



**KANSER HASTALARINDA MANEVİYAT
İLE UMUTSUZLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Nazan TAŞAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ -2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA MANEVİYAT İLE UMUTSUZLUK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Nazan TAŞAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

MALATYA

2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser.....	3
2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	3
2.1.2. Risk Faktörleri.....	4
2.1.3. Kanserde Görülen Belirti ve Bulgular.....	5
2.1.4. Kanser Tanılanması ve Sınıflandırılması	5
2.1.5. Kanser Tedavisi.....	6
2.2. Kanserde Manevi Bakım.....	10
2.3. Kanserde Umutsuzluk	11
2.4. Kanserde Maneviyat ve Umutsuzluk	12
3. MATERYAL VE METOT.....	14
3.1. Araştırmanın Türü	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	14
3.4. Verilerin Toplanması.....	14
3.5. Veri Toplama Araçları	14
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	15
3.5.2. Manevi Yönelim Ölçeği	15
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği	15
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	15

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	16
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIşMA	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	31
KAYNAKLAR.....	32
EKLER	45
EK-1. Özgeçmiş	45
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu	46
EK-3. Manevi Yönelim Ölçeği	47
EK-4. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	48
EK-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni.....	49
EK-6. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Etik Onayı.....	52
EK-7. Manevi Yönelim Ölçeği Kullanım İzni	53
EK-8. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni	54

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin ilk anından bu yana fikir ve görüşleriyle yolumu aydınlatan, bana rehberlik eden kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ' a,

Değerli yardım ve önerilerini hiçbir zaman esirgemeyen sayın Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK'e,

Lisans eğitimimden beri yanımda olan, yüksek lisansa başlamamda büyük payı bulunan, kendisiyle ve yaptıklarıyla her zaman gurur duyduğum, çok değerli arkadaşım Araştırma Görevlisi Seçkin KARAKUŞ'a,

Yola birlikte başlayıp birlikte bitirdiğimiz, tüm problemleri birlikte aştığımız, Nilhan TÖYER ŞAHİN ve Tuğba KARAN'a,

Desteklerinden güç aldığım Pütürge Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Öğrenmenin ve öğretmenin tadına vardığım tüm öğrencilerime,

Bana her zaman inanan, hiçbir zaman yarı yolda bırakmayan, tüm kararlarımda arkamda duran, her şeyim saydığım aileme,

Sonsuz Teşekkürler.

Bu yüksek lisans tezini, bilimin büyük destekçileri annem Hanım TAŞAN ve babam Ahmet TAŞAN'a ithaf ediyorum.

ÖZET

Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve metot: İlişkisel tanımlayıcı özellik gösteren bu araştırma, Aralık 2018-Haziran 2020 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi'ne bağlı Turgut Özal Tıp Merkezi onkoloji servisi ve poliklinikleri ile ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran, kanser tanısı almış 3700 yetişkin hasta oluşturdu. Örneklem ise evreni bilinen örneklem hesaplaması yardımıyla 586 olarak belirlendi. Hata payını azaltmak amacıyla araştırma 650 hasta ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Özellikler Formu, Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanıldı.

Bulgular: Kanserli bireylerin maneviyat düzeylerinin yüksek (89.74 ± 32.79), umutsuzluk düzeylerinin düşük (6.50 ± 5.61) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya alınan hastaların MYÖ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu) arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların BUÖ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri (yaş, medeni durum, gelir durumu) arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Maneviyat ile umutsuzluk arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Hastaların maneviyatları arttıkça umutsuzluk düzeyleri azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, maneviyat, umutsuzluk

ABSTRACT

Determining the Relationship Between Spirituality and Hopelessness in Cancer Patients

Aim: This study aims to determine the relationship between spirituality and hopelessness in cancer patients.

Materials and Methods: This relational descriptive research was conducted between December 2018 and June 2020. The population of the study consisted of 3700 adult patients who applied to the oncology service and polyclinics of İnönü University Turgut Özal Medical Center and who were diagnosed with cancer. The study sample was determined as 586 patients with the help of known sample calculation. The study was completed with 650 patients in order to reduce the margin of error. The Introductory Characteristics Form, Spiritual Orientation Scale (SOS) and Beck Hopelessness Scale (BHS) were used to collect data.

Results: Cancer patients were found to have high levels of spirituality (89.74 ± 32.79) and low levels of hopelessness (6.50 ± 5.61). There was a statistically significant difference between the SOS mean scores of the patients included in the study and their identifying characteristics (gender, age, marital status, educational status, employment status, income status) ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between the BHS mean scores of the patients and their characteristics (age, marital status, income) of the patients ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a negative relationship between spirituality and hopelessness. As the patients' level of spirituality increases, their level of hopelessness decreases.

Keywords: Cancer, Spirituality, Hopelessness

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCO	: Küresel Kanser Gözlemevi
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
HPV	: Human Papilloma Virüs
CMV	: Sitomegalovirüs
AJCC	: Amerikan Kanser Komitesi
TNM	: Tümör- Lenf Nodu- Metastaz
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
NCCIH	: Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi
TDK	: Türk Dil Kurumu
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği
TÖF	: Tanıtıcı Özellikler Formu
MYÖ	: Manevi Yönelim Ölçeği
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa No.
4.1. Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.....	17
4.2. Hastaların MYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	18
4.3. Hastaların Yaş Grupları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	18
4.4. Hastaların Cinsiyetleri ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	19
4.5. Hastaların Medeni Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	19
4.6. Hastaların Eğitim Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
4.7. Hastaların Çalışma Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
4.8. Hastaların Gelir Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	21
4.9. Hastaların BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	21
4.10. Hastaların Yaş Grupları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
4.11. Hastaların Cinsiyetleri ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
4.12. Hastaların Medeni Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
4.13. Hastaların Eğitim Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
4.14. Hastaların Çalışma Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	24
4.15. Hastaların Gelir Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	24
4.16. MYÖ ile BUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	25

1. GİRİŞ

Kanser tüm Dünya’da insidansı ve mortalitesi artan bir hastalıktır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2018 yılında 18.1 milyon yeni kanser vakası tanılanmıştır. Yine bu verilere göre 2018 yılında kanserden 9.6 milyon kişi ölmüştür. Tüm Dünya’da her 6 ölümden biri kanser hastalığı nedeniyle gerçekleşir. DSÖ, 2040 yılına kadar bu sayıların iki katına çıkacağını öngörmektedir (3).

Kanser ile ilişkili yüksek morbidite ve mortalite bireylerin adaptasyonunu bozabilir. Maneviyat, kanserli hastalarda pozitif başa çıkma tutumlarını artırarak, kişinin hastalığa uyum sağlamasını kolaylaştırabilir. Bireyin maneviyatı, hayata yüklediği anlam ve amacın bir ölçüsüdür. Bu anlam ve amaç, hastaların ruhsal dayanıklılık ve dirençlerini güçlendirebilir. Kanser ile mücadele eden birey, içsel gücüne maneviyat aracılığıyla erişebilir. Duygusal ve psikolojik problemlere eğilim gösteren hastalar, manevi bakım ve desteğe ihtiyaç duyabilirler (4-10)

Maneviyatın eksikliğinde veya olumsuz sayılabilecek manevi tutumlar ortaya çıktığında, bireyin ruhsal refahı azalabilir. Hastalarda; manevi sıkıntı, manevi doyuma ulaşmada güçlük gibi problemler oluşabilir. Tanılanmamış veya görmezden gelinmiş manevi sıkıntı ruhsal esenliği geciktirip, umut seviyesini düşürebilir. Hasta, manevi doyuma ulaşmakta zorlanabilir. Bireyin ruhsal yaşantısında karışıklıklar ortaya çıkabilir. Manevi ihtiyaçları karşılanmamış kanser hastaları, kendilerini boşluğa düşmüş gibi hissettiklerini ifade ederler. Bireyler intihar düşüncelerine ve hızlandırılmış ölüm arzusuna meyilli olabilirler (11-14).

Kanserin kronik ve belirsizlik yaratan bir hastalık olması kişiye ağır psikolojik yük getirir. Kanserli hastalarla yürütülen araştırmalarda hastaların umutsuzluk yaşadığından bahsedilmiştir. Umutsuzluğun, kişilerin yaşam kalitesini azalttığı gözlemlenmiştir. Öz saygıda azalma, beden imgesinde bozulma, öz bakımda azalma gibi olumsuz durumlarla ve bunlara bağlı olarak da depresyon ile ilişkili olduğu savunulmuştur. Hastalık seyrini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Diğer psikolojik semptomlara zemin hazırladığı belirtilmiştir. Bireylerin, çaresizlik hissinin temelinde karamsarlık ve umutsuzluk yer alabilir. Kişilerde ölüm isteğini hızlandırması da umutsuzluğun bir başka neticesi olarak görülebilir. Umutsuzluk yarattığı

olumsuz düşüncelerin bir sonucu olarak hastanın adaptasyonunu zorlaştırabilir. Kontrol altına alınmadığında baş etme mekanizmalarını olumsuz etkileyebilir. Tedavi edilmemiş umutsuzluk, hastaların fizyolojik semptomlarını da şiddetlendirebilir, iyileşme sürecini geciktirebilir. (15-21).

Kanserli bireyler için umutsuzluk, tanıdan itibaren kaçınılmaz bir problemdir. Hastalığın uzun bir zaman dilimine yayılması, belirsizlik yaratması ve nüks etme riski umutsuzluğun şiddetini artırabilir. Hastanın psikolojik sağlığını muhafaza etmek için, erken dönemde umutsuzluğu teşhis ve tedavi etmek önemlidir. Klinik alanda maneviyat, doğru şekilde kullanıldığında umutsuzluğu azaltmaya yardımcı olabilir. Kanserli hastalarda baş etme mekanizmalarını güçlendirebilir. Maneviyat, hastaların direnç ve dayanıklılıklarını artırmasına destek sağlayabilir. Hemşireler hastanın iyilik halinin sürdürülmesinde öncüdürler. Uzun ve karmaşık hastalık süreci boyunca hastaların adaptasyon sağlamasına yardımcı olabilirler. Kanserli bireylerin baş etme stratejileri desteklenmeli, umutsuzluk seviyesini azaltıcı hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Bu girişimlerin içinde manevi bakıma da yer verilebilir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanseri hücrelerin anormal olarak büyüüp yayılım göstermesiyle oluşan bir hastalık grubu olarak tanımlamıştır (22). Bir diğer deyişle bir dokudaki kontrolsüz hücre çoğalmasdır (23). Ulusal Kanser Enstitüsü kanserden genetik bir bozukluk olarak bahsetmiştir (24).

Küresel Kanser Gözlemevi (GCO) verilerine göre 2018 yılında 2 milyonu aşan yeni vaka sayısı ile akciğer kanseri 1. sıradadır. Kanserin Dünya çapındaki 5 yıllık prevalansının yaklaşık 43.8 milyon olduğu düşünülmektedir. Dünya'da her 5 erkekten birinde ve her 6 kadından birinde kanser geliştiği ortaya konulmuştur. En sık görülen kanser türleri ise şöyledir:

- 1- Akciğer (2.09 milyon vaka)
- 2- Meme (2.09 milyon vaka)
- 3- Kolorektal (1.80 milyon vaka)
- 4- Prostat (1.28 milyon vaka)
- 5- Deri kanseri (melanom dışı) (1.04 milyon vaka)
- 6- Mide (1.03 milyon vaka) (25,26).

Kanser hastalığı Dünya çapında ölüme en çok sebebiyet veren ikinci hastalıktır. 2018 yılında yaklaşık 9.6 milyon ölüme sebep olmuştur. Dünya'da ölüme en çok sebebiyet veren kanser türü 1.761.007 ölümlle akciğer kanseridir. Kanser hastalığına bağlı ölümlerin neredeyse %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür. Ölüme en çok sebebiyet veren kanser türleri sıralaması ise şöyledir:

- 1- Akciğer (1.76 milyon ölüm)
- 2- Kolorektal (862.000 ölüm)
- 3- Mide (783.000 ölüm)
- 4- Karaciğer (782.000 ölüm)
- 5- Meme (627.000 ölüm) (25,26).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) 2015 yılı kanser insidansı verilerine göre her 100.000 kişi için; erkeklerde 247.6, kadınlarda 177.5 toplamda ise 212.6 kişinin kanser hastası olduğu belirlenmiştir (27). Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılına ait tahmini verilerine göre kanser insidansının uluslararası karşılaştırılmasında Türkiye 53. sıradadır (28).

Ölüm nedenleri arasında neoplazmlar 2016 yılında %19.43 iken 2017 yılında bu oran %19.56' ya yükselmiştir. Bu da ülkemizde dolaşım sistemi hastalıklarından sonra en yüksek orana sahip 2. ölüm nedeninin kanser olduğunu ortaya koymaktadır (27). Yaşa standardize erken ölüm hızına bakıldığında 2017 yılında ülkemizde her 100.000 kişide 112.04 kişinin malign neoplazmlar nedeniyle yaşamını yitirdiği görülmektedir (27).

2.1.2. Risk Faktörleri

Yaş: Kanserlerin büyük bir kısmı 55 yaşından sonra ortaya çıkar. Hormon düzeyindeki değişiklikler, immün fonksiyondaki azalma, karsinojenlere maruz kalma, stres düzeyindeki artış, serbest radikallerin birikimi yaşlı yetişkinlerde kansere neden olan sebepler arasında sayılabilir (28,29).

Cinsiyet: Bazı kanser türleri cinsiyete göre artış gösterebilir. Örneğin; meme ve tiroid kadınlarda, kolon ve mesane kanseri ise erkeklerde daha sık görülür (28,29).

Coğrafi konum: Kanser kişinin yaşamını sürdürdüğü çevreye ve bölgeye göre değişiklik gösterebilir. Bazı kanser türlerinin morbidite ve mortalitesi bölgeden bölgeye, kırsal alandan kentsel alana göre değişebilir (28,29).

Genetik: Kanserlerin %15'i kalıtsal geçiş gösterir. Meme, kolon, akciğer, over, prostat kanseri gibi kanserlerin genetik geçişli olduğu kanıtlanmıştır (28,29).

İmmün Bozukluklar: Bazı viral enfeksiyonlar kanser riskini artırır. Epstein-Barr virüsü, Human Papilloma virüsü (HPV), Hepatit B virüsü, sitomegalovirüs (CMV) gibi virüsler örnek olarak gösterilebilir (28,29).

Kimyasal Ajanlar: Astbest, arsenik ya da kemoterapi ilaçları gibi kimyasal içerikli maddelere maruz kalma kanser gelişme riskini artırır (28,29).

İrk: Afrika'lı Amerikalılarda kanser morbidite ve mortalitesi diğer ırklara göre daha yüksek iken, Kızılderililerde daha düşüktür (28,29).

Tütün: Akciğer kanserinin sebepleri arasında tütün önemli bir yer tutmaktadır. Tütün tüketiminin risk faktörü olduğu diğer kanser türleri arasında mesane, özofagus, mide, larenks, orofarenks ve pankreas kanserleri sayılabilir. Burna çekerek veya çiğneyerek kullanılan tütün ağız ve özofagus kanseri riskini artırır. Ayrıca pasif içicilikte de risk artar (28,29).

Alkol: Karaciğer ve özofagus kanserine sebep olur (28,29).

Beslenme: Kırmızı et, liften fakir gıdalar, doymuş yağ oranı yüksek besinler, kolon, mide, özofagus kanserlerine neden olabilir. Aynı zamanda yanlış pişirme yöntemleri besinlerde karsinojen oluşumuna sebebiyet verebilir (28,29).

Diğer Faktörler: Stres, madde kullanımı, ultraviyole ışınlar, radyasyon, hormonlar ve obezitede kanser gelişim riskini artırabilir (28,29).

2.1.3. Kanserde Görülen Belirti ve Bulgular

Kanser belirti ve bulguları çeşidine göre farklılık gösterir. Türüne özgü spesifik belirtilerle ortaya çıkabilir. Bazen hiç belirti vermezken, bazen kendisiyle hiç ilgisi olmayan hastalıklarda sıkça gördüğümüz belirti ve bulgularla da ortaya çıkabilir. Bu noktada Amerikan Kanser Derneği'nin 7 temel uyarı işareti olarak belirlediği belirti ve bulgular şöyledir:

- 1- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarındaki değişiklikler,
- 2- İyileşmeyen yaralar,
- 3- Olağan dışı kanama veya akıntılar,
- 4- Memede veya başka dokuda şişlik, kalınlaşma veya kitle,
- 5- Hazımsızlık veya yutma güçlüğü,
- 6- Siğil veya benlerde belirgin değişiklikler,
- 7- Uzun süreli öksürük veya ses kısıklığı (2,24).

2.1.4. Kanser Tanılanması ve Sınıflandırılması

Kanser tanısı ve sınıflandırılması hastalığın çeşidine göre değişiklik gösterir. Ancak Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) tarafından geliştirilen Tümör büyüklüğü- Lenf nodu tutulumu-Metastaz (TNM) durumu baz alınarak hastalık kabaca tanılanıp, sınıflandırılabilir (30,31).

T (Tümör büyüklüğü)

Tx: Primer tümör saptanmamış,

T₀: Tümör saptanmamış,

T_{is}: Tümör in situ (erken evrede tümör varlığı),

T₁-T₄: İlerlemiş tümör boyutu, şeklinde ifade edilir (30,31).

N (Lenf nodu tutulumu)

N_x: Bölgesel lenf nodu saptanmamış,

N₀: Bölgesel lenf nodu tutulumu yok,

N_{1a} , N_{2a} : N_{1a} 'dan N_{2a} 'ya, artan derecede bölgesel lenf nodu vardır, metastaz yoktur,
 N_{1b} , N_{2b} , N_{3b} : N_{1b} 'den N_{3b} 'ye artan derecede bölgesel lenf nodu vardır, metastaz olabilir,
şeklinde ifade edilir (30,31).

M (Uzak metastaz)

M_x : Metastaz saptanmamıştır,

M_0 : Uzak metastaz yoktur,

M_1 - M_3 : Uzak metastaz vardır, aynı zamanda uzak lenf nodlarını da içerir, şeklinde ifade edilir (30,31).

Bunlara ek olarak kullanılan yöntemler şöyledir:

Tümör Marker Çalışmaları: Tümör markerleri kan ve vücut sıvılarında bulunan protein yapısındaki maddelerdir. Tümörün kendisi veya vücut tarafından savunma amacıyla salgılanır. Tümör markerlerinin bazıları tümör büyüklüğü ile doğru orantılı artarken, bazıları tümör dokusunun aktivitesi ile orantılıdır. Örnek olarak: onkofetal, karsinoembriyonik gibi antijenler, kalsitonin, paratiroid, katekolaminler gibi hormonlar, nörona özel enolaz, prostatik asit fosfataz gibi enzimler verilebilir (2,29).

Histolojik ve Sitolojik İncelemeler: Kanser şüphesi taşıyan hastalarda tanıyı kesinleştirmek amacıyla yapılır. Solid tümörlerden, epitel yüzeydeki döküntülerden, kan veya vücut boşluklarındaki sıvılardan örnekler alınarak mikroskopik olarak çalışılır. Biyopsi çalışmalarıyla tümörün çeşidi, sınıfı ve evresi tespit edilir (2,29).

Endoskopik İncelemeler: Laringoskopi, bronkoskopi, gastroduodenoskopi, kolonoskopi gibi doğrudan görüntüleme yöntemleri ile organı görsel inceleme olanağı olmasının yanı sıra, şüpheli lezyon veya kitlelerden biyopsi alınmasını da sağlar (2,29).

Radyolojik Tetkikler: Röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrason, nükleer görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi, mamografi, kemik sintigrafisi sıklıkla kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemleridir. Kanseri tespit etmede, yaygınlığının belirlenmesinde kullanılabilir (2,29).

Laboratuvar Testleri: Tam kan sayımı tanıya katkı sağlamazken, tedavi kararını vermede kullanılabilir. Biyokimya değerlerinde olan bazı değişiklikler kanserin varlığını veya yayılımını gösterebilir. Örn: Alkalen fosfataz karaciğer, kemik, meme kanserinde yükselir (2,29).

2.1.5. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde amaç:

- Küratif (tedavi edici-hastalığı ortadan kaldırıcı),
- Palyatif (hastanın rahatlmasını sağlayıcı),
- Proflaktik (hastalığı önleyici) olabilir.

Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi gibi klasik tedavi yöntemlerine ek olarak:

- İmmünoterapi
- Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) ve Kök Hücre Nakli
- Hormonoterapi
- Hipertermi
- Gen Terapi
- Mikrobiyota' da güncel tedavi yaklaşımları arasındadır. (30,32)

Kemoterapi

Kemoterapi de amaç sağlıklı hücelere zarar vermeden tümör hücrelerini yok etmektir. Bu amaçla kullanılan ilaçlara sitotoksik ajanlar adı verilir. Kemoterapi çeşitleri şu şekildedir (32,33).

Adjuvan Kemoterapi: Bu tedavi türü cerrahi girişim sonrası hastalığın nüks etme olasılığı yüksek olan hastalara uygulanarak sağ kalım oranı yükseltilir (32,33).

Neoadjuvan Kemoterapi: Cerrahi tedavi öncesinde tümörün boyutunu küçültmek, evresini düşürmek amacıyla uygulanan kemoterapi türüdür (32,33).

Palyatif Kemoterapi: Hastalığın belirtilerini azaltmak veya kontrol altına almak amacıyla uygulanan kemoterapi türüdür (32,33).

Yüksek Doz Kemoterapi Tedavisi: KİT uygulanacak hastalara kemoterapi büyüme faktörü ile yüksek doz tedavi olarak verilebilir (32,33).

Radyoterapi

Radyoterapi iyonizan ışınlar (örn: X ışınları, gama ışınları) kullanılarak kanserli hücreleri yok etmeyi temel alan bir tedavi yaklaşımıdır. Radyoterapinin amacı sağlıklı dokulara en az hasarı vererek tümörü ışınlayarak yok etmektir. Radyoterapi vücudun sadece belli bir bölgesini hedef aldığı gibi tüm vücudu da hedef alabilir. Radyoterapi farklı şekillerde uygulanabilir (32,33).

Birincil Tedavi Olarak Radyoterapi: Yeni kanser tanısı almış ve daha öncesinden kanser tedavisi almamış kişilerde başvurulan yöntemdir. Ayrıca cerrahi tedavi sonrası hastalığı

nüks etmiş ve yeniden cerrahi tedavisi mümkün olmayan vakalarda ve cerrahi tedavinin kontrendike olduğu durumlarda da uygulanabilir (32,33).

Kombine Radyoterapi: Kemoterapi ile radyoterapi eş zamanlı uygulanarak cerrahi öncesinde tümör boyutunu küçültmek ya da cerrahi sonrası geriye kalan tümör parçalarını ortadan kaldırmak amacıyla kullanılır (32,33).

Adjuvan Radyoterapi: Cerrahi tedavi sonrası nüks etmeyi önlemek ve sağ kalımı olasılığını artırmak amacıyla uygulanır (32,33).

Palyatif Radyoterapi: Tümörün neden olduğu belirtileri azaltmak veya kontrol altına amacıyla uygulanır (32,33).

İmmünoterapi

İmmünoterapi de kişinin kendi hücreleri uyarılarak ya da dışarıdan verilen maddeler yardımıyla immün cevap oluşturmak suretiyle kanserli hastanın tedavi edilmesi amaçlanır. İmmünoterapinin en büyük avantajı sağlıklı hücrelerde hasar oluşturmaksızın sadece kanserli hücreyi hedef almasıdır. Daha az yan etkiye sahip olması kişiye özgü ve daha az toksisite oluşturması nedeniyle ilerleyen yıllarda bu tedavi yönteminin önemli bir yer tutacağı söylenebilir. Kanser immünoterapisindeki tedavi yöntemleri ise şöyle sıralanabilir: (34-36)

Monoklonal Antikorlar: Belli bir antijeni hedefleyerek yok eden antikor çeşidine monoklonal antikorlar denir. İmmünoterapi yöntemlerinden en sık kullanılanıdır (34,36).

Adoptif İmmünoterapi: İmmünolojik aktifliği olan hücrelerin hastalığın tedavisinde kullanılmasıdır. Bu amaçla T hücreleri kullanılır (34).

Kanser Aşılı: Kanser aşılı, kanserli hücrelerden veya bu hücrelerin parçalarından ya da sadece antijenlerden oluşabilirler. Kanser aşılılarında amaç profeksi değil, immün sisteme ait hücrelerin kanser hücrelerine karşı saldırmasını sağlamaktır (36).

Sitokinler: İmmün sistem hücreleri tarafından üretilirler. Kan hücrelerinin ve bağışıklık sistemi hücrelerinin üretilmesi ve aktivitesinden sorumludurlar. Tedavi olarak uygulandığında hastada birçok yan etki gözlemlenir (34).

Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Nakli

Kemik iliği; kafatası, kostalar, pelvis ve omurga gibi bazı kemiklerin yumuşak iç kısmını oluşturur. Kemik iliğinin içinde bulunan kan kök hücreleri yeni kan hücrelerine dönüşebilme yeteneğine sahiptirler. Kemik iliği transplantasyonu, birçok hematolojik hastalıkta kullanılan bir tedavi yöntemidir (37,38).

Yumurta döllennesini takip eden birkaç gün içinde embriyonik kök hücreler oluşur. Bu hücreler farklılaşarak diğer hücrelere dönüşebilme yeteneğine sahiptirler. Bugün kök hücre (örn: hemapoetik kök hücre, mezenkimal kök hücre) tedavisi birçok hastalığın tedavisi için umut vadetmektedir. Tedavide kullanılacak bir kök hücrede istenen hücre tipine dönüşebilmesi, nakil sonrası sağ kalabilmesi, işlevini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmesi ve çevre dokulara zarar vermemesi gibi özelliklerin bulunması gerekir (1,32). Kök hücre transplantasyonunda eğer alıcı verici farklı kişilerse buna *allojenik transplantasyon*, alıcı ve verici aynı kişiye *otolog transplantasyon*, alıcı ve verici ikiz veya üçüz kardeş ise *sinjeneik transplantasyon* adı verilir (1,32).

Hormonoterapi

Hormonlar vücutta üretilen protein yapısındaki doğal maddelerdir. Kanser hastalığında hormonoterapi daha çok prostat, meme ve üreme sistemi kanserleri gibi vakalarda kullanılırlar. Kanser hücresinin büyümesini ya da hormonun hücreye bağlanmasını engelleyerek işlev görürler. Burada amaç kanserden sorumlu hormonun bir şekilde sistem içindeki etkinliğini devre dışı bırakmaktır. Hormon sentez inhibitörleri, hormon reseptör antagonistleri veya yükselen hormonu düşürücü etkiye sahip bir başka hormonun takviyesi ile hastalıktan sorumlu olabilecek hormon devre dışı bırakılır (32,39).

Hipertermi

Hipertermi, vücudun fizyolojik sıcaklığının üzerinde olması durumudur. Hipertermi ayrıca doğru ve etkin bir biçimde kullanıldığında kemoterapi ve radyoterapinin etkinliğini yükseltir. Ayrıca sıcaklık değişiminin hücreler üzerindeki stresör etkisi nedeniyle, hücreler adaptasyon sağlayarak *termotolerans* adı verilen dirence sahip olurlar. Termotolerans sayesinde antijenler immün sistem hücrelerine daha fazla maruz kalmakta böylece immün yanıt artırılabilir. Hipertermi 3 şekilde uygulanabilir (40,41).

Lokal Hipertermi: Kanserli hücreleri öldürmek ve tümör yakınındaki damarları yok etmek için yüksek ısı kullanılır. Sadece tümör gibi küçük bir bölge için kullanılabilir. Bölgenin ısıya maruz kalma süresi ve sıcaklık arttıkça tedavinin etkisi de artar (40,41).

Bölgesel Hipertermi: Organ, kavite gibi yapılar ısıtılır. Genellikle radyoterapi ve kemoterapi ile kombine olarak kullanılır (40,41).

Total Hipertermi: Metastatik kanserlerde kemoterapinin etkinliğini artırmak için kullanılır (40,41).

Gen Terapi

Hastalıklı hücrelere, genetik materyalin yerleştirilmesi suretiyle kanserli hücreleri selektif bir şekilde yok etmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Tedavi edici gen vektörler yardımıyla hücrelere taşınır. En sık viral vektörler tercih edilir (42,43).

Mikrobiyota

Mikrobiyota kanserde tedavi seçeneği olmasının yanı sıra gelecekte kanser tanısında ve önlenmesinde de kullanılmaya aday bir yöntem olarak öngörülmektedir. Patojen olan maddeleri baskılayarak kanser oluşumunu önlediği düşünülmektedir. Mutantların neden olduğu DNA hasarını önler. Kanser tedavisinin etkisini ve tedaviye bağlı yan etki düzeyinde değişiklikler yapabilir. Ayrıca sadece kolonda değil meme, mesane gibi uzak organ ve dokularda da neoplazm oluşumunu ve ilerlemesini önleyici özelliği vardır (44,45).

2.2. Kanserde Manevi Bakım

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center For Complementary and Alternative Medicine) 5 alt sınıfta topladığı 200'den fazla tamamlayıcı tedavi tanımlamıştır. Bu alt sınıflardan birisini Beden-Zihin Tedavisi olarak tanımlamış ve bu başlığın içinde dua ve maneviyata yer vermiştir (46).

Hastalık haliyle birlikte kişide sadece fizyolojik eksiklikler göz önüne alınmakta, manevi ihtiyaçlardan doğan boşluklar sıklıkla göz ardı edilmektedir. Oysa hastanın gereksinimleri çok boyutludur ve bütüncül bakım gerektirir. Manevi refah eksikliğinden dolayı ortaya çıkan manevi sıkıntı, kişiyi hayatında anlam ve amaç aramaya itmektir. Manevi ihtiyaçları tanımlanmamış veya göz ardı edilmiş hastalar hastalık süreciyle baş etmede zorluk yaşamaktadır (47-50).

Manevi sıkıntı kişilerin fiziksel ve psikolojik semptomlarını kötüleştirebilir. Maneviyatı güçlü olan kanser hastası bireylerde, semptom şiddetinin ve ölüm isteğinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Hastalar için bir motivasyon kaynağıdır. Anksiyeteyi kontrol altına almakta kullanılabilir (51-57).

Yaşama anlam ve amaç katmak, manevi destek almak, kişinin yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü artırır. Kaygı, umutsuzluk, intihar, ölüm gibi olumsuz düşüncelerde, klinik anlamda yararlı sonuçlar getirir. Teröpatik ilişkiyi güçlendirir (58-62).

Depresyon belirtisi taşıyan kanser hastalarında maneviyatın iyileştirici etkisinden bahsedilmiştir (63-65). Hastalar kanserle baş etmek için dua etmek, namaz kılmak, iyimserlik, meditasyon ve yoga yapmak gibi manevi uygulamalara başvurduklarını belirtmişlerdir (66-68).

Klinik uygulamalara bakıldığında manevi bakımın istenilen düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Araştırmalarda sağlık personelinin kişinin manevi ihtiyaçlarını fark edemediğinden veya duyarsız kaldığından bahsedilmiştir. Bunun sebepleri arasında zaman yetersizliği, bilgi eksikliği, kültür ve inanç farklılıkları, hemşirelerin manevi ihtiyaçları fark edememesi gösterilebilir (69-73).

Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda, holistik yaklaşımın bir bileşeni olarak manevi bakıma dikkat çekilmiştir. Manevi bakım, profesyonel hemşireliğin rolünün bir parçası olarak nitelendirilmiştir. Kaliteli hemşirelik bakımında maneviyatın gerekliliğinden bahsedilmiştir. Ancak bunu yaparken kendi manevi değerlerini öne çıkarmak yerine hastanın ihtiyaçlarına göre bakım planlamanın önemine değinilmiştir. Bireyleri yargılamadan manevi kaygılar hakkında konuşmanın önemi üzerinde durulmuştur. Hastanın; kültürüne, yaşadığı topluma, inançlarına ve değer yargılarına paralel verilen manevi bakımdan fayda görebileceği ifade edilmiştir. Manevi bakım uygulamalarında diğer meslek dallarıyla koordineli çalışılmanın önemi vurgulanmıştır. Bu bağlamda hemşirelere kurs, hizmet içi eğitimler ve seminerler ile öğrenci hemşirelere ise müfredata manevi bakım eklenerek eksikliklerin giderilmesi tavsiye edilmiştir (74-93).

2.3. Kanserde Umutsuzluk

Umutsuzluk, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından umutsuz olma durumu, karamsarlık olarak tanımlanmıştır (94). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (NANDA) ise umutsuzluğu, bireylerin enerjisini kendi kendine harekete geçirememekle karakterize emosyonel bir durum olarak ifade etmiştir (95).

Araştırmalarda kanser hastalarının büyük bir kısmının umutsuzluk yaşadığından bahsedilmiştir. Hastalığın gerek fiziksel ve psikolojik gerek sosyal ve ekonomik sınırlamaları

hastaların baş etme mekanizmalarını bozabilir. Bireyler, karşılıklarına çıkan güçlüklerle karşı savunmasız kalabilirler. Çaresizlik hissi ortaya çıkabilir. Hastalar, gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere kapılabilir, motivasyon kaybı yaşayabilir. Bu süreçte kişilerin yaşam kalitesi düşebilir. Benlik saygısı azalabilir. Başkalarına bağımlı olma, ekonomik kaygılar, ağrı ve acı düşünceleri, ölüm anksiyetesi gibi sebepler kanserli bireyleri karamsarlığa itebilir. Sosyal izolasyona maruz kalan hastalar kendilerini yalnız hissedebilir. Bireyler, hayata daha az anlam yükleyebilir. Ortaya çıkan bu psikolojik semptomlar fiziksel semptomların şiddetinin artırabilir. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında kanser hastalarının yoğun bir şekilde psikolojik stresörlere maruz kaldığı görülmektedir. Psikolojik yüklenmenin bir sonucu olarak umutsuzluk ve karamsarlık duygusu ortaya çıkabilir. Bu durum hastaların adaptasyonunu bozabilir. Bireyler çevreye uyumda güçlükler yaşayabilir. Önlem alınmamış veya müdahale edilmemiş umutsuzluk; depresyon, hızlandırılmış ölüm arzusu ve intihar girişimleri ile sonuçlanabilir (96-109).

Kanser hastaları, hastalık sürecinin her aşamasında umutsuzluk ile karşılaşabilirler. Sürekli risk altındadırlar. Kontrol altına alınmamış umutsuzluk, bireylerin kanserle mücadelesini zorlaştırmaktadır.

2.4. Kanserde Maneviyat ve Umutsuzluk

Kanser hastalığı bireyler üzerinde çeşitli psikolojik semptomlara yol açabilir. Bu psikolojik semptomların birçoğunun temelinde umutsuzluk ve karamsarlık yer alabilir. Kanserli bireyler bu durumla baş edebilmek için çeşitli savunma mekanizmaları geliştirebilir. Maneviyat da bu savunma mekanizmalarından biri sayılabilir. Hastaların kanser tanısı aldıktan sonra umut düzeylerini korumak için maneviyata başvurdukları belirtilmiştir. Bazı araştırmalarda anlam merkezli terapi alan hastalarda psikolojik sıkıntıda azalma yaşam kalitesinde artış görülmüştür. Çaresizlik hissini azalttığı savunulmuştur. Depresyon üzerindeki olumlu etkisinden bahsedilmiştir. Anksiyeteye karşı potansiyel bir koruyucu olduğu belirtilmiştir. Daha önceden intihar girişiminde bulunmuş bireylerde manevi bakım sonrası umut düzeyinde artmalar saptanmıştır. Psikolojik stresörlere karşı tolerasyonu yükseltebilir. Hastaların motivasyonlarını yükseltebilir. Sabır ve huzur duygularını harekete geçirerek umutsuzluğa direnç oluşmasını sağlayabilir. Hastaların psikolojik direnç ve dayanıklılıklarını destekleyebilir. Bazı araştırmalarda bu durum bireylerin içindeki savaşçı ruhu ortaya çıkarmak olarak adlandırılmıştır. İçsel gücünün farkına varan hastalar olumlu bakış açısı geliştirmektedir. Maneviyat, umutsuzluk deneyiminin daha baş edilebilir olmasını sağlayabilir (110-124).

Sağlık alışanları hastaların ihtiyaç duyduğu manevi bakımı alabilmeleri için kilit rol oynamaktadırlar. Profesyonel sağlık bakımının vazgeçilmez üyesi olan hemşireler, manevi bakımın merkezindedirler. Hastanın içinde taşıdığı gücü harekete geçirmekle yükümlüdürler. Ruhsal olarak güçlenen birey, umut kaynaklarını güçlü tutabilir. Hemşireler, kanser hastası bireylerin ruhsal esenliğe kavuşmasına aracı olabilirler. Manevi doyumunu artan bireyin refah seviyesinin yükselmesi umutsuzluk düzeyini azaltabilir. Klinik alanda hemşireler bilgi ve deneyimlerini kullanarak; hastayı bütüncül yaklaşımla gözlemlerler. Bireyin sadece fizyolojik değil, psikolojik ve sosyal durumunu da göz önüne alarak bakımı planlar ve uygularlar. (125-140).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Turgut Özal Tıp Merkezi'nin onkoloji poliklinik ve servisleri ile ayakta kemoterapi ünitesinde tedavi gören hastalarla yapıldı. Araştırma Aralık 2018- Haziran 2020 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın yapıldığı merkezin medikal onkoloji kliniği 26 yatak kapasitelidir. 2 hemşire gündüz 2 hemşire gece görev yapmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesi ise 37 yatak kapasitelidir, 6 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerinde tedavi gören 3700 yetişkin kanser hastası oluşturmaktadır.

Evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak örneklem sayısı 586 olarak belirlendi. Hata payını azaltmak amacıyla araştırma 650 hasta ile tamamlandı.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot Q}$$

Evrenden örneklem seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya herhangi bir psikolojik problemi olmayan, iletişime ve iş birliğine açık, görme ve işitme sıkıntısı bulunmayan hastalar dahil edildi.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hafta içi mesai saatleri içerisinde hasta odalarında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Sorular araştırmacı tarafından okunup, hasta tarafından cevaplandırıldı. Her görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ‘‘Tanıtıcı Özellikler Formu’’, ‘‘Manevi Yönelim Ölçeği’’ ve ‘‘Beck Umutsuzluk Ölçeği’’ kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda, hastaların demografik özellikleri ile ilgili 6 soru bulunmaktadır (Ek-2).

3.5.2. Manevi Yönelim Ölçeği

Manevi Yönelim Ölçeği, 2015 yılında Figen Kasapoğlu tarafından geliştirilmiştir. 16 maddeden oluşur. Tek boyutludur ve 7’li likert tipindedir. Ölçek “kesinlikle katılmıyorum” (1), “tamamen katılıyorum” (7) şeklinde puanlanmaktadır. Kişi ölçekten en az 16, en fazla 112 puan alabilir. Bireyin ölçekten aldığı puan yükseldikçe manevi yönelimi yükselir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik araştırmasında cronbach alpha değeri 0.87 olarak bulunmuştur (141). Bu araştırmada ise cronbach alpha değeri 0.99 olarak bulunmuştur (Ek-3).

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir (142). Seber ve arkadaşları tarafından 1991 yılında, Türkçe’ye uyarlanmıştır (143). Toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Sorulara ‘evet’ ve ‘hayır’ şeklinde cevaplar verilmektedir. Bu maddelerden 11 tanesine (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) ‘evet’ seçeneğine 1 puan verilirken, 9 tanesine (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) ‘hayır’ seçeneğinde 1 puan verilir. Ölçek toplamda 20 puan üzerinden değerlendirilir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin umutsuzluk düzeyi artar. BUÖ ‘nin 3 tane alt boyutu vardır. Bunlar gelecek ile ilgili beklentiler (1, 3, 7, 11, 18), motivasyon kaybı (2, 4, 9, 12, 14, 16, 17, 20) ve umuttur (5, 6, 8, 10, 13, 15, 19). BUÖ’ nin Türkçe uyarlamasının cronbach alpha değerleri 0.86 olarak bulunmuştur. (Seber-1991). Bu araştırmada ise BUÖ cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur. BUÖ, ‘gelecek ile ilgili beklentiler’ alt boyutu cronbach alpha değeri 0.88, ‘motivasyon kaybı’ alt boyutu cronbach alpha değeri 0.69, ‘umut’ alt boyutu cronbach alpha değeri 0.87 olarak bulunmuştur (Ek-4).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kanserli bireyin manevi yönelim düzeyleri ve umutsuzluk düzeyleri.

Bağımsız Değişkenler: Kanserli bireylerin sosyodemografik özellikleri.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Değerlendirmede; tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile sınıandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen 3 ve üzeri grupların karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis testi, ikili karşılaştırılmalarında Bonferroni-Dunn testi kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi yapıldı. Cronbach's Alpha güvenilirlik analiz testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ önem düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Bu araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği'nden, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlıklarından yazılı izin alınmıştır. Daha sonra İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan yazılı etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, kişisel bilgilerinin hiçbir suretle paylaşılmayacağı belirtilmiş ve sözel onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Evrenden hasta seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yönteminin kullanılması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Sonuçlar sadece bu gruptaki hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımları (s=650)

Tanıtıcı Özellikler		s	%
Yaş (yıl)	18-33 yaş	36	5.5
	34-49 yaş	210	32.3
	50-65 yaş	287	44.2
	>65 yaş	117	18.0
Cinsiyet	Kadın	353	54.3
	Erkek	297	45.7
Medeni durum	Evli	490	75.4
	Bekâr	160	24.6
Eğitim durumu	Okuryazar değil	74	11.4
	İlköğretim	350	53.8
	Lise	163	25.1
	Üniversite	63	9.7
Çalışma durumu	Evet	74	11.4
	Hayır	576	88.6
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	114	17.5
	Gelir gidere denk	483	74.3
	Gelir giderden az	53	8.2

Araştırmaya dahil edilen kanserli bireylerin; %44.2'si 50-65 yaş aralığında, %54.3'ü kadın, %75.4'ü evli, %53.8'i ilköğretim mezunu, %88.6'sının çalışmadığı, %74.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların MYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (s=650)

Ölçek	Ölçekten Alınabilecek Min.-Max Puan	Araştırmadan Alınan Min.- Max. Puan	$\bar{X} \pm SS$
MYÖ	16-112	16-112	89.74±32.79

Araştırmaya dahil edilen hastaların MYÖ puan ortalaması 89.74±32.79 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Hastaların manevi yönelimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Yaş Grupları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Yaş	MYÖ puanı	Test	Anlamlılık
18-33 yaş	71.69±31.35	KW:75.39	p:0.001**
34-49 yaş	78.88±36.95		
50-65 yaş	93.79±30.46		
>65 yaş	104.83±19.65		

****p<0,01**

Yaş gruplarına göre manevi yönelim puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Önemli farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu 65 yaş üzeri grubun MYÖ puanının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Cinsiyetleri ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Cinsiyet	MYÖ Puanı	Test	Anlamlılık
Kadın	91.33±32.76	<i>MWU:-2.00</i>	<i>p:0.045*</i>
Erkek	87.84±32.78		

**p<0.05*

Cinsiyete göre manevi yönelim puanı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p=0.045$; $p<0.05$). Kadınların MYÖ puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Medeni Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Medeni Durum	MYÖ Puanı	Test	Anlamlılık
Evli	93.42±29.90	<i>MWU:-4.40</i>	<i>p:0.001**</i>
Bekar	78.44±38.33		

***p<0,01*

Medeni duruma göre manevi yönelim puanı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Evli olguların MYÖ puanı bekar olgulardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Eğitim Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Eğitim	MYÖ Puanı	Test	Anlamlılık
Okuryazar Değil	102.14±27.46	<i>KW:87.03</i>	<i>p:0.001**</i>
İlköğretim	94.65±31.40		
Lise	80.69±34.42		
Üniversite	71.25±28.96		

****p<0,01**

Eğitim durumuna göre manevi yönelim puanı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Önemli farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayan grubun MYÖ puanının, lise mezunu ve üniversite mezunu olan gruptan yüksek olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayan grup ile ilköğretim mezunu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların Çalışma Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Çalışma Durumu	MYÖ Puanı	Test	Anlamlılık
Evet	74.84±31.81	<i>MWU:-45.37</i>	<i>p:0.001**</i>
Hayır	91.65±32.45		

****p<0,01**

Çalışma durumuna göre manevi yönelim puanı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Çalışan olguların MYÖ puanı çalışmayanlardan daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların Gelir Durumları ile MYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Gelir Durumu	MYÖ Puanı	Test	Anlamlılık
Gelir Giderden Fazla	83.13±28.67	<i>KW:36.91</i>	<i>p:0.001**</i>
Gelir Gidere Denk	93.69±31.04		
Gelir Giderden Az	67.96±44.48		

****p<0,01**

Gelir durumuna göre manevi yönelim puanı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Önemli farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olan grubun MYÖ puanının, diğer gruplara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (s=650)

Ölçek	Ölçekten Alınan Min.-Max. Puan	Araştırmadan Alınan Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm SS$
Gelecek ile İlgili Beklentiler	0-5	0-5	1.33±1.70
Motivasyon Kaybı	0-8	1-8	1.08±1.96
Umut	0-7	0-7	2.09±2.27
Toplam	0-20	1-19	6.50±5.61

Araştırmaya dahil edilen hastaların BUÖ toplam puanı 6.50±5.61 olarak saptandı. Hastaların hafif düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

BUÖ' nin alt boyutlarından gelecek ile ilgili beklentiler puanı 1.33±1.70 olarak bulunmuştur. Motivasyon kaybı alt boyutu puanı 3.08 ±1.96, umut alt boyutu puanı 2.09±2.27 olarak belirlendi. Hastalar en yüksek umutsuzluk puanını 'motivasyon kaybı' alt boyutundan almışlardır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların Yaş Grupları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Yaş Grupları	Gelecekle İlgili Beklentiler Ort ±SS	Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
18-33 yaş	1.39±1.61	2.94±1.67	2.42±2.12	6.75±4.86
34-49 yaş	1.59±1.91	3.52±2.20	2.43±2.47	7.54±6.27
50-65 yaş	1.15±1.57	2.85±1.84	1.77±2.18	5.76±5.31
<65 yaş	1.32±1.58	2.88±1.74	2.16±2.04	6.36±5.01
Test Anlamlılık	KW:5.88 <i>p:0.11</i>	KW:9.78 <i>p:0.020</i>	KW:14.62 <i>p:0.002**</i>	KW:11.67 <i>p:0.009**</i>

****p<0,01**

Hastaların yaş gruplarına göre BUÖ umut alt boyutu ve toplam puan karşılaştırılmasında 34-49 yaş grubunda olan hastaların diğer gruplara göre, daha yüksek umutsuzluk puanı aldıkları ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hastaların Cinsiyetleri ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Cinsiyet	Gelecekle İlgili Beklentiler Ort ±SS	Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
Kadın	1.29±1.69	3.02±1.95	2.00±2.18	6.31±5.61
Erkek	1.38±1.71	3.14±1.96	2.19±2.25	6.72±5.61
Test Anlamlılık	MWU:-0.93 <i>p:0.35</i>	MWU:-0.93 <i>p:0.35</i>	MWU:-1.45 <i>p:0.14</i>	MWU:-1.26 <i>p:0.20</i>

****p<0,01**

Hastaların cinsiyetlerine göre BUÖ alt boyutları ve toplam puan karşılaştırılmasında, araştırmaya dahil edilen erkeklerin, kadınlara göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı saptanmıştır. Ancak iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hastaların Medeni Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Medeni Durum	Gelecekle Beklentiler Ort ±SS	İlgili Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
Evli	1.07±1.52	2.87±1.85	1.71±2.08	5.64±5.12
Bekar	2.13±1.95	3.73±2.13	3.26±2.42	9.11±6.21
Test Anlamlılık	MWU:-6.80 p:0.001**	MWU:-4.64 p:0.001**	MWU:-7.72 p:0.001**	MWU:-6.99 p:0.001**

**p<0,01

Araştırmaya dahil edilen hastalardan bekar olguların evlilere göre BUÖ tüm alt boyutları ve toplam umutsuzluk puanları daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.01) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Hastaların Eğitim Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Eğitim	Gelecekle Beklentiler Ort ±SS	İlgili Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
Okuryazar Değil	1.50±1.74	3.12±1.97	2.28±2.30	6.91±5.65
İlköğretim	1.32±1.76	3.05±2.00	2.06±2.33	6.42±5.81
Lise	1.28±1.62	3.12±1.97	2.02±2.23	6.42±5.47
Üniversite	1.38±1.54	3.06±1.69	2.21±1.98	6.65±4.81
Test Anlamlılık	KW:4.43 P:0.28	KW:0.78 P:0.85	KW:3.05 P:0.38	KW:3.35 P:0.34

**p<0,01

Hastaların eğitim durumları ile BUÖ alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırılmasında, okuryazar olmayan hasta grubunun diğer gruplara göre daha fazla puan aldığı belirlenmiştir ancak gruplar arasında önemli istatistiksel farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.13)

Tablo 4.14. Hastaların Çalışma Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Çalışma Durumu	Gelecekle İlgili Beklentiler Ort ±SS	Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
Evet	1.23±1.56	3.12±1.81	2.24±2.01	6.59±5.10
Hayır	1.35±1.72	3.07±1.98	2.07±2.30	6.49±5.67
Test Anlamlılık	MWU:-0.17 p:0.85	MWU:-0.68 p:0.49	MWU:-1.62 p:0.10	MWU:-0.99 p:0.32

****p<0,01**

Araştırmaya dahil edilen hastalardan çalışanların; motivasyon kaybı, umut ve toplam umutsuzluk puanları çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur. Gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutunda ise çalışmayan hastaların puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel önemli fark belirlenmemiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Hastaların Gelir Durumları ile BUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=650)

Gelir Durumu	Gelecekle İlgili Beklentiler Ort ±SS	Motivasyon Kaybı Ort ±SS	Umut Ort ±SS	Toplam Ort ±SS
Gelir giderden fazla	0.96±1.30	2.83±1.65	1.58±1.86	5.38±4.39
Gelir gidere denk	1.23±1.60	2.94±1.88	1.97±2.18	6.13±5.33
Gelir giderden az	3.08±2.23	4.89±2.34	4.26±2.68	12.23±7.04
Test Anlamlılık	KW:30.49 p:0.001**	KW:30.98 p:0.001**	KW:37.48 p:0.001**	KW:30.88 p:0.001**

****p<0,01**

Hastaların gelir durumuna göre, BUÖ alt boyutları ve toplam puan karşılaştırmasında, geliri giderinden az olan bireylerin diğer hasta gruplarına göre umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. MYÖ ile BUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (s=650)

	BUÖ		Gelecek ile ilgili beklentiler		Motivasyon kaybı		Umut	
	R	p	r	p	r	p	r	p
MYÖ	-0.498	0.001	-0.480	0.001	-0.474	0.001	-0.456	0.001

Bu araştırmada kanser hastası bireylerin manevi yönelimleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki saptandı ($p=0.001$, $p<0.01$). Hastaların manevi yönelim puanları arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.6)

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya alınan hastaların maneviyatları yüksek düzeyde bulunmuştur (89.74±32.79) (Tablo 4.2). Gudenkauf ve arkadaşlarının araştırmasında akciğer kanserli hastaların maneviyata yüksek eğilim gösterdiği belirlenmiştir (144). Al-Natour ve arkadaşlarının araştırmasının sonucuna göre; Ürdünlü meme kanseri tanılı kadınların maneviyatları yüksek bulunmuştur (145). Benzer şekilde Chaar, Sheppard, Nuraini ve Rambod'un araştırmasında da kanserli bireyler için maneviyatın merkezi öneme sahip olduğu belirtilmiştir (117,119,146,147). Hastalarda özellikle hastalık tanısı sonrasında manevi bir arayış doğabilir. Bunun bir sonucu olarak bireylerde manevi yönelimde artışlar olabilir. Bu durum hastaların zorlu hastalık süreciyle başa çıkmada maneviyatı bir çözüm olarak görmesiyle açıklanabilir. Ortaya çıkan manevi sıkıntı hastaları manevi refah arayışına götürebilir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaşına göre manevi yönelim puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. 65 yaş ve üzeri olan hastaların manevi yönelimleri daha yüksek bulundu (Tablo 4.3). Rohde ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş arttıkça manevi yönelimde artış gözlenmiştir (148). Komijo ve Munoz'un çalışmasının sonucuna göre ileri yaştaki hastalar, genç hastalara göre daha yüksek manevi eğilim göstermiştir (149,150). Davis ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ilerledikçe kişilerin pozitif manevi tutumlar sergilediği ortaya konulmuştur (151). Ebenau ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı hastaların manevi bakımdan daha fazla memnun kaldıklarından bahsedilmiştir (152). Bu durum yaşın ilerlemesiyle birlikte kişilerin kendilerini ölüme daha yakın hissetmeleriyle açıklanabilir. Ölüm korkusundan doğan sıkıntıyı yenmek isteyen hastaların, maneviyatı kullanarak ferahlık hissettiği düşünülebilir.

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyetine göre manevi yönelim puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Kadınların erkeklerden daha fazla manevi yönelim gösterdiği belirlendi (Tablo 4.4). Yazgan ve Demir'in çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla olumlu dini tutum sergilemişlerdir (153). Benzer olarak Rohde, Munoz ve Asgeirsdottir'in çalışmalarda da kadınların maneviyat düzeylerinin erkeklere kıyasla daha fazla

olduğu gösterilmiştir (148,150,154). Saptadığımız bu veri, kadınların sosyal hayata daha az katılmalarının bir sonucu olarak kendi içsel dünyasına dönmeleri ile açıklanabilir.

Hastaların medeni durumuna göre manevi yönelim puanlarında istatistiksel olarak farklılık olduğu belirlendi. Buna göre evli hastaların manevi yönelim puanları bekar hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Martoni ve arkadaşlarının çalışmasına bakıldığında evli olguların bekar olgulara göre maneviyat puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (11). Evli olguların daha yüksek manevi yönelim göstermesi, eşlerin verdiği sosyal desteğin bireyin iyilik halini koruması ile açıklanabilir. Eşinden destek alan birey yalnızlık hissini olumsuz etkilerine daha az maruz kalabilir.

Araştırmada eğitim durumuna göre manevi yönelim puanında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptandı. Okuryazar olmayan hasta grubunun manevi yönelimi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Sharif ve Ong'nin çalışmasının sonucuna göre kişilerin eğitim düzeyi arttıkça maneviyat puanları düşmektedir (61). Eğitim seviyesi yükseldikçe rasyonel yaklaşım daha değerli görülmektedir. Maneviyat gibi soyut ve tinsel kavramlar bireylerin ilgisini çekmeyebilir.

Araştırmaya alınan hastaların çalışma durumuna göre manevi yönelim puanlarında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı. Herhangi bir işte çalışmayan hastalar daha yüksek manevi yönelim göstermişlerdir (Tablo 4.7). Best ve arkadaşlarının çalışmasında, daha az istihdamın daha fazla maneviyat çağrıştırdığından bahsedilmiştir (155). İş hayatı bireylerin hem zamanını aldığı hem de dikkatini başka yöne çektiği için, kişiler daha az manevi yönelim gösterebilir.

Hastaların gelir durumuna göre manevi yönelim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Geliri giderinden az olan hastaların manevi yönelimleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.8). Best ve arkadaşlarının çalışmasında da finansal kaynaklarda problem yaşayan hastaların inanç düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (155). Mollica ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, prostat kanseri olan bireylerden daha düşük gelir düzeyine sahip ve sigortasız olanların, maneviyat düzeylerinin daha yüksek seyrettiği gözlemlenmiştir (156). Bu anlamlı fark maddi kaygılar güden hastaların maneviyatı ikinci plana atmalarıyla açıklanabilir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların umutsuzlukları düşük düzeyde bulunmuştur (6.50±5.61) (Tablo 4.9). İran’da yürütülen bir çalışmada kanser hastalarının hafif düzeyde umutsuzluk yaşadığı sonucuna varılmıştır (157). Benzer şekilde Yeşilot ve arkadaşlarının çalışmasında da akciğer kanserli hastaların hafif düzeyde umutsuzluk yaşadığından bahsedilmiştir (158). Bireyler için kanser süreci; karmaşık, belirsiz, korkutucu ve maliyetlidir. Bu durum hastaları karamsarlığa itebilir. Kanserli bireyler umutsuzluk yaşayabilir.

Hastaların yaşına göre toplam umutsuzluk puanlarında ve motivasyon kaybı ile umut alt boyutlarında farklılıklar olduğu belirlendi. Buna göre 34-49 yaş grubunun umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.10). Serafini ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş ilerledikçe umutsuzluğun arttığından bahsedilmiştir (159). Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaş ile umutsuzluk arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır (106). Efstathiou ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde yaşlı hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir (160). Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin hastalıklara karşı direnci azalabilmektedir, hastalıkla mücadele zorlaşabilir. Ayrıca yaşlı bireylerin psikolojik hassasiyeti daha fazla olabilir. Bu durum yaşı ilerleyen hastaların umutsuzluk düzeyini artırabilir.

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyetlerine göre umutsuzluk düzeyleri arasında farklılık saptanmadı (Tablo 4.11). Serafini ve Karakurt’un çalışmasında ise kadınların umutsuzluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur (106,159). Efstathiou ve Religioni’nin, çalışmasında da benzer şekilde kadınların erkeklere nazaran daha fazla umutsuzluk yaşadığından bahsedilmiştir (160,161). Kadınların erkeklere göre sosyal hayata daha az katılması, ailesel sorumluluklarının daha fazla olması, umutsuzluk düzeylerinin yükselmesine neden olabilir.

Hastaların medeni duruma göre toplam umutsuzluk puanında ve motivasyon kaybı ile umut alt boyutlarında anlamlı farklılıklar belirlendi. Bekar hastaların evli hastalara göre umutsuzluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12). Bener ve arkadaşlarının çalışmasında bekar hastaların umutsuzluk düzeyi evli hastalardan yüksek bulunmuştur (162). Buursma ve arkadaşlarının çalışmasında da evli olmayan hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığı belirtilmiştir (163). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da evli hastaların bekar hastalara göre daha az umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir (106). Buna göre eşlerinden sosyal destek alan hastaların umutsuzluğunun azaldığı söylenebilir. Hastanın eşinden aldığı destek olumlu baş etme tutumlarını güçlendirebilir.

Araştırmada eğitim durumu ile umutsuzluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.13). Benzer çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha az umutsuzluk yaşadığından bahsedilmiştir (106,162). Robinson ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır (124). Kocalevent ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına göre eğitim seviyesi ile umutsuzluk arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (164). Eğitim düzeyi yüksek bireylerin modern tıbbi gelişimleri takip etmesi ve güvenmesi umutsuzluk düzeylerini düşürebilir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların çalışma durumu ile umutsuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi (Tablo 4.14). Katar'da meme kanserli kadınlarla yapılan bir araştırmada ev hanımı bireylerin çalışan bireylere göre daha az umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir (162). Eslami ve arkadaşlarının araştırmasında işsiz hastaların düşük sosyoekonomik düzeyin bir sonucu olarak umutsuzluğu daha fazla deneyimlediği sonucuna varılmıştır (161). Robinson ve arkadaşlarının araştırmasında daha fazla istihdamın daha az umutsuzlukla ilişkili olduğu savunulmuştur (124). Religioni ve arkadaşlarının araştırmasında da benzer şekilde emeklilerin çalışan kesime göre daha yüksek umutsuzluk yaşadığı ortaya çıkmıştır (161). Belli bir iş ile uğraşan bireyler, kendini gerçekleştirebildiğinden, umutsuzluk düzeyleri azalabilir. İş sahibi olmak, dikkati başka yöne çekeceğinden bir baş etme stratejisi sayılabilir.

Hastaların gelir durumuna göre toplam umutsuzluk puanı ve BUÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Geliri giderinden az olan hastaların umutsuzluk düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.15). Karakurt ve arkadaşlarının araştırmasında da ekonomik yetersizlik yaşayan hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığı sonucuna varılmıştır (106). Kocalevent ve arkadaşlarının araştırmasında gelir düzeyi düştükçe umutsuzluk seviyesinde artış görülmüştür (164). Benzer şekilde Religioni ve arkadaşlarının araştırmasında da gelir düzeyi düşük olan hastalar diğer gruplara göre daha fazla umutsuzluk puanı almışlardır (161). Bu durum ekonomik kaygıların, hastaların umutsuzluğunu şiddetlendirilmesi ile açıklanabilir. Bireylerin hem fizyolojik yük hem de maddi yük ile baş etmesi zor olabilir.

Araştırma verilerinin sonuçlarına göre MYÖ ile BUÖ ve tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 4.16). Hastaların manevi yönelim düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinde azalma olduğu belirlendi. Maneviyat, kanser hastalarının baş etme mekanizmalarını güçlendirerek umutsuzluk düzeyini düşürebilir. Bireylerin dayanıklılıklarını destekleyebilir. Olumlu düşünceleri besleyerek hastaların ruhsal dirençlerini artırabilir. Bu sebeple manevi yönelimi yüksek olan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha düşük olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları şöyledir:

- Araştırmaya alınan hastaların çoğunun, 50-65 yaş aralığında, kadın, evli, ilköğretim mezunu, çalışmayan, geliri giderine denk bireyler olduğu belirlendi.
- Hastaların; maneviyatlarının yüksek, umutsuzluklarının düşük düzeyde olduğu saptandı.
- Araştırmaya dahil edilen hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu gibi demografik özelliklerinin maneviyatları üzerinde etkili olduğu belirlendi.
- Hastaların; yaş, medeni durum, gelir durumu gibi demografik özelliklerinin bireylerin umutsuzluk düzeyi üzerinde etkili olduğu; ancak cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun umutsuzluk üzerine etkili olmadığı belirlendi.
- Kanserli bireylerin maneviyatları ile umutsuzlukları arasında negatif korelasyon olduğu saptandı. Hastaların maneviyat düzeyleri arttıkça, umutsuzluk düzeylerinin azaldığı belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Hastaların manevi sıkıntıları ve umutsuzluklarına yönelik hemşirelik girişimleri bakım planına eklenebilir.
- Manevi bakım bilgi ve deneyimini artırmak amacıyla, hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim, seminer, kurs programları düzenlenebilir. Hemşirelik öğrencileri ders müfredatlarına manevi bakım eklenebilir.
- Araştırma, daha geniş örneklem büyüklükleri ile, farklı bölgelerde tekrarlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3. Baskı, Ankara, 2011: 246-47.
2. Enç N, Can G, Tülek Z, İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014:369.
3. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 12 Eylül 2019.
4. Jimenez FP, Lorenzo SU, Ferrando PJ, Bayonas AC, Beato C, Garcia T, Munoz MM, Ramchandani A, Ghanem I, Capote AR, Jara C, Calderon C, The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients, *Support Care Cancer*, 2018, 26:1411–18.
5. Kestanbaum A, Shields M, James J, Hocker W, Morgan S, Karve S, Rabow MW, Dunn LB, What impact do chaplains have? A pilot study of spiritual AIM for advanced cancer patients in outpatient palliative care, *J Pain Symptom Manage*, 2017, 54:707-14.
6. Rainbow TH, Fong T, Lo P, Ho S, Lee P, Leung P, Spiegel D, Chan C, Randomized controlled trial of supportive-expressive group therapy and body-mind-spirit intervention for chinese non-metastatic breast cancer patients, *Support Care Cancer*, 2016, 24:4929–37.
7. Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC, Vieira M, Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy, *Int J Nurs Knowl*, 2017, 28: 44-52.
8. Meluch A, Spiritual support experienced at a cancer wellness center, *South Commun J*, 2018, 83:3.
9. Torabi F, Rassouli M, Nouran M, Borumandnia N, Şirinabadi F, Nikseresht F, The effect of spiritual care on adolescents coping with cancer, *Holist Nurs Pract*, 2018, 32:149-59.
10. Solano JP, Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE, Resilience and hope during advanced disease: A pilot study with metastatic colorectal cancer patients, *BMC Palliat Care*, 2016, 15:2-8.
11. Martoni AA, Varani S, Roganti D, Pannuti R, Pannuti F, Spiritual well being of italian advanced cancer patients in the home palliative care setting, *European Journal of Cancer Care*, 2017, 26:4.

12. Yeşil H, Kıran B, Alkan H, Ateş B, Kayalı B, Büyükçam S, Güler S, Ünlü İ, Sert ZN, Uysal M, Afyon kocatepe üniversitesi'nde meme kanseri tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı, *Medical journal of Kocatepe*, 2018, 19:42-7.
13. Hamilton JB, Emotional suffering and the use of spirituality as a resource among african american cancer survivors, *J Cancer Educ*, 2019, 34:409–11.
14. Wang YC, Lin CC, Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally Ill cancer patients, *Cancer Nursing an International Journal or Cancer Care*, 2016, 39:43-50.
15. Gheihman G, Zimmermann C, Deckert A, Fitzgerald P, Mischitelle A, Rydall A, Schimmer A, Gagliese L, Lo C, Rodin G, Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2016, 25:979-89.
16. Ay A, Çavuşoğlu H, Kanserli 15-19 yaş grubu adolesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2016, 8:232-40.
17. McFarland DC, Walsh L, Napolitano S, Morita J, Jaiswall R, Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors, *Oncology Journal*, 2019, 33:6.
18. Ülger E, Alacalıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO, Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014, 28:85-92.
19. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L, Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012; 21:189-219.
20. Diaz D, Baca E, Foncillas JG, Castroman JL, Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments, *Eur J Cancer Care*, 2016, 25:608-15.
21. Tojal C, Costa R, Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2015, 24:1060-65.
22. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 12 Eylül 2019.
23. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> 12 Eylül 2019.
24. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> 12Eylül 2019.
25. <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf> 12Eylül 2019.

26. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> 12 Eylül 2019.
27. Bora BB, Soyutun Çİ, Aygün A, Özdemir TA, T.C. sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı,2017, Ankara, 2018:29-43.
28. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> 12 Eylül 2019.
29. Çelik S, Usta Yeşilbakan Ö. Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, 3. Baskı, Ankara, Nobel Kitapevi, 2015:380-406.
30. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Patofizyoloji: Pratik Bir Yaklaşım, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2016.
31. <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx> 12 Eylül 2019.
32. Baykara O, Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5:3.
33. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir.html> 05 Ekim 2019.
34. Barbaros B, Dikmen M, Kanser immünoterapisi, *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 31:177-81.
35. Çalikuşu Z, Kanserde immünoterapi yan etkileri ve yönetimi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 10:142-47.
36. Özlük AA, Güner Oytun M, Günenç D, Kanser immünoterapisi, *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 2017, 2:21-2.
37. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/kemik_iligi.pdf 17 Şubat 2020.
38. <https://www.cancer.org/cancer/chronic-myeloid-leukemia/about/normal-bone-and-blood.html> 17 Şubat 2020.
39. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/432-hormonal-tedavi.html> 30 Eylül 2019.
40. Serin M, Uğurluer G, Hipertermi, *Türkiye Klinikleri Radyasyon Onkolojisi*, 2015, 1:57-63.
41. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/hyperthermia.html> 30 Eylül 2019.
42. Karakullukçu B, İla K, Nüks baş boyun kanserlerinin son tedavi seçenekleri, *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi*, 2017, 27:56-64.
43. Rashnonejad A, Durmaz B, Özkınay F, Gen tedavisinin temel ilkeleri ve son gelişmeler, *Ege Tıp Dergisi*, 2014, 53:231-40.

44. Genç AC, Hacıbekiroğlu B, Mikrobiyota ve kanser, *Journal Biotechnol and Strategic Health Research*, 2017,1:123-31.
45. Kahraman M, Karahan A, Probiyotiklerin tümör baskılayıcı etkileri, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2018, 75:421-42.
46. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> 10 Ekim 2019.
47. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M, Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2013, 6:4.
48. Boztilki M, Ardıç E, Maneviyat ve sağlık, *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3:39-45.
49. Şen S, Aygin D, Sert H, Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1:21-35.
50. Karşlı N, İnançım olmasaydı kendimi öldürürdüm! Şizofreniden muzdarip hastalarda manevi başa çıkma, *KTÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2015, 1:159-88.
51. KomijoY, Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy, *Japan Journal of Nursing Science*, 2019, 17:1-12.
52. Ripamonti C, Federico G, Silvia G, Guido M, Spiritual care in cancer patients a need or an option, *Current Opinion in Oncology*, 2018, 30:212–18.
53. Spencer TS, Flaming chalice of hope: A case study of suicide prevention in a faith community, *J Religions*, 2018, 9:123.
54. Costanza A, Prelati M, Pampili M, The meaning in life in suicidal patients: the presence and the search for constructs, a systematic review, *J Medicina*, 2019, 55:8.
55. Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J, Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer, *J. Medicina*, 2018, 97:35.
56. Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, Breitbart W, Why is meaning- centered groups psychotherapy effective enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2017, 27: 654-60.
57. Silva GCN, Reis DCD, Miranda TPS, Melo RNR, Coutinho MAP, Paschoal GDS, Chaves EDCL, Religious spiritual coping and spiritual distress in people with cancer, *Rev Bras Enferm*, 2019, 72:1534-40.
58. Torrelles MG, Royo CM, Prat AR, Sales JP, Balaguer A, Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: a systematic review and realist synthesis, *Palliative Medicine*, 2017, 31:798-813.

59. Sira N, Lamon A, Foster CL, Relational and spiritual coping among emerging and young adult cancer survivors, *J Holist Nurs*, 2019, 20:1-16.
60. Cheng Q, Liu X, Li X, Wang Y, Mao T, Chen Y, Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care, *Supportive Care in Cancer*, 2019, 27:3403–09.
61. Sharif SP, Ong FS, Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among malay muslim women with breast cancer, *Journal of Religion and Health*, 2019, 58:1060–71.
62. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP, Quality-of-life and spirituality, *Journal International Review of Psychiatry*, 2017, 29:263-82.
63. Lucette A, Ironson G, Pargament KI, Krause N, Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions, *Psychosomatics*, 2016, 57:505-13.
64. Bovero A, Tosi C, Botto R, Opezzo M, Calvetto FG, Torta R, The spirituality in end-of-life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: a cross-sectional study, *Journal of Religion and Health*, 2019, 58:2144–60.
65. Talip MA, Abdollahi A, Spirituality moderates hopelessness, depression and suicidal behavior among malaysian adolescents, *Journal of Religion and Health*, 2017, 56:784-95.
66. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vosconcelus JLDE, Carvalho MVGD, Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy, *Rev Bras Enferm*, 2019, 72:3.
67. Flanigan M, Wyatt G, Lehto R, Spiritual perspectives on pain in advanced breast cancer: a scoping review, *Pain Management Nursing*, 2019, 20:432-43.
68. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszak A, Halska U, Tukiendorf A, Rymaszewska J, Zdrojowy R, Assessment of pain management acceptance of illness and adjustment to life with cancer in patients with nonmuscle invasive bladder cancer, *Biomed Res Int*, 2018, 10:1-10.
69. Taylor EJ, Park CG, Shoffner KS, Mamier I, Somaiya CK, Bahjri H, Nurse religiosity and spiritual care: an online survey, *Clinical Nursing Research*, 2019, 28:636-52.
70. Chew BWK, Tiew LH, Creedy DK, Acute care nurses perceptions of spirituality and spiritual care: an exploratory study in singapore, *Journal of Clinical Nursing*, 2016, 25:2520-27.

71. DeKoninck B, Hawkins LA, Fyke JP, Neal T, Currier K, Spiritual care practices nurses: a multinational study, *J Nurse Pract*, 2016, 8:536-44.
72. Şahin ZA, Özdemir FK, Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in turkey, *Journal Contemporary Nurse*, 2016, 52:454-61.
73. Burkhart L, Breyschneider A, Spiritual care in nursing practice in veteran health care, *Glob Qual Nurs Res*, 2019, 6:1-9.
74. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş SÇ, Sarıtaş S, Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3:21-24.
75. Sis ÇA, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T, Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1:1-12.
76. Atkinson C, Islamic values and nursing practice in kuwait, *J Holist Nurs*, 2015, 33:195-204.
77. Çınar F, Eti Aslan F, Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi, *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3:37-42.
78. Erişen M, Karaca Sivrikaya S, Manevi bakım ve hemşirelik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6:184-90.
79. Kalkim A, Sağkal MT, Dağhan Ş, Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competencies, *J Hosp Palliat Nurs*, 2018, 20:286-95.
80. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P, Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5:34-38.
81. Helsel D, Paper spirits and flower sacrifices: hmong shamans in the 21st century, *J Transcult Nurs*, 2019, 30:132-36.
82. Salman A, Lee YH, Spiritual practices and effects of spiritual well being and depression on elders self perceived health, *Applied Nursing Research*, 2019, 48:68-74.
83. Cooper KL, Chang E, Luck L, Dixon K, How nurses understand spirituality and spiritual care: a critical synthesis, *J Holist Nurs*, 2019, 20:1-8.
84. Gomes MV, Xavier ASG, Carvalho ESDS, Cordeiro RC, Ferreira SL, Morbeck AD, Waiting for a miracle, spirituality religiosity in coping with sickle cell disease, *Rev Bras Enferm*, 2019, 72:1554-61.
85. Yong H, Lu Y, Hou X, Guo R, Wang Y, Liu L, Gu Y, Sun H, Nurse-rated good death of chinese terminally ill patients with cancer: a cross-sectional study, *Eur J Cancer Care*, 2019, 28:6.

86. Green A, Godwin YSK, Jones CW, Perceptions of spiritual care education competence and barriers in providing spiritual care among registered nurses, *J Holist Nurs*, 2020, 38:41-51.
87. Howthorne DM, Gareden SC, The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice, *J Holist Nurs*, 2019, 20:10.
88. Timia SN, Browning K, Jacqueline BV, Rachel JM, Raheem JP, Assessing and managing spiritual distress in cancer survivorship, *Am J Cancer*, 2020, 20:40-47.
89. Moghimian M, Irajpour A, Arzani H, The inter professional dimensions of spiritual care for chronically ill patients: a qualitative study, *Nursing and Midwifery Studies*, 2019, 8:34-39.
90. Abdollahyar A, Baniosadi H, Doustmohammadi M, Şeyhbardesiri H, Yarmohammadian MH, Attitudes of Iranian nurses toward spirituality and spiritual care, *J Christ Nurs*, 2019, 36:11-16.
91. Chow K, Dahlin C, Integration of palliative care and oncology nursing, *Semin Oncol Nurs*, 2018, 34:192-201.
92. Lazenby M, Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients, *Semin Oncol Nurs*, 2018, 34:274-83.
93. Rochmawati E, Wiechula R, Cameron K, Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: an ethnographic study, *Nursing and Health Sciences*, 2018, 20:231-37.
94. <https://sozluk.gov.tr/> 25.02.2020.
95. Moyet LJC, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012, syf:487.
96. Uslu FS, Terzioğlu F, Koç G, Jinekolojik kanserli yatan hastaların ve hastalarının ümitsizliği, ölüm kaygısı ve sosyal destek, *Cancer Nursing an International Journal for Cancer Care*, 2019, 42:373-80.
97. Nehir S, Güngör TN, Kanserde umutsuzluk ve hastalık algısının belirlenmesi, *OMEGA - Ölüm ve Ölüm Dergisi*, 2019, 72:2.
98. Lannie A, Peelo Kilroe L, Hope to hope: experiences of older people with cancer in diverse settings, *Eur J Oncol Nurs*, 2019, 40:71-77.
99. Chan K, Wong F, Lee PH, A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: a feasibility test, *SAGE Open Nurs*, 2019, 5:1-13.

100. Zhong BL, Li SH, Lv SY, Tian SL, Liu ZD, Li, XB, Zhuang HQ, Tao R, Zhang W, Zhuo CJ, Suicidal ideation among chinese cancer in patients of general hospitals: prevalance and correlates, *Oncotarget*, 2017, 8:15.
101. Hollingsworth DW, Wingate LRR, Tucker RP, O' Keefe VM, Cole AB, Hope as a moderator of the relationship between interpersonal predictors of suicide and suicidal thinking in african americans, *J Black Psychol*, 2016, 42:2.
102. Parpa E, Tsilika E, Galanos A, Nikoloudi M, Mystakidou K, Depression as mediator and or moderator on the relationship between hopelessness and patients desire for hastened death, *Supportive Care in Cancer*, 2019, 27:4353-58
103. Shankar A, Murthy T, A Comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors, *Indian J Palliat Care*, 2019, 25: 414–420.
104. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Sevinç A, Camcı C, Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in turkish patients with cancer, *Supportive Care in Cancer*, 2012, 20:733–39.
105. Lee MS, Tyson DM, Gonzalez BD, Small BJ, Lechner SC, Antoni MH, Vinard A, Krause M, Meade C, Jacobsen PB, Anxiety and depression in spanish-speaking latina cancer patients prior to starting chemotherapy, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2018, 27:333-38.
106. Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A, Memiş Ş. Determination of hopelessness and quality of life in patients with heart disease: an example from eastern turkey, *Journal of Religion and Health*, 2018, 57:2092-2107.
107. Frutos DD, Garcia EB, Fernandez IM, Foncillas JG, Castroman JL, Suicide ideation among oncologic patients in a spanish ward, *Health Psychol Res*, 2016, 21:261-71.
108. Aloba O, Eyiolawi D, Correlates of hopelessness in clinically stable nigerian adults with sickle cell disease, *Niger J Clin Pract*, 2020, 23:219-25.
109. Tang L, Li Z, Pang Y, The differences and the relationship between demoralization and depression in chinese cancer patients, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2020, 29:532-38.
110. Heidari M, Borujeni MG, Rafiei H, The assessment effect of spiritual care on hopelessness and depression in suicide attempts, *Journal of Religion and Health*, 2019, 58:1453–61.
111. Penman J, Finding paradise within: how spirituality protects palliative care clients and caregivers from depression, *J Holist Nurs*, 2018, 36:243-54.

112. Mahayati SB, Allenidekania A, Happy H, Spirituality in adolescents with cancer, *Enfermeria Clinica*, 2018, 28:31-35.
113. Cipriano-Steffens TM, Carilli T, Hlubocky F, Quinn M, Fitchett G, Polite B, “Let go, Let god”: a qualitative study exploring cancer patients spirituality and its place in the medical setting, *Journal of Religion and Health*, 2019, 20:15-19.
114. Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, Breitbart W, Why is meaning-centered group psychotherapy (MCGP) effective, enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2018, 27: 654-60.
115. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Elekes KK, Veri SW, Borasio DG, Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients, *J Pain Symptom Manage*, 2017, 54: 514-22.
116. Nicholas DB, Barrera M, Granek L, D’Agostino NM, Shaheed J, Beaune L, Bouffet E, Antle B, Parental spirituality in life-threatening pediatric cancer, *J Psychosoc Oncol*, 2017, 35:323-34.
117. Nuraini T, Andrijano A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D, Spirituality-focused palliative care to improve indonesian breast cancer patient comfort, *Indian J Palliat Care*, 2018, 24: 196-201.
118. Shahrabaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F, Spirituality: a panacea for patients coping with heart failure, *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2017, 5:38-48.
119. Rambod M, Şerif F, Molazem Z, Khair K, Spirituality experiences in hemophilia patients: a phenomenological study, *Journal of Religion and Health*, 2019, 58:992–1002.
120. Cha KM, Kang SY, Hyun SY, Noh JS, Shin YM, Kim NH, Mediating effect of interpersonal coping on meaning in spirituality and quality of life and the influences of depression and anxiety thereon in cancer patients, *Palliative and Supportive Care*, 2019, 17:388-95.
121. Rentala S, MPhil T, Nattala P, Chan CLW, Konduru R, Effectiveness of body–mind–spirit intervention on well-being, functional impairment and quality of life among depressive patients – a randomized controlled trial, *Adv Nurs J*, 2015, 71:2153-63.
122. Bauereiss N, Obermaier S, Özünal SE, Baumeister H, Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with

- cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2018, 27:2531-45.
123. Gerhart J, Fitchett G, Lillis TA, Kuzel TM, Lo SS, Penedo F, Weldon CB, Diaz A, Brief spiritual well-being screening is nonlinearly related to psychological distress in ambulatory cancer patients, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2018, 27:2873-76.
 124. Robinson MA, Kim I, Mowbray O, Washington T, The effects of hopelessness on chronic disease among african americans and caribbean blacks: findings from the national survey of american life (NSAL), *Community Mental Health Journal*, 2020, 56:753-59.
 125. Albayrak A, Yıldırım İ, Kanser hastalarında yaşam kalitesini etkileyen din ve maneviyat üzerine teorik yaklaşımlar, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2019, 21:350-76.
 126. Yingting Z, Pal RY, Wilson WS, Lee A, Ong M, Hwa L, Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end of life patients: a mixed method study, *Int Emerg Nurs*, 2018, 37:13-22.
 127. Abell CH, Wright DG, Abell CE, Nurses perceptions of competence in providing spiritual care, *J Holist Nurs*, 2018, 36:33-37.
 128. Connerton CS, Moe CS, The essence of spiritual care, *Creative Nursing*, 2018, 24:36-41.
 129. Ellington L, Billitteri J, Reblin M, Clayton MF, Spiritual care communication in cancer patients, *Semin Oncol Nurs*, 2017, 33:517-25.
 130. Gomez MV, Rodriguez LM, importance of spiritual care in nursing practice, *J Holist Nurs*, 2017, 35:118-31.
 131. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T, Spiritual well being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy, *Cancer Nursing*, 2017, 40:209-16.
 132. Ku YL, Building spiritual care in nursing, *Journal of Christian Nursing*, 2017, 34:26-30.
 133. Musa AS, Spiritual care intervention and spiritual well-being: jordan muslim nurses perspectives, *J Holist Nurs*, 2017, 35:34-9.
 134. Nejat N, Whitehead L, Crowe M, The Use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer, *Contemporary Nurse*, 2017, 1:48-59.

135. Labrague LJ, Petite DM, Filipino nurses spirituality and provision of spiritual nursing care, *Clinical Nursing Research*, 2016, 25:607-25.
136. Judge D, Holistic care: are you recognizing a need for spiritual care, *J Nurse Pract*, 2016, 12:439-40.
137. Musa AS, Pevalin DJ, Shahin FI, Impact of spiritual perspective and religiosity on the self-rated health of jordanian arab christians, *J Transcult Nurs*, 2016, 27:550-57.
138. Cullen JG, Nursing Management, Religion and spirituality: a bibliometric review, a research agenda and implications for practice, *Journal of Nursing Management*, 2015, 24:291-99.
139. Wu LF, Tseng HC, Liao YC, Nurse education and willingness to provide spiritual care, *Nurse Education Today*, 2016, 38:36-41.
140. Fitch MI, Bartlett R, Patient perspectives about spirituality and spiritual care, *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2019, 6:111-21.
141. Kasapoğlu F, Manevi yönelim ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015, 16:51-68.
142. Beck AT, Weissman A, The measurement of pessimism: the hopelessness scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 6:861-65.
143. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu, C, Tekin D, Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenirliği, *Kriz*, 1993, 139-142.
144. Gudenkauf LM, Matthew MC, Novotny PJ, Piderman KM, Ehlers SL, Patten CA, Nes LS, Ruddy KJ, Sloan JA, Yang P, Spirituality and emotional distress among lung cancer survivors, *Clinical Lung Cancer*, 2019, 20:661-66.
145. Al-Natour A, Al-Momani M, Qandil MA, The Relationship between spirituality and quality of life of jordanian women diagnosed with breast cancer, *Journal of Religion and Health*, 2017, 56:2096-2108.
146. Charr EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR, Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study, *Supportive Care in Cancer*, 2018, 26:2581-90.
147. Sheppard VB, Walker R, Phillips W, Hudson V, Xu H, Cabling ML, He J, Sutton AL, Hamilton J, Spirituality in african-american breast cancer patients: implications for clinical and psychosocial care, *Journal of Religion and Health*, 2018, 57:1918-30.
148. Rohde GE, Young T, Winstanley J, Arraras JI, Black K, Boyle F, Bredart A, Costantini A, Guo J, Irarrazaval ME, Kobayashi K, Kruizinga R, Navarro M, Omidvari S,

- Serpentini S, Spry N, Serpentine HV, Yang G, Vivat B, Associations between sex, age and spiritual well-being scores on the EORTC QLQ-SWB32 for patients receiving palliative care for cancer: A further analysis of data from an international validation study, *Eur J Cancer Care*, 2019, 28:1-11.
149. Kamijo Y, Miyamura T, Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy, *Jpn J Nurs Sci*, 2020, 17:1-12.
 150. Munoz AR, Salsman JM, Stein KD, Cella D, Reference values of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being: a report from the american cancer society's studies of cancer survivors, *American Cancer Society Journals: Cancer*, 2015, 121:1838-44.
 151. Davis LZ, Cuneo M, Tayer PH, Goodheart MJ, Bender D, Lutgendorf SK, Changes in spiritual well-being and psychological outcomes in ovarian cancer survivors, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2018, 27:477-83.
 152. Ebenau A, Groot M, Visser A, Laarhoven H, Leeuwen RV, Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients perspectives and experiences, *Scand J Caring Sci*, 2019, 33:760-61.
 153. Yazgan EÖ, Demir A, Factors affecting the tendency of cancer patients for religion and spirituality: a questionnaire based study, *Journal of Religion and Health*, 2019, 58:891-907.
 154. Asgeirsdottir GH, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S, Sigurbjörnsson E, Traustadottir R, Kelly E, Young T, Vivat B, Spiritual well-being and quality of life among icelanders receiving palliative care: data from icelandic pilot-testing of a provisional measure of spiritual well-being from the european organisation for research and treatment of cancer, *Eur J Cancer Care*, 2017, 26:1-8.
 155. Best AL, Alcaraz KI, Examining the mediating role of cancer-related problems on spirituality and self-rated health among african america cancer survivors: a report from the american cancer society's studies of cancer survivors-II, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2015, 24:1051-59.
 156. Mollica MA, Underwood W, Homish GG, Homish DL, Orom H, Spirituality is associated with less treatment regret in men with localized prostate cancer, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2017, 26:1839-45.
 157. Madani H, Pourmemari M, Moghimi M, Rashvand F, Hopelessness, perceived social support and their relationship in iranian patients with cancer, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2018, 5:314-19.

158. Yeşilot SB, Öztunç G, Demirci PY, Manav Aİ, Paydas S, Akciğer kanserli hastalarda umutsuzluk ve algılanan sosyal destek seviyesinin değerlendirilmesi, *Uluslararası Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2017, 3.
159. Serafini G, Lamis DA, Aguglia A, Amerio A, Nebbia J, Geoffroy PA, Pompili M, Amore M, Hopelessness and its correlates with clinical outcomes in an outpatient setting, *J Affect Disord*, 2020, 263:472-79.
160. Efstathiou V, Papadopoulou A, Christodoulou C, Gournellis R, Michopoulos I, Ferentinos P, Papageorgiou C, Douzenis A, The relationship between hopelessness and clinical characteristics of hospitalized patients with recent suicide attempt, *Journal Issues in Mental Health Nursing*, 2018, 39:876-82.
161. Religioni U, Czerw A, Kozakiewicz AMB, Deptała A, Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life, and strategies of coping with illness among patients with gastric cancer, *J Cancer Educ*, 2019, 10:2-7.
162. Bener A, Alsulaiman R, Depression, Doodson L, Agathangelou T, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017, 18:1889-96.
163. Buursma MP, Tintle NL, Boven E, DeVon HA, Dunn SL, Lack of perceived social support in patients with ischemic heart disease is associated with hopelessness, *Arch Psychiatr Nurs*, 2020, 34:14-16.
164. Kocalevent RD, Finck C, Trujillo MP, Sautier L, Zill J, Hinz A, Standardization of the beck hopelessness scale in the general population, *J Ment Health* 2017, 26:516-22.
165. Eslami B, Kovacs AH, Moons P, Abbasi K, Jackson JL, Hopelessness among adults with congenital heart disease: cause for despair or hope, *Int J Cardiol Kalp Vasc*, 2017, 230:64-69.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Nazan TAŞAN

Doğum Tarihi: 27.10.1994

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	İnönü Üniversitesi	2017-...
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2013-2017

Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Pütürge Devlet Hastanesi	2020-...
Hemşire	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2020

EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma kanser tanısı almış hastalarda maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından sorulara vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sizin tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Hemşire Nazan Taşan


-
1. **Cinsiyet:** Kadın() Erkek()
 2. **Yaş:**
 3. **Medeni durum:** Evli() Bekar() Diğer()
 4. **Eğitim:** Okuryazar Değil() İlkokul() Lise() Üniversite()
 5. **Gelir durumu:** İyi() Kötü() Orta()
 6. **Çalışıyor musunuz:** Evet() Hayır()
-


EK-4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “evet” uygun değilse “hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	EVET	HAYIR
1-Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2-Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4-Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5-Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6-Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7- Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8-Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9-İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15-Geleceğe büyük inancım var.		
16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19-Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği


* B E R V 4 C J 7 3 *

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/09/2018-E.20252

Sayı : 68636013-770
Konu : Çalışma İzni

Nazan TAŞAN
Sağlık Bilimleri Fakültesi. 3. Kat

İlgi : 21/09/2018 Tarihli Dilekçeniz


"Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli çalışma ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi tarihli dilekçenize istinaden; Hastanemiz Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazıları yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Evren KÖSE
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:
1- Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı (1 Sayfa)
2- Tıbbi Onkolojisi bilim Dalı Başkanlığının Yazısı (1 Sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin: https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BERV4CJ73 Pin Code: 99781
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728
E-Posta: insankaynaklari@inonu.edu.tr İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Neslihan MUNYAR
Unvan: Yazı İşleri Memuru
Telefon No: 4223410660



Tarih ve Sayısı: 25/09/2018-E.72715

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 43853720-774.99
Konu : Çalışma İzni

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24/09/2018 tarihli ve 72429 sayılı yazınız,

Yazınıza istinaden ;Hemşire Nazan TAŞAN' ın "Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını kliniğimizde yapabilir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-izahdır

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Aysun ERASLAN
Anabilim Dalı Başkanı V.



Sayı : 46815138-774.99
Konu : Çalışma İzni

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24/09/2018 tarihli ve 72429 sayılı yazımız,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmakta olan Hemşire Nazan TAŞAN' ın "**Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" konulu çalışmasını bölümümüzde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

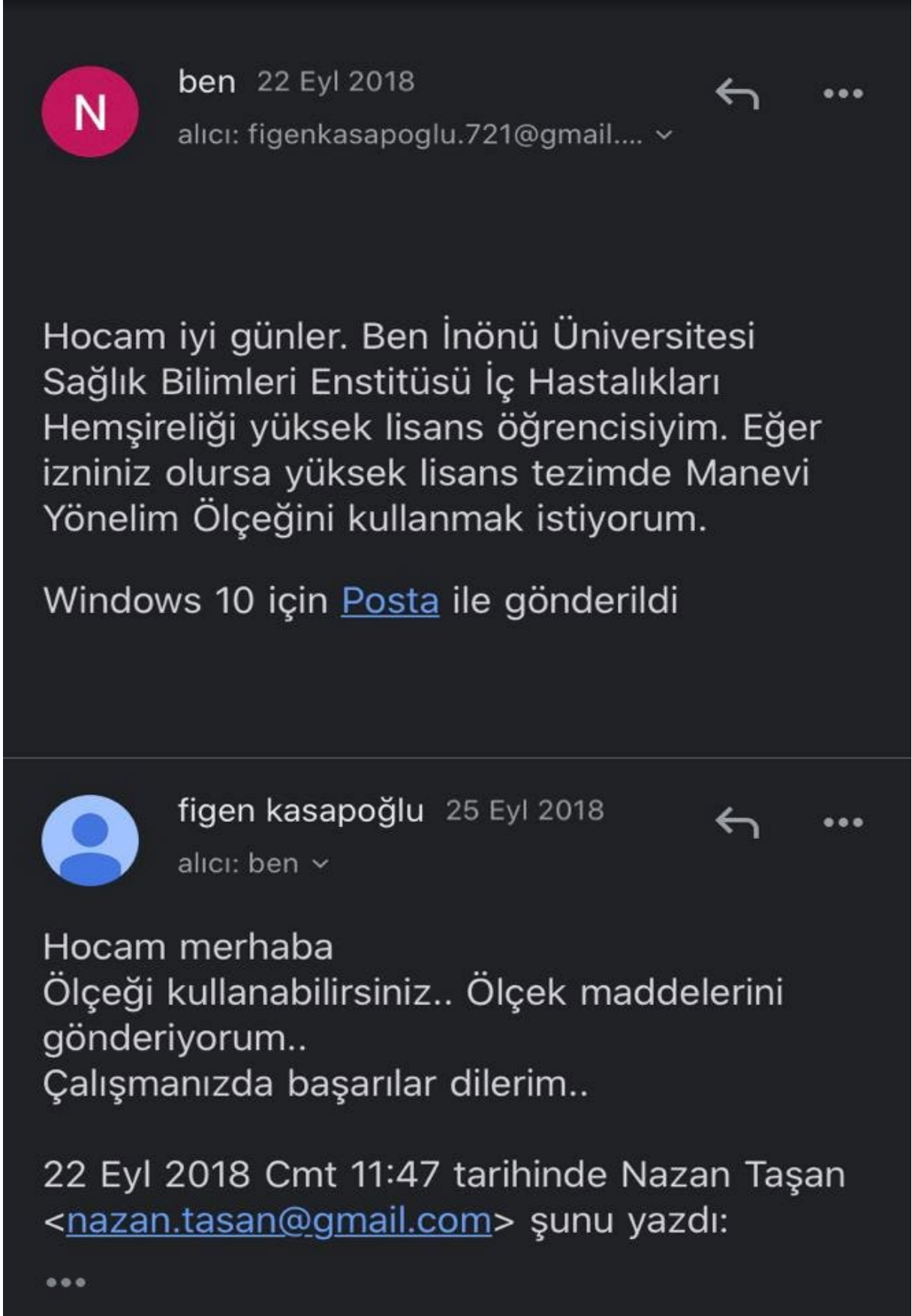
e-İmzalıdır

Prof.Dr. Emin Tamer ELKIRAN
Bilim Dalı Başkanı

EK-6. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Etik Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
06.11.2018	20	2018/20-13	
<p>Karar No: 2018/20-13: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 06.11.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğr. Üy. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'ın sorulu araştırmacı olduğu; Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire Nazan TAŞAN'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; “Kanser Hastalarında Maneviyat İle Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

EK-7. Manevi Yönelim Ölçeği Kullanım İzni



EK-8. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

