-Fisher, R., Tzelepis, F., Bryant, J., & Williamson, A. (2014). Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: Prevalence and predictors. Journal of affective disorders, 165, 176-181.

Çalışkan, E., Gürhan, N., & Tekgündüz, A. İ. E.(2017) Hematolojik Kanserli Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Distres Yaşama Durumları. ACTA ONCOLOGICA TURCICA, 50(3), 207-217. DOI: 10.5505/aot.2017.70298.

Çalışkan, E. (2017). Hematolojik Kanserli Hastalarda Ruhsal Durum Değerlendirmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi, Ankara.

Cuhadar, D., Tanriverdi, D., Pehlivan, M., Kurnaz, G., & Alkan, S. (2016). Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives. European journal of cancer care, 25(1), 112-121.

Çam, O., Saka, Ş., & Gümüş, A. B. (2009), Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 5(2). 73 – 80.

Dane, E. (2015). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Master's thesis, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Deckx, L., Van Den Akker, M., & Buntinx, F. (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. European Journal of Oncology Nursing, 18(5), 466-477.

Değirmenci, S. (2009). Hematolojik Maligniteli Olgularda Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.

Demir, M. (2016). Kanser Hastası Olan Kişilerin Bağlanma Stillerine Göre Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yükseklisans Tezi, İstanbul.

Güleç G., Büyükkınacı A. (2011), Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2), 343-367.

Gizir, C. A. (2016). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(28).

Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. International journal of geriatric psychiatry, 27(3), 262-270.

Gürel, D. K. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Ho, S. M., Ho, J. W., Bonanno, G. A., Chu, A. T., & Chan, E. M. (2010). Hopefulness predicts resilience after hereditary colorectal cancer genetic testing: a prospective outcome trajectories study. BMC cancer, 10(1), 279.

Karahan, B. (2011). Multipl miyelomlu türk hastalarda EORTC QLQ kullanılarak hayat kalitesi değerlendirilmesi.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Edirne..

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psycho-Oncology, 23(2), 121-130.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri, 11(3), 3-18.

Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., & Kim, T. S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. Supportive care in cancer, 21(9), 2469-2476.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. The lancet oncology, 12(2), 160-174.

Mortensen, G. L., & Salomo, M. (2016). Quality of life in patients with multiple myeloma: a qualitative study. J Cancer Sci Ther, 8, 289-293.

Öz, Z. S. (2006). Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yükseklisans Tezi, İstanbul.

ÖZ, P. D. F., & YILMAZ, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(3), 82-89.

Özçetin, Y. S. Ü., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlamlık. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(4), 388-397.

Özdemir Ü., & TAŞCI, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1), 57-72.

Özet, A., Öztürk, B., Borazan, E., Sağlam, K., Koçak, N., Kömürcü, Ş., ... & Doğaner, Y. Ç. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16(2), 55-60.

Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. Journal of Clinical Oncology, 20(7), 1907-1917.

Sadedemir, H. (2016). Evli Olan Ve Olmayan Bireylerde Karar Verme Stratejisinin Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi, İstanbul.

Sağlam, H. (2012). Lösemi Tanısıyla İzlenen 15-18 yaş Grubu Adölesanların Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi,Ankara.

Serçe Ö. (2018). Hematolojik Kanserin Hasta Ve Bakım Veren Arasındaki İlişkiye Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi, İzmir.

Sevim E. (2018). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi. İstanbul.

Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. Annals of Oncology, 21(5), 925-930.

Soysal T. (2005) Kronik Lösemiler-I, Kronik Lenfoid Lösemiler. Hematolog Olmayanlar için Hematolojik Maligniteler Sempozyum Dizisi. CerrahpaĢa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, No:45: 181-199.

Steinhardt, M., ve Dolbier, C. (2008). Başa çıkma stratejilerini ve koruyucu faktörleri geliştirmek ve semptomatolojiyi azaltmak için bir esneklik müdahalesinin değerlendirilmesi. Amerikan kolej sağlığı dergisi , 56 (4), 445-453.

Şencan, İ., & Keskinkılıç, B. (2017). Türkiye kanser istatistikleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Tokgöz, G., Yalug, I., Özdemir, S., Yazici, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarinda majör depresyon yayginligi ve iliskili etkenler/Prevalence of major depression in patients with cancer and related factors. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(2), 59.

Yalçın Y. (2015). Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisden Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi. Gaziantep.

Yenihayat, F. (2008). Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi. İstanbul.

Yıldırım T. (2015). Lenfoma Hastalarında Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Ve Hastaların Duygu Durumları (Anksiyete, Depresyon) Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi. İzmir.

Yıldız N. (2015). Hematolojik Maligniteli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörler. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi, İstanbul.

Zengi, U, A. (2018). Hematoloji Hastalarının Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yükseklisans Tezi, İstanbul.

FORMLAR

ETİK KURUL KARARI (EK-1)

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/279			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK 17.10.2018			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi			
	Destekleyici				
	Araştırmanın Türü	**Yüksek Lisans Tezi**			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli ☒	Çok Merkezli ☐	Ulusal ☒	Uluslararası ☐

	Belge Adı	**Var**	**Yok**	**Açıklama**
Değerlendirilen Belgeler	Başvuru Dilekçesi	☐	☐	
	Başvuru Formu	☐	☐	
	Araştırmanın Türü	☒	☐	Hemşirelik Faaliyetlerinin Sınırları İçerisinde Yapılacak Araştırma
	Araştırma Protokolü	☐	☐	
	Kullanılacak Form Örnekleri	☐	☐	
	Aydınlatılmış Onam Formu	☐	☐	
	Araştırma Bütçesi	☐	☐	
	Literatür Örneği	☐	☐	
	Taahhütname	☐	☐	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	☐	☐	
	İzin Belgeleri	☐	☐	
	Başhekimlik Onayı	☐	☐	
	Özgeçmişler	☐	☐	
	Değişiklik Bilgi Formu	☐	☐	
	Proje Sonuç Formu	☐	☐	
	Diğer	☐	☐	

Karar Bilgileri	**Karar No: KÜ GOKAEK 2018/15.18**	**Proje No: 2018/279**	**Tarih : 3/10/ 2018**
	Doç. Dr. Leyla Küçük sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, ☐ Uygun bulunmuştur. ☒ Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* ☐ Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

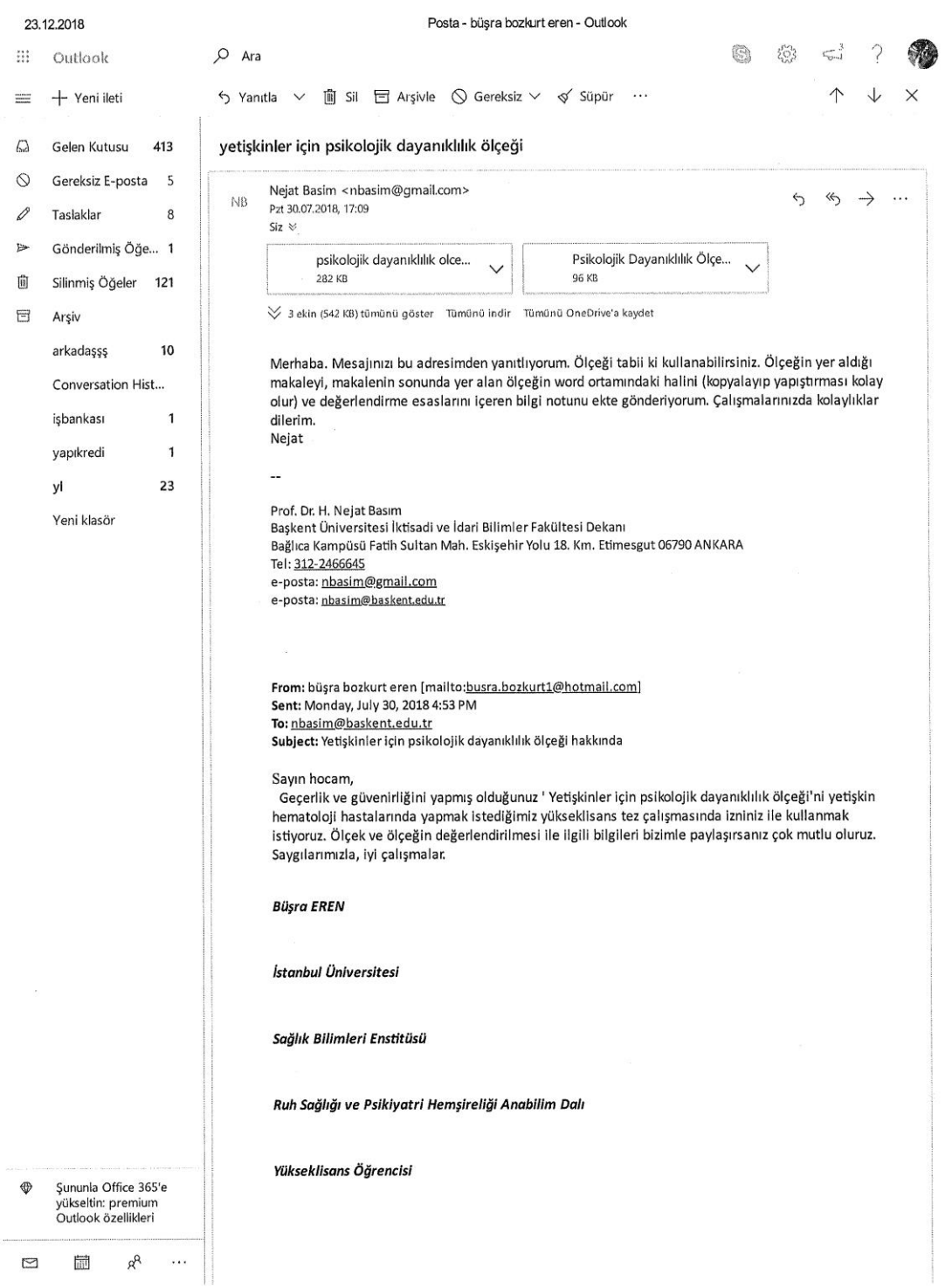
* Gerekçe ve öneriler:

uygundur.
08.10.2018 GK

GOKAEK-2018/15.18. 2018/**279** proje numaralı "Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler" başlıklı proje değerlendirilmiş,

- İsimsiz toplanacak anket formları için imzalı onam alınmayıp, katılımcılara yalnızca bilgilendirme formlarının sunulmasının sağlanması koşuluyla,
- Yürütülmesi uygun bulunmuştur.

ÖLÇEK İZNİ (EK-2)



23.12.2018 Posta - büşra bozkurt eren - Outlook

Outlook | Ara

Yeni ileti | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür

Gelen Kutusu 413
Gereksiz E-posta 5
Taslaklar 8
Gönderilmiş Öğe... 1
Silinmiş Öğeler 121
Arşiv
arkadaşşş 10
Conversation Hist...
işbankası 1
yapıkredi 1
yl 23
Yeni klasör

Şununla Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikleri

yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

NB Nejat Basim <nbasim@gmail.com>
Pzt 30.07.2018, 17:09
Siz

psikolojik dayanıklılık olce... 282 KB
Psikolojik Dayanıklılık Ölçe... 96 KB

3 ekin (542 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini (kopyalayıp yapıştırması kolay olur) ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Nejat

--

Prof. Dr. H. Nejat Basım
Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı
Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mah. Eskişehir Yolu 18. Km. Etimesgut 06790 ANKARA
Tel: 312-2466645
e-posta: nbasim@gmail.com
e-posta: nbasim@baskent.edu.tr

From: büşra bozkurt eren [mailto:busra.bozkurt1@hotmail.com]
Sent: Monday, July 30, 2018 4:53 PM
To: nbasim@baskent.edu.tr
Subject: Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği hakkında

Sayın hocam,
Geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz ' Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'ni yetişkin hematoloji hastalarında yapmak istediğimiz yükseklisans tez çalışmasında izniniz ile kullanmak istiyoruz. Ölçek ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili bilgileri bizimle paylaşırsanız çok mutlu oluruz. Saygılarımızla, iyi çalışmalar.

Büşra EREN

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yükseklisans Öğrencisi

https://outlook.live.com/mail/AQMkADAwATYwMAItYWEANjItMWE5YS0wMAItMDAKAC4AAANrJvmj83znQqT%2BG5bDZOqGAQDIbeR%2FESSUQL%... 1/1

KURUM İZNİ (EK-3)

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü

Sayı : 86279161-806.01.03/84265 24/10/2018
Konu : Tez çalışmaları hk.

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 08.10.2018 tarihli yazı hk.

İlgi yazıda sözü edilen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Rektörlüğü Florence Naigtingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra EREN'in tez çalışmasını Fakültemizde yapma isteğinin uygun olduğuna ilişkin Hematoloji Bilim Dalı Başkanlığının yazısı ekte sunulmuştur.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Berrin ÇETİNARSLAN
ARSLAN
Bölüm Başkanı

Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

24/10/2018

Sayı : 24839280-806.01.03/84150
Konu : Tez çalışması için izin isteği hk.

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜNE

İlgi : a) 48398777-199/
b) 08/10/2018 tarihli, Bila sayılı ve "Doç.Dr.Leyla.Büşra EREN" konulu yazı

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Florence Naigtingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksel lisans öğrenci Büşra EREN'in "Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler"başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapma isteği uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Abdullah HACIHANİFİOĞLU
Bilim Dalı Başkanı

Hematoloji Bilim Dalı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

08.10.2018

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Anabilim Dalımızda Doç.Dr.Leyla KÜÇÜK'ün Danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimine devam eden 2701110224 nolu Büşra Eren'in ''Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler''başlıklı tez çalışmasını yürütebilmesi için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nde çalışmayı yapabilmesi için gereken iznin verilmesi hususunda gereğini arz ederim

Prof.Dr.Sevim BOZT.U
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Tarih ve Sayı: 08/10/2018-22515

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 48398777-020/
Konu : Tez çalışması için izin isteği hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

İlgi : 08/10/2018 tarihli, Bila sayılı ve "Doç.Dr. Leyla KÜÇÜK, Büşra EREN" konulu yazı

İlgi yazınız bağlamında, Fakülteniz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra EREN'in "Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasının Fakültemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalında yapılması, ilgili Anabilim Dalı Başkanlığının da olumlu görüşü ile Dekanlığımız tarafından uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz / rica ederim.

Prof.Dr. Nihat Zafer UTKAN
Dekan

EK :
İlgili yazı (5 sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.kocaeli.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BENDK15JB

Fakülte Sekreterliği Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/

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

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU (EK-4)

1. **Yaşınız**.....
2. **Cinsiyetiniz:** 1) Kadın 2) Erkek
3. **Eğitim düzeyi**: 1) okur-yazar değil
   2) okur-yazar
   3) ilkokul
   4) ortaokul
   5) lise
   6) önlisans
   7)lisans
   8)lisansüstü
4. **Medeni durumunuz:** 1) Evli 2) Hiç evlenmedi 3)Boşandı
   4)Ayrı yaşıyor 5)Birlikte yaşıyor 6) Eşi öldü
5. **Çocuk sayısı:**.....
6. **Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**
   1)kötü 2)orta 3)iyi 4)çok iyi
7. **Eşlik eden kronikbir hastalığınız var mı?**
   1)yok 2) var (açıklayınız).....
8. **Primer hematolojik hastalığınız nedir?**
   1) AML (Akut myeloid lösemi) 2) ALL (akut lenfoid lösemi)
   3)KML (kronik myeloid lösemi) 4) KLL (kronik lenfositik lösemi)
   5) MM (multipl myelom) 6) lenfoma (hodging- non hodging)

9.Hastalık teşhisiniz nezaman konuldu?.....

10. Kaç kür kemoterapi aldınız ve en son dozu ne zaman aldınız?.....

11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 2) Ailemle 3) Çocuklarımın yanında 4) Bakımevinde 6) Diğer

12. Hastalığınız ve öncesinde yaşadığınız sıkıntılar karşısında size destek olan birey ya da bireyler var mı?

1) Yok 2) Eşim 3)Eşim ve çocuklarım 4)Eşim, çocuklarım ve aile büyükleri

5) Annem, babam ve kardeşlerim 6) Arkadaşım 7) Diğer.....

13. Kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız?

1) İç kontrol odaklı (Sorunlarını kendi içinde çözmeye çalışan)

2) Dış kontrol odaklı (Sorunlarını çözerken dışarıdan destek alan)

14. Geleceğiniz hakkında neler düşünüyorsunuz?

1) İyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum.

2) Geleceğimden umutlu değilim, iyileşememekten korkuyorum.

3) Şuanda hiçbir şey düşünemiyorum.

4) Diğer (Açıklayınız).....

15. Hastalığınız hayatınızı nasıl değişirdi? Kısaca belirtiniz.

.....

.....

.....

16. Hastalığınız ile baş etmede sizi güçlü tutan şeyler nelerdir?

.....

.....

17. Hastalanmadan önce zor durumlarla karşılaştığınızda baş etmede hangi yöntemleri kullanıyordunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Müzik dinleme 2) Egzersiz yapma (yürüyüş, vs..) 3) Banyo yapma

4) Arkadaşlarla buluşma, anlatma 5) Dua etme 6) Hayal etme

7) Diğer (Açıklayınız).....

YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (EK-5)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda…						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların…						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır…						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. …olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı…						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları …						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi…						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi…						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda …						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi … hissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni …						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim…						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin … olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir…						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu … bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir …						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler …						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma …						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım …						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar …						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak …						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem …						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında…						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda … eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için …						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda …						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) …						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz …						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri …						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

Referans:

Basım, H. Nejat ve Çetin, Fatih (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 22, 2, 104-114.

HEMATOLOJİ HASTALARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

%17	%12	%4	%14
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Uludag University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Girne American University Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	%1
7	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Büşra	**Soyadı**	EREN
Doğ.Yeri	Adapazrı	**Doğ.Tar.**	1987
Uyruğu	T.C	**TC Kim No**	15536264338
Email	busra.bozkurt1@hotmail.com	**Tel**	05074291479

Eğitim Düzeyi

	MezunOlduğuKurumunAdı	**Mez.Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	DokuzEylülÜniversitesiHemşirelikYüksekokulu	2010
Lise	YahyaKaptanAnadoluLisesiGebze	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	KocaeliÜniversitesiUmuttepeAraştırmaveUygulamaHastanesi	2011-
2.	Hemşire	Memorial Hastanesi / Okmeydanı	08.2010-04.2011
3.			-

Yabancı Dilleri	**OkuduğunuAnlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**ÜDS Puanı**	**YÖK DİL Puanı**
Ingilizce	Orta	Zayıf	Orta	50	52,5

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

	Sayısal	**EşitAğırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer)Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanmabecerisi**

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):