



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA YAS SÜRECİNİN İNCELENMESİ

NADİDE EMBEL ALTUN

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2020

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA YAS
SÜRECİNİN İNCELENMESİ**

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

NADİDE EMBEL ALTUN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
DOÇ. DR. FAHRİYE OFLAZ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
ONAY FORMU	iii
BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLO DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Tanısı ve Psikososyal Reaksiyonlar	4
2.2 Yas süreci ve Özellikleri	6
2.2.1 Kayıp ve Yas kavramı	6
2.2.2. Yas Yaklaşımları	9
2.2.2.1 Elizabeth Kübler Ross ve Beş Aşamalı Modeli	9
2.2.2.2 Worden ve Yas Görevleri Modeli	11
2.2.2.3 İkili Süreç (Dual Process) Modeli	12
2.2.2.4 Lindemann ve Yas.....	12
2.2.3 Yas Türleri.....	13
2.2.3.1 Normal Yas	13
2.2.3.2 Patolojik Yas	13
2.2.3.3 Travmatik Yas	14
2.2.4.4 Hazırlık - Beklenti Yası (Preparatory and Anticipatory Grief).....	15
2.2.4.5. Uzamış Yas Bozukluğu (Prolonged Grief Disorder)	15
2.3. Kanser ve Yas Süreci	17
2.4. Yas Süreci ve Hemşirelik Uygulamaları Açısından Önemi.....	19
3.1 Araştırmanın Türü:	23
3.2 Araştırmanın Yapılacağı Yer	23

3.3 Evren ve Örneklem.....	23
3.4 Araştırma Değişkenleri	24
3.5 Veri Toplama Araçları	25
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu	25
3.5.2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYBÖ-HF).....	25
3.5.3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HADÖ).....	26
3.5.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ).....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9 Etik Kurul Onayı	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	41
5.1 UYB açısından bireysel, hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler	41
5.2 Anksiyete, depresyon açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler	44
5.3 Çok boyutlu algılanan sosyal destek açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler	47
5.4 Korelasyon ve regresyon analizi sonuçları.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1 Sonuçlar.....	50
6.2 Öneriler.....	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	70
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	70
EK-2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYBÖ-HF)	72
EK-3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- (HADÖ).....	73
EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- (ÇBASDÖ)	74
EK-5 Aydınlatılmış Onam Formu.....	75
EK-6 UYBÖ Araştırma Kapsamında Kullanımı için İzin Alındığına Dair Yazı...	76
EK-7 Etik Kurul Onay Formu	77

ONAY FORMU



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Rumelifeneri Yolu
Sarıyer 34450 İstanbul
T: 0212 338 10 69
0850 250 8 250/24231
F: 0212 338 11 65
www.gshs.ku.edu.tr

FORM NO: 4

25/12/2020

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMASI TUTANAĞI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü HEMŞİRELİK yüksek lisans öğrencilerinden 0064989 numaralı **NADİDE EMBEL ALTUN**'un sözlü tez savunması 25/12/2020 tarihinde yapılmış ve adı geçen öğrencinin "Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi başarılı bulunmuştur.

Tez Jüri Üyeleri:

İmza

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 çalışmayla 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.

Nadide Embel Altun

ÖZET

Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma, kanser tanısı almış bireylerde yas sürecinin tanımlanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma 15 Eylül- 31 Ekim 2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemisi nedeniyle online olarak yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve analitik tipte bir çalışma olan araştırmanın örneklemini, kanser hastalarının üye olduğu Facebook grupları üzerinden ulaşılan 408 kanser hastası oluşturmaktadır. Veriler, sosyo- demografik ve hastalığa ilişkin özelliklere yönelik sorulardan oluşan bir anket, Uzamış Yas Bozukluğu-Hasta Formu (UYB) ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde ve ortalamalar; verilerin karşılaştırılmasında ise t-testi, ANOVA, Pearson Korelasyon Testi ve Çoklu Regresyon analizi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizlerde Post-Hoc Bonferroni analizi yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %82.2'si kadın olup, yaş ortalaması 47.05 ± 10.46 'dır. UYB puan ortalaması, ilk-orta okul mezunu olan, aktif çalışmayan, geliri giderinden az olan, metastazı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu kanser tedavisinin COVID-19 pandemisinden etkilenmediğini belirtilmiştir. Bununla birlikte tedavisinde aksama olduğunu belirtenlerin UYB puanları diğer gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. UYB puanı ile algılanan sosyal destek ve yaş arasında negatif yönlü, depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda modele alınan değişkenlerin %57 oranında UYB puanını yordayıcı olduğu ve anksiyetenin özellikle UYB puanının anlamlı derecede yordayabileceği tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Kanser hastalarında UYB'nun, eğitim seviyesi düşük olan, çalışmayan ve metastazı olan ve COVID-19 pandemisi nedeniyle tedavisini alamayanların bireylerde daha yüksek olduğu, yaş ile azaldığı, anksiyete ve depresyon ile arttığı ve bu değişkenlerin %57 oranda UYB açıkladığı tespit edilmiştir. Ayrıca anksiyetenin, UYB'nin yordayıcı faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin, onkoloji ve KLP hemşirelerinin kanser hastalarında UYB olabileceği yönünde farkındalıklarının olması, klinikte anksiyetesi yüksek olan hastanın UYB açısından taranması ve gelecek araştırmalara UYB'ye yönelik girişimlerin etkinliğinin değerlendirmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uzamış yas bozukluğu, Kanser, Anksiyete, Depresyon, Sosyal destek

ABSTRACT

Investigation of Grief Process on Patients with Cancer

Objective: The aim of this study was to investigate grief continuum on patient who have been diagnosed with cancer.

Method: This descriptive and analytical research was conducted between September 15th and October 31st, 2020 as online survey due to difficulties expericed COVID-19 pandemic. The sample of research was formed 408 cancer patient who were reached through cancer groups on social media. Data were collected by using “Descriptive Information Question Form”, “Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form (PGD)”, “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” and “Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)”. The tests of percentage, and average were used to assess descriptive data. One Way ANOVA, t-Test and Post Hoc Bonferroni test were used as to compare identify distinctness of data. Pearson Correlation test was applied to identify correlations. In addition, Multi-Regression Test was performed to determine predictor factor upon correlated variables.

Findings: 82.2% of the participants were women and the average age was 47.05 ± 10.46 . It was found that mean of PGD were significantly higher on participants who are primary-secondary school graduates, not working actively, having lower social-economic income, having metastasis. Most of patient’s cancer treatments were not affected and interrupted by COVID-19 pandemic. There was determined statistically significant poor negative correlation among the score of PGD and age, MPSS and statistically significant strong positive correlation among the score of PGD and anxiety and depression. These variables explained at the rate of %57 on PGD. It was revealed that anxiety was a predictor factor of PGD in a result of multi regression test.

Conclusion and Recommendation: According the results, firstly the score of PGD were higher on patients who have low social-economic income, do not working, have metastasis and have treatments interrupted cancer treatments by COVID-19 pandemic. Secondly, the score of PGD was decreasing with age and increasing with anxiety and depression. Lastly anxiety was a predictor of PGD. In the light of the finding and the results, suggestions have been determined as following. Firstly, oncology and CLP nurses and physicians who work with cancer patient, should have the awareness that cancer patient might have PGD. Secondly, the patients who have high level anxiety or diagnosed with anxiety disorder should be scanned in terms of PGD. Lastly, the effectiveness of the initiatives for PGD should be evaluated for future research.

Key Words: Prolonged grief disorder, Cancer Patient, Anxiety, Depression, Social Support

TEŞEKKÜR

Tezimin her alanında bana yardımcı olan ve inancını her daim hissettiren,
bilmediğim ve takıldığım yerlerde elimden tutan sayın hocam Doç. Dr.
Fahriye Oflaz’a

Eğitim ve çalışma hayatım boyunca her türlü desteğini esirgemeyen
biricik eşim Mehmet Altun’a, annem Zeynep Embel ve babam Abdullah
Embel’e,

Üniversite hayatımda Psikiyatri Hemşireliği konusunda her türlü
desteğini sağlayan ve hayatımın belli kırılma noktalarını aşmamda ayrıca
bu programa başlamamda beni cesaretlendiren sayın hocam Prof. Dr.
Ayşegül Bilge’ye,

Veri toplanmasında her türlü desteği sağlayan Facebook üzerindeki tüm
grup yöneticileri ve çok değerli üyelerine,

Hayatımda hep var olan güçlü kadınlar Kevser Koçak, Melek Embel, Ece
Aydınç, Büşra Yürükcü, Melis Osmanlı Kavuk ve Hülya Sancak’a ve
biricik yeğenim Berra Irmak Koçak’a teşekkürü bir borç bilirim.

KISALTMALAR DİZİNİ

COVID-19: Coronavirus-19 Pandemisi

ARK.: Arkadaşları

CA: Kanser

ANA: American Nurses Association

DM: Diyabetes Mellitus

EKG: Elektro Kardiyo Grafi

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

PCC: Posterior Cingulate Cortex

ACC: Anterior Cingulate Cortex

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Statistical Classification of Diseases

MDB: Majör Depresyon Bozukluğu

NANDA: North America Nursing Diagnosis Association

KLP: Konsültasyon ve Liezyon Psikiyatrisi

CLP: Consultation and Liaison Psychiatry

DABDA: Denial, Anger, Bargaining, Depression, Acceptance

GIS: Gastrointestinal Sistem

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for Science for Windows

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yas tepkileri.....	8
Şekil 2. Yas türleri ve nöro-görüntüleme karşılaştırmaları.....	9
Şekil 3. Uzamış yas bozukluğu ve hazırlık yası diagramı	16
Şekil 4. UYB ve depresyon belirtileri.....	19
Şekil 5. Araştırma bağımlı ve bağımsız değişkenleri ve aralarındaki ilişki.....	24



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve UYB, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek karşılaştırmaları	30
Tablo 2. Katılımcıların hastalık ile ilgili özellikleri ve UYB, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek ortalamaları karşılaştırmaları.....	33
Tablo 3. Katılımcıların psikolojik durumları ile ilgili özellikler ve ölçek puan karşılaştırmaları.....	36
Tablo 4. Uzamış yas, depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek, yaş ve hastalık süresi korelasyonları.....	39
Tablo 5. Uzamış yas bozukluğunun yordanmasına ilişkin yaş, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek puanları ile çoklu regresyon analizi	40

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kayıp, bireylerin yaşantılarında, onlar için değerli olan nesne, durum, işlev ve/veya bireylerin uzaklaştırılması veya yitilmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle sadece sevilen birini ölümü veya sevilen bir nesnenin kaybı değil, rol, işlev, kontrol, statü ve sağlık gibi birçok konu ya da durumda kayıp yaşanmasına neden olmaktadır. Her birey yaşamı boyunca belli kayıp veya kayıp tehditleri ile karşılaşmaktadır. Bazı kayıpların üstesinden kolayca gelirken, bazıları bireyleri derinden etkilemektedir. Yas ise, kayıp veya kayıp tehdidi sonrasında ortaya çıkan duygusal bir tepkidir ve kayıptan sonra yeni yaşama uyum sağlama sürecinin de başlangıcı olarak tanımlanmaktadır. Her bir kayıp sonrası bireyler yas deneyimi yaşamaktadırlar (1,2,3,4,5,6). Literatürde, yasin yalnızca bir ölüm sonrası verilen bir tepki olmadığı ve bireyin olaya veya nesnelere yakınlığı ile ilişkili olarak, yaşamı etkileyen olaylar ya da tehdit eden hastalık tanısı konduğunda da yas tepkisinin ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (7,8,9,10,11,12).

Kanser, yalnızca fiziksel değil, psikososyal bileşenleri de içeren, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir (13,14,15). Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan bireyler, fiziksel fonksiyon kaybı, saç kaybı gibi bedensel kayıpların yanı sıra, beklenti, gelecek, bağımsızlık, kontrol, statü, sosyal rol ve sağlıklı olma kimliği gibi bir dizi kayıp ya da kayıp tehdidi yaşayabilmektedirler (16,17,18,19,20). Kanser hastalarında yas, geçmişteki, şimdiki ve gelecekte olacak kayıplara verilen bilişsel, duygusal, sosyal ve kültürel tepkilerin bütünü şeklinde tanımlanmaktadır (18,21). Kanser hastalarının yaşadığı yas, kayıpları yenmek değil, onlar ile yaşayabilecek yolu bulabilme sürecidir (22).

Kanser hastalarının yaşadıkları kayıpların bir uzantısı olarak yaşadıkları yasin, bireye özel, adeta parmak izi gibi olduğu ifade edilmektedir. Yas durumunda; inkâr, öfke, özlem, çaresizlik, suçluluk duygusu; uyku ve iştahta değişim, inanç kaybı ve sosyal geri çekilme (12,23,24) ile birlikte hastalık algısında değişim (26,27,28), umutsuzluk (23), panik, korku ve anksiyete de (18) görülebilmektedir. Bütün bu semptomların, kanser tanısı olan bireylerde, tedaviye ve hastalığa psikososyal uyumda sorunlara yol açabileceği ifade edilmektedir (7,30). Bu bağlamda hastaların tedaviye uyumsuzluğunun ya da aksatmasının altında yas zemini olabileceğinin de göz önünde

bulundurulması gerektiği ifade edilmektedir (31). Yine, kanser hastalarında ortaya çıkan yasın depresyon ile karıştırılabildiği; yas reaksiyonu yerine depresyon tanısının konabildiği ya da birlikte de bulunması halinde de aralarındaki farkın ayırt edilmesinin ve hastaya ona göre uygun tedavi planının oluşturulmasının gerektiği söylenmektedir (7,8). Kanser sürecinde tanı konduğu andan itibaren gelişen tüm süreçlerin doğru tespit edilmesi ve bu doğrultuda uygun girişimlerin yapılması yaşam kalitesi ve hastalığın seyri açısından önemsenmelidir (23).

Kanserle baş etmenin en önemli bileşenlerden biri de sosyal destektir. Sosyal destek hem fizyolojik hem de psikolojik iyilik haline katkı veren önemli bir unsurdur. Sosyal destek, yaşamda meydana gelen kayıplar karşısında stresi azaltmaya yardımcı olan bir tampon görevi görmektedir. Kanser hastalarında algılanan sosyal desteğin artması ile, hastalıkla ilgili belirsizlik duygusunun, anksiyetenin azaldığı hatta tanı süresince ve sonrasında yaşam süresine bile pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (32,33,34).

Hemşirelerin, kronik hastalık tanısı almış bireylerde (kanser, DM, vb) fiziksel bakımın yanı sıra, psikososyal süreçleri tanıması, psikolojik bakımı sağlaması ve yönetmesi, bakımın önemli komponentlerinden biridir (35,36). Literatüre göre kanser hastalarında en sık tespit edilen psikiyatrik problemlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, uyum bozuklukları veya kişilik bozuklukları olduğu belirtilmiştir. Kanserli hastadaki duygusal tepkiler, yeni tanı alınan dönem, hastalığın seyri, tedavi süreci, nüks veya terminal dönemde değişebilmektedir (37,38,39). Kanser hastalığının, duygusal süreçlerini etkileyen her bir evresinde, bireyin karşılaştığı kayıplar, bir yas süreci de yaşayabileceğini işaret eder. Yas tepkilerinin iyi anlaşılması, bireyin (hem fiziksel remisyon hem duygusal) yaşama uyum sürecine yardımcı olunamamasına neden olabilir (1). Bireye özel bakım sağlayabilmek için yas sürecinin tanımlanması ve bu süreçte nelere ihtiyaç duyacaklarının tespit edilmesi, hemşirelik bakım süreci açısından önemlidir (40). Literatürde, hemşirelik bakımında ‘yas’ sürecinin tanımlanması için ‘bereavement care, bereavement support, grief care ve loss care’ terimleri kullanılmıştır (41,42,43). Amerikan Hemşirelik Birliği (ANA) Hemşirelik Tanı Kitabında, yas süreci ile ilgili olarak üç tanı bulunmaktadır. Bunlar; *Yas*, *Komplike Yas* ve *Komplike Yas Riski*’dir (44). Hemşirelerin, yas sürecinin bir ölüm sonrası değil herhangi bir kayıp sonrası yaşanabileceğinin farkında olması gerekir.

Özellikle de kanser gibi sağlık, bağımsızlık, iş, rol gibi büyük kayıplara yol açan hastalıklarda bireyin yaşadığı yas sürecinin tespit edilmesi ve sürece yönelik girişimlerde bulunması önemlidir. Bu nedenle, yaşamı tehdit eden bir hastalık durumunda yas tepkisinin gelişip-gelişmediği ve yas ile ilişkili olabilecek bireysel ve hastalık özelliklerini ortaya koyacak çalışmaların yapılması hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi açısından önemli bir konudur.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; kanser tanısı olan bireylerde yas durumu ve yas düzeyi ile bireysel, hastalığa ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerin, anksiyete, depresyon ve sosyal destek algısının ilişkisinin incelenmesidir.

Bu doğrultuda bu çalışmada yanıt aranacak alt sorular şunlardır:

1. Uzamış yas bozukluğu (UYB) puanı, katılımcıların bireysel özellikleri arasında fark var mıdır?
2. UYB puanı ile komorbid başka hastalıklar, hastalığa ve tedavi sürecine ilişkin özellikler arasında fark var mıdır?
3. COVID-19 pandemisinin tedavi ve bireysel süreçlerine etkisi ile UYB puanı arasında fark var mıdır?
4. UYB puanı ile yaş, hastalık süresi, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanısı ve Psikososyal Reaksiyonlar

Kanser, yalnızca fiziksel değil, psikososyal bileşenleri de içeren, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir (13,14,15). Kanseri tanımlama ve tedavi süreçlerinde depresyon ve anksiyetenin subsendromal semptomlarının da tanımlanmasıyla, karşılaşılan psikososyal sorunların yalnızca majör depresif bozukluk (MDB) veya anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarla sınırlı olmadığı ve çok daha farklı ve kapsamlı psikolojik sonuçları olduğu giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Bu nedenle kanser hastaları için duygusal ve/veya psikolojik sıkıntı kavramının daha geniş ve daha kapsayıcı ele alınması önerilmektedir (45).

Kanser ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilir. Kanseri hastaları, hastalığın kendisinin oluşturduğu sorunlar, tedavinin yan etkileri, uyku bozukluğu, uyum sorunları, başa çıkma güçlükleri dahil olmak üzere bir dizi zorluk yaşamak zorunda kalır. Bu nedenle, kanser teşhisi konan yetişkinlerin depresyon ve anksiyeteye karşı savunmasız olduğu kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde yapılan sistematik incelemeler, depresyon ve anksiyetenin kanser hastalarında yaygın psikolojik sıkıntılardan ikisi olduğunu göstermiştir (46). Kanseri tanısı konulmuş Çinli yetişkinlerde, kanser olmayanlara kıyasla depresyon ve anksiyetenin önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (47). Vietnam'da yürütülen çalışmada ise kanser hastaları arasında anksiyete görülme oranları %30-%35 olarak tespit edilmiştir (48). Kanseri bireyler arasında majör depresyon prevalansının palyatif bakım ortamlarında da yaklaşık % 15 olduğu tahmin edilmektedir (49). Distimi ve minör depresyon gibi diğer depresif tanımlar da eklendiğinde, prevalans oranları onkolojik ve hematolojik ortamlarda % 20'ye ve palyatif bakım ortamlarında % 25'e kadar yükselmektedir (46). Tanınmayan ve tedavi edilmeyen depresyon ve anksiyetenin, yalnızca semptom kontrolünde güçlük, tedaviye uyumsuzluk ve iyileşme süresinde uzamaya değil, aynı zamanda bağışıklık yanıtında artmış bozulmaya ve yaşam kalitesinde bozulmaya da yol açabileceği belirtilmektedir (50).

Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığını belirten çalışmalar yanında, bireyde gelişen yasın, depresyon ile karıştırılabildiği ve bu nedenle yanlış tedavilerin uygulanabildiği de literatürde belirtilmektedir (7,8). Bununla birlikte yas ve depresyonun birlikte de bulunabileceği ancak aralarındaki farkın ayırt edilmesi ve hastaya ona göre uygun tedavi planının oluşturulması gerektiği söylenmektedir. Widera ve arkadaşları (2012) tanı konduğu andan itibaren gelişen süreçlerin doğru tespit edilmesi ve bu doğrultuda uygun girişimlerin yapılmasının bu bireylerin yaşam kalitesi ve tedavinin etkinliği açısından önem taşıdığını vurgulamaktadır (23).

Kanser hastalarının yaşadıkları kayıpların bir sonucu olarak yaşadıkları yasın, bireye özel olduğu ifade edilmektedir. Yas durumunda; inkâr, öfke, özlem, çaresizlik, suçluluk duygusu; uyku ve iştahta değişim, inanç kaybı ve sosyal geri çekilme gibi duygusal ve davranışsal tepkiler görülebilir (23,24,25). Ayrıca hastalık algısında değişim, umutsuzluk, panik, korku, anksiyete de görülebilmektedir (18,26,27,28,29). Bütün bu semptomların, kanser tanısı olan bireylerde, tedaviye ve hastalığa psikososyal uyumda sorunlara yol açabileceği ifade edilmektedir (7,30). Bu bağlamda hastaların tedaviye uyumsuzluğunun ya da aksatmasının altında yas tepkisinin olabileceğinin de göz önünde bulundurulması önemli bir konudur (31).

Benlik saygısında azalma, kendinden nefret etme ve intihar eğilimi /girişimi gibi özellikler genellikle depresyonla ilişkilendirilmekte ve yas ile ilişkili olmayacağı varsayılmaktadır, ancak kimlik karmaşası ve kişinin algılanan öz değerindeki azalma uzamış yas sendromu semptomlarıdır. Bu iki tablonun bazı önemli farklılıkları vardır. Jacobsen ve arkadaşları (2010) kanser hastaları ile yürüttükleri çalışmada, yas ve depresyon semptomlarının birbirlerinden farklı olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada hastalar depresyon tanı ölçütleri ile değerlendirildiği için yas belirtileri gösteren hastaların üçte ikisine tanı konamadığı vurgulanmıştır (8). Literatürde kanser hastalarında yas görülme sıklığını gösteren çalışma bulunmamaktadır. Yas, kişilerin kayıp sonrasında gösterdikleri normal bir tepkidir. Ancak, tanımlanıp çözüm için adım atılmadıkça karmaşık ve uyumu bozucu bir duruma doğru ilerleyebildiği için, göz ardı edilmeyip, klinik olarak tespit edilmeye çalışılması gerekmektedir (31).

Kanser tanısı alan bireylerde sosyal desteğin, tüm yaşanan duygusal reaksiyonlar açısından ve kansere karşı fizyolojik ve psikolojik uyum sağlamada önemli olduğu bir değişken olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek, kişilerin

hayatlarında meydana gelen akut krizlerin, streslerin üstesinden gelmek amacıyla, çevresi tarafından yapılan her türlü yardım olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın keskin virajlarında, sosyal destek stresi tamamen ortadan kaldırmayabilir. Fakat bireylerin baş etme stratejilerini güçlendirici etkisi olduğu belirtilmiştir. Kanser tanısı alan bireylerde, sosyal çevrelerinin değişmesi ile, sosyal destek kaynakları da değişime uğramakta ve yeniden şekillenmektedir. Kanser hastalarında sosyal destek belirtilenlerin aksine her zaman olumlu etkiye sahip olmayabilir. Kişinin sosyal destek algısı yaşadığı duygusal reaksiyonlardan etkilenebilir ve tam tersi algılanan destek bu reaksiyonların nasıl yaşandığını ve şiddetini de etkileyebilir (32,33,34,51).

2.2 Yas süreci ve Özellikleri

2.2.1 Kayıp ve Yas kavramı

Kayıp, bireylerin bağ kurduğu nesnelerin yitimi, değer verdiği bir ilişki veya düşlediği hedefin yitirilmesi ve ortadan kaybolması ile ilişkili olarak tanımlanabilmektedir. Temelde rahatsız edici olmasına rağmen, kayıp insanın doğum anından itibaren deneyimlediği, yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsanın yaşantısında anneden ayrılma ile ilk kayıp deneyimini yaşadığı belirtilmiştir. Kayıp evrensel bir deneyimdir ve genel olarak sevilen bir kişinin ölümü ile ilişkilendirilir. Ancak boşanma, iş kaybı, yer değişikliği, güvenlik, kimlik gibi birçok kayıp türünden de söz edilebilir (5,7,52,53). Özellikle kanser hastalarında, sağlık kaybının yanı sıra, bedende değişiklikler, organ kaybı, işlev kaybı, rol kayıpları, umut kaybı, kimlik ve kontrol kaybı gibi bir dizi kayıplarla karşı karşıya kalmaktadırlar (54).

Yas yalnızca ölüm ile ilişkilendirilmemelidir, kayıp algısı yaratan her türlü durum arkasından yas tepkisi ortaya çıkabilir (52). Yas, kayıp ile ortaya çıkar, sevilen birinin ölümü ardından kaynaklanan sıkıntı olarak tanımlandığı gibi “kayıp algısı karşısında verilen psikolojik, sosyal ve somatik tepkiler” olarak da açıklanmaktadır (7). Kayıp karşısında geride bıraktıklarımız için yas yaşamaya başlarız. Akut yas, beklenti yası, hazırlık yası, karmaşık yas gibi aynı anlamda da kullanılabilecek olan birçok farklı yas kavramı vardır. İngilizcede, yas kelimesine karşılık gelecek şekilde kullanılan üç farklı kelime vardır; ‘grief’, ‘bereavement’ ve ‘mourning’. Oxford sözlüğüne ve Worden’e göre; ‘grief’ kayba karşı hissedilen duygular; ‘bereavement’

kaybı yaşama ve deneyimleme durumu; ‘mourning’ ise kayba uyum sağlama süreci olarak açıklanmaktadır (55,56,57,58). Günümüzde yas terimi genel olarak herhangi bir kayıp biçimini izleyen duygusal bir tepki olarak anlaşılmaya başlanmıştır (59). Kayıp normal bir olay olsa da, birey için fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarının yanı sıra kişisel, maddi veya sembolik, bireysel ve ailesel kaynaklarda azalmaya neden olabilir. Yas ise kayba karşı doğal bir tepkidir ve duygusal, psikolojik ve fiziksel boyutları vardır (7,52). Çam ve ark. (2012) yas tutmayı, ‘anlamalı bir ötekinin kaybı sonrası verilen tepkiler’ şeklinde açıklayarak, kaybın yas tutma süreci ile aşıldığını belirtmiştir. Keder ve yas kavramı, klasik olarak sevilen birinin kaybına odaklansa da yukarıda da belirtildiği üzere yas, her tür kayba verilen tepkileri karakterize etmek için de kullanılmıştır. Yas aynı zamanda, sevilen nesnenin kaybından itibaren hayata adapte olma ya da yeniden odaklanabilme arasındaki bir süreci ifade eder (60).

Yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar sonucunda genellikle bedensel fonksiyonlarda işlev kayıpları görülür, bu durumun sonucu olarak da sosyal yaşamdaki ilişkilerin değişimi ve rollerin kaybı ortaya çıkar. Kendi kendine yeten/bağımsız yaşamın değişmesi ile geleceğe yönelik hayallerin yitirilmesi gibi duygusal durumlar gözlenir. Yaşamı da kaybediyor olmak eklendiğinde bireyde yoğun bir yas süreci başlayabilir (7,61,62).

Kayba verilen yas tepkileri kişiden kişiye değişebileceği gibi ve aynı kişi için zaman içinde de değişim gösterir. Bununla birlikte, her insan kendine özgü bir şekilde yas tutsa da yas tutan kişilerin tipik olarak deneyimledikleri ortak davranışsal, duygusal ve fiziksel işaretler ve semptomlar vardır. Yas tepkileri, karmaşık somatik ve psikolojik semptomlara yol açar. Bir kayıp yaşayan kişi, şok, uyuşma, üzüntü, inkar, öfke, suçluluk, çaresizlik, depresyon ve özlem gibi birçok duygu deneyimler. Kişide aynı anda keder, inançsızlık, kafa karışıklığı, konsantrasyon güçlüğü, aşırı zihinsel meşguliyet ve halüsinasyonlar görülebilir. Kişi sebepsiz ağlayabilir. Literatürde yas tepkileri dört ana başlık altında toplanmıştır (Şekil 1). Bunlar; duygusal tepkiler, fiziksel tepkiler, bilişsel tepkiler ve davranışsal tepkilerdir (58,63).

Yas tablosu kişilik özellikleri, sorunlarla başa çıkma tarzı, yaşam deneyimi, inanç ve kaybın kişi için ne kadar önemli olduğu gibi birçok faktöre bağlıdır. Yas tutma süreci kaçınılmaz olarak bir zaman alır. İyileşme yavaş yavaş gerçekleşir; zorla veya aceleyle geçirilemez ve yas tutmak için "normal" bir zaman çizelgesi yoktur. Bazı

insanlar haftalar veya aylar içinde daha iyi hissetmeye başlar. Diğerleri için yas süreci yıllarla sürebilir (52).

Şekil 1. Yas tepkileri

Duygusal Tepkiler	Fiziksel Tepkiler	Bilişsel Tepkiler	Davranışsal Tepkiler
Özlem	Uyuyamama	Uyuşukluk, uzaklık	Saldırganlık
Çaresizlik	Yorgunluk ve bitkinlik	Kafa karışıklığı	Yönelim bozukluğu
Öfke	İştahsızlık (normalden daha fazla iştah veya daha az iştah)	Hafıza, konsantrasyon, muhakeme ve anlama güçlükleri	İnkâr
Şok	Kas titremeleri, üşüme ve / veya terleme	Şok, korku, kaygı veya endişe,	Kaçınma
Hissizleşme	Mide ve/veya bağırsak sorunları, bulantı ve / veya baş dönmesi	Öfke, sinirlilik veya ajitasyon	Sosyal geri çekilme

Artan nöro-görüntüleme teknolojileri, bireylerin karşılaştıkları sorunlar karşısında, beynin aktivasyonun belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Yapılan bir araştırmada sevdiği birini kaybeden normal yas yaşayan ile karmaşık (uzamış yas bozukluğu) yas yaşayan bireylerin fMRI görüntülemeleri alınarak, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerin beyin aktivasyonları ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, kayıp sonrası normal yas yaşayan bireylerin beyinlerinde, anksiyete yaşayanlara daha benzer bir yer paylaşıldığı, depresyonla pek benzerlik olmadığı görülmüştür. Kayıp sonrası komplike yas yaşayan bireylerin depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile aynı nöral mekanizmaya sahip olduğu tespit edilmiştir (64). Bu konuda yapılan diğer bazı çalışmalar Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Yas türleri ve nöro-görüntüleme karşılaştırmaları

Yas Türü	Aktivite Olan Beyin Bölgesi	Diğer Hastalıklarda Bölgenin Etkilenme Durumu
Normal Yas	Posterior Cingulate Cortex (PCC) - Artmış aktivite	Panik Bozuklukta bölgenin aktivitesinin arttığı tespit edildi (65).
		Depresyon tanısı almış hastalarda düşük aktivasyon tespit edildi (66).
	Anterior Cingulate Cortex (ACC) - Insula - Artmış aktivite	Sosyal dışlanma çalışmasında, oyundan dışlandıklarına inanan katılımcılarda, iki bölgede de artmış aktivasyon olduğu tespit edildi (67).
Komplike Yas- Uzamış Yas Bozukluğu	Prefrontal Korteks - Anterior Cingulate Cortex (ACC)- Azalmış aktivite	Depresyon tanısı almış hastalarda düşük aktivasyon tespit edildi (68).
	Amigdala - Artmış aktivite Posterior Cingulate Cortex (PCC) - Artmış aktivite	TSSB (travma sonrası stres bozukluğu) olan bireylerde artmış aktivasyon olduğu tespit edildi (69,70).

2.2.2. Yas Yaklaşımları

2.2.2.1 Elizabeth Kübler Ross ve Beş Aşamalı Modeli

Elisabeth Kübler-Ross'un 1969 yılında ölmekte olan hastalarla ilgili gözlemlerini belgeleyen "Ölüm ve Ölmek Üzere" monografisinde ölmekte olan insanların yas tutmanın beş aşamasından geçtiğini savunmaktadır. Bunlar, inkâr (reddetme), öfke, pazarlık, depresyon ve son olarak kabullenmedir (DABDA modeli olarak da adlandırılır) (71,72,73).

Reddetme - İlk tepki inkardır. Bu aşamada birey, tanının/kaybın bir şekilde yanlış olduğuna inanır ve bu doğru olmayan ama tercih edilebilir gerçekliğe sarılır.

Öfke - Birey, inkarın devam edemeyeceğini anladığında hayal kırıklığına uğrar ve neyi kaybettiğini fark etmeye başlar. Bu aşamadan geçen bir kişinin psikolojik

tepkileri "Neden ben? Bu adil değil!"; "Bu bana nasıl olabilir?"; "Kim suçlanacak?"; "Bu neden olur?" şeklinde olacaktır.

Pazarlık -Bireyin kedere neden olan şeyden kaçınabileceği umudunu içerir. Genellikle iyileştirilmiş bir yaşam tarzı karşılığında uzun bir yaşam için müzakere yapılır. Bu evrede bireylerde, kayba karşı yüksek düzeyde farkındalık vardır.

Depresyon - "Çok üzgünüm, neden herhangi bir şeyle uğraşayım?"; "Yakında öleceğim, bunların ne anlamı var?"; "Sevdiğimi özledim; neden devam edeyim?" gibi sorular ortaya çıkar. Bu aşamada, birey ölümlülüğünün farkına varınca umutsuzluğa kapılır. Bu durumda birey sessizleşebilir, ziyaretçileri reddedebilir ve zamanın çoğunu kederli ve somurtkan geçirebilir. Elizabeth Kübler Ross'a göre; bu süreçte iki tür depresyon vardır. İlki tepkisel depresyon ikincisi ise hazırlayıcı tipte bir depresyondur. Tepkisel depresyonu yaşayan hastalarda, bir kayıp olmuş, örneğin, tanı konulmuş ve kadın hasta artık anne olamayacağını öğrenmiştir. Hazırlayıcı tipteki depresyon ise; terminal dönemde olan hastalar için, yaklaşmakta olan kayba yani kendi ölümlerine hazırlanmak için yaşanan depresyon çeşididir. Özellikle ikinci tür olan hazırlayıcı depresyonun, bireyin kendi ölümünü kabullendiğini gösteren bir evre olduğu, Ross tarafından Ölüm ve Ölmek Üzerine kitabında vurgulanmıştır.

Kabul - "Her şey yoluna girecek."; "Onunla savaşamam; ben de hazırlıklı olabilirim." düşüncelerinin olduğu bu son aşamada, bireyler ölümlülüğü ya da kaçınılmaz geleceği ya da sevdiklerinin trajik olaylarını kucaklamaktadır. Bu durumda ölen insanlar hayatta kalanlardan önce gelebilir, bu tipik olarak birey için sakin, geçmişe dönük bir görüş ve istikrarlı bir duygu durumu ile birlikte gelir. Bu evre genellikle olumlu olarak görülse de aslında bireyin ölmeye veya ölüme yaklaştığını kabul ettiğine yönelik argümanlar da bulunmaktadır (73).

Bu beş aşamalı yas modeline yönelik eleştiriler, temel olarak Kübler-Ross tarafından tanımlanan aşamaları destekleyen deneysel araştırma ve kanıtların yokluğu ile ilgilidir. Ayrıca, Kübler-Ross'un modelinin, belirli bir kültürün belirli bir zamandaki ürünü olduğu ve başka kültürlerden insanlar için geçerli olmayabileceği de belirtilmektedir (60,71, 72, 73).

2.2.2.2 Worden ve Yas Görevleri Modeli

Psikolog William Worden'in *Yas Danışmanlığı ve Yas Terapisi: Ruh Sağlığı Uygulayıcısı İçin Bir El Kitabı* adlı kitabında ana hatları verilen dört sağlıklı yas görevi vardır. Worden, Kubler-Ross'un yas modeli aşamalarını eleştirmektedir. Worden, kişinin pasif bir şekilde yasin aşamalarından geçtiğini kabul etmez. Bunun yerine, Worden yas tutanların aktif olarak dört görevle meşgul olduklarını iddia eder. Bu model yas tutan kişinin durumla yüzleşme ve bununla aktif olarak başa çıkma görevine odaklanmıştır (58).

Bir kayıpla karşı karşıya kalındığında, iki alternatif arasında seçim yapmak zorunda kalınır. Değişen şeyin hiç değişmemiş olmasını dileyerek, umutsuzluk içinde yaşanabilir veya uyum ve ilerlemeyi sağlayan yas ile meşgul olunabilir. Worden, kayıp yaşayan kişiyi sağlıklı bir keder modeliyle güçlendirmek ister, bu yas tutanların kaybı kabul etmesine ve kayıptan sonra hayata uyum sağlamasına olanak tanır (58).

1. Kayıp Gerçeğini Kabul Etmek

Worden'e göre ilk görevin amacı; kayıp yaşayan kişinin kaybı ile yüzleşmesini sağlamak ve bir daha geri dönmeyeceğini göstermektedir. Bununla birlikte, inkâr içinde kalmak ya da boşlukta kalmak, kabulün antitezidir. Kayıp yaşayan kişi kendi inkarıyla yüzleşmeli ve kaybın gerçekleştiğini kabul etmelidir. Kabul, gerçeğe olduğu gibi teslim olmaktır. Bu nedenle, kaybı kabul etmeli ve gerçekleşmemiş gibi davranılmamalıdır. Kabul, uyum sağlamanın ve ilerlemenin ilk adımıdır.

2. Yasın Acısını Yaşamak

Bu görev, kaybın bir getirisi olan acı ve diğer duygular ile baş etmeyi içerir. Worden'a göre kaybedilenlerin acısını yaşamak, bu duygunun bilince girmesine izin vermek doğaldır. Doğal olmayan şey bu duyguları bastırmaktır. Eğer hissedilen acı yaşanmaz veya kaçınılırsa, bir sonraki göreve geçilemeyebilir ve yas süreci tamamlanmayabilir. Worden'e göre bir sonraki adıma geçmek için yalnızca acı değil, ona eşlik eden yandaş duyguların da yaşanması gerekmektedir. Acı bir çemberdir ve teğet geçmek mümkün değildir.

3- Ölen Kişinin Olmadığı Bir Ortama Uyum Sağlamak

Yaşanılan kayıplardan sonra hayatta değişiklikler olur. Bu görevin ana amacı, içsel, dışsal ve spiritüel alanlarda ilerleme içinde olmayı içerir.

4. Yeni Bir Hayata Başlarken Ölen Kişi ile Kalıcı Bir Bağlantı Bulmak

Bu görevin ana amacı, bireyin kayba karşı hissettiği duyguların ve ona yönelik anıların, zihninde bir alana yerleştirilmesi, kayba yönelik olan enerjisini yeni süreçlere aktarması ve hayatına devam edebilmesidir. Yaşanılan bir kaybın hayatı durdurduğu ve sonrasında ‘devam etme’ düğmesine basılması gerektiği vurgulanır. Bu süreç, yaşananların unutulması gibi algılansa da aslında süreç içerisinde anka kuşu gibi, küllerinden doğarak, o acıları yaşamış birey olarak çıkmayı hedefler (58).

2.2.2.3 İkili Süreç (Dual Process) Modeli

Stroebe ve ark. (1999) tarafından, ‘yas sürecindeki deneyimin çeşitliliğini daha iyi açıklama ’ amacıyla geliştirilmiştir (74). Yas yaşayan bireyde kayıp ve restorasyonun aynı anda olması mümkün değildir. Bu nedenle modele yasla başa çıkmada ikili süreç modeli adını vermişlerdir. Bu model, iki unsuru tanımlar; kayıp odaklı başa çıkma ve restorasyon odaklı başa çıkma. Kayıp ve restorasyon odaklı başa çıkma ile dinamik ve düzenleyici bir salınımla başa çıkma süreci başlar, bu sayede kederli birey zaman zaman farklı yas görevleriyle yüzleşir veya bunlardan kaçınır (58).

2.2.2.4 Lindemann ve Yas

Lindemann, yasa, ruhsal ve fiziksel belirtileri olan bir sendrom olarak yaklaşır ve yası “kayıpla başlayan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen, dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken karmaşık bir süreç, bir yaşantı’ olarak tanımlar. Yas sürecinin karakteristiği gibi görünen beş yön vardır; somatik sıkıntı, ölen veya kaybedilen varlığın imajıyla meşgul olma, suçluluk, düşmanca tepkiler ve öncesinde tutarlı olan davranışların kaybı. Yasın bu beş ortak yönünün keşfedilmesine ek olarak, Lindemann kayıp yerine kayıptan kaynaklanan tepkilere odaklanır. Bu süreçte vurgulanan keder, kaybın kendisine değil, kaybın gerçekleşme nedenine yönelik bir yanıttır. Lindemann bu tepkiye *beklenti yası* adını vermiştir (58).

2.2.3 Yas Türleri

2.2.3.1 Normal Yas

Yas, insanların kişisel olarak acı veren veya travmatik bir olay sorası ortaya çıkan tamamen doğal, gerekli ve normal bir tepkidir. Herkes kendi tarzıyla yas yaşar ancak, ancak çoğu insan sevilen birinin ölümünden sonraki günler, haftalar veya aylarda kayba yönelik bazı özellikleri geçici olarak sergiler. Bunlar; gözlerin dolması, ağlama veya hıçkırarak ağlama, uykuya dalmada zorluk veya çok az / çok fazla uyku gibi uyku düzeni değişiklikleri, genel bir enerji eksikliği, günün gerekli görevleri veya genel olarak yaşam hakkında uyuşuk veya kayıtsız hissetmek, özellikle abur cubur olmak üzere çok fazla yemek, yememek veya yemeye isteksizlik gibi iştah değişiklikleri, normal / olağan sosyal etkileşimlerden ve ilişkilerden çekilme, bir göreve konsantre olma veya odaklanmada zorluk, manevi veya dini inançları, iş / kariyer tercihlerini veya yaşam hedeflerini sorgulama, öfke, suçluluk, yalnızlık, depresyon, boşluk, üzüntü gibi duygulardır (75,76).

DSM IV tanı kitabına göre yas 'sevilen birinin ölümünün ardından kişinin yaşamındaki olağan stres olgusuna yönelik tepki' olarak tanımlanmış olup, semptomlar iki ay sürmedikçe, psikotik belirtiler ve intihar düşünceleri yoksa Majör Depresyon tanısı konulmaması gerektiği vurgulanmıştır (77). DSM V'de ise yas veya diğer kayıpların semptomlarının, depresyonu taklit edebilir olduğu ve mutlaka bir zihinsel bozukluğa işaret etmediği söylenmesine rağmen, kaybın depresif bozukluğa yol açan bir unsur olarak görülmesi gerektiği vurgulanmıştır (78). Sonuç olarak, yasin depresyon tanısı için bir dışlama kriteri olması kaldırılmış ve normal yasin karakteristik semptomları ile klinik bir bozukluğun göstergesi olanlar arasındaki ayrım konusunda dikkatli olunması gerektiği savunulmuştur (79).

2.2.3.2 Patolojik Yas

Sevilen birinin ölümüne tepki olarak ortaya çıkan "normal" keder, genellikle yas tutanları geçici olarak etkiler ve çoğu kişi, keder özelliklerinin zaman geçtikçe yavaş yavaş kaybolduğunu hissederek doğal rutinlerine ve faaliyetlerine devam etmeye başlayabilirler. Bununla birlikte, bazı insanlar, sevdiklerinin ölümüne verilen

olağan tepkilerin zamanla azalmadığı ve normal yaşamlarını sürdürmelerini engelleyebileceği patolojik bir yas süreci yaşayabilir (75).

Patolojik yas, anormal yas, abartılı yas gibi başka terimlerle de ifade edilebilir. Terminolojiye bakılmaksızın, patolojik yas şu semptomları içerebilir; öfke veya öfke nöbetleri, sevilen birinin ölümünden başka hiçbir şeye odaklanamama, merhumu hatırlatan şeylere yoğun bir şekilde odaklanma veya bu tür hatırlatıcılardan aşırı derecede kaçınma, yoğun üzüntü, acı, kopma, keder, umutsuzluk, boşluk, düşük benlik saygısı, merhumun varlığına özlem, ölümün gerçekliğini kabul etme sorunları, alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi kendine zarar veren davranışlar, intihar düşünceleri veya eylemleri.

Patolojik yas tanısı konmuş kişiler başa çıkmak yerine, kedere boğulurlar, boş ve sessiz bir protesto mücadelesine kapılırlar, hatırlatıcılardan kaçınmaya çalışırlar, sonsuz ve şiddetli acı verici duygu dalgalanmaları içinde çaresizce yaşarlar. Bu insanlar, iyileşmenin engellendiği ve akut kederin yoğun ve uzun sürdüğü bir sendrom olan patolojik yastan muzdariptir. Klinisyenlerin patolojik yas semptomlarını tanıması ve bu durumu olağan akut yasin yanı sıra depresyon ve anksiyete bozukluklarından ayırması gerekir. Ayırıcı tanıyı daha iyi başarmak ve risk faktörlerini tanımak patolojik yas tedavisi ilkelerini anlamak için yararlıdır (75).

2.2.3.3 Travmatik Yas

Travmatik yas, sevilen birinin beklenmedik bir zamanda ve travmatik bir olay (cinayet, savaş, doğal afet vb) sonucunda kaybedilmesi ardından görülebilen yas şeklidir. Travmatik bir kayıpla karşılaşma ardından yaşanan yasin, travma sonrası stres bozukluğu ve / veya majör depresif bozukluk ile komorbid semptomları vardır. Travmatik yas, travmayı yas veya yas tepkileri ile birleştiren nispeten yeni bir terimdir. Travmatik yasin diğer yas türlerinden en önemli farkının ‘ölüm şekli’ olduğu belirtilmiştir (80).

Travmatik yas normal ölüm deneyiminin dışında olduğunda ortaya çıkabilir. Ani hastalık, şok edici bir kaza, intihar veya cinayet gibi bir olay nedeniyle beklenmedik ve ani bir şekilde çocuk, herhangi bir yakın akraba veya arkadaş kaybı, doğrudan yaşanmasa da travmatik bir kederle sonuçlanabilir. Normal bir yas tepkisine

ek olarak, kişi uzun süreli uyuşukluk, inançsızlık, insanlara güven kaybı ve gelecekle ilgili umutsuzluk hissedebilir. Bu durumlar yıllarca sürebilir.

Travmatik yas kişi için önemli birinin ölümüyle provoke edilir ve travma sonrası stres bozukluğuna benzer semptomlar içerir, ancak özellikle kayıp kişiye odaklanır. Semptomlar, düşüncesinde ölen kişiyle aşırı meşgul olma, özlem, arama, yalnızlık ve işlev bozukluğu; travmatik sıkıntı, güvensizlik, öfke ve benzeri duygular olmak üzere iki kategoride toplanmıştır (81).

2.2.4.4 Hazırlık - Beklenti Yası (Preparatory and Anticipatory Grief)

Literatür incelendiğinde terimsel olarak hem hazırlık hem de beklenti (preparatory and anticipatory grief) yası terimlerine rastlanmıştır. İçeriklerine bakıldığında aynı kavramı temsil etmektedirler. Bu çalışmada karışıklığı engellemek amacıyla “hazırlık yası” terimi kullanılması tercih edilmiştir.

Hazırlık yası, ölümcül hastalık tanısı almış hastaların, kendi ölümlerine hazırlandıkları bir süreç olarak belirtilmektedir. Hasta için ölüme, normal bir uyum süreci olduğu ve hasta ailesinin de, “hazırlık yası” sürecini deneyimledikleri bildirilmiştir. Hazırlık yası, ileri evre hastalık tanısı almış bireylerin, kendilerini yakın gelecekte bekleyen kayıp deneyimi (kendi ölümleri) ve ölümden sonraki süreçteki kayıpları (örneğin çocuklarının babasız veya annesiz kalması gibi) da kapsamaktadır. Aynı zamanda bireyin, içerisinde bulunduğu durumu kabullenmesi ile sonuçlanmaktadır (82,83,84,85,86,87).

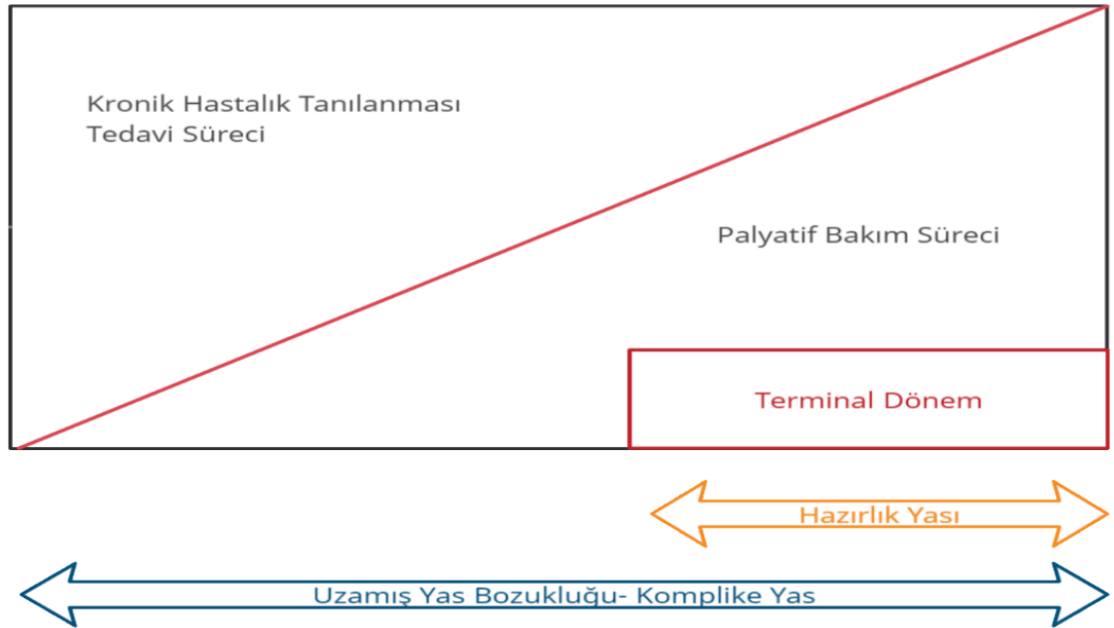
2.2.4.5. Uzamış Yas Bozukluğu (Prolonged Grief Disorder)

Uzamış yas bozukluğu, eskiden komplike yas olarak adlandırılan, majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu veya diğer stresle ilişkili bozukluklardan ayırt edilebilen, iyi tanımlanmış bir bozukluktur (7,8,88). Temel semptomlar, yoğun özlem ve ölen kişiyle meşguliyettir; kayıp nedeniyle şaşkınlık veya şok hissi gibi reaktif sıkıntı semptomları; kayıp ile beraber duygusal uyuşma, hissizlik ve sosyal/kimlik bozulması, örneğin bağımsız hissetme veya diğer insanlara güvenmeyi zor bulmaktır. Uzamış yas bozukluğu, Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD)

11. Revizyonunda mental hastalıklar bölümünde ve Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı (DSM), Beşinci versiyonunda, "kalıcı karmaşık yas bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir (79,89). Prevalans ile ilgili olarak, 14 çalışmayı içeren bir meta-analizde, toplu halde % 9,8'lik bir prevalans bildirmiştir. Diğer bir deyişle ani şiddete maruz kalan 10 yetişkinden biri uzamış yas bozukluğu geliştirebilir (90). Bu her iki önemli tanı rehberinde yer alan kriterler, 'yakın birinin ölümü' ile başlamaktadır ve yas süreci ölüm ile ilişkilendirilmektedir.

Uzamış yas bozukluğu, normal yastan farklıdır ayrıca normal yasin ne kadar sürdüğü, patolojik yasin nerede başladığını tespit etmek oldukça güçtür. Yas tutan kişide belirgin bir keder ve bazı işlevlerde kaybı vardır (91,92). Kayıptan sonra belirli bir süre geçmiş olmasına karşın (en az 6 ay), yas tutan kişi kaybedileni kabul etmeye direnç gösterir ve duruma bağlı travmatik stres gözlemlenir. Yaşamının merkezinde kayba yönelik yoğun özlem duygusu vardır. Uzamış yas bozukluğunun sağlıkta bozulma ve artmış intihar eğilimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tedavi edilen hastalarda görülen komorbidite oranı yüksektir. Randomize klinik çalışmalarda, çoğu yaşlı kişide depresif semptomlar, anksiyete ve travma sonrası stres semptomlarının eşlik ettiği bildirmiştir (93,94).

Şekil 3. Uzamış yas bozukluğu ve hazırlık yası diagramı



2.3. Kanser ve Yas Süreci

Ölüm yaklaştıkça, ölümcül hastalığı olan hastaların fiziksel ve psikososyal stres faktörlerinin sayısı ve şiddetinde de artma yaşanmaktadır. Bu stresörler, ağır fiziksel semptomlarla birlikte artan kırılganlığı, bağımsızlık kaybını, sosyal bağlarda azalmayı, varoluşsal sıkıntıda artmayı, moral bozukluğunu, ölüm kaygısını ve hazırlık yasını içerebilir. Hastalığın ilerlemesi ve beraberinde getirdiği stresörler, hastalara sağlık durumlarının ciddiyetini hatırlatabilir ve psikiyatrik bozukluk geliştirme risklerini artırabilir. Palyatif bakım ortamlarında çalışan birçok klinisyen de, ölüm yaklaştıkça ruhsal bozukluk oranlarının arttığını ileri sürmüştür (95).

Ölmekte olan kişiler, kaybedecekleri değerlerin yasını tutarak ölümüne hazırlanır. Yeni tanı almış bireyler ise, sağlık kaybı, işlev kaybı gibi durumlara yönelik yas tutmaya başlarlar. Önceden bağımsız olan kişi artık zayıf olabilir ve en temel ihtiyaçlar için bile başkalarına bağımlı olabilir. Ölmekte olan kişi ve ailesi yeni, daha kırılgan bir benlik duygusuna alıştıkça eski öz imge kaybolabilir (25). Kansere bağlı gelişen çoklu kayıplar, hastalarda yas tepkilerini ortaya çıkarmakla beraber, yasla ilgili yapılan çalışmaların çoğunda hasta yakınlarına odaklanılmıştır. Kanseri hastalarında yas olgusu ilk defa Elizabeth Kübler-Ross'un son dönem hastaları ile yaptığı çalışmalar sonucunda ortaya atılmıştır (74).

Beklenti yası terimi sevilen birinin ölümünden önce, arkadaşlarının ve aile üyelerinin yaşadığı keder sürecini ifade ederken, hazırlık yası, kendi yaklaşan ölümleriyle yüz yüze kalan bireylerin yaşadığı yastır. Hazırlık yası yaşayan bireyler sadece yaşamlarını kaybetmenin üzüntüsü ve kederiyle karşı karşıya değildir. Hastalıklarına bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonların sonucu olarak belirli fiziksel ve bilişsel yeteneklerini kaybetmenin de kederini yaşarlar. Hastalar bu süreçte aşamalı olarak kendi benliğini ve bağımsızlığını da kaybetmeye hazırlanır (96). Literatür incelendiğinde kanser hastalarının yaşadıkları yas ile ilgili insidans veya prevelans çalışmalarına rastlanmamasına karşın, hazırlık yası ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (84,85,97,98,99). Daha önce de belirtildiği gibi, kanser hastalarında en çok tanımlanan ruhsal bozukluklar depresyon ve anksiyetedir ve bunların yasla ilişkisi çok da çalışılmamıştır. Ayrıca, depresyonun ağır hastalarda evrensel ve normal bir fenomen olduğuna dair yaygın bir yanlış algı vardır. Bu nedenle, klinisyenler bu

hastaları klinik depresyon açısından rutin olarak taramada başarısız olabilir (100). Yapılan araştırmalar incelendiğinde daha önce cerrahi ameliyat geçirme, çok güçlü opioid kullanma, distres, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyetenin, hazırlık yasının habercileri olabileceği sonucuna varılmıştır (83,96,98). Kanser tanısı almış hastalarda yoğun keder, içe çekilme, uyku ve iştah bozukluğu gibi semptomlar depresyon belirtisi olarak görülüp, yas tepkisinin anlaşılmasını zorlaştırabilir. Jacobsen ve ark. (2010), kanser tanısı almış hastalar ile yürüttükleri çalışmada, majör depresyon ve yasin farklarını ortaya koymuşlar ve yanlış değerlendirmeler ile yas olgularının gözden kaçtığına işaret etmişlerdir (8).

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde yas ve depresyon arasında ayrım yapmak, tedavileri farklılık gösterdiğinden hayati önem taşır. Uyarlanabilir bir süreç olan normal yas, danışmanlığa ve sürekli desteğe genellikle iyi yanıt verir. Aksine, depresyon önemli sıkıntıya neden olan patolojik bir durumdur ve farmakolojik olmayan ve farmakolojik modalitelerin bir kombinasyonu ile tedavi edilmesi gerekir. Uygun şekilde tanı konulur ve tedavi edilirse, ağır hastalarda depresyon etkili bir şekilde hafifletilebilir (100). Terminal dönemdeki hastalar için depresyon belirtilerine yönelik olarak sadece antidepresan ve psikoterapi akla gelmesine rağmen, yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, psikoterapi ile Uzamış Yas Bozukluğunun (UYB) anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir (8,101).

Yas ve depresyon arasında ayrım yapmak, aşağıdaki nedenlerden dolayı özellikle ağır hasta popülasyonunda zordur: yas ve depresyon ortak semptomları paylaşır ve bir arada da olabilir. Kübler Ross, depresyonu yas sürecinin içerisinde bir evre olarak belirtilmiştir (73). Worden ise depresyonun yas tutmaya karşı bir savunma görevi gördüğünü belirtmiştir. Depresyonu teşhis etmek için geleneksel olarak kullanılan somatik semptomların çoğu (iştah, kilo ve libido değişiklikleri, enerji kaybı, uykusuzluk) ciddi hastalık sürecinin bir parçası olarak veya yas nedeniyle de görülebilir. Depresyonu tanımlamak için kullanılan duygusal değişiklikler (üzüntü, ağlama) yasta da görülür. UYB ve depresyonun ortak semptomları, üzüntü, ağlama, uyku bozukluğu ve intihar düşüncesidir. Aralarındaki fark, UYB'nin bir kayıp ile gelişmesi, depresyonun ise birçok nedenden kaynaklanabileceği ve bazen nedensiz de gelişebileceğidir. UYB olan bireylerde kayıp hatırlatılınca, dopamin yollarında artmış aktivite gözlemlenirken, depresyon olan bireylerde dopamin yollarının

kapasitesi azalmıştır. Aralarındaki semptomatik farklar Şekil 3'te özetlenmiştir (58,89,102).

Şekil 4. UYB ve depresyon belirtileri

Depresyon	Uzamış Yas Bozukluğu
Kişisel değersizlik duygusu	Kaybedilen kişiye ilgi
Azalmış konsantrasyon	Kayba duyulan yoğun özlem
İlgi kaybı- kaçınma	Kaybın gerçekliğini yaratan durum ve olaylardan kaçınma
	Kaybı kabul etmede güçlük
Psikomotor gerginlik	Kayıptan bu yana başkasına güvenememe
Aktivite değişikliği var	EEG Aktivite değişikliği yok
Yaygın umutsuzluk nedeniyle	İntihar düşüncesi Kayba kavuşma düşüncesi

Kanser hastalarında yası inceleyen çalışmaların sonuçlarına göre hazırlık yası sık karşılaşılan bir durumdur. Fakat yakın dönemde en fazla bahsi geçen, ICD-11 içerisinde bir tanı olarak yer alacak olan Uzamış Yas Bozukluğudur. Depresyon ve anksiyete gibi yakın dönemin önemli ruhsal sorunları arasında yer alması beklenmektedir. Bu tanı kriterleri sevilen birinin kaybı sonrası yaşanan yasa yönelik olsa bile, kanser hastalığı olan bireyler gözden kaçırılmamalıdır. Yukarıda UYB'ye özel belirtilere bakıldığında, kronik (kanser) hastalık tanısı almış bir bireyin, sağlığına, işine yönelik benzer düşünceler ve duygulara sahip olabileceği düşünülmektedir. Özellikle hastalık ilerledikçe, yaşanan semptomlarının (tat kaybı, uyku bozukluğu vb.), depresyon veya yas kaynaklı mı yoksa hastalık kaynaklı mı olduğunu tespit etmek zordur (8). Bazı zihinsel, bilişsel ve davranışsal semptomlar ile tanı konulurken depresyon ile ortak belirtileri olduğu da akılda tutulmalıdır.

2.4. Yas Süreci ve Hemşirelik Uygulamaları Açısından Önemi

Hemşireler, yaşam sonu bakımı dahil tüm bakım türlerinden sorumludur (103). Hemşirelerin, kronik hastalık tanısı almış bireylere bakım verirken (kanser, diyabet, vb) fiziksel bakımın yanı sıra, psikososyal süreçlerini tanıması ve girişimlerde bulunabilmesi, bakımın önemli komponentlerinden biridir (35,36). Kronik

hastalıkların içerisinde, kanserli hastadaki duygusal değişimler, hastalığın seyri, tedavi süreci, nüks, yeni tanı alınan dönem veya terminal dönemlerden etkilenebilmektedir (37). Literatüre göre kanser hastalarında en sık depresyon, anksiyete bozukluğu, uyum bozuklukları veya kişilik bozukluklarının tespit edildiği belirtilmiştir (37,38,104,105,106). Bununla birlikte, kanser hastalığının, yukarıda belirtilen ve duygusal süreçleri etkileyen her bir evresinde, hastanın bir kayıp süreci ile karşı karşıya kalmasının mümkün olması, hastanın aslında bir yas yaşadığını da gösterebilmektedir.

Tüm hemşirelere ve doktorlara, eğitimleri boyunca yalnızca ‘yaşatmak’ temel mesleki prensip olarak öğretilmiş olup, yaşam sonu, ölüme hazırlanma, yaşam sonu hastalar ile etkili ve terapötik eğitim kurmakta oldukça zorlanmaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin ölüm, yaşam sonu ve kayıp ile ilgili profesyonel eğitim fırsatlarına erişimlerinin kısıtlı olduğu, iş yüklerinden dolayı bu özel desteğe vakit ayıramadıkları belirtilmiştir (107,108). Kanser hastalarında, komorbid olarak gelişebilecek psikiyatrik bozuklukların, aile ve hasta ile yakın ilişki içerisinde olan hekimi ve hemşiresi tarafından erkenden fark edilip, tanınmasının ve soruna yönelik tedavi girişimlerin yapılmasının, tedaviye uyumu arttırdığı belirtilmiştir (109,110,111). Literatür incelendiğinde, kanser hastalarının yaşadığı psikiyatrik durumlara yönelik önerilen hemşirelik girişimleri şunlardır;

-Manevi bakım: Hastalarda, ölüm metaforu olan hastalıkla karşılaşıldığında en çok görülen manevi distrese yöneliktir ve holistik hemşirelik yaklaşımının bir parçası olduğu bildirilmiştir. Kanser hastalarında, yaşam kalitesinin artması, depresyon, distres ve anksiyete seviyelerinin düşmesi, umut seviyesinin artması ve intihar düşüncesinin azalması üzerinde manevi bakımın etkisi olduğu belirtilmiştir (111,112,113).

-Relaksasyon-masaj ve fiziksel egzersiz: Kanser hastalarında yaşanan anksiyete ve depresyonun, fiziksel egzersiz ve tamamlayıcı bir tıp yöntemi olan masaj ile anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir (114,115).

-Bilişsel davranışçı terapi ve eğitimler: Yeterliliğini ve eğitimlerini tamamlamış klinik hemşireler tarafından, onkoloji servislerinde bilişsel davranışçı terapi ve eğitim aktivitelerinin hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerini anlamlı olarak düşürdüğü belirtilmiştir (115,116,117).

-Psikososyal danışmanlık: Hastanede yatmayan kanser hastası ve ailelerine telefonla verilen danışmanlığın, hastaların ve ailesinin anksiyete ve depresyon seviyelerini anlamlı olarak azalttığı belirtilmiştir (117).

-Gevşeme tekniklerinin kullanımı: Deneysel olarak meme kanseri hastaları üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerine bir etkisi olmadığı, multimodel yaklaşımının etkisi olabileceği belirtilmiştir (115,118).

-Sosyal destek ve umudun arttırılması: Literatürde, hemşirelik girişimleri kapsamında, kanser hastası ve ailesine ‘umut’ etmenin arttırılmasının önemi vurgulanmıştır ve en önemli baş etme yöntemi olabileceği belirtilmiştir (111,119).

Hastaların anksiyete, depresyon seviyelerinin kontrol edilmesinde en önemli nokta, belirtilen tüm hemşirelik girişimlerinin rutin ve sürdürülebilir olmasıdır. Ayrıca, yaşam sonu dönemde ailenin hasta ile daha çok zaman geçirmesi, hastaya içinde bulunduğu durum açıkça söylenerek, ertelediği planları gerçekleştirmesine olanak sağlanması, aile fertleri ile hastanın vedalaşması ve hastanın ‘iyi ve huzurlu bir ölüme’ doğru kucak açması sağlanmalıdır.

Onkoloji hemşirelerinin, bakım verdikleri ölmekte olan hastaların yas süreçlerini iyi anlamaları, değerlendirme yapabilmeleri ve yas ile ilgili süreçlerin üstesinden gelebilmeleri gerekmektedir. Çünkü onkolojik ve palyatif bakımın temelinde, hastanın tedavisi mümkün olsun olmasın, hastanın konforunun sağlanması yer almaktadır (120). Literatürde, hemşirelik bakımının içerisinde ‘yas bakım’ sürecinin tanımlanması için ‘bereavement care, bereavement support, grief care ve loss care’ tanımları kullanılmıştır (41,42,43). ANA Hemşirelik Tanı Kitabında, yas süreci ile ilgili olarak üç tanı bulunmaktadır, bunlar; Yas, Komplike Yas ve Komplike Yas Riski’dir (44). NANDA tanı kitabında yer alan Yas ve Kronik Yas tanısı nedenleri arasında; beden işlevi ya da bir organ kaybı beklentisi, benlik kavramı veya beden imajını bozan durumlar, hastalık, ölüm, sakatlık beklenti ve korkusu yer almaktadır. Yalnızca tanı koymak, bütüncül hemşirelik yaklaşımı için yeterli olmamak ile birlikte uygun yas bakımının sağlanması gerekmektedir.

Araştırmalar, hemşirelerin fiziksel bakım sağlama konusunda oldukça yetenekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca yas bakımı çoğunlukla bireysel olarak hemşirenin ilgisinden ve inisiyatifinden kaynaklanmakta olup, yas bakımı ihtiyaçlarını

değerlendirmek için çok az prosedür bulunmaktadır. Bu nedenle yas bakımının hemşirelik eğitimine (her seviyede) entegre edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (42).

Yas bakımı, bir hemşirelik bakımı olup, yaşam sonunda ve ölmekte olan hastanın aile bireylerine sağlanan bakım olarak tanımlanır. Buradaki amaç, aileleri yaklaşan ölüme hazırlamaktır. Bu sürecin hasta ölene kadar ki ve hatta ölümden sonraki süreci de içerdği belirtilmektedir (43). Yas bakımında yalnızca ailenin yas sürecine odaklanması, hasta odaklı bakım ile ters düşmektedir. Hastanın bire bir ölümcül hastalık sürecinde ve kendi ölüm sürecinin farkında olduğu, hastalığın getirdiği fiziksel semptomlar (ağrı, yorgunluk vb) ile baş etmek zorunda olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Hemşirelerin holistik yaklaşım çerçevesinde hem ailenin hem de hastanın yas süreçlerini iyi tanımlayabilmeleri gerekmektedir.

Yas tepkilerinin iyi anlaşılmasının, yas sonrası (hem fiziksel remisyon hem duygusal) yaşama uyum sürecine yardımcı olmayı engelleyebileceği düşünülmektedir (18). Hemşirelerin, yas sürecinin ölüm sonrası değil herhangi bir kayıp sonrası hastanın yaşayabileceğini bilmesi önemlidir. Özellikle kanser gibi kronik hastalıklarda, hastalığın sağlık, bağımsızlık, iş gibi büyük kayıplara yol açmasının ardından hastanın yas sürecinin tespit edilmesi ve sürece yönelik girişimlerde bulunması önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü:

Bu çalışma, tanımlayıcı ve analitik desende planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapılacağı Yer

Araştırma COVID- 19 pandemisi nedeniyle, yüz yüze yapılamadığı için Facebook üzerinden hastaların bulunduğu gruplarda anket yayımlanarak yürütülmüştür. Bu gruplar; Kansere Dans Grubu, Kanseri Yenenler, Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Kanseri, Kansere Hastaları Dayanışma Grubu, Kansere Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Grubu-1, Kansere Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Grubu-2, Kansere Hastaları ve Yakınları Dua ve taziye Grubu, Mide Kanseri Grubu, Tiroid-Tiroid Kanseri Derneği- Kansere Savaş, Kanseri Yenenler, Kansere Savaşçıları Derneği, Meme Kanseri Bilgilendirme Grubu, Akciğer Kanseri Yol Haritası Grubu ve Kansere Gülümse Derneği, Kansere Hastalarının Paylaşım Penceresi Grubu, Kanseri Yendim Sıra Sende Hayat Grubu, Hodgkin Lenfoma Hasta ve Hasta Yakınları Buluşma Yeri Grubu, Meme- Rahim- Over- Kansere Savaşçıları Derneği Grubu, Serviks Kanseri Hastaları ve Dayanışma Grubu, Baş ve Boyun Kanseri- Kansere Savaşçıları Derneği Grubu, Kansere Hastalıkları Bilgilendirme Grubu, Beyin Tümörü-Kansere Savaşçıları Derneği, Meme Kanseri Bilgilendirme Grubu'dur.

3.3 Evren ve Örneklem

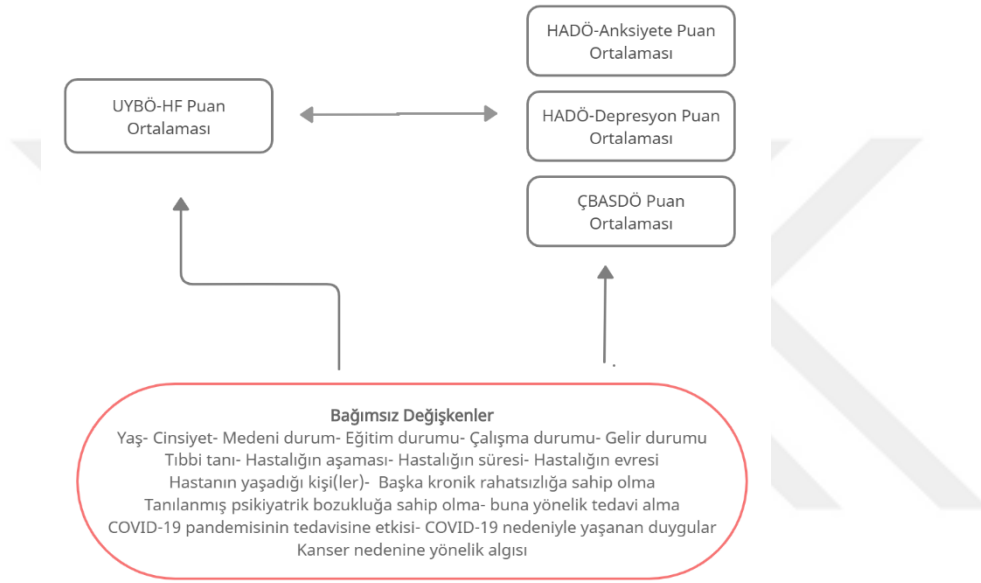
Veri toplama COVID-19 pandemisi koşulları nedeniyle dijital anket yöntemi kullanılarak uyguladığı için, ve gönüllü ve kanser tanısı olan tüm bireyler çalışmaya katılabileceğinden dolayı evren sayısı bilinmemektedir. Evren sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan %95 güven aralığı ve 0,05 hata payı ile formül uygulandığında örneklem sayısı 385 olarak belirlenmiştir (<https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>). Totalde 408 bireye ulaşılmıştır.

Dahil etme kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Soruları anlayabilmek ve yanıt verebilmek
- Herhangi bir kanser tanısı konmuş olmak

3.4 Araştırma Değişkenleri

Şekil 5. Araştırma bağımlı ve bağımsız değişkenleri ve aralarındaki ilişki



Araştırmanın bağımlı değişkeni Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeğinden (UYBÖ) alınan yas puanıdır. Anksiyete, depresyon ve sosyal destek puanları diğer bağımsız değişkenlerin yas üzerindeki etkilerini yordayıcı (mediatör) faktörler olarak araştırmaya dahil edilmiştir.

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, tıbbi tanı, hastalığın evresi, hastalığın aşaması, hastalığın süresi, kiminle yaşadığı, psikolojik rahatsızlığın varlığı, ilaç kullanma durumu, başka kronik hastalıkların varlığı, hastalık nedenine yönelik algısı, COVID-19 pandemisinin tedavisine etkisi, COVID-19 pandemi nedeniyle yaşanan duygular olarak belirlenmiştir.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı oluşturulan formda, kanser tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili altı ve mevcut sağlık durumu ve aldıkları hizmete yönelik 13 soru olmak üzere toplam 18 soru yer almaktadır (EK.1) (7,8,83,84,97,98).

3.5.2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYBÖ-HF)

Prigerson ve ark (2009) tarafından, kanser tanısı olan bireylerde hastalığın yol açtığı kayıplara ilişkin duygusal deneyimlerini ve yas tepkilerini değerlendirmek amacı ile Karmaşık Yas Envanteri (Inventory of Complicated Grief) olarak geliştirilmiş, ICD-11 içerisine Uzamış Yas Bozukluğu tanısının girmesiyle birlikte, ölçeğe Uzamış Yas Bozukluğu adı verilmiştir (121). Bu ölçek için, hasta formu, bakım verenler ve sevdiklerini birini kaybedenlere yönelik olarak üç farklı form geliştirilmiştir. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği- Hasta Formu, Jacobsen ve ark. (2010) tarafından oluşturulmuştur. Orijinal ölçekte cronbach alpha değeri 0.86 olarak hesaplanmıştır (8). Gökler-Danışman ve ark. (2017) tarafından, kanser tanısı nedeniyle tedavi gören hastalar üzerinde, Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .88 olarak saptanmıştır (7). 12 maddelik ve beşli Likert tipi olan ölçek; 1 ve 4. maddeler için 1=hiç, 2=en az bir kere, 3=en az haftada bir kere, 4=en az günde bir kere, 5=günde birçok kere; 5 ve 12. maddeler için 1= hiç, 2=çok az, 3=biraz, 4=çok ve 5=çok fazla şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri bulunmamakta ve ölçekten en az 12 puan, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, yas belirtilerindeki artışa işaret etmektedir (7,8,121) (EK. 2). Bu çalışmada UYBÖ Cronbach's alfa değeri katsayısı 89.5 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HADÖ)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyonu belirlemek üzere geliştirilmiştir (122). Ölçeğin geliştirilmesindeki amaç, hastanın anksiyete ve depresyonunu tanılamak değil, hastalıktan dolayı risk durumunu belirlemektir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 14 sorudan oluşup, iki alt ölçek barındırmaktadır. Bunlar, anksiyete alt ölçeği (tek sayılarla numaralandırılmış yedi soru) ve depresyon alt ölçeği’dir (çift sayılarla numaralandırılmış yedi soru). Bedensel hastalığı olan bireylerdeki anksiyete alt ölçeği iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0.85, depresyon alt ölçeği iç tutarlılık Cronbach alfa değeri ise 0.77 olarak saptanmıştır. Sorulara verilen cevaplar, dörtlü likert tipinde 0-3 arası puanlanmaktadır ve her yanıtın puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler için puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir (122,123) (EK. 3). Bu çalışmada anksiyete alt ölçeği için Cronbach’s alfa değeri 81.9; depresyon alt ölçeği için 84.5’tir.

3.5.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ)

Ölçek, Zimet ve ark. (1988) tarafından, aile, arkadaşlar ve özel biri olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini subjektif olarak değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilirken öne sürülen tez, sosyal desteğin, anksiyete depresyon düzeyleri ile negatif yönlü bir ilişki içerisinde olmasıdır. Orijinal ölçek cronbach alfa sayıları sırasıyla; Aile Alt Ölçeği için 0.87, Arkadaşlar Alt Ölçeği için 0.85, Özel Biri Alt Ölçeği için 0.91 ve toplam ölçek için 0.88 olarak bulunmuştur (124). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçekte üç alt ölçek bulunmaktadır; Aile, Arkadaşlar ve Özel Biri alt ölçekleridir. 7’li likert (1:Kesinlikle Hayır – 7:Kesinlikle Evet) tipte geliştirilen ölçekten, en düşük 12 puan ve en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliğinde cronbach alfa sayıları ise; Aile Alt Ölçeği için 0.85, Arkadaşlar Alt Ölçeği için 0.88,

Özel Arkadaş Alt Ölçeği için 0.92 ve toplam ölçek için 0.89 olarak bulunmuştur (113). Ölçekte toplamda 12 soru bulunmaktadır, farklı dörtlü soruların puan toplamaları her bir alt ölçeği oluşturmaktadır. 3,4,8,11 puanlarının toplamı Aile Alt Ölçeğini, 6,7,9,12 puanlarının toplamı Arkadaşlar Alt Ölçeğini, 1,2,5,10 puanları ile Özel Biri Alt Ölçeğini oluşturmaktadır. Alınan puanın artması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (54,124) (EK 4). Bu çalışmada Çok boyutlu algılanan Sosyal destek ölçeği Cronbach alfa değeri 94.3'tür.

3.6. Verilerin Toplanması

Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul onayı ve kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra bir sosyal medya aracı olan Facebook grupları ile iletişime geçilmeye başlandı. Her bir gruba tek tek üye olunarak, grup yöneticilerine tez sürecinin anlatıldığı ve etik kurul izninin eklendiği bir mesaj hazırlanarak e-mail veya Facebook üzerinden ulaşıldı. Veri toplama işlemi 15 Eylül 2020- 31 Ekim 2020 tarihleri arasında yapıldı. Google Doc Forms üzerinden anketler dijital olarak oluşturuldu. Gruplarda her hafta pazartesi yeniden anket linki, açıklama ile paylaşıldı. Dijital ortamda yapıldığı için, eksik veya yarım kalan anketlerin tamamlanmış gibi onaylanmasına izin verilmediği için, veri kaybına uğrayan veya değerlendirme dışı kalan ankete rastlanmamıştır. Toplamda 408 hastaya online olarak ulaşılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, ilk olarak normal dağılımı için Test of Normality analizi yapılmış olup, Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Tabacnich ve ark (2013) göre, Skewness ve Kurtosis değerleri +1,5 ve -1,5 arasında ise, normal dağılım gerçekleştiği kabul edilmiştir (125). Verilerimiz bu bilgiler ışığında normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca UYBÖ-HF ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırmaları (SPSS 26 paket programı) İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılığı Testi (t -Testi) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), sürekli değişkenler olan diğer ölçek puanları, yaş ve hastalık süresi gibi değişkenlerin ilişkisi Pearson Korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonucunda anlamlı çıkan gruplarda farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla, Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır.

Anlamlı korelasyon görülen depresyon, anksiyete ve ÇBASÖ, puanlarının, UYB ve bağımsız değişkenler üzerindeki yordayıcı etkisini göstermek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Karşılaştırma sonuçlarının değerlendirmesinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Cinsiyet dağılımının tam olarak sağlanamaması ve tanı olarak belirli bir grubun yoğunluğunun oluşması ve bazı gruplara tam olarak erişilememesi çalışmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir. Dijital anket tekniği, kısa sürede hızlı bir şekilde istenen sayıya ve hastalara ulaşmamızı sağlamış olsa da cinsiyet olarak bu tarz gruplarda kadınların daha fazla yer alması ve anketi doldurmaya daha yatkın olmaları nedeni ile bu durumun yaşandığı düşünülebilir. Tanı olarak en çok meme kanseri olan bireylerin katılım sağlamış olmasının nedenleri ise, insidansın oldukça yüksek olması, kendi içlerinde etkin sosyal destek gruplarının olması, toplumsal farkındalığın iyi bir noktaya gelmiş olması, uzun sağ kalım oranları gösterilebilir. Özellikle baş boyun kanserleri gibi tanılarda okuma, yazma ve konuşma fonksiyonlarının hızla etkilenmesi, pankreas, karaciğer kanseri gibi tanılarda sağ kalım oranlarının oldukça düşük olması, ayrıca COVID-19 nedeniyle kırılgan grup olan immunosupresif kanser hastalarının süreçlerinin negatif etkilemesi, ulaşılabilen hasta açısından sınırlılıklar yaratmıştır.

3.9 Etik Kurul Onayı

Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan 10.08.2018 tarihinde 2018.188.IRB3.129 sayılı izin alınmıştır. Eylül 2019 tarihinde bir yıl daha uzatma alınmış olup, Eylül 2020 tarihinde hem danışman değişikliği iletilmiş hem de 6 aylık uzatma talep edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örneklemine alınan 408 kanser tanısı olan bireyin sosyodemografik özellikleri, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği- Hasta Formu (UYBÖ-HF), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Hastane Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalamaları ile aralarındaki ilişkiyi inceleyen bulgular yer almaktadır.



Tablo 1.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve UYB, anksiyete, depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek karşılaştırmaları

	n	%	UYBÖ-HF Ort ± SS	HAÖ Ort ± SS	HDÖ Ort ± SS	ÇBASDÖ Ort ± SS
Yaş						
14-35 ^a	45	11	39,75±11,68	11,55±5,51	9,64±5,13	57,60±20,82
36-45 ^b	148	36,3	37,70±12,49	10,28±4,59	8,41±4,75	60,73±19,84
46-55 ^c	128	31,4	36,33±12,43	9,22±4,09	7,54±4,60	61,30±20,71
56-65 ^d	66	16,2	34,05±12,69	8,42±4,28	8,33±5,33	57,57±19,59
66 ve üstü ^e	21	5,1	37,42±12,67	9,52±4,03	8,90±5,32	61,14±18,83
*F	p		1,723 ,144	4,243 ,002	1,717 ,145	,598 ,664
Bonferroni				a>d		
Cinsiyet						
Kadın	338	82,8	36,80±12,62	9,96±4,53	8,07±4,90	60,78±20,31
Erkek	70	17,2	37,5±11,77	8,74±4,52	9,34±4,74	56,64±18,81
**t	p		-,42 ,670	2,05 ,043	-2,02 ,045	1,65 ,101
Öğrenim Durumu						
İlköğretim ^a	57	13,8	42,19±12,01	11,54±4,70	10,50±5,29	61,01±28,75
Lise ^b	161	39,5	36,66±13,17	9,77±4,53	8,59±4,85	56,15±20,94
Üniversite ^c	161	39,5	35,41±11,25	9,32±4,46	7,32±4,52	63,18±19,45
Master/Doktora ^d	29	7,1	36,34±13,66	8,48±4,03	7,58±4,93	62,75±18,61
Bonferroni			a>b a>c	a>c a>d	a>c a>d	c>b
*F	p		4,321 ,005	4,257 ,006	6,636 ,001	3,608 ,013
Medeni durum						
Evli	296	72,5	36,44±12,30	9,85±4,39	8,28±4,76	62,02±18,91
Bekar	54	13,2	39,68±12,07	9,70±4,46	8,83±5,29	54,42±20,66
Boşanmış	58	14,2	36,75±13,52	9,27±5,39	7,81±5,19	55,39±23,75
*F	p		1,546 ,214	,394 ,674	,610 ,544	5,204 ,006
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	122	29,9	34,85±11,83	9,12±4,37	7,41±4,49	63,55±19,19
Çalışmıyor	286	70,1	37,80±12,65	10,02±4,60	8,66±5,02	58,59±20,33
**t	p		-2,25 ,025	-1,86 ,063	-2,46 ,014	2,34 ,020
Ekonomik durumu						
Gelir giderden az ^a	110	27	40,32±11,76	10,07±4,45	8,90±4,58	55,25±21,97
Gelir gideri denk ^b	231	56,6	35,49±12,47	9,22±4,48	7,94±4,95	62,31±18,37
Gelir giderden fazla ^c	67	16,4	36,25±12,73	10,00±4,72	8,46±5,15	60,29±21,18
*F	p		5,845 ,003	4,065 ,018	1,502 ,224	4,680 ,010
Bonferroni			a>b	a>b		b>a
Birlikte yaşadığı kişiler						
Aile	385	94,4	37,04±12,46	9,89±4,54	8,39±4,85	60,29±19,84
Yalnız	23	5,6	34,78±12,68	7,39±4,04	6,47±5,35	56,47±24,20
**t	p		,83 ,413	2,86 ,008	1,67 ,106	,74 ,466

*ANOVA **t-testi

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve yaş, anksiyete, depresyon ve sosyal destek ortalamaları ve karşılaştırma bulguları yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 47,05 ± 10,46 (14-78)’dir, (Median: 46). Hastaların %82,2’si kadın, %39,5’i lise ve %39,5’i üniversite mezunudur. Ayrıca %72,5’i evlidir, %92,4’ü ailesi ile birlikte yaşamaktadır ve yalnızca %29,9’u çalışmaktadır.

Katılımcıların %70,1'i çalışmamaktadır ve derinlemesine bakıldığında çalışmama nedenleri arasında; raporlu olma, ev hanımı, pandemiden dolayı izinli olma, sezonluk işçilik yapma, öğrenci ve çocukları ile birlikte vakit geçirmek istedikleri için çalışmayı tercih etmeme yer almaktadır. Ölçek puan ortalamaları ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında;

-Yaş ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). En yüksek puanı 14-35 yaş arası grup alırken, en düşük puan ortalaması 46-55 yaş grubu katılımcılara aittir. Post Hoc analiz için Bonferroni testi kullanılmış olup, 14-35 ile 56-65 yaş arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir, 14-35 yaşın puanları anlamlı derecede yüksektir.

-Cinsiyet değişkeni ile HAÖ ve HDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların, HAÖ puan ortalaması erkeklerden yüksek iken, erkeklerde HDÖ puan ortalaması kadınlardan yüksektir.

-Mezun olunan okul ile UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ v ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Puan ortalamalarına bakıldığında, UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ'den en yüksek puanı ilkokul-ortaokul mezunları alırken, ÇBASDÖ'den en yüksek puan ortalaması üniversite mezunlarına aittir. Farklılığın, UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ için ilkokul-ortaokul mezunları ile lise ve üniversite mezunları arasında olduğu; ÇBASDÖ için lise ve üniversite mezunu olan gruplar arasında olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

-Çalışma durumları ile UYBÖ-HF, HDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmayanların UYBÖ-HF ve HDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek iken, aktif çalışmaya devam eden bireylerde ÇBASDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

-Ekonomik durum ile UYBÖ-HF, HAÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geliri giderden az olan katılımcıların UYBÖ-HF ve HAÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek tespit edilirken, ÇBASDÖ puan ortalaması gelir gidere denk olan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Post Hoc Bonferroni analizinde, gelirin giderden az olan ile denk olan grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

-Birlikte yaşanan kişiler ile HAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). HAÖ puan ortalaması, aile ile birlikte yaşayan bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur.



Tablo 2. Katılımcıların hastalık ile ilgili özellikleri ve UYB, anksiyete, depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ortalamaları karşılaştırmaları

	n	%	UYBÖ-HF Ort ± SS	HAÖ Ort ± SS	HDÖ Ort ± SS	ÇBASDÖ Ort ± SS
Tıbbi Tanı						
GIS	38	9,3	35,65±14,03	8,97±5,03	8,68±4,92	60,89±17,61
Akciğer	30	7,4	38,53±13,28	9,56±4,47	9,73±5,83	62,86±19,04
Meme	199	48,8	36,07±12,47	9,89±4,34	7,74±4,64	60,42±20,49
Jinekolojik	21	5,1	38,00±11,59	9,52±4,60	8,19±4,27	61,52±23,97
Baş-Boyun	24	5,9	42,20±9,91	10,91±4,20	9,83±5,04	59,08±19,38
Hematolojik	42	10,3	37,21±13,23	9,66±5,89	8,33±5,20	59,52±20,72
Tiroid	22	5,4	37,45±11,11	9,81±4,22	7,50±4,94	55,68±20,97
Diğer	32	7,8	36,75±11,94	9,28±3,97	9,21±5,11	57,87±19,13
*F	p		,905 ,503	,475 ,853	1,351 ,225	,330 ,940
Tanı Aldığından Beri Geçen Süre						
0-24 ay	207	50,8	38,14±12,78	9,53±4,54	8,72±4,98	59,84±120,83
25 ay ve üzeri	201	49,2	35,65±12,05	9,98±4,55	7,84±4,77	60,34±20,10
**t	p		2,026 ,043	-,995 ,320	1,828 ,068	-,273 ,813
Hastalık Evresi						
Evre I ^a	93	22,8	35,60±12,56	9,70±4,68	7,43±4,34	59,32±20,09
Evre II ^b	117	28,7	36,92±12,19	9,82±4,49	8,33±4,93	58,13±20,61
Evre III ^c	98	24,0	35,30±11,95	9,64±4,00	7,84±4,43	62,33±19,23
Evre IV ^d	100	24,5	39,73±12,90	9,82±5,04	9,47±5,55	60,84±20,37
*F	p		2,615 ,051	,037 ,990	3,213 ,023	,867 ,458
Bonferroni					d>a	
Hastalık Aşaması						
Yeni tanı ^a	15	3,7	40,20±13,39	10,46±5,95	10,20±5,34	49,20±14,31
Tedavi aşaması ^b	120	29,4	38,22±12,19	9,55±4,32	8,73±4,59	62,53±20,05
Metastaz- Nüks- Tedavi kesildi ^c	50	12,3	41,24±11,69	10,68±5,05	10,54±5,57	60,66±21,00
Takip Kontrol ^d	223	54,7	35,03±12,43	9,60±4,45	7,41±4,66	59,35±20,07
*F	p		4,605 ,004	,971 ,406	7,293 ,001	2,189 ,089
Bonferroni			c>d		c>d	
Kanser Dışında Kronik Rahatsızlığı						
Var	170	41,7	36,95±11,87	9,94±4,34	8,60±4,99	59,11±20,03
Yok	238	58,3	36,89±12,90	9,61±4,70	8,06±4,82	60,76±20,16
**t	p		,05 ,959	,71 ,474	1,09 ,273	,81 ,415
Kanser Nedenine Atıflar						
Çevresel Faktörler- Olumsuz Alışkanlıklar ^a	28	6,9	32,64±13,36	8,32±13,36	7,71±4,69	59,78±20,55
Bireysel faktörler ve bedene yönelik algı ^b	81	19,9	33,04±11,17	8,37±3,75	6,69±4,28	63,91±16,42
Psikolojik Faktörler ^c	232	56,9	39,03±12,68	10,64±4,76	9,05±4,98	57,40±21,53
Şanssızlık ^d	59	14,5	36,52±11,36	8,93±4,18	8,03±4,95	64,16±16,99
Bilmiyorum ^e	8	2,0	32,62±11,57	9,00±3,29	6,25±4,65	69,50±20,93
*F	p		3,899 ,002	4,779 ,000	3,500 ,004	3,154 ,008
Bonferroni			c>b	c>b	c>b	b>c

*ANOVA **t-testi

Tablo 2’de katılımcıların hastalık ile ilgili özellikleri ve UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamalarının karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Katılımcıların tıbbi tanıları incelendiğinde; %48,8’inin Meme Ca, %10,3’ünün Hemotolojik kanserler (multiple myeloma, lenfoma ve lösemiler) ve GIS (Gastrointestinal Sistem- mide, kolon, özefagus, anüs) olduğu tespit edilmiştir. Tanı alındığından beri geçen süre ise, %50,8’inde 0-24 ay (2 yıl), %49,2’sinde 25 ay (2 yıl) ve üzeridir(Median:24 ay); kanser evresine bakıldığında, %22,8’i Evre I, %28,7’si Evre II, %24’ü Evre III ve %24,5’i Evre IV’tür. Hastalık aşamaları incelendiğinde, katılımcıların %29,4’ünün tedavi aşamasında (kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, hormon tedavisi, cerrahi operasyon, kemik iliği nakil süreci), %54,7’sinin tedavisinin tamamlanmış ve kontrol evresinde, %12,3’ünün metastaz ve tedavilerin durdurulduğu evrede ve %3,7’sinin ise yeni tanı almış, olduğu görülmüştür. Katılımcıların %58,3’ü kanser dışı kronik rahatsızlığı olmadığını belirtirken, kronik rahatsızlığı olanlar rahatsızlıklarını; diyabetes mellitus, hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları, yüksek kolesterol, guatr, hipotiroidi, COVID-19, kronik bronşit, hepatit C olarak belirtmişlerdir. Katılımcılara kanserin nedenleri sorulduğunda, %56,9’u psikolojik nedenlere (sıkıntı, üzüntü, stres), %19,9’u bireysel nedenlere (immün sisteminin zayıf olması, genetik, yoğun çalışma temposu), %14,5’i şanssızlığa, %6,9’u çevresel faktörler (kimyasallar, hava-su kirliliği)-olumsuz alışkanlıklara (alkol, sigara, madde kullanımı) atıf yapmışlardır.

Hastalıkla ilgili özellikler ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

-Tıbbi tanı ve kanser dışı kronik rahatsızlığı olması değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

-Tanı aldığından beri geçen süre ile UYBÖ-HF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Tanı süresi 0-24 ay arası olan grupta UYBÖ-HF puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

-Hastalık evresi ile HDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). HDÖ için farklılığın kaynağının tespit edilmesi için yapılan Post-Hoc Bonferroni testinde farkın Evre I ve Evre IV arasında olduğu bulunmuş olup, Evre IV’ de olan hastaların HDÖ puanı Evre I de olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

-Hastalık aşaması ile UYBÖ-HF ve HDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). UYBÖ-HF ve HDÖ için farklılığın kaynağının tespiti için Post Hoc Bonferroni analizi yapılmış olup, takip aşaması ve metastaz-nüks arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Metastaz-nüks olup tedavisi durdurulan grubun ölçek puanları, takip aşamasında olan gruptan anlamlı düzeyde yüksektir.

-Kanser nedenine yapılan atıflar ile UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Psikolojik faktörlere atıf yapan hastalar UYBÖ-HF, HAÖ ve HDÖ ölçeklerinden en yüksek puanı alan grup olurken, “bilmiyorum” yanıtını veren hasta grubunun ÇBASDÖ puan ortalamaları diğer gruplardan yüksektir. Post-Hoc Bonferroni testinde, tüm ölçekler için bireysel faktörlere ve psikolojik faktörler ve bedene yönelik algı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ için bu sonucun psikolojik faktörler lehine olduğu tespit edilirken, ÇBASDÖ için bu sonucun bireysel faktörler ve bedene yönelik algı lehine olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların psikolojik durumları ile ilgili özellikler ve ölçek puan karşılaştırmaları

	n	%	UYBÖ-HF Ort ± SS	HAÖ Ort ± SS	HDÖ Ort ± SS	ÇBASDÖ Ort ± SS
Tanı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlık						
Var	79	19,4	41,44±12,38	10,83±4,36	9,65±4,77	57,02±22,53
Yok	329	80,6	35,83±12,26	9,49±4,56	7,96±4,87	60,81±19,43
**t p			3,62 ,001	2,43 ,016	2,82 ,006	-1,37 ,172
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu						
Evet	102	25,0	41,17±11,97	10,93±4,49	9,75±4,95	57,14±22,34
Hayır	306	75,0	35,50±12,33	9,35±4,51	7,80±4,78	61,05±19,23
**t p			4,11 ,001	3,05 ,003	3,47 ,001	-1,58 ,116
Son Bir Ayda Yaşanan Travmatik Olaylar						
Sevilen birinin kaybı ^a	55	13,5	38,76±11,17	10,85±4,56	9,21±5,17	57,36±20,63
Sevilen birinin hastalık tanısı ^b	31	7,6	38,64±12,33	10,22±4,54	8,00±4,44	66,93±14,10
Travmatik olaya maruz kalma ^c	37	9,1	40,45±11,99	11,29±4,45	10,08±5,13	48,19±20,52
Hastalık ile ilgili alınan negatif haber ^d	73	17,9	41,65±12,12	10,63±4,11	10,27±4,31	62,46±16,94
Travmatik öykü yok ^e	212	52,0	33,92±12,30	8,82±4,54	7,09±4,70	60,90±20,95
*F p			7,336 ,001	5,020 ,001	8,497 ,001	4,500 ,001
Bonferroni			c,d>e	a,c,d>e	a,c,d>e	b,d,e>c
COVID-19 Pandemi Sürecinin Tedaviye Etkisi						
Tedavi etkilenmedi ^a	266	65,2	35,72±12,35	9,36±4,37	7,78±4,69	62,04±19,05
Tedavi kısmen etkilendi ^b	124	30,4	39,14±12,21	10,42±4,74	9,13±5,09	57,57±20,48
Tedavi alamadı ^c	18	4,4	39,33±14,26	10,88±5,60	9,83±5,53	48,22±21,32
*F p			3,581 ,029	2,924 ,054	4,204 ,016	5,490 ,004
Bonferroni			b>a		b>a	a>c
COVID-19 nedeniyle yaşanan duygular						
Kayıp hissi ^a	47	11,5	42,42±11,76	11,63±4,64	10,59±5,06	54,14±21,66
Daha az yalnız hissettirdi ^b	41	10	35,41±12,09	9,70±4,04	8,70±5,14	61,31±21,43
Üzüntü ^c	26	6,4	44,30±11,50	11,26±3,90	11,23±4,81	60,46±21,58
Sabır ^d	134	32,8	34,28±11,82	8,76±4,31	7,14±4,29	61,60±18,89
Öfke ^e	38	9,3	36,89±11,97	9,42±4,73	8,28±5,05	63,00±20,31
Korku-Kaygı ^f	45	11	34,15±12,44	9,08±4,73	7,44±5,12	56,95±18,76
Yalnızlık-Çaresizlik ^g	68	16,7	39,57±12,00	10,89±4,28	8,57±4,52	60,75±19,48
Etkilemedi ^h	9	2,2	26,88±15,11	6,44±6,32	4,88±5,18	59,77±28,12
*F p			5,538 ,001	4,127 ,001	5,088 ,001	,999 ,431
Bonferroni düzeltmesi			a>d, c>d, c>h	a>d, c>d		

*ANOVA **t-testi

Tablo 3'te katılımcıların psikolojik durumları ile ilgili özellikler ve ölçek puanları karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Katılımcıların %19,4'ünde tanı konulan psikiyatrik bir rahatsızlık olup (panik, depresyon, anksiyete bozuklukları), %25'i bu durumlara yönelik farmakolojik tedavi veya psikoterapi almaktadır. Son bir ay içerisinde yaşanan travmatik süreçler incelendiğinde; %17,9'unun hastalık ile ilgili negatif bir haber aldıklarını, %13,5'inin ise sevilen birinin kaybını yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların, %65,2'si COVID-19 pandemisinin tedavilerini hiç etkilemediğini, %30,4'ü kısmi aksamalar olduğunu belirtmiştir. COVID-19 pandemi sürecinin katılımcılarda yarattığı duygular sorulduğunda, %32,8'i sabır, %16,7'si yalnızlık-çaresizlik ve %11,5'i ise kayıp hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ölçeklerin puan ortalamaları ile psikolojik durum ile ilgili özellikler karşılaştırıldığında;

-Tanılanan psikiyatrik rahatsızlığı olması ve psikiyatrik tedavi alma değişkeni ile UYBÖ-HF, HAÖ ve HDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcılardan tanılanan rahatsızlığı olan ve tedavi alan grubun ölçek puan ortalamaları diğer gruptan yüksek olarak bulunmuştur.

-Son bir ay içerisinde travmatik olaya maruz kalınması ile UYBÖ-HF, HAÖ, HDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastalık ile ilgili negatif haber alan grupta UYBÖ-HF ve HDÖ puan ortalaması, travmatik bir olaya (boşanma, yer değişikliği, kaza, deprem vb) maruz kalan grupta HAÖ puan ortalaması ve sevdiği birine hastalık tanısı konan grupta ise ÇBASDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc Bonferroni analizi yapılmış olup;

- Travma öyküsü olmayan grubun UYBÖ-HF puanı travmatik olaya maruz kalan ve hastalıklıkla ilgili negatif haber alan gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

- Travma öyküsü olmayan grubun HAÖ ve HDÖ puanı sevilen birinin kaybını yaşayan, travmatik bir olaya maruz kalan ve hastalık ile ilgili negatif haber alan gruplara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

- Travma öyküsü olan grupta ÇBASDÖ puanı sevdiği biri hastalık tanısı alan, travmatik olay öyküsü olmayan ve hastalıkla ilgili negatif haber alan gruplara göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

-COVID-19 pandemi sürecinin alınan tedavilere etkisi, UYBÖ-HF, HDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Tedavisini alamayan gruptaki katılımcıların UYBÖ-HF ve HDÖ puan ortalamaları en yüksek bulunurken, ÇBASDÖ puan ortalaması ise tedavisinin etkilenmediği katılımcılarda en yüksek bulunmuştur. Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Bonferroni analizi sonucunda;

-Tedavisinin etkilenmediğini belirten grupta UYBÖ-HF ve HDÖ puanları, kısmen etkilenen gruptan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). ÇBASDÖ puanı ise tedavisi etkilenmeyen grupta tedavisini alamayan gruptan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

-COVID-19 pandemisi nedeniyle kanser hastalarının yaşadığı duygular ile UYBÖ-HF, HAÖ ve HDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Üzüntü duygusunu yaşayan katılımcılarda UYBÖ-HF ve HDÖ puan ortalamaları yüksek bulunurken, kayıp hissi yaşayan katılımcıların HAÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını tespit edilmek amacıyla yapılan Post Hoc Bonferroni testi sonucunda;

- Sabır ve etkilemedi diyen hastalarda UYBÖ-HF ve HDÖ puanları kayıp, korku-kaygı, daha az yalnız hissettirdiğini ifade edenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

-HAÖ için kayıp duygusunu yaşayanlar ile sabır duygusunu yaşayanlar ve sabır duygusu yaşayanlar ile yalnızlık hissedenler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. Ölçek puanları, yaş ve hastalık süresi korelasyonları

	ÇBASDÖ		HDÖ		HAÖ		Yaş		UYBÖ-HF	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Hastalık Süresi (Ay Olarak)	-,047	,344	-,091	,067	-,022	,661	,017	,738	-,089	,072
UYBÖ-HF	-,345	,001	,704	,001	,753	,001	-,123	,005	1	
Yaş	,027	,290	-,055	,133	-,123	,005	1	,067	-	-
HAÖ	-,345	,001	,917	,001	1		-	-	-	-
HDÖ	-,452	,001	1	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 4’te yaş, hastalık süresi ve ölçek puanları arasındaki korelasyonlar bulunmaktadır. Tablo incelendiğinde; yaş ile UYBÖ-HF ve HAÖ puanı arasında negatif yönlü zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca UYBÖ-HF puan ortalaması ile HAÖ ve HDÖ ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü, ÇBASDÖ puan ortalaması ile negatif yönlü zayıf istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). HAÖ ve HDÖ puanlar ile ÇBASDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Hastalık süresi ile yaş ve ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 5. Uzamış yas bozukluğunun yordanmasına ilişkin yaş, HAÖ, HDÖ ve ÇBASDÖ puanları ile çoklu regresyon analizi

Bağımsız değişkenler	B	SH	β	t	p	Güven aralığı %95	
						Min	Max
Sabit	20.902	2.829	-	7.389	.001*	15.340	26.463
Anksiyete	.951	.121	.656	7.857	.001*	.713	1.189
Depresyon	.225	.215	.088	1.050	.295	-.197	.647
ÇBASDÖ	-.016	.023	-.026	-.703	.482	-.061	.029
Yaş	-.043	.040	-.036	-1,095	.274	-.121	.035
R=.755 R ² =56.9 F=133.26 p=.001							

Bağımlı değişken: Uzamış yas B: Coefficients SH: Standard hata CI: Confidence Interval *p<0,05

Bireylerin yaş, anksiyete, depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının yas puanları ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir (R=.755, R²=56.9, p=.001). Bu değişkenlerin tamamı yas puanının %57'sini açıklıyor görülmektedir. Regresyon katsayısının (β) anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise sadece anksiyete değişkeninin uzamış yas üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Depresyon ve sosyal destek istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip görünmemektedir.

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarında yas sürecinin incelenmesi ve katılımcıların hastalık ile ilgili durumları ve psikolojik durumları ile ilgili özelliklerinin yas, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal desteğe etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür, hipotezler çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırmanın tartışma bölümü aşağıdaki bölümler şeklinde sunulmuştur;

-UYB açısından bireysel, hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

-Anksiyete, depresyon açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

-Çok boyutu algılanan sosyal destek açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

-Ölçekler ve yaş arasındaki ilişkinin ve regresyon analizinin karşılaştırılması şeklinde dört başlık altında incelenmiştir.

5.1 UYB açısından bireysel, hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

Uzamış yas bozukluğu (UYB) açısından yaş, eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişiler açısından ise yas puanlarında farklılık görülmemiştir. Her ne kadar yaş kategorileri ve UYB arasında fark görülmese de (Tablo 1), korelasyonda -zayıf bir ilişki olmakla beraber- yaş arttıkça yas puanının azaldığı (Tablo 4) görülmüştür. Literatürde kanser hastalarında, yaş ilerledikçe hazırlık yası ya da uzamış yas bozukluğu puanlarının azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (82,136, 137). Tsilika ve ark. (2009) göre yaş ile azalan hazırlık yasının nedenleri arasında, genç yaş grubunda bulunan kişilerin ölümü yok olma olarak gördükleri, daha yoğun ölüm korkusu yaşadıkları ayrıca yaşlıların ölüm için bir kabulleniş içerisinde oldukları ve uzak, soyut bir kavram olarak görmedikleri bulunmaktadır (82).

Araştırmamızda, cinsiyet ile uzamış yas arasında fark bulunmazken, kanser hastalarında hazırlık yasının ve sevdiği birinin ölümü sonrası yaşanan uzamış yas bozukluğu puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğunu belirten (82,137,138)

alışmalar bildirilmiştir. Bununla birlikte kadın kanser hastalarında yas puanının yüksek çıktığını bildiren araştırmalara da rastlanmıştır (7,83). Kadınların duygularını daha rahat ifade edebildirmeleri, erkekler açısından ise kamuya açık alanlarda kaybı paylaşmamaları gerektiği ve ölüm anında bile duygularının dile getirilmemesi gerektiğine yönelik algının, cinsiyetler arasında görülen farkın nedenleri arasında yer alabileceği belirtilmektedir (83). Çalışmamızda birlikte yaşanan kişi ile yas puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmamakla beraber, aile ile yaşayan bireylerin UYB puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Clarke (2005) da motor nöron hastalıkları ve kanser olan hastalarla yaptıkları çalışmada, yaşanan yer olarak aile ile yaşayanların yas puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (138). Tsilika (2019) ise yalnız yaşayan kanser hastalarının hazırlık yas puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (82). Araştırmamız, COVID-19 pandemi döneminin beşinci ayıyla kesişmektedir. Bireylerin uzun bir sokağa çıkma yasağı yaşamış olmaları, aileleri ile geçirilen sürenin artmasına yol açmıştır. Bundan dolayı aileleri ile yaşayan bireylerin, UYB puanları COVID-19 etkisi nedeniyle yüksek çıkmış olabileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda UYB açısından incelendiğinde, hastalık süresi, hastalık aşaması ve kanser nedenine yapılan atıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup, tıbbi tanı ve kanser dışı kronik rahatsızlığının olmaması ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Literatür incelendiğinde kanser hastalarında metastaz evresinde olanların hazırlık yas puanlarının daha düşük olduğu (83,99) ve metastazın, hazırlık yasının yordayıcı bir faktörü olduğu bildirilmiştir (97). Farklı bir bulgu olarak, kanser hastalarında metastaz ve UYB ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ancak metastaz evresine doğru gidildikçe UYB puanlarının arttığı (137) bildirilmiştir. Sonuçlarımızın farklı çıkmasının nedeni, bu çalışmada hazırlık yası değil UYB'un değerlendirilmesi ve farklı bir ölçek kullanılması olabilir. Katılımcılardan kanser nedeni olarak psikolojik nedene atıf yapanların UYB puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda, psikolojik nedene atıf yapan bireylerin UYB yanında anksiyete ve depresyon puanlarının da artmış olması, içerisinde bulundukları sıkıntılı süreçlerin bir yansıması olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda UYB ile tıbbi tanı ve tanı alınan süre arasında anlamlı bir fark tespit edilmemesine destekleyici olarak, kanser hastalarında UYB ile tıbbi tanı

arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmediğini (137) bildiren araştırmalar mevcuttur. Bununla birlikte, kanserli hastalarda hazırlık yası ve tıbbi tanı arasında bir fark olduğu ve meme kanserli hastaların yüksek puana sahip olduğu da bildirilmiştir (83,97,99). Bizim çalışmamızda UYB puanı baş boyun kanseri olan bireylerde yüksek çıkmıştır. Tıbbi tanı ile UYB arasında anlamlı bir fark olmamasına yönelik olarak, kanserin tek başına bir sonu çağrıştırdığı ve tanı farketmeksizin bireyleri UYB açısından etkilediği yorumu yapılabilir. Yapılan bir başka araştırmada, hastalık tanısı aldığından beri geçen süre ile yas puanının beraber arttığı ve motor nöron hastalığı olan bireylerin, kanser hastalarına göre yas puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (138).

Katılımcıların psikolojik durumları ile ilgili özellikler incelendiğinde, beşte birinde psikiyatrik bir tanı konulduğu ve ortalama dörtte birinin de bu duruma yönelik tedavi (farmakoterapi, psikoterapi) aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, hem psikiyatrik rahatsızlığı olup, hem de tedavi alanların UYB, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, bulgularımıza paralel olarak, kanser hastalarının ortalama dörtte birinde tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlık olduğu, bunların DSM V'e göre sırasıyla, majör depresyon, genel anksiyete bozukluğu, panik ve uyum bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (13,104,105,106).

Bulgular UYB açısından incelendiğinde, tanılanan psikiyatrik rahatsızlık, bu rahatsızlığa yönelik tedavi alma durumu, son bir ayda yaşanan travmatik olay, COVID-19'un kanser tedavisine etkisi ve COVID-19 nedeniyle yaşanan duygular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlarımız incelendiğinde, psikiyatrik tanı öyküsü olanların ve buna yönelik tedavi alanların UYB puanları yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, psikiyatrik öyküsü olan bireylerin anlamlı olmaksızın yas puanlarının daha yüksek olduğu, bu tanıları arasında majör depresyon tanısı alan kanserli hastaların yas puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ve diğer gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarında, psikiyatrik öyküye yönelik antidepresan, anksiyolitik ilaçları kullananların, yas puanlarının tedavi almayan gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (138). Kanser hastalarında depresyona yönelik verilen antidepresanların, yas ile depresyon arasında benzer olan semptomları geriletmediği, ancak UYB üzerinde etkili olmadığı da belirtilmiştir (18). Çalışmamızda UYB ile son bir ayda yaşanan travmatik süreç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup, hastalık ile ilgili negatif haber alan

kanser hastalarının UYB puanlarının en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda, yas ve travmanın farklı kavramlar olduğu ve her bir bozukluğa, kendisine özel tedavi ve girişim planı yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (136,139,140). UYB, önceden var olan ve tamamlanmamış yasin tetiklenmesi sonucu ortaya çıkabilir. Bundan dolayı, hastalığı nüks edenlerin, tanı ile başlayan ve tamamlanmayan yas süreçlerinin, aynı hastalık gibi tekrarladığı, bundan dolayı puanlarında artış olduğu yorumu yapılabilir.

Katılımcıların yarısından fazlasının COVID 19 nedeniyle tedavilerinin etkilenmediği tespit edilmiştir. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği tarafından onkologlara yönelik yayınlanan rehberinde, bireylerde corona virüs belirtileri yoksa tedavisini alması ve bu süreçte corona virusüne maruziyeti ve teması en aza indirecek şekilde izolasyon önlemleri alınması önerilmiştir (141). Literatür incelendiğinde, COVID-19 pandemisi nedeniyle kanserli bireylerde anksiyete, depresyon ve yas yaşadıkları, anksiyete insidansının daha yüksek olduğu, COVID-19 pandemisinin, yaşanan hisler (korku, kaygı, kayıp) nedeniyle ilerleyen dönemlerde psikiyatrik bir pandemiye yol açabileceği ve COVID-19 pandemisi ile doğrudan ilişkili olarak gelecek yıllarda UYB yaşayan bireylerin sayısında artış olabileceği belirtilmiştir (142,143,144,145,146,147, 148). COVID-19 pandemisi nedeniyle kanser hastalarında tedavilerinin negatif etkilenmediği ama psikolojik olarak kanser hastalığının yanı sıra yoğun bir psikolojik yükü beraberinde getirdiği yorumu yapılabilir.

5.2 Anksiyete, depresyon açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

Çalışmamızda anksiyete açısından yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum ve birlikte yaşanan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, genç yaştaki bireylerin (14-35 yaş) daha yoğun anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde, genel olarak kanser hastalarında yaş ve anksiyete arasında anlamlı bir fark olmadığı yönünde görüşlere sıkça rastlanmıştır (109,149,150). Birkaç araştırmada çalışmamıza paralel olacak şekilde yaş ve anksiyete arasında anlamlı bir fark olduğu ve bireylerin yaşlandıkça anksiyete seviyelerinde azalma olduğu belirtilmiştir. Yaş ilerledikçe bireylerde gelişen duygusal deneyim artması ve yaşlı bireylerin kansere karşı uzun yaşam sürmüş olma

farkındalığının olması anksiyete seviyesinin azalmasına neden gösterilirken, yaşı kansere bağlı gelişebilecek psikolojik sorunlar karşısında koruyucu bir faktör olacağı belirtilmiştir (127,131). Ayrıca sonuçlar incelendiğinde, ailesi ile yaşayan kanser hastalarının anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, aile durumu ile kanser hastanın anksiyete seviyesi arasında bir fark olmadığı bildirilmesine (132) rağmen, çalışmamızın sonuçlarını destekler şekilde ailesi ile yaşayan kanser hastalarının anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kanser hastası olan bireylerin, aileleri için yoğun endişe duymalarının anksiyete seviyesini arttıracığı yönünde görüş sunulmuştur (151).

Çalışma bulguları incelendiğinde, anksiyete ile hastalık nedenine yapılan atıf arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunurken, kanser türü, tanı aldığından beri geçen süre ve başka bir kronik rahatsızlığının olması ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bazı çalışmalarda meme ca ve yumuşak doku ca olan bireylerin anksiyete seviyeleri anlamlı olarak yüksek bulunurken (127,129), bazı çalışmalarda da bizim bulgumuzu destekler şekilde kanser türü ile anksiyete arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (32,128,152,153). Çalışmamızda anksiyete ve tanı konulduğundan beri geçen süre arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, tanı süresi arttıkça anksiyetelerinin arttığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak, anksiyete ve kanser tanısı alma süresi ile arasında anlamlı bir fark olmadığının tespit edildiği (129,133) ve tanı konulduğu anda bireyler yoğun anksiyete yaşarken, süreç ilerledikçe anksiyete düzeylerinin gerilediği (154,155) belirtilmiştir. Kanser hastalığının belirsiz bir süreç yaratması nedeniyle, zaman geçtikçe anksiyetelerinin artmış olabileceği yorumu yapılabilir. Literatürde kanser dışı kronik rahatsızlıkların sayısı arttıkça, kanser hastalarında anksiyete seviyelerinde artma olduğu bildirilmiştir (131). Ancak bizim çalışmamızda kanser dışı kronik rahatsızlıkları olan bireylerin anksiyete puanı diğer gruptan yüksek olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 2).

Depresyon puanı açısından incelendiğinde erkeklerde ve ilk-orta düzeyde eğitimi olanlarda ve çalışmayanlarda depresyonun anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde araştırma sonuçlarımızı destekleyecek şekilde, kanser tanısı almış erkek hastaların depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu (152), depresyon seviyesinin düşük eğitim seviyesi olan bireylerde daha

yüksek olduğu (156,157), çalışmayan bireylerde depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu (129) bildirilmiştir. Ayrıca, kanser hastalarında çalışma durumunun bir depresyon riski olabileceği (158), çalışanlarda depresyon seviyesinin yüksek bulunduğu (159) belirtilmekle beraber çalışma durumu ile depresyon arasında bir farka rastlanmayan (160) araştırmalar da vardır.

Bulgular depresyon açısından incelendiğinde, hastalık evresi, hastalık aşaması ve kanser nedenine yapılan atıf ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilirken, tıbbi tanı alma süresi ve kanser dışı kronik rahatsızlık ile aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 2). Araştırma sonuçlarımızda Evre IV olan ve hastalık aşaması metastaz-nüks olan bireylerin daha yoğun depresyon yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Literatür incelendiğinde evrelerin ilerledikçe ve metastaz aşamasında veya nüks olan hastaların depresyonlarının arttığı yönünde, bulgularımızı destekleyen çalışmalara rastlanmıştır (127,150). Ayrıca yapılan bir çalışmada, kanser dışı kronik hastalığının olması ve kanserin evresinin ilerlemesinin, depresyonun yordayıcı faktörleri oldukları belirtilmiştir (131). Araştırma sonuçlarımızda tıbbi tanı ile depresyon arasında anlamlı bir fark olmaksızın baş boyun kanserleri olan bireylerin depresyon puanları en yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, tıbbi tanı ile depresyon arasında anlamlı bir fark olduğu, akciğer kanserli bireylerin depresyon puanlarının en yüksek olduğu belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak, akciğer kanserinin kür şansının daha az olduğu gösterilmiştir (132,150). Fakat kanser türü ile depresyon arasında bir fark olmadığına da yönelik çalışmamızı destekleyen araştırmalar mevcuttur (32,128,152,153). Araştırmamızda anlamlı olmaksızın depresyon puanının 0-24 ay arası tanısı olan bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde depresyon ve tanı süresi arasında anlamlı bir fark olup, 0-12 ay arası tanı süresine sahip bireylerin depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (161). Araştırmamızda anlamlı olmaksızın depresyon puanının kanser dışı kronik rahatsızlığı olan bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kanser dışı kronik rahatsızlık sayılarının artmasının depresyonu arttırdığı tespit edilmiştir (131).

Anksiyete ve depresyon açısından incelendiğinde, tanılanan psikiyatrik bozukluğun olması ve buna yönelik tedavi alınması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 3). Literatür incelendiğinde, meme kanseri

olan bireyler ile yapılan bir çalışmada psikiyatrik şikayetle başvuruda bulunan ve tedavi alan bireyler ile, bulunmayan bireylerin anksiyete ve depresyon seviyelerinin aynı çıktığı tespit edilmiştir (162). Buradan yola çıkarak, kanserin her evresinde bireylerin, psikiyatrik komorbidite açısından yükske risk grubunda oldukları yorumu yapılabilir. Ayrıca bir başka bir bakış açısı da, bazı oral kemoterapötik ajanların (örneğin tamoksifen) yan etkilerinin anksiyeteyi arttırabileceği yönündedir (163). Kanserli bireylerde, hem bir psikiyatrik bozukluk olarak anksiyetenin hem de kronik hastalığa bağlı artan anksiyetenin, ilaç yan etkilerinden bağımsız olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmamızda anksiyete ve depresyon açısından COVID-19 pandemi döneminin tedaviye etkisi incelenmiş olup, tedavisini alamayan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). COVID-19 pandemisi nedeniyle kanser hastalarında artmış anksiyete ve depresyon seviyeleri olduğu bildirilmiştir (142). Son dönemde yapılan çalışmalar ışığında, COVID-19 kısıtlamalarının (örneğin tedavilerin iptal edilmesi), kanser hastalarında yalnızlık hissi getireceği ve bunun depresyon riskinin habercisi olacağı, depresyon ve anksiyete seviyesinde artış olacağı bildirilmiştir (164,165).

5.3 Çok boyutlu algılanan sosyal destek açısından hastalık ve psikolojik durum ile ilgili özellikler

Çalışmamızda ÇBASDÖ açısından, eğitim durumu, medeni durum, çalışma ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Literatürde araştırma sonuçlarımıza paralel olarak, eğitim seviyesi yüksek olan kanserli hastalarda algılanan sosyal destek puanlarının yüksek olduğu (119,130,167) bildirilirken, algılanan sosyal destek puanlarının eğitim durumu ile arasında bir fark olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (153,161,167,168). Aynı şekilde çalışan kanser hastalarında, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiştir (130). Ayrıca bir çalışmada, çalışma durumu ile algılanan sosyal destek arasında bir fark olmadığı da bulunmuştur (169). Kanser hastalarında, gelir durumu arttıkça, algılanan sosyal desteğin arttığı tespit edilmiştir (166).

Çalışmamızda ÇBASDÖ açısından incelendiğinde, kanser nedenine atıf ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilirken, kanser türü, tanı süresi ve kanser dışı

kronik rahatsızlığının olması ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Literatürde çalışmamızı destekleyici olarak, algılanan sosyal destek ile tanı aldığından beri geçen süre arasında anlamlı bir fark olmadığı (170) bildirilmiştir. Kanseri hastaları ve algılanan sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalarda, tıbbi tanı, süre ve kanser dışı kronik rahatsızlığının olmasının bağımsız değişken olarak konumlandırılmadığı, daha çok aile, arkadaş ve sosyal çevre odağına yaklaşıldığı tespit edilmiştir (130,169).

ÇBASDÖ ile COVID-19 pandemisinin tedaviye olan etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Tedavisini alamayan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Literatürde, COVID-19 nedeniyle tedavisini iptal eden hastaların, algıladıkları sosyal desteklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (171).

5.4 Korelasyon ve regresyon analizi sonuçları

Depresyon ve anksiyete puanları arttıkça UYB puanlarının arttığı; yaş ve algılanan sosyal destek puanları arttıkça UYB puanlarında düşüş olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca anksiyetesi ve depresyonu artan bireylerde ile algılanan sosyal destek puanlarının düşüşte olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile yaş, UYB, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Literatür incelendiğinde, kanser hastalarında hazırlık yas puanları ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu bildiren yayınlar tespit edilmiştir (82,83,85). Bulgularımızın aksine, kanser hastalarında ve yakınıni kaybetmiş bireylerde UYB ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığını belirten araştırmalara da rastlanmıştır (131,137,172).

Literatürde kanser hastalarında hazırlık yası arttıkça depresyonun arttığı belirtilmiştir (97). Genel olarak UYB ve depresyon semptomları iç içe geçmiş veya aynıymış gibi görünse de yas, depresyon ve anksiyetenin farklı bozukluklar olduğu belirtilmektedir (18,25,136,140). Kanseri hastaları arasında DSM 5'e göre, en çok rastlanan bozukluklar arasında ilk sıralarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelmesi nedeniyle, bireylerin bunlara eşlik eden uzamış yas bozukluğu yaşayabilecekleri yorumu yapılabilir. Hastaların algıladıkları sosyal destek azaldıkça yaşadıkları yas (UYB ve Hazırlık yası), depresyon ve anksiyetenin arttığı yönünde

destekleyici çalışmalara ulaşılmıştır (131,137,161,171). Bulgularımız arasında hastalık süresi ile UYB arasında anlamlı bir ilişki olmamasını destekleyici olarak HIV hastalarında yapılan bir çalışmada da yas ile tanı süresi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (173).

Regresyon analizi incelendiğinde yaş, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek puanlarının birlikte, UYB puanının %57'sini açıkladığı, ancak yalnızca anksiyetenin uzamış yas üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, kanser hastalarında hazırlık yası üzerinde anksiyete ve umutsuzluğun gl, depresyon ve metastaz durumunun zayıf yordayıcı faktörler olduğu (97), klinik ve demografik değişkenlerin kanser hastalarında hazırlık yasının %18.1'ini açıkladığı (83), hatta hazırlık yasının depresyonun bir yordayıcı faktörü olduğu (85) bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise, anksiyetenin TSSB ile hazırlık yası arasında aracı rolünde olduğu, TSSB'nin anksiyetenin oluşmasına ve anksiyetenin de hazırlık yasına neden olduğu belirlenmiştir (98). Buradan yola çıkarak, sevdiği birinin ölümü sonrası anksiyete tanısı almış bireylerde komplike yasa (UYB) yönelik taramalar yapılması önerilmiştir (172). Kanser hastalarında yapılan çalışmalar incelendiğinde yaşın anksiyete üzerine ve sosyal destek ile eşlik eden diğer komobite hastalıkların ise depresyon üzerine önemli bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (131).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde kanser hastalarında yas sürecinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada ortaya çıkan sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler verilmiştir.

6.1 Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan kanser hastalarının, UYB puanının düşük eğitim seviyesi olanlarda, çalışmayanlarda, metastaz olan ve psikiyatrik öyküsü olan bireylerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
2. Katılımcıların, UYB puanlarının anksiyete ve depresyon ile birlikte arttığı, yaş ve algılanan sosyal destek ile azaldığı sonucuna ulaşılmış olup, hastalık süresi (ay olarak) ile ilişkisi olmadığı belirlenmiştir.
3. Depresyon, anksiyete, yaş, sosyal destek ve hastalık süresi birlikte modellendiğinde %57 oranında UYB'yi açıkladığı, bununla birlikte anksiyetenin, UYB'nun anlamlı bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2 Öneriler

1. Sağlık profesyonellerinin (onkologlar, onkoloji ve KLP hemşirelerinin) kanser hastalarında, UYB olabileceğine yönelik farkındalıklarını arttıracak eğitimlerin planlanması ve kurum içi eğitimler kapsamına alınması önerilmektedir.
2. Hastaneye yatan veya ayaktan tedavi gören kanser hastalarında, anksiyete tespit edildiyse, UYB'ye yönelik taramalar yapılması, olası UYB'nin gözden kaçması engellenmesi önerilmektedir.
3. UYB ile ilgili gelecek çalışmalarda, girişimsel metodlar (psikoeğitim, yas danışmanlığı, farmoterapi vb) denenmesi ve sonuçlarına paralel olarak kanser hastalarında UYB'ye yönelik tedavi ve danışmanlık planı geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Apaydın, S..(2017). Kayıp ve Yas. Erdur-Baker Ö. ve Aksöz-Efe İ. (der). Yas Danışmanlığı. Akara:Anı Yayıncılık, s:1-50.
2. Özel, Y., & Özkan, B. (2020). "Kayıp ve Yasa Psikososyal Yaklaşım". Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry, 12(3), s:352-367.
3. Bildik, T. (2013). "Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas". Ege Journal of Medicine, 52(4), s:223-229
4. Gizir, C.A. (2006). "Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli". Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(2), s:195-213.
5. Şensoy, F.S. (2019). "Psikolojik Danışman Adaylarının Kayıp Yaşantıları Ve Yas Süreci İle İlgili Değişkenlerin İncelenmesi". The Journal of International Educational Sciences, 21(6), s:54-70.
6. Tarım, B. (2019). "Yas Yaşantısında Travma Sonrası Büyüme". Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
7. Gökler-Danışman, I., Yalçınay, M., Yıldız, N. (2017). "Kanser Hastalarında Yas Belirtilerinin Ölçülmesi: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". Türk Psikiyatri Dergisi, 28(3), s: 190-7.
8. Jacobsen, JC., Zhang, B., Block, SD. (2010). "Distinguishing Symptoms of Grief and Depression In a Cohort of Advanced Cancer Patients". Death Study, 34, s: 257–73.
9. Duman, N. (2014). "Çocuklarda Kanser, Ölüm Kavramı ve Yas". Acta Oncol Tur, 47(2), s:26-30.
10. Brion, J., Menke, E., & Kimball, C. (2013). "Grief and HIV Medication Adherence: The Work of Transcending Loss". Journal of Loss and Trauma, 18, s:499 - 520.
11. Johansson, Å., & Grimby, A. (2012). "Anticipatory Grief Among Close Relatives of Patients in Hospice and Palliative Wards". American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 29 (2), s:134 -38.

12. Maciejewski, P., Zhang, B., Block, S., & Prigerson, H. (2007). "An Empirical Examination of The Stage Theory Of Grief". JAMA, 297(7), s:716-23 .
13. Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. (2014). "Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi". Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(3), s:85-92.
14. Bahar, A. (2010). "Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım". Journal of Anatolia Nursing And Health Sciences, 10(1), s:105-111.
15. Bag, B. (2013). "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar". Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(1), s:109-126.
16. Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. A. (2000). "Symptomatology and Loss of Physical Functioning Among Geriatric Patients with Lung Cancer". Journal of pain and symptom management, 19(4), s:249–56.
17. Lewis-Smith, H. (2015). "Physical and Psychological Scars: The Impact of Breast Cancer On Women's Body Image". Journal of Aesthetic Nursing, 4(2), s:80-83.
18. Cheng, J. O., Lo, R. S., Chan, F. M., Kwan, B. H., & Woo, J. (2010). "An Exploration of Anticipatory Grief In Advanced Cancer Patients". Psycho-oncology, 19(7), s:693–700.
19. Ng, Z. X., Ong, M. S., Jegadeesan, T., Deng, S., & Yap, C. T. (2017). "Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment". Healthcare (Basel, Switzerland), 5(2), s:26.
20. Ahlström, G. (2007). "Experiences of Loss And Chronic Sorrow In Persons with Severe Chronic Illness". J Clin Nurs, 16(3A), s:76-83.
21. Şenelmiş, H. (2006). "Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma". Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

22. Cancer Council. (2020). Understanding Grief a Guide for Family and Friends When Someone Has Died From Cancer, Australia.
<https://www.cancer.org.au/assets/pdf/understanding-grief-booklet>
Erişim Tarihi:15.12.2020
23. Widera, E.W., & Block, S. (2012). "Managing Grief and Depression At The End of Life". American family physician, 86(3), s:259-64 .
24. DiBello, K.K. (2015). "Grief & Depression at The End of Life". The Nurse practitioner, 40(5), s:22-8.
25. Periyakoil, V.V. Hallenbeck JL. (2002) "Identifying and Managing Preparatory Grief and Depression At The End of Life". Am Fam Physician, 65(5), s:883–90.
26. Ibrahim, N., Desa, A., & Chiew-Tong, N.K. (2011). "Illness Perception and Depression In Patients with End-Stage Renal Disease on Chronic Haemodialysis". The Social Sciences, 6(3), s:221-226.
27. Kocaman Yildirim N., Okanlı A., Yilmaz Karabulutlu E., Karahisar F., Ozkan S. (2013). "Effects of Illness Perception on Anxiety And Depressive Symptoms In Hemodialysis Patients: A Multi-Center Study". Anatolian Journal of Psychiatry, 14 (3), s:252-59.
28. Timmers, L., Thong, M., Dekker, F., Boeschoten, E., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J., & Kaptein, A. (2008). "Illness Perceptions In Dialysis Patients and Their Association with Quality of Life". Psychology & Health, 23(6), s:679-90.
29. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Athanasouli, P., Galanos, A., Anna, P., & Vlahos, L. (2009). "Illness-related Hopelessness In Advanced Cancer: Influence of Anxiety, Depression, and Preparatory Grief". Archives of Psychiatric Nursing, 23(2), s:138-47.
30. Diehl, A.N. (2014). "Psychosocial Factors That Predict Adherence To Cancer Therapy: Analysis of Depression, Self-Efficacy, and Social Support". Published PhD Dissertation. Graduate Faculty of Texas Tech University, Texas.
31. Lacey J. (2011). "Recognizing Grief In Oncology Patients and Their Caregivers". The Journal of Supportive Oncology, 9(5), s:183.

32. Dedeli, O., Fadiloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008). "Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Destegin İncelenmesi".Türk Onkoloji Dergisi, 23(3), s:132-139.
33. Lotfi, S. (2017). "Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme Ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi". Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
34. Işkan, V. (2007). "Kanser ve Sosyal Destek". Toplum ve Sosyal Hizmet, 18(1), s:15-29.
35. Akdemir, N., Birol, L. 2005. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset;193-200.
36. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri: s:99-111.
37. Yıldırım Gürkan, A., & Yıldırım, S. (2010). "Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26(1), s:87-97.
38. Bostancı, N. (2007). Psikososyal Sorunlar-Anksiyete. Can G (der). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık,s:229- 39.
39. Küçükaya, P. G. (2007). Psikososyal Sorunlar- Anksiyete. Can G (der). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık, s:243- 51.
40. Montgomery, L., & Campbell, A. (2012). "A Qualitative Evaluation of The Provision of Bereavement Care Accessed by Service Users Living İn A Health And Social Care Trust Area İn Northern Ireland". Journal of Social Work İn End-of-Life & Palliative Care, 8(2), s:165–81.
41. Jackson, K., Mooney, C., & Campbell, D. (2009). "The Development and Implementation of The Pathway for Improving The Care of The Dying İn General Medical Wards". Internal Medicine Journal, 39(10), s:695-9.

42. Humbeeck, L.V., Dillen, L., Piers, R., ve Noortgate, N.V. (2016). "Grief and Loss In Older People Residing in Nursing Homes: (Un)Detected by Nurses And Care-Assistants?". *Journal of Advanced Nursing*, 72(12),s: 3125-36 .
43. Raymond, A., Lee, S., ve Bloomer, M. (2016). "Understanding The Bereavement Care Roles of Nurses within Acute Care: A Systematic Review". *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), s:1787-1800
44. Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Eleventh edition. Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier, s:420-431.
45. Meijer, A., Roseman, M., Delisle, VC., Milette. K., Levis, B., Syamchandra, A., Stefanek, ME., Stewart, DE., Jonge, P., Coyne, JC., Thombs, BD. (2013). "Effects of Screening for Psychological Distress on Patient Outcomes in Cancer: a Systematic Review". *J Psychosom Res*, 75(1), s: 1–17.
46. 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), s:160–174.
47. Yang, Y. L., Liu, L., Wang, Y., Wu, H., Yang, X. S., Wang, J. N., & Wang, L. (2013). "The Prevalence of Depression And Anxiety Among Chinese Adults qith Cancer: A Systematic Review nd Meta-Analysis". *BMC cancer*, 13, s:393.
48. Thao, T.P., Dung, T.V. (2016). "Study on The Anxiety Among Cancer Patients at The Center for Oncology, Bach Mai Hospital". *J Pract Med(in Vietnamese)*.4, s:85–92.
49. Ostuzzi, G., Matcham, F., Dauchy, S., Barbui, C., & Hotopf, M. (2015). "Antidepressants for the Treatment of Depression in People with Cancer". *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(6), s:1-94.

50. Miller, K., Massie, M.J. (2006). "Depression and Anxiety". *Cancer J*, 12(5), s:388-397.
51. Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), s:17-25.
52. Papa, A., Lancaster, NG., Kahler, J. (2014). "Commonalities in Grief Responding Across Bereavement and Non-Bereavement Losses". *J Affect Disord.*, 161, s:136–143.
53. Cesur, G., ve Başbuğ, S. (2017). "Beliren Yetişkinlik ve Kayıp Yaşantıları: Bağlanma Temelli Zihinsel Temsiller ve Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi". *Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1), s:24-33.
54. Güleç, G., & Büyükkıncı, A. (2011). "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), s:343-67.
55. Grief Definition, Oxford Dictionary.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/grief?>
Erişim Tarihi: 15.11.2020
56. Bereavement Definition, Oxford Dictionary.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/bereavement?q=bereavement> Erişim Tarihi: 15.11.2020
57. Mourning Definition, Oxford Dictionar.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/mourning?q=mourning> Erişim Tarihi:15.10.2020
58. Worden, J.M. (2009). *Grief Counseling And Grief Therapy: A Handbook For The Mental Health Practitioner*, 4. baskı, New York, NY: Springer Publishing Company. s: 40- 78.
59. Egan, K. A., & Arnold, R. L. (2003). "Grief and Bereavement Care". *The American journal of nursing*, 103(9), s:42–53.
60. Çam O, Bilge A. ve Keskin G. (2010). *Gidenler ve Geride Kalanlar: İnsan, Yavrusu ve Ölüm Yarasını Sarmak*. İzmir: Dilan Matbaası, s:15.26.
61. Hall, C. (2011). "Beyond Kubler-Ross: Recent Developments in Our Understanding of Grief and Bereavement". *InPsych*, 33, s:10-11.

62. Matzo, M., Sherman, D., Lo, K., Egan, K.A., Grant, M., & Rhome, A. (2003). "Strategies for Teaching Loss, Grief, and Bereavement". *Nurse Educator*, 28(2), s:71-76.
63. Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). "The Traumatization of Grief? A Conceptual Framework for Understanding the Trauma-Bereavement Interface". *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 38(3-4), s:185-201.
64. O'Connor, M. (2005). "Bereavement and the Brain: Invitation to a Conversation between Bereavement Researchers and Neuroscientists". *Death Studies*, 29, s:905-22.
65. Maddock, R. J., Buonocore, M. H., Kile, S. J., & Garrett, A. S. (2003). "Brain Regions Showing Increased Activation by Threat-Related Words in Panic Disorder". *Neuroreport*, 14, s:325-28.
66. Cheng, W., Rolls, E. T., Qiu, J., Xie, X., Wei, D., Huang, C. C., Yang, A. C., Tsai, S. J., Li, Q., Meng, J., Lin, C. P., Xie, P., & Feng, J. (2018). "Increased Functional Connectivity of The Posterior Cingulate Cortex with The Lateral Orbitofrontal Cortex in Depression". *Translational psychiatry*, 8(1), s:90.
67. Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). "Does rejection hurt? An FMRI Study of Social Exclusion". *Science (New York, N.Y.)*, 302(5643), s:290-92.
68. Drevets, W., Savitz, J., & Trimble, M. (2008). "The Subgenual Anterior Cingulate Cortex in Mood Disorders". *CNS spectrums*, 13(8), s:663-81 .
69. Shin, L., ve Liberzon, I. (2010). "The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders". *Neuropsychopharmacology*, 35, s:169-191.
70. Frewen, P. A., Pain, C., Dozois, D. J., & Lanius, R. A. (2006). "Alexithymia in PTSD: Psychometric and FMRI Studies". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, s:397–400.
71. Friedman, T., Russell J., James, JW. (2008). "The Myth of The Stages of Dying, Death and Grief". *Skeptic*, 14.(2), s: 37.

72. Stroebe, M., Schut, H., Boerner, K. (2017). "Cautioning Health-Care Professionals Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief". *Omega*, 74.(4), s: 455–73.
73. Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, 1. baskı, Ankara: A.P.R.I.L Yayıncılık, s:11-155.
74. Stroebe, M., ve Schut, H. (1999). "The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description". *Death studies*, 23(3), s:197-224 .
75. Shear, M.K. (2012). "Grief and Mourning Gone Away: Pathway and Course of Complicated Grief". *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), s:119–28.
76. Nakajima, S. (2018). "Complicated Grief: Recent Developments in Diagnostic Criteria And Treatment". *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 5, s:373.
77. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
78. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Publisher.
79. Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E., Lanuette, N., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Seay, K., Shear, M.K., Simon, N., & Young, I. (2012). "The bereavement exclusion and DSM-5". *Depress Anxiety*, 29(5), s:425-43.
80. Stuart, A., Riley, A., Pourazza, H. (2020). "Human-machine partnered approach for identifying social media signals of elevated traumatic grief in Chicago gang territories". *PloS One*, 15(7), s:e0236625
81. Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B., Gersons, B. P., & Boelen, P. A. (2015). "Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss". *European journal of psychotraumatology*, 6, s:27324.
82. Tsilika, E., Mystakidou, K., Parpa, E., Galanos, A., Sakkas, P., & Vlahos, L. (2009). "The influence of cancer impact on patients' preparatory grief". *Psychology & Health*, 24(2), s:135-48.

83. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Sakkas, P., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). "Demographic and clinical predictors of preparatory grief in a sample of advanced cancer patients". *Psycho-Oncology* 15, s:828-33
84. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Sakkas, P., & Soldatos, C.R. (2005). "Life before death: identifying preparatory grief through the development of a new measurement in advanced cancer patients (PGAC)". *Supportive Care in Cancer*, 13, s:834-41.
85. Parpa, E., Kostopoulou, S., Tsilika, E., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2019). "Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer". *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 36(12), 1063 - 1067.
86. Meredith, A. (2015). Preparatory Grief.
<https://nursingandhealth.asu.edu/sites/default/files/preparatory-grief.pdf>
Erişim Tarihi: 31.12.2020
87. Hottensen, D. (2010). "Anticipatory Grief in Patients with Cancer". *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(1), s:106-7.
88. Rosner, R. (2015). "Prolonged Grief: Setting the Research Agenda". *European Journal of Psychotraumatology*, 6, s:27303.
89. Jordan, A.H., & Litz, B. (2014). "Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations". *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), s:180-87.
90. Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). "Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Adult Bereavement: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of Affective Disorders*, 212, s:138-49.
91. Prigerson, H., Jacobs, S. (2001). Traumatic Grief As A Distinct Disorder: A Rationale, Consensus Criteria, and A Preliminary Empirical Test. MS. Stroebe, W. Stroebe, RO. Hansson (der.). *Handbook of Bereavement Research*. Washington DC: American Psychological Association, s. 613-645.

92. Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K. (2008). "Grief And Acceptance As Opposite Sides Of The Same Coin: Setting A Research Agenda To Study Peaceful Acceptance Of Loss". *Br J Psychiatry* 193:435–437.
93. Bryant, RA., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., Nickerson. (2014). "Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial". *A JAMA Psychiatry*, 71(12), s: 1332-9.
94. Papa, A., Sewell, MT., Garrison-Diehn, C., Rummel, C. (2013). "A Randomized Open Trial Assessing The Feasibility of Behavioral Activation For Pathological Grief Responding". *Behav Ther.*, 44(4), s: 639-50.
95. Lichtenthal, WG., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, ED., Kissane, DW., Breitbart, W., Prigerson, HG. (2009). "Do Rates of Mental Disorders and Existential Distress among Advanced Stage Cancer Patients Increase as Death Approaches? ". *Psychooncology*, 18(1), s:50–61.
96. Vergo, MT., Whyman, J., Li, Z., Kestel, J., James, SL., Rector, C., Salsman, JM. (2017). "Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients As An Independent Predictor of Distress in An American Population". *J Palliat Med.*, 20(1), s: 48–52.
97. Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). "Preparatory Grief, Psychological Distress and Hopelessness in Advanced Cancer Patients". *European Journal of Cancer Care*, 17(2), s:145-51 .
98. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Panagiotou, I., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2011). "The Mediation Effect of Anxiety Between Post-Traumatic Stress Symptoms And Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients". *Journal of Pain And Symptom Management*, 41(3), s:511-21 .
99. Kostopoulou, S., Parpa, E., Tsilika, E., Katsaragakis, S., Papazoglou, I., Zygogianni, A., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2018). "Advanced Cancer Patients' Perceptions of Dignity: The Impact of Psychologically

- Distressing Symptoms and Preparatory Grief". *Journal of Palliative Care*, 33(2), s:88-94.
100. Periyakoil, V. S., Kraemer, H. C., & Noda, A. (2012). "Measuring Grief and Depression in Seriously Ill Outpatients Using The Palliative Grief Depression Scale". *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), s:1350-55.
101. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). "The Prevention and Treatment of Complicated Grief: A Meta-Analysis". *Clinical Psychology Review*, 31(1), s:69-78.
102. Nanni, M.G., Tosato, S., Grassi, L., Ruggeri, M., & Prigerson, H. (2015). "The Psychopathological Characteristics of Prolonged Grief". *Journal of Psychopathology*, 21, s:341-47
103. Uwayezu, M. G., Sego, R., Nikuze, B., & Fitch, M. (2020). "Oncology nursing education and practice: looking back, looking forward and Rwanda's perspective". *Ecancermedicalscience*, 14, s:1079.
104. Örü, M.H., Kara, M.Z., Örü, G., & Egilmez, O. (2019). "Evaluation of the Psychiatry Consultations of inpatients in Palliative Care Unit of Adiyaman Training and Research Hospital: 2018 data". *FNG & Demiroğlu Bilim Tıp Dergisi*, 5(2), s:81-86
105. Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). "Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer: A Report From The Coping with Cancer Study". *Cancer*, 104(12), s:2872–81.
106. Ateşci F. Ç, Oğuzhanolu N. K, Baltarlı B, Karadağ R. F, Özdel O, Karagöz N (2003). "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), s:145-52.
107. Bilge, A., Embel, N., & Kaya, F.G. (2013). "The Attitudes of the Students Who Will Become Medicalcare Professional Against the Death and the Relations with These Attitudes and Their Death Anxieties and the Variables Which Affect Attitudes". *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), s:119-124.

- 108.Tuna, R., Baykal, Ü., Türkmen, E., & Yıldırım, A. (2015). "Onkoloji Hemşirelerinin Ayaktan Kemoterapi Biriminde Hasta Bakım Uygulamalarına ve Diğer İşlere Ayırdıkları Sürenin Belirlenmesi". Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 18(4), s:274-81.
- 109.Beşer, N.G., Öz, F. (2013). "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kaliteleri". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1), s: 47-58.
- 110.Özkan, S , Öğce, F , Kutlu Koca, A . (2007). "Meme ve Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Yetiştirimi Durumlarının Belirlenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 23(2), s:69-80.
- 111.Atan, G., Özer, Z., & Turan, G.B. (2020). "Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi". Journal of Contemporary Medicine, 10(2), s:266-74.
- 112.Bostancı Daştan, N., & Buzlu, S., (2010). "Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi , 3(1), s:73-78.
- 113.Bölüktaş, R. P. (2018). "Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım".Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 6(13), s:51- 72.
- 114.Turan, N., Öztürk, A., & Kaya, N. (2010). "Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1), s:103-08.
- 115.Gonçalves, P., Pereira, N., Ribeiro, A., & Santos, C. (2016). "Nursing Interventions in Patients with Chronic Pain and Depression: A Systematic Review". The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences. https://www.europeanproceedings.com/files/data/article/43/988/article_43_988_pdf_100.pdf Erişim Tarihi:15.12.2020.
- 116.Şentürk, S , Bıçak, D , Akça, D . (2018). "Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı". Sağlık Akademisyenleri Dergisi , 5(1) , s:35-39.

117. Işıık, I. (2014). "Psychosocial Problems of Breast Cancer Patients in The Post-Treatment Period And Supportive Nursing Interventions". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), s:58-64.
118. Demiralp, M., & Oflaz, F. (2011). "The Effect of Relaxation Training on Symptoms of Anxiety and Depression in Patients with Breast Cancer". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), s:165-74.
119. Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S., & Erdogan, S. (2013). "Social Support And Hopelessness in Patients with Breast Cancer". *Asian Pacific journal of cancer prevention:APJCP*, 14(1), s:571-8.
120. Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S.K. (2011). "Working through Grief And Loss: Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement". *Oncology Nursing Forum*, 38(4), s:272-82.
121. Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S.D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewski, P. (2009). "Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11". *PLoS Medicine*, 6(8), s:e1000121.
122. Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). "The Hospital Anxiety and Depression Scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, s:361-70.
123. Aydemir, Ö. (1997) "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), s:280-87.
124. Zimet, G., Dahlem, N.W., Zimet, S., & Farley, G. (2011). "Multidimensional Scale of Perceived Social Support". *Journal of Personality Assessment*, 52(1), s:30-41.
125. Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA: Pearson, s: 481-498.
126. Gökler-Danışman, I., Yalçınay-İnan, M., & Yiğit, İ. (2017). "Experience of Grief by Patients with Cancer in Relation to Perceptions of İllness: The Mediating Roles of İdentity Centrality, Stigma-İnduced

Discrimination, and Hopefulness". *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(6), s:776 - 796.

- 127.Hinz, A., Herzberg, P., Lordick, F., Weis, J., Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Wegscheider, K., Geue, K., & Mehnert, A. (2019). "Age And Gender Differences in Anxiety and Depression in Cancer Patients Compared with The General Population". *European Journal of Cancer care*, 28, s:e13129 .
- 128.Unseld, M., Krammer, K., Lubowitzki, S., Jachs, M., Baumann, L., Vyssoki, B., Riedel, J., Puhr, H., Zehentgruber, S., Prager, G., Masel, E., Preusser, M., Jaeger, U., & Gaiger, A. (2019). "Screening for Post-Traumatic Stress Disorders in 1017 Cancer Patients and Correlation with Anxiety, Depression, And Distress". *Psycho-Oncology*, 28, s:2382-88.
- 129.Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., Romer, G., Koch, U., & Bergelt, C. (2017). "Anxiety and Depression in Working-Age Cancer Survivors: A Register-Based Study". *BMC Cancer*, 17(1), s:347.
- 130.Gündüz F. (2019). *Kanserli Hasta Ve Bakim Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- 131.Wiesel, T.R., Nelson, C., Tew, W., Hardt, M., Mohile, S., Owusu, C., Klepin, H., Gross, C., Gajra, A., Lichtman, S., Ramani, R., Katheria, V., Zavala, L., & Hurria, A. (2015). "The Relationship between Age, Anxiety, and Depression in Older Adults with Cancer". *Psycho-Oncology*, 24, s:712-17.
- 132.Çapar Gülçığ, S. (2010). *Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- 133.Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Sağlam, K., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, Bç, Özet, A. (2012). "Kanser Hastalarında Depresyon ve

- Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16(2), s:55-60.
134. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye 2016 Kanser İstatistikleri, Ankara.
135. World Health Organization. (12 September 2018). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
136. Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., Roos, C.D., & Boelen, P. (2012). "Distinctiveness of symptoms of Prolonged Grief, Depression, and Post-Traumatic Stress in Bereaved Children and Adolescents". European Child & Adolescent Psychiatry, 21, s:673-79.
137. Trevino, K., Fasciano, K., Block, S., & Prigerson, H. (2012). "Correlates of Social Support in Young Adults with Advanced Cancer". Supportive Care in Cancer, 21, s:421-29.
138. Clarke, D., Kissane, D., Trauer, T., & Smith, G. (2005). "Demoralization, Anhedonia And Grief in Patients with Severe Physical Illness". World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association, 4(2), s:96-105.
139. Djelantik, A., Smid, G., Kleber, R., & Boelen, P. (2018). "Do Prolonged Grief Disorder Symptoms Predict Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Following Bereavement?". A Cross-Lagged Analysis. Comprehensive Psychiatry, 80(2018), s:65-71.
140. Golden, A. M., & Dalglish, T. (2010). "Is Prolonged Grief Distinct From Bereavement-Related Posttraumatic Stress?". Psychiatry Research, 178(2), s:336-41.
141. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. (9 Aralık 2020). Tıbbi Onkologlara Yönelik Güncellenmiş Önerileri, İstanbul.
142. Letaief-ksontini, F., Zenzri, Y., Yahyaoui, Y., Gabsi, A., Mokrani, A., Meddeb, K., Mghirbi, F., Rais, H., Ayadi, M., Chraiet, N., & Mezlini, A. (2020). "Anxiety And Depression in Cancer Patients During The COVID-19 Pandemic: A Single-Centre Study". Annals of Oncology, 31, s:957-58.

143. Johns, L., Blackburn, P., & McAuliffe, D. (2020). "COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the Role of Social Work". *International Social Work*, 63(5), s:660-64.
144. Ng, K., Zhou, S., Tan, S., Ishak, N., Goh, Z.Z., Chua, Z.Y., Chia, J.M., Chew, E., Shwe, T., Mok, J.K., Leong, S.S., Lo, J.S., Ang, Z., Leow, J.L., Lam, C.W., Kwek, J.W., Dent, R., Tuan, J., Lim, S.T., Hwang, W., Griva, K., & Ngeow, J. (2020). "Understanding the Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Patients With Cancer, Their Caregivers, and Health Care Workers in Singapore". *JCO Global Oncology*, 5, s:26.
145. Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li, C., Liu, Z., & Chen, R. (2020). "Epidemiology of Mental Health Problems Among Patients with Cancer During COVID-19 Pandemic". *Translational Psychiatry*, 10, s:263.
146. Swainston, J., Chapman, B., Grunfeld, E. A., & Derakshan, N. (2020). "COVID-19 Lockdown and Its Adverse Impact on Psychological Health in Breast Cancer". *Frontiers in Psychology*, 11, s:2033.
147. Kahn, A.M., & Andrews, R. (2020). "Cancer and COVID-19: How Understanding Grief Helps The Pandemic Frontlines". *Current Oncology*, 27(4), s:e440-e441 .
148. Mortazavi, S.S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). "Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic". *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(2), s:225-32.
149. Güren, E., Tekgül, S., Bilaçeroğlu, S., Arslan, S., Çimen, P., Taşdoğan, N., & Pala Özden, E. (2005). "Akciğer Kanseri Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerindeki Değişimler". *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 19(3), s:83-91.
150. Alacacıoğlu, A. (2007). *Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*.

Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

151. Villar, R.R., Fernández, S., Garea, C.C., Pillado, M.T., Barreiro, V.B., & Martín, C.G. (2017). "Quality of Life and Anxiety in Women with Breast Cancer Before and After Treatment". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, s:e2958.
152. Pandey, M., Sarita, G., Devi, N., Thomas, B., Hussain, B.M., & Krishnan, R. (2006). "Distress, Anxiety, and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy". *World Journal of Surgical Oncology*, 4, s:68.
153. Madani, H., Pourmemari, M., Moghimi, M., & Rashvand, F. (2018). "Hopelessness, Perceived Social Support and their Relationship in Iranian Patients with Cancer". *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 5(3), s:314-19.
154. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). "Depression and anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five Year Observational Cohort Study". *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7493), s:702.
155. Krebber, A.M., Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I., Bree, R.D., Leemans, C.R., Becker, A., Brug, J., Straten, A.V., Cuijpers, P., & Leeuw, I.V. (2014). "Prevalence of Depression In Cancer Patients: A Meta-Analysis of Diagnostic Interviews and Self-Report Instruments". *Psycho-Oncology*, 23, s:121-30.
156. ALMasri, H., & Rimawi, O. (2020). "Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy in Palestine". *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2, s:2787-91.
157. Akechi, T., Okuyama, T., Uchida, M., Nakaguchi, T., Sugano, K., Kubota, Y., Ito, Y., Kizawa, Y., & Komatsu, H. (2012). "Clinical Indicators of Depression Among Ambulatory Cancer Patients Undergoing Chemotherapy". *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(12), s:1175-80.

- 158.Wen, S., Xiao, H., & Yang, Y. (2018). "The Risk Factors For Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Systematic Review". *Supportive Care in Cancer*, 27(1), s:57-67.
- 159.Chintamani, Gogne, A., Khandelwal, R., Tandon, M., Jain, S., Kumar, Y., Narayan, N., Bamal, R., Srinivas, S., & Saxena, S. (2011). "The Correlation of Anxiety And Depression Levels With Response To Neoadjuvant Chemotherapy in Patients With Breast Cancer". *JRSM Short Reports*, 2(3), s:15.
- 160.Alagizy, H.A., Soltan, M., Soliman, S.S., Hegazy, N., & Gohar, S. (2020). "Anxiety, Depression and Perceived Stress Among Breast Cancer Patients: Single Institute Experience". *Middle East Current Psychiatry*, 27, s:29.
- 161.Şahin Akgün, Z., Tan, M., & Polat, H. (2013). "Hopelessness, Depression And Social Support With End of Life Turkish Cancer Patients". *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention:APJCP*, 14(5), s:2823-8.
- 162.Geyikçi, R. (2017). *Birinci Yılıını Tamalamış Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- 163.Stark, D. P., & House, A. (2000). "Anxiety in Cancer Patients". *British Journal of Cancer*, 83(10), s:1261–67.
<https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405>
- 164.Gallagher, S., Bennett, K.M., & Roper, L. (2020). "Loneliness and Depression in Patients with Cancer during COVID-19". *Journal of psychosocial oncology*, s:1-7.
- 165.Ciazynska, M., Pabianek, M., Szczepaniak, K., Skibińska, M., Narbutt, J., & Lesiak, A. (2020). "Depression and Anxiety of Cancer Patients during Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic".
<https://orcid.org/0000-0002-9709-3383> Erişim Tarihi: 31.12.2020

166. Ayaz, S., Efe, Ş.Y., & Korukluoğlu, S. (2008). "Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler". *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 14(5), s:2823-28.
167. Güneş Z, Çalışır H.(2016). "Quality of Life and Social Support in Cancer Patients Undergoing Outpatient Chemotherapy in Turkey". *Annals of Nursing and Practice*, 3(7), s:1070.
168. Bener, A., Alsulaiman, R., Doodson, L., & Agathangelou, T. (2017). "Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, APJCP*, 18(7), s:1889-96.
169. Kolankiewicz, A.C., Souza, M.M., Magnago, T.S., & Domenico, E.D. (2014). "Social Support Perceived By Cancer Patients And Its Relation With Social and Demographic Characteristics". *Revista Gaucha de Enfermagem*, 35(1), s:31-8.
170. Erdoğan, H. (2015). *Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete Ve Stres İle İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
171. Shinan-Altman, S., Levkovich, I., & Tavori, G. (2020). "Healthcare Utilization among Breast Cancer Patients during the COVID-19 Outbreak". *Palliative & Supportive Care*, 18(4), s:385–91.
<https://doi.org/10.1017/S1478951520000516>
172. Marques, L., Bui, E., LeBlanc, N., Porter, E., Robinaugh, D., Dryman, M. T., Nadal-Vicens, M., Worthington, J., & Simon, N. (2013). "Complicated Grief Symptoms in Anxiety Disorders: Prevalence And Associated Impairment". *Depression and Anxiety*, 30(12), s:1211-16.
173. Hansen, N., Vaughan, E., Cavanaugh, C., Connell, C.M., & Sikkema, K. (2009). "Health-Related Quality of Life in Bereaved HIV-Positive Adults: Relationships Between HIV Symptoms, Grief, Social Support, And Axis II Indication". *Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 28(2), s:249-57.

8. EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız	2. Cinsiyetiniz 1.Kadın 2.Erkek
3. En son bitirdiğiniz okul: 1. Okuma yazma 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Master/Doktora	4.Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşandı
5. Gelir durumunuz nedir? 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla	6. Çalışma durumunuz nedir? 1. Aktif çalışıyorum. 2. İşimden ayrıldım, çalışmıyorum (Emekli/malulen emekli/istifa). 3. Ücretli bir işte hiç çalışmadım 4. Diğer (Belirtiniz.....)
7. Tıbbi tanı 1. GIS (mide, kolon, pankreas, duodenum..) Kanseri 2. Akciğer Kanseri 3. Meme Kanseri 4. Prostat Kanseri 5. Baş-Boyun Kanseri 6. Lösemiler (ALL,AML,KLL,KML) 7. Lenfomalar(Hodgin,nonHodgin) 8. Myelom (multiple Myelom) 9. Diğer (lütfen belirtiniz.....)	8. Hastalık evresi 1. Evre 1 2. Evre 2 3. Evre 3 4. Evre 4
9. Hastalığınızın hangi aşamasındasınız? 1. Yeni tanı kondu, ameliyat dahil henüz hiçbir tedavi almadım. 2. Cerrahi operasyon oldu. 3. Kemoterapi alıyorum. 4. Radyo terapi alıyorum. 5. Eş zamanlı Kemo-radyo terapi alıyorum. 6. Kemik iliği nakli oldum. 7. Tedavilerim bitti. Kontrol aşamasındayım. 8. Hastalığım tekrarladı (nüks etti/ yayıldı). 9. Hastalığım ilerlediği için tedavilerim kesildi. 10. Diğer (.....)	10. Tanı aldığınızdan beri geçen süre? yıl.....ay
11. Kanser dışı kronik bir hastalığınız (şeker, tansiyon gibi) var mıdır? 1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır	12. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir? 1. Aile 2. Yakın akraba 3. Yalnız 4. Diğer (Belirtiniz)
13. Doktor tarafından tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? 1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır	14. Psikiyatrik durumunuz ile ilgili herhangi bir ilaç alıyor musunuz? 1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır

15. Size göre hastalığınızın nedeni nedir? 1. Alkol sigara gibi maddelerin kullanımı 2. Bağışıklık sisteminin zayıf oluşu 3. Şanssızlık 4. Ceza (Tanrı tarafından verilen) 5. Psikolojik nedenler (sıkıntı, üzüntü gibi) 6. Diğer (Belirtiniz.....)	
16) Covid süreci tedavinizi almanızı nasıl etkiledi? 1. Tedavimi etkilemedi. 2. Tedavimde kısmı aksamalar oldu. 3. Tedavimi alamadım.	
17) 16. Soruya yanıtınız tedavimi almadım ise, şu anda tedavilerinize başlandı mı? 1. Evet 2. Hayır	
17) Covid nedeniyle yaşadığınız duyguları işaretleyiniz? 1. Kayıp hissi 2. Daha az yalnız hissettirdi 3. Üzüntü 4. Sabır 5. Öfke 6. Diğer (.....)	18)Geçtiğimiz ay içerisinde yaşanan travmatik bir süreciniz oldu mu? 1. Sevilen birinin kaybı 2. Sevilen birinin önemli hastalığı 3. Boşanma 4. Yaşanılan yerin değişmesi 5. Travmatik bir olaya maruz kalma (trafik kazası, fiziksel saldırı vb) 6. Hastalığımda ilerleme olduğunu öğrenmem 7. Travmatik bir olay yaşamadım.

EK-2 Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği - Hasta Formu (UYBÖ-HF)

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

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Hiç	En az bir kere	En az haftada bir kere	En az günde bir kere	Günde bir çok kere		
BÖLÜM 1:		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?						
2. Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?						
3. Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?						
4. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?						
5. Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?						
6. Hastalığınızı kabullenmekle ilgili güçlük çektiniz mi?						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Oldukça Çok		
BÖLÜM II: Aşağıdaki maddeleri şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?						
8. Hastalığınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?						
9. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?						
10. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?						
11. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyum vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?						
12. Sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlardaki (aile yaşamı) işlevselliğinizde önemli bir azalma oldu mu?						

EK-3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- (HADÖ)

1)Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum. 1. Çoğu zaman 2. Bir çok zaman 3. Zaman zaman, bazen 4. Hiçbir zaman	8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. 1. Hemen hemen her zaman 2. Çok sık 3. Bazen 4. Hiçbir zaman
2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. 1. Aynı eskisi kadar 2. Pek eskisi kadar değil 3. Yalnızca biraz eskisi kadar 4. Neredeyse hiç eskisi kadar değil	9)Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum. 1. Hiçbir zaman 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Çok sık
3)Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum. 1. Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 2. Evet, ama çok şiddetli değil 3. Biraz, ama beni endişelendiriyor 4. Hayır, hiç öyle değil	10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. 1. Kesinlikle 2. Gerekliği kadar özen göstermiyorum 3. Pek o kadar özen göstermeyebilirim 4. Her zamanki kadar özen gösteriyorum
4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. 1. Her zaman olduğu kadar 2. Şimdi pek o kadar değil 3. Şimdi kesinlikle o kadar değil 4. Artık hiç değil	11)Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. 1. Gerçekten de çok fazla 2. Oldukça fazla 3. Çok fazla değil 4. Hiç değil
5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor. 1. Çoğu zaman 2. Bir çok zaman 3. Zaman zaman, ama çok sık değil 4. Yalnızca bazen	12)Olacakları zevkle bekliyorum. 1. Her zaman olduğu kadar 2. Her zamankinden biraz daha az 3. Her zamankinden kesinlikle daha az 4. Hemen hemen hiç

EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği- (ÇBASDÖ)

AÇIKLAMA: Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

	Kesinlikle Hayır 1	2	3	4	5	6	Kesinlikle Evet 7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarımla, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-5 Aydınlatılmış Onam Formu

Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi



Gönder

Sorular Yanıtlar 408

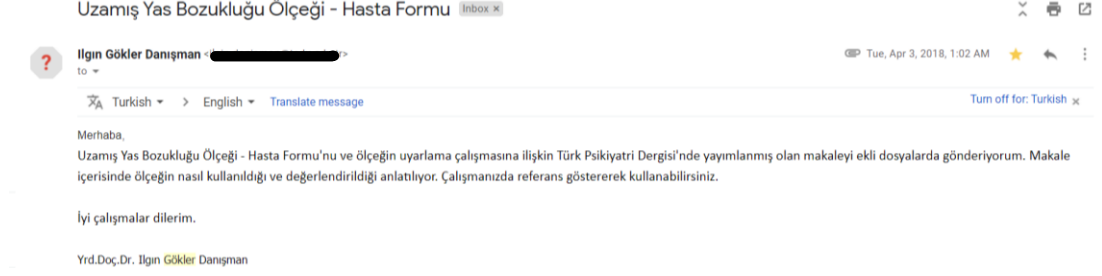
Bölüm 1/4

Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın 2018.188.IRB3.129 sayılı onayı ile izin verilen, Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi başlıklı yüksek lisans tezine katılıminız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılıminız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

EK-6 UYBÖ Araştırma Kapsamında Kullanımı için İzin Alındığına Dair Yazı



EK-7 Etik Kurul Onay Formu

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



Toplantı Tarihi:	09.08.2018
Karar No:	2018.188.IRB3.129
Sorumlu Araştırmacı:	Nadide Embel
Araştırma Başlığı:	Kanser Hastalarında Yas Sürecinin İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	10.08.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekeceği, amacı, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.