

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı**
bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF DÖNEMDEKİ ONKOLOJİ HASTALARININ
YAKINLARININ ÖZ-ANLAYIŞ DÜZEYLERİNİN
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE YAŞAM KALİTESİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

SİNEM ARDIÇ

**DANIŞMAN
PROF. DR. MİNE ÖZKAN**

**PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİM PROGRAMI**

İSTANBUL-2020

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF DÖNEMDEKİ ONKOLOJİ HASTALARININ
YAKINLARININ ÖZ-ANLAYIŞ DÜZEYLERİNİN
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE YAŞAM KALİTESİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

SİNEM ARDIÇ

**İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
DR. PSK. DİLEK ANUK**

**PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİM PROGRAMI**

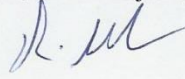
İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

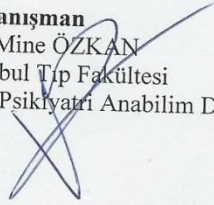
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı,
Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Sinem
ARDIÇ tarafından Prof.Dr.Mine ÖZKAN'ın danışmanlığında hazırlanan "Palyatif
Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik
Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri
tarafından 14/01/2020 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

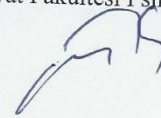
Prof.Dr.Rasim MERAL
İ.Ü.Onkoloji Enstitüsü
Klinik Onkoloji Anabilim Dalı
Radyasyon Onkolojisi B.Dalı

**Jüri-Danışman**

Prof.Dr.Mine ÖZKAN
İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi
Liyazon Psikiyatri Anabilim Dalı

**Jüri**

Dr.Öğr.Üyesi Nevin KILIÇ
Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim
Dalı



BEYAN

iii

BEYAN

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


Sinem Ardic

İTHAF

Canım Kardeşim Uğur'a ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Psikososyal Onkoloji ve Eğitim alanında yüksek lisans eğitimi sunan İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Ana Bilim Dalı Başkanı **Sayın Prof. Dr. Ahmet Kızır**'e, böylesine önemli ve özel bir alanda eğitim almamıza olanak sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Psikososyal Onkoloji ve Eğitimi Bilim Dalı Başkanı Sayın **Prof. Dr. Mine Özkan**'a, yüksek lisans eğitimimiz boyunca teorik ve mesleki bilgilerini bizlerle paylaşan **Prof. Dr. Sedat Özkan**'a, tezim için bana zaman ayıran, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ikinci Tez Danışmanım **Dr. Psikolog Dilek Anuk**'a, önemli paylaşımları ve yol göstericiliği ile eğitim ve tez dönemime önemli katkıları olan Sayın **Prof, Dr. Güler Bahadır**'a teşekkür ediyorum. Yüksek lisans eğitimi süresince benimle prosedürel her türlü bilgiyi paylaşan Onkoloji Enstitüsü Öğrenci İşleri çalışanlarına ve Onkoloji Enstitüsü yataklı servisinde görev yapan tüm hemşire ve çalışanlara, yaşadıkları zor durum ve koşullara rağmen benimle görüşmeyi kabul edip, yardımcı olabilmek için elinden geleni yapan hasta yakınlarına da teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimin zor dönemlerinde beni dinleyen, daima destek olan anneme, babama, arkadaşlarıma ve gösterdiği anlayış için sevgili eşime de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	3
BEYAN.....	4
İTHAF.....	5
TEŞEKKÜR.....	6
İÇİNDEKİLER	7
TABLolar LİSTESİ.....	10
ŞEKİLLER LİSTESİ	12
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	13
ÖZET	14
ABSTRACT.....	15
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	16
2. GENEL BİLGİLER	19
2.1. Kanser Olgusu.....	19
2.1.1. Kanser Tanımı.....	19
2.1.1.1. Kanser Etiyolojisi.....	19
2.1.1.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	20
2.1.1.3. Kanser Tanı, Evrelendirme ve Tedavi Süreci	22
2.1.2. Palyatif Dönem ve İlişkili Kavramlar	23
2.1.3. Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar.....	25
2.2. Öz-Anlayış	30
2.2.1. Öz-eleştiriye Karşı Öz-nezaket	32
2.2.2. İzolasyona Karşı Ortak Paydaşım	33
2.2.3. Aşırı Özdeşlemeye Karşı Bilinçli Farkındalık	34
2.2.4. Hasta Yakınlarında Öz-anlayışın Önemi	37
2.3. Psikolojik Dayanıklılık	38
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık İçin Risk Faktörleri	40
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılık İçin Koruyucu Faktörler.....	41
2.4. Yaşam Kalitesi	41
2.4.1. Yaşam Kalitesi ve İlişkili Kavramlar.....	42
2.4.2. Onkoloji Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi	43

2.5. Öz-anlayışın Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stres ile İlişkisi.....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. Örneklem ve Uygulama Süreci.....	49
3.2. Veri Toplama Araçları	49
3.2.1. Öz-anlayış Ölçeği.....	49
3.2.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	50
3.2.3. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	51
3.2.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres-21 Ölçeği	52
3.2.5. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	53
3.3. İstatistiksel Yöntemler	54
3.3.1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları	55
4. BULGULAR.....	56
4.1. Katılımcılara İlişkin Bulgular	56
4.2. Ölçeklere İlişkin Betimsel Bulgular.....	61
4.2.1. Psikolojik Dayanıklılık	61
4.2.2. Depresyon, Anksiyete ve Stres	61
4.2.3. Yaşam Kalitesi	62
4.2.4. Öz-anlayış	62
4.3. Sosyodemografik Özelliklerin Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Öz-anlayış Üzerindeki Etkisi	63
4.4. Katılımcıların Bakım Verme Sürecinde Zorlanmaları ile Öz-anlayış Arasındaki İlişkiler	66
4.5. Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres, Yaşam Kalitesi ve Öz-anlayış Arasındaki İlişkiler.....	68
4.6. Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yaşam Kalitesinin Öz-anlayış Üzerindeki Etkisi	70
5. TARTIŞMA	73
5.1. Araştırma Sonuçları	73
5.2. Sınırlılıklar ve Öneriler	83
KAYNAKLAR	85
FORMLAR	97
ETİK KURUL KARARI	105

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	107
ÖZGEÇMİŞ	108



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Öz Anlayış Ölçeği'nin Puanlanması	50
Tablo 3-2: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması	51
Tablo 3-3: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması	52
Tablo 3-4: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması	53
Tablo 3-5: Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	54
Tablo 3-6: Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	55
Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	56
Tablo 4-2: Bakım verilen hastanın tanısı ve tanıdan itibaren geçen süre	58
Tablo 4-3: Katılımcıların bakım verme özellikleri	58
Tablo 4-4: Katılımcıların destek alma durumları	59
Tablo 4-5: Katılımcıların geçirdikleri/mevcut hastalıklar	60
Tablo 4-6: Katılımcıların bakım verme sürecinde zorlanmaları.....	60
Tablo 4-7: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları	61
Tablo 4-8: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları	62
Tablo 4-9: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları	62
Tablo 4-10: Öz Anlayış Ölçeği Ortalaması	62
Tablo 4-11: Sosyodemografik Özelliklerin Psikolojik Dayanıklılık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Üzerindeki Etkisi	64
Tablo 4-12: Sosyodemografik Özelliklerin Yaşam Kalitesi ve Öz Anlayış Üzerindeki Etkisi	65
Tablo 4-13: Katılımcıların Öz-anlayış Puanlarının Bakım Verme Sürecindeki Zorlanmaları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) İle Karşılaştırılması ..	67
Tablo 4-14: Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres, Yaşam Kalitesi ve Öz Anlayış Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	69
Tablo 4-15: Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesinin Öz Anlayış Üzerindeki Etkisine İlişkin R ve R ² Değişimi	70

Tablo 4-16: Öz-anlayış İle İlgili Geliştirilen Çoklu Adımsal Doğrusal Regresyon Sonuçları	71
---	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: 2014 yılı tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içerisindeki yüzde dağılımları	21
Şekil 2-2: 2014 yılı tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları	22
Şekil 2-3: Palyatif Bakım Süreci	25



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACS: Amerikan Cancer Society / Amerikan Kanser Topluluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TKD: Türk Kanser Derneği

HDI: Human Development Index / İnsani Gelişme Endeksi

IARC: International Agency For Research On Cancer / Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

PHB: Potential Harmful Caregiving Behaviour

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HSGM: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

ÖZAN: Öz-anlayış Ölçeği

YİPD: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

DASÖ-21: Depresyon Anskiyete Stres Ölçeği

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction/ Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı

ÖZET

Ardıç, S. (2020). Palyatif Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Prevanatif Onkoloji ABD.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerinin palyatif dönem onkoloji hastalarının yakınlarındaki öz-anlayış düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu 2019 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde palyatif destek almakta olan hastaların 72 yakını (39 kadın, 33 erkek) oluşturmaktadır. Araştırma verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, Öz-anlayış Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği aracılığıyla elde edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programından faydalanılarak nicel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmanın sorularına cevap bulmak amacıyla ki-kare analizi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal adımsal regresyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizi ile psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkilerin tamamı anlamlı olarak bulunmuştur. Öz-anlayışın yordayıcı değişkenlerini belirleme amacıyla yapılan çoklu doğrusal adımsal regresyon analiziyle ise, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesinin öz-anlayışı anlamlı derecede yordadığı, ancak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yordayıcı rolünün bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırmadaki sosyodemografik özelliklerin araştırmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenler ile ilişkisine bakılmıştır. Öz anlayışı anlamlı olarak etkileyen tek sosyodemografik özellik, bakım konusunda yardım alma durumudur. Psikolojik dayanıklılık üzerindeki anlamlı etkisi olan özellik bilgi desteği alma durumu iken, yaşam kalitesi üzerinde etkili olan özellik ise desteğin yeterli bulunması olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları literatür eşliğinde tartışılmış, öneriler ve sınırlılıklar belirtilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kanseri, Öz-anlayış, Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Palyatif Dönem

ABSTRACT

Ardıç, S. (2020). An Investigation of Self-compassion Levels of the Relatives of Palliative Stage Oncology Patients in Terms of Psychological Resilience and Quality of Life. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Preventive Oncology. Master Thesis. İstanbul.

The main purpose of the study is to investigate if there is a significant relation between palliative stage cancer relatives' self-compassion levels and psychological resilience, quality of life, depression, anxiety and stress. The study sample consist of 72 patient relatives (39 female, 33 male) who received palliative support in Istanbul University Oncology Institute in 2019. The research data obtained through Sociodemographic Form, Self-compassion Scale, Psychological Resilience Scale for Adults, The Caregiver Quality of Life Cancer Scale, Depression Anxiety Stress Scale-21. Chi-square analysis, One- Way ANOVA, Pearson correlation and multipl stepwise linear regression analysis were used to respond the question of this research. Correlation analysis revealed that all relations between psychological resilience, depression, anxiety, stress, quality of life and self-compassion were significant. According to the results of the stepwise regression analysis, psychological resilience and quality of life significantly predict to self-compassion, but depression, anxiety and stress levels did not play a role in predicting the level of self-compassion. In addition, the relation between sociodemografik characteristics and variables in this study was examined. The only sociodemographic characteristic that significantly affected self-compassion was identify as the status of receiving assistance in care. The feature that has a significant effect on psychological resilience was the status of receiving information support, and the effect on quality of life was found that the support patient relatives received was sufficient. The results of the study were discussed in the light of the literature and the suggestions, limitations were stated.

Keywords: Cancer, Self-compassion, Psychological Resilience, Quality of Life, Palliative Stage

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada sıklığı giderek artan, yaşamı tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası Dünya Kanser Araştırmaları Ajansı global kanser yüküne ilişkin oluşturduğu yeni raporunda, 2018 yılında var olan kanser vakalarına yaklaşık 18,1 milyon yeni vakanın ekleneceği ve 9.6 milyon kişinin de kanserden yaşamını yitireceği bilgisine yer vermiştir. Her 6 ölümden birinin sebebi olarak ortaya konan kanser bugün neredeyse dünyadaki her aileyi etkilemiştir (DSÖ 2018). Bu sebeple her geçen gün sayısı artan kanser hastasının ve onlara bakım veren yakınlarının bu süreçten nasıl etkilendikleri hakkında daha fazla bilgi edinmemiz gerekmektedir. İlk bakışta önemi fark edilmese de diğer insanlarla olan bağların, insanlarla kurulan etkileşimin, sağlığı, hastalığa duyarlılığı ya da yaşam süresini etkileyebildiği bilinmektedir (Holland ve Lewis 2000).

Hasta yakınlarının psikososyal iyilik hali ve yaşam kaliteleri hastanın tedaviye uyum, morbidite ve sağ kalımı üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Şahin ve ark. 2009). Bu yüzden yalnızca hastaların değil bakım verenlerin de psikososyal iyilik haline etki eden tutum, davranış ve ihtiyaçları belirlenmelidir. Özellikle palyatif dönemdeki onkoloji hastalarına bakım vermek zorlayıcı bir yaşıttır ve hasta yakınlarının tutumları ve psikolojik durumu onkoloji hastasının klinik seyrini etkileyebilir. Palyatif dönem herhangi bir kronik ve ileri hastalığın tanısından yaşamın sonuna kadar olan bir dönemi kapsamaktadır (Tanrıverdi ve Kömürcü 2009). Palyatif dönem onkoloji hastalarında yalnızca ileri evre kanser hastalarını kapsamakla kalmayıp, hastalık sürecinin her evresinde yer alabilen bir dönemdir. Bu dönemde verilen sağlık hizmetleri palyatif bakım olarak tanımlanır. Özellikle kanserin ileri evresinde olan hasta ve ailelerinin bu hizmete olan ihtiyacı daha fazla olabilmektedir (Özçelik ve ark. 2010).

Kanser hastaları hastalık ve tedavi izleme, semptom ve ilaç yönetimi, duygusal destek, kişisel bakım ve cihaz bakımı gibi çok yönlü ihtiyaçlara sahiptirler. Hasta yakınları hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi gerektiren görevlere hazırlıklı olmalı, bununla ilgili rol ve sorumluluklara karşı dengeli olmalıdır. Buna ek olarak hasta yakınları hasta tanısı ve prognozunu hakkında verilen bilgilere gösterdikleri duygusal tepkiler açısından desteklenmeye ihtiyaç duyarlar (Given ve ark. 2001). Hastalık karşısında anksiyete, öfke, çaresizlik, inkar, suçluluk gibi karmaşık pek çok duygu yaşayan hasta yakınları, hem bu karmaşık duygularla baş etmeye hem de hastaya destek ve bakım sağlamaya çalışmak durumundadırlar (Özkan ve Armay 2007).

Öz-anlayış (self-compassion) bireyin kendi acılarına karşı açık ve duyarlı olması, kendisine karşı nazik ve şefkatli olması, birilerinin yetersizlik veya başarısızlıkları karşısında yargılayıcı olmayan bir tavır sergileyebilmesi ve bireylerin kendi deneyimlerinin insanların ortak deneyimlerinin bir parçası olduğunun farkında olmasıdır (Neff 2003a). Çünkü anlayış, insanın hem kendisi ile olan ilişkisini (Neff 2003a; 2003b) hem de diğerleri ile olan ilişkisini daha kaliteli hale getirebilecek ve toplumsal bağlılığın sürmesine katkı sağlayabilecek güçlü bir özelliktir (Lilius ve ark. 2011). Öz-anlayışın bireylere özellikle de hasta yakınlarına katkısı düşünüldüğünde, öz-anlayışı artıracak müdahale çalışmalarının yapılabilmesi için öncelikle öz-anlayışın bireylerde ne şekilde olduğu ve bireylerdeki öz-anlayış düzeylerinin ne gibi faktörlerden etkilendiği konularının araştırılmasının önem kazandığı söylenebilir.

Öz anlayış düzeyi ile ilişkilendirilen faktörlerden birisi psikolojik dayanıklılıktır. Psikolojik dayanıklılık zorluklarla, stresle ve kayıplarla mücadele etme becerileri olarak tanımlanır (Masten 2001). Dayanıklılık, en basit haliyle, sıkıntı durumlar karşısında olumlu tepki gösterme, dezavantajların varlığında başarılı olabilme ve olumsuz koşullar altında beklentilerin ötesine geçebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Gilligan 2007, Kaynak: Brennan 2008). Bireysel düzeyde dayanıklılığın göstergeleri, bilişsel yetenekler, kendini düzenleme davranışları ve sosyal destek düzeyi gibi faktörleri kapsarken; toplumsal bağlamda, esneklik, sosyal kontrol, uyum kapasitesini kapsar (Brennan 2006). Gerçekten de dayanıklılığın insanların kişilerarası ilişkiler modellerinden güçlü bir şekilde etkilenebileceği açıktır, bu yüzden kişilerarası ilişkinin oldukça önem kazandığı hastalık deneyiminin eşlik ettiği durumlarda psikolojik dayanıklılığın bu yaşantıdan nasıl etkilendiğine bakmak önem kazanmaktadır (Rutter 1999).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak ele alınır ve bireysel iyilik durumunu gösterir. Kanserli hastaya evde veya hastanede bakım vermek, yakınlarının günlük rutinlerini bozacağı gibi rol kaybı, rol değişikliği gibi durumlara sebep olabilir (Çivi ve ark. 2011). Dolayısıyla yaşam kalitesi kavramı özellikle palyatif dönem onkoloji hastası yakınlarında önem kazanmaktadır.

Öz-anlayış, yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık kavramı ve ruhsal durum ilişkisi psiko-onkoloji alanında giderek önem kazanmakta, çeşitli araştırmalara konu

olmaktadır. Yapılan literatür taramasında onkoloji hastalarının bakım veren yakınlarında öz-anlayış, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada literatür bilgilerine dayalı olarak palyatif bakım gören kanser hastalarının yakınlarının öz-anlayış düzeyleri ile yaşam kaliteleri, psikolojik dayanıklılıkları ve depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların verilmesi amaçlanmış, bu bulguların araştırmanın değişkenleri ile ilişkisine bakılmıştır. Ayrıca kanser hastası yakını olmanın getirdiği çeşitli zorlayıcı durumlar ile ilgili istatistiki bilgiler verilmiş, bu durumların öz-anlayış ile ilişkisine bakılmıştır.

Çalışmanın temel hipotezi onkoloji hasta yakınlarının öz-anlayış düzeylerinin, yaşam kaliteleri, depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri tarafından yordanması yönündedir. Beklenen sonuçların doğrulanması durumunda kanser hastalarının yakınlarına yönelik yapılacak psikososyal girişimlere yol gösterecek bilimsel bir dayanak olacağı gibi oldukça az çalışma olan bu alanda yeni akademik çalışmaların üretilmesine katkı sağlayacak olması ve bu alandaki bilgi eksikliğini dolduracak olmasının önemli bir gerekçe olduğu düşünülmüştür.

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Palyatif dönem onkoloji hastası yakınlarının öz-anlayış, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- Palyatif dönem onkoloji hastası yakınlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri öz-anlayış düzeylerini pozitif yönde anlamlı şekilde yordamaktadır.
- Palyatif dönem onkoloji hastası yakınlarının yaşam kalitesi düzeyleri öz-anlayış düzeylerini pozitif yönde anlamlı şekilde yordamaktadır.
- Palyatif dönem onkoloji hastası yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri öz-anlayış düzeylerini negatif yönde anlamlı şekilde yordamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Olgusu

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize edilen, yayılmanın kontrol edilememesi durumunda ölüme sebep olabilen bir hastalık grubudur (ACS 2018). Vücudumuz devamlı yeni hücreler üretmekte, ölen hücreler ile bu yeni hücreler yer değiştirebilmekte, yaralanma sonrası hasara uğramış hücreler iyileşebilmektedir. Bu süreç belirli genler aracılığı ile yönetilmekte, kanser de bu genlerdeki değişikliklerden ortaya çıkmaktadır (Fadıloğlu ve Korkmaz 2013). Normal hücrelerle kıyaslandığında tümör hücreleri farklı morfolojik özelliktedirler. Kültürde çoğaltılan normal hücreler, zemine tutunur, tek tabaka halinde yayılır, başka hücre ile teması durumunda bölünmeye son verir. Fakat tümör hücreleri zemine tutunma ihtiyacı göstermez, başka hücrelerle temas halinde dahi çoğalmaya devam eder, böylelikle üst üste tabakalar oluştururlar (Dalay 2000). Dolayısıyla hücrelerin aşırı üretiminin uygun hücre kaybıyla dengelenmediği, artmış hücre kütlelerinin birikimi kanser olarak adlandırılmaktadır. Bu biriken hücreler, doku ve organlara invaze olur ve zarar verirler (Lowitz ve Casciato 2012).

Türk Kanser Derneği genel anlamda kanser türlerini aşağıdaki beş kategori altında incelemiştir (TKD 2013):

- Karsinoma: İç organları kapsayan ve çevrelemekte olan dokularda veya deri başlangıçlı kanserlere verilen addır.
- Sarkoma: Kemik, kıkırdak, yağ, kas, kan damarları veya diğer bağ ve destek dokularda başlayan kanserlere verilen addır.
- Lenfoma ve Miyelom: Bağışıklık sistemi hücreleri başlangıçlı kanser türüdür.
- Merkezi Sinir Sistemi Kanseri: Beyin ve omurilik dokularında başlayan kanserlere verilen addır.
- Lösemi: Kemik iliği gibi kan yapan dokularda başlangıç gösteren kanser türüdür.

2.1.1.1. Kanserin Etiyolojisi

Eski çağlardan beri insanlar, kanserin nedenlerine dair araştırmalar yürütmüş, özellikle 18. yüzyıl itibarıyla dış etkenlerin kanserlerin oluşumunda etkili olabileceği fikrinin anlaşılması ile bu ajanları saptamaya ve etki mekanizmalarını araştırmaya

yönelmişlerdir. Zaman içinde kansere sebep olan faktörler üç ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar, kimyasal ajanlar, virüsler ve radyasyondur (Ruacan 1978).

Kanserin sebepleri, özellikle çocukluk döneminde meydana gelenler düşünüldüğünde, büyük oranda bilinmemektedir. Bunun yanı sıra riski artırdığı bilinen pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları tütün kullanımı ve aşırı kilo alımı gibi değiştirilebilir faktörlerken bazıları kalıtsal genetik mutasyonlar, hormonlar ve bağışıklık durumu gibi değiştirilemez faktörlerdir (ACS 2018). İyonize radyasyon, ultraviyole ışınları, hava kirliliği, kimyasal karsinojenler, beslenme faktörleri, sigara, alkol, hepatit-B virüsü gibi virüsler ve çocuklarda görülen bir göz kanseri olan retinoblastomda etkili olduğu gibi genetik faktörler bugün kanser etiyojijisinde etkili olan faktörler olarak sayılmaktadır (Dirik 2018).

2.1.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi

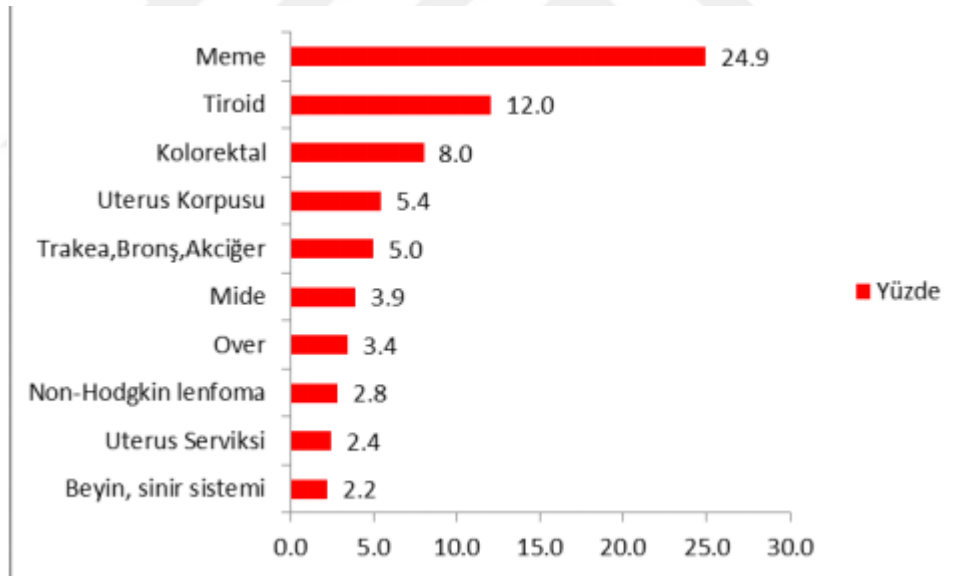
Kalp hastalıklarından sonra ölüme en çok sebep olan hastalık kanserdir. Bununla beraber ABD’de 1977 yılı itibariyle kanser ölümlerinde azalma gözlemlenmiştir. Tüm kanserlerde 5 yıllık sağ kalma 1960-1963 yılları arasında oranı %39 iken 1992-1998 yılları arasından %64 olmuştur (Jemal ve Jiwara 2004, Kaynak: Onat 2011 p.1).

Kanser, bugün dünya çapında her altı ölümden yaklaşık birine neden olmaktadır. Dünya çapında ve İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index- HDI) ülkelerinde kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) dünya genelinde 2018’de 18,1 milyon yeni kanser vakasının olacağını, 9,6 milyon kanser sebepli ölümün yaşanacağını tahmin etmiştir.2040 yılına gelindiğinde, büyüme ve nüfusun yaşlanması sebebiyle 27,5 milyon yeni kanser vakası ve 16,3 milyon kanser sebepli ölümün olacağını tahmin etmişlerdir. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türleri iken kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri daha yaygın görülmektedir (ACS 2018; DSÖ 2019).

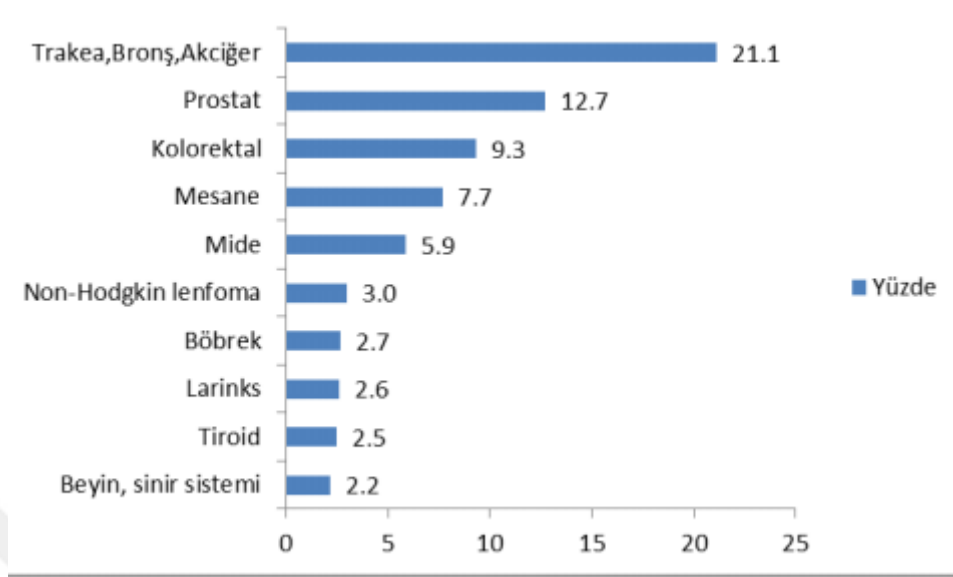
Dünya Sağlık Örgütü’nün 2018 verilerine göre kanserin beş yıllık prevelansının dünya genelinde 43,8 milyon olduğu ortaya konmuştur. Artan kanser vaka sayısının nedeni olarak, sosyoekonomik gelişmeler ile bağlantılı bazı kanser nedenlerinin yaygınlaşması, insan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfusta meydana gelen artış gösterilmektedir (DSÖ 2018).

Türk Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'nın verilerine göre ise ülkemizde kanser sıklığı dünya ve dünyanın gelişmekte olan ülkeleri ile benzerlik göstermektedir. Yaşa standardize edilmiş kanser hızı kadınlarda yüz binde 173,3 olarak bulunurken erkeklerde yüz binde 269,7 olarak bulunmuştur. 2009 yılı kanser istatistikleri yaklaşık 63 bin kadının ve 98 bin erkeğin kansere yakalandığını göstermekte, erkeklerde en sık görülen kanserin akciğer ve prostat iken kadınlarda meme kanseri (her dört kadından biri) olduğu ortaya konmaktadır. Lösemi, çocukluk çağı kanserleri içinde en sık görülendir. 15-24 yaş arası genç erkeklerde testis ve kemik kanseri, genç kadınlarda ise tiroid ve Hodgkin en sık görülmektedir. Şekil 2-1 ve Şekil 2-2'de 2014 yılı Türkiye kanser istatistikleri görülmektedir (Gültekin ve ark. 2014).

Şekil 2-1: 2014 yılı tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içerisindeki yüzde dağılımları



Şekil 2-2: 2014 yılı tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları



2.1.1.3. Kanser Tanı, Evrelendirme ve Tedavi Süreci

Kanser tanısı vücudun herhangi bir yerinden doku örneği alınması ile başlar. Bu örneğin histolojik olarak malign olduğu teşhis edildiğinde kişinin kanser hastası olduğu ortaya konmuş olur (Onat 2011).

Tanı konan dokunun özelliklerinin incelenmesi, histopatolojik tanının doğrulanması ve tümörle ilgili detayların incelenmesinin ardından kanserin evrelendirilmesi yani hastalığın vücuttaki yaygınlığının tespit edilmesi süreci gelir. Bunun için onkologlar tarafından kabul edilen ve uluslararası kullanılan evrelendirme sistemleri bulunmaktadır (Onat 2011). Evrenin değerlendirilmesi, tedaviyi optimize etmek ve prognozu değerlendirmek için gereklidir. Çoğu kanserde evre, primer tümörün büyüklüğüne, boyutuna ve tanı anında yakınındaki lenf bezlerine veya vücudun diğer bölgelerine yayılıp yayılmadığı incelenerek tespit edilir. Kanseri sınıflandırmak için birkaç farklı evreleme sistemi kullanılır. Tümör kayıt verilerinin betimsel ve istatistiksel analizi için özet evreleme sistemleri kullanılmaktadır ve bu sistemler zaman içindeki eğilimleri izlemek için de kullanışlı olmaktadır. Bu sisteme göre, eğer kanser hücreleri geliştikleri hücre katmanında mevcutsa bu "in situ (yerinde)" olarak adlandırılır. Eğer kanser hücreleri orijinal doku katmanının dışına nüfuz etmişse, kanser invaziv hale gelmiş denilmektedir. Kanser yayılma derecesine bağlı olarak lokal, bölgesel veya uzak olarak kategorize edilir (ACS 2018).

Tanı ve evrelendirmeden sonra hastanın genel olarak değerlendirilmesi, yaş, vücut ve organ fonksiyonları, komorbidite, beslenme, psikolojik yapı, sosyal ve ekonomik yapı gibi faktörler dikkate alınarak yapılır. Ardından tedavi aşamasına geçilir (Onat 2011).

Tedavi aşamasında hastaların kişisel özellikleri ve hastalıklarının durumuna göre tedavi yöntemleri tek başlarına veya bir arada olmak üzere uygulanır. Bu yöntemler genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olmaktadır (Özkan ve Armay 2007).

Kanser tedavileri genellikle küratif ve palyatif olmak üzere ikiye ayrılır. Küratif tedavilerde hastalığın tamamıyla ortadan kaldırılması, hastanın iyileşmesi hedeflenir. Genellikle istenilmeyen yan etkiler görülür, fakat küratif tedavilerde tüm radikal olanakların kullanılması gerekir. Çoğunlukla hastalar bunları iyileşmenin bir bedeli olduğunu düşünürler (Özkan ve Armay 2007; Onat 2011).

Kanser tedavilerinin genel amacı küratiftir, ancak bu her zaman başarılamamaktadır. Böyle durumlarda tedavinin amacı hastanın yaşam süresini uzatmayı hedefleyen, semptomları dindiren palyatif yaklaşımdır (Üstüner ve Taş 2011).

2.1.2. Palyatif Dönem ve İlişkili Kavramlar

Palyatif kelimesi Latince’de örtü veya perde anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken alır ve Latince palliare ve İngilizce “Palliate” kelimelerinden türeyerek örten, hafifleten anlamında kullanılır (Kahveci ve Gökçınar 2014). Palyatif dönem herhangi bir kronik ve ileri hastalığın tanısından yaşamın sonuna kadar olan bir dönemi kapsamaktadır ve tanımlamalarda özellikle bu dönemde verilmekte olan bakım (care) kavramı ön plana çıkmaktadır.

Palyatif dönemde sunulan bakım hizmeti, hastaların ağrı ve diğer semptomların dindirilmesi, beslenme desteği, psikososyal destek, hastanın konforunun oluşturulması ve bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi ve hastanın işlevsel durumunun artırılmasına odaklanan ve çeşitli meslek grupları tarafından meydana gelen multidisipliner bir ekibin ortaya koyduğu önemli bir sağlık hizmetidir (Özçelik ve ark. 2010). Dünya Sağlık Örgütü (2012) palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan genç veya yaşlı olmak üzere hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olarak açıklarken, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal problemlerin erken tespit, değerlendirme ve tedavisi ile çekilen acının önlenmesinin amaçlandığının

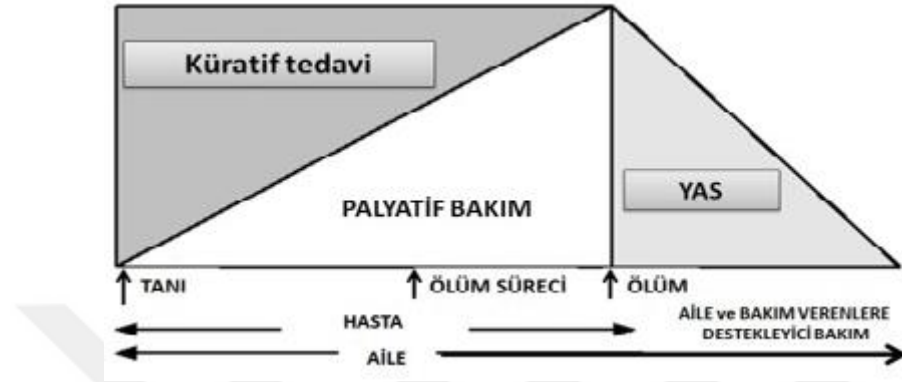
altını çizer. Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak ele alır, dolayısıyla ölümü erteleme veya hızlandırma amacı olan bir hizmet değildir. Hastanın fiziksel bakımına psikososyal ve ruhsal yönlerini de dahil eder. Hastanın son anına dek, şartlar el verdiğince aktif bir hayat yaşamasına destek olmaya çalışır. Başlarda Amerika’da kanserden ölmekte olan hastaların bakımı için kullanılan bir kavram olsa da kanserin yanı sıra AIDS, demans / Alzheimer, sekel serebrovasküler damar hastalığı gibi tanılara sahip hastalar da palyatif bakımdan yararlanırlar (Kıvanç 2017).

Dünya Sağlık Örgütü önceki yıllarda palyatif dönemi küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların içinde bulunduğu dönem olarak belirtmiştir. Bu palyatif bakımı “son evre bakımı”na indirgemek olarak yorumlanmıştır. Oysa palyatif dönem, terminal dönemle aynı anlama gelmez, sadece palyatif dönem terminal dönemi de kapsamaktadır (Tanrıverdi ve Kömürcü 2009). Onkoloji hastalarında da aynı şekilde yalnızca ileri evre kanser hastalarına uygulanmamaktadır, hastalık sürecinin her evresinde verilebilen bir hizmettir. Örneğin, kemoterapi alan bir hastanın tedavisinde görülen kusma, bulantı gibi semptomların giderilmesinde sunulan hizmet de bir tür palyatif/destekleyici dönem hizmetidir. Fakat, özellikle kanserin ileri evresinde olan hasta ve ailelerinin bu hizmete daha fazla ihtiyacı olabilmektedir (Özçelik ve ark. 2010).

Bugün palyatif dönem yaklaşımının, kronik ve/veya ölümcül herhangi bir hastalık sırasında uygulanması gerektiğine dair geniş bir kabul vardır. Bu anlayış, yaşamın son evrelerindeki problemlerin hastalık sürecinin daha erken zamanlardan kaynaklandığı görüşüne dayanmaktadır. Başlangıç evrelerinde tedavi edilemeyen semptomların yönetimi yaşamın son günlerinde fazlasıyla zorlaşmaktadır. İnsanlar ağrıya alışmamaktadır, aksine kronik ve belirsiz ağrılar, sinir sistemindeki ağrı iletimini güçlendirmekte ve daha önce sessiz olan yolakların aktivasyonunu sağlamaktadır (Sepulveda ve ark. 2002). Bu yüzden klinisyenler palyatif müdahaleleri küratif tedavi planına entegre etmeyi düşünmeli, aynı anda ve rutin olarak vermelidir. Bu klinisyenlerin mümkün olduğunca hastalığın seyrini değiştirmelerine ve ayrıca ilişkili semptomları etkili bir şekilde yöneterek yaşam kalitelerini yükseltmelerine olanak sağlar (Kuebler ve ark. 2005).

Özetle, tanının konmasından ölüm süreci ve sonrasında dek palyatif yaklaşım önemini korumaktadır. Palyatif dönem en iyi şekilde aşağıdaki Şekil 2-3'te gösterilmektedir (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2004, Kaynak: Meier 2011 p. 2).

Şekil 2-3: Palyatif Bakım Süreci



Palyatif dönem yaklaşımları hastalar ve aileleri için, onların ihtiyaç ve amaçlarına dayanan, prognozdan bağımsız olarak yaşam kalitelerini mümkün olan en iyi seviyeye getirmeye odaklanmaktadır. Multidisipliner palyatif bakım ekipleri semptomları değerlendirir, tedavi sağlar, karar verme sürecinde destekleyici olur. Daha öncesinde bilgilendirilmiş hasta ve hasta yakınlarının hedefleriyle tedavilerin uyum göstermesinde yardımcı olur, onlara güvenli bir yaşam ortamı sağlamak adına çevresel kaynakları tespit eder (Meier 2011).

2.1.3. Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır, hem biyolojik yapısı ve işlevleri, hem de sosyal konumu içinde değerlendirilmelidir (Özkan ve Armay 2007). Palyatif dönemde de insanın bu yönü göz önünde bulundurularak, yalnız semptomların giderilmesine değil, bu süreçte onlara eşlik eden yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına da cevap verilmektedir. Hastanın bütüncül bakımının yanı sıra sürekli karşılıklı etkileşim halinde olduğu yakınlarının da desteklenmesi önem taşımaktadır.

Ortalama insan ömrü süresi ve gelişmiş tedaviler neticesinde hasta sağ kalım süreleri uzamıştır dolayısıyla bakıma ihtiyaç duyan birey sayısında artış olmuştur. Palyatif yaklaşımda önemli bir paydaşı olan hasta yakınının da yaşam kalitesi önem kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (2019) palyatif yaklaşımın amaçları arasında hasta yakınlarına, hastalık süreci ve sonrasındaki yas sürecinde destek sağlamanın yer aldığını

belirtmektedir. Bu kapsamda ihtiyaç duyulması durumunda yas danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması için ekip yaklaşımının kullanılmasını salık vermektedir.

Aile üyelerinde bir hastalığın ortaya çıkışı geçici ya da kalıcı şekilde aile döngüsünü kesintiye uğratabilir. Hastalık ani ve kısa süreli ise aile orta şiddette etkilenir, fakat AIDS, kanser, kalple ilgili hastalıklar gibi ciddi ve uzun süreli bir hastalık söz konusu ise, ailedeki ilişkiler ve işleyiş ve buna bağlı olarak bireylerin hayatı ciddi şekilde etkilenir (Gladding 2015; Snyder ve Whisman 2004). Dolayısıyla kanser gibi kronik hastalıkların tanısı bireye konmasına rağmen aileler de bu hastalıkla yaşamlarını idame ettirirler. Aile sistemleri teorisine göre ailede bir hastalık ortaya çıktığında sadece hasta birey üzerinde etki göstermez; tüm aile sistemleri üzerine yansır. Ailelerin hastalar için pasif bir sığınak gibi değil, kanser krizini aynı anda yaşayan bir insan birliği olarak görülmesi gerektiği öne sürülmektedir (Güner 2008).

Kanser gibi kronik hastalıklar hasta ve ailesini kriz, stabilizasyon, çözüme erme ve entegrasyon adı verilen 4 temel evreden geçirmektedir. (Fennell 2003, Kaynak: Gladding 2015 p. 456). Kriz evresinde hastalık yaşantısının belirtileri, ağrı ve travmalarını ile savaşırlar. İkinci evre olan stabilizasyon evresinde bireyler asıl uğraş, yaşantı ve algılarını yeniden yapılandığı ve stabilize ettiği bir dönemken çözüme erme evresinde ise bireylerin amacı yeni bir benlik algısı ile uyumlu olabilecek bir anlam dünyası ve maneviyat geliştirmesidir. Son evre entegrasyon evresidir ve bireyler eğer şartlar uygunsa çalışabilir, yeniden iş bulabilir, destekleyici sosyal ilişkileri tekrar yapılandırabilir. Kübler-Ross’a göre ise hasta yakınları, tıpkı hastalarinkine benzeyen bir alışma sürecinden geçerler. Başlangıçta çoğu hastalığı inkâr eder, yanlış teşhis konulmuş olması düşüncesiyle doktor doktor dolaşır, kimi zaman falcı ve üfürükçülerden yardım beklerler. Sonra öfke sürecinden geçerler, suçluluk duygusu ve kaçırılmış fırsatlara dair pişmanlıklar da hissettikleri duygulardandır. Eğer bu duygular giderilebilirse, hazırlayıcı keder dönemine geçebilirler, gerçeklerle yüzleşirler ve bu duyguları kabullenebilirler (Kübler-Ross 2010 pp. 171-176).

Palyatif dönemdeki bir hasta için hasta yakınları çoğunlukla bakım verici rolüne geçerler. Hasta yakını için bakım verici rolüne geçmek oldukça önem taşır, bu durumdan hem fiziksel hem de ruhsal ve sosyal olarak etkilenirler. Hatta bakım veren bireyler “gizli hastalar” olarak tanımlanmıştır (Zarit ve ark. 1985). Hasta yakınına bağımlı hale geldikçe,

bakım veren yakınının görevleri daha karmaşık ve zaman alıcı hale gelir ve bir noktada tüm hayatlarını bakıma adadıklarını fark ederler. Talepler arttıkça, hasta yakınının fiziksel ve zihinsel sağlığı, sürekli baskıdan dolayı olumsuz etkilenir (Larsen 1998). Aile üyeleri kimi zaman bakım verme rolüne kolay adapte olur ama bir kısmı için bu süreç zorlu bir hal alabilir. Hasta yakınları hastalık ilerledikçe ve hasta palyatif döneme girdikçe daha sıkıntılı hale gelip psikiyatrik sorunlara yatkın hale gelebilirler. Örneğin kadın bakım verenler, psikiyatrik morbidite geçmişi olanlar, hastanın hastalığı ve bu hastalığın yaşamları üzerindeki etkileri hakkında daha olumsuz görüşe sahip olanlar depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklara karşı daha savunmasızdırlar. Özellikle kendilerine ait bir destek ağına sahip olmadıklarında ve hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarında risk daha da artmaktadır (Pitceathly ve Maguiere 2003). İki yüz ileri evre kanser hastasının bakım veren yakınları ile yapılan bir çalışmada ise DSM-4 sonuçlarına göre, bakım veren yakınların %13'ü psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşılamışlardır. Mevcut psikiyatrik bozukluk sıklığı; panik bozukluğu, %8, majör depresif bozukluk, %4,5, travma sonrası stres bozukluğu %4 ve yaygın anksiyete bozukluğu, %3.5 şeklindedir. Güncel psikiyatrik bozukluğu olan bu bireylerin sadece %46'sı ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmıştır (Vanderwerker ve ark. 2005). Yine kanserin ileri evrelerinde olan kanser hastalarına bakım vermekte olan aile üyelerinin yüksek düzeyde psikolojik distress yaşadığı ve bu durumun hastanın özerkliğini yitirdiğinde büyük ölçüde arttığı bulunmuştur (Dumont ve ark. 2006).

Bu zorlayıcı ve süregelen yaşam olayının yanı sıra bu durumun birincil muhatabı olan hastanın tepkileri de hasta yakınında farklı psikososyal problemlere sebep olmaktadır. Kanser hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler geliştirirler. Bu tepkilerin çoğu normal ve adaptif olmaktadır, böyle olduğu durumlarda hasta anlayışla karşılanmalı ve destek olunmalıdır. Degoratis ve ark.'ın (1983) 215 hastayı içeren çalışmalarında, hastaların %47'sinde tanı konmayı gerektirecek düzeyde psikiyatrik sorunların bulunduğu belirtilmiştir (Kaynak: Özkan ve Armay 2007 p.71). Her zaman bir psikiyatrik tanımı gerektirmemekle birlikte palyatif dönemdeki bir onkoloji hastası fiziksel ve psikolojik açıdan birçok zorlukla karşı karşıya kalabilir. Bu durum ona destek olmak ve bakım vermekte olan yakınlarını etkileyebilir. Çünkü hasta yakını ve hastanın uyumu karşılıklı olarak birbirini belirlemektedir. Örneğin hasta ve eşleri üzerine yapılmış bir araştırma hasta ve eşinin bu yaşam olayına uyum sağlama seviyelerinin anlamlı derecede birbirine bağımlı olduğunu, birinde görülen uyum

probleminin genelde diğesinde de görüldüğünü ortaya koymuştur (Northous ve Swan 1987 Kaynak: Güner, 2008 p.47).

Küratif tedavi seçeneklerinin azaldığı, tıbbi olarak yapılacakların sınırlı hale geldiği bu dönemde hasta yakınları ve tedavi ekibi, psikolojik olarak zorlanır ve farkında olmadan hastayı yalnız bırakırlar (Özkan ve Armay 2007). Bu durum bazen sağlıklı iken iletişim kurdukları bireyin, hastalık etkisiyle bilişsel ve genel durumu bozulduğunda ona nasıl davranacaklarını bilememelerinden, bazen geçmişteki olumsuz hastalık deneyimlerinden, bazen de sevdikleri bireyin acısı karşısında çaresizlik hissetmelerinden kaynaklanmaktadır. Hastayı koruma arzusu, ne diyeceğini bilememe, hastanın duruma vereceği tepkiden korkma gibi sebeplerle hastanın güncel durumu ondan saklanır ve konuşmama, uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları artar (Özdemir 2016; Elbi 2001). Oysa ağrı gibi semptomların yanı sıra hastayı yalnızlık ve izolasyonun da oldukça etkilediği ortaya konmuştur (Peykerli 2003). Dolayısıyla hasta yakınları için, bu süreçte hastanın destekleyici ve anlayışlı bir şekilde yanında olabilmesi bile çeşitli psikolojik savunmalar neticesinde zorlaşmaktadır. Bu da hasta yakınlarında suçluluk duygularına sebep olabilir.

Suçluluk, ölüm olasılığının gündeme getirdiği en acı verici duygulardan biridir. Aile üyeleri, “Keşke onu daha önce doktora götürmüş olsaydım” ve “Ondaki değişiklikler daha önce fark etmeliydim” gibi sözleri sıklıkla sarf ederler. Bu yüzden başta zor olsa da iletişim kurma önemlidir, yalnızlık ve izolasyonu artırmak yerine anlamlı ve derin bir yakınlık kurulmasını sağlar (Kübler-Ross 2010 pp. 165-166).

Bakım veren hasta yakınının zihinsel ve fiziksel olarak tehdit altında olmasının hasta açısından bir diğer önemli sonucu ihmal ve istismara kadar varabilen düşük kalitede bakım ve hasta için olumsuz sağlık sonuçlarıdır (Schulz ve Martire 2001, Kaynak: Beach ve ark. 2005 p. 257). Hasta yakınının stres altında olması ve mental problemler yaşaması, bakım alan hastaya kötü niyetli davranışlarda bulunma riskini artırdığı için önem taşımaktadır. Bu literatürde zarar veren potansiyel bakım verici davranışı (potential harmful caregiving behaviour- PHB) olarak yer almaya başlamıştır. Bir araştırmada anksiyete ve potansiyel zarar veren bakım verici davranışına öfkenin aracılık ettiği bulunmuştur. Öfke, hem depresyon hem de kin tutmanın zarar veren bakıcı davranışını dinamik bir şekilde hem yönlendirdiği hem de düzenlediği görülmüştür (MacNeil ve ark. 2009). Yine bir başka araştırmada potansiyel zararlı bakıcı davranışı, eşin bakım verdiği,

bakım verenin bakım için daha fazla gereksinimlerinin olduğu, mental olarak engelli olduğu, fiziksel semptomlarının olduğu ve klinik depresyon riski taşıdığı durumlarda daha olasıdır (Beach ve ark. 2005).

Son yıllarda hızla araştırılan bir kavram olan “bakım verme yükü” kavramı da bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikososyal veya maddi tepkileri açıklamada kullanılmaktadır. Hasta yakınının bu süreci “yük” olarak algılaması ile ilişkili olduğu kabul edilen çeşitli kişisel faktörler olduğunu bildirmiştir. Bunlar arasında bakım verenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllülüğü, sosyoekonomik durumu, eğitim durumu, bir hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, sosyal desteğinin olup olmaması ve yaşadığı toplumun kültürel özellikleri sayılabilir. Türkiye’de kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinde bakım yükünü üzerine yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi, hastaya bakım verme süresi, hastanın cinsiyeti, yardımsız tuvalete gidebilmesi, idrar ve dışkısını kontrol edip edememesi gibi faktörlerin bakım yükünü etkilediği görülmüştür (Orak ve Sezgin 2015). Kanserli hastalara iyi bir bakımın sağlanabilmesi için bakım verenlerin de fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik gereksinimlerinin desteklenmesi böylelikle, fiziksel ve duygusal gereksinimleri arasında denge kurulması önerilmektedir (Yıldız ve ark. 2016).

Palyatif dönem hastalarının fiziksel ve duygusal bakımı yoğun bir çaba gerektirir ve odaklanılan kısım ağırlıkla hasta olmaktadır. Bunun yanında hastanın ailesinin ve yakınlarının da desteğe ihtiyaçları olduğu akılda tutulmalıdır. Tanının konulmasından sonraki tüm evreler hasta yakını için de farklı boyutlarda olumsuzlukların yaşanabileceği evrelerdir. Ailelerin hastanın bakımına katılması, hastanın yanında kalabilmesinin sağlanması, ölüme ilişkin kaygı içerikli duygularının azaltılması ve hastanın durumuna bakış, duygu ve beklentileri ifade edebilmesi önemli faktörlerdir. Ailelerin bu tarz psikososyal problemlerinin aşımında çeşitli psikoterapi uygulamaları fayda sağlamaktadır. Hasta yakınları veya aile terapilerine de başvurabilir, aile problemlerine daha fazla odaklanma, ailenin yaklaşmakta olan ölümü kabullenmesi, hastanın ölümü ile yakınlarına yaşatabileceği suçluluk duygularının hafifletilmesi temaları üzerine çalışılabilir (Yeloğlu ve ark. 2014).

2.2. Öz-Anlayış

Öz-anlayış kavramının tanımı anlayış (compassion) kavramının tanımlanması ile mümkündür. Anlayış (compassion), Com-(beraber) ve -Pati(acı çekmek) kelimelerinden meydana gelen Latince bir kelimedir. Acıyı paylaşmak anlamına gelmektedir (Barad 2007). Staren (2006) ise compassion kelimesinin -cum ve – patior kelimelerinden köken aldığını ve acı çekmek veya bununla beraber kalabilmek (to suffer or stand in solidarity with) anlamına geldiğini belirtir. Kavram genel olarak kişinin zor veya zayıf anlarında, hata yaptığında, sıkıntı yaşadığı durumlarda kendisine karşı duygusal anlamda destekleyici ve şefkatli olmasını içerir. İngilizce'deki self-compassion kavramının karşılığıdır ve çeşitli araştırmacılar bu kavramı farklı şekillerde Türkçe'ye çevirmişlerdir. Bu kavramın araştırmalarda öz-şefkat, öz-duyarlık ve öz-anlayış şeklinde kullanıldığı görülme, hepsi özünde benzer şeyleri ifade ettiği belirtilmektedir (Atalay 2019). Bu çalışmada öz-anlayış kavramının kullanılması kararlaştırılmıştır.

Lazarus (1993) anlayışı bir başkasının yaşadığı acıdan etkilenerek o kişiye yardım etmek şeklinde kavramsallaştırır. Yine aynı şekilde anlayışın yalnızca bir kişinin acı çekmesinden etkileniyor olma değil aynı zamanda onlara yardım etmek üzere harekete geçme isteğiyle ilişkili olduğunu da belirtmektedir (Strauss ve ark. 2016). Anlayış, ötekini önemsemeyi, onun duygularına katılımı ve bunlara uygun cevaplar vermeyi içerir (Kanov ve ark. 2004, Kaynak: Yıldırım 2018). Başkalarının çektiği acıdan etkilenmeyi, birinin acısına farkındalığını açmayı, ondan uzak durmamayı ve kopmamayı içerir. Böylece başkalarına karşı şefkat duygusu ve onların acılarını hafifletme arzusu ortaya çıkar (Wispé 1991; Kaynak: Neff, 2003a). Dalai Lama'ya (1998) göre ise yalnızca insanların acı çekmeden uzaklaşmasını istemek değil, aynı zamanda diğerlerine olan bağlılık, sorumluluk duygusu ve saygısı ile de ilgilidir (Barad 2007). Kendimizin ve başkalarının çektiği acılara olan açıklığımız ve acılarımızı azaltmak için oluşturduğumuz motivasyondur (Atalay 2019). Daha geniş anlamıyla bir bireye anlayış göstermek, onun acı çektiğini kabul etmek, acıya olan direnç ve korkumuzu terk etmek ve içimizden doğal olarak gelen sevgi ve iyilik duygusunu acı çeken kişiye aktarmakla mümkündür (Germer 2018).

Öz-anlayış ise basitçe içe yönelen bir anlayış, deneyimlediğimiz duygu ve düşünceleri ve bunu deneyimleyen benliğimizi bir tür kabul etme şeklidir (Neff ve Germer, 2013; Germer 2018). Başarısızlık yaşayan ve hata yapan kişilere yargısal

olmayan bir yaklaşım içerir ve böylece insan eylem ve davranışlarını belirli bir yanılabilirlik bağlamında görür. Ayrıca kişinin kendi çektiği acılara değinmesini, bu acılardan uzak durmamayı, kendine ve çektiği acıya, hafifletme ve nezaketle iyileştirme arzusuyla yaklaşmasını önerir (Neff 2003a). Germer (2018) ise öz-anlayışı acı çekerken kendi kendimize yardım etmek istediğimizde deneyimlediğimiz duygu olarak tanımlar.

Son yıllarda Batı psikolojisinin odak noktası haline gelen öz-anlayış kavramı, yüzyıllardır Budist Psikolojinin ana temalarından birisidir. Acı ve iyileşmede anlayış kavramının rolü her geçen gün daha fazla araştırılmaktayken, anlayış ile ilgili Budist kavramların kökeni 2500 yıl öncesine dayanmaktadır (Atalay 2019). Öz-anlayışla ilgili sistematik araştırmalar Neff (2003a, 2003b) ile başlamış olsa da öz-anlayışın altyapısındaki kavramlar ve çeşitli uygulamalar, Budizm'den kaynaklanmaktadır. Bununla beraber bu kavramların "Budist olmak" la bir ilgisi bulunmamaktadır. Herhangi bir dini inanış, anlayışlı ve farkındalık sahibi olmaya bir engel teşkil etmemektedir (Atalay 2019).

Öz-anlayış ile ilgili çalışmalar son yıllarda öz-saygının psikolojik sağlığın birincil ölçüsü olmasına yönelik eleştirilerin artması ile başlamıştır. Öz-anlayış, öz-saygının kişinin kendine verdiği değerin gerekli bir unsuru olarak görülmediği durumlarda, kişinin kendisine karşı daha sağlıklı bir tutum olarak ortaya çıkmıştır (Neff 2003b). Öz-anlayışın öz-saygıya göre daha fazla duygusal esneklik ve istikrar sağladığı, öz-saygıda olduğu gibi kendini olumlu değerlendirme ve genellikle özel ve ortalamanın üstünde olmayı gerektirmediği belirtilir. Öz-anlayış kendini değerlendirme ve başkaları ile kıyaslamayı gerektirmez, aksine başarısızlık ve yetersizlik durumlarında dahi kişinin kendisiyle ilişki kurmasının nazik ve açık bir yolunu sunar (Neff 2011).

Kişisel yetersizlikler, hatalar ve başarısızlıklarda olduğu gibi kişinin kontrolü dışında olan acı verici yaşam durumlarıyla yüzleşirken de ortaya çıkan öz-anlayış Neff (2003b) tarafından üç başlık altına ortaya konmuştur. Bu üç yön, bir düşünce yapısı ortaya çıkarmak üzere bir araya gelir ve karşılıklı etkileşerek öz-anlayışı oluşturur (Germer ve Neff 2013). Bu üç temel bileşen şunlardır:

- a) Öz-eleştiriye karşı öz-nezaket
- b) İzolasyona karşı ortak paydaşım ve
- c) Aşırı özdeşleşmeye karşı bilinçli farkındalık

2.2.1. Öz-eleştiriye Karşı Öz-nezaket

Acı çekildiğinde, başarısız ve yetersiz hissedildiğinde, öz-eleştiri ile kişinin kendisini hırpalaması yerine kendisine sıcak ve anlayışlı yaklaşması öz-nezaket olarak tanımlanmaktadır (Neff ve Germer 2013). Kişinin kendine karşı nezaketle davranması, sürekli devam eden bir öz-eleştiriye ve sıradan görülen aşağılayıcı içsel yorumlamaları durdurabilmeyi gerektirir (Atalay 2019).

Öz-eleştiri eğilimli bireylerde, stres altındayken ve hedefe ulaşamama durumunda, yüklü miktarda kendini eleştirme, başarısızlık duygularına kapılma, kendini değersiz görme ve suçlama söz konusudur (Bergner 1995; Blatt 2004, Kaynak: Doğan ve ark. 2013). Özeleştirin psikopatolojiye yol açabilecek bir kişilik eğilimi olduğu (Castilho ve ark. 2015), depresyon ile arasında güçlü bir ilişkisinin olduğu (Adam ve ark. 2009; Bergner 1995), depresyon nüksü olasılığını artırdığı (Mongrain ve Leather 2006), mutsuzluk (Doğan ve ark. 2013) ve öznel iyi oluşla aralarında negatif ilişki olduğu ortaya konmuştur (Kaynak: Erkoç 2017).

Bireyler kendilerini mutsuz eden şeylerin sebeplerini araştırır, çözüm ararken, geçmiş pişmanlıklar ve gelecekle ilgili endişeleri de su yüzüne çıkarma eğiliminde olur. Bu insanların iyi hissetmeyi başaramadığı için daha kötü hissetmesine neden olur, herkesin içinde bulunduğu düşünülen “içsel eleştirmen” burada devreye girer. Birey bunun kendi suçu olduğunu, ne olursa olsun bunun çözülmesi gerektiğini düşünür ve bir yargılama kısır döngüsünde kalır (Williams ve Penman 2015).

Böyle bir kısır döngünün varlığının sebebi zihnin anıları tarayarak, şu anki duygusal durumun yansımaları araştırması, benzer durumları çağrıştırarak bundan bir çözüm bulmaya çalışmasıdır (Williams ve Penman 2015). Diğer hayvanların aksine insanlar yaşadıkları tecrübeleri genelleştirebilir, sembolik ilişkilendirmeler yapabilir. Hatta modern insanın hayatta kalmasının sebebinin şimdi ve burada olmayan bir şeyi zihninde buraya getirebilme becerisine bağlı olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla ilişkilendirme becerisi yüzünden zihin insanlara acı veren pek çok duygu ve düşünceyi tetikleyebilecek sayısız çağrışım üretebilir (Selvili Çarmıklı 2018).

İnsanlar, öz-eleştirin disiplin etme ve sorumlulukları hatırlatmada işlevsel olduğunu, tembellik ve rahatlığı engellediğini düşünme eğilimindedirler. Fakat öz-eleştiri

kaba, aşırı, dengesiz bir hal aldığında kişinin gelişimini engelleyen bir psikolojik tuzaktır (Atalay 2019). Bazen bu kendine odaklanmış ve öz-eleştirel ruh hali, saplantılı düşüncelere dalma olarak da tanımlanan ruminasyona kadar gider. Bireyler sürekli olarak mutsuz duygu durumunun neden kaynaklandığını, anlamlarını, sonuçlarını düşünür, dahası böyle yapmanın sorunu çözme adına onlara ışık tutacağına inanır. Oysa ruminasyon problem çözme yeteneğini belirgin bir şekilde azaltır ve çözümün değil, döngüsel bir şekilde sorunun bir parçasıdır (Williams ve ark. 2015).

Oysa Neff(2003a) kişilerin aynı olumsuz duygulanımı karşılarındaki bireylerde gördüklerinde onlara kendilerine olduğu kadar acımasız davranmama eğilimde olduğunu ortaya koymuştur. İnsanlar bu durumlarda karşısındakini sakinleştirmeye çalışır, dinler, fikirlerini paylaşır, destek olmaya çalışır. Bireyin sevdiği ve değer verdiği birine yardım edip, destek olması halinin içe yönelmiş hali öz-nezakettir, başkasına olduğu gibi kendisine de kaba, yargılayıcı ve cezalandırıcı davranmamayı gerektirir.

Ayrıca kişi öz-nezaketi deneyimlemesini sağlayacak bir derecede, kendini yargılamayı ve hırpalamayı bırakırsa, olumsuz duygusal deneyimlerin etkisi azalır ve düşünce ve duyguları hakkında dengeli bir farkındalığı sürdürmesi kolaylaşır (Neff 2003b).

2.2.2. İzolasyona Karşı Ortak Paydaşım

Talihsiz bir olay yaşandığında insanlar, dünyada bu tür bir acı çeken tek kişi olduklarını, bu şanssızlıktan da sorumlu tek kişi olduklarını hissederler. Yoğun duygular yatışıp resmin tamamı görüldüğünde ise bunun birtakım evrensel nedenlere bağlı olduğu, bütün olayların birbiriyle ilişkisel bir şekilde vuku bulduğu görülür. Bu da kişinin yalnızlık ve izole edilmişlik duygularından uzaklaşmasını sağlar (Germer 2018 pp.112-113).

Krishnamurti (2011) 'e göre bireyler acı çekiyorlarsa, sebepleri başkadır ve herkes kendi acısıyla özdeşleşmektedir. Bireyler bu duygulanımları bastırmaya ve bunun adına bahaneler bulmaya çalışır. Oysa acının tüm insanlığın acısı olduğu, bizim de insanlığın geri kalanı olduğumuz, onların da bizim gibi korkuları, acıları, hazları, kaygıları olduğunu bilirsek, yani acının yalnız bizim acımız olmadığını fark edersek, bunun çok küçük bir mesele halini aldığını belirtir.

Sosyal izolasyon insanların diğerleriyle herhangi bir sosyal bağlantı kuramaması veya sınırlı düzeyde bağ kurması, kendi içinde ortaya çıkan ve çözümü gittikçe zorlaşan yalnızlık ve çevresinden uzaklaşma, yabancılaşma durumudur (Matthews ve ark. 2016; Oran ve Şenuzun 2008). Paylaşımların bilincinde olmanın karşısı olarak izolasyon ise, kişinin yaşadığı olumsuz yaşam olayları neticesinde hissettiği negatif duygulanımı sadece kendinin yaşadığını ve diğer kişilerin daha mutlu olduklarını düşünmesi durumudur. Bunun sonucu olarak birey kendisini yalnız hissetmekte ve içinde bulunduğu sosyal yapıdan geriye çekerek izole olmaktadır (Öveç 2007).

İnsanlar acı çektiğinde bunun bir tek kendi başına geliyor gibi hissedebilmektedirler. Acı ve zorlayıcı yaşantılar hayatın değişmez bir parçasıdır. Acının doğasını anlamak, bunu ne ilk ne de son olarak bizim yaşadığımızı anlamaktır. Dünyanın pek çok yerinde insanlar bizimle aynı şekilde, daha az ya da daha çok acı çekmektedir. Fakat insanların kendisini ve egosunu en çok hissettikleri anlar acı çektiği zamanlardır (Atalay 2019). Bir başka deyişle insanlar acı ve sınırlılıklarıyla yüz yüze geldiğinde kendilerine daha fazla odaklanmaktadır (Neff ve Vonk 2009).

Öz-anlayışın ortak paydaşım yönünü anlamak acı tarafından izole edilmişlik ve yabancılaşma hissetmektense, gerçek hayatta diğerleriyle bağlı olduğumuzu hissetmeyi gerektirir. Anlayış düzeyimiz arttıkça yaşadığımız evrende diğer canlılar ve doğadan ayrı olmadığımızı anlarız (Atalay 2019).

2.2.3. Aşırı Özdeşlemeye Karşı Bilinçli Farkındalık

Öz-anlayışın diğer bir alt boyutu da bilinçli farkındalık (mindfulness)tır. Bireylerin tam anlamıyla öz-anlayışı deneyimleyebilmesi için bilinçli farkındalığı içeren bir perspektife sahip olmaları gerekir (Neff 2003b). Öz-anlayış bilinçli farkındalığa göre daha geniş kapsamlıdır öte yandan öz-anlayışın bir koşuludur ve bilinçli farkındalık eğitimleri yoluyla bireyler öz-anlayış düzeylerini artırabilirler (Atalay 2019).

Türkçe literatürde farkındalık, bilinçli farkındalık, bilgece farkındalık gibi farklı şekillerde çevrilen mindfulness kavramının Türkçe olarak henüz üzerinde anlaşılmış ortak bir çevirisi yoktur. Eski metinlerde kullanıldığı haliyle, farkında olma, dikkat ve hatırlama ile aynı kökenden gelmiş olan, Buda'nın öğretilerinin kaydedildiği dil Pali'nin bir sözcüğü olan "Sali"nin İngilizce'ye çevrilmiş halidir. Budist Vipassana (içgörü) meditasyon türlerinden biridir ve meditatif bir alıştırma ve bu alıştırma sonucu ortaya çıkan zihinsel durumu tarifler (Ögel 2015 pp. 3-4). Görece yeni olan bu kavram,

1970lerde Budist öğretilerin tüm dünyaya yayılması ve bu öğretileri temel alan farkındalık temelli uygulamaların farklı alanlarda etkisini göstermesi ile ilgi çekmiştir (Çelebi 2014). Nitekim klinik uygulamalarda Farkındalık ve Kabullenme Temelli Terapiler, Bilişsel Davranışçı terapilerin üçüncü dalgası olarak kabul edilmiştir (Ögel 2015).

Bilinçli farkındalık, dikkatin bilerek ve isteyerek şimdiki ana, özellikle hayatın sıradan ve ihmal ettiğimiz taraflarına yöneltmektir. Yaşanan olayların yargılamadan ve oldukları gibi kabul edilmesine dayanan bir farkındalık durumudur (Williams ve ark. 2015). Zorlayıcı yaşam olayları söz konusu olduğunda bu durumu geçmiş deneyimlerden ve durumun getirebileceği gelecekle ilgili muhtemel olumsuz öngörülerden ayırarak deneyimleyebilmeyi içerir (Atalay 2019). Kısaca, acı veren duyguları dengeli ve eşit şekilde kabul etmeyi sağlayan özgür uyanıklıktır (Germer 2018).

Bilinçli Farkındalığın mekanizmasını araştıran Shapiro ve arkadaşları (2006) bilinçli farkındalık için üç farklı aksiyom (bileşen) sunar:

- Niyet / bilerek (Intentions/ un purpose)
- Dikkat (Attention)
- Tutum/ özel bir şekilde (Attitude /in a particular way)

Bilinçli farkındalık içerisine girmek bilerek ve isteyerek yapılan yapılan bir eylemdir (Williams ve ark. 2018). Kabat-Zinn (1990) niyetlerimizin mümkün olan her şeyin sahnesini kurabileceğini ve anbean bize neden en başta bilinçli farkındalık pratiklerini yapmakta olduğumuzu hatırlatır (Shapiro ve ark. 2006). Bilinçli farkındalığın ikinci temel bileşeni ise dikkatini vermedir. Hoşa giden, gitmeyen veya nötr olarak sayılabilecek tüm deneyimlere karşı kabullenici olmayı ve açık olarak dikkatini vermeyi önerir (Atalay 2019). Bilinçli farkındalıkta dikkatimiz geçmiş ve geleceğe karışmamış olur ve şu anda olanları yargılamıyor veya reddetmiyor oluruz. Ayrıca bu dikkat hatırlamayı da içerir, fakat bu hatırlayış hatıralarda ikamet etmek değildir. Şu anki deneyime gönülden, alıcı bir şekilde, tekrardan dikkatimizi farkındalığımızı yöneltmeyi içerir (Germer ve ark. 2005). Bilinçli farkındalık pratikleri anbean, iç ve dış deneyimin işleyişini gözlemlemeyi içerir. Son aksiyom ise özel bir tutum ile yapılacak bir eylem olmasıdır. Bu tutum nezaket, açıklık ve merak içermelidir. Kasıtlı bir şekilde sabır, şefkat ve dikkatli tutumlarla pratik yapmak, sürekli olumsuz deneyimlerden uzak durma ve hoş deneyimler için çaba sarfetmekten bireyi uzaklaştırır (Shapiro ve ark. 2006).

Bilinçli farkındalığı anlamak için farkındasızlığı (mindlessness) anlamının yararlı olduğunu belirten Ögel (2015), bu kavramı otomatik pilot, yapma hali ve ruminatif düşünme biçimi kavramları ile açıklar. İnsanlar için evrimsel bir avantaj olan fakat aynı anda ruhsal sorunlara eğilim oluşturan otomatik pilot; bilinçli dikkatin kapasitesi sınırlı miktarda bilgiye odaklanılmasına neden olurken, kişinin işlem yapabilme becerisini bu sınırların ötesine geçirir. Bir becerinin öğreniminde başlarda, ulaşılabilir dikkatin tümüne ihtiyaç duyulur; sonraları beceri kazanılmaya başlandıktan sonra bu becerinin kişi için otomatik hale gelişi ve dikkatin aynı anda başka yönlerle çevrilebiliyor oluşu otomatik pilottur. Bilinçli farkındalıkta ise yapılan her işe hoşgörülü bir dikkat, anbean, bilinçli ama yargılayıcı olmayan bir farkındalık getirilir (William ve ark. 2015).

“Yapma hali/doing mode “kişinin arzuladığı durum ile durumu deneyimleme şekli arasındaki farkı azalttığına yani istedikleri şeye doğru yöneldiklerinde ortaya çıktığı gibi, istenmeyen bir durum ile bireyin durumu deneyimleme şekli arasındaki farkı azalttığına yani istenmeyen şeylerden uzaklaşıldığında da ortaya çıkar. Zihnin yaşantıyı işleminin özellikle kavramsal ve düşünceye dayalı bir şeklidir. Genelde deneyimle birlikte olmaktansa, onun hakkında düşünmeyi yeğlememiz ve düşüncelerin gerçekliğimiz haline gelmesi bu kavramı ifade eder (Ögel 2015 pp.8-9). Bunun aksine “Olma hali- being mode” şu an olanın farkına varmaya ve kabul etmeye odaklanmasıyla karakterizedir (Sipe ve Eisendrath 2012).

Öz-anlayışın hissedilebilmesi için kişinin duygularına kabullenici bir şekilde yaklaşması gerekir. Bu da acılarını hissetmekten kaçınmamaları veya onları bastırmamaları ile mümkündür. Fakat bunu yaparken duyguları ile aşırı özdeşleşmekten kaçınmalıdırlar (Neff 2003b). Farkındalığın tersi aşırı özdeşlemedir ve bireyler kendilerini duygusal tepkisellik içinde bulduklarında meydana gelir. Acı verici yaşantıyı olduğu haliyle görmek çok zordur, buna neyin sebep olduğunu, nasıl kurtulabileceğimizi, kimin suçlu olduğunu düşünür dururuz. Geleceğe dair tedbirli davranmak adına geçmiş deneyimlerimiz bize ışık tutup, bizi korur fakat bu bazen yaşamı daha zor hale getirebilir, acı çekildiği için acı çekilir (Atalay 2019). Bilinçli farkındalık ise acı çektiğimiz, kendimizi eleştirdiğimiz, tecrit ettiğimiz anları anbean fark etmemizi sağlayarak bize bir çözüm sunar (Germer 2018 pp. 112-113).

Zorlayıcı yaşam olaylarında, bireyler bu olayı derinlemesine hissettiğini, her zor anının farkında olduğunu düşünür. Oysa çoğunlukla böyle zamanlarda bireyler

kendilerini tetikleyen şeylere karşı otomatik tepkiler verir, ruminatif düşüncelere dalar, saplantılar içinde kalır. Oysa bilinçli farkındalık dikkatin herhangi bir deneyimin bizim olmasını istediğimiz şekline değil, o an her ne durumda ise o haline odaklanmamızı gerektirir (Williams ve ark. 2018).

Ruminatif düşünme biçimine sahip bireyler, deneyimlerini kavramsallaştırmaya, duygusal sorunlarına çözüm ararken neden böyle hissettiklerini analiz etmeye çalışan ve bunu yaparken benliği hakkında eleştirel olan bireylerdir (Ögel 2015 pp. 9-10). Son dönemlerde popüler olan tepki stilleri kuramına göre, ruminatif kişilik özelliği psikolojik sorun geliştirmeye daha fazla eğilim yaratmaktadır. Bireyin problemini çözmek için harekete geçmeden, içinde bulunduğu duygu durumunu ve olası sebep ve sonuçları tekrarlayıcı bir biçimde düşünmesi ruminasyon olarak tanımlanır (Nolen Hoeksema 1987 Kaynak: Bugay ve Erdur- Baker 2014). Bireylerin çözüme yönelik olmayan işlevsiz sayılabilecek bu düşünme biçimleri depresyon ve çeşitli psikopatolojilere zemin sağladığı gibi farkındasızlığın da önemli bileşenidir. Öğrencilerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile ruminasyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, mevcut depresif semptomlar ve klinik depresyon geçmişi kontrol edildiği durumda, kontrol edilemeyecek seviyedeki ruminasyonun bilinçli farkındalık ile negatif korele olduğu ortaya konmuştur (Raes ve Williams 2010). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise öz-anlayış, olumsuz duygulanım ve depresyon ile anlamlı ve negatif bir ilişki gösterirken, tekrarlayıcı olumsuz düşünme, olumsuz duygulanım ve depresyon ile anlamlı ve pozitif bir ilişki göstermiştir (Kıcalı 2015). Yine Neff (2009)’in kapsamlı çalışmasında öz-anlayış psikolojik refah ile ilgili pek çok kavramla pozitif ilişkili bulunurken, ruminasyon, depresyon, anksiyeteyi azaltıcı etkide olduğu bulunmuştur.

2.2.4. Hasta Yakınlarında Öz-anlayışın Önemi

Onkolojik hasta yakınlarında tanının konmasından itibaren anksiyete, öfke, çaresizlik, inkâr, suçluluk gibi olumsuz duygular sıklıkla gözlemlenmektedir (Özkan ve Armay 2007). Oysa acıların sabit, durağan ve çözülebilir olduğu fikrinden hareket ederek acıyı kabul edip onunla yaşamak anlamına gelen öz-anlayış özellikle palyatif dönemde olan ve küratif tedavinin sınırlı olduğu hastaların yakınları için önem kazanmaktadır.

Kendine yönelik anlayış, başkalarına karşı anlayış için temel bir ilke konumundadır, dahası kendine karşı anlayışlı olmayan bireylerin, başkalarına anlayışlı olabilmesinin zor olduğu belirtilmekte hatta kişinin öz-anlayış düzeyini artırabilmesinin

yolunun diğerlerine anlayış göstermesinden geçtiği belirtilmiştir (Breines ve Chen 2013; Atalay 2019). Öz-anlayış hasta yakını olmanın getirdiği zorlayıcı duygular gibi olumsuzluklara karşı tampon görevi görebilmekte, kişinin kendisine karşı olumlu duygular geliştirmesini sağlayabilmektedir (Leary ve ark. 2007).

Bakım veren bireylerin hastaların ihtiyaçlarını karşılama noktasında olumsuz duygu ve düşüncelerin etkisi altında kaldıklarında, kendilerine nezaket, kabul ve anlayış ile yaklaşabilmeleri, aynı doğrultuda hastaya olan davranışlarını de düzenlemelerini sağlayacaktır. Çünkü anlayış, insanın hem kendisi ile olan ilişkisini (Neff 2003a; Neff 2003b) hem de diğerleri ile olan ilişkisini daha kaliteli hale getirebilecek ve toplumsal bağlılığın sürmesine katkı sağlayabilecek güçlü bir özelliktir (Lilius ve ark. 2011). Kornfield (1993) de öz-anlayış zemininin oluşması için, önce bireyin kendine karşı anlayışlı olması gerekliliğini vurgular. İnsanların yüreğinin sağlıklı ve işlevsel olması ile beraber diğerlerine de sağlıklı olarak ulaşmanın yolunu arayacağını belirtir.

Kanser hastalığı, özellikle de palyatif dönem söz konusu olduğunda hasta ve yakınlarında kaygı, korku, üzüntü ve kayıp duyguları yoğunlukla görülür (Özkan ve Armay 2007). Öz-anlayışa göre, diğerleri için anlayışlı yardım (compassionate help) ölümden de yaşamda olduğu kadar önemlidir. Ölüm yaklaşırken, bir kişinin “iyi bir ölüm”e sahip olmasının akrabalar ve arkadaşların görevi olduğu düşünülür, pişmanlık duymak yerine yapılmış iyi işlerin sevinçle hatırlandığı, sakin ve bilinçli bir durumda ölmenin amaçlanmasının gerektiği belirtilir (Harvey 2013; Atalay 2019).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, psikopatolojinin oluşmasına sebep olacak riskli deneyimlere rağmen bireylerin nispeten daha iyi bir sonuç almasını sağlayacak bir yapıdır (Rutter 1999). Psikolojik dayanıklılık, pozitif psikolojinin önemli bir kavramı haline gelmiştir. Pozitif psikoloji, başlarda “iyileştirme” odaklı ve patoloji görüşünün hakim olduğu psikoloji biliminin, zamanla insanı bağımsız, özgür ve rasyonel davranışlar sergileyen bir varlık olarak ele alınmasıyla ortaya çıkmış önemli bir kavramdır (Synder ve Lopez 2001; Seligman ve Csikszentmihalyi 2000). Pozitif psikolojinin, iyilik hali, yaşam doyumu, iyimserlik, duygusal yaratıcılık kavramlarında olduğu gibi, bireylerin sahip olduğu özellikleriyle ilişkili olarak stres, risk koşulları, negatif yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında bunların ciddi bir psikolojik rahatsızlığa yol açmaması, bu tarz

zorlukların aşılmasıyla daha sağlam hale gelecekleri ile ilgili fikirler psikolojik dayanıklılık kavramı altında incelenmektedir (Schultz ve ark. 2002; Şahin 2014).

Psikolojik dayanıklılık kavramındaki “dayanıklılık” kelimesinin Latince kökeni "resilire"den gelir ve "geri sıçramak " anlamına gelir. Genel sözlük tanımlamalarına göre resilience (dayanıklılık); büküldükten gerildikten sonra orijinal şeklini yeniden kazanabilme, bir hastalık veya talihsizlikten sonra, kolay ve hızlı bir şekilde iyileşebilme gibi anlamlara gelmektedir (Windle 2011). Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda bu kavram, farklı şekillerde Türkçe'ye çevrilmiştir. "Dayanıklılık" (Basım ve Çetin 2011; Eminağaoğlu 2006), "Yılmazlık" (Bayraklı 2010; Bayraklı ve Kaner 2010; Gürkan, 2006a; Kaner ve Bayraklı 2009a,2009b,2010; Özcan 2005) ve "Sağlamlık" (Dayıoğlu 2008; Gizir, 2004; Kararımak 2007; Kaya 2007; Sipahioğlu 2008; Yalım 2007) Türkçe araştırmalarda görülen çeviri şekilleridir (Kaynak: Kaner ve Bayraklı 2010). Bu araştırmada “Resiliency” kavramını doğru ve iyi bir şekilde ifade ettiği düşünülerek psikolojik dayanıklılık kavramının kullanılması uygun görülmüştür.

Araştırmalarda çok çeşitli psikolojik dayanıklılık tanımlamaları yapılmıştır. Zorlu ve tehdit edici koşullara başarılı bir adaptasyon kapasitesi (Masten ve ark. 1990), sıkıntı karşısından bireyin gelişimini sağlayan kişisel nitelikler (Connor ve Davidson 2003), değişiklik, sıkıntı veya riskle başarılı bir şekilde başa çıkabilme (Lee ve Cranford 2008) ve bu koşullar altında iken gösterebildiği stabilite ve hatta büyüme (growth) şeklinde çeşitli araştırmacılar tarafından tanımlanmaktadır (Kaynak: Fletcher ve Sarkar 2013).

Dayanıklılık, en basit haliyle, sıkıntı durumlar karşısında olumlu tepki gösterme, dezavantajların varlığında başarılı olabilme ve olumsuz koşullar altında beklentilerin ötesine geçebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Gilligan 2007 Kaynak: Brennan, 2008). Bu koşullar, bireysel seviyeye veya daha geniş bir sosyal bağlama uygulanabilir. Bireysel düzeyde dayanıklılığın göstergeleri, bilişsel yetenekler, kendini düzenleme davranışları ve sosyal destek düzeyleri; toplumsal bağlamda ise, esneklik, sosyal kontrol, uyum kapasitesi gibi kavramlardır (Brennan 2006).

Psikolojik dayanıklılık kavramının içeriği hakkında farklı görüşler bulunduğu araştırmalarda ortaya konulmaktadır. Genellikle tanımlamak için iki faktör üzerinde durulmaktadır. Birincisi birey içi yüksek risk barındıran bir tehdidin varlığı veya çok fazla sıkıntı ve travmaya maruz kalmak (aile içi şiddet, savaş, ebeveynin kaybı gibi), ikincisi bireyin adaptasyon ve gelişim kapasitesidir (Masten ve Coastworth 1998).

Temel olarak bakıldığında risk faktörlerinin etkisine rağmen ve koruyucu faktörlerin katkısıyla, riskli durumların olumsuz etkilerine karşı olumlu sonuçlar elde edilmesi ve iyi bir uyum sağlaması sonucunda psikolojik dayanıklılığın oluştuğu gösterilmektedir (Sezgin 2016).

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık İçin Risk Faktörleri

Risk faktörlerine maruz kalan pek çok birey semptom içeren ve disfonksiyonel pek çok davranış göstermiştir. Riske maruz kalma ve başarısız işlevsellik arasındaki bu ilişki risk faktörlerini öne çıkarmıştır (Patterson 2002). Bu yüzden psikolojik dayanıklılık açısından bu risk faktörlerinin tanımlanması önem kazanmaktadır.

Risk faktörlerinin başında **bireysel faktörler** gelmektedir. Bireyin stresli yaşam olayları karşısında etkili başa çıkabilme mekanizmalarını kullanamıyor olması, özgüven eksikliği, zekâ seviyesindeki düşüklük, sağlık problemleri, sosyal ilişkilerdeki uyum becerisi gibi faktörler risk faktörleri arasında sayılabilir (Gündüz 2017). Bunun yanında kişilik, kimlik karmaşası, olumlu duygu ve olumlu anılardan gelen rahatlık hissi gibi faktörlerin kayıpla başa çıkmada doğrudan ve dolaylı etkileri olduğu, değerlendirme süreçleri ve sosyal desteğin dayanıklılık mekanizmalarında kritik bir rol oynadığı belirtilmektedir (Mancini ve Bonanno 2009).

Çeşitli araştırmalardan elde edilen bilgilere göre, **ailesel risk faktörleri**, ebeveynlerin hastalığı veya psikopatolojisi, ebeveynlerin boşanması, ölümü ve tek ebeveyn ile hayata devam etme, ergenlik döneminde anne olmak gibi faktörlerdir (Gizir 2007). Aile psikolojik dayanıklılıklılıkta önemli bir faktördür. Tıpkı bireysel psikolojik dayanıklılık gibi **aile dayanıklılığı** kavramından da literatürde bahsedilmektedir. Stres ve kriz durumu karşısında ailenin bu durumla başa çıkma ve yeniden denge sağlayabilmesi özelliğidir. Ailelerde dayanıklılığa yol açan risk ve koruyucu faktörler, ailenin stres kaynaklarını öznel olarak değerlendirmelerine ve onları yönetme yeteneklerini özellikle vurgular (Patterson 2002).

Çevresel risk faktörleri olarak ise, ekonomik güçlükler ve yoksulluk, çocuk ihmali ve istismarı, çeşitli toplumsal travmalar (savaş, doğal afetler vs.) toplumsal şiddet ve ailevi felaketler ve evsizlik sayılmaktadır (Gizir 2007).

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılık İçin Koruyucu Faktörler

Yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılığa ilişkin sonuçlar, genellikle önemli bir riske maruz kaldıktan sonra, iyi sosyal ilişkiler ve iş başarısı gibi bazı alanlarda devam eden yetkin işleyişe odaklanmıştır. Bireyi başarılı, adaptif tepkiler vermeye götüren nedenler onun risk faktörlerinin etkisini azaltmasını sağlayan tutum ve becerilerinin olmasıdır (Caffo ve Belaise 2003 Kaynak: Gizir 2007).

Bireyin uyumsuz bir sonuca yol açabilecek bazı çevresel tehlikelere verdiği yanıtı değiştiren, farklı alternatif sunan veya iyileştiren faktörlere koruyucu faktörler denir (Rutter 1987 Kaynak: Fletcher ve Sarkar 2013).

Risk faktörlerinde olduğu gibi psikolojik dayanıklılığa etki eden koruyucu bireysel, ailesel ve çevresel özelliklerin de incelenmesi, risk altındaki bireylerin, diğerlerine göre neden daha sağlıklı ve başarılı bir uyum gösterdiğini anlayabilmemiz açısından önem arz eder (Masten ve Reed 2002).

Gizir (2007) yaptığı derleme çalışmasında psikolojik dayanıklılığa etki eden koruyucu faktörleri şöyle sıralamıştır. Bireysel koruyucu faktörler, zekâ, akademik başarı, olumlu/kolay mizaç, iç kontrol odağı, benlik saygısı ve öz-yeterlik, kişisel farkındalık ve kendini kabul, özerklik, yaşam hedeflerinin bulunması ve gelecek için pozitif beklentiler, etkili problem çözme becerileri, iyimserlik ve umut, sosyal yetkinlik, mizah duygusuna sahip olma, sağlık, cinsiyet ve yaştır. Ailesel koruyucu faktörler ise, destekleyici ebeveyn veya bir aile üyesi ile olumlu ilişkiler, etkili ebeveynlik, çocuğa yönelik yüksek ve gerçekçi beklentiler; çevresel faktörler sosyal çevredeki destekleyici bir yetişkinle olumlu ilişkiler, akran/arkadaş desteği, etkili toplumsal kaynaklar (gençlik merkezileri, organizasyonlar, yetkin okullar) olarak sıralanmaktadır.

Psikolojik dayanıklılığın kavramsallaştırılmasında koruyucu ve teşvik edici faktörlerin etkilerinin geçiciliği ve bağlamsal olarak değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, birey yaşamındaki bir noktada, hayatındaki stres verici unsura olumlu tepki verse de strese maruz kaldığı diğer noktalarda aynı şekilde tepki veremeyebilir (Fletcher ve Sarkar 2013).

2.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2019) yaşam kalitesi tanımı, bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaç, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili algısı

olarak ortaya konmuştur. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevrelerinin göze çarpan özellikleri ile olan ilişkisinden kompleks bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır.

2.4.1. Yaşam Kalitesi ve İlişkili Kavramlar

Yaşam kalitesi, tanımlanması ve ölçülmesi zor bir kavram olarak ortaya konmuştur. Yaşam kalitesinin, belirli bir zaman aralığında bireyin umutları ve beklentileri ile günümüzdeki deneyimleri arasındaki farkı ölçtüğü belirtilmiştir. Yaşam kalitesinin bireysel amaç ve hedeflerle ilgili olduğunu ve gelişimin bu amaçları belirleme ve gerçekleştirme becerisiyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Hedeflerin gerçekçi olması gerektiğini belirtir, beklenti ile gerçeklik arasındaki boşluğun bireyler için itici olabileceğini, hedeflere ulaşıldıkça yeni hedeflerin belirlenip, tekrar yeni hedefin belirlendiği sürekli değişen bir resim olduğunu belirtir (Calman 1984).

Yaşam kalitesinin tanımlanması sırasında yaşamın birçok yönünün dikkate alınmasının gerekliliği ortaya konmuştur (Calman 1984). Örneğin 5000 yetişkin ile yapılan boylamsal bir çalışmada yetişkin yaşam kalitesinin çocukluktaki bilişsel yetenekler, ebeveynin sosyal sınıfı, eğitim ve meslek edinme ve kişilik özellikleri (duygusal istikrar, dışlanma, vicdanlılık) ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Cheng ve ark. 2014)

Ferrans (1996) yaşam kalitesi kavramsallaştırmalarını altı kategoride incelemiştir. Bunlar, normal yaşam, sosyal fayda, mutluluk /afekt, yaşam memnuniyeti / doyumu, kişisel hedeflere ulaşma ve doğal kapasiteler şeklindedir. Moons ve ark. (2006) yaşam kalitesini en iyi yaşam memnuniyeti / doyumu kavramının karşıladığını ortaya koymuştur. Fitzpatrick ve arkadaşları (1992) ise yaşam kalitesinin boyutlarını şöyle sıralamışlardır:

- Fiziksel işlev: örneğin, hareketlilik, öz-bakım
- Duygusal işlev: depresyon, anksiyete vs
- Sosyal işlev: yakınlık, sosyal destek, sosyal iletişim
- Rol Performansı: çalışma hayatı, ev işleri
- Diğer Semptomlar: yorgunluk, mide bulantısı, hastalığa özgü semptomlar

Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel ve duygusal olarak hastalıklara nasıl cevap verdikleri, psikolojik, sosyal ve fiziksel alanlarda ne kadar işlevsel olduklarını belirleyen bir kavramdır (Cheung Chung 1997).

Sağlık, yaşam kalitesi tanımlamalarının önemli bir yönüdür. Bireyin sağlık, hastalık, engellilik ve her türlü bozukluk ile ilgili tedavilerin etkinliği ve bunlarla doğrudan ve dolaylı olarak ilişkili olan öznel deneyimin özelliklerini tanımlayabilmek için “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi-SİYK” (health related quality of life) kavramı ortaya atılmıştır. Yaşam kalitesi ölçütleri, hizmet kalitesi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının belirlenmesi, müdahalelerin etkinliği, fayda analizi gibi faktörlerin değerlendirilmesi için objektif klinik ve biyolojik hastalık ölçütlerini ortaya koyar. Bu ölçütler hastaların, hastalıkla ilgili objektif sonuçların yanı sıra nasıl hissettikleri ve tedavide ne kadar tatmin olduklarına da önem verdiklerini ortaya koymaktadır. (Carr ve Higginson 2001; Moons ve ark. 2006).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümlerinin değerlendirilmesinde psikometrik ölçekler kullanılır. Hasta yönetimi ve sağlıkla ilgili politik kararların bildirilmesi için klinisyenler ve politika yapıcılar yaşam kalitesini ölçmenin önemini vurgularlar. Farklı gruplarda kullanılan özel ölçekler vardır (Guyatt ve ark. 1993). Bu çalışmada da kullanılan Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği bu özel ölçeklere örnektir.

2.4.2. Onkoloji Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi

Onkoloji hastalarında özellikle de palyatif dönemde olan hastalarda öncelikli amaçlardan biri yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (2012) palyatif bakımı yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini artırmaya yönelik bir yaklaşım olarak açıklar. Bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumu olan yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel bir şekilde algılayışını tanımlar. Kanser gibi kronik hastalıkların hasta ve yakınlarında neden olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler, bu kişilerin yaşam kalitelerinin tartışılmasını gündeme getirmiştir (Arat 2006).

Kanser tedavisindeki gelişmeler, tedavinin yalnızca kısa süreli etkilerinin değil, uzun süreli etkilerinin de önemini ortaya koymuştur. Böylelikle yaşam kalitesi kavramı daha fazla kullanılır olmuştur.” Kanser” hastalığının üzerindeki kültürel ve psikolojik

etkilerden dolayı yaşam kalitesi üzerinde çalışılması önemli bir model olmuştur. Bununla beraber yaşam kalitesi kavramı yalnız tedavinin ve yan etkilerinin hasta üzerindeki etkisini değil aynı zamanda insanı, beden-zihin ve ruh olarak tanınmasını ve bir bütün olarak ele alınması fikrini de kapsar (Calman 1984). Dolayısıyla hastanın yakınları ile olan sosyal ilişkilerinin dinamiği ve hasta yakınının yaşam kalitesi de önem kazanmaktadır.

Kemoterapi görmekte olan kanser hastası yakınlarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı kapsamlı bir çalışmaya göre kadın bakım verenler erkeklere göre, bu süreçte çalışmayanların çalışan yakınları göre, hasta birey ile aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre yaşam kalitesi düzeyi düşük olarak ortaya konmuştur (Toptaş 2013). Yine kemoterapi görmekte olan kanser hastalarının yakınlarının yaşam kalitesini yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesi ve hastalık süresinin etkilediği bulunmuştur (Kızılcı 1999).

Hematolojik Onkoloji Servisi'nde sağlık bakım hizmeti alan kanserli hastalara bakım veren 200 aile üyesi ile yapılan bir başka çalışmada aile üyelerinin yüksek düzey stres yaşadıkları, hastalarına bakım verme sürecinde yaşamlarının olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü ortaya konmuştur. Yaşam kalitelerinin özellikle fiziksel sağlık boyutu, sosyal destek ve ekonomik boyutunun olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Yıldız ve ark. 2016). Bir başka çalışmada kanser hastasının aile üyelerinin çoğu yeterince karşılanmayan pek çok ihtiyacının psikolojik distrese sebep olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Fridriksdottir ve ark. 2011).

Kanserli çocuğa bakım veren ebeveynle üzerinde yapılan bir çalışmada da erkek bakım verenlerin uyku, iştah, seksüel, algılama, tıbbi durum ve toplam yaşam kalitesi düzeyleri kadınlara göre daha yüksek bulunmuş, hastalar kadar bakım verenlerin de psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları, bakım verenlerin duygusal olarak desteklenmesiyle hasta bakım ve kalitesinin de artacağı bir kez daha ortaya konmuştur (Bostancı ve ark. 2007).

Geç palyatif dönemdeki meme ve prostat kanseri hastalarının primer bakım verenlerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada, fiziksel yaşam kalitesi kadınlarda ve erkeklerde anlamlı derecede yüksekken, mental yaşam kalitesi erkek bakım verenlerde daha düşük olarak bulunmuştur (Grov ve ark. 2005)

Yaşam kalitesini artırmak için bazı beklentilerin ve hırsların azaltılması da gerekebilir. Çünkü bir yönüyle yaşam kalitesi beklentiler ile bugünkü deneyim arasındaki farkı ölçer. Beklentileri azaltmak umut duygusundan kaçmayı gerektirmez, beklentileri gerçekçi kılar. Özellikle ölümcül olan hastalarda, hasta iyileşecekmiş gibi davranmaya devam etmek gerçekçi olmayabilir ve bunun reddedilmesi yaşam kalitesini korumada önemli bir yere sahiptir. Bunun yerine hasta uygun hedefler geliştirmeye teşvik edilmelidir. Hastanın fiziksel semptomları en az seviyeye indirilip, sosyal, psikolojik, duygusal ve entelektüel başka alanlarda gelişme ve iyileşmesine yardım edilmelidir (Calman 1984).

İleri evre kanser hastası ve yakınları ile yapılan bir çalışmada, fizik tedavi, mental sağlık eğitimi, baş etme ve iletişim stratejileri ruhsal ve sosyal ihtiyaçlara yönelik girişimler uygulanmış, böylece bazı yaşam kalitesi boyutlarının düzeyinde artma gözlemlenmiştir (Lapid ve ark. 2016; Kaynak: Kaya ve ark. 2017).

Pek çok çalışmadan da anlaşılabacağı üzere kanser sadece hasta üzerinde değil, ailesinin yaşamı üzerinde de çok sayıda olumsuz değişiklikler yaratmakta, zaman içinde sorunlar artmaktadır. Bu sebeple bu hasta bireyin yanı sıra yakınlarının da yaşam şekli ve beklentileri olumsuz etkilenmekte ve genel olarak yaşam kaliteleri düşmektedir (Toptaş 2013).

2.5. Öz-anlayışın Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stres ile İlişkisi

Yeni bir kavram olan öz-anlayışın psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi depresyon, anksiyete ve stresle olan ilişkisi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Öz-anlayış kavramını sistematik bir şekilde tanımlayan Neff'in çalışmaları başta olmak üzere öz-anlayış psikolojik refah ile ilgili bulunmuştur. Öz-anlayışın, iyimserlik, artan mutluluk, bireysel inisiyatif ve bağlılık gibi kavramlarla ilişkisi gösterilmiş, anksiyete, depresyon ve ruminasyonu azalttığı ortaya konmuştur (Neff 2009).

Gizir (2007) yaptığı derleme çalışmasında psikolojik dayanıklılığın koruyucu faktörleri arasında farkındalık ve kendini kabul gibi kavramlar sayılmıştır. Bu tarz kavramlar öz-anlayışın temelini oluşturur. Öz-anlayış kişisel yetersizlikler ve zor yaşam olayları yaşanırken, bireyin kendisiyle ilişki kurmasının uyumlu bir yoludur (Neff ve McGehee 2009). Bu ilişkiyi kurmada, bireyin kendi kırılganlığını, zayıf ve eksik taraflarını kabul etmesi önemli bir noktayken, bu kesinlikle güçsüzlük ve acizlik anlamına

gelmemektedir. Nitekim kırılgan, eksik ve zayıf yönlerini kabul eden bireylerin psikolojik olarak daha dayanıklı olduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (Atalay 2019).

Neff ve McGehee (2009) ergenler üzerinde yaptığı çalışmalarında öz-anlayış yapısının, dayanıklılığı artıracak şekilde kendi görüşlerini düşünebilecekleri bir alternatif model sunduğunu belirtir. Öz-anlayışın aile, bireysel bilişsel faktörler ve iyilik hali arasındaki bağlantıya aracılık ettiği bulunmuş; bu sebeple öz-anlayışın olumsuz benlik görüşlerinden muzdarip gençler için etkili bir müdahale hedefi olabileceği gösterilmiştir. Son yıllarda öz-anlayış üzerine yapılan sistematik bir derleme çalışmasında anlayışın, ruh sağlığı ve psikoterapi çalışmalarında önemi artan bir yapı olarak ön plana çıktığı belirtilmiş, yapılan meta-analiz çalışmalarında anlayış ve psikopatoloji arasında büyük bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca ruh sağlığı ve dayanıklılık için önemli bir açıklayıcı değişken olduğu ortaya konmuştur (MacBeth ve Gumley 2002).

Ebeveynlerinin gelir düzeyi düşük olan üniversite öğrencilerinin öz-anlayış, sosyal bağlılık ve iyimserlik düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelediği araştırmada; öz-anlayış ve sosyal bağlılık değişkenlerinin, iyimserlik değişkeni üzerinde doğrudan, dolayısıyla psikolojik dayanıklılık değişkeni üzerinde dolaylı etkisi olduğunu bulmuştur. Yine öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise öz-anlayış ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelenmiş ve öz-anlayışın alt boyutları (öz-nezaket, bilinçli farkındalık ve ortak paydaşım) ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur (Şahin 2014; Ergün- Başak ve Can 2018).

Thompson ve ark (2011) travma sonrası stres bozukluğunun bilinçli farkındalık ve kabul temelli kavramsallaştırmasını yaptıkları çalışmalarında, hastalığın etiyolojisi ve sürdürülmesinde deneyimsel kaçınma ve farkındalık içermeyen (non-mindful) davranışın görüldüğünü belirtmişlerdir. Dolayısıyla bilinçli farkındalık içeren ve kabullenici bir yönelimin travmaya maruz kalmanın ardından kişiye psikolojik dayanıklılık sağlayıp sağlamayacağına bakmışlar, bilinçli farkındalık ve kabulün şu yollarla travmaya karşı dayanıklılığa katkıda bulunabileceğini bulmuşlardır: Geçici psikolojik semptomların yargısız bir şekilde kabulü, şefkatli olma, korkuyla dolu iç ve dış olayları deneyimleme istekliliği, endişeli ve ruminatif kognisyonlardan uzaklaşabilme, artan sıkıntıya gösterilen tolerans ve mevcut anda kalabilme yoluyla olumsuz deneyimin duygusal olarak işlenmesi.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada öz-anlayış düzeyi ile psikolojik dayanıklılık alt boyutları (güçlü olma, girişimci olma, iyimser olma, iletişim, öngörü, amaca ulaşma, lider olma, araştırmacı olma) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Bolat 2013). Yine üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin, yaşam doyumları ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkide öz-anlayışın aracı rolüne bakılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar yaşam doyumu ile psikolojik dayanıklılık, yaşam doyumu ile öz anlayış ve öz anlayış ile psikolojik dayanıklılık değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermiş, bunun yanında yaşam doyumu ile psikolojik dayanıklılık arasında öz anlayışın kısmi aracı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Alibekiroğlu ve ark. 2018).

Hayter ve Dorstyn (2014) spina bifidalı erişkenlerde dayanıklılığı artırabilecek faktörlere bakmışlar böylece doğuştan gelen fiziksel engelli bireylerde dayanıklılığa ilişkin mevcut anlayışı geliştirmeye çalışmışlardır. Öz-anlayış ve benlik saygısı gibi psikolojik yapılarla anlamlı korelasyonlar bulmuşlardır.

Yaşlı erişkinler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, düşük öz-anlayışa sahip olanların, mutluluk seviyesi düşük, algılanan stres ve depresyon seviyesi yüksek görülmüş ve diğer gruba göre daha sağlıklı oldukları gözlemlenmiştir. Öz-anlayış düzeyi yüksek olan yaşlıların, stresleri yüksek ve sağlık durumları kötü dahi olsa daha yüksek bir psikolojik dayanıklılık ve iyilik hali sergilemişlerdir (Smith 2015). Alzheimer hasta yakınlarında yoga ve şefkat meditasyonu, bireylerdeki öz-anlayış, yaşam kalitesi, canlılık ve dikkat düzeylerini artırmaktadır (Danucalov ve ark 2017). Yine demans hasta yakınlarında yapılan bir diğer çalışmada, hasta yakınlarındaki öz-anlayışın, bakım veren yükü ve işlevsiz baş etme stratejileri ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Lloyd ve ark. 2019).

Yaşam kalitesi, öz-anlayış ve bilinçli farkındalık ile de ilişkilidir. Bir çalışmada öz-anlayışın, semptom şiddeti ve yaşam kalitesiyle güçlü bir ilişkisi bulunmuş, anksiyete, depresyon, endişe ve yaşam kalitesinin %18-44'ünü predikte ettiği belirtilmiştir (Van Dam ve ark. 2011). Bununla beraber tıbbi problemler bağlamındaki önemi pek çok araştırmada ortaya konmuştur. Kronik hastalığı olan hastalarda öz-eleştirel yargı, depresyon ve stres semptomlarının ve düşük yaşam kalitesi boyutlarının en önemli belirleyicisi olarak bulunmuştur. Sağlıklı deneklerde ise bu korelasyonlar zayıf bulunmuştur. Dolayısıyla öz-anlayışlı özelliklerin ve becerilerin geliştirilmesini

hedefleyen destekleyici müdahalelerin kanserli hastaların uyumunda önemli rolü olduğunun altı çizilmiştir.

Beden imajı bozukluğu riski taşıyan meme kanseri kadınlarda yüksek öz-anlayışın koruyucu olduğu görülmüş, bir başka çalışmada mastektomi geçirmiş kadın kanser hastalarında artmış beden imajı bozukluğu ve psikolojik distreste öz-anlayışın aracı rolü ortaya konmuş, mastektominin olumsuz etkilerini en aza indirecek psikolojik müdahalelerin odağı olarak öz-anlayışın ele alınması gerektiği belirtilmiştir (Przedziecki ve ark. 2013; Sherman ve ark. 2016).

Kanser hastalarında öz-anlayış alt boyutlarından öz-nezaketin psikolojik distressi azalttığı bulunmuş, bir başka çalışmada öz-anlayış, sosyal destek ve aidiyet duygusunun psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkilediği ortaya konmuştur (Boyle 2017; Alizadeh ve ark. 2018). Anlayış temelli kognitif müdahalelerin meme kanserini yenmiş kadınlarda nüks korkusunun yarattığı stresi azaltmada, dikkatli gözlem ve farkındalık becerilerini artırmada etkili olduğu ortaya konmuştur (Gonzales-Hernandez ve ark. 2018).

Kanser hastalarının primer bakım vericileri üzerinde yapılan bir çalışmada bakım veren kişinin ruh sağlığı ile yaşam kalitesi için öz-anlayışın bir koruyucu faktör olduğu bulunmuştur (Fleagle 2017). Eşi kanser hastası olan bireylere öz-anlayış temelli Web tabanlı psikolojik müdahalelerde bulunulmuş, eşlerin içgörü ve kabul görme hislerinde artış olup kendilerini hasta ile daha yakın ve bağlantılı hissetmişlerdir (Köhle ve ark. 2017). Çeşitli çalışmalarda kanser hastası ve yakınlarına, temelinde öz-anlayış kavramının olduğu MBSR (Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı) müdahalelerinde bulunulmuş, 8 hafta süren bu müdahalelerin sonucunda duygudurum bozuklukları, stres ve farkındalık açısından iyileşmeler, bakım yükünde, anksiyete ve depresif belirtilerde azalma gözlemlenmiştir (Birnie ve ark. 2010; Van DenHurk ve ark 2013; Guichen Li ve ark. 2017). Yine bir çalışmada MBSR müdahalesinin hasta ve bakım verenlerinde yaşam kalitesini iyileştirme, stres ve kaygı seviyesinde azaltma sağladığı görülmüş, vücutlarındaki kortizol ve interlokin-6 düzeylerinde azalmalar bulgulanmıştır (Lengacher ve ark 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Uygulama Süreci

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde yatarak tedavi gören palyatif dönem kanser hasta yakınları ile yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü toplam 72 hasta yakınının 39'u kadın 33'ü erkek hasta yakınından oluşmaktadır. Çalışmanın veri toplama aşaması Aralık 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında olmak üzere 5 ay sürmüştür. Araştırma için 24.12.2018 tarihli ve 1735 numaralı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmış, buna binaen veri toplanmaya başlanmıştır. Veri toplama araçları katılımcılara 2. ve 3. katlarında bulunan yataklı servislerde uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 72 hasta yakını dışında 6 hasta yakınının verileri, veri toplama sürecinin yarıda bırakılmasından dolayı analizlere dahil edilmemiştir.

Örneklem grubunun seçiminde okuma-yazma bilmesi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okuyup imzalaması, iş birliğine açık olup görüşmeye istekli olması, 18 yaşından büyük olması, ölçeklerdeki ifadeleri anlayacak bilişsel yeterliliğe sahip olmaları, çalışmaya devam etmeyi engelleyecek düzeyde ruhsal (gelişim geriliği, psikoz, mâni, demans, deliryum, alkol-madde bağımlılığı) ve fiziksel sağlığın bozuk olmaması kriterleri aranmıştır. Uygulama esnasında hasta yakını kendisini iyi hissetmediğinde görüşme yarıda kesilmiştir. Katılımcılar seçkisiz örnekleme yoluyla çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Öz-Anlayış Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres-21 Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılacak kişileri araştırma hakkında bilgilendirmek ve onaylarını almak üzere Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu da takdim edilmiştir.

3.2.1. Öz-anlayış Ölçeği

Öz-Anlayış Ölçeği (ÖZAN) (Self-compassion Scale-SCS) 6 alt boyuttan ve 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte cevaplayanlardan belirtilen durumla ilgili olarak ne kadar sıklıkla hareket ettiklerini “Hemen hemen hiçbir zaman=1” ve “Hemen hemen her zaman=5” arasında değişen beşli likert tipi bir ölçekte derecelendirmeleri istenmektedir.

Neff (2003b) tarafından geliştirilen Öz-Anlayış Ölçeği'nin (ÖZAN) Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından üniversite öğrencisi bir örneklem üzerinde yapılmıştır. ÖZAN'ın İngilizce ve Türkçe formları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0,96$, $p<.001$). Bu sonuç, Türkçe ve orijinal dildeki ÖZAN formlarının katılımcılar tarafından benzer şekilde anlaşıldığını göstermiştir. Yalnızca, ÖZAN orijinalinden farklı olarak tek boyutlu bir yapı göstermektedir. Bunun yanında madde toplam korelasyonunda 0,30'un altında olan 2 tane madde çıkarılmış ve toplamda 24 maddelik bir ölçek ortaya çıkmıştır. Ayrıca iç tutarlılık katsayısı 0,89 ve test-tekrar test korelasyon 0,83 olarak bulunmuştur.

Öz-anlayış ölçeğinin ölçüt-bağıntılı geçerliği ise, öz-anlayışla ölçeği (ÖZAN) ile benlik saygısı ölçeği arasında $r= 0,62$; yaşam doyumu arasında $r= 0,45$; pozitif duygu arasında $r= 0,41$ ve negatif duygu arasında $r=-0,48$ düzeyinde ilişkiler saptanmıştır (Deniz ve ark. 2008).

Ölçek maddelerinden 11'i (1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 22 ve 23. maddeler), analiz aşamasında ters kodlanmaktadır. Yapılan ters kodlama sonrasında, ölçekten alınan toplam puan arttıkça katılımcıların algıladıkları öz anlayış düzeyleri artmaktadır. ÖAÖ'nün puanlaması ile ilgili bilgiler Tablo 3-1'de verilmiştir.

Tablo 3-1: Öz Anlayış Ölçeği'nin Puanlanması

Ölçek	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Öz Anlayış	24	24	120

3.2.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Friborg ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiş olup, Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlama esnasında 2 ayrı örneklem (üniversite öğrencileri ve banka çalışanları) kullanılmış, böylelikle çalışma bulgularının genellenebilirlik düzeyinin artırılması amaçlanmıştır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, Fribog ve ark. öne sürdüğü 6 boyutlu yapı doğrulanmıştır. ($\chi^2=1104$, $df=480$, $\chi^2/df=2,3$; RMSEA=0,055; TLI=0,90; CFI=0,91). Toplam 33 madde olan ölçeğin alt boyutları; kendilik algısı, gelecek kaygısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklardır.

Ölçüt bağımlı geçerliliğini göstermek için ölçeğin alt boyutları ile sosyal karşılaştırma ölçeği ve kontrol odağı ölçeği arasındaki ilişkiler incelenmiş; sosyal

karşılaştırma ölçeği ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinin arasında $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde pozitif yönde ilişki elde edilirken, kontrol odağı ölçeği ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil boyutları arasında $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde negatif yönde ilişki elde edilmiştir.

Ölçeğin güvenirliği için hesaplanan alt boyutların Cronbach Alfa değerleri 0,66 ile 0,81 arasında (öğrenci örnekleme) ve 0,68 ve 0,79 (çalışan örnekleme) arasındadır. Toplam Cronbach Alfa katsayısı ise her iki örneklem için de 0,86 olarak ortaya konmuştur. Bunun yanında test tekrar test güvenirliği ise 0,68 ile 0,81 değerleri arasında bulunmuştur (Basım ve Çetin 2011)

Cevap seçenekleri soldan sağa 1-5 şeklinde değerlendirildiğinde toplam 16 maddede (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33. maddeler) analiz aşamasında ters kodlama yapılmaktadır. Ters kodlama sonrasında, ölçekten alınan toplam puan arttıkça katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları da artmaktadır.

YPDÖ'nün alt boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgiler Tablo 3-2'de verilmiştir.

Tablo 3-2: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması

Ölçek/Alt Boyut	Maddeler	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Psikolojik Dayanıklılık	1-33	33	33	165
Sosyal Kaynaklar	6, 12*, 18, 24*, 27*, 30, 33	7	7	35
Sosyal Yeterlilik	4*, 10, 16*, 22, 25*, 29	6	6	30
Kendilik Algısı	1*, 7, 13*, 19, 28, 31*	6	6	30
Aile Uyum	5, 11*, 17, 23*, 26, 32	6	6	30
Yapısal Stil	3*, 9, 15*, 21	4	4	20
Gelecek Algısı	2, 8*, 14*, 20	4	4	20

* Ters kodlama yapılan maddeler

3.2.3. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (orijinal adıyla The Caregiver Quality of life Index Cancer Scale) Weitzner ve arkadaşları tarafından, 1999 yılında, kanser hastalarına bakım verenlerin emosyonel fonksiyon, aile fonksiyonu, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyonu boyutlarını içerecek şekilde yaşam kalitelerini

ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 35 ifade barındıran ölçek beşli likert tipi (0= Hiç, 1=Az, 2=Biraz, 3=Fazla, 4=Çok fazla) puanlamaya sahiptir.

Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını Karabuğa-Yakar ve Pınar (2013) yapmıştır. Ölçek ve alt boyutlarından alınacak toplam puan 0-140 arasında değişmektedir. Öleekten alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığına dair bilgi verir. Cronbach's alfa katsayısı ölçeğin toplamı için 0, 88; test- tekrar test korelasyon katsayısı ölçeğin alt boyutları için 0, 84-0,95 arasında ve ölçeğin toplamı için 0,96 olarak bulunmuştur.

Ölçek maddelerinden 9'u düz, geri kalan 26'sı ise ters kodludur. Öleekten alınan toplam puan arttıkça katılımcıların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyleri artmaktadır. 35 ifadenin 10'u yük, 7'si rahatsızlık, 7'si pozitif adaptasyon ve 3'ü finansal sıkıntı ile ilgili olup kalan 8 ifade (uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması, hastanın ağrısının yönetimi, ailenin bakım vermeyle ilgilenme durumu) bu 4 boyuttan bağımsız olarak değerlendirilir (Karabuğa-Yakar ve Pınar 2013). Ölçeğin alt boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgiler Tablo 3-3'te verilmiştir.

Tablo 3-3: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması

Ölçek/Alt Boyut	Maddeler	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Yaşam Kalitesi	1-35	35	0	140
Finansal Sıkıntı	6, 7, 8	3	0	12
Rahatsızlık	1, 3, 5, 21, 24, 26, 29	7	0	28
Pozitif Adaptasyon	10*, 12*, 16*, 22*, 27*, 28*, 34*	7	0	28
Diğer	2, 4*, 13, 15, 23*, 30, 32, 35	8	0	32
Yük	9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31, 33	10	0	40

* Ters kodlama yapılmayan düz maddeler

3.2.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres-21 Ölçeği

Depression-Anxiety-Stress-42 (DASS-42) Ölçeği söz konusu ölçeğin Lovinond ve Lovibond tarafından 1995 yılında geliştirilmiş ve 42 maddeden oluşan ilk halidir (Sarıçam 2018). Bu ölçeğin (DASÖ-42) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Akın ve Çetin (2007) yapmıştır.

Sonraki yıllarda ölçeğin 21 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. Bu ölçekte depresyon, stres ve anksiyete alt boyutlarının her biri 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışması için 21 maddelik bu kısa form, Sarıçam (2018) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Anketteki maddeler 4'lü likert sistemine göre puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, kişinin yüksek düzeyde emosyonel sıkıntı çektiğini gösterir. DASÖ-21'in alt boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgiler Tablo 3-4'te verilmiştir.

Tablo 3-4: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Alt Boyutları ve Puanlanması

Ölçek/Alt Boyut	Maddeler	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Toplam	1-21	21	0	63
Depresyon	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	7	0	21
Anksiyete	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	7	0	21
Stres	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	7	0	21

Geçerlik çalışması için yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği kullanılmıştır. Ölçüt geçerliği çalışmasında DASÖ-42 kullanılmış ve DASÖ-21 ile arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucu 21 maddeden oluşan ölçeğin 3 alt boyutta toplandığı ortaya konmuştur. Faktör yükleri 0,42-0,72 arasında bulunmuştur. Klinik örnekleme Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için $\alpha=0,87$, anksiyete alt ölçeği için $\alpha=0,85$ ve stres alt ölçeği için $\alpha=0,81$ olarak bulunmuştur. Normal örnekleme test tekrar test korelasyon katsayıları depresyon alt ölçeği için $r=0,68$, anksiyete alt ölçeği için $r=0,66$ ve stres alt ölçeği için $r=0,61$ olarak bulunmuştur. Bunun yanında düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları 0,43 ila 0,77 arasında bulunmuştur (Sarıçam 2018).

3.2.5. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcılara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey gibi temel demografik bilgilerin yanı sıra hasta yakınının hasta ile olan ilişkine ilişkin, bakım veren kişiye yakınlık derecesi, hastaya bakım süresi, günde kaç saat kendisine baktığı, bakım sürecinde destek alıp almadığına ilişkin ek sorular sorulmuştur. Bunun dışında hasta yakınlarının, hastanın bakım sürecinde zorlandığı bazı maddeler sorulmuş bunları hiç/az, orta ve çok fazla seçeneklerinden birini seçerek cevaplandırmaları istenmiştir.

3.3. İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS 25.0 programından faydalanılarak nicel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular ve ölçeklere ilişkin betimsel bulguların tespitinde frekans ve yüzde analizleri ile ortalama, standart sapma vb. betimsel analizler kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin bağımlı ve bağımsız değişkenlerin üzerindeki etkisinin tespitinde ki-kare analizi kullanılmıştır. Psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesinin öz anlayış üzerindeki etkisi ise çoklu doğrusal adımsal regresyon yapılarak tespit edilmiştir.

Lineer ve çoklu regresyonun ön şartlarından birisi olan normal dağılım şartının sağlanması çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi yolu ile test edilmiştir. Bu değerlerin $\pm 1,50$ aralığında olması halinde verilerin normal dağılıma sahip oldukları kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell 2013). Elde edilen bulgular normal dağılım şartının sağlandığını göstermiştir (Tablo 3-5).

Tablo 3-5: Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Puan	Geçerli n	Kayıp veri	Çarpıklık	Basıklık
Psikolojik Dayanıklılık	72	0	-0,812	0,198
Depresyon	72	0	0,443	-0,560
Anksiyete	72	0	0,467	-0,660
Stres	72	0	0,437	-0,511
Yaşam Kalitesi	72	0	-0,088	-0,533
Öz Anlayış	72	0	-0,538	-0,522

Yapılan çoklu korelasyon analizlerinde bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılık problemi olmadığının tespiti korelasyon ve VIF değerlerinin incelenmesi ile yapılmıştır. Bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları 0,80'i aşmadığı (ilgili korelasyon tablosunda verilmiştir), VIF değerleri (ilgili çoklu regresyon tablolarında verilmiştir) ise 10'dan küçük olduğu için (Büyüköztürk 2011, s. 100) çoklu bağlantılılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyodemografik özelliklerin psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış üzerindeki etkisinin tespitinde ölçek puanları, araştırma sonucunda ortaya çıkan ortalama puanlara (ölçeklere ilişkin betimsel bulgular başlığı

altında verilmiştir) göre kesilmiş ve ortalamanın altı ve ortalamanın üstü olmak üzere iki kategorili bir yapıya dönüştürülmüştür. Ardından ki-kare analizi yapılmıştır. Ayrıca, yapılan analizlerin tamamında anlamlılık düzeyi $p < 0,05$; güven aralığı ise %95 olarak kabul edilmiştir.

3.3.1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

Araştırmada kullanılan ölçekler farklı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve geçerli ve güvenilir özellikler göstermektedir. Ancak araştırmamızda doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak geçerlik, Cronbach Alpha analizi yapılarak güvenilirlik bulguları tekrar tespit edilmiştir. Tablo 3-6’da bulgular verilmiştir.

Tablo 3-6: Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Ölçek	KMO	Barlett's Ki-Kare	Barlett's p	Açıklanan Top. Varyans	Cronbach's Alpha
Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	0,709	1344,397	0,000	69,695	0,904
Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği	0,847	737,263	0,000	65,934	0,919
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,862	1083,875	0,000	72,374	0,936
Öz Anlayış Ölçeği	0,640	1345,043	0,000	71,148	0,862

Tablo 3-6’da görüldüğü üzere; ölçeklerin tamamında KMO 0,60’tan büyük ve Barlett Küresellik testi anlamlı ($p=0,000$) bulunmuştur. Dolayısıyla faktör analizine geçilebilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda ise açıklanan varyans yine ölçeklerin tamamında %50’den fazla bulunmuştur. Ayrıca Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,70’ten büyük tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayalı olarak; geçerlik %50’den, güvenilirlik ise 0,70’ten büyük olduğu için (Büyüköztürk 2011, s. 168-171) ölçeklerin tamamının geçerli ve güvenilir özellikler gösterdiğine karar verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.1. Katılımcılara İlişkin Bulgular

Palyatif dönemdeki onkoloji hasta yakınlarının öz anlayış düzeylerinin psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmaya toplam 72 hasta yakını katılmıştır.

Katılımcıların %54,2'si kadın, %45,8'i erkektir. 19-69 yaş arasında bulunan ve $43,64 \pm 13,10$ yaş ortalamasına sahip olan katılımcıların %2,8'i okuryazar, %37,5'i ilkokul mezunu, %25'i lise mezunu, %33,3'ü üniversite mezunu ve %1,4'ü lisansüstü mezunudur. %68,1'i evli ve %31,9'u bekar olan katılımcıların %63,9'u çocuk sahibidir. Ayrıca katılımcıların %26,4'ü çalışmakta, geri kalan %73,6'sı ise işten ayrılma, emeklilik, izinli veya raporlu olma gibi nedenlerden dolayı çalışmamaktadır. Bakım verme sebebi ile işten ayrılmış veya izin/rapor almış olanların oranı ise %22,2'dir. Gelir düzeyini ise katılımcıların %73,6'sı orta, %13,9'u iyi, %12,5'i kötü olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Grup	N	%
Cinsiyet	Kadın	39	54,2
	Erkek	33	45,8
Yaş	Minimum – Maksimum	19 – 69	
	Ortalama – Standart sapma	$43,64 \pm 13,10$	
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	2,8
	İlkokul mezunu	27	37,5
	Lise mezunu	18	25,0
	Üniversite mezunu	24	33,3
	Lisansüstü mezunu	1	1,4
Medeni Hal	Evli	49	68,1
	Bekar	23	31,9
Çocuğu var mı?	Var	46	63,9
	Yok	26	36,1
Toplam		72	100,0

Tablo 4-1: Devamı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Grup	N	%
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	29	40,3
	Çalışıyor	19	26,4
	Bakım verme sebebi ile işten ayrıldı	11	15,3
	Emekli	8	11,1
	Bakım verme sebebi ile izinli/raporlu	5	6,9
Gelir Düzeyi	Orta	53	73,6
	İyi	10	13,9
	Kötü	9	12,5
Toplam		72	100,0

Ayrıca, bakım verilen hastaların %18,1'indeki tanı Akciğer CA'dır. Ayrıca, hastaların %12,5'inde meme CA, %11,1'inde over CA, %8,3'ünde mesane CA, %6,9'unda kolon CA ve %6,9'unda nöroendokrin tümör tanısı konulmuştur. Bu altı tanı hastaların %63,8'ini yani yaklaşık üçte ikisini oluşturmaktadır. Tanıdan itibaren geçen süre ise 1 ay ile 10 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama olarak $20,44 \pm 24,25$ ay olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-2).

Bunun yanında, katılımcıların %40,3 hastanın çocuğu, %23,6'sı eşi, %15,3'ü ebeveyni ve %6,9'u gelin veya damadıdır. Katılımcıların %69,4'ü hastayla birlikte yaşamaktadır. Yine katılımcıların %62,5'i 0-6 aydır, %19,4'ü 7-11 aydır, %12,5'i 1-3 yıldır ve %5,6'sı 3 yıl ve üzeri süredir bakım vermektedir. Ayrıca, bakım vericilerin %54,2'si diğer aile üyelerinden yardım almakta ve sorumluluğu/bakım verme sürecini eşit olarak paylaşmaktadır. %37,5 diğer aile üyelerinden yardım almakta ama esas bakım veren kişidir. %8,3'lük bir kesim ise yardım almamaktadır. Bunun yanında bakım vericilerin %41,5'i aldığı desteği yeterli, %21,5'i yeterli, geri kalan %36,9'u ise yetersiz bulmaktadır (Tablo 4-3).

Tablo 4-2: Bakım verilen hastanın tanısı ve tanıdan itibaren geçen süre

Değişken	Grup	n	%
Bakım Verilen Hastanın Tanısı	Akciğer CA	13	18,1
	Meme CA	9	12,5
	Over CA	8	11,1
	Mesane CA	6	8,3
	Kolon CA	5	6,9
	Nöroendokrin tümör	5	6,9
	Yumuşak doku sarkomu	4	5,6
	Ewing sarkom	3	4,2
	Pankreas CA	3	4,2
	Prostat CA	3	4,2
	Hcc (karaciğer CA)	2	2,8
	PBMK (primeri bilinmeyen metastatik kanser)	2	2,8
	Testis CA	2	2,8
	Hodgkin lenfoma	1	1,4
	Kolanjiosarkom	1	1,4
	Mide CA	1	1,4
	Nozokomiyal TM	1	1,4
	Özafagus CA	1	1,4
	Rahim CA	1	1,4
	Rektum CA	1	1,4
Tanıdan İtibaren Geçen Süre (Ay)	Minimum – Maksimum	1-120	
	Ortalama – Standart sapma	20,44±24,25	

Tablo 4-3: Katılımcıların bakım verme özellikleri

Değişken	Grup	N	%
Hastaya Yakınlık	Çocuk	29	40,3
	Eş	17	23,6
	Ebeveyn	11	15,3
	Gelin/Damat	5	6,9
	Akraba	4	5,6
	Kardeş	4	5,6
	Torun	2	2,8
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Hastayla birlikte yaşıyor	50	69,4
	Hastayla birlikte yaşamıyor	22	30,6

Tablo 4-3: Devamı. Katılımcıların bakım verme özellikleri

Değişken	Grup	N	%
Bakım Verilen Süre	0-6 ay	45	62,5
	7-11 ay	14	19,4
	1-3 yıl	9	12,5
	3 yıl ve üzeri	4	5,6
Bakım Konusunda Yardım Alma Durumu	Diğer aile üyelerinden yardım alıyor ve sorumluluğu / bakım verme sürecini eşit olarak paylaşıyor	39	54,2
	Diğer aile üyelerinden yardım alıyor ama esas bakım veren kişi	27	37,5
	Yardım almıyor	6	8,3
Alınan Desteğin Yeterli Bulunma Durumu	Yeterli	27	41,5
	Yetersiz	24	36,9
	Kısmen yeterli	14	21,5

Ayrıca, araştırmaya katılan bakım vericilerin %31,9'u bilgi desteği, %37,5'i maddi yardım, %77,8'i bakım desteği ve %27,8'i psikolojik/duygusal destek almaktadır (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Katılımcıların destek alma durumları

Destek Alma Durumu	Bilgi Desteği		Maddi Yardım		Bakım Desteği		Psikolojik/ Duygusal Destek	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alıyor	23	31,9	27	37,5	56	77,8	20	27,8
Almıyor	49	68,1	45	62,5	16	22,2	52	72,2

Bunun yanında, bakım vericilerin %72,2'si herhangi bir hastalık geçirmemiş ve hastalığa sahip değildir. Ancak katılımcıların %4,2'si hipertansiyon, %2,8'i diyabet, %2,8'i hipotiroid, %2,8'i panik bozukluk geçirmiş veya geçirmektedir. Ayrıca; astım, charcot marie tooth hastalığı, damar tıkanıklığı, epilepsi, irritabl bağırsak sendromu, meme kanseri, menisküs, multipl scleriosis, nodüler guatr, polikistik over sendromu ve reflü hastalıklarının her biri %1,4 oranında paya sahiptir (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Katılımcıların geçirdikleri/mevcut hastalıklar

Hastalık	N	%	Hastalık	n	%
Yok	52	72,2	İrritabl bağırsak sendromu	1	1,4
Hipertansiyon	3	4,2	Meme kanseri	1	1,4
Diyabet	2	2,8	Menisküs	1	1,4
Hipotiroid	2	2,8	Multipl sclerosis	1	1,4
Panik bozukluk	2	2,8	Nodüler guatr	1	1,4
Astım	1	1,4	Polikistik over sendromu	1	1,4
Charcot marie tooth hastalığı	1	1,4	Reflü	1	1,4
Damar tıkanıklığı	1	1,4	Epilepsi	1	1,4

Ayrıca, onkoloji hasta yakınlarının bakım verme sürecinde en fazla zorlandıkları durumlar sırasıyla hastanın durumuna üzülme (%94,5 orta üzerinde), hastanın psikolojisinde ve ya davranışlarındaki değişikliklerle baş etmeye çalışmak (%84,7 orta ve üzerinde), fiziksel yorgunluk (%77,8 orta ve üzerinde), maddi konular (%70,9 orta ve üzerinde), kendine zaman ayıramamak (%66,7 orta ve üzerinde), tedavi yan etkileriyle baş etmek (%65,3 orta ve üzerinde) ve tedavi ile ilgili karar vermek (%54,1 orta ve üzerinde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: Katılımcıların bakım verme sürecinde zorlanmaları

Zorlanılan Durum	Hiç/Biraz		Orta		Çok fazla	
	n	%	n	%	N	%
Hastanın durumuna üzülme	4	5,6	11	15,3	57	79,2
Hastanın psikolojisinde veya davranışlarındaki değişikliklerle baş etmeye çalışmak	11	15,3	15	20,8	46	63,9
Kendine zaman ayıramamak	24	33,3	20	27,8	28	38,9
Tedavi ile ilgili karar vermek	33	45,8	15	20,8	24	33,3
Maddi konular	21	29,2	29	40,3	22	30,6
Tedavi yan etkileriyle baş etmek	25	34,7	25	34,7	22	30,6
Kendini yalnız hissetmek	39	54,2	13	18,1	20	27,8
Fiziksel yorgunluk	16	22,2	37	51,4	19	26,4
Psikolojik olarak kendini tükenmiş hissetmek	36	50,0	20	27,8	16	22,2
İş / kariyer alanında sorunlar	42	58,3	14	19,4	16	22,2
Tedavi ile ilgili prosedürleri anlamak	36	50,0	22	30,6	14	19,4

Tablo 4-6: Devamı. Katılımcıların bakım verme sürecinde zorlanmaları

Zorlanılan Durum	Hiç/Biraz		Orta		Çok fazla	
	n	%	n	%	N	%
Bakım verme sebebi ile şehir değiştirmiş olmak	57	79,2	3	4,2	12	16,7
(Varsa) Kendi çocuklarının bakımı ile ilgili sorunlar	31	68,9	7	15,6	7	15,6
(Varsa) Eşinin destek olmaması	28	84,8	2	6,1	3	9,1
Diğer aile üyeleriyle yaşanan sorunlar	54	75,0	12	16,7	6	8,3
Tedavi ekibiyle iletişim sorunları	55	76,4	11	15,3	6	8,3

4.2. Ölçeklere İlişkin Betimsel Bulgular

4.2.1. Psikolojik Dayanıklılık

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin (YPDÖ) değerlendirilmesi sonucunda hasta yakınlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri toplam puan ortalaması $130,96 \pm 22,34$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4-7'de görüldüğü gibi alt boyutlarda ise ortalamalar, sosyal kaynaklar için $29,82 \pm 4,63$; sosyal yeterlilik için $24,10 \pm 5,26$; kendilik algısı için $23,74 \pm 5,66$; aile uyumu için $23,40 \pm 6,43$; yapısal stil için $15,46 \pm 3,60$ ve gelecek algısı için $14,44 \pm 4,79$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4-7: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları

Ölçek/Alt Boyut	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	Ss
Psikolojik Dayanıklılık	33	165	130,96	22,34
Sosyal Kaynaklar	7	35	29,82	4,63
Sosyal Yeterlilik	6	30	24,10	5,26
Kendilik Algısı	6	30	23,74	5,66
Aile Uyumu	6	30	23,40	6,43
Yapısal Stil	4	20	15,46	3,60
Gelecek Algısı	4	20	14,44	4,79

4.2.2. Depresyon, Anksiyete ve Stres

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği'nin (DASÖ-21) değerlendirilmesi sonucunda hasta yakınlarının depresyon-anksiyete-stres düzeyleri toplam puan ortalaması $17,57 \pm 11,56$ olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlarda ise ortalamalar, stres için $6,78 \pm 4,19$; depresyon için $6,10 \pm 4,80$ ve anksiyete için $4,69 \pm 3,69$ olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin

puantaj tablosunda depresyon için 0-4, anksiyete için 0-3, stres için 0-7 normal kategorisine konmuştur. Dolayısıyla örnelemin depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları normal sınırlardadır. Elde edilen tanımlayıcı bulgular Tablo 4-8’de verilmiştir.

Tablo 4-8: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları

Ölçek/Alt Boyut	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	Ss
Toplam	0	63	17,57	11,56
Stres	0	21	6,78	4,19
Depresyon	0	21	6,10	4,80
Anksiyete	0	21	4,69	3,69

4.2.3. Yaşam Kalitesi

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin değerlendirilmesi sonucunda hasta yakınlarının yaşam kalitesi düzeyleri toplam puan ortalaması $75,14 \pm 18,28$ olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlarda ise ortalamalar, finansal sıkıntı için $7,81 \pm 3,33$; rahatsızlık için $18,10 \pm 5,33$; pozitif adaptasyon için $18,69 \pm 4,65$; diğer sorular için $14,76 \pm 5,92$ ve yük için $17,58 \pm 7,56$ olarak edilmiştir. Elde edilen tanımlayıcı bulgular Tablo 4-9’da verilmiştir.

Tablo 4-9: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamaları

Ölçek/Alt Boyut	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	Ss
Yaşam Kalitesi	0	140	75,14	18,28
Finansal Sıkıntı	0	12	7,81	3,33
Rahatsızlık	0	28	18,10	5,33
Pozitif Adaptasyon	0	28	16,89	4,65
Diğer	0	32	14,76	5,92
Yük	0	40	17,58	7,56

4.2.4. Öz-anlayış

Öz Anlayış Ölçeği’nin (ÖZAN) değerlendirilmesi sonucunda, hasta yakınlarının öz anlayış düzeyleri toplam puan ortalaması $83,43 \pm 18,08$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4-10: Öz Anlayış Ölçeği Ortalaması

Ölçek	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	Ss
Öz Anlayış	43,00	116,00	83,43	18,08

4.3. Sosyodemografik Özelliklerin Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Öz-anlayış Üzerindeki Etkisi

Sosyodemografik özelliklerin psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış üzerindeki etkisini tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4-11 ve 4-12’de verilmiştir.

Tablo 4-11 ve 4-12’de görüldüğü üzere;

- Psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı etkisi olan tek özellik bilgi desteği alma durumudur ($\chi^2=3,969$; $p<0,05$). Bilgi desteği alan hasta yakınlarının %73,9’u psikolojik dayanıklılık orta puanının üzerine çıkarken, bilgi desteği almayanlarda bu oran %49’da kalmıştır.
- Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya yakınlık, hastayla birlikte yaşama durumu, tanıdan itibaren geçen süre, bakım verilen süre, bakım konusunda yardım alma durumu, maddi yardım alma durumu, bakım desteği alma durumu, psikolojik/duygusal destek alma durumu ve alınan desteğin yeterli bulunma durumu psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı bir etkide bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Depresyon, anksiyete ve stres toplam puanı hiçbir sosyodemografik özelliğe göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).
- Yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisi olan tek özellik alınan desteğin yeterli bulunma durumu olmuştur ($\chi^2=4,091$; $p<0,05$). Almış olduğu desteği yeterli bulan hasta yakınlarının %63,4’ü yaşam kalitesi orta puanının üzerine çıkarken, almış olduğu desteği yeterli bulmayanlarda bu oran %37,5’te kalmıştır.
- Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya yakınlık, hastayla birlikte yaşama durumu, tanıdan itibaren geçen süre, bakım verilen süre, bakım konusunda yardım alma durumu, bilgi desteği alma durumu, maddi yardım alma durumu, bakım desteği alma durumu ve psikolojik/duygusal destek alma durumu yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkide bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-11: Sosyodemografik Özelliklerin Psikolojik Dayanıklılık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Üzerindeki Etkisi

		Psikolojik Dayanıklılık				Depresyon, Anks. ve Stres			
		<131 (n=31)	131≤ (n=41)	X ²	P	<18 (n=35)	18≤ (n=37)	X ²	P
Cinsiyet	Kadın	41,0	59,0	0,143	0,705	43,6	56,4	0,859	0,354
	Erkek	45,5	54,5			54,5	45,5		
Yaş	<40 yaş	43,8	56,3	0,011	0,915	40,6	59,4	1,471	0,225
	40+ yaş	42,5	57,5			55,0	45,0		
Eğitim Durumu	Ünv. öncesi	44,7	55,3	0,146	0,703	48,9	51,1	0,006	0,940
	Ünv. mez.	40,0	60,0			48,0	52,0		
Medeni Hal	Evli	36,7	63,3	2,500	0,114	51,0	49,0	0,356	0,550
	Bekar	56,5	43,5			43,5	56,5		
Çocuğu var mı?	Var	37,0	63,0	1,933	0,164	50,0	50,0	0,098	0,754
	Yok	53,8	46,2			46,2	53,8		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47,4	52,6	0,196	0,658	57,9	42,1	0,891	0,345
	Çalışmıyor	41,5	58,5			45,3	54,7		
Gelir Düzeyi	Kötü	44,4	55,6	0,008	0,928	44,4	55,6	0,071	0,789
	Orta ve iyi	42,9	57,1			49,2	50,8		
Hastaya Yakınlık	1. derece	41,0	59,0	0,699	0,403	45,9	54,1	1,173	0,279
	Diğer	54,5	45,5			63,6	36,4		
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Birlikte	46,0	54,0	0,579	0,447	44,0	56,0	1,393	0,238
	Değil	36,4	63,6			59,1	40,9		
Tanıdan İtibaren Geçen Süre (Ay)	<20 ay	42,6	57,4	0,014	0,906	46,8	53,2	0,176	0,675
	20+ ay	44,0	56,0			52,0	48,0		
Bakım Verilen Süre	0-6 ay	42,2	57,8	0,034	0,854	51,1	48,9	0,300	0,584
	6+ ay	44,4	55,6			44,4	55,6		
Bakım Konusunda Yardım Alma Durumu	Alıyor	42,4	57,6	0,129	0,720	48,5	51,5	0,005	0,943
	Almıyor	50,0	50,0			50,0	50,0		
Bilgi Desteği Alma Durumu	Alıyor	26,1	73,9	3,969	0,046	52,2	47,8	0,172	0,679
	Almıyor	51,0	49,0			46,9	53,1		
Maddi Yardım Alma Durumu	Alıyor	44,4	55,6	0,034	0,854	37,0	63,0	2,317	0,128
	Almıyor	42,2	57,8			55,6	44,4		
Bakım Desteği Alma Durumu	Alıyor	41,1	58,9	0,405	0,525	50,0	50,0	0,195	0,659
	Almıyor	50,0	50,0			43,8	56,3		
Psikolojik/Duygusal Destek Alma Durumu	Alıyor	40,0	60,0	0,105	0,745	55,0	45,0	0,452	0,501
	Almıyor	44,2	55,8			46,2	53,8		
Alınan Desteğin Yeterli Bulunma Durumu	Yeterli	36,6	63,4	1,122	0,290	56,1	43,9	1,261	0,261
	Yetersiz	50,0	50,0			41,7	58,3		

Tablo 4-12: Sosyodemografik Özelliklerin Yaşam Kalitesi ve Öz Anlayış Üzerindeki Etkisi

		Yaşam Kalitesi				Öz Anlayış			
		<76 (n=34)	76≤ (n=38)	X ²	P	<84 (n=31)	84≤ (n=41)	X ²	P
Cinsiyet	Kadın	46,2	53,8	0,039	0,844	41,0	59,0	0,143	0,705
	Erkek	48,5	51,5			45,5	54,5		
Yaş	<40 yaş	53,1	46,9	0,805	0,370	40,6	59,4	0,139	0,709
	40+ yaş	42,5	57,5			45,0	55,0		
Eğitim Durumu	Ünv. öncesi	48,9	51,1	0,160	0,690	51,1	48,9	3,541	0,060
	Ünv. mez.	44,0	56,0			28,0	72,0		
Medeni Hal	Evli	46,9	53,1	0,005	0,944	46,9	53,1	0,943	0,331
	Bekar	47,8	52,2			34,8	65,2		
Çocuğu var mı?	Var	45,7	54,3	0,126	0,723	47,8	52,2	1,182	0,277
	Yok	50,0	50,0			34,6	65,4		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47,4	52,6	0,000	0,988	31,6	68,4	1,387	0,239
	Çalışmıyor	47,2	52,8			47,2	52,8		
Gelir Düzeyi	Kötü	55,6	44,4	0,287	0,592	66,7	33,3	2,339	0,126
	Orta ve iyi	46,0	54,0			39,7	60,3		
Hastaya Yakınlık	1. derece	50,8	49,2	2,073	0,150	45,9	54,1	1,319	0,251
	Diğer	27,3	72,7			27,3	72,7		
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Birlikte	50,0	50,0	0,507	0,477	48,0	52,0	1,632	0,201
	Değil	40,9	59,1			31,8	68,2		
Tanıdan İtibaren Geçen Süre (Ay)	<20 ay	48,9	51,1	0,160	0,690	48,9	51,1	1,909	0,167
	20+ ay	44,0	56,0			32,0	68,0		
Bakım Verilen Süre	0-6 ay	44,4	55,6	0,372	0,542	44,4	55,6	0,094	0,759
	6+ ay	51,9	48,1			40,7	59,3		
Bakım Konusunda Yardım Alma Durumu	Alıyor	47,0	53,0	0,020	0,887	39,4	60,6	4,331	0,037
	Almıyor	50,0	50,0			83,3	16,7		
Bilgi Desteği Alma Durumu	Alıyor	43,5	56,5	0,190	0,663	43,5	56,5	0,002	0,960
	Almıyor	49,0	51,0			42,9	57,1		
Maddi Yardım Alma Durumu	Alıyor	55,6	44,4	1,204	0,273	44,4	55,6	0,034	0,854
	Almıyor	42,2	57,8			42,2	57,8		
Bakım Desteği Alma Durumu	Alıyor	44,6	55,4	0,673	0,412	39,3	60,7	1,461	0,227
	Almıyor	56,3	43,8			56,3	43,8		
Psikolojik/Duygusal Destek Alma Durumu	Alıyor	40,0	60,0	0,580	0,446	40,0	60,0	0,105	0,745
	Almıyor	50,0	50,0			44,2	55,8		
Alınan Desteğin Yeterli Bulunma Durumu	Yeterli	36,6	63,4	4,091	0,043	34,1	65,9	0,874	0,350
	Yetersiz	62,5	37,5			45,8	54,2		

Ayrıca, yine Tablo 4-11 ve 4-12’de görüldüğü üzere;

- Öz anlayışı anlamlı olarak etkileyen tek sosyo demografik özellik ise bakım konusunda yardım alma durumu olarak tespit edilmiştir ($\chi^2=4,331$; $p<0,05$). Bakım konusunda yardım alan hasta yakınlarının %60,6’sı ortalamanın üzerinde öz anlayışa sahipken, yardım almayan hasta yakınlarının %16,7’si ortalamanın üzerinde yer alabilmiştir.
- Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya yakınlık, hastayla birlikte yaşama durumu, tanıdan itibaren geçen süre, bakım verilen süre, bilgi desteği alma durumu, maddi yardım alma durumu, bakım desteği alma durumu, psikolojik/duygusal destek alma durumu ve alınan desteğin yeterli bulunma durumu öz anlayış üzerinde anlamlı bir etkide bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Katılımcıların Bakım Verme Sürecinde Zorlanmaları ile Öz-anlayış Arasındaki İlişkiler

Katılımcıların bakım verme sürecinde zorlandığı durumlar ile öz anlayış düzeyleri arasındaki ilişkiler bir diğer araştırma sorusudur. Bu ilişkileri tespit etmeye yönelik olarak Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Öz-anlayış Ölçeği puanlarının, hasta yakınlarının bakım verme sürecinde zorlandıkları durumlar ve bunların düzeyine göre (Hiç/az, Orta ve Çok fazla) ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 4-13’te verilmiştir.

Bu analiz sonuçlarına göre, psikolojik olarak kendini tükenmiş hissetmek ($F=3,246$; $p<0,05$), kendine zaman ayıramamak ($F=2,262$; $p<0,05$), kendini yalnız hissetmek ($F=4,324$; $p<0,05$) ve eşinin destek olmaması ($F=3,301$; $p<0,05$) ile öz anlayış toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Hasta yakınlarının bakım verme sürecinde yaşadığı zorlantılar ele alındığında, fiziksel yorgunluk düzeyi ($F=0,995$; $p>0,05$), tedavi ile ilgili prosedürleri anlama düzeyi ($F=0,995$; $p>0,05$), tedavi ile ilgili karar verici olma düzeyi ($F=0,226$; $p>0,05$), maddi konuların yarattığı zorlanti düzeyi ($F=1,287$; $p>0,05$), hastanın durumuna üzülme düzeyi ($F=0,868$; $p>0,05$), hastanın psikolojisinde veya davranışlarındaki değişikliklerle baş etmeye çalışma düzeyi ($F=0,868$; $p>0,05$), diğer aile üyeleriyle yaşanan sorunlar

($F=0,228$; $p>0,05$), tedavi yan etkileriyle baş etme düzeyi ($F=0,579$; $p>0,05$), kendi çocuklarının bakımı ile ilgili sorunların düzeyi($F=1,053$; $p>0,05$), bakım verme sebebi ile şehir değiştirmiş olma ($F=0,190$; $p>0,05$), iş / kariyer alanında sorunlar ($F=1,118$ $p>0,05$) ve tedavi ekibiyle yaşanan iletişim sorunlarının hasta yakınlarında yarattığı zorlantı düzeyi ($F= 0,383$; $p>0,05$) ile öz anlayış puan ortalamaları arasında ise Tablo 4-13'te görüldüğü gibi anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4-13: Katılımcıların Öz-anlayış Puanlarının Bakım Verme Sürecindeki Zorlanmaları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) İle Karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p
Fiziksel Yorgunluk	Hiç/Az	16	86,0	15,70	,995	0, 375
	Orta	37	84,8	18,87		
	Çok Fazla	19	78,4	18,31		
Tedavi ile İlgili Prosedürleri Anlamak	Hiç/Az	36	86,3	15,33	,938	0,396
	Orta	22	81,1	20,40		
	Çok Fazla	14	79,6	20,78		
Tedavi ile İlgili Karar Vermek	Hiç/Az	33	84,2	15,44	,226	0,798
	Orta	15	84,9	19,46		
	Çok Fazla	24	81,4	20,97		
Maddi Konular	Hiç/Az	21	86,4	14,00	1,287	0,283
	Orta	29	85,1	18,49		
	Çok Fazla	22	78,3	20,55		
Hastanın Durumuna Üzülme	Hiç/Az	4	84,2	22,36	0,189	0,828
	Orta	11	86,4	14,85		
	Çok Fazla	57	83,4	18,60		
Değişikliklerle Baş Etme	Hiç/Az	11	89,5	14,76	0,868	0,424
	Orta	15	80,2	16,64		
	Çok Fazla	46	83,0	19,19		
Kendini Yalnız Hissetmek	Hiç/Az	39	88,2	14,80	4,324	0,017
	Orta	13	83,1	16,41		
	Çok Fazla	20	74,2	21,84		
Psikolojik Olarak Kendini Tükenmiş Hissetmek	Hiç/Az	36	88,4	11,93	3,246	0,045
	Orta	20	80,4	20,94		
	Çok Fazla	16	75,8	22,93		
Diğer aile üyeleriyle yaşanan sorunlar	Hiç/Az	54	83,6	17,99	0,228	0,797
	Orta	12	84,8	18,00		
	Çok Fazla	6	78,8	21,47		

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p
Tedavi yan etkileriyle baş etmek	Hiç/Az	25	84,8	17,00	0,579	0,563
	Orta	25	85,0	17,42		
	Çok Fazla	22	79,9	20,23		
Kendi çocuklarının bakımıyla ilgili sorunlar	Hiç/Az	31	79,4	19,98	1,053	0,358
	Orta	7	90,8	9,59		
	Çok Fazla	7	82,1	19,70		
Eşinin Destek Olmaması	Hiç/Az	28	87,5	17,22	3,301	0,049
	Orta	2	91,5	9,19		
	Çok Fazla	3	61,3	19,21		
Bakım Verme Sebebiyle şehir Değiştirmiş olmak	Hiç/Az	57	84,1	18,60	0,190	0,827
	Orta	3	80,0	13,00		
	Çok Fazla	12	81,0	17,46		
Kendine Zaman Ayıramama	Hiç/Az	24	88,6	16,34	2,262	0,012
	Orta	20	84,4	14,58		
	Çok Fazla	28	78,2	20,72		
İş/kariyer Alanında Sorunlar	Hiç/Az	42	85,9	19,01	1,118	0,333
	Orta	14	78,0	15,62		
	Çok Fazla	16	81,5	17,30		
Tedavi Ekibiyle İletişim sorunları	Hiç/Az	55	83,6	16,65	0,383	0,683
	Orta	11	79,8	24,84		
	Çok Fazla	6	87,6	18,97		

* Bağımlı Değişken: Öz-anlayış.

4.5. Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres, Yaşam Kalitesi ve Öz-anlayış Arasındaki İlişkiler

Psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkileri tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi bulguları Tablo 4-14'te verilmiştir.

Tablo 4.14'te görüleceği üzere psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkilerin tamamı anlamlıdır ($p < 0,05$).

Psikolojik dayanıklılık ile; depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkilerin tamamı orta düzeyde ($0,29 < r < 0,70$) ve anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkiler negatif; yaşam kalitesi ve öz anlayış ile ilişkiler ise pozitifdir. Yani psikolojik dayanıklılık arttığında; depresyon, anksiyete ve stres anlamlı olarak azalırken yaşam kalitesi ve öz anlayış anlamlı olarak artmaktadır.

Ayrıca, depresyon ile anksiyete ve öz anlayış arasındaki ilişki orta düzeyde ($0,29 < r < 0,70$) ve anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak anksiyete ile olan ilişki pozitif, öz anlayış

ile olan ilişki negatiftir. Yani depresyon arttığında; anksiyete orta düzeyde ve anlamlı olarak artmakta ancak öz anlayış azalmaktadır. Depresyon ile stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ise yüksek düzeyde ($0,69 < r$) ve anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak stres ile olan ilişki pozitif, yaşam kalitesi ile olan ilişki negatiftir. Yani depresyon arttığında; stres yüksek düzeyde ve anlamlı olarak artmakta ancak yaşam kalitesi azalmaktadır.

Tablo 4-14: Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres, Yaşam Kalitesi ve Öz Anlayış Arasındaki Korelasyon Bulguları

		Depresyon	Anksiyete	Stres	Y. Kalitesi	Öz Anlayış
Psikolojik Dayanıklılık	r	-0,555	-0,497	-0,464	0,627	0,629
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	72	72	72	72	72
Depresyon	r	1	0,694	0,777	-0,711	-0,521
	p		0,000	0,000	0,000	0,000
	n		72	72	72	72
Anksiyete	r		1	0,766	-0,619	-0,508
	p			0,000	0,000	0,000
	n			72	72	72
Stres	r			1	-0,683	-0,502
	p				0,000	0,000
	n				72	72
Yaşam Kalitesi	r				1	0,608
	p					0,000
	n					72

** Sarı renk orta düzeyde ilişkiyi ($0,29 < r < 0,70$), yeşil renk yüksek düzeyde ilişkiyi ($0,69 < r$) göstermektedir (Büyüköztürk, vd., 2011: 92).

Anksiyete ile stres arasında yüksek düzeyde pozitif ($0,69 < r$) ve anlamlı ($p < 0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. Yani anksiyete arttığında stres de yüksek düzeyde ve anlamlı olarak artmaktadır. Anksiyete ile yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkiler ise orta düzeyde ($0,29 < r < 0,70$) negatif ve anlamlıdır ($p < 0,05$). Yani anksiyete arttığında yaşam kalitesi ve öz anlayış orta düzeyde ve anlamlı olarak azalmaktadır.

Stres ile yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki ilişkiler orta düzeyde ($0,29 < r < 0,70$) negatif ve anlamlıdır ($p < 0,05$). Yani stres arttığında yaşam kalitesi ve öz

anlayış orta düzeyde ve anlamlı olarak azalmaktadır. Son olarak, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasında ise orta düzeyde ($0,29 < r < 0,70$) pozitif ve anlamlı ($p < 0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. Yani yaşam kalitesi arttığında öz anlayış da orta düzeyde ve anlamlı olarak artmaktadır.

4.6. Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yaşam Kalitesinin Öz-anlayış Üzerindeki Etkisi

Araştırmaya katılan onkoloji hastalarının yakınlarının psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin birlikte öz-anlayış puanlarını yordama düzeylerini tespit edebilmek amacıyla yapılan stepwise (adımsal) çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 4-15 ve 4-16 ‘da verilmiştir.

Hasta yakınlarının öz-anlayış düzeylerinin yordanmasına ilişkin uygulanan stepwise (adımsal) çoklu regresyon analizi iki adımda tamamlanmıştır. Bulgular incelendiğinde “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği” puanları hasta yakınlarının “Öz-anlayış Ölçeği” puanlarının anlamlı birer yordayıcısı iken “ Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21” formundan elde edilen puanların yordayıcı rolü saptanamamıştır. Dolayısıyla depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri analiz tarafından modele dahil edilmemiştir. Diğer yordayıcı değişkenlerle birlikte yordanan değişken üzerinde anlamlı etkisi olmayan değişkenler adımsal çoklu regresyonda analiz dışında bırakılmaktadır (Büyüköztürk 2013). Tablo 4-15 ve 4-16’e bakıldığında psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi değişkenlerinin stepwise regresyon analizine dahil edildiği, depresyon, anksiyete ve stresin anlamlı etkisi kalmadığı için analize dahil edilmediği görülmektedir.

Tablo 4-15: Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesinin Öz Anlayış Üzerindeki Etkisine İlişkin R ve R² Değişimi

Değişken	R	R ²	R ² Değişimi	F Değişim	p	Sd Sd2
Psikolojik Dayanıklılık	0,629	0,396	0,396	45,873	0,000	1 70
Psikolojik Dayanıklılık	0,686	0,471	0,075	9,837	0,003	1 69
Yaşam Kalitesi						

Çoklu adımsal doğrusal regresyon analizi süreç olarak iki aşamada tamamlanmıştır. Analize ilk olarak psikolojik dayanıklılık değişkeni girmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkeni olan psikolojik dayanıklılığın, bağımlı değişken olan öz-anlayışı anlamlı düzeyde, pozitif yönde yordadığı ve öz-anlayıştaki varyansın yaklaşık % 40'ını tek başına açıkladığı görülmektedir. Tek bir bağımsız değişkenin bulunduğu birinci model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İki bağımsız değişkenin yer aldığı ikinci model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($R = 0,62$, $R^2 = 0,39$, $F = 45,870$, $p = 0,000$). Psikolojik dayanıklılığın standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) 0,62 olduğu görülmektedir.

Analizin ikinci aşamasında psikolojik dayanıklılık değişkeninin bulunduğu modele yaşam kalitesi değişkeni dahil edilmiştir. Yaşam kalitesi değişkeni toplam varyansa katkı sağlayarak R^2 varyans oranını %47'ye yükseltmiştir. ($R = 0,68$, $R^2 = 0,47$, $F = 30,751$, $p = 0,000$). Yaşam kalitesi değişkeninin bu aşamadaki standardize edilmiş regresyon katsayısının (β) 0,35 olduğu görülmektedir.

Tablo 4-16: Öz-anlayış İle İlgili Geliştirilen Çoklu Adımsal Doğrusal Regresyon Sonuçları

Değişken	Standardize Olmayan Parametreler		Standardize Parametreler		p	VIF
	B	S. Hata	β	t		
<u>Model 1</u>						
Sabit	16,740	9,987		1,676	0,098	
Psikolojik Dayanıklılık	0,509	0,095	0,629	6,773	0,000	1,000
<u>Model 2</u>						
Sabit	13,975	9,452		1,479	0,144	
Psikolojik Dayanıklılık	0,330	0,091	0,458	3,632	0,001	1,648
Yaşam Kalitesi	0,349	0,111	0,352	3,136	0,003	1,648

* Bağımlı Değişken: Öz-anlayış.

Özetle, “Psikolojik Dayanıklılık” ve “Yaşam Kalitesi” değişkenlerinin palyatif dönem onkoloji hasta yakınlarındaki “Öz-anlayış” puanlarındaki toplam varyansın %47'sini açıkladığı görülmüştür. Adımsal regresyon analizi sonucunda, “Öz-anlayış” puanlarının toplam varyanstaki değişimi, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi iyi düzeyde açıklamaktadır. Bahsi geçen regresyon eşitliği modeli şöyledir:

“ÖZ-ANLAYIŞ = 13,975 + 0,45 x PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK + 0.35 x YAŞAM KALİTESİ”

Regresyon eşitliği incelendiğinde; “Yaşam Kalitesi” puanları sabit tutulduğunda “Psikolojik Dayanıklılık” puanlarındaki 1(bir) birimlik artış, “Öz-anlayış” puanlarında 0,45 birimlik bir artışa sebep olmaktadır.

Benzer şekilde, “Psikolojik Dayanıklılık” puanları sabit tutulduğunda “Yaşam Kalitesi” düzeyindeki 1 (bir) birimlik artış, “Öz-anlayış” puanlarında 0,35 birimlik bir artışa sebep olmaktadır.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde yatarak tedavi görmekte olan palyatif dönem onkoloji hastalarının yakınlarının öz-anlayış, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine ait bulgular tartışılıp yorumlanmış, ardından sınırlılıklar ve öneriler belirtilmiştir.

5.1. Araştırma Sonuçları

Palyatif dönemdeki onkoloji hasta yakınlarının öz anlayış düzeylerinin psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmaya; 19-69 yaş aralığında, %54'ü kadın toplam 72 hasta yakını katılmıştır.

Ortalama yaşları yaklaşık 44 olarak hesaplanmış olan katılımcıların yaklaşık üçte ikisi okuryazar, ilkokul mezunu veya lise mezunudur. Gelir düzeyi olarak ise dört katılımcıdan üçü kendini orta düzeyde tanımlamıştır.

Yine yaklaşık üçte ikisi evli olup çocuğu da bulunan katılımcıların ancak dörtte biri bir işte çalışmaktadır. Yine katılımcıların yaklaşık dörtte biri bakım verme sebebi ile işten ayrılmış veya izin/rapor almıştır. Bakım verenlerin çalışma durumu ile ilgili olarak literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Çivi ve ark (2011) da benzer şekilde kanser hasta yakınlarının %60'ının iş gücünde ve %58.2'sinin günlük performansında azalma saptamıştır. Stuijbergen (1987) de kanser hastası eşlerinde iş aktivitesinde azalma bulmuştur.

Bakım verilen hastalar içerisinde en fazla bulunan kanser türlerini sırasıyla akciğer, meme, over ve mesane kanserleri oluşturmuştur. Bu hem dünya hem Türkiye'deki genel popülasyonda en sık görülmekte olan kanser türleri ile uyumludur. (HSGM 2014; DSÖ 2018) Bu türdeki kanserlerin, hastaların tamamı içindeki payı %50'dir. Tanıdan itibaren geçen süre ise 1 ay ile 10 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama 20 ay olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaklaşık %40'ı hastaya 6 ayın üzerinde bir süredir bakmaktadır. Üçte ikisi hastanın çocuğu veya eşidir ve yaklaşık %70'i hastayla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların yalnızca %8.3'ü bakım konusunda yardım almadığını beyan ederken %54,3 'ü bakım verme sorumluluğunu diğer hasta yakınlarıyla eşit derecede paylaştığını belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık %40'ı ise tüm sorumluluğu

üstlenen, esas bakım veren kişi olduğunu ve aldığı desteği yeterli bulmadığını belirtmiştir. Nitekim katılımcıların bakım desteği alma oranı yaklaşık %80 olsa da bilgi desteği, psikolojik/duygusal destek ve maddi yardım alma oranı %40'ın altında kalmıştır. Özellikle psikolojik/duygusal desteği her dört katılımcıdan sadece biri almaktadır. Dolayısıyla katılımcıların bakım verme sürecinde özellikle psikolojik veya duygusal olarak oldukça zorlanmakta oldukları söylenebilir. Nitekim katılımcıların yaklaşık %80'i hastanın durumuna çok fazla üzüldüğünü ve %64'ü hastanın psikolojisinde veya davranışlarındaki değişikliklerle baş etmeye çalışmanın kendini çok fazla zorladığını belirtmiştir.

Fiziksel yorgunluk ve kendine zaman ayıramama, maddi konular, tedavi yan etkileri ile baş etme ve kendini yalnız hissetme de en fazla zorlanılan durumlar olarak tespit edilmiştir. Örneklemin %70 gibi büyük bir kısmı hastayla beraber yaşamaktadır. Hastayla beraber yaşayan bakım vericilerin bakım yüklerinin yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu, sürekli hastanın yanında bulunmanın hasta yakınının kendine vakit ayıramaması, sosyal hayatının kesintiye uğraması ve öz-bakımlarını ihmal etmeleri ile sonuçlandığı bulunmuştur (Nijboer ve ark. 1997; Öner 2012). Benzer şekilde hasta yakınlarının yorgunluk, kişisel bakımını ihmal etme, önceleri ilgilerini çeken aktivitelere ilgi göstermeme, uyku problemleri, iştahsızlık gibi problemlerin sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur (Rivera 2009; Yıldız ve ark.2016). Hastayla sürekli birlikte olmaya bağlı olarak bakım verenlerin bu tarz zorlantılar yaşaması beklenen bir sonuç olmuştur.

Ayrıca, hasta yakınlarının %4'ü hipertansiyon, %10'u ise diyabet, hipotiroid, panik bozukluk veya astım hastası, %1,4'ü damar tıkanıklığı problemine sahiptir. Kanser hastalarına bakım verenlerde çeşitli hastalıklar ve semptomların görülme sıklığı ve sağlık hizmeti kullanımının diğer bireylere göre daha fazla olduğu belirtilmiş, uzun süredir kanser hastası olan bireylerin yakınlarının neredeyse yarısının hipertansiyon, kalp hastalıkları, artrit gibi hastalıklara sahip olduğu ortaya konmuştur (Toseland ve ark. 2001; Mellon 2002). Bu araştırmadaki hasta yakınlarının sahip oldukları hastalıklar literatürle uyumlu olmakla beraber, herhangi bir fiziksel veya ruhsal rahatsızlığının olmadığını söyleyen hasta yakınları da örneklemin yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır.

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili olarak özellikle sosyal kaynaklar ve sosyal yeterlilik alt boyutlarının daha fazla gelişmiş olduğu dikkat çekmiştir. Aile ve yakın arkadaşlarla birlikte olma ve sosyal ortamlarda bulunma öne çıkan özellikler olmuştur.

Ayrıca araştırmada örneklemin ailesel koruyucu özelliklerinin psikolojik dayanıklılıklarında oldukça etkili olduğu görülmüştür. Katılımcıların genelinin iyi düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olması psikolojik dayanıklılığa etki eden koruyucu faktörleri akla getirmiştir. Masten ve Reed (2002) psikolojik dayanıklılık açısından koruyucu faktörlerin, bireysel, ailesel ve çevresel olarak ele alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili olarak katılımcıların finansal sıkıntı, rahatsızlık ve pozitif adaptasyon alt boyutlarındaki kalite algıları orta düzeyde bulunmuştur. Ancak uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması, hastanın ağrısının yönetimi ve ailenin bakım vermeyle ilgilenme durumu gibi konular ile yük algıları ortanın biraz altında kalmıştır. Orta düzey bulgularan yaşam kalitesi kanser hastasının palyatif dönemde olması ve buna yönelik palyatif hizmet almasıyla ilgili olabilir. Genel olarak kanser hasta yakınlarının yaşam kalitesi düşük seyretmekteyken (Fridrikkdottir ve ark. 2011; Yıldız ve ark 2016) palyatif ve yaşam sonu bakımı alan hastalarda ve yakınlarından yaşam kalitesi artmaktadır. Nitekim DSÖ'nün de (2012) belirttiği gibi palyatif bakımın amaçlarından en önemlisi hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini artırmaktır.

Hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bakıldığında normal düzeyde stres, anksiyete ve depresyon gözlemlenmiştir. Palyatif bakım alıyor olmak, hasta üzerindeki sorumluluğun delege ediliyor olması hasta yakınlarının stres ve anksiyete seviyesini normal düzeyde tutmuş olabilir. Tedavi ekibi ile sağlıklı iletişim, bilgilendirme ve yeterli tıbbi desteğin alınmıyor olması da bu puanlara etkide bulunmuş olabilir. Aile sisteminin fonksiyonelliğine olumsuz etkide bulunan kanserin, hasta yakınlarında sıklıkla gözlemlenen bir sorun olarak olumsuz duygulanımlara yol açması pek çok çalışmada gösterilmiştir (Sönmez ve ark, 2004; Özkan ve Armay 2007; Çivi ve ark 2011). Özellikle ilerlemiş hastalığa sahip hastaların bakım vericilerinin %30'unun önemli psikolojik sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (Weitzner ve ark 1999). Çalışmanın yürütüldüğü örneklem de hastanın durumuna üzülme, yaşantıyla baş etmede zorluklar gibi pek çok sorun yaşamakta, üstelik dörtte üçü herhangi bir duygusal/psikolojik destek almamaktadır. Bu psikososyal sorunlara rağmen hasta yakınları psikopatoloji geliştirmemiştir. Kanser hastalarının yakınlarında depresyon, kaygı, fiziksel ve psikosomatik belirtiler sıklıkla görülen psikiyatrik problemler olsa da bireylerin

gösterdiği üzüntü ve yas reaksiyonları normal olabilir ve tek başına major depresyon gibi tanıların konmasını gerektirmeyebilir. Dolayısıyla üzüntü reaksiyonu ile depresif semptomların farklı olduğu gözden kaçmamalıdır (Özkan ve Armay 2007). Bu araştırma bulguları da bu ayrımı destekler niteliktedir. Ayrıca psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksektir. Psikolojik dayanıklılık ile depresyon, anksiyete, öfke arasında negatif ilişkilerin olduğu, tükenmişlik ve depresyonda koruyucu etkisinin olduğu, stresin olumsuz etkilerini azaltmada etkin olduğu gösterilmiştir (Gentry ve Kobasa 1984; Simoni ve Paterson 1996; Azarian ve ark 2016 Kaynak: Işık 2016). Bu yöndeki literatür incelendiğinde hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin normal düzeyde olması bulgularla uyumlu görülmektedir

Araştırmada sosyodemografik özelliklerin psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış arasındaki anlamlı ilişkilere bakılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin bağımlı değişken öz-anlayış ile ilişkisine bakıldığında hasta yakınlarının bakım konusunda yardım almasının öz-anlayışı anlamlı olarak arttırdığı tespit edilmiştir. Çevresinden destek ve yardım alan bir birey ilgi ve sevgiye layık olduğunu düşünür ve bu bireyin kendi yetersizliklerine karşı nezaketle yaklaşabilmesini sağlayabilir. Bireylerin öz-eleştiriye kapılmadan acılarını anlama ve kabullenmesi için aile bireyleri ve çevresinin de ona ilgi ve sevgiyle yaklaşmasının gerekli olduğu belirtilmiştir (Neff 2003a). Ayrıca bireylerin aldığı yardım onlardaki yalnızlık ve izole edilmişlik duygularını da engelleyerek kişinin diğerleri ile birbirine bağlı olduğu, acı çekenin yalnızca kendisi olmadığı sonucu çıkarmasını sağlayarak da öz-anlayış düzeyini artırabilir (Germer 2018). Nitekim yakın dönemde yapılan bir çalışmada, insanlara duygusal olarak yakın hissettiği, eş, arkadaş akraba gibi bireylerden gelen destek ve geribildirimlerin öz-anlayış düzeyini etkilediği bulunmuştur (Bayar ve Dost 2018). Akciğer kanseri tanısı alan hastalarda yapılan bir araştırmaya göre de psikolojik uyum ile öz-anlayış, sosyal destek ve psikopatoloji arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (Batista ve ark. 2015).

Yardım almanın öz-anlayış üzerindeki etkisini destekler biçimde kendini yalnız hissetme ve eşinin desteğinin olmaması durumlarının da öz-anlayış ile ilişkisi bulgulanmıştır. Hasta yakınlarının öz-anlayış puan ortalamalarında bakım vermede zorlandıkları faktörlerden olan kendilerini yalnız hissetme ve eşlerinden destek alma durumlarına göre anlamlı farklılıklar bulgulanmıştır. Akciğer kanseriyle baş eden

çiftlerde yapılan bir çalışmada da öz-anlayışı yüksek partnerlerin daha düşük distrese sahip olduğu ve kanser hastası eşlerini kanser hakkında iletişim kurmaya daha fazla teşvik ettikleri bulgulanmıştır (Schellens ve ark. 2016). Akın (2010) öz-anlayışın tüm bileşenlerinin (öz-nezaket, bilinçli farkındalık ve ortak paydaşım) yalnızlık üzerinde doğrudan etkisinin olduğunu bulmuştur. Bir başka çalışmada ise öz-anlayış ile yalnızlık arasında ilişki bulunamamıştır (Hidayati 2015). Türkiye’de yapılan çalışmalarda öz-anlayış ve yalnızlığın anlam arayışını anlamlı şekilde yordadığı ve yalnızlığın öz-anlayış ve ölüm kaygısı arasında arabulucu etkisi olduğu bulunmuştur (Sübeten 2018; Altıparmak 2019). Yalnızlık, yakın çevreden destek ve yardım alamama gibi zorlayıcı durumlarla öz-anlayış arasındaki ilişkilere literatürde az sayıda çalışmada bakılmıştır, bu ilişkilere ve bu ilişkilerin nedenlerine yönelik olarak daha farklı araştırmalar yapılabilir.

Hasta yakınlarının kendilerine zaman ayıramamalarının ve psikolojik olarak kendilerini tükenmiş hissetmelerinin de öz-anlayışla ilişkisi bulunmuştur. Hasta yakınlarının öz-anlayış puan ortalamalarında bakım vermede zorlandıkları faktörlerden olan kendilerine zaman ayıramama ve tükenmişlik hissetme durumlarına göre anlamlı farklılıklar bulgulanmıştır. Hasta yakınlarında da tükenmişlik önemli bir sorundur, bakım veren olarak gösterdiği çabalar görülmediği gibi üstelik çevresinden yardım alamayan bireylerde tükenmişliğin ortaya çıkması beklenmektedir (Tuna ve Olgun 2010). Hasta yakınlarının tükenmişlik yaşamaması için kendilerine vakit ayırabilmeleri önemlidir. Yaşadıkları acıyı kabullenebilecekleri, sürece sakinleşip uzaktan bakma fırsatını kendilerine sunabilecekleri bir zamanları olmadığında öz-anlayış düzeyleri düşebilir, aksine çevresinin desteği ile kendisine vakit ayırabilen bireylerde öz-anlayış yükselebilir. Bir çalışmada öz-eleştiri düzeyi yüksek katılımcıların hem kendilerine hem de başkalarına daha az anlayış gösterdiği, bununla beraber tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu seviyelerinin de arttığı ortaya konmuştur (Beaumont ve ark. 2016). Bunun dışında, kabul ve kararlılık terapisi ve öz-anlayış temelli Web tabanlı psikolojik müdahale gören kanser hastası eşlerinde iç-görü ve kabul hislerinde ayrıca kendilerine zaman ayırma eğilimlerinde artış gözlemlenmiştir (Köhle ve ark. 2017). Kanser hastaları ve yakınlarında tüm bu ilişkileri ortaya koymaya yönelik bir model oluşturdıkları farklı çalışmaların yapılması alana katkı sağlayabilir.

Sosyodemografik özelliklerin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisi ile ilgili olarak; bilgi desteği almanın psikolojik dayanıklılığı anlamlı olarak artırdığı tespit

edilmiştir. Neredeyse her gün belirsizlikle karşılaşan hasta yakınlarındaki bilgi ihtiyacı ve bilgi desteği alabilmenin önemi çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. İleri evre kanser hasta yakınlarındaki bilgi eksikliğinin bakım vermenin pratik etkilerinden çeşitli varoluşsal sorunlara kadar etkisi olduğu, yeterince doğru bilgi verildiğinde başa çıkma stratejilerinin geliştiği bulgulanmıştır (Carter 2001; Lin ve Tsao 2004). Dolayısıyla hasta yakınlarına bilgi desteğinin sağlanması bu zorlu yaşam deneyimine başarılı bir adaptasyon göstermelerini sağlayarak psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkide bulunmuş olabilir.

Hasta yakınlarının çevresindeki bireylerden aldığı desteğin yeterli bulunmasının yaşam kalitesini anlamlı olarak artırması bir diğer araştırma bulgusudur. Güncel çalışmalarda bireylerin aldığı desteğin değerlendirilmesinde nesnel ölçütler yerine artık kendisinin sosyal desteği ne şekilde algıladığı üzerinde durulmaktadır (Akbiyık ve ark. 2012). Düşük sosyal destek algısı olan bakım veren hasta yakınlarının ruh sağlığının olumsuz etkilendiği, çevresinden destek alamayan ve sorumluluklarını yerine getirmede zorluk yaşayan hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu, bakım veren hasta yakınlarının bakımı paylaşımları durumunda yaşam kalitelerinin yükseldiği bildirilmiştir. (Karabuğa 2009; Hacıaloğlu ve ark. 2010; Dökmen 2012; Türkoğlu ve Kılıç 2012). Kanser hasta ve yakınları ile yapılan bir başka çalışmada da algılanan sosyal desteğin motivasyon, arkadaşlık ve sağlığın teşviki şeklinde ortaya çıktığı ve bu temaların yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkilerinin olduğu ortaya konmuştur (Barber 2013). Bu doğrultuda hasta yakınlarının çevresinde onlara yardım eden bireylerin desteğini yeterli bulmasının yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemesinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırmada, psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres, yaşam kalitesi ve öz anlayış düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmış ve elde edilen bulgulara göre tüm değişkenler arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının stres düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki, yaşam kalitesi ile depresyon arasında ise yüksek düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Stres düzeylerinin depresyon ve anksiyete ile olan anlamlı ilişkisi beklenen bir sonuçtur. Depresyon ve anksiyete en fazla görülen psikiyatrik bozukluklardandır, bununla birlikte sıklıkla birliktelik gösterirler. Anksiyete, yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir ve otonom belirtiler eşlik eder (Kocamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

Anksiyete bozuklukları hastalarda belirgin bir strese sebep olur. Ayrıca anksiyete bozuklukları ve depresyonun ortak bir genetik yatkınlığa sahip olduğunu, bunun da stres duyarlılığı olduğunu gösteren çalışmalar da aktarılmıştır. Stres yaşantısının olumsuz duygulanımda artma ortaya çıkardığı, bunun özgün bir nörokimyasal işlev bozukluğundan kaynaklandığı ortaya konmuştur (Kaya ve Ünal 2001). Araştırmanın örnekleminde de bu sürecin gözlemlendiğinin ortaya konması önem arz etmektedir.

Kanserli hastaların yakınlarında yaşam kalitesi ve depresyonun güçlü ilişkisi literatürde gösterilmiştir. Örneğin meme kanserli hastaların bakım vericilerinde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ile depresyon arasında güçlü ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Gorji ve ark. 2012). İleri metastatik meme kanseri hastaları ve yakınlarında yapılan bir çalışmada da hastaların depresyon düzeylerinin yakınlarının depresyon düzeyi ile ilişkili çıktığı ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile depresyon düzeylerinin korele çıktığı ortaya konmuştur (Fleming ve ark. 2006). Türkiye’de kanserli hasta yakınlarında yaşam kalitesi puanları ile depresyon düzeyi karşılaştırıldığında sosyal ilişkiler dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutları ile depresyon ilişkili bulunmuştur (Çivi ve ark 2011). Dolayısıyla yaşam kalitesi düzeyinin hem hasta hem hasta yakını için oldukça önemli olduğu palyatif dönemde, bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için depresyon düzeylerinin kontrol edilmesi ve buna yönelik psikososyal girişimler, gerektiğinde de psikiyatrik müdahaleler uygulanması önem kazanmaktadır. Nitekim Fallowfield (1995) hastalık sürecinde, hasta yakınlarının hastalardan daha fazla depresyon, anksiyete, yorgunluk yaşadıklarını belirtir. Sıklıkla rastanabilen bu tarz problemlerin hasta yakınlarının yaşam kalitesiyle olan ilişkisi düşünülerek palyatif dönemdeki müdahaleler planlanabilir.

Psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesinin öz anlayış düzeylerini yordama derecesini belirlemek için çoklu adımsal regresyon analizi yapılmış, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi değişkenlerinin, öz-anlayış düzeylerini anlamlı düzeyde yordadığı ve öz-anlayış düzeylerinin %47 oranında açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik dayanıklılık, öz-anlayış düzeylerini tek başına anlamlı düzeyde yordamakta olduğu görülmüş ve aralarında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Öz-anlayış düzeylerini tek başına düşük düzeyde yordayan yaşam kalitesi ise öz-anlayış düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişkiye sahiptir. Ancak, Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği 21’den elde edilen puanların öz-

anlayış düzeylerini anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, psikolojik dayanıklılık ile yaşam kalitesi puanlarında görülen artış ya da azalış öz-anlayış düzeylerinde değişim yaratırken, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki artış ya da azalış öz-anlayış düzeylerinde herhangi anlamlı bir değişim yaratmadığı görülmüştür.

Araştırma sonuçları öz-anlayış düzeylerinin açıklanmasında öncelikle psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sonrasında ise yaşam kalitesi düzeylerinin yer aldığı söylenebilir. Psikolojik dayanıklılık düzeylerinin pozitif yönde yordama gücü ele alındığında, hasta yakınlarının yaşadıkları zorlayıcı yaşam olaylarına karşı dayanıklılık seviyelerinin artırılmasının öz-anlayış düzeylerindeki artışta önemli bir rolü olması beklenebilir. Yaşam kalitesinin, öz-anlayış düzeylerini pozitif yönde yordama gücü ele alındığında ise, hasta yakınlarının yaşam kalitesi düzeylerinin artırılmasının, öz-anlayış puanları üzerinde düşük düzeyde etkisi olabileceği bulgulanmıştır.

Yurt dışı ve yurt içi alanyazınında yapılan çalışmalar incelendiğinde psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerinin birlikte öz-anlayış düzeylerini yordayıcı rolünü ortaya koymaya yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada araştırmanın özgün ve alana katkı sağlayan bir çalışma olduğu söylenebilir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerin aynı çalışmada yer almamakla birlikte farklı değişkenlerle birlikte öz-anlayış ile olan ilişkilerine bakılmıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgularla, bu çalışmaların sonucu beraber tartışılmaktadır.

Alanyazında psikolojik dayanıklılık ve öz-anlayış ilişkisi pek çok çalışmada ortaya konmuştur (MacBeth ve Gumley 2002; Neff ve McGehee 2009; Thompson ve ark. 2011; Ergün- Başak ve Can 2018; Şahin 2014; Hayter ve Dorstyn 2014). Bu araştırma kapsamında da, kanser hastası yakınlarının psikolojik dayanıklılık puanlarının, öz-anlayış düzeylerinin yordayıcısı olup olmadığı analiz edilmiş ve bulgular psikolojik dayanıklılığın anlamlı düzeyde yordayıcılığını göstermiştir. Öz-anlayış kişisel yetersizlikler ve zor yaşam olayları esnasında bireyin kendisiyle ilişki kurmasının olumlu bir yoludur (Neff ve McGehee, 2009). Buna göre sıkıntılı ve dezavantajlı durumlarda daha olumlu tepkiler gösteren ve başarıyla bu süreci yönetebilen dayanıklı bireylerin, kendisi ile daha iyi ilişki kurmayı, kendine nezaketli davranmayı ve tüm insanlığın da bu tür süreçlerden geçtiğini varsaymayı daha kolaylıkla başarabileceğini söylemek mümkün olabilir. Kendine yönelik anlayış da başkalarına olan anlayış için temel ilke konumundadır. Psikolojik dayanıklılığının temeli ağırlıklı olarak ailevi ve sosyal

kaynaklara dayanan bu örneklemin öz-anlayışa ve bu minvalde diğerlerine yönelik anlayışa daha eğilimli olması beklenen bir durumdur. Öz-anlayış ve kendimize yaklaşma biçimimizin, ebeveynlerimizin bize nasıl davranmış olduğu ile ilişkili olduğu, bireylerin yaşamının erken yıllarındaki koşullarının öz-anlayış gücünü kullanma yeteneğini etkilediği belirtilmektedir (Germer 2009). Bu yetenek de hasta yakını olmanın getirdiği zorlayıcı yaşantılar söz konusu olduğunda önem kazanmaktadır.

Psikolojik dayanıklılık kavramının koruyucu faktörleri arasında farkındalık, kendini kabul, öznel iyi oluş, kararlılık gibi kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlar öz-anlayışın da temelini oluşturan kavramlardır ve zor yaşam olayları ve yetersizlik hisleri yaşayan bireyin kendisiyle daha iyi bir ilişki kurmasını sağlar. (Gizir 2007; Neff ve McGehee 2009). Ayrıca psikolojik dayanıklılık yaşanan zorlayıcı yaşantılarda gösterilen bilişsel yetenekler, öz-düzenleme davranışları, düşünce ve inançlarını yapılandırma gibi faktörlere bağlıdır; öz-anlayışta da bu tip durumlarda birey duygularını düzenleyici, negatif düşüncelere kapılmak yerine düşüncelerini ve duygularını kabullenici bir tutum sergilemektedir (Brennan 2006; Şahin 2014). Bu noktadan hareketle psikolojik dayanıklılığın öz-anlayış için yordayıcılığı beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırma kapsamında öz-anlayış ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuş, ayrıca yaşam kalitesinin öz-anlayış düzeylerinin yordayıcısı olduğu da ortaya konmuştur. Öz-anlayış ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin niteliğini ortaya koyan, çeşitli hasta ve bakım veren bireyler üzerinde yürütülmüş çalışmalar bulunmaktadır. Kanser hasta yakınlarının primer bakım vericileri üzerinde yapılan bir çalışmada bakım veren ruh sağlığı ile yaşam kalitesi için öz-anlayışın koruyucu bir faktör olduğu bulunmuş, kanser hastalarında ise düşük öz-anlayışın artmış depresyon ve stres semptomları ve düşük yaşam kalitesi puanları ile ilişkisi ortaya konmuştur (Pinto-Gouveia ve ark. 2013; Fleagle 2017). Farklı kanser hastası gruplarında hastalıkla ilgili tehdit edici değerlendirmeler, bilişsel füzyon ve kaçınan baş etme mekanizmalarının öz-anlayış moderatör etkisiyle azaldığı ve böylelikle hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmiştir (Gillanders ve ark. 2015).

Yaşam kalitesinin öz-anlayışı yordadığına ilişkin benzer çalışmalara alanyazında rastlanmamaktadır. Yaşam kalitesinin genel anlamda fiziksel, sosyal ve psikolojik işlev olmak üzere üç ana alandan etkilendiği belirtilmiştir. Onkoloji hastalarının yakınları ele alındığında, duygusal alan, psikolojik uyum, artan anskiyete ve depresyon riski, bakım

yükü; fiziksel alan, uyku düzeninde bozulma, yorgunluk; sosyal alan da sosyal desteğin azlığı, yalnız hissetme, karşılanmamış gereksinimlerin karşılanmasında yardımcı olunması gibi faktörlerden etkilenmektedir (Erdoğan ve Yavuz 2014). Bu gibi alanlarda bireylerin yaşam doyumu, mutluluk ve memnuniyet hissetmeleri genel olarak yaşamlarını daha kaliteli algılamalarını sağlamaktadır. Doyum, mutluluk gibi olumlu duygular bireylerin çevrelerine bağlı olduklarını hissetmelerini, büyük resmi görmelerini kolaylaştırır. Bu da farkındalık ve öz-anlayışa giden yollardır. Olan bitene dair farkındalık asgari bir mutluluk standardı ile mümkün olabilmektedir. Olumlu duygular bireylere hayatın sorunlarını keşfetmesi ve bunlar üzerinde hakimiyet kurması için cesaret vermektedir (Germer 2009). Bireylerin yaşamları daha kaliteli hale getirildiğinde, kendi duygularını düzenleme, farkındalıkla acı verici yaşantılarını kucaklamada daha başarılı olabilirler. Aynı şekilde, palyatif dönem onkoloji hastalarının yakını olmanın getirdiği zorlayıcı deneyimler ve duygusal sorunlar sebebiyle kişinin yaşam kalitesi düşebilir, bu da öz-anlayış düzeylerini olumsuz etkileyebilir.

Bu araştırmada, palyatif dönem onkoloji hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, öz-anlayışı yordayıcı rolü bulunabileceği öngörülerek analiz yapılmış ancak öz-anlayış düzeylerinin anlamlı derecede yordayıcısı olmadığı görülmüştür. Buna karşın depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmeye yönelik kullanılan ölçekten elde edilen puanların, öz-anlayış ile orta düzeyde ve negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu da öz-anlayışı yüksek bireylerin, depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin düşük olduğunu gösterir. Alanyazında öz-anlayış ile, depresyon anksiyete ve stresin ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma yer almaktadır (Neff 2009; Van Dam ve ark. 2011; Smith 2015; Fleagle 2017). Türkiye’de yapılmış bir çalışmada da farklı öz-anlayış düzeylerine sahip öğrencilerde depresyon, stres ve anksiyete puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılıklar gözlemlenmiştir (Deniz ve Sümer 2010). Kanseri hastanın bakımından sorumlu ve tedavisinin önemli ve bütünüyle bir parçası olan hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri, hastaya bakım sürecini etkileyen önemli faktörlerdendir. Dolayısıyla palyatif dönem onkoloji hastalarının yakınlarında da bu psikolojik sorunların öz-anlayış ile ilişkisinin ortaya konması önem arz etmektedir.

5.2. Sınırlılıklar ve Öneriler

- Araştırmanın amaçları doğrultusunda öz-anlayış, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerini inceleyen veri ölçme araçları ile sınırlıdır.
- Çalışmanın hipotezlerini test etmede kullanılan yöntemler, belirlenen istatistiksel veri analiz yöntemleri ile sınırlıdır.
- Katılımcıların öz-anlayış, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerini ölçme amacıyla kullanılan ölçeklere verdikleri yanıtların kendilerine ilişkin geçerli ve doğru yanıtlar olduğu varsayılmaktadır.
- Farklı evredeki onkoloji hastalarının yakınlarının olduğu örneklem grubunda çalışmanın tekrarlanması faydalı olacaktır.
- Daha büyük ölçekli ve boylamsal araştırmalar, bu araştırmanın sonucunda elde edilmiş bulguların doğrulanmasına yardımcı olacaktır. Örneklem sayısının kısıtlılığı ve çalışmanın kesitsel bir çalışma olması sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.
- Yerli literatürde yatarak tedavi gören palyatif dönem kanser hastası yakınlarını değerlendiren az sayıda çalışma olması sebebiyle bu araştırma önemli bir çalışmadır.
- Öz-anlayışın yordayıcıları bu araştırmada yer alan psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stres değişkenleri ile sınırlıdır. Dolayısıyla bu değişkenler minvalinde literatür ile ilişkileri ve yorumlamalar yapılmıştır. Öz-anlayışın yordayıcısı olabilecek diğer kavramlar nitel verilerle ortaya konabilir. Ayrıca bu çalışmada yordanan konumundaki öz-anlayışın, psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stresle ilişkisi farklı modellerle test edilebilir.
- Öz-anlayış çeşitli egzersizlerle ve model alarak öğrenilebilen bir beceri olduğundan kanser hasta yakınlarına yönelik öz-anlayışı geliştiren psikososyal girişim ve müdahale programları hazırlanırken öz-anlayışın yordayıcılarına ilişkin modüllere yer verilebilir.
- Bu çalışmada yürütülen regresyon modelinde psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stresin ortak etkisi ele alındığında psikolojik dayanıklılığın ve yaşam kalitesinin öz-anlayış üzerinde anlamlı

etkisi bulunmuştur. Bu sebeple palyatif dönem onkoloji hasta yakınlarının öz-anlayış düzeyini artırıcı müdahale programları geliştirilirken, bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını da geliştirmek hedeflenebilir. Örneğin söz konusu destekleyici yaklaşımlarda hasta yakınlarına psikolojik dayanıklılıklarını artıran beceriler -özyeterlilik, problem çözme yeteneği, iyimserlik, otheregölasyon- kazandırılarak öz-anlayışı daha yüksek bireyler haline getirilmeleri hedeflenebilir.

- Yaşam kalitesinin de öz-anlayış düzeyine etkisi düşünölerek, yalnızca hastaların değil bakım verenlerinin de yaşam kalitesi düzeylerine özellikle palyatif dönemde, önemle dikkat edilmelidir. Yaşam kalitesine etki eden tüm psikolojik, sosyal ve fiziksel alt alanlara etki eden faktörlerin iyileştirilmesi için programlar hazırlanabilir, yaşam kalitesi düzeyleri düzenli olarak kontrol edilebilir.
- Ortak etkileri dikkate alındığında yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri öz-anlayışın anlamlı bir yordayıcısı olarak çıkmamıştır. Fakat öz-anlayış ile depresyon, stres ve anksiyetenin negatif yönde ilişkili olduğu da bulgulanmıştır. Buradan hareketle bu değişkenler arasındaki ilişkilerin daha iyi bir şekilde ortaya konması için farklı araştırma gruplarında veya farklı istatistiksel modeller eşliğinde yeniden test edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbiyik, D., Soygür, H., & Karabulut, E. (2012). Psiko-onkoloji ve aile hekimliğinde ruh sağlığını güçlendirme: Sosyal destek algısı ve psikodrama grup terapisi uygulamaları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3).
- Akin, A. (2010). Self-compassion and Loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3).
- Akşahin, U. D. A., Çolak, U. D. ve Altınbaş, M. (2009) Kanserde Psikososyal Destek–Onkoloğun Rolü. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2009; 1(1):22-27
- Alibekiroğlu, P. B., Akbaş, T., Ateş, F. B. ve Kirdök, O. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkide Öz Anlayışın Aracı Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27(2), 1-17.
- Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A., & Barjasteh, S. (2018). The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(9), 2469.
- Altıparmak P. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Yaşamda Anlamanın Yordayıcıları Olarak Sosyal Duygusal Yalnızlık Ve Öz-Anlayış. Yıldız Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, İstanbul.
- American Cancer Society (2018). Global Cancer Facts & Figures 4th Edition. Atlanta, Georgia. Erişim 19.08.2019
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc044738.pdf>
- Arat, Z. (2006). Hemodiyaliz Hasta Ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörler. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Atalay, Z. (2019). *Şefkat*. İstanbul: İnkılap Yayınevi
- Barad, J. (2007). The understanding and experience of compassion: Aquinas and the Dalai Lama. *Buddhist-Christian Studies*, 27, 11-29.
- Barber, F. D. (2013, September). Effects of social support on physical activity, self-efficacy, and quality of life in adult cancer survivors and their caregivers. In *Oncol Nurs Forum* (Vol. 40, No. 5, pp. 481-9).

- Basım, H. N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M.ve Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological adjustment to lung cancer: the role of self-compassion and social support. *European Psychiatry*, 30, 1511.
- Bayar, Ö. Ve Dost, M. T. (2018). Üniversite öğrencilerinde öz-şefkatin yordayıcıları olarak bağlanma tarzı ve algılanan sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(3), 689-704.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F. ve Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-
- Birnie, K., Garland, S. N. ve Carlson, L. E. (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-oncology*, 19(9), 1004-1009.
- Bostancı, N., Duruhan, Ö., Eyüboğlu, Ö., Sezgin, Ö., & Güvenir, Ö. (2007). Kanserli Çocuğun Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 165-172.
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(4), 397.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 58-64.
- Brennan, M. A. (2006). The development of community in the west of Ireland: A return to Killala twenty years on. *Community Development Journal*, 42(3), 330-374.
- Brennan, M. A. (2008). Conceptualizing resiliency: An interactional perspective for community and youth development. *Child Care in Practice*, 14(1), 55-64.

- Bugay, A. ve Erdur-Baker, Ö. (2014). Ruminasyon Düzeyinin Toplumsal Cinsiyet ve Yaşa Göre İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36), 191-199.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2011). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Ankara: Pegem Akademi.
- Carr, A. J. ve Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322(7298), 1357-1360.
- Carter, P. A. (2001). A not-so-silent cry for help: Older female cancer caregivers' need for information. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 271-284.
- Casciato, D. A., & Territo, M.C. (Ed.). (2004). *Klinik onkoloji el kitabı. İçinde Lowitz, B.B. & Casciato, D.A. Presipler, Tanımlamalar ve İstatistik*. Güneş Tıp Evleri. 6.Basım
- Cheng, H., Green, A., Wolpert, M., Deighton, J., & Furnham, A. (2014). Factors influencing adult quality of life: findings from a nationally representative sample in the UK. *Personality and individual Differences*, 68, 241-246.
- Cheung Chung, M. (1997). A critique of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(2), 80-84.
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O. ve Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-92.
- Çivi, S., Kutlu, R., ve Çelik, H. H. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gülhane Medical Journal*, 53(4).
- Danucalov, M. A., Kozasa, E. H., Afonso, R. F., Galduroz, J. C., ve Leite, J. R. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85-91.
- Deniz, M. E., ve Sümer, A. S. (2010). Farklı özanlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 35(158).
- Dirik, Y. (2018). *Kanser Hastası Yakınlarının Depresyon, Anksiyete Durumları İle Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul.

- Dökmen, Z. Y. (2017). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1).
- Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C. ve Vezina L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants psychological distress in family caregivers. *J Palliat Med*, 9(4):912-921
- Elbi H. (2001). Kanseri ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5:5-10.
- Erdoğan, Z.ve Yavuz, D. E. (2014). Kanseri hastalarının bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
- Ergün-Başak, B. ve Can, G. (2018). Düşük Gelirli Ailelerden Gelen Üniversite Öğrencilerinin Öz-duyarlılık, Sosyal Bağlılık ve iyimserlik Düzeyleri ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *İlköğretim Online*, 17(2).
- Fadıloğlu Ç. ve Korkmaz, M. (2013). Akciğer Kanseri: Hasta ve Aile Rehberi. Isparta.
- Ferrans, C.E., 1996. Development of A Conceptual Model Of Quality Of Life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 10 (3),293–304.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*, 305(6861), 1074-1077.
- Fleming, D. A., Sheppard, V. B., Mangan, P. A., Taylor, K. L., Tallarico, M., Adams, I. ve Ingham, J. (2006). Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 31(5), 407-420.
- Fleagle, E. A. C. (2017). Self-Compassion as a Protective Factor for Caregiver Health and Quality of Life in Family Caregivers of Cancer Patients. Spalding University The School Of Psychology. Doctoral Thesis, Kentucky.
- Friðriksdóttir, N., Sævarsdóttir, Þ., Halfdanardóttir, S. I., Jonsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Olafsdóttir, K. L. ve ark (2011). Family Members Of Cancer Patients: Needs, Quality Of Life And Symptoms Of Anxiety And Depression. *Acta Oncologica*, 50(2), 252-258.
- Germer, C. K. (2009). *Öz şefkatli Farkındalık*. (H. Ü. Haktanır, Çev.) İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M. ve Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality

- of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.
- Given, B. A., Given, C. W. ve Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 51(4), 213-231.
- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gladding, S. T. (2015). Aile Terapisi Tarih, Kuram ve Uygulamaları (5. Baskı). Ankara: PDR Yayınları.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ve Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
- Gorji, M. A. H., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeyan, A. A., Sadeghi, M. R., & Ardebil, M. D. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC research notes*, 5(1), 310.
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., ve Fosså, S. D. (2005). Anxiety, Depression, And Quality Of Life İn Caregivers Of Patients With Cancer İn Late Palliative Phase. *Annals of oncology*, 16(7), 1185-1191.
- Guichen Li, G., Yuan, H. ve Zhang, W. (2016). The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 30(2), 292-299.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., ve Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality Of Life. *Annals of internal medicine*, 118(8), 622-629.
- Gültekin, M., Boztaş, G., Hacıkamiloğlu E., Dünder S., Utku E., Ergün A. Ve ark. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 43.
- Güner, İ. C. (2008). Meme Kanseri Ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(1), 46-49.
- Hacıaloğlu N, Özer N, Karabulutlu E, Erdem N. ve Erci B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *Eur. J. Oncol Nurs.* 2010;14:211-17.
- Harvey, P. (2013). An introduction to Buddhism: Teachings, history and practices. Cambridge University Press, New York. Second Edition.

- Hidayati, D. S. (2016). Self compassion And Loneliness. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 3(1), 154-164.
- Holland, J. C. ve Lewis, S. (2000). *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty* (p. 340). New York: Harper Collins.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. ve Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Işık, Ş. (2016). Psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 165-182.
- İmamoglu, E. O. Ve Güler-Edwards, A. (2007). Gelecege ilişkin yönelimlerde benlik tipine bağlı farklılıklar: *Turkish journal of psychology* *turkish journal of psychology*. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 115-138.
- Kahveci K. ve Gökçinar D. (2014). *Palyatif Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. ss.1-7.
- Karabuğa H. (2009). *Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kıcalı, Ü. Ö. (2015). Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Kornfield, J. (1993), "Generosity, codependence, and fearless compassion", In *A path with heart: A guide through the perils and promises of spiritual life* (s. 215-227). New York: Bantam Books.
- Köhle, N., Drossaert, C. H., Jaran, J., Schreurs, K. M., Verdonck-de Leeuw, I. M. ve Bohlmeijer, E. T. (2017). User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. *BMC public health*, 17(1), 225.
- Krishnamurti, J. (2011). *Where Can Peace Be Found?* Shambhala Publications.

- Kuebler, K. K., Lynn, J. ve Von Rohen, J. (2005). Perspectives in palliative care. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 21, No. 1, pp. 2-10). WB Saunders.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve Ölme Üzerine*. Ankara: April Yayıncılık. 1. Basım
- Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 36(8), 26-32.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-22.
- Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M. ve Loftus, L. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185.
- Levine, P. M., Silberfarb, P. M., ve Lipowski, Z. J. (1978). Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, 42(3), 1385-1391.
- Lilius, J. M., Worline, M. C., Dutton, J. E., Kanov, J. M. ve Maitlis, S. (2011). Understanding compassion capability. *Human Relations*, 64(7), 873-899.
- Lin, W. ve Tsao, C. (2004). Information needs of family caregivers of terminal cancer patients in Taiwan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 21(6), 438–444. <https://doi.org/10.1177/104990910402100609>
- Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G. ve Marczak, M. (2019). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical Gerontologist*, 42(1), 47-59.
- MacBeth, A. ve Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- MacNeil, G., Kosberg, J. I., Durkin, D. W., Dooley, W. K., DeCoster, J., ve Williamson, G. M. (2009). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *The Gerontologist*, 50(1), 76-86.
- Mancini, A. D., ve Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77, 1805–1832. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00601

- Masten A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238
- Masten, A. S. ve Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205.
- Masten, A. S.ve Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of positive psychology*, 74, 88.
- Matthews T, Danese A, Wertz J, Odgers CL, Ambler A, Moffitt TE, Arseneault L (2016). Social Isolation, Loneliness And Depression In Young Adulthood: A Behavioural Genetic Analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 51(3):339-48.
- Meier D.E. (2011) Increased Access To Palliative Care And Hospice Services: Opportunities To Improve Value In Healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3); 343-380.
- Mellon, S. (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. In *Oncology nursing forum* (Vol. 29, No. 7).
- Moons, P., Budts, W. ve De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, 43(7), 891-901.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-10
- Neff, K. D. (2003b). The Development And Validation Of A Scale To Measure Self-Compassion. *Self And Identity*, 2(3), 223-250
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, And Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225
- Neff, Kristin D., Roos Vonk. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*. c.77. s.1: 23-50
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Mulder, M., Sanderman, R. ve van den Bos, G. A. (2000). Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *The Gerontologist*, 40(6), 738-746.
- Onat, H. (2011). Kanser Hastasına Yaklaşım. İçinde Onat, H (Ed.). İç Hastalıkları: Onkoloji. Ankara:MN Medikal & Nobel Yayınları.

- Orak, O. S. ve Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- Oran N.T. ve Şenuzun F (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1): 1–16.
- Öner, Ö. İ. (2012). Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
- Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M. Ve Karabulut B. (2010). Kanser Hastaları ve aileleri İçin Palyatif Bakım. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
- Özdemir, F. (2016). Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özkan S. ve Armay D. (2007). *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Novartis
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara, 16. Basım
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of marriage and family*, 64(2), 349-360.
- Peykerli G. (2003) Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 25:62-65
- Pitceathly, C.ve Maguire, P. (2003). The Psychological Impact Of Cancer On Patients' Partners And Other Key Relatives: A review. *European Journal of cancer*, 39(11), 1517-1524.
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology*, 22(8), 1872-1879.
- Raes, F. ve Williams, J. M. G. (2010). The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1(4), 199-203.
- Rivera HR. (2009). Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 2009; 13(2):195-202. <http://dx.doi.org/10.1188/09.CJON.195.202>
- Ruacan, Ş.A. (1978). Kanser Etiyolojisi. İçinde Küçükşu, M. N., & Ruacan, Ş. A. (ed). *Klinik onkoloji*. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu.

- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 7, 19-30.
- Schellekens, M. P., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den Hurk, D. G., Prins, J. B. ve Speckens, A. E. (2017). Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness*, 8(2), 325-336.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. ve Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96.
- Selvili Çarmıklı Z. (2018). *Pembe Fili Düşünme*. İstanbul: İnkılap Kitapevi.
- Sezgin, K. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık Ve Dindarlık Düzeylerinin İncelenmesi (Dicle Üniversitesi Örneği). Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.
- Sherman, K. A., Woon, S., French, J., & Elder, E. (2017). Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-oncology*, 26(3), 337-345.
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- Snyder, D. K.ve Whisman, M. A. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: Directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 1-12.
- Staren, E. D. (2006). Compassion And Communication İn Cancer Care. *The American Journal of Surgery*, 192(4), 411-415.
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. ve Cavanagh, K. (2016). What İs Compassion And How Can We Measure İt? A Review Of Definitions And Measures. *Clinical psychology review*, 47, 15-27.
- Sübeten M. (2018). Considerations Of Death Anxiety, Meaning In Life, Self-esteem, Self-Compassion And Loneliness Vıs-À-Vıs Terror Management Theory. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Tanrıverdi Ö ve Kömürcü Ş. (2009). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. Gülhan, M. & Turay, Ü. Y. (eds). Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi. (ss. 391- 407). İstanbul: TÜSAD
- Topuz, E., Aydınır, A. ve Karadeniz, A. N. (Ed). (2000). Klinik Onkoloji. İçinde Dalay, N. Kanseri Biyolojisi. İstanbul: Er-Kim İlaç.
- Toseland RW, Smith G, McCallion P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. In: Gitterman A, editor. Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations. New York: Columbia University Press; 2001. p.39-64. 24.
- Türk Kanseri Derneği. (2013). Kanseri Türleri. Erişim Haziran 30, 2019 <http://www.turkkanserdernegi.org/kanserturleri.php>
- Türkoglu N., Kılıç D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13: 4141-45
- Üstüner, Z ve Taş, F (2011). Kanseri Tedavi Prensipleri. İçinde Onat, H (Ed.). İç Hastalıkları: Onkoloji. Ankara:MN Medikal & Nobel Yayınları
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., ve Earleywine, M. (2011). Self-Compassion Is A Better Predictor Than Mindfulness Of Symptom Severity And Quality Of Life İn Mixed Anxiety And Depression. *Journal Of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- Van DenHurk, D., Schellekens, M., Molema, J., Prins, J., Speckens, A.ve Van der Drift, M. (2013). Feasibility and acceptability of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in patients with lung cancer and their partners: A mixed-method pilot study. *Pscyo-oncology*, 22.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., ve Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(28), 6899.
- WHO (2018, Eylül). Definition of Cancer. (Erişim 5 Ocak, 2019). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- WHO (World Health Organization) (2012) Definition of Palliative Care. (erişim: 1 Aralık 2018). <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Weitzner, M. A., McMillan, S. C. ve Jacobsen, P. B. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of pain and symptom management*, 17(6), 418-428.

- Williams, M.ve Penman, D. (2015). Farkındalık: Çılgın Bir Dünyada Huzur Bulmak İçin Pratik Bir Rehber. İstanbul: Pegasus.
- Yeloğlu, Ç. H., Güveli, H., ve Hocaoglu, Ç. (2014). Son Dönem Hastalarında Psikiyatrik Yaklaşım. Literatür Sempozyum. ss, 43-50.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö. Ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanseri Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016:13(3) : 216-225.
- Zarit, S., Orr, N. K. ve Zarit, J. M. (1985). The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. NYU Press.



FORMLAR

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Prof. Dr. Mine Özkan danışmanlığında, Sinem Ardıç tarafından yürütülen ”Palyatif Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi” adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir, araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız.

Araştırmanın amacı palyatif dönemdeki onkoloji hastalarının yakınlarında öz-anlayış düzeyinin psikolojik dayanıklılık, yaşam kalitesi ve depresyon, anksiyete, stres seviyelerinin ilişkisini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 25-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 70 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya sinemardic@yahoo.com e-posta adresi ve 05433757517 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak katılmak üzere davet edildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme Tarihi:/Saat:.....

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:Sinem Ardıç

İmza:

Adresi: Valide-i Atik Mah.Çinili Hamam Sk. No:46/3 Üsküdar/İstanbul

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

2. Doğum tarihi:

3. Eğitim Durumu:

()Okur- yazar

()İlkokul Mezunu

()Lise Mezunu

()Üniversite Mezunu

()Lisansüstü

4. Medeni Hal:

()Evli

()Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

6. Şu Anki Çalışma Durumu:

()Çalışıyor

() Bakım verme amacıyla izinli/ raporlu

()Çalışmıyor (hiç çalışmadı)

()Çalışmıyor (emekli)

()Bakım verme sebebi ile işten ayrıldım.

7. Gelir Düzeyi:

()İyi

()Orta

()Kötü

8. Bakım vermekte olduğunuz hastanızın tanısı :

9. Hastaya Yakınlık Dereceniz Nedir?

()Eş

()Çocuk

()Ebeveyn

()Akraba

()Diğer

.....

10. Hastayla Birlikte Yaşama Durumunuz:

()Hastayla birlikte yaşıyorum. ()Hastayla birlikte yaşamıyorum.

11. Hastanızın tanısı netleştikten sonra geçen süre nedir? (Ay /yıl belirtiniz)

...ay yıl

12. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

()6 ay ve altı

()6 ay-1 yıl

()1-3 yıl

()3 yıl ve üzeri

13. Bakım verme konusunda yardım alma durumu:

()Yardım almıyorum.

()Diğer aile üyelerinden yardım alıyorum ama esas bakım veren benim.

()Diğer aile üyelerinden yardım alıyorum ve sorumluluğu ve bakım verme sürecini eşit olarak paylaşıyoruz.

()Profesyonel yardım alıyorum. ()Diğer (Akraba, komşu vs. yardım alma durumu ...)

14. Bakımda yardım alıyorsanız alınan yardımın türü:

()Bilgi desteği

()Maddi Yardım

()Bakım desteği

()Psikolojik/duygusal destek

15. Aldığınız destek ya da yardımın size göre yeterlilik düzeyi:

() Yeterli () Kısmen yeterli () Yetersiz

16. Geçirdiğiniz veya geçirmekte olduğunuz (psikolojik veya fiziksel) bir hastalığınız var mı?

17. Aşağıda hastanızın bakımı ile ilgili zorlanabileceğiniz çeşitli durumlar sıralanmıştır.

Lütfen her bir durum için sizi ne kadar zorladığını kendinize uygun bulduğunuz şıkki seçerek belirtiniz.

	Hiç/Biraz	Orta	Çok fazla
Fiziksel yorgunluk			
Tedavi ile ilgili prosedürleri anlamak			
Tedavi ile ilgili karar vermek			
Maddi konular			
Hastanın durumuna üzülmek			
Hastanın psikolojisinde ve ya davranışlarındaki değişikliklerle baş etmeye çalışmak			
Kendini yalnız hissetmek			
Psikolojik olarak kendini tükenmiş hissetmek			
Diğer aile üyeleriyle yaşanan sorunlar			
Tedavi yan etkileriyle baş etmek			
(Varsa) Kendi çocuklarının bakımı ile ilgili sorunlar			
(Varsa) Eşinin destek olmaması			
Bakım verme sebebi ile şehir değiştirmiş olmak			
Kendine zaman ayıramamak			
İş / kariyer alanında sorunlar			
Tedavi ekibiyle iletişim sorunları			

ÖZ-ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?

Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.

	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
	1	2	3	4	5
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.					
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.					
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.					
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.					
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.					
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.					
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.					
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.					
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüymdür.					
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.					
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.					
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					

YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

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

Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

0= Hiç

1= Az

2= Biraz

3= Fazla

4= Çok fazla

SON BİR HAFTADIR	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Günlük yaşamımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
2. Eskiye nazaran uykum daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3. Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4. Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5. Dışarıdaki işlerimi sürdürmede zorlanıyorum	0	1	2	3	4
6. Maddi güçlük içindeyim	0	1	2	3	4
7. Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp kapsamadığı konusunda endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8. Gelecekte ekonomik durumum ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9. Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10. Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11. Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12. Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13. Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14. Üzgun hissediyorum.	0	1	2	3	4
15. Zihinsel olarak yorgunum	0	1	2	3	4
16. Arkadaşlarım ve komşularımdan destek alıyorum	0	1	2	3	4
17. Suçluluk hissediyorum	0	1	2	3	4
18. Hayal kırıklığı içindeyim	0	1	2	3	4
19. Sinirli hissediyorum.	0	1	2	3	4
20. Sevdiğim kişinin hastalığının çocuklarımı ya da ailemdeki diğer bireyleri etkileyeceğinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
21. Sevdiğim kişinin değişen yeme alışkanlıkları başa çıkmada zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
22. Sevdiğim kişiyle daha yakın bir ilişki geliştirdim	0	1	2	3	4
23. Sevdiğim kişinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum.	0	1	2	3	4
24. Sevdiğim kişiyi randevularına getirip götürün hazır şoför durumunda olmak beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
25. Tedavinin sevdiğim kişiye olumsuz etkiler göstereceğinden korkuyorum.	0	1	2	3	4
26. Sevdiğim kişinin evde bakım sorumluluğunu almak beni kahrediyor.	0	1	2	3	4
27. Sevdiğim kişinin iyileşmesi için çabalamaktan memnunum	0	1	2	3	4
28. Aile içi iletişimimiz arttı	0	1	2	3	4
29. Önceliklerimin değişmesi canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
30. Sevdiğim insanın korunmaya muhtaç olması canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
31. Sevdiğim kişinin kötüleştiğini görmek moralimi bozuyor	0	1	2	3	4
32. Sevdiğim insanın ağrısını dindiremediğim için kahroluyorum	0	1	2	3	4
33. Gelecekle ilgili cesaretim kırıldı	0	1	2	3	4
34. Ailemin beni desteklemesinden memnunum	0	1	2	3	4
35. Diğer aile üyelerimin sevdiğim kişinin bakımı ile ilgilenmemeleri canımı sıkıyor	0	1	2	3	4

DASÖ-21

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 s	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 a	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 d	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 a	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5 d	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 s	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 a	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 s	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 a	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 d	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 s	Kısıktılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 s	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 d	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 s	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 a	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 d	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 d	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 s	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 a	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
20 a	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 d	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3



ETİK KURUL KARARI



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



Sayı : 1735
Konu: Prof. Dr. Mine ÖZKAN hk.

Tarih : 24.12.2018

Sayın Prof. Dr. Mine ÖZKAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

İlgi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 12/10/2018 gün ve 292638 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Sinem ARDIÇ' ın yürüteceği 2018/1677 dosya numaralı "Palyatif Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 14/12/2018 tarih ve 21 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

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

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI "Palyatif Dönemdeki Onkoloji Hastalarının Yakınlarının Öz-Anlayış Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi"

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	07.12.2018	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:21	Tarih: 14/12/2018		
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Mine ÖZKAN' in sorumluluğunda ve Sinem ARDIÇ' in yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİMLİ
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile ilişki

** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PALYATİF DÖNEMDEKİ ONKOLOJİ HASTALARININ
YAKINLARININ ÖZ-ANLAYIŞ DÜZEYLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 9	% 4	% 11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
2	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	SARIÇAM, Hakan. "The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sinem	Soyadı	ARDIÇ
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	19.02.1988
Email	sinemardic@hotmail.com	Uyruğu	T:C.

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi- Psikoloji Bölümü	2015
Lise	Silivri Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Psikolog	Özel Sevgi İlgi Özel Eğitim Merkezi	2018-
2.	Psikolog	Özel Kuşdili Özel Eğitim Merkezi	2016-2017

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		77

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78,9	81,1	72,7
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):