



**ONKOLOJİ HASTALARINDA MANEVİ İYİLİĞİN
UMUT VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Gölnaz ATA
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilek KILIÇ

Yüksek Lisans Tezi - 2018

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

**ONKOLOJİ HASTALARINDA MANEVİ İYİLİĞİN UMUT
VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Gülnaz ATA

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM
2018**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

**ONKOLOJİ HASTALARINDA MANEVİ İYİLİĞİN UMUT VE
DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Gülnaz ATA

Tez Savunma Tarihi : 06/08/2018


Tez Danışmanı : Prof. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM AKSÜT (Maltepe Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi

ERZURUM-2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanserin Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Kanserin Risk Faktörleri ve Nedenleri	8
2.1.3.1. Risk Faktörleri	8
2.1.3.2. Nedenleri.....	11
2.1.4. Kanserin Belirtileri	12
2.1.5. Kanserde Evreleme	14
2.1.6. Kanserin Tanı ve Tedavisi	15
2.1.6.1. Tanı	15
2.1.6.2. Tedavi	15
2.1.7. Kanserden Korunma ve Erken Teşhis	20
2.1.8. Kanser ve Psikososyal Sorunlar.....	22
2.2. Maneviyat ve Manevi İyilik Kavramları	26
2.3. Kanserde Manevi İyiliğin Rolü.....	29
2.4. Umut ve Umutsuzluk Kavramları.....	31

2.5. Kanser Hastaları İçin Umudun Önemi.....	33
2.6. Kanser ve Depresyon	35
2.7. Kanserde Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri	37
3. MATERYAL VE METOT.....	40
3.1. Araştırmanın Türü.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	41
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	41
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	41
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	41
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	41
3.5. Verilerin Toplanması	42
3.5.1. Veri Toplama Araçları	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	45
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	102
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	102
EK-2. HASTA TANITIM FORMU	103
EK-3. FACIT-SP-12 (VERSION 4) (MANEVİ İYİLİK ÖLÇEĞİ).....	105

EK-4. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ	106
EK-5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ	107
EK-6. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİNİ.....	110
EK-7. ÖLÇEKLER İÇİN MAİL İZİN YAZILARI	111
EK-8. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK ARAŞTIRMA ve UYGULAMAMERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI.....	114
EK-9. ERZURUM İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN YAZISI	116

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince en iyi şekilde yetişebilmem için her türlü bilgi, tecrübe ve anlayışıyla yanımda olan, destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, her daim minnet ve saygı duyacağım değerli hocam Prof. Dr. Dilek Kılıç'a,

Bilgi ve tecrübeleri ile eğitimimde önemli katkıları olan Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, onkoloji kliniklerinde çalışan ve araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen hekim arkadaşlarıma ve mesleki hayatımın en güzel zamanlarını paylaştığım değerli hemşire arkadaşlarım başta olmak üzere tüm meslektaşlarıma, araştırmaya gönüllü olarak katılan veya çeşitli nedenlerle katılamayan tüm kanser hastalarına ve ailelerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, destekleriyle özel ve akademik yaşamıma anlam katan birbirinden özel ve kıymetli dostlarıma ve akademisyen arkadaşlarıma,

Hayatımın mihenk taşları, değerlerimin ve kişiliğimin mimarları olan emektar annem ve babama, her adımında ve tüm kararlarımda beni destekleyen, en kıymetlilerim ablam ve kardeşlerime ve belki de sahip olabileceğim en güzel rollerden biri olan teyze rolünü bana en anlamlı şekilde yaşatan, yaşama sevincimi artıran yeğenlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gölnaz ATA

ÖZET

Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umud ve Depresyonla İlişkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, onkoloji hastalarında manevi iyiliğin, umut ve depresyonla ilişkisinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ve ilişkisel türde olan araştırmanın evrenini, Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji kliniklerinde yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise, bir örneklem hesabına gidilmeden araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili kliniklerde yatan 210 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak; Hasta Tanıtım Formu, FACIT-Sp-12 (Version 4), Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, One-Way Anova, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Bu araştırma sonucunda FACIT-Sp-12 (Version 4) ölçeği; Anlam alt boyut puan ortalaması 9.48 ± 1.98 , Barış alt boyut puan ortalaması 9.77 ± 2.45 , İnanç alt boyut puan ortalaması 12.78 ± 2.21 ve ölçeğin toplam puan ortalaması 32.02 ± 5.14 olarak bulunmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması 4.15 ± 4.17 ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 16.05 ± 8.29 olarak bulunmuştur. Hastalarda; manevi iyilik ile umutsuzluk ve depresyon arasında negatif yönde, depresyon ile umutsuzluk arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Onkoloji hastalarının manevi iyilik düzeyleri yüksek, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri düşük olup; manevi iyilik düzeyleri arttıkça umutsuzluk ve depresyon düzeyleri azalmakta, umut düzeyleri artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, hemşirelik, manevi iyilik, onkoloji hastası, umut, umutsuzluk

ABSTRACT

The Association of Spiritual Well-Being with Hope and Depression in Oncology Patients

Aim: The purpose of this study is to find out the association of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients.

Material and Method: The universe of this descriptive and relational study consists of patients hospitalized in oncology clinics of Atatürk University Research Hospital and Erzurum Training and Research Hospital between July 2017 and December 2017. No sample was chosen in the study and the sample consisted of 210 patients hospitalized in the aforementioned clinics between the dates the study was conducted. As for data collection tool, Patient Information Form, FACIT-Sp-12 (Version 4), Beck Hopelessness Scale and Beck Depression Inventory were used. The data were analyzed by using SPSS 22.0 program. Descriptive statistics, One-Way Anova, Pearson correlation and regression analysis were used in the assessment of research data.

Results: As a result of this research, FACIT-Sp-12 (Version 4) scale; Mean subscale average score was 9.48 ± 1.98 , Peace subscale average score was 9.77 ± 2.45 , Faith subscale average score was 12.78 ± 2.21 and mean total score was 32.02 ± 5.14 . The Beck Hopelessness Scale total score average was 4.15 ± 4.17 and the Beck Depression Inventory total score average was 16.05 ± 8.29 . Negative significant association was found in patients between spiritual well-being and hopelessness and depression but positive significant association between depression and hopelessness.

Conclusion: Spiritual well-being levels of oncology patients are high, while their hopelessness and depression levels are low; as levels of spiritual well-being increase, levels of hopelessness and depression decrease and levels of hope increase.

Key Words: Depression, hope, hopelessness, nursing, oncology patient, spiritual well-being

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AJCC	: Amerikan Kanser Komitesi
ICD-O	: International Classification of Diseases for Oncology
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
TDK	: Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Puan Ortalamaları.....	49
Şekil 4.2. Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalaması.....	49
Şekil 4.3. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması.....	50
Şekil 4.4. Manevi İyiliğin Umutsuzluk Üzerine Etkisi	62
Şekil 4.5. Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Umutsuzluk Üzerine Etkisi.....	63
Şekil 4.6. Manevi İyiliğin Depresyon Üzerine Etkisi.....	64
Şekil 4.7. Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Depresyon Üzerine Etkisi.....	65

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Manevi İyilik Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenirlilik Katsayıları	43
Tablo 3.2. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	44
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Manevi İyilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.6. Hastaların Manevi İyilik Düzeyi ile Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 4.7. Hastaların Manevi İyilik ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki	62
Tablo 4.8. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Umutsuzluk Üzerine Etkisi	63
Tablo 4.9. Hastaların Manevi İyilik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki	63
Tablo 4.10. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Depresyon Üzerine Etkisi	64

1. GİRİŞ

Dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sırada, ülkemizde de ikinci sırada yer alan kanser son yüzyılın önde gelen sağlık problemlerindendir. Küresel boyutta her yıl milyonlarca yeni kanser vakası teşhis edildiği ve kanser tanısı almış 25 milyon kişinin yaşamını sürdürdüğü bildirilmektedir. 2012 yılında dünya genelinde %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere 8.2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Dünya nüfusunun 2030 yılında yaklaşık 9 milyar olacağı, yılda 20 milyondan fazla yeni kanser vakası olacağı ve önümüzdeki 5 yıl içinde 70 milyondan fazla insana yeni kanser tanısı konulacağı tahmin edilmektedir.¹ Türkiye'de 2014 yılında toplam 163.417 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuş, toplam kanser insidansının ise yüz binde 210.2 olduğu bildirilmiştir.² İstatistiklerden de anlaşılacağı üzere, tüm dünyada her geçen gün daha fazla görülen ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kanser, fiziksel sorunlara neden olmasının yanı sıra, kısa ve uzun dönemli yan etkileri, hastanın işlevselliğinin sınırlanması ve daha birçok faktör nedeniyle; bireyde işle ilgili endişe ve kaygılara, emosyonel problemlere, rol ve sorumluluklarında önemli değişikliklere, manevi sıkıntıya, depresyon ve umutsuzluk gibi birçok psikososyal soruna neden olmaktadır.³

Kansere bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar düşünüldüğünde sağlık bakımının sunumunda en kapsamlı yaklaşım olarak kabul edilen bütüncül (holistik) bakım yaklaşımı akıllara gelmektedir. Holistik bakım yaklaşımına göre birey; bedensel, mental, emosyonel, sosyokültürel ve spiritüel boyutları ile bir bütün olup bu boyutlar birbirleri ile ilişkilidir. Bütüncül yaklaşımın sağlık bakımında sunulmaya başlanmasıyla birlikte bireylerin manevi boyutu önem kazanmıştır.⁴ Latince "spiritus" kelimesine dayanan ve "nefes" anlamına gelen maneviyat kavramının sağlık literatüründe; yaşamın anlam ve amacını araştırma, dua, meditasyon gibi fiziksel olmayan yollarla iyileşme, iç huzur ve iyi olma duygusu gibi çeşitli tanımları yapılmış olmakla birlikte Ross tarafından "yaşama

isteği, anlam ve amaç, kendine, diğerlerine ve Yaratıcı' ya güven'' olarak tanımlanmıştır.⁵ Daştan ve Buzlu⁶ ise maneviyatın dini inancın bir kısmı olduğunu savunmuş ve dini inancın daha geniş bir kavram olduğunu belirtmiştir.

Manevi iyiliğin temel bileşenleri incelendiğinde; yaşamın anlam ve gayesi, kişisel inanç sistemleri, kişinin kendisinden büyük ve yüce olan bir varlığa inanması ve kendisiyle, toplumla ve Allah'la olan ilişkileri anlamına gelen bir diğergamlık hissini, diğerlerine yardım etme isteğini ve kamu iyiliği için çalışma sevgisini içerdiği gözlenmektedir.⁷ Maneviyat; insan sağlığının dört boyutundan biri olup, hastalıklarla baş etmede, iyilik halinin sağlanmasında ve kronik hastalıkların tedavi ve iyileşme sürecinde büyük öneme sahiptir.^{8,9} Bu nedenle manevi iyilik kanserde pozitif psikolojik değişikliklerle yakından ilişkilidir.⁹ Yapılan çalışmalara göre; maneviyatın kanser gibi varoluşsal krize neden olan hastalıklara sahip bireylerin başa çıkma yeteneklerinde önemli bir kavram olduğu; bireyin iyi oluşunu, umudunu, hastalığından anlam bulma yeteneğini ve yaşam kalitesini artırdığı; stres, anksiyete, depresyon, ölüm ve öz kıyım düşüncelerini azalttığı ve yüksek manevi iyiliğin ve yaşamı anlamlı olarak tanımlamanın; yüksek psikolojik iyilik seviyeleri ve düşük stres seviyeleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu da hastalık sürecini olumlu etkileyen bir durumdur.¹⁰⁻¹⁵

Kanserde bütüncül bakımın sağlanması ile ilgili, sağlık alanında ilk kez 1950-1960'lı yıllarda üzerinde durulmaya başlanan ve temeli 13.yüzyıla dayanan umut kavramı karşımıza çıkmaktadır.^{3,16,17} Gelecek odaklı, çok boyutlu bir dinamik olan umut, kanser hastalarında kritik bir kavram olup, fizyolojik ve duygusal olarak hastalığın sebep olduğu krizle baş etmek için önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır. Araştırmalara göre; kanser hastalarında umudun psikolojik huzursuzluğu azaltıp, yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini artırdığı, daha iyi ağrı kontrolü sağladığı ve ağrının şiddetini azalttığı bilinmektedir.^{10,18,19} Ayrıca umut, bireyin pozitif bakışını ve iyilik halini desteklemede,

fiziksel ve ruhsal iyilik halini geliştirmede önemli olup, bireyi psikolojik olduğu kadar fizyolojik yönden de destekleyerek geleceğe uyum sağlayabilmesi için ona güç vermekte ve hayattan anlam bulmasını sağlamaktadır. Kanser hastalarının umut düzeyinin düşmesi, depresyonun daha sık ortaya çıkmasına ve yaşam süresinin kısılmasına neden olmaktadır.^{10,18}

Tümörün türüne, hastanın bireysel özelliklerine, fiziksel olarak işlev düzeyine ve daha birçok faktöre bağlı olarak kanser hastalarında depresyon görülme durumu farklılık gösterebilmektedir.²⁰ Kanser hastalarında en fazla görülen ruhsal problem olan depresyonun oranı %4.5-%58 gibi aralıkta değişmekle birlikte, sağlıklı bireylere göre 2-3 kat daha fazladır.^{12,21,22} Kanserde eş tanı olarak depresyonun yaygın olarak konulduğu ve bu oranın her geçen gün arttığı bildirilmektedir.^{23,24} Kanser hastalarında depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı depresyon ve en sık olarak da majör depresyon görülmektedir.²¹

Depresyon kanser hastasının yaşam kalitesini, öz bakımını, baş etme gücünü, tedaviye uyumunu ve zamanla hastalığın şiddetini, gidişatını etkilemekte ve aynı zamanda öz kırım gibi ciddi sorunlara da neden olabilmektedir.^{21,25-27} Bu bilgiler ışığında onkoloji hastalarında, manevi iyiliğin, umut ve depresyonla ilişkisini araştırmalarla ortaya koymak ve bütüncül sağlık bakımının sunumunda önemli rolleri bulunan hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarını arttırmak son derece önemlidir. Bu doğrultuda bu araştırma onkoloji hastalarında manevi iyiliğin, umut ve depresyonla ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı ve Tarihçesi

İnsan yaşamını; fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları başta olmak üzere tüm yönleriyle tehdit eden, organ veya dokulardaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünüp çoğalması ve anormal yayılımı ile karakterize bir hastalık olan kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir.^{26,28-30} Kanser, her geçen gün insan yaşamını daha fazla tehdit eden bir durum olarak karşımıza çıkmakta, daha fazla araştırmalara konu olmakta ve yüzyılın önemli sağlık kaygısı olarak kabul edilmektedir.²⁹ Günümüzde korunma, erken teşhis ve tedavi sürecindeki birçok ilerlemeye rağmen kanser hala ölüme eşdeğer bir hastalık olarak görülmektedir.³¹ Kanser, yüzyılın başlarında ölüme sebebiyet veren hastalıklar sıralamasında daha gerilerde iken, günümüzde birçok ülkede ve Türkiye’de tedavi olanaklarındaki tüm ilerlemelere rağmen bireyin sağlık durumunu tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir. Kanser, küresel bağlamda ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kanser, ölümlerin %25’inden sorumlu iken dünyada genelinde ölümlerin yaklaşık %10’undan sorumludur. 2015 yılında dünya üzerinde 8.8 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir.^{32,33}

Kanser kelimesi; Latince’de yengeç anlamına gelen “crab” sözcüğünden türetilmiş olup, Hipokrat (MÖ 460-370) hastalığın başladığı bölgeden diğer organlara yayılmasından yola çıkarak bu tanımlamayı yapmıştır. Hipokrat aynı zamanda kanseri, organizmada meydana gelen ve iyileşmeyen yeni yapılanmalar olarak tanımlamıştır. Genellikle; vücut yüzeyinde yavaş büyüyen, ağrının eşlik ettiği, sıcak, kırmızı, vücudun diğer oluşumlarından farklı karakterde ve ülserli oluşum özelliğindeki şişlikleri Hipokrat ‘‘karkinoma’’ veya ‘‘karkinos’’ olarak adlandırırken, Galen ise yengece benzeterik

“yengeç” ismi vermiştir. Yengeç ismi verilmesinin diğer bir nedeninin de yengeç ısırması sonucu ortaya çıkan karakteristik ağrıya benzerlik göstermesi olduğuna inanılmaktadır. Bu dönemlerde kara safra, kanser oluşumdan sorumlu tutulan temel unsur olmuştur. Kanserden korunmada diyetle ilişkin düzenlemeler, 18. yüzyıla kadar güncel olarak yer almış, kanserin tedavisinde ise ülser tedavisinde kullanılan, bakır, sülfür, arsenik gibi metalik tuzlar kullanılmıştır.³¹

Kanser, olağan sınırlarının ötesinde anormal hücrelerin büyümesiyle karakterize geniş bir hastalık grubunun genel adıdır. Kanser için kullanılan yaygın diğer terimler malign tümörler ve neoplazidir.³⁴⁻³⁷ Neoplazi “neo” yeni ve “plazi” oluşum anlamına gelen iki yunanca kelimenin birleşmesinden oluşmaktadır.³⁸ Babil çivi yazısı, eski Hint yazıları ve Mısır papirüsleri, malign tümörlerle ilgili ilk tanımlamalara rastlanılan kaynaklar arasındadır. M.Ö. 15. Yüzyılda Ebers Papirüsünde tümör tedavisinin ölüme sebebiyet verebileceği bilgisi yer almaktadır. Galen’in çalışmalarında ve antik döneme ait Yunan tıbbi kayıtlarında birçok kanser olgusuna ilişkin bilgilerin yer aldığı bildirilmektedir.^{31,35,36} Avrupa tıbbında kanserin tanımlaması ile ilgili yeni gelişmeler Rönesans döneminde olmuş, kanserle ilgili ilk mikroskobik incelemeyi ise İtalyan hekim Marcello Malpighi (1628-1694) yapmıştır. Marcallo gibi İtalyan bir hekim olan Morgagni (1682-1771) ise günümüzde bilinen birçok kanser türünü tanımlayarak, primer tümör ve sekonder tümör ayrımını yapmıştır. Kanser, on yedinci yüzyıldaki cerrahi uygulamalarla birlikte dokunulmaması gereken bir olgu olmaktan çıkmış ve bu dönemde patolojik anatominin temelleri atılmıştır. On sekizinci yüzyılda lenfatik sistemle kanser arasında bağlantı kurularak kanserin tedavisinde lenf bezlerinin çıkarılması işlemi uygulanmaya başlanmıştır. On dokuzuncu yüzyılın başlarında kanserle ilgili araştırmalar ve teşhis tedavisine ilişkin önemli adımlar atılmıştır.³¹

Türk tıp tarihinde ise 1300'lü yıllarda kanser; fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde ağrılı, etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanan “seretan” kelimesi ile tanımlanmıştır. Hipokrat ve Galen döneminde olduğu gibi, Türk tıp tarihinde de kanserden kara safra sorumlu tutulmuştur. O dönemde kanserin çevresi dağlanarak ve kitle kesilerek tedavi edilmekte, ancak ebat olarak büyük olup, uzun zamandır süregelen kitlelerin dağlanmaması gerektiği de bilinmekteydi. Seretanın açılıp yara meydana gelmesi durumunda ise çeşitli merhemler, kurşun dioksit, mum ve çam sakızı gibi karışımlar yapıp kullanılmıştır.³¹

2.1.2. Kanserın Epidemiyolojisi

Küresel değişim ve eğilimler, hızlı toplumsal ve ekonomik dönüşümler, endüstrileşmeye bağlı yaşam biçimlerinde değişim, üreme, beslenme ve hormonal risk faktörleri ve daha birçok faktörle ilişkili olan kanser, her geçen gün daha fazla öneme sahip olan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser insidansı, dünyanın neredeyse her bölgesinde gün geçtikçe artmaktadır. Bununla birlikte insidans oranları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermekte, daha gelişmiş bölgelerde en yüksek seviyede iken, erken teşhis ve tedavi olanaklarına ulaşılabilmesi nedeniyle mortalite ise orta ve az gelişmiş ülkelerde nispeten daha yüksektir.^{1,39} Kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %75'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü belirtilmekte ve kanser olgularının büyük bir kısmının önümüzdeki yıllarda da az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir.^{36,40,41} Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) verilerine göre; 2012 yılında tüm kanserlerin yarısından fazlasının (%56.8) ve kansere bağlı ölümlerin büyük çoğunluğunun (%64.9) dünyanın daha az gelişmiş bölgelerinde meydana geldiği ve bu oranların 2025 yılına kadar artmaya devam edeceği belirtilmektedir.^{1,39} Kanserın şüphesiz en çarpıcı sonucu ölümdür ve kanser, bugün birçok

dünya ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırayı almaktadır. Bu açıdan kanser, önemli bir toplum sağlığı problemidir.^{27,28,41,42}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre, son 30 yılda küresel kanser yükü iki katına çıkmıştır.⁴² 2012 yılında dünya çapında 8.2 milyon, 2015 yılında 8.8 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir.³⁰ IARC verilerine göre; 2012 yılında dünya genelinde yeni kanser vakasının 14 milyon olduğu, küresel boyutta yeni kanser olgularının 2020 yılına gelindiğinde, yılda 20 milyonu bulacağı ve benzer seyir devam ettiği taktirde 2030 yılında dünyada yıllık 27 milyon yeni kanser vakasının olacağı tahmin edilmektedir.^{32,43,44} Görülme oranı açısından en fazla akciğer kanseri, sonrasında meme ve kolorektal kanserler sırayı almakta, bunları mide ve karaciğer kanserleri izlemektedir. Dünya çapında prostat, akciğer ve kolon kanserleri erkeklerde; meme, kolon, serviks ve akciğer kanserleri kadınlarda görülen ilk üç kanser türüdür. Erkeklerde sıklıkla akciğer (%16.5), kadınlarda ise meme kanserine (%23) rastlanmaktadır. Meme kanseri, özellikle gelişmiş ülkelerde dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve akciğer kanserini takiben dünya çapında kanserden ikinci ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Akciğer, meme, kolorektal ve mide kanserleri tüm kanser türlerinin %40’ını oluşturmaktadır.^{1,24,39,45,46} Serviks kanseri de kadınları meme, kolorektal ve akciğer kanserlerinden sonra etkileyen dördüncü sık görülen kanser olup, Afrika'nın kaynak yetersizliği olan bölgelerinde daha belirgin görülmekte ve dünya genelindeki kadınlarda kanser ölümünün dördüncü en yaygın nedenini oluşturmaktadır.^{1,39}

Mortalite oranları açısından değerlendirildiğinde; 2014 yılında Avrupa’daki yaklaşık her 4 ölümden 1’inin, 2016 yılında da Türkiye’de her 5 ölümden 1’inin kanserden kaynaklandığı bilinmektedir. Yaş kriteri göz önüne alındığında Avrupa ülkelerinde 65 yaş altı ölümlerin %38’inin, Türkiye’de ise 2014 ve 2016 yıllarında %28’inin kanserden

kaynaklandığı rapor edilmiştir. Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üstü ölümlerin %25'inin, Türkiye'de bu oranın 2014 yılında %17, 2016 yılında %16'sının kanserden kaynaklandığı belirtilmektedir.⁴⁷ Kansere bağlı ölümlerde mortalitesi en yüksek kanser tipi akciğer kanseri olup, bu sırayı karaciğer ve mide kanserine bağlı ölümler izlemektedir.^{1,24,39,45,46}

Kanserin şüphesiz bir diğer olumsuz etkisi de ekonomi üzerine olmaktadır. Kanser, ekonomileri tüm gelir düzeylerinde tehdit ettiği gibi, bireyler ve aileler için mali bir felakete neden olmaktadır. Örneğin; 2010 yılında, kanserin toplam yıllık ekonomik maliyetinin yaklaşık 1,16 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir.^{34,40}

2.1.3. Kanserin Risk Faktörleri ve Nedenleri

Kanser genel olarak; genetik, sistemik ve çevresel faktörler olmak üzere üç unsurun birbiriyle etkileşimi ile ortaya çıkar. Beslenme, endüstriyel kirlilik ve virüsler çevresel faktörler arasında yer alırken, immün sistemde görülen bozulmalar sistemik etkenler arasındadır. Bunun yanı sıra onkogenlerde etkinleşmeye neden olan gen mutasyonları, bazı ailesel mutasyonlar ve kromozomal değişiklikler de genetik faktörler arasında yer almaktadır. Bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda kanserin kalıtsal, ailesel ve genetik etmenlere bağlı olarak gelişebileceği gibi bilinçli ya da bilinçsiz olarak etkileşimde bulunulan çevresel faktörlerin ve kanserojen maddelerin etkisiyle de ortaya çıkabileceği anlaşılmaktadır. Her ne sebeple olursa olsun DNA'daki hasar, her durumda hücredeki temel bozukluktur. Kanser; hasarlı DNA taşıyan kusurlu hücrenin ya da hücre topluluğunun denetim dışı çoğalması ve değişime uğraması ile seyreden, hücrenin anormal bir şekilde büyümesi ve çoğalması ile tanımlanan çok sayıda faktörün eşlik ettiği bir hastalıktır.⁴⁸

2.1.3.1. Risk Faktörleri

Kanserde risk faktörü, belli bir tür kansere yakalanma olasılığını artıran her şeydir. Tüm kanser vakalarının %30-50'sinin önlenebilir olduğu bildirilmektedir.

Önleme, kanser kontrolü için en uygun maliyetli ve uzun vadeli stratejidir. Bu nedenle kanserin risk faktörlerinin bilinmesi, bu konuda farkındalık oluşturulması, risk faktörlerine maruziyetin azaltılması ve bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri için ihtiyaç duydukları bilgi ve desteğin sağlanması konusunda ulusal politikalar ve programlar gerekmektedir. Kanserde risk faktörleri; davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik risk faktörleri olmak üzere dört grupta incelenir.^{49,50}

Davranışsal Risk Faktörleri: Tütün ve alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, fiziksel hareket azlığı gibi değiştirilebilen risk faktörleridir. Tütün kullanımı sadece risk faktörü olmayıp aynı zamanda kanser ölümlerinin yaklaşık %22'sinden sorumludur.^{34,49,50} Alkol kullanımı; ağız boşluğu, farinks, larenks, özofagus, karaciğer, kolorektum ve meme kanseri gibi birçok kanser türü için risk teşkil etmekte ve tüketilen alkol miktarı ile kanser riski arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Birkaç kanser türü için, tütün kullanımıyla birlikte alkolün yoğun bir şekilde tüketilmesi, riski büyük ölçüde artırır. 2010 yılında alkol bağımlısı kanserler, ağırlıklı olarak erkekler arasında 337.400 ölümden sorumlu olarak tahmin edilmiştir. Obezite ve yetersiz fiziksel aktivitenin, kolorektal kanser ve özofagus kanseri gibi gastrointestinal sistem kanserler, yumurtalık ve endometriyal kanser gibi jinekolojik kanserler ve pankreas ve safrakesesi gibi kanser türleri için özellikle risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra meyve sebzedden fakir diyetin gastrointestinal sistem kanserleri başta olmak üzere daha birçok kanser türü açısından risk teşkil ettiği, kırmızı etin fazla tüketilmesinin, yanmış gıdalar ve katkı maddesi içeren yiyecekleri tüketmenin özellikle kolorektal kanser riskini artırdığı bildirilmektedir.^{49,51}

Biyolojik Risk Faktörleri: Cinsiyet, yaş ve ırk gibi fiziksel özellikler, biyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Fiziksel ve biyolojik etmenlerin, kansere neden olup olmayacağı, kanser tipine göre değişiklik gösterir. Cinsiyetle doğrudan ilişkili olan bazı kanser türleri vardır. Örneğin; prostat kanseri erkeklerde, memedeki malign oluşumlar ise

her iki cinste görülebilirken, erkeklere oranla kadınlar meme kanserine yakalanma açısından daha riskli durumdadır. Yaşlanma, kanser gelişiminde bir diğer temel faktördür. Kanser insidansının yaşla birlikte dramatik bir şekilde arttığı ve yaşlılarda pek çok kanser türünün ortaya çıktığı bilinmektedir. 50 yaşın üzerindeki bireylerde kanserin ortaya çıkma riski daha fazladır. Irk, kanser açısından bir diğer belirleyici risk faktörü olup, bazı ırklarda belli tip kanserler daha fazla görülmektedir. Örneğin prostat kanseri Amerikalı zencilerde daha fazla görülür. Cilt kanseri ise sarışın bireylerde daha sık ortaya çıkmaktadır.^{34,38,50}

Çevresel Risk Faktörleri: Bireyin yaşamını sürdürdüğü ortamın çevre koşulları kanser gelişiminde en önemli risk faktörlerindedir. Yaşanılan konut ya da iş ortamındaki birtakım maddeler, kanser oluşumu için risk teşkil edebilmektedir. Hava kirliliği, asbest, radon gibi bileşenler, UV radyasyon ve sigara dumanı çevresel risk faktörlerinden yalnızca birkaçıdır.^{38,50} Bazı kronik enfeksiyonlar da kanser için risk faktördür. Literatür gözden geçirildiğinde 2012 yılında teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %15'inin Helicobacter pylori, Human papillomavirüs (HPV), Hepatit B ve C ve Epstein-Barr virüsü de dahil olmak üzere karsinojenik enfeksiyonlarla ilişkili olduğu, Hepatit B ve C virüsünün ve bazı HPV tiplerinin sırasıyla karaciğer ve serviks kanseri için risk teşkil ettiği ve HIV enfeksiyonunun, servikal kanser riskini büyük ölçüde artırdığı belirlenmiştir.^{34,38} Gelir düzeyi de kanser için risk oluşturan durumlar arasında yer alıp, düşük ve orta gelirli ülkeler kanser gelişimde daha büyük paya sahiptir.⁵² Hava, su ve toprağın kanserojen kimyasallar ile kirlenmesi de kanser yüküne farklı derecelerde katkıda bulunur. Hava kirliliği, insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılır. Hava kirliliğinin, 2012 yılında dünya genelinde 200.000' den fazla akciğer kanseri ölümü dahil olmak üzere dünya genelinde 3.2 milyon ölüme katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca mesleki karsinojenlere ve doğal ve insan kaynaklı her tür iyonize radyasyona

maruz kalmak, lösemi ve bir dizi tümör dahil olmak üzere bir çok kanser için risk faktörleri arasındadır.⁵¹

Genetik Risk Faktörleri: Aileden kalıtım yoluyla geçen genlerle ilişkili durumlardır. Aynı türde kanser geçmişine sahip üç veya daha fazla kuşakta, aile fertlerinden herhangi birinde erken yaşlarda kanser teşhis edilen ve iki veya daha fazla farklı kanser tipi bulunan kişilerde kanser gelişme riski yüksektir. Ayrıca, anne veya baba tarafında üçten fazla kanser tanısı almış birey bulunan kişiler de kanser gelişimi açısından riskli grupta yer almaktadır. Kolon, meme ve jinekolojik kanserler gibi bazı kanser türleri genetik yatkınlığın ön plana çıktığı kanser türleri arasındadır.^{34,38,50,53}

2.1.3.2. Nedenleri

Kanser; normal hücrelerin, kanser öncesi bir lezyondan malign bir tümöre ilerlediği çok aşamalı bir süreçte ortaya çıkar. Bu süreçte yaşanan değişiklikler, bir kişinin genetik faktörleri ile genetik dışı üç faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu üç dış faktör; ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel karsinojenler; asbest, tütün dumanının bileşenleri ve arsenik gibi kimyasal karsinojenler ve bazı virüs, bakteri veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar gibi biyolojik karsinojenlerdir.³⁴

IARC' a göre kanserin olası nedenleri; değiştirilebilir ve değiştirilemeyen etkenler olarak iki grup altında incelenmektedir. Aile öyküsü, yaş ve cinsiyet gibi faktörler değiştirilmeyen etkenler arasında yer alırken; alkol ve sigara kullanımı, radyasyondan etkilenme, beslenme alışkanlıkları, stres, yetersiz fiziksel aktivite, gıdalardaki katkı maddeleri, mesleki riskler, virüsler ve diğer biyolojik ajanlar, uzun süreli güneş ışığı maruziyeti ve hava kirliliği gibi çevresel faktörler değiştirilebilir etkenlerdendir.⁵⁴ Kanser oluşum sürecinde yaş, bireyin tütün ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları; radyasyon, asbest ve benzen gibi çevresel risk

faktörlerine maruziyet ve BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları gibi genetik yatkınlık başta olmak üzere pek çok faktör rol oynamaktadır.^{38,55,56}

2.1.4. Kanserin Belirtileri

Kanserin erken teşhisi ve etkin tedavisi açısından belirtilerinin bilinmesi oldukça önemlidir. Ancak kanserden söz edebilmek için bu belirtilerden bir veya daha fazlasına sahip olmanın yeterli olmayacağı da akıldan çıkarılmamalıdır. Kanser hastalarını genellikle tıbbi yardım almaya iten belirtiler incelendiğinde; açıklanamayan kilo kaybı, uzun süre devam eden ağrı, nedeni bilinmeyen ateş, yorgunluk ve halsizlik en fazla ortaya çıkan belirtilerdir. Açıklanamayan kilo kaybı yemek borusu, mide, pankreas ve akciğer kanseri başta olmak üzere birçok kanserin ilk belirtisidir. Genellikle ileri evre kanserlerde ortaya çıkan bir belirti olan ateş, lenf bezi tümörlerinin ve lösemnin başlangıç belirtilerinden biri olarak karşımıza çıkabilmektedir. Kanserin en önemli belirtilerinden biri olan halsizlik, aynı zamanda hastalığın seyri ile ilgili değerlendirme yapmada önemli bir bulgudur. Ağrı ise genelde ileri evre kanserlerde ortaya çıkan bir belirti olmakla birlikte, kemik veya testis tümörlerinde ilk belirti olarak karşımıza çıkmaktadır.^{35,52} Bu belirtilerden başka kanserin yedi alarm işareti olarak adlandırılan belirtilerin varlığı, bireyde kanser şüphesini kuvvetlendiren bir durumdur. Bu yedi alarm işareti;

- **C** Changes in bowel/bladder habits (Barsak/mesane alışkanlıklarında değişiklik)
Uzun süreli konstipasyon ve diyare gibi belirtiler, kolon kanserinin ilk belirtisi olabilmektedir. Ağrılı idrar yapma, idrarla birlikte gelen kan veya idrar alışkanlıklarındaki değişiklikler ise mesane ve prostat kanserlerinin ilk belirtilerindendir.
- **A** A sore that does not heal (iyileşmeyen yaralar)
Yalnızca cilt tümörlerinde değil, bazı iç organ tümörlerinde de ortaya çıkan dermatolojik sorunlar, bazı kanserlerde ortaya çıkan sarılık, ciltte koyulaşma, kızarıklık ve iyileşmeyen yaralar kanserin en önemli habercilerindendir.

- **U Unusual bleeding or discharge (Anormal kanama veya akıntı)**

Olağan dışı kanama birçok kanserde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilir. Balgamda kan görülmesi akciğer, dışkıda kan görülmesi kalın bağırsak, idrarda kan görülmesi mesane kanserinin, zamansız vajinal kanama ise uterus ve serviks kanserlerinin belirtisi olabilir.

- **T Thickening or lump- breast or elsewhere (Memede veya herhangi bir yerde sertlik/ kitle)**

Özellikle meme, testis, lenf bezi veya yumuşak doku tümörleri, cilt altında bir yumru veya şişlik ile hissedilebilir.

- **I Indigestion or difficulty swallowing (Yutma güçlüğü veya hazımsızlık)**

Yutma güçlüğü ağız, dil kökü, boğaz ve gırtlak bölgesinin tümörlerine bağlı olabilir. Büyüyen bir kitlenin gıda ve sıvıların ilerlemesini engellemesi veya yutma hareketini bozması, yutma güçlüğüne yol açabilir.

- **O Obvious change wart or mole (Ben ve sivilcelerde değişiklik)**

Vücutta yıllardır mevcut olan bir ben veya siğilde şekil, boyut veya renkte yeni ortaya çıkan bir değişiklik, kanserin habercisi olabilmektedir.

- **N Nagging cough or hoarsenes (Uzun süreli ses kısıklığı veya öksürük)**

İnatçı ve geçmeyen öksürük akciğer kanserinin, horlama ise gırtlak kanserinin ilk belirtileri olabilir.^{35,52,57}

Bunlar kanser için alarm işaretleri olarak tanımlanmış ve İngilizce yazıldığında baş harfleri birleştirildiğinde “dikkat” anlamına gelen “CAUTION” kelimesi ile özetlenmektedir. Bu işaretlerin bilinmesi ve en kısa zamanda tıbbi yardım alınması, hastalığın erken evrelerde tespit edilmesini sağlar. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu işaretleri bilmesi ve toplumun da bu konuda bilgilendirilmesi büyük önem taşır.³⁵

2.1.5. Kanserde Evreleme

Evreleme; kanserin yerleştığı ve yayıldığı yerin ya da vücuttaki diğer organlara olan etkilerinin tanımlanmasıdır. Kanserin evrelemesi yapılırken çeşitli tanı yöntemleri kullanılır, bu nedenle tüm testler yapılmadan evreleme tamamlanmış olmaz. Hasta için en uygun olan tedavinin seçilmesi ve hastalığın seyrinin tahmin edilmesinde evrenin bilinmesi ve doğru değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Kanserin evresini tanımlamak için primer tümörün çapı, çevre organlarla ilişkisi, bölgesel lenf bezi tutulumu ve uzak organ metastaz varlığı, tanı yöntemleriyle araştırılır ve ortaya çıkan bilgiler ışığında hastalık evrelemesi yapılır. Günümüzde çeşitli evreleme sistemleri kullanılmasıyla birlikte, en yaygın olarak kullanılanı Amerikan Kanseri Komitesi (AJCC) tarafından hazırlanan TNM evreleme sistemidir. TNM; tümör, nod (lenf nodu) ve metastaz ifadelerinin kısaltmasıdır.^{35,58}

- Tümör (T): Tümörün büyüklüğünün ve yerleştiği yerin tanımlanmasıdır.
- Nod (N): Tümörün lenf nodlarına yayılıp yayılmadığının ve yayılım gerçekleşen lenf nodu sayısının belirlenmesidir.
- M (metastaz): Kanserin vücudun diğer bölgelerine, uzak organ metastazı yapıp yapmama durumunun belirlenmesidir.

T, N, M sonuçlarından elde edilen bilgiler birleştirilerek kanserin evresi belirlenir. Evre Romen rakamlarıyla 1'den 4'e kadar yazılır. Evre I' de tümör genellikle küçük veya daha az derinlikte invaziv olup, negatif lenf nodu ile karakterize iken, Evre II ve III artan tümör veya lenf nodu yayılımını, evre IV ise tanı anında başka organ metastazının eşlik ettiği kanserleri tanımlamaktadır. Düşük evredeki kanser daha iyi bir klinik seyirle birlikte, ancak evreleme bir kişinin kanserle ne kadar uzun süre yaşayacağını tahmini için kullanılmamaktadır.^{58,59}

İngilizcesi “International Classification of Diseases for Oncology” olarak bilinen ICD-O, hastalıkların uluslararası istatistiksel sınıflamasının onkolojik hastalıkların sınıflandırılması için olan bir uzantısıdır. Bu sınıflandırma kanser izleme merkezleri tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Sınıflandırma, tümörün morfolojisi ve vücutta bulunduğu yere göre yapılır. Örneğin C20 kodu rektum için, C34 ise bronşlar ve akciğer için kullanılır.^{35,38,60}

2.1.6. Kanserın Tanı ve Tedavisi

2.1.6.1. Tanı

Kanserın tanısal olarak değerlendirilmesinin amacı, tümörün meydana geldiği dokuyu belirlemek, primer bölgeyi tespit etmek ve malignitenin hücresel özelliklerini ortaya koymaktır. Bütün bunlar kanserin gidişatı hakkında fikir sunmaktadır. Tanı aşaması oldukça önemlidir ve kanser tedavisinde ilk kritik adımdır. Tanı olmadan hastalığın tedavisi mümkün değildir. Kanser varlığını düşündüren belirti ve bulgularla kliniğe başvuran hastaların öncelikle şikayetleri doğrultusunda anamnez alınır ve fiziksel muayenesi yapılır. Kuşku bir sonuca varılırsa kanser tanısını koyduracak ileri tetkikler istenir. Bunlar arasında çeşitli kan testleri (biyokimya/tam kan sayımı, tümör belirteç/marker çalışmaları), genetik testler, görüntüleme yöntemleri (mamografi, tomografi, PET vb.), endoskopik çalışmalar, pap smear gibi sitolojik çalışmalar ve biyopsi yer almaktadır.^{35,38,61} Kanserın ve kanser metastazının ilk tespitinde uygun doku örneği ile patolojik ya da sitolojik olarak tanı konması gerekmektedir. Yani cerrahi operasyonlar ve görüntüleme yöntemleri tek başına tanı koymada yeterli olamamaktadır. Doku tanısı almayan bir hastanın onkolojik tedavi alması uygun değildir. Günümüzde doku örneği için biyopsi yöntemi kullanılmaktadır.^{30,61}

2.1.6.2. Tedavi

Kanser teşhis ve tedavi programlarının ana hedefi; kanseri tedavi etmek, yaşamı iyileştirmek, sağ kalımı önemli ölçüde uzatmak ve mümkün olan en iyi yaşam kalitesini

sağlamaktır. En etkili tedavi programı adil, sürdürülebilir ve birey merkezli olup, erken tanı, doğru teşhis ve doğru evreleme ile bağlantılıdır ve kanıta dayalı bakım standartlarını sunar.^{30,34}

Yeterli ve etkili tedavinin ilk adımı kanserin doğru teşhisidir. Çünkü her kanser tipi cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi bir veya daha fazla modaliteyi kapsayan spesifik bir tedavi rejimini gerektirir.³⁴ Hastalara sunulacak tedavi seçeneği mümkün olduğunca, tedaviyi sunanlar ile tedavi görenler arasında çok disiplinli bir şekilde koordine edilmeli ve tüm bakım ekibinin yakın iş birliğinin sağlandığı insan odaklı bir planla organize edilmelidir. Tedavi planlanırken gözetilmesi gereken bir diğer konu da psikososyal özellikler ve maliyettir.³⁰

Kanser tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi ve biyolojik tedavi tek başına ya da birbirleri ile kombine edilerek kullanılmaktadır. Daha az sıklıkla hormon tedavileri de kullanılır. Palyatif bakım da kanser tedavisinin en önemli bileşenlerinden biridir. Kanserde birinci basamak tedavi genellikle ilk uygulanan tedavidir. Birinci basamak tedavinin ardından verilen tedavi “adjuvan tedavi” olarak adlandırılır. Örneğin; cerrahi tedaviden sonra uygulanan kemoterapi adjuvan tedavidir. Birinci basamak tedaviden önce uygulanan tedavi ise “neoadjuvan tedavi” olarak adlandırılır. Cerrahi tedavi öncesi uygulanan hormonoterapi, neoadjuvan tedaviye örnektir. Gün geçtikçe daha çok özel uzmanlık gerektiren bir alan haline gelen kanser tedavisi, genellikle medikal onkoloji uzmanı tarafından yönlendirilen multidisipliner bir ekiple yürütülmektedir. Kanser tanısı alan bireylerde uygulanacak tedavinin kararında tümörün tipi, yerleşimi, hastalığın yayılımı ve evresi, hastanın yaşı ve genel durumu gibi pek çok faktör rol oynamaktadır.^{38,58}

Cerrahi Tedavi: Onkoloji hastasında cerrahi girişime karar verme; tümörün özellikleri, hastanın bireysel özellikleri ve çevresel faktörleri kapsayan önemli verilerin

analizi ile gerçekleşir. Kanserde cerrahi operasyon; önleme ve erken dönemde belirleme, tanı koyma ve evreleme, tedavi ve rehabilitasyon gibi farklı amaçlarla uygulanır.^{38,62} Cerrahi tedavi pek çok kanserde uygulanan ilk yöntemdir.⁵⁸ Günümüzde tümörlerin yaklaşık %90'ının tanı ve evrelemesinde cerrahi yöntem kullanılmakta ve tüm kanserlerin %60'ından fazlası cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir. Onkolojik cerrahi girişimlerin oranı sistemlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin, toraksta %80 oranında onkolojik cerrahi uygulanırken, bu oran GİS, jinekolojik ve ürolojik kanserlerde %50'ye kadar düşebilmektedir.⁶¹ Kanserde cerrahi; kanserin tekrarlama riskini azaltmak için dokuların çıkarılmasını içeren adjuvan, diğer tedavi yaklaşımları uygulandıktan sonra lokal tekrarlama riskini azaltmak için uygulanan geniş cerrahi tedavi, kansere bağlı komplikasyonları azaltmak amacıyla uygulanan palyatif cerrahi ve önceden tümöre yönelik yapılan cerrahi tedaviye bağlı oluşan defektleri düzeltme amaçlı yapılan rekonstrüktif cerrahi olarak uygulanmaktadır. Bunlara ek olarak bir de koruyucu cerrahi yapılmaktadır ki bu da kansere dönüşme riski olan lezyonların çıkarılmasını içeren cerrahi yaklaşımıdır. Örneğin; meme kanseri gelişme riski yüksek olan bireylerde poliplerin çıkarılması.³⁸

Kemoterapi: Kanser hücrelerinin ortadan kaldırılması veya bu hücrelerin büyümesinin kontrol altına alınması amacıyla antikanser ilaçların kullanılmasını içeren bir tedavi yöntemidir. Kemoterapi ilaçlarının hemen hepsi kan yolu ile vücuda dağılarak kontrolsüz bir şekilde çoğalan kanser hücrelerine ulaşmakta, onları öldürmekte veya büyümelerine engel olmaktadır.^{58,63,64}

Kanser tedavisinde kemoterapi, tek başına veya cerrahi ve radyoterapi ile birlikte uygulanabilir. Kemoterapi ve radyoterapinin eşzamanlı olarak kullanıldığı kombine tedavi, tedavinin etkinliği ve yaşam kalitesinin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Hastalığın tipine ve yayılma durumuna göre değişmekle birlikte kanser tedavisinde

kemoterapinin temel amaçları; hastalığa bağlı problem ve belirtileri ortadan kaldırarak kişinin yaşam kalitesini artırmak, cerrahi tedavi veya radyoterapi sonrası hastalık nüksünü azaltmak ya da cerrahi tedavi veya radyoterapi öncesi uygulanarak yapılacak lokal tedavileri kolaylaştırmaktır. Kemoterapi ilaçları; oral, parantral ve topikal şekillerde uygulanır. Tek başına uygulanabilecekleri gibi, tümöre karşı ek ya da sinerjik etki elde edebilmek için bir arada da kullanılabilirler.^{58,63,64}

Radyoterapi: Kanser hastalarında radyasyon tedavisi; Wilhelm Conrad Röntgen'in 1895'de X ışınını keşfiyle uygulanmaya başlamıştır. Radyoterapi, günümüze gelene kadar fizik ve bilgisayar teknolojisindeki gelişmelere paralel bir gelişme göstermiştir. Son yıllarda modern radyasyon tedavi yöntemleri geliştirilmeye devam etmektedir. Kanserde radyoterapi, tek başına uygulanabildiği gibi cerrahi ve kemoterapi ile birlikte eş zamanlı ya da art arda uygulanabilir. Kanser hastalarının %52'sine tedavinin bir aşamasında radyasyon tedavisi uygulandığı bilinmektedir. Radyoterapide iyonize radyasyon kullanılır. Radyoterapinin amaçları; tümörü küçültmek, kanser hücrelerini ortadan kaldırmak ve radyasyondan etkilenebilecek normal dokuların minimum düzeyde kalmasını sağlamak olarak özetlenebilir. Radyoterapi, eksternal (harici) ve internal (dahili) şekilde uygulanabilmektedir. Bazı hastalıklarda nadir olarak sistemik radyasyon da uygulanabilir. Radyoterapinin en sık kullanılan şekli olan harici radyoterapide, bölgeye radyasyon ışın kaynağı bir makine yardımıyla dışarıdan verilmektedir. İnternal radyoterapi ise radyoaktif maddenin belli bir süre için vücuda yerleştirilerek uygulanmasıdır. Sistemik radyasyon tedavisi damar yolu ya da oral yolla uygulanmaktadır. İnternal tedavi ve sistemik radyasyon tedavisi için belli bir süre hastanede yatmak gerekebilmektedir.^{38,58}

Hormonal Tedavi: Meme kanseri ve prostat kanseri gibi kanserler vücutta hormon olarak adlandırılan bazı maddelerin desteği ile büyüyüp gelişirler.

Hormonaterapide kullanılan ilaçlar da vücuttaki hormon miktarını değiştirerek ve kanser hücrelerinin hormona duyarlılığını ortadan kaldırarak kanserin tedavisini sağlamaktadır.³⁸ Hormonal tedaviler, kanseri kontrol etmek için kullanılan ilk tedaviler arasındadır.⁵⁸ Meme kanserinin adjuvan tedavisinde ve metastatik hastalık tedavisinde sıklıkla kullanılan antiöstrojenler, hormon duyarlı metastatik prostat kanserli erkeklerde başlangıç tedavisinde kullanılan antiandrojenler gibi hormonal ilaçlar bu gruba dahildir.⁶³ Hormonal tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri az olmakla birlikte bu tedavi sırasında sıcak basması, üşüme, titreme ve hafif eklem ağrıları gibi sorunlar yaşanabilmektedir.³⁸

Palyatif bakım: Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan bireylerin bakımının sürdürülmesinde organize bir yaklaşım, bir hayat felsefesi olup; hastalığın tanısının konması ile başlar, hastalık süreci boyunca hasta ve ailesinin değişen gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın ölümünü takip eden yas süreci boyunca desteklenmesi ile devam eder.³⁸ Bilindiği üzere kanser hastaları yalnızca hastalıkları yüzünden değil aynı zamanda antikanser ilaçlar yüzünden de yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen kötü semptomlar deneyimleyebilmektedirler. Hastaların yanı sıra bakım vericiler de kanser teşhisinden sonra önemli emosyonel, sosyal ve spiritüel sorunlar yaşamaktadır.³⁶ Bu nedenle palyatif bakım; hasta ve aile merkezli yaklaşım olup hasta ve ailesinin gereksinimleri, değerleri, inançları ve kültürel özellikleri doğrultusunda psikososyal ve spiritüel bakımı bütünleştirerek, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ağrı ve diğer belirtilerin kontrol altına alınmasını ve yaşam kalitesinin geliştirilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır.^{38,65} Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisi, palyatif bakımı özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimi olarak tanımlamıştır. Palyatif bakım, dünya çapında kanser ve diğer kronik ölümcül hastalıklar ile mücadele eden insanlar için acil bir ihtiyaçtır ve özellikle tedavi şansı çok az olan ileri

evre kanser hastalarında yüksek oranda ihtiyaç duyulan bir basamaktır. Palyatif bakım yoluyla ileri evre kanser hastalarının %90'ından fazlasının; fiziksel, psikosozyal ve manevi problemlerinden kurtulmaları sağlanabilmektedir.^{34,38}

Yukarıda sıralanan tedavi yöntemleri dışında kanser tedavisinde; kemik iliğinde meydana gelen benign ya da malign hemotolojik durumların, genetik bozuklukların ve immünolojik problemlerin tedavisinde tercih edilen kök hücre nakli ve kanserle savaşmak için vücudun kendi bağışıklık sisteminin kullanıldığı, immün sistemi aktive eden biyolojik ajanların kullanımını ifade eden biyolojik terapi (immünoterapi ya da biyoterapi) gibi tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır.^{63,66}

2.1.7. Kanserden Korunma ve Erken Teşhis

Dünyada ve ülkemizde kanserin önemli bir kısmını önlenebilen kanserler oluşturmaktadır. Kanserden korunma; birincil korunma, ikincil korunma ve üçüncül korunma olmak üzere üç aşamada gerçekleşir. Kanserlerin %70'inin oluşumundan yaşam biçimi davranışlarının sorumlu olduğu düşünüldüğünde kanser oluşumunu tetikleyecek her türlü etkenin engellenmeye çalışıldığı birincil korunmanın önemi daha fazla anlaşılmaktadır. Bu nedenle kanserden korunma söz konusu olduğunda; fiziksel aktivitenin artırılması, alkol tüketiminin azaltılması, işlenmiş gıdalardan uzak durulması ve sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarının edinilmesi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini içeren birincil koruma önlemlerinin üzerinde durulmaktadır.^{67,68} Son yıllarda kansere neden olan virüslere karşı koruyucu aşılama yöntemlerinin kullanılması birincil korunma önlemleri arasında yer almaktadır. İkincil koruma; taramalar ve erken tanı yöntemleriyle kanseri erken teşhis edip iyileşme şansını artırma girişimlerini içerir. Üçüncül korumada ise; kanserin erken tedavisini yapmak ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerinin oluşumu en alt düzeye indirmek hedeflenir.^{64,67,68}

Ülkemizde kanserden korunmaya ilişkin uygulamalar değerlendirildiğinde; tütün ve obezite ile mücadele programları çerçevesinde uygulanan politikalar, kanser kontrolünün en önemli yapı taşlarını oluşturmaktadır. Bununla birlikte; fiziksel aktivitenin artırılması, tuzun kısıtlı kullanılması, alkol ve enfeksiyon ajanları ile mücadele de kanserin önlenmesinde en önemli unsurlardandır. Bunlardan başka, çeşitli kimyasallarla mücadele ve radyasyon maruziyetinin azaltılması da kanseri önleyici uygulamalar arasında yer almaktadır.^{34,64}

Kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında korunma önlemlerinin yanı sıra taramalar ve kanserin erken teşhisi oldukça önemlidir.³⁸ Erken teşhis, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce belirlenmesidir. Kanserin erken teşhis edilmesi ve bakımdaki gecikmelerin önlenmesiyle tedaviye cevap verme olasılığı yükselmekte ve kanser hastalarının yaşamlarında olumlu gelişmeler sağlanabilmektedir. Gecikmiş veya erişilemeyen kanser bakımı; hayatta kalma olasılığının düşük olmasına, tedavinin daha büyük morbiditesine ve daha yüksek bakım masraflarına neden olmaktadır. Erken teşhis ile mümkün olan en erken sürede bakım süreci başlayacağı için kanser sonuçları iyileşir bu nedenle erken teşhis her anlamda önemli bir halk sağlığı stratejisidir.^{30,69}

Erken teşhis tüm kanser türleri ve tüm bireyler için geçerlidir.³⁴ Kanserin erken dönemde tanınması tedavi başarısını artırır. Tarama ve eğitim, kanserin erken teşhisinde iki önemli ögedir. Kanser taraması; henüz hastalık belirti ya da bulguları göstermeyen veya belirtilerin farkında olmayan sağlıklı bireylere kanserin belirlenmesi için yapılan testlerdir. Taramalar sayesinde olgular erken tespit edilir ve tedavi edilirse kanser mortalitesi azaltılabilir.⁶⁹ Tarama programları; uygun testler kullanıldığında, etkin bir şekilde uygulandığında, tarama sürecindeki diğer adımlar ve kalite güvence altına alındığında, birçok kanser türü için etkili olmaktadır.³⁴ 1940'lı yıllardan itibaren serviks

kanseri için Pap-Smear testinin geliştirilmesi ile kanser taramaları önem kazanmıştır. Kanser tarama testleri güvenli, ucuz maliyetli ve toplumda herkes tarafından ulaşılabilir niteliktedir.^{30,67} Ülkemizde Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) meme, kolorektal ve serviks kanserlerine yönelik tarama hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Taramaların yanı sıra halk eğitimleri de düzenlenerek bireylere kanser konusunda bilgilendirme yapılmaktadır.⁶⁴ Ülkemizde Kanser Daire Başkanlığı tarafından her yıl yapılan tarama analizleri sonuçlarına göre KETEM' lerde yapılan kanser taramalarında 2013 yılında önceki yıllara göre mamografi sayısı %63, smear sayısı da %40 artış göstermiştir.^{30,67}

2.1.8. Kanser ve Psikososyal Sorunlar

Tüm dünyada ve ülkemizde son dönemlerin en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalık olmasının yanı sıra fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan birçok sorunu beraberinde getirmektedir.⁷⁰

Kanser; korku, suçluluk, çaresizlik, terk edilme, umutsuzluk ve ölüm gibi düşünceleri çağrıştıran bir durum olup, bireyin ve yakın çevresinin ruhsal dengesinde bozulmalara neden olabilmektedir.³² Kanser tanısı ile birlikte bir yandan tedavi ve sonrasındaki süreçle ilgili önemli kararlar alınırken, diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol altına alınmaya çalışılır. Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi; hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri gibi tıbbi faktörler ile bireyin daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, fiziksel ve psikolojik durumu, sorunları ile başa çıkma yöntemleri, yaşamın evresi ve kanserin o evredeki anlamı, kültürel ve dinsel tutumlar, sosyal desteğin varlığı ve sağlık ekibinin etkisi gibi daha birçok faktöre bağlıdır.⁴²

Kanser hastalarında görülen psikososyal tepkiler; tanı, tedavi, tedavi sonrası ve terminal döneme göre incelenmektedir.³²

Tanı Aşaması: Kanser tanısına ilk aşamada gösterilen en yaygın tepki şok ve inanmamadır. Bu aşamada kendi bedenine yabancılaşan kişinin, kısa bir süreliğine karışık bir iç dünyası olur. Bu karışıklık, birkaç saatten kısa sürebileceği gibi, birkaç gün ya da haftaya kadar uzayabilir. Bu dönemde katlanılması güç olan gerçeği bilinç dışında tutma ve benlik bütünlüğünü koruma çabası olarak ortaya çıkan en yaygın uyum biçimi, inkardır. İkinci aşama, hastanın gerçeği yavaş yavaş kabullenme sürecine girdiği dönem olup, bu aşamada temel tepki biçimi korku ve kaygıdır.³² Kanser hastaları genellikle ölümden, ağrıdan, başkalarına bağımlı olmaktan, yalnız kalmaktan, beden imgesindeki değişikliklerden, yüksek maliyet ve tıbbi işlemlerden ve karmaşık tedavi protokollerinden korkmaktadırlar. Birey bu korkularla baş edebilmek için şok, depresyon, inkar, umutsuzluk, kızgınlık, savunmasızlık, pazarlık, kabullenme ve öfke gibi farklı davranış şekilleri göstermektedir.⁷⁰ Bu durumda hastaya zaman tanınmalı, umudunu artıracak olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi destek sağlanmalıdır. Hastaya tanısı söylenirken; empati ile yaklaşılmalı, anlayışlı olunmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Eğer hasta bu süreci etkin atlatamaz ise depresif duygu durum gelişebilmekte ve uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gibi durumlarla karşılaşılabilir.^{20,28,71,72}

Tedavi Aşaması: Kanser tanısının konulması ve tedavi sürecinin başlamasıyla birlikte hastaların; ekonomik ve sosyal kayıplar, anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme, kişisel kontrol kaybı, kendi bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik gibi sorunlar yaşadığı bilinmektedir.²⁷ Kanser hastaları sadece hastalık süreci ile ilgili sorunlar yaşamayıp, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak, uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomları da deneyimleyebilmektedirler.²² Zihinsel ve bedensel problemlere ek olarak, cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormon terapisi hastaların

yaşamını, çalışmalarını, sosyal aktivitelerini ve cinsel işlevlerini de etkilemektedir.⁴⁶ Tedavi döneminde bazen yas ve kayıp tepkileri gelişir. Örneğin; birey kaybolan bir meme, uterus ya da bir bacağıın yasını tutar. Ancak hastalığın yaşamı tehdit edici boyutu ön planda olduğu için vücut görünümüne ait endişeler ikinci planda kalır. Kanser hastaları; sağlıklı çalışma koşullarındaki aktivitelerini, işlerini, sosyal çevrelerini, cinselliklerini ve hareket edebilirliklerini kaybedebilirler. Bu durum postoperatif dönemde depresyona yol açabilir. Kemoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkulara neden olur. Uygulama öncesi bilgilendirme, yanlış kanı ve endişelerin düzeltilmesi, amaçların belirtilmesi önemlidir. Hastanın sağlık ekibi ve ailesi ile tedavinin her aşamasında bağlantısının sürdürülmesi, yalnızlık ve terk edilmişlik duygularının gelişmemesi için önemlidir.^{20,21,27,72}

Tedavi Sonrası: Tedavi sonrasındaki dönemde hastalarda, hastalığın yineleme korkusu ve uyum problemleri ön plandadır.²⁰ Tedavinin bitmesiyle birlikte kanserin tekrarlama riski bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sosyal düzeyde eşle, aile üyeleriyle ya da sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilir. Kanser hastaları yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine kapılabilir, ayrıca mali veya işle ilgili sorunlarda da ortaya çıkabilir. Hayatta kalma aşamasında ise hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler. Kanserden etkilendikleri için damgalanma duygusu yaşayabilirler. Yapılan araştırmalar kanseri tekrarlayan hastaların, yeni tanı alan hastalara göre daha fazla üzüntü ve zorluklarla karşılaştığını, hastalar kadar bakım veren aile üyelerinin de günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, ailelerde anksiyete, depresyon, belirsizlik, çaresizlik, sosyal izolasyon ve rol kaybı gibi sorunların olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmalara göre hastalığın tanısını koyan ve tedavisini üstlenen sağlık ekibinin tıbbi sorunları iyileştirmesi kadar, hastaların psikososyal

gereksinimlerini bilmesi ve bu gereksinimleri doğru yönde karşılaması, hasta ve ailesiyle destekleyici bir etkileşim içinde olması vurgulanmaktadır.^{20,21,27}

Terminal Dönem: Hasta geri dönüşümsüz bir hastalığının olduğunu bilir. Terk edilmekten, itibarını yitirmekten ve ağrı çekmekten korkar. Henüz bitirilmemiş işler, geride bırakılan çocuklar vardır. Bu dönemde depresyon ve deliryum, anormal yanıt olarak karşımıza çıkabilir.⁷² Birey kanser tanısı öncesine kadar olan yaşam felsefesini tekrar gözden geçirip yeni yaşam hedeflerini oluşturur.³ Bu dönemde hastalarda ölüm korkusu, hastalığının ilerleyeceğine dair korku veya yeniden nüksedeceği ilgili endişenin neden olduğu ruhsal bir sıkıntının varlığı nevrotik korkuya, huzursuzluğa ve kaygı bozukluğuna neden olabilir. Bireyin bedeni kanserin kendisinin veya tedavisinin neden olduğu fiziksel şikayetlerle karşı karşıyadır.^{32,71}

Kanser hastalarında en çok görülen psikososyal sorunlar arasında; uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu ve travmatik stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu en önemlilerindedir. Bunların dışında ilaç yoksunluk sendromları, depresyon, yorgunluk, uyku bozuklukları, deliryum, özkıyım ve cinsel sorunlar görülmektedir.^{32,71} Kanser hastalarındaki anksiyete insidansı %50'nin üzerindedir ve yaklaşık %30'unda kronik anksiyete vardır.³³ Yorgunluk, uyku bozuklukları ve deliryum kanser hastalarında en çok görülen psikolojik sorunlar arasında olup, deliryumun hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranlarında ikinci sıklıkta rastlanan psikiyatrik bozukluk iken terminal dönemdeki kanser hastalarında %90'lara varan oranlarda olduğu, ayrıca ağır depresyon ve çaresizlik deneyimleyen ve uzun süre devam eden ağrı şikayeti olan ilerlemiş kanser hastalarında öz kıyım düşüncelerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir.²¹ Kanser hastalarının üçte birinin anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlere maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Psikolojik problemlere kadınlar, gençler ve klinik evresi daha ileri olanların daha fazla yatkın olduğu bilinmektedir.⁴⁶ Ayrıca bu

sorunların; fiziksel durum, ağrı, yeterlilik, duygusal iyilik hali, sosyal ilişkiler, hastalığa uyum ve ilgili rollerle ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁴² Kanser hastalarında yürütülen bir çalışmada; araştırmaya katılan kadınların %71'inin psikolojik sorun yaşadığı ve sorun yaşayanların %48'inin psikolojik destek aldığı belirlenmiştir.⁷⁰

Kanser hastalarında psikososyal sorunlar; kaygı endişe, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon ve uyku bozukluğu gibi tepkilere neden olmakta ve birçok psikiyatrik hastalığın gelişimine de zemin hazırlamaktadır.^{73,74} Ayrıca bu sorunlar mortaliteyi önemli oranda etkilemekte, bağışıklık sistemini zayıflatmakta, hastaların tedaviye bağlılıklarını, hastalığa uyum yeteneklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.^{42, 75} DSÖ, 2008 yılında yayınladığı raporda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması ve psikoonkoloji hizmetlerinin her kanser tedavi ünitesinde sunulması gerektiğini bildirmektedir.⁷¹

2.2. Maneviyat ve Manevi İyilik Kavramları

Eski zamanlardan bu yana, manevi inanç ve uygulamalar toplumların en etkili bileşenleri olmuştur. Geçmiş on ikinci yüzyıla dayanan ve o dönemlerde insan yaşamının bedensel yönünden ziyade psikolojik yönünü adlandırmak üzere kullanılan maneviyat kelimesi, on beşinci ve on altıncı yüzyıllarda dini boyutuyla ele alınmış ve on yedinci yüzyılda Fransa'da ilk kez modern anlamda kullanılmıştır. Maneviyat kelimesi, günümüzde birçok insan için geleneksel dine bağlı olmanın ötesinde geniş bir kavram olarak kabul edilmektedir. Maddi şeylerin mutluluk getirmemesi, modern bilimin ölüm, acı çekme ve kayıp karşısında insanların yaşadığı kişisel anlam kaybını telafi etmede yetersiz kalması, ağrı gibi birçok problemin bilimsel yaklaşım ile çözülememesi, şiddet gibi sosyal ve kültürel problemlerin artışına cevap bulma isteği, huzurlu ve anlamlı yaşam arayışı gibi nedenlerle ikinci dünya savaşından sonra maneviyat kavramına ilgi artmaya başlamıştır.^{8,76}

DSÖ üstünlük ve kutsallık gibi deneyimler aracılığıyla yaşamın temel açlarına anlam ve cevaplar bulabilmeyi sağladığı, sağlık koşullarını ve yaşam kalitesini iyileştirebildiği düşüncesiyle din, maneviyat ve manevi boyutun belirleyici rolleri üzerinde son yüzyılda daha fazla durmaktadır.⁸

Sağlık bakımının sunumunda kabul gören bütüncül yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel ve manevi boyutları olan bir bütün olup, bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlıdır.⁴ Bütüncül yaklaşımın öneminin anlaşılmaya başlaması da manevi boyuta olan ilginin artmasının diğeri bir nedenidir. Eğer bakımda hasta merkezli ve bütüncül bir yaklaşım sağlanmak isteniyorsa biyopsikososyal ihtiyaçların yanı sıra bireyin manevi ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiği benimsenmektedir.^{18,77,78} Hemşireliğin mesleki nitelik kazanmasında önemli katkıları olan Florence Nightingale de sağlık için manevi gereksinimlerin vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli olduğunu vurgulayarak maneviyatın holistik bir bakımın sağlanmasındaki önemine dikkat çekmiştir.^{4,79}

Nefes almak ve canlı olmak anlamına gelen spiritüalite, Latince kökenli “spiritus” kelimesinden türetilmiştir. Daha geniş tanımıyla yaşamı hissetmektir. Bu terim; Eski İbranice Vasiyetnamesi’nde “rüzgar” ve Yunan Vasiyetnamesi’nde “ruh” olarak betimlenmiş olup tarihsel süreçte bir çok dini kaynakta yer almıştır.^{80,81} Spiritüalite, bireyin ilahi bir ruh ile ilişki araması dışında yaşamının amacını oluşturan unsurları da içermektedir. Spiritüalizm, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak da tanımlanmaktadır. Spiritüalizm (ruhçuluk, tinselcilik), metafizik bir görüştür ve bu görüşte varlık bedenden bağımsız bir ruhtur. Spiritüalite, dinin bir bileşeni olarak sayılabilir ancak dini inanç ve uygulamalar ile sınırlandırılmayacak kadar geniş ve dini uygulamaları da içeren bir kavramdır.^{10,78,82}

Spiritüalite kavramının tam bir Türkçe karşılığı olmamakla birlikte, Arapça bir kelime olan “maneviyat” kullanılır. Türk Dil Kurumu (TDK)’ na göre maneviyat; maddi olmayan, manevi olan, görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel şeyler ya da mecaz olarak yürek gücü ve moral anlamına gelir. Maneviyatın sağlık literatüründeki tanımlarına bakıldığında; manevi bir oluş, daha yüce bir güç, enerji veya kendinden daha büyük gerçekliği olan Allah ile ilişkide olma, maddesel dünyanın var olmadığı var oluşluk, yaşamdaki anlam ve amacı araştırma, dua, meditasyon, fiziksel olmayan yollarla iyileşme, iç huzur ve iyi oluş duygusu olarak adlandırılmıştır.^{4,6,78} Koenig ve arkadaşları maneviyatın öznel bir kavram olup, yaşam boyu süren deneyimlerin ve kazanılan bilgilerin sonucu olduğunu belirtmişlerdir.⁷⁷ Ross ise maneviyatı; anlam ve amaç, yasama isteği, kendine, diğerlerine, kutsal ve ilahi bir güce güven olarak tanımlanmıştır.^{4, 6, 83} Bu kavramlar arasındaki ilişkinin maneviyatın odak noktası olduğu ve manevi iyiliğin büyüklüğünü belirlediği bilinmektedir.⁷⁶

İngilizce’de “spiritual well-being” ile ifade edilen manevi iyilik, iyilik halinin bir türüdür. Bünyesinde hem maneviliği hem de iyilik halini barındıran manevi iyilik, yaşanan olumsuzluklar karşısında insanın manen memnuniyetini ve doyumunu kapsamaktadır. Bireyin dinsel ve varoluşsal anlamda iyiliğini ifade etmek için kullanılan manevi iyilik; genel olarak yaşamın anlam ve amacına işaret etmekle birlikte iç barış, uyum, güç ve rahatlığı ifade etmektedir.⁸⁴ Manevi iyi oluş; insanın kendisiyle, çevreyle ve yaratıcı ile ilişkisini irdeleyen, hayata ve dine dair konuları içeren bir kavramdır.⁸⁵

Manevi iyiliğin, dinsel iyilik ve varoluşsal iyilik olmak üzere iki boyutu vardır. Bireyin Allah’la ilişkisini ifade eden dinsel iyilikte kastedilen, insanın üst varlıkla ilişkisi çerçevesinde manevi yaşamına dair tecrübe ettiği doyum, memnuniyet ve tatmindir. Varoluşsal iyilik ise, insanın anlam arayışı, anlam duygusuna erişmesi ve buna göre hayatını yönlendirmesi ve bu hayattan memnun olmasıdır. Yaşam memnuniyetini de

içermesi bakımından manevi iyilik; dini, insani ve sosyal boyutu olan bir kavram olup, bireyin benlik, sosyal çevre, dini ve dini olmayan sembollerle ilişkisini bütüncül bir bakış açısıyla incelemektedir.⁸⁵

2.3. Kanserde Manevi İyiliğin Rolü

Kanser, yaşamı geri dönüşü olmayan bir şekilde değiştiren ve bireyde anlam ve amaç ile ilişkili derin soruları tetikleyen, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır.^{81,86} Kanser gibi tedavisi uzun süreli olan, yaşam kalitesini azaltan hastalık durumlarında birey; hayatı sorgulamaya, anlam, amaç ve umut aramaya ve yaşam ve ölüm gibi kavramlar hakkında arayış içinde olmaya başlar.¹² Bu süreç; fiziksel semptomlar, tedavi yan etkileri, sosyal ve kişisel ilişkilerdeki ve beden imgesindeki değişiklikler, tahmin edilemez bir hastalık süreci ve gelecek hakkındaki belirsizlik, karşılanamayan beklentiler, hastalığın tekrar nüks edeceği endişesi gibi bir dizi olguyu içinde barındırır.⁸⁷ Bunun yanı sıra kanserle mücadele eden bireyler genellikle “Neden ben? Bunu hak etmek ve yaşamak için ben ne yaptım? Öldükten sonra bana ne olacak? Ben kaybolduktan sonra ailem ne yapacak? Yokluğum fark edilecek mi? Özlenecek miyim? Hatırlanacak mıyım? Yaşamdaki işlerimi bitirmek için yeterli zamanım olacak mı?” gibi sorularla yüzleşirler. Bütün bunlar nedeniyle psikolojik problemlere ilişkin semptomlar, kanserli bireylerde görülen en yaygın belirtilerdendir.⁶

Kanser ve etkileri ile başa çıkmada en önemli kaynaklar olarak manevi kaynakların kullanımı, kanser hastaları arasında oldukça yaygındır. Vallurupalli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının %84’ü hastalıkları ile baş etmede maneviyata ilişkin özelliklerini kullandıkları bildirilmektedir.⁸⁸ Maneviyatın hastalığa uyumu ve yaşam memnuniyetini artırdığı, hasta bireye duygusal destek sağladığı, psikolojik sıkıntıyı ve emosyonel stresi azalttığı ve mortaliteyi önemli ölçüde

etkilediği bilinmektedir.^{89,90} Aynı zamanda maneviyatın bireyi olumlu sağlık davranışlarına teşvik ettiği ve kendini daha güçlü hissetmesini sağladığı bildirilmektedir.⁷⁶ Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve DSÖ gibi organizasyonların tümü maneviyatı, sağlık hizmeti sunumunda olması gereken bir alan olarak tanımlamakta ve maneviyatın aynı zamanda kanserde ağrı ve semptom yönetiminde en önemli bileşen olduğunu belirtmektedir.^{12,66,91,92} Bu durum yapılan araştırmalarla da desteklenmiş olup; bireylerin manevi iyilik düzeylerinin artmasıyla yorgunluk ve ağrı gibi fiziksel semptomların azaldığı, kan basıncının dengelendiği ve daha kaliteli bir uykunun sağlandığı belirtilmektedir.^{81,93,94}

Manevi iyiliğin sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda da manevi iyilik düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyimser bir anlayışa sahip oldukları, yaşam doyumlarının yüksek olduğu, stresle daha iyi bir şekilde başa çıktıkları, daha az intihara teşebbüs ettikleri ve sigara, alkol kullanım oranlarının daha az olduğu bilinmektedir.^{3,6,79,86,87,95} Park⁹⁵ maneviyatın, bireylerin önemli yaşam stresörleri ile bireysel baş etmelerine yardım ettiğini ve mental sağlığı güçlendirdiğini ifade etmiştir.

Bütün bunlardan yola çıkılarak kanser hastasının bakımına manevi boyutunun katılması holistik bakımın ayrılmaz bir parçasıdır ve bu aynı zamanda hemşirenin en önemli rol ve sorumlulukları arasındadır. Holistik hemşirelik bakımının en önemli bileşeni olan manevi bakım, hastanın bireysel özelliklerine, gereksinimlerine ve beklentilerine göre verilmesi gereken, özveri ve karşılıklı ilişkileri içeren ve bireyi bir bütün olarak temel alan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır.^{78,82,96} Hemşireler bireyin kendini güçlü hissetmesine, hastalıkla baş etme stratejileri geliştirmesine ve bu stratejileri uygulamasına destek olarak yaşam kalitesini artırmaya yardım etmelidirler.⁷⁸ Hemşirelerin; hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için yeterince zaman ve mekan sağlamaya yardımcı olma, hastaların manevi yönlerinin değerlendirilmesi, acının

azaltılması, empatik yaklaşım ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması gibi manevi bakıma yönelik önemli rolleri bulunmaktadır. Hastayı dinlemek, gülümsemek, terapötik dokunmak, elini sıkmak, sorularını yanıtlamak, ağırlı müdahaleleri nazikçe gerçekleştirmek ve endişe alanlarını keşfetmek gibi uygulamalar manevi bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etme yolları olarak kullanılabilir.^{43,78,82,96}

2.4. Umut ve Umutsuzluk Kavramları

Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalığa ait olumsuz inançlar, hastalık nedeniyle soyutlanma, uzun süreli stres, kendini bırakma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılığı gibi nedenlerle kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedirler. Umutsuzluk, bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Beck ve arkadaşları umutsuzluğu “kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri” olarak tanımlamışlardır. Umutsuzluk, şu an ile geleceği birbirine bağlayan köprünün yıkılmasının bir ifadesidir. Umutsuzluk duygusunda, geçmiş yaşantıya dair bir pişmanlık olmakla beraber yaşama yüklenen anlam da kaybolmaya başlar.^{27, 97, 98,99} Beck'in bilişsel kuramına göre umutsuzluk depresyonun temelidir. Umutsuz birey; yaşamını engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görür, gelecekte beklediği yoktur ve öz kısıym düşüncelerine meyillidir.^{19,70,97} Kanser hastalarının hastalıklarına uyum sağlama sürecinde gösterdikleri tepkilerden bazıları da “umut” gibi olumlu tepkiler olup bu dönemde hastanın iyileşme durumunu pozitif yönde etkilemektedir. Umut, bireylerin hastalık ile baş etme ve uyum sağlama yeteneklerinin artırılmasında ve kanser hastasının etkin bakımında anahtar kavramlardan biridir.⁷⁰

Kuramsal temeli on üçüncü yüzyıla kadar uzanan umut kavramı, sağlık alanında ilk kez 1950-1960'lı yıllarda tartışılmaya başlanmıştır.^{27,97,98} On üçüncü yüzyılda din bilimcisi Aquinas, sonraki yüzyıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu, insanın doğasında var olan temel duygulardan biri olarak ele almış; Snyder ve Crowson ise “hedefi elde etme veya hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme” ve “hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi” olmak üzere iki kapsamlı boyutta ele almış, iyimserliği de içine alan daha kapsamlı bir yapı olarak değerlendirmişlerdir.^{27,97} Daha sonra umut kavramı ile ilgili bir çok tanımlama yapılmış olup; umudun duygu, beklenti, istek ve yaşamın içgüdüsel bir ögesi olduğu, bireyleri incinmekten koruyarak potansiyellerini kolaylaştırdığı, genelleştirilmiş ve özelleştirilmiş olarak iki kategoriye ayrıldığı ayrıca kişisel olarak anlamlı bir geleceğin gerçekleştirilmesine yönelme olarak tanımlandığı bildirilmektedir.⁹⁷

TDK umut kavramını; ummaktan doğan güven duygusu, ümit ve olması beklenen veya olacağı düşünülen şey olarak tanımlamıştır.¹⁰⁰ İnsan yaşamının temel bir ihtiyacı olan umut, kişinin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve yaşamında anlam bulmasını sağlayan, dinamik bir güç olup, geleceğe yönelik olumlu beklentilerini ifade eden ve insanın doğasında bulunan en değerli kaynaktır.^{18,27} Umut; amaca yönelik karar verme, bu amaca hizmet eden yollar planlama ve kendini motive ederek planladığı yolları kullanmaya ilişkin kişinin algıladığı kapasiteyi ifade eden bilişsel bir yapı olarak tanımlanır.¹⁰¹ Aynı zamanda; elde edilmesi mümkün ama zor ve iyi bir gelecek için beklentileri ifade eden bir kavram olan umut; hayatın gerçek bir elementi, harekete geçmek için iç hazırlık, algılanan mümkünlük duygusu ve hedefe ulaşmaya yönelik bir beklenti olarak görülür.^{18,102,103}

Umut “İyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır. Umut bir var olma durumudur. Umut, her sabah

koşullar ne olursa olsun, yeni doğan güne, güneşe merhaba diyebilmektir. Umut bitmek bilmeyen hayat enerjisidir. Umutta yarınla bağlanma söz konusudur. Bu nedenle umut kişinin geleceğe güvenle bakabilmesini ve geleceğe yönelik olumlu beklentilere sahip olma duygusunu sağlar.^{97,101,104} Bu sayede umut insana gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla baş edebileceği duygusunu vererek, ruh sağlığını, pozitif duygularını ve yaşam doyumunu olumlu yönde etkilemektedir.^{99,101,104} Umumlu insan, her gün sayfasını kopardığı takviminin incelendiğini korku ve hüznle gizleyen bir insan değil, tam tersine her gün takviminin bir yaprağını koparıp bunların arkalarına birkaç günlük notu aldıktan sonra düzenli bir şekilde dosyalayıp saklayan insana benzer.⁹⁹

2.5. Kanser Hastaları İçin Umudun Önemi

Genel olarak bakıldığında; bireyin enerjisinin derecesini oluşturan umut, arzu edilen bir şeyin gerçekleşmesi konusundaki beklentiyi ifade eder. Bu enerji bireyi motive eder, bu nedenle umut bireyi motive edici bir faktör olarak karşımıza çıkar. Birçok insanın yaşamındaki amaç ve düşüncelerini gerçekleştirme gücüne güvenmeleri, umumlu olmaları sonucunda gerçekleşir.⁹⁷

Umut; kanser hastasının olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunarak, hastalık ve kayıp süresini iyileştirir, belirsizlik, karamsarlık ve çaresizlik duygularını önler ve bireyin hastalık süreci ile daha iyi baş etmesine, uyumuna ve iyi halinin sürdürülmesine olanak sağlar. Umut, hastanın stresle etkin bir şekilde başa çıkmasında da en etkili ve temel belirleyicilerden biridir. Aynı zamanda umut; bireyi motive ederek yetersizlik, yoksunluk, sıkıntı, acı gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmasına yardımcı olur. Umut kanser prognozunu dahi etkileyebilir. Böylece umut her kanser hastası ve kanserin her evresinde çok önemlidir ve umudu sürdürmek kanser hastalarında hayati önem taşır.⁷⁰ Umut düzeyi yüksek olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve problemsiz geçirdikleri sürenin daha uzun olduğu bilinmektedir. Umudun aynı zamanda

kanser hastalarının bağışıklık sistemlerini güçlendirici etkisinin olduğuna inanılmaktadır.^{19,70,97,98}

Kanser hastalarında pozitif bakışı ve iyi oluşu desteklemede, fiziksel ve ruhsal iyilik halini geliştirmede önemli olan umudun, yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir. Ayrıca umut huzurlu bir ölümden de önemli bir faktör olarak görülmektedir.²⁷ Umut; uzun süreli psikolojik etkilerine ek olarak hızlı direkt rahatlatıcı etkiye de sahiptir.⁷⁰ Bireyin iyilik halinin sürdürülmesinde olmazsa olmazlardan biridir umut.¹⁰⁵ Umut düzeyi yüksek olan bireylerin hayatla ilgili hedeflerinin olduğu, bu hedeflere ulaşmak için daha fazla kararlılık ve motivasyon gösterdikleri, daha fazla stratejiye sahip olmaları ayrıca bu bireylerin daha az olumsuz duygulanım ve daha az kendine zarar verici bilişsel özellikler taşıdığı bilinmektedir. Umut düzeyi yüksek olan kanser hastalarının ağrı ile daha iyi baş ettikleri ve duygu durumlarının daha iyi olduğu buna karşın umut düzeyi düşük olan kanser hastalarında depresyonun daha sık görüldüğü ve yaşam sürelerinin daha kısa olduğu bilinmektedir.²⁷

Hastaların umut düzeylerinin belirlenmesi ve umudun desteklenmesinin kanser hastasının bakım sürecinde önemi büyüktür. Bu süreçte, hastalarının yaşadıkları şoku azaltabilen, gelecek için umut taşımalarına yardım edebilen hemşirelik yaklaşımı geliştirmek oldukça önemlidir. Bakım sürecinin her aşamasında olduğu gibi tedavi başlanmadan önce de hasta bireyin umudu desteklenmeli ve tedavi sırasında umudun kanser hastalarına hayat verdiği, psikolojik destek sağlayıp onları motive ettiği, güç verdiği, tedavinin yan etkilerini azalttığı, hastalık sürecine ve tedaviye uyumlarını artırarak daha kaliteli bir bakım süreci sağladığı akıldan çıkarılmamalıdır.¹⁰⁶ Hemşireler, kanser hastalarının bireysel durumlarını kabul etme sürecinde önemli rollere sahiptir. Bakım sürecindeki bu roller, hastanın tedaviyi kabullenmesini kolaylaştırma, iyileşmesini hızlandırma ve moral ve motivasyonunun yükselmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesini

olumlu yönde etkileme açısından oldukça önemlidir. Hemşirelik, umutları ve korkuları hakkında konuşan hastaları dinlemek için ayrıcalıklı pozisyona sahip bir meslektir. Kansere hastasının bakım ve tedavi sürecinde, bireysel özelliklerinin dikkate alınması ve iletişim sağlanırken sağlık ekibinin tüm elemanlarının hastaya aynı mesajı vermesi de kanser hastalarında umudun desteklenmesi açısından oldukça önemlidir.⁹⁸

2.6. Kansere ve Depresyon

Toplumda en yaygın görülen hastalıklardan biri depresyondur. Son on yıl içinde Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da yürütülen büyük ölçekli çalışmalara göre, depresyonun yaygınlık oranı %6.7 ile % 87 arasında bulunmuştur. Amerika'da depresyon tanısı alan tüm bireylerin %30'unda ağır depresyon saptanmıştır. DSÖ'nün eşgüdümünde, 1989-1993 yıllarında 14 ülkede yapılmış olan çalışmanın Türkiye'ye ilişkin verileri incelendiğinde ülkemizde depresyon tanısı oranının %11.6 olduğu belirlenmiştir.²³

Kansere, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra hem hasta hem de bakım verenler üzerine psikososyal etkileri olan, belirsizlikler içeren ve ciddi psikolojik problemlere yol açan bir durumdur.^{21,107} Kansere teşhisi ve tedavisi, hastaların kişisel yaşamlarında, günlük aktivitelerinde, çalışma hayatlarında, ilişkilerinde ve aile rollerinde değişiklikler meydana getirir ve yüksek düzeyde psikolojik strese neden olabilir. Bu stres sonucunda çoğunlukla depresyon meydana gelmektedir.^{42,107} Depresyon, kanserde sıkça ortaya çıkan bir psikiyatrik komplikasyon olup öz kısıyımı da tetikleyen en önemli risk faktörlerinden biridir.^{21,108}

Depresyon genel olarak azalmış fonksiyonel durum, fiziksel semptomların yönetilmesindeki zorlukların artması ve azalmış yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Kansere tanısı alan birey, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışırken, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik duyguları yaşayabilmektedir. Bu süreçte hastada

depresyon gelişme ihtimali de artabilmektedir. Kanser hastalarında depresyon; bireyin günlük yaşama uyum sağlamasında ve adaptasyonunda zorluk yaşamasına sebep olmaktadır.¹⁰⁹

Depresyon; tanı ve tedavi süresince, fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini, öz bakımını, hastalığın seyrini, şiddetini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilemekte ve tedavinin etkinliğini azaltmaktadır. Bütün bunlar nedeniyle de bireyin hastaneye yatış süresi uzamakta ve tedavi masrafları artmaktadır.^{24,42,110} Depresif bozuklukların farkına varılmasının ve tedavisinin, ruh sağlığının yönetimi ve kontrolü için oldukça önemli olduğuna, kanser tedavisine uyumu arttırdığına, yaşam kalitesini iyileştirdiğine ve öz kısıyımı azalttığına inanılmaktadır.^{21,108}

Karamsarlık, umutsuzluk, hoş olmayan duygu durumu ve bunaltı hali depresyonun temel özelliğidir. Depresif kişiler, gelecekle ilgili karamsar ve kötümser düşüncelere sahip olup sürekli bir üzüntü hali içerisindeyler. Günlük olağan etkinlikler, iş, özel zevkler, bireysel ilişkiler ve cinsel aktivite de dahil olmak üzere hiçbir şeyden zevk alamama depresyonun en yaygın belirtilerindendir.⁶⁵

Çaresizlik duygusunda belirgin artış ve benlik saygısında azalma veya kaybolma depresyonun değişmeyen belirtilerindendir. Depresyonun en çok görülen belirtileri arasında uyku değişiklikleri, kilo kaybı veya artışı, enerji kaybı, istek kaybı, moral ve mod düşüklüğü yer almaktadır.⁶⁵ Bunlara ek olarak; sıkıntı ve bunalma hissi, halsizlik, ağlama, iştah artışı yada azalması, aşırı sinirlilik, unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğü, evlilik ve sosyal hayata ilişkin problemler, gerginlik, huzursuzluk, içe kapanma, ölüm korkusu, alkol ve sigara kullanımı gibi belirtiler depresyon gelişen bireylerde gözlenmesi mümkün olan belirtiler arasındadır.²⁰ Bunun yanı sıra depresyon; suçluluk duyguları, intihar düşüncesi ve eylemlerini de barındırır. Araştırmalara göre, depresyon olgularının

%15'i intihar sonucu hayatını kaybetmekte ve tüm intiharların yaklaşık %70'ini depresyon olguları oluşturmaktadır.⁵⁵

2.7. Kanserde Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Hastalık prognozunun genel olarak geri dönüşü olmayan bir biçimde ilerlediği, hastalığın gidişatının önceden kestirilemediği ve tedaviye ilişkin umudun genellikle sınırlı olduğu kanser hastalarında depresyonun ortaya çıkmasında birçok faktör etkili olmaktadır. Şüphesiz hastalık ve tedavi sürecine ilişkin değişiklikler kanser hastalarında depresyon gelişimini tetikleyen nedenlerin başında gelmektedir. Hastalıkla ilişkili semptomlar nedeniyle ortaya çıkan rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastaların iyileşme umudunun zamanla kaybolmasına neden olmakta ve bu durum kanser hastalarında depresyon gelişimini hızlandırmaktadır.^{23,24}

Başka kronik hastalıkların var olması, fiziksel aktivitede azalma, ağrı, uygulanan tedavinin yan etkileri, genellikle uzun süren ve sık tekrarlayan hastane yatışları kanser hastalarında depresyonun en önemli nedenleri arasındadır.²³ Bunların yanı sıra kötü fiziksel şartlar, ilerlemiş kanser evresi, terminal dönemde olma, prognozun kötü olması, yetersiz ağrı kontrolü, tedavide steroid, interferon, kemoterapi gibi depresyon yan etkisine sahip olabilen ilaçların kullanılması gibi faktörlerin de kanser hastalarında depresyona neden olduğu bildirilmektedir.³³ Tedavi sürecinde ortaya çıkan akut koroner sendrom gibi akut durumlar nedeniyle de bireyin yaşam kalitesi etkilenecek depresyon gelişebilmektedir.²⁰ Tıbbi süreçler ve merkezi sinir sistemine etkileri, kanser tanı ve tedavisinin kaygı, yas ve felaketçi etkisi, fiziksel hastalığın şiddeti, fonksiyon kayıpları ve bu kayıpların algılanış şekli, hasta için öznel anlam ve önemi, kanser süreciyle ortaya çıkan kaşeksi, anemi, metastaz gibi durumlar da depresyon nedenlerindedir.^{20,23,108} Karabulutlu ve ark.²³ tarafından yapılan bir çalışmaya göre kanser hastalarında kanser

türü, uygulanan tedavi ve tedavi süresinin hastalıkla başa çıkma stratejilerini olumsuz yönde etkilediği ve kaygı ve depresyon bozukluklarına neden olduğu bildirilmektedir.

Yakınlarından ve sosyal çevreden bir süreliğine ayrı kalma, beden imajının bozulması tehdidi ve sürekli sağlık personeline bağımlı olma gibi bireysel ve sosyal alanda değişiklikleri içeren psikososyal nedenler de kanser hastalarında depresyon gelişimde önemlidir. Bunlara ek olarak; başka bir psikiyatrik hastalığın varlığı, benlik saygısının düşüklüğü, tanı ve tedavi sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, deliryum tablosu, travmatik bir geçmiş yaşantıya sahip olma, alkol ve madde kötüye kullanımı ve sosyal izolasyon gibi faktörler kanser hastalarında depresyonu tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır.^{20,23} Sosyoekonomik durumun da kanser hastalarında depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğu ve sosyoekonomik durumun, sosyal desteğin, fonksiyonel kapasitedeki azalmanın, yakın zamandaki kayıpların ve kanser tanısı ile ilgili farkındalığın ve bireyin depresyona genetik yatkınlığının kanser hastalarında depresyon oranını etkileyebileceği bilinmektedir.^{28,33,42}

Kanser tanısı almak, bireyin iyilik halini açıkça tehdit eden bir durumdur. Tanının ilk kez öğrenilmesinden sonra ya da hastalığın ilerlemesi ve kötüleşmesine tepki olarak çoğu kanser hastasında, depresif duygu süreci gelişir. Üzüntü ve ümitsizlik duygusu, kanser tanısı alan bireyler için normal tepkiler olarak düşünülebilirse de, hastalık süresince uygulanan tedaviler, hastalığın şiddeti, kontrol edilemeyen ağrı ve günlük yaşamdaki diğer stresli durumlar gibi birçok faktör kanser hastalarında depresif duygu durumuna katkıda bulunmaktadır.^{71,111}

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi, daha düşük sosyal statüye sahip olma ve klinik evre gibi değişkenlerin yanı sıra, psikiyatrik bozukluk öyküsü, fiziksel problemlerin varlığı, sosyal destek azlığı, stresli yaşam olayları, alkol bağımlılığı, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar kanser

hastalarında depresyonun risk faktörleri arasında yer alır.^{23,28,112,113} Çalışmalara göre; geçmişinde depresyon öyküsü olan ve ileri evre kanseri olan hastalarda depresyon gelişme riskinin daha fazla olduğu ve kronik ağrısı olan hastaların %43.2'sinde major depresyon öyküsünün bulunduğu belirtilmektedir.^{21,114,115} Bazı çalışmalara göre; kadın kanser hastalarında depresyon sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir.⁷¹

Kanser hastalarında depresyonun saptanması, etkin tedavinin sağlanması ve tedaviye uyumun sağlanması, hastanede kalış süresinin kısalması, fiziksel aktivitenin artması, sosyal ilişkilerin sorunsuz devam etmesi; kanser belirtilerinin gerilemesi, ağrının etkin yönetimi, morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından oldukça önemlidir. Depresyonun önlenmesi ve tedavisinin sağlanması ile depresyona bağlı ortaya çıkabilecek öz kıyım düşüncelerinin de önüne geçilmiş olunacaktır.⁷¹ Bütün bunlar nedeniyle kanser tedavisi; onkolog, hemşire, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyeni içeren multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Onkolojide hizmet veren personel, birçok biyopsikososyal sorunla mücadele edebilmeli, hastaya karşı sempatik, anlayışlı ve ulaşılabilir bir şekilde yaklaşmalıdır. Bu ekibin en önemli üyelerinden biri olan ve hasta bakımında kilit role sahip olan hemşire, kanser hastalarında ortaya çıkabilecek depresyon açısından duyarlı olmalı, hastanın yaşadığı ruhsal sorunların erken dönemde farkına varabilmeli, hastanın sorunlarını açıkça ifade etmesini sağlamalı, hastalık ve tedavinin yol açabileceği sıkıntılara karşı hastayı bilgilendirmeli, hastanın mevcut stresörlerle baş edebilmesine yardım etmeli ve psikososyal bakımdan beklenti ve gereksinimlerini belirleyip karşılanmasını sağlamalıdır. Hemşirenin ayrıca; hastalık ve tedavinin neden olabileceği sorunlar hakkında hastaya bilgi vererek, tedavi öncesi yaşanan belirsizlikten ve bilgisizlikten kaynaklanan psikolojik sorunların azaltılmasında da önemli rolleri bulunmaktadır.^{24,32}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan, tanımlayıcı ve ilişkisel türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Temmuz 2017- Ağustos 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinin ve Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Numune Ek Hizmet Binasının Onkoloji Kliniklerinde yapılmıştır.

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi; 1450 yatak kapasiteli 560 Akademik, 1834 idari personel ile hizmet vermektedir. Araştırmanın yürütüldüğü klinikler; İç Hastalıkları-Medikal Onkoloji 1 Kliniği ve Medikal Onkoloji 2 Kliniğidir. Her iki klinik de hastanenin 8. katında hizmet vermektedir. İç Hastalıkları-Medikal Onkoloji 1 Kliniği'nde dahiliye, onkoloji ve geriatri hastalarına bakım verilmektedir. Klinik 29 yatak kapasitesine sahip olup; 16 yatak onkoloji hastaları için, 7 yatak dahiliye hastaları için, 6 yatak da geriatri hastaları için ayrılmış durumdadır. Medikal Onkoloji 2 Kliniği ise sadece onkolojik tanı almış hastaların yatarak tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü klinikdir ve 32 yatak kapasitelidir. Her bir klinikteki hemşire sayısı 9, hekim sayısı ise her iki klinikte ortak olup 4 asistan hekim ve 3 öğretim üyesi olmak üzere toplam 7'dir.

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi; araştırmanın yürütüldüğü dönemde Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne ve daha sonra Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı, idari personel dahil 3200 çalışanı ile hizmet veren kurum, 1140 yatak kapasiteli bir hastanedir. Araştırma verilerinin toplandığı Semt Medikal Onkoloji Kliniği, Semt Onkoloji Kliniği (Karma) ve Semt Radyasyon Onkoloji Kliniği hastanenin Gez Mahallesi Çaykara Caddesindeki Numune Ek Hizmet binasında bulunmaktadır. Bu kliniklerin her biri 18 yatak kapasitelidir. Medikal Onkoloji

Kliniği'nde 8 hemşire, 2 hekim; Radyasyon Onkoloji Kliniği'nde 7 hemşire, 5 hekim; Karma Onkoloji Kliniği'nde 7 hemşire hizmet vermektedir. Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Kliniklerinde görev yapan hekimler, Karma Onkoloji Kliniği'nde de hizmet vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında belirtilen kliniklerde yatan onkoloji hastaları oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini; herhangi bir örneklem hesabına gidilmeden araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili kliniklerde yatan 210 onkoloji hastası oluşturmuştur. Araştırmaya; 18 yaş ve üzeri olan, konuşma ve işitme problemi olmayan, bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri olan, ölçeklerdeki soruların anlaşılmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, terminal dönemde olmayan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden onkoloji hastaları dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

- FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyilik Ölçeği) puan ortalaması
- Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması
- Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir durumu, medeni durum, yaşanılan yer, çalışma durumu, aile tipi, hastalığın teşhis edilme zamanı, klinik evre, hastalığı algılama durumu, herhangi bir tedavi alıp almama durumu, metastaz durumu ve kronik hastalığa sahip olma durumu.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu (EK-2), FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyilik Ölçeği) (EK-3), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-4) ve Beck Depresyon Ölçeği (EK-5) kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ve hastalıkla ilgili özelliklerin değerlendirildiği iki bölümden oluşan 16 soruluk bir anket formudur.

FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyilik Ölçeği): Ölçek kanser hastalarında ve diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla Peterman ve ark.¹¹⁶ tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Aktürk ve ark.¹¹⁷ tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipte olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) puanlama sistemine sahiptir. Ölçeğin Anlam, Barış ve İnanç olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Anlam alt boyutu, bireyin içsel uyumunu, Barış alt boyutu iç barışını, İnanç alt boyutu ise bireyin dini inançlarında rahatlık ve güç bulma durumunu değerlendirmeyi sağlar. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Peterman ve ark.¹¹⁶ ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.81 ve 0.83 arasında belirlemişler, Türkçe'ye uyarlayan Aktürk ve ark.¹¹⁷ ölçeğin toplam Cronbach Alpha değerini 0.87, Anlam alt boyutunu 0.78, Barış alt boyutunu 0.81 ve İnanç alt boyutunu 0.93 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada Cronbach Alpha=0.89 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.1. Manevi İyilik Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach Alpha
Anlam Alt Boyutu	0.88
Barış Alt Boyutu	0.81
İnanç Alt Boyutu	0.85
Manevi İyilik Toplam Puan Ortalaması	0.89

Tablo 3.1. incelendiğinde bu araştırmada Manevi İyilik ölçeğinin Cronbach Alpha değeri; Anlam alt boyutu için 0.88, Barış alt boyutu için 0.81, İnanç alt boyutu için 0.85 ve Manevi İyilik Ölçeği toplam puanı için 0.89 olarak belirlenmiştir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği: Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Beck ve ark.¹¹⁸ tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark.¹¹⁹ tarafından yapılmıştır. Daha sonra Durak ölçek üzerinde çalışmış, ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler sunmuştur. Ölçek; 11 doğru, 9 yanlış anahtar yanıtı (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. maddeler) olan 20 doğru-yanlış önermeden oluşmaktadır. Ölçekteki sorulara verilen yanıtlar; Evet=0, Hayır=1 olarak puanlanmakta olup, elde edilen toplam puan "Umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmektedir. Puanların olası değişkenliği 0 ile 20 arasında olup, puan arttıkça umutsuzluk düzeyi artmaktadır. 1., 6., 13., 15., 19. önermeler gelecek ile ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., önermeler motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18., önermelerde gelecek ile ilgili beklentileri ifade etmektedir. Önermeler duygusal, motivasyonel ve bilişsel etmenlerden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.86 olarak bulunmuştur.¹¹⁹ Hisli^{120,121} ise 63 kişiden oluşan psikiyatrik hasta grubunda yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.80 olarak belirlemiştir. Bu araştırmada, Beck Umutsuzluk Ölçeği Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği: Depresyon düzeyini değerlendirmek için kullanılan ve 21 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Beck ve ark.¹²² tarafından

geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli^{123,124} tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir, bunların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Puanlar toplam 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçek puanı arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında kesme puanının 17 olarak kabul edildiği ve Cronbach Alpha değerinin 0.80 olarak belirlendiği bildirilmiştir.¹²³ Bu çalışmada, Cronbach Alpha değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	n	Kurtosis	Skewness
Anlam Alt Boyutu	210	-0.041	-0.539
Barış Alt Boyutu	210	1.03	-1.093
İnanç Alt Boyutu	210	1.501	-0.618
Manevi İyilik Ölçeği	210	1.104	-0.913
Umutsuzluk Ölçeği	210	1.201	1.033
Depresyon Ölçeği	210	-0.363	0.343

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5¹²⁵, +2 ile -2¹²⁶ arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir.

Değişken varyansının bilinmemesi durumunda t-dağılımı; ana kütle normal dağılım göstermiyorsa parametrik olmayan testler uygulanmaktadır.¹²⁷

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı anlatılmış ve aydınlatılmış onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden, araştırma kapsamına alınacak olan hastaların istekli olma durumları ve özerkliğe saygı ilkesi göz önünde bulundurularak, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları ve istedikleri anda çalışmadan ayrılacakları açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca katılımcılara, bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için; Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-6). Araştırmada kullanılan ölçekler için mail ortamında gerekli izinler alınmıştır (EK-7) Çalışmanın yapılacağı kurumlar için; Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden (EK-8) ve Erzurum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK-9) resmi izinler alınmıştır Çalışmada Helsinki Deklarasyonu'na uygun davranılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, Erzurum ilinde onkoloji kliniklerinde yatan hastalar ile sınırlıdır ve bu araştırmanın sonuçları, araştırmanın evrenine genellenebilir niteliktedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=210)

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	40 yaş ve altı	24	11.4
	41-64	101	48.1
	65 ve üzeri	85	40.5
Cinsiyet	Kadın	101	48.1
	Erkek	109	51.9
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	88	41.9
	İlköğretim	108	51.4
	Lise ve üzeri	14	6.7
Algılanan Aylık Gelir	Gelir giderden az	91	43.3
	Gelir gidere denk	89	42.4
	Gelir giderden fazla	30	14.3
Medeni Durum	Bekar	42	20.0
	Evli	168	80.0
Yaşanılan Yer	Köy	100	47.6
	İlçe merkezi	36	17.1
	Şehir merkezi	74	35.2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47	22.4
	Emekli	44	21.0
	Çalışmıyor	21	10.0
	Ev hanımı	98	46.7
Aile Tipi	Çekirdek aile	160	76.2
	Geniş aile	50	23.8
Klinik tanı*	Mide kanseri	58	27.6
	Akciğer kanseri	41	19.5
	Diğer kanserler	30	14.5
	Diğer GİS kanserleri	25	12.1
	Özefagus kanseri	24	11.4
	Meme kanseri	19	9.0
	Ürolojik kanserler	13	6.3
Teşhis Konulma Zamanı	0-6 ay	99	47.1
	6 ay- 1 yıl	32	15.2
	1- 3 yıl	53	25.2
	4 yıl ve üzeri	26	12.4

Tablo 4.1. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Klinik Evre	1.evre	26	12.4
	2.evre	35	16.7
	3.evre	48	22.9
	4.evre	101	48.1
Hastalığı Algılama Durumu	Tedavi edilemeyen bir hastalık	18	8.6
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	168	80.0
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	24	11.4
Tedavi Uygulanma Durumu	Evet	190	90.5
	Hayır	20	9.5
Uygulanan tedavi türü*	Kemoterapi	155	81.6
	Radyoterapi	121	63.7
	Cerrahi tedavi	67	35.3
	Diğer tedavi	2	1.0
Organ Metastaz Durumu	Var	104	49.5
	Yok	106	50.5
Metastaz türü*	Kemik metastazı	30	28.8
	Diğer metastaz	27	25.8
	Karaciğer metastazı	24	23.1
	Akciğer metastazı	21	20.2
	Beyin metastazı	7	6.7
	Kolon metastazı	7	6.7
	Mide metastazı	6	5.8
	Over metastazı	6	5.8
Başka Kronik Hastalık Durumu	Var	92	43.8
	Yok	118	56.2
Kronik Hastalık*	Hipertansiyon	37	40.2
	Diğer kronik hastalıklar	30	32.8
	Diabet	30	32.6
	Kardiyovasküler hastalıklar	24	26.1
	Hepatit B	7	7.6
	Kolesterol yüksekliği	5	5.4
	Böbrek hastalıkları	5	5.4

* Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 4.1. incelendiğinde hastaların %48.1'inin 41-64 yaş aralığında olduğu, %51.9'unun erkek olduğu, %51.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %43.3'ünün gelirinin giderinden az olduğu, %80'inin evli olduğu, %47.6'sının köyde yaşadığı, %46.7'sinin ev hanımı olduğu ve %76.2'sinin çekirdek ailede yaşadığı görülmektedir.

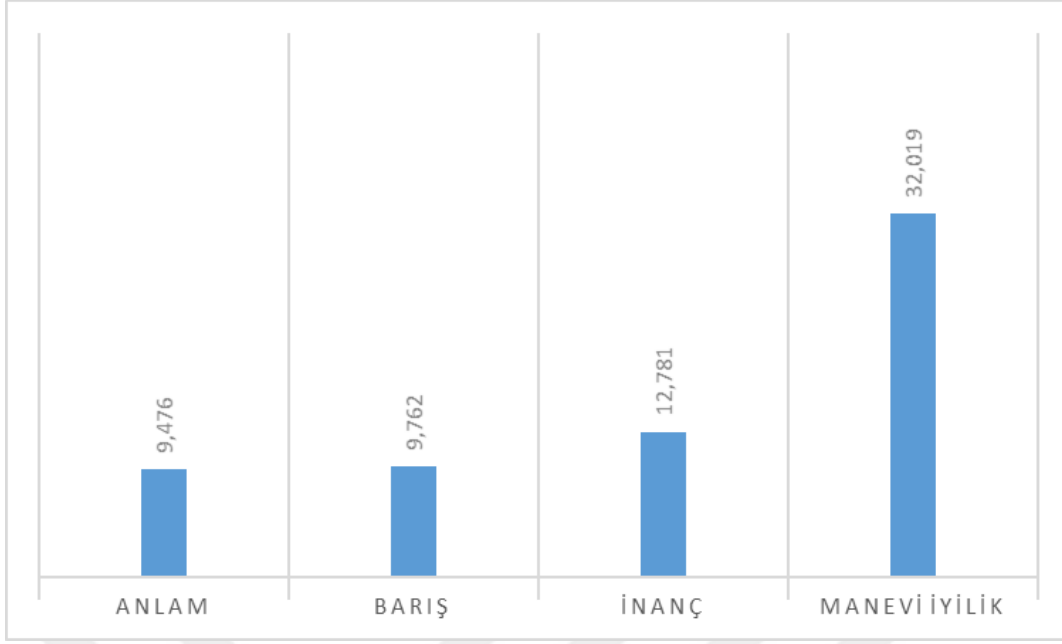
Hastaların %27.6'sının mide kanseri, %19.5'inin akciğer kanseri ve %11.4'ünün özefagus kanseri olduğu, %47.1'ine son 6 ayda teşhis konduğu, %48.1'inin 4.klinik evrede olduğu, %80'inin hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı ve %90.5'inin herhangi bir tedavi yöntemi ile tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Hastaların, %49.5'inde organ metastazının olduğu, metastazı olanların %28.8'inde kemik metastazı, %23.1'inde karaciğer metastazı, %20.2'sinde akciğer metastazı ve %6.7'sinde beyin metastazının olduğu, %43.8'inde kronik hastalık olduğu, kronik hastalık olanların %40.2'sinde hipertansiyon, %32.6'sında diyabet ve %26.1'inde kardiyovasküler hastalıklar olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

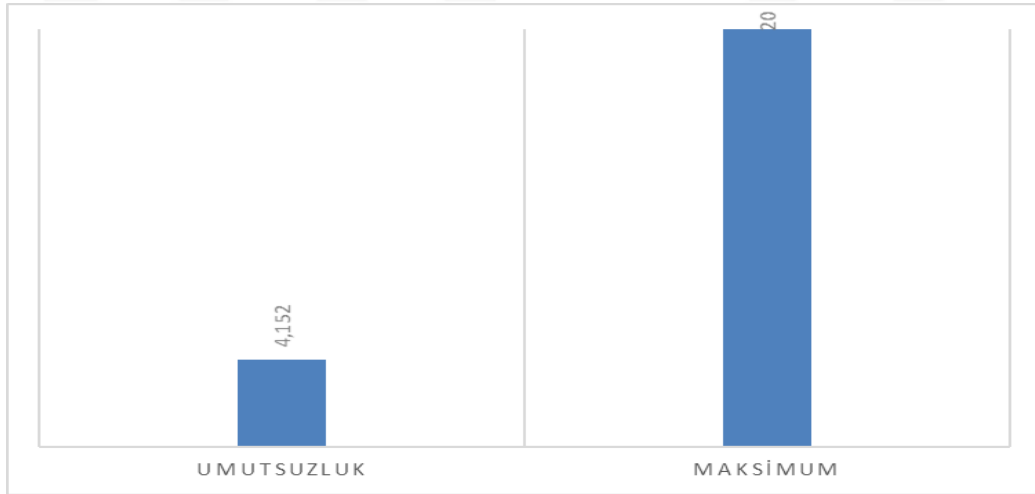
	n	Ort.	Ss.	Min.	Max.	Puan Aralığı
Anlam Alt Boyutu	210	9.48	1.98	4	13	0-16
Bariş Alt Boyutu	210	9.76	2.45	0	14	0-16
İnanç Alt Boyutu	210	12.78	2.21	2	16	0-16
Manevi İyilik	210	32.02	5.14	12	41	0-48
Toplam Puan						
Umutsuzluk	210	4.15	4.17	0	20	0-20
Depresyon	210	16.05	8.29	0	38	0-63

Tablo 4.2. incelendiğinde araştırmada hastaların Manevi İyilik Ölçeği puan ortalamasının 32.02 ± 5.14 olduğu görülmektedir. Hastaların, Manevi İyilik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek puan ortalamasını İnanç alt boyutundan (12.78 ± 2.21), en düşük puan ortalamasını ise Anlam alt boyutundan (9.48 ± 1.98) aldıkları belirlenmiştir. Araştırmada hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının 4.15 ± 4.17 , Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının ise 16.05 ± 8.29 olduğu belirlenmiştir.



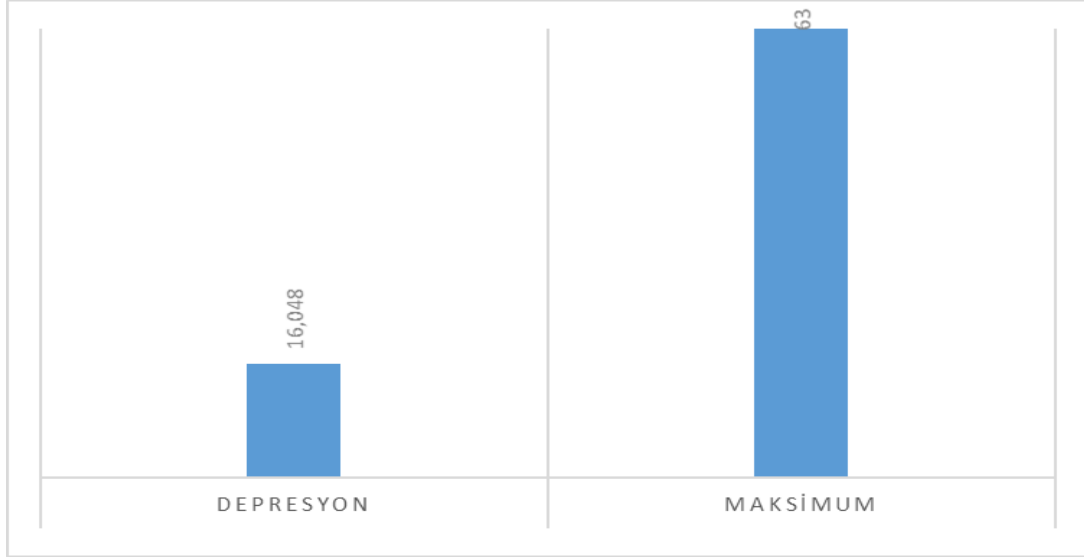
Şekil 4.1. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Şekil 4.1.'de hastaların Manevi İyilik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar grafik olarak gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalaması

Şekil 4.2.'de hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları ve ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar grafik olarak gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması

Şekil 4.3. incelendiğinde hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ve ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar grafik olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Manevi İyilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Anlam Alt Boyutu	Barış Alt Boyutu	İnanç Alt Boyutu	Manevi İyilik Toplam Puan
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 yaş ve altı	24	9.46±1.67	8.79±2.67	12.00±2.54	30.25±4.88
41-64	101	9.45±1.99	9.93±2.32	13.20±1.99	32.57±4.95
65 ve üzeri	85	9.52±2.05	9.84±2.50	12.51±2.30	31.86±5.35
F=		0.032	2.189	4.059	2.076
p=		0.969	0.115	0.019	0.128
PostHoc=				2>1,3 (p<0.05)	
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	101	9.10±1.98	9.61±2.54	12.73±2.32	31.45±5.32
Erkek	109	9.83±1.92	9.90±2.37	12.83±2.12	32.55±4.93
t=		-2.702	-0.843	-0.304	-1.563
p=		0.007	0.400	0.762	0.120
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar değil	88	8.88±1.92	9.38±2.54	12.10±2.20	30.35±5.03
İlköğretim	108	9.76±1.89	10.04±2,29	13.30±2.06	33.09±4.72
Lise ve üzeri	14	11.07±1.69	10.07±2.87	13.07±2.46	34.21±6.14
F=		10.638	1.910	7.641	8.896
p=		0.000	0.151	0.001	0.000
PostHoc=		2,3>1 3>2 (p<0.05)		2>1 (p<0.05)	2,3>1 (p<0.05)

Tablo 4.3. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Anlam Alt Boyutu	Barış Alt Boyutu	İnanç Alt Boyutu	Manevi İyilik Toplam Puan
Algılanan Aylık Gelir		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir giderden az	91	9.69±1.77	10.09±2.07	12.87±2.17	32.65±4.49
Gelir gidere denk	89	9.20±2.00	9.33±2.45	12.51±2.23	31.03±4.99
Gelir giderden fazla	30	9.63±2.41	10.07±3.27	13.33±2.26	33.03±6.85
F=		1.501	2.487	1.705	2.960
p=		0.225	0.086	0.184	0.054
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	42	9.81±1.76	10.41±2.03	12.41±2.83	32.62±5.37
Evlü	168	9.39±2.02	9.60±2.52	12.88±2.03	31.87±5.08
t=		1.223	1.915	-1.233	0.846
p=		0.223	0.032	0.315	0.399
Yaşanılan Yer		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Köy	100	9.37±1.85	9.96±2.18	12.74±2.03	32.07±4.62
İlçe merkezi	36	9.86±1.82	9.83±2.20	12.47±2.12	32.17±4.85
Şehir merkezi	74	9.43±2.21	9.46±2.87	12.99±2.49	31.88±5.95
F=		0.844	0.907	0.684	0.047
p=		0.431	0.405	0.506	0.954
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyor	47	10.21±1.68	10.62±2.13	13.23±2.24	34.06±4.36
Emekli	44	9.82±2.22	9.61±2.52	12.93±2.03	32.36±5.31
Çalışmıyor	21	9.38±1.56	9.71±1.88	12.29±2.00	31.38±4.57
Ev hanımı	98	8.99±1.96	9.43±2.60	12.60±2.31	31.02±5.28
F=		4.87	2.64	1.29	4.06
p=		0.003	0.051	0.278	0.008
PostHoc=		1,2>4 (p<0.05)			1>3,4 (p<0.05)
Aile Tipi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek	160	9.42±1.93	9.73±2.41	12.80±2.09	31.94±4.92
Geniş	50	9.66±2.12	9.88±2.58	12.72±2.58	32.26±5.82
t=		-0.753	-0.390	0.223	-0.379
p=		0.453	0.697	0.824	0.705
Teşhis Konulma Zamanı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0-6 ay	99	9.61±1.95	9.86±2.42	13.02±2.02	32.49±4.75
6 ay- 1 yıl	32	10.06±1.63	10.09±1.71	12.69±1.73	32.84±3.70
1- 3 yıl	53	8.89±2.29	9.72±2.80	12.25±2.72	30.85±6.36
4 yıl ve üzeri	26	9.46±1.50	9.08±2.56	13.08±2.23	31.62±5.12
F=		2.718	0.931	1.608	1.528
p=		0.046	0.426	0.189	0.208
PostHoc=		1,2>3 (p<0.05)			
Klinik Evre		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1.evre	26	9.42±2.06	10.35±2.98	13.12±2.12	32.89±5.35
2.evre	35	9.86±1.68	9.17±2.44	13.23±1.93	32.26±4.98
3.evre	48	9.00±2.17	9.83±2.24	12.79±2.03	31.63±4.90
4.evre	101	9.58±1.94	9.78±2.39	12.54±2.40	31.90±5.29
F=		1.479	1.192	1.094	0.380
p=		0.221	0.314	0.353	0.768

Tablo 4.3. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Anlam Alt Boyutu	Barış Alt Boyutu	İnanç Alt Boyutu	Manevi İyilik Toplam Puan
Hastalığı Algılama Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tedavi edilemeyen bir hastalık	18	7.56±2.62	7.83±2.73	11.00±3.24	26.39±7.039
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	168	9.53±1.84	9.82±2.40	12.85±2.05	32.20±4.69
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	24	10.54±1.32	10.83±1.76	13.63±1.72	35.00±3.04
F=		13.489	8.496	8.183	17.286
p=		0.000	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		3>2>1 (p<0.05)	3>2>1 (p<0.05)	2,3>1 (p<0.05)	3>2>1 (p<0.05)
Tedavi Uygulanma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	190	9.50±1.97	9.93±2.32	12.81±2.26	32.23±5.07
Hayır	20	9.30±2.08	8.20±3.09	12.50±1.76	30.00±5.42
t=		0.418	3.060	0.596	1.859
p=		0.676	0.003	0.552	0.064
Organ Metastaz Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	104	9.65±1.96	9.81±2.37	12.57±2.38	32.03±5.27
Yok	106	9.30±1.99	9.72±2.53	12.99±2.03	32.01±5.03
t=		1.292	0.268	-1.389	0.027
p=		0.198	0.789	0.166	0.978
Başka Kronik Hastalık Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	92	9.39±2.05	9.78±2.56	12.66±1.91	31.84±5.10
Yok	118	9.54±1.92	9.75±2.37	12.87±2.43	32.16±5.18
t=		-0.549	0.108	-0.681	-0.453
p=		0.584	0.914	0.484	0.651

Tablo 4.3. incelendiğinde hastaların yaş gruplarına göre İnanç alt boyut puanları anlamlıdır (p<0.05). Yaşı 41-64 olanların İnanç puanları, 40 yaş ve altı olanların ve 65 yaş ve üzeri olanların İnanç puanlarından yüksektir (p<0.05). Yaşa göre hastaların Anlam ve Barış alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları anlamlı değildir (p>0.05).

Kadınların Anlam puanları, erkeklerin Anlam puanlarından düşüktür (p<0.05). Cinsiyete göre hastaların Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları anlamlı değildir (p>0.05).

Hastaların Anlam alt boyut puanları, eğitim durumlarına göre anlamlıdır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olanların Anlam puanları, okuryazar olmayanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Eğitim durumu lise ve üzeri olanların Anlam puanları, okuryazar olmayanların ve ilköğretim mezunu olanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre İnanç alt boyut puanları anlamlıdır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olanların İnanç puanları, okuryazar olmayanların İnanç puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre Manevi İyilik toplam puanları anlamlıdır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olanların ve lise ve üzeri eğitim almış olanların Manevi İyilik puanları, okuryazar olmayanların Manevi İyilik puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Barış alt boyut puanları eğitim durumuna göre; Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları algılanan aylık gelire göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bekarların Barış puanları, evli olanlardan yüksektir ($p<0.05$). Hastaların medeni durumlarına göre Anlam ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların Anlam alt boyut puanları, çalışma durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların ve emekli olanların Anlam puanları ev hanımı olanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Manevi İyilik toplam puanları çalışma durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların Manevi İyilik puanları, çalışmayanların ve ev hanımı olanların Manevi İyilik puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Barış ve İnanç alt boyut puanları çalışma durumuna göre; Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları ise aile tipine göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların Anlam alt boyut puanları teşhis konulma zamanına göre anlamlıdır ($p<0.05$). Teşhis konulma zamanı 0-6 ay olanların ve 6 ay- 1 yıl olanların Anlam puanları, 1- 3 yıl olanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Teşhis konulma zamanına göre hastaların Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların Anlam alt boyut puanları hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Anlam puanları, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Anlam puanları, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların ve tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Anlam puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları yaşanan yer ve klinik evreye göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların Barış alt boyut puanları, hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Barış puanları, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Barış puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Hastalığını, kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Barış puanları, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların ve uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Barış puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların İnanç alt boyut puanları hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların ve

kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların İnanç puanları, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların İnanç puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Manevi İyilik toplam puanları hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Manevi İyilik puanları, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Manevi İyilik puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Hastalığını, kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Manevi İyilik puanları tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların ve uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Manevi İyilik puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Herhangi bir tedavi uygulananların Barış puanları, tedavi uygulanmayanların Barış puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Hastaların Anlam ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları tedavi durumuna göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Umutsuzluk
Yaş		Ort±SS
40 yaş ve altı	24	4.04±3.43
41-64	101	3.71±3.66
65 ve üzeri	85	4.71±4.86
F=		1.320
p=		0.269
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	101	4.31±4.43
Erkek	109	4.01±3.94
t=		0.516
p=		0.607

Tablo 4.4. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Umutsuzluk
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar değil	88	4.55±4.28
İlköğretim	108	3.77±4.07
Lise ve üzeri	14	4.64±4.33
F=		0.943
p=		0.391
Algılanan Aylık Gelir		Ort±SS
Gelir giderden az	91	3.92±3.85
Gelir gidere denk	89	4.60±4.60
Gelir giderden fazla	30	3.53±3.74
F=		0.969
p=		0.381
Medeni Durum		Ort±SS
Bekar	42	3.38±4.13
Evli	168	4.35±4.18
t=		-1.342
p=		0.181
Yaşanılan Yer		Ort±SS
Köy	100	3.72±3.71
İlçe merkezi	36	4.06±3.91
Şehir merkezi	74	4.78±4.82
F=		1.398
p=		0.249
Çalışma Durumu		Ort±SS
Çalışıyor	47	2.96±2.89
Emekli	44	4.66±4.22
Çalışmıyor	21	4.33±4.99
Ev hanımı	98	4.46±4.43
F=		1.707
p=		0.167
Aile Tipi		Ort±SS
Çekirdek	160	4.16±4.03
Geniş	50	4.12±4.65
t=		0.063
p=		0.950
Teşhis Konulma Zamanı		Ort±SS
0-6 ay	99	3.78±3.45
6 ay- 1 yıl	32	3.41±3.67
1- 3 yıl	53	5.47±5.70
4 yıl ve üzeri	26	3.81±3.10
F=		2.483
p=		0.062

Tablo 4.4. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Umutsuzluk
Klinik Evre		Ort±SS
1.evre	26	2.31±2.15
2.evre	35	3.06±2.71
3.evre	48	4.56±4.05
4.evre	101	4.81±4.82
F=		3.623
p=		0.014
PostHoc=		3,4>1, 4>2 (p<0.05)
Hastalığı Algılama Durumu		Ort±SS
Tedavi edilemeyen bir hastalık	18	9.72±7.20
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	168	3.82±3.48
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	24	2.29±1.83
F=		22.910
p=		0.000
PostHoc=		1>2,3 (p<0.05)
Tedavi Uygulanma Durumu		Ort±SS
Evet	190	4.05±4.13
Hayır	20	5.10±4.54
t=		-1.068
p=		0.287
Organ Metastaz Durumu		Ort±SS
Var	104	4.70±4.80
Yok	106	3.61±3.40
t=		1.902
p=		0.060
Başka Kronik Hastalık Durumu		Ort±SS
Var	92	4.44±4.73
Yok	118	3.93±3.69
t=		0.865
p=		0.403

Tablo 4.4. incelendiğinde; hastaların Umutsuzluk puanları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, algılanan aylık gelir, medeni durum, yaşanılan yer, çalışma durumu, aile tipi, teşhis konulma zamanı, klinik evre, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre anlamlı değildir (p>0.05).

Hastaların Umutsuzluk puanları klinik evreye göre anlamlıdır (p<0.05). Klinik evresi 3 olanların Umutsuzluk puanları klinik evresi 1 olanların Umutsuzluk puanlarından

yüksektir ($p<0.05$). Klinik evresi 4 olanların Umutsuzluk puanları klinik evresi 1 olanların ve klinik evresi 2 olanların Umutsuzluk puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Umutsuzluk puanları hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Umutsuzluk puanları, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların ve kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Umutsuzluk puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Depresyon
Yaş		Ort±SS
40 yaş ve altı	24	17.17±8.66
41-64	101	15.64±8.52
65 ve üzeri	85	16.21±7.98
F=		0.353
p=		0.703
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	101	18.27±8.55
Erkek	109	13.99±7.52
t=		3.855
p=		0.000
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar değil	88	18.33±8.16
İlköğretim	108	14.45±7.85
Lise ve üzeri	14	14.00±9.61
F=		6.028
p=		0.003
PostHoc=		1>2 ($p<0.05$)
Algılanan Aylık Gelir		Ort±SS
Gelir giderden az	91	17.11±7.87
Gelir gidere denk	89	15.35±8.11
Gelir giderden fazla	30	14.90±9.88
F=		1.354
p=		0.260
Medeni Durum		Ort±SS
Bekar	42	14.14±7.90
Evli	168	16.52±8.34
t=		-1.671
p=		0.096

Tablo 4.5. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Depresyon
Yaşanılan Yer		Ort±SS
Köy	100	16.13±7.92
İlçe merkezi	36	14.22±8.89
Şehir merkezi	74	16.82±8.47
F=		1.204
p=		0.302
Çalışma Durumu		Ort±SS
Çalışıyor	47	12.83±7.20
Emekli	44	15.14±8.15
Çalışmıyor	21	13.33±7.30
Ev hanımı	98	18.58±8.35
F=		6.867
p=		0.000
PostHoc=		4>1,2,3 (p<0.05)
Aile Tipi		Ort±SS
Çekirdek	160	16.09±8.19
Geniş	50	15.90±8.69
t=		0.144
p=		0,886
Teşhis Konulma Zamanı		Ort±SS
0-6 ay	99	15.13±8.04
6 ay- 1 yıl	32	13.88±6.13
1- 3 yıl	53	18.42±9.44
4 yıl ve üzeri	26	17.39±8.16
F=		2.875
p=		0.037
PostHoc=		3>1,2 (p<0.05)
Klinik Evre		Ort±SS
1.evre	26	11.92±8.64
2.evre	35	13.57±6.38
3.evre	48	17.23±7.91
4.evre	101	17.41±8.53
F=		4.641
p=		0.004
PostHoc=		3,4>1,2 (p<0.05)
Hastalığı Algılama Durumu		Ort±SS
Tedavi edilemeyen bir hastalık	18	22.28±8.27
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	168	16.19±8.02
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	24	10.38±6.64
F=		11.826
p=		0.000
PostHoc=		1>2>3 (p<0.05)
Tedavi Uygulanma Durumu		Ort±SS
Evet	190	15.83±8.22
Hayır	20	18.10±8.97
t=		-1.164
p=		0.246

Tablo 4.5. Devamı

Tanımlayıcı Özellikler	n	Depresyon
Organ Metastaz Durumu		Ort±SS
Var	104	17.05±8.68
Yok	106	15.07±7.81
t=		1.740
p=		0.083
Başka Kronik Hastalık Durumu		Ort±SS
Var	92	16.33±8.31
Yok	118	15.83±8.31
t=		0.429
p=		0.669

Tablo 4.5. incelendiğinde hastaların Depresyon puanları; yaş, medeni durum, yaşanılan yer, algılanan aylık gelir, aile tipi, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kadınların Depresyon puanları erkeklerin Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Depresyon puanları eğitim durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Okuryazar olmayanların Depresyon puanları ilköğretim mezunu olanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Depresyon puanları çalışma durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Ev hanımı olanların Depresyon puanları çalışanların, çalışmayanların ve emekli olanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Depresyon puanları teşhis konulma zamanına göre anlamlıdır ($p<0.05$). Teşhis konulma zamanı 1- 3 yıl olanların Depresyon puanları, 0-6 ay olanların ve 6 ay- 1 yıl olanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Depresyon puanları klinik evreye göre anlamlıdır ($p<0.05$). Klinik evresi 3 ve 4 olanların Depresyon puanları klinik evresi 1 ve 2 olanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Depresyon puanları hastalığı algılama durumuna göre anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalığını, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Depresyon

puanları, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların ve kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$). Hastalığını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların Depresyon puanları, kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Depresyon puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Manevi İyilik Düzeyi ile Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Umutsuzluk	Depresyon	Anlam	Barış	İnanç	Manevi İyilik
Umutsuzluk	r	1.000					
	p						
Depresyon	r	0.509	1.000				
	p	0.000					
Anlam Alt Boyutu	r	-0.424	-0.557	1.000			
	p	0.000	0.000				
Barış Alt Boyutu	r	-0.508	-0.452	0.474	1.000		
	p	0.000	0.000	0.000			
İnanç Alt Boyutu	r	-0.384	-0.27	0.388	0.333	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000		
Manevi İyilik	r	-0.571	-0.547	0.778	0.802	0.739	1.000
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

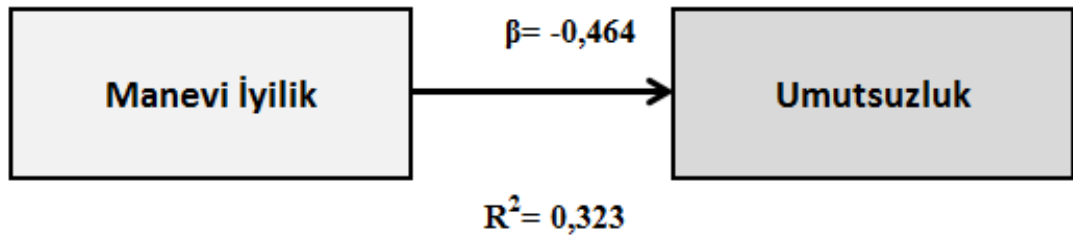
Tablo 4.6.'ya göre Depresyon ile Umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.509$; $p<0.05$). Anlam alt boyutu ile Umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.424$; $p<0.05$). Anlam alt boyutu ile Depresyon arasındaki ilişki anlamlı, orta düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.557$; $p<0.05$). Barış alt boyutu ile Umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı, orta düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.508$; $p<0.05$). Barış alt boyutu ile Depresyon arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.452$; $p<0.05$). Barış alt boyutu ile Anlam alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.474$; $p<0.05$). İnanç alt boyutu ile Umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.384$; $p<0.05$). İnanç alt boyutu ile Depresyon arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.273$; $p<0.05$). İnanç alt boyutu ile Anlam alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.388$; $p<0.05$).

İnanç alt boyutu ile Barış alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, zayıf düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.333$; $p<0.05$). Manevi İyilik ile Umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı, orta düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.571$; $p<0.05$). Manevi İyilik ile Depresyon arasındaki ilişki anlamlı, orta düzeyde ve negatif yöndedir ($r=-0.547$; $p<0.05$). Manevi İyilik ile Anlam alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.778$; $p<0.05$). Manevi iyilik ile Barış alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.802$; $p<0.05$). Manevi İyilik ile İnanç alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yöndedir ($r=0.739$; $p<0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Manevi İyilik ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Umutsuzluk	Sabit	19.010	12.674	0.000	100.638	0.000	0.323
	Manevi İyilik	-0.464	-10.032	0.000			

Tablo 4.7. incelendiğinde Manevi İyilik ile Umutsuzluk arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Umutsuzluk düzeyinin belirleyicisi olarak Manevi İyilik değişkenleri ile aralarında güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($R^2=0.323$). Hastaların Manevi İyilik düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0.464$).



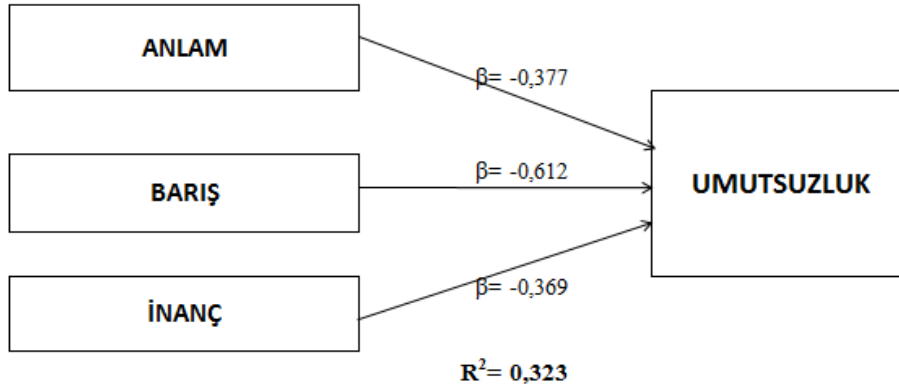
Şekil 4.4. Manevi İyiliğin Umutsuzluk Üzerine Etkisi

Şekil 4.4. incelendiğinde Manevi İyilik ve Umutsuzluk arasındaki ilişkiyi ortaya koyan regresyon analizi grafik olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Umutsuzluk Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Umutsuzluk	Sabit	18.407	11.762	0.000	34.305	0.000	0.323
	Anlam Alt Boyutu	-0.377	-2.652	0.009			
	Bariş Alt Boyutu	-0.612	-5.459	0.000			
	İnanç Alt Boyutu	-0.369	-3.114	0.002			

Tablo 4.8. incelendiğinde Anlam, Bariş ve İnanç alt boyutları ile Umutsuzluk arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Umutsuzluk düzeyinin belirleyicisi olarak Anlam, Bariş ve İnanç alt boyut değişkenleri ile aralarında güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($R^2 = 0.323$). Hastaların Anlam düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır ($\beta = -0.377$). Hastaların Bariş düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır ($\beta = -0.612$). Hastaların İnanç düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır ($\beta = -0.369$).



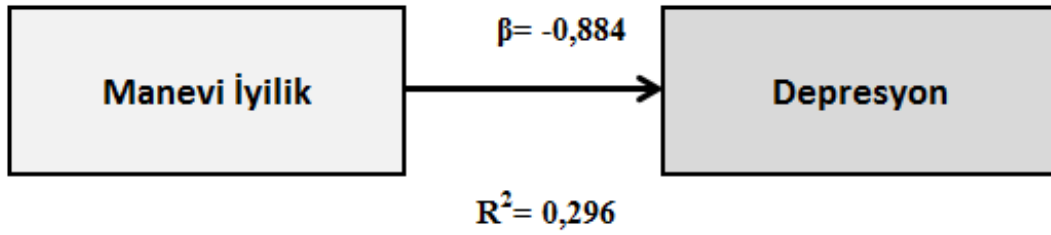
Şekil 4.5. Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Umutsuzluk Üzerine Etkisi

Şekil 4.5. incelendiğinde Manevi İyilik Ölçeği alt boyutlarının Umutsuzluk üzerine etkisi grafik olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların Manevi İyilik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Depresyon	Sabit	44.352	14.598	0.000	89.008	0.000	0.296
	Manevi İyilik	-0.884	-9.434	0.000			

Tablo 4.9. incelendiğinde Manevi İyilik ile Depresyon arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=89.008$; $p<0.05$). Depresyon düzeyinin belirleyicisi olarak Manevi İyilik değişkenleri ile aralarındaki ilişkinin güçlü olduğu belirlenmiştir ($R^2=0.296$). Hastaların Manevi İyilik düzeyi Depresyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0.884$).



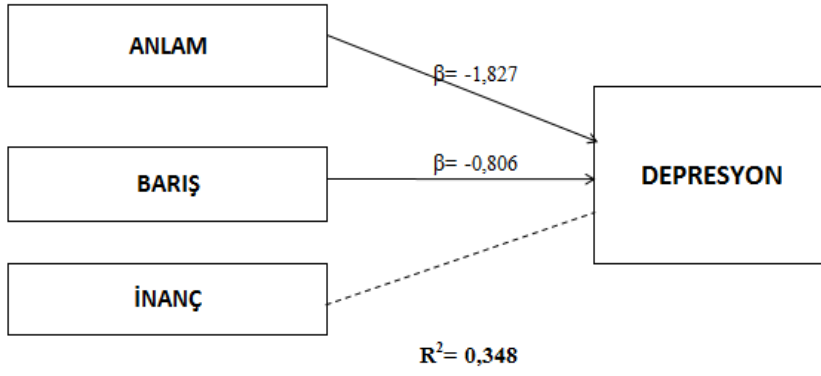
Şekil 4.6. Manevi İyiliğin Depresyon Üzerine Etkisi

Şekil 4.6. incelendiğinde Manevi İyilik ile Depresyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için yapılan regresyon analizi grafik olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Depresyon Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Depresyon	Sabit	42.396	13.882	0.000	38.104	0.000	0.348
	Anlam Alt Boyutu	-1.827	-6.592	0.000			
	Barış Alt Boyutu	-0.806	-3.687	0.000			
	İnanç Alt Boyutu	-0.091	-0.395	0.693			

Tablo 4.10. incelendiğinde Anlam, Barış ve İnanç alt boyutları ile Depresyon arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Depresyon düzeyinin belirleyicisi olarak Anlam, Barış ve İnanç alt boyut değişkenleri ile aralarındaki ilişkinin güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0.348$). Hastaların Anlam düzeyi Depresyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-1.827$). Hastaların Barış düzeyi Depresyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0.806$). Hastaların İnanç düzeyi Depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0.05$).



Şekil 4.7. Manevi İyilik Ölçeği Alt Boyutlarının Depresyon Üzerine Etkisi

Şekil 4.7. incelendiğinde Manevi İyilik Ölçeği alt boyutlarının Depresyon üzerine etkisi grafik olarak gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Onkoloji hastalarında Manevi İyiliğin Umut ve Depresyonla ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmada hastaların Manevi İyilik puan ortalaması 32.02 ± 5.14 olup, yüksek olarak belirlenmiştir. Chaar ve ark.¹²⁸ kanser hastalarının Manevi İyilik puanlarının 35.94 ± 8.46 , Bernard ve ark.¹²⁹ 30.7 ± 8.6 , Whitford ve Olver¹³⁰ 33.0 ± 9.0 , Sankhe ve ark.³⁶ 28.5 ± 13.3 olduğunu bildirmişlerdir. Kanser hastalarında maneviyatın yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada hastaların Manevi İyilik düzeyleri yüksek bulunmuştur.¹³¹ Benzer şekilde 120 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada¹³² ve kanser hastalarının on yıllık bir zaman periyodu içerisinde değerlendirildiği başka bir çalışmada¹³³ hastaların Manevi İyilik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Seyedrasooly ve ark.⁹⁰ da kanser hastalarının yüksek Manevi İyilik düzeyine sahip olduğunu belirlemişlerdir. Bu doğrultuda kanser hastalarının bakım ve tedavi sürecinde manevi kaynakları kullandıkları ve Manevi İyilik düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmaya göre hastaların yaş gruplarına göre Anlam ve Barış alt boyut puanları ve Manevi İyilik toplam puanları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Buna karşın İnanç alt boyut puanı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermiş olup, yaşı 41-64 olanların İnanç puanları, 40 yaş ve altı olanların ve 65 yaş ve üzeri olanların İnanç puanlarından yüksek bulunmuştur. Chaar ve ark.¹²⁸ tarafından yapılan bir çalışmada genç hastaların diğer yaş gruplarına göre İnanç alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Ancak Park ve Cho¹³⁴ yaşla birlikte İnanç alt boyut puanının da arttığını bildirmişlerdir. Literatürdeki birçok çalışmada ise yaş gruplarına göre Manevi İyilik toplam puanı ve alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı

belirlenmiştir.^{94,132,135,136} Literatürde İnanç alt boyutunun yaşla birlikte değiştiğine ilişkin bulgular yer almasına rağmen genel olarak Manevi İyilik düzeyinin yaştan etkilenmediğine dair sonuçlar bildirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarının kültürel özelliklerden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların Anlam alt boyut puanı erkeklerden yüksek olmakla birlikte, toplam Manevi İyilik puanı açısından cinsiyete göre gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Evli olmayanların Barış alt boyut puanı evli hastalardan yüksek olmakla birlikte, Manevi İyilik toplam puanı açısından medeni duruma göre gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Rabow¹³⁵'un çalışması, araştırmanın bulgularını destekler nitelikte olup, bu çalışmada kanser hastalarının Manevi İyilik puanları açısından cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Whitford ve ark.⁹⁴, Lewis ve ark.¹³¹ ve Frost ve ark.¹³² ise Manevi İyilik düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada cinsiyet, Manevi İyilik toplam puanı açısından önem teşkil etmese de kadınların Anlam alt boyut puanlarının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu düşünüldüğünde, literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun inançsal özelliklerle açıklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya göre algılanan aylık gelir, yaşanan yer ve aile tipine göre Manevi İyilik Ölçeği ve tüm alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Benzer şekilde Caldeira ve ark.⁹⁶ tarafından yapılan çalışmada medeni durum ve ailesel duruma göre Manevi İyilik ve alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada ise gelir durumu arttıkça Anlam ve Barış alt boyut puanlarının arttığı ancak Manevi İyilik toplam puanının etkilenmediği bildirilmektedir.¹³⁴ Araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik

göstermekte ve algılanan aylık gelir, yaşanılan yer ve aile tipinin kanser hastalarının Manevi İyilik düzeylerini etkilemediği görüşünü destekler niteliktedir.

Araştırmada Manevi İyilik Ölçeği ve tüm alt boyut puanları açısından klinik evre, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır. Rabow¹³⁵ ile Morgan ve ark.¹³⁷'nin çalışmalarında da kanser hastalarının Manevi İyilik düzeylerinin klinik evreye göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Buna karşın kemoterapi alan kanser hastalarında yapılan bir araştırmaya göre hastaların Manevi İyilik düzeyinin metastaz durumlarına göre önemli farklılık gösterdiği ve metastazı olan hastaların Manevi İyilik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.⁹⁶ Başka bir araştırmada da hastaların Manevi İyilik düzeylerinin tümör evresi ve metastaz durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği¹³² ve Lewis ve ark.¹³¹'nin çalışmasında klinik evresi yüksek olan hastaların Manevi İyilik düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Maneviyatın, dini içine alan geniş bir kavram olduğu düşünüldüğünde; bu araştırmada klinik evre, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumunun hastaların Manevi İyilik düzeylerini etkilememesinin nedeni olarak, araştırmaya katılan hastaların aynı kültürel coğrafyada yaşamaları ve buna bağlı olarak dini özelliklerinin benzer olması gösterilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların Manevi İyilik puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların Manevi İyilik düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Caldeira ve ark.⁹⁶ tarafından yaşlı kanser hastalarında yapılan bir çalışmada bireylerin manevi sıkıntı düzeylerinde eğitim seviyesinin önemli olduğu ve eğitim seviyesi yüksek olan hastaların manevi sıkıntılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Rohde ve ark.¹³⁸ eğitim düzeyinin metastatik kolorektal kanserli hastaların Manevi İyilikleri açısından önemli olduğunu saptamışlardır. Literatür bulgularının araştırma ile benzerlik

göstermesinden yola çıkılarak onkoloji hastalarında eğitim düzeyinin Manevi İyilik durumları açısından önemli bir değişken olduğu ve bu durum, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların Manevi İyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu kanısını destekler niteliktedir.

Araştırmada hastaların çalışma durumuna göre Manevi İyilik puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olup, çalışma hayatında aktif yer alan hastaların Manevi İyilik düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Chaar ve ark.¹²⁸ tarafından yapılan çalışmada Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puanları ve toplam Manevi İyilik puanları yüksek olan kanser hastalarının fiziksel, duygusal ve mental işlevlerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Çalışma hayatında aktif olmanın fiziksel, mental ve sosyal kapasite ile ilgisi düşünüldüğünde, çalışan kanser hastalarının Manevi İyilik düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulgusunu destekler niteliktedir. Ayrıca çalışma ortamında edinilen sosyal desteğin, bir sorumluluğa sahip olmanın ve çalışıyor olmanın sağladığı psikolojik katkıların etkisiyle de çalışma durumunun kanser hastalarının Manevi İyilik düzeylerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Bu araştırmada hastaların Anlam alt boyut puanları teşhis konulma zamanına göre anlamlı farklılık göstermekte ve teşhis konulma zamanı 0-6 ay olanların ve 6 ay-1 yıl olanların Anlam puanlarının, teşhis konulma zamanı 1-3 yıl olanların Anlam puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada tanıdan bu yana geçen zamana göre kanser hastalarının ortalama Manevi İyilik skorlarında anlamlı bir farklılık bulunduğu, iki yıldan az süredir tanısı konmuş olan kanser hastalarının, 2 ila 3 yıl arasında teşhis edilenlerden Manevi İyilik Anlam alt boyutu puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.¹³⁹ Morgan ve ark.¹³⁷ ve Rabow¹³⁵ ise teşhis zamanına göre Manevi İyilik puanları arasında anlamlı farklılık saptamamışlardır. Literatürde araştırmanın bu bulgusunu desteklemeyen çalışmalar da bulunmakla birlikte; maruz kalınan tetkik ve tedavi uygulamaları ve bunların yan etkileri, psikososyal değişiklikler,

aile ve iş yaşamındaki rollere ilişkin değişikliklerin sürece eşlik ettiği düşünüldüğünde kanser hastalarında teşhisten sonra geçen süre arttıkça yaşamdan anlam bulma durumlarının azaldığı sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmada hastaların Manevi İyilik puanlarının, hastalığı algılama durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ve hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Manevi İyilik puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derece düşük olduğu saptanmıştır. Schultz ve ark.¹⁴ çalışmalarında kanser hastalarının hastalığı algılama durumuna göre Manevi İyilik düzeyleri açısından anlamlı farklılık olduğunu ve hastalığını ciddi olarak algılayanların diğer gruplara göre Manevi İyilik düzeylerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada pozitif prognoz algısının Manevi İyiliği arttırdığı⁹⁰, Whitford ve ark.⁹⁴'na göre de hastalığı algılama durumuna göre gruplar arasındaki farkın Anlam ve Barış alt boyutları açısından önemli olduğu ancak, İnanç alt boyutu açısından önemli olmadığı ve hastalığı tedavi edilebilir bir hastalık olarak algılayanların Anlam ve Barış alt boyut puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu literatür ile benzerlik gösterip; bu durum, hastalıkla ilgili olumsuz algının kanser hastalarının Manevi İyilik Düzeylerini olumsuz yönde etkileyeceği kanısını destekler niteliktedir.

Herhangi bir kanser tedavisi uygulanan kanser hastalarının Barış alt boyutu puanlarının, tedavi uygulanmayanlardan yüksek olduğu; Anlam ve İnanç alt boyutu puanları ve Manevi İyilik toplam puanları açısından tedavi uygulanma durumuna göre anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Frost ve ark.¹³² tedavi durumunun Manevi İyilik açısından önemli olmadığını saptamışlardır. Hendricks-Ferguson¹³⁹ tedavisi tamamlanmış kanser hastalarının Manevi İyilik düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu ve Park ve Cho¹³⁴ tedavi uygulanan hastaların manevi çabasının daha fazla olduğunu ve Manevi İyilik Ölçeği ve tüm alt boyutları açısından önemli olduğunu

belirlemişlerdir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda; herhangi bir tedavi uygulanmayan hastalar genellikle ilerlemiş evrede olup, semptomların hafifletilmesine yönelik girişimlerin uygulandığı hasta grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca tedavisi başlanan hastaların iyileşme konusunda istekli olabilecekleri ve bu durumun hastaları psikolojik yönde teşvik edici olabileceği ve Manevi İyilik düzeylerini artıracakı düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının Umutsuzluk puanları 4.15 ± 4.17 olup, düşük olarak belirlenmiştir. Kanser hastalarının Umutsuzluk puanlarını Yıldırım ve ark.¹⁴⁰ 5.20 ± 4.39 , Fadıloğlu ve ark.¹⁴¹ 4.57 ± 3.63 ve Özdaş ve Olgun¹⁴² 2.88 ± 0.34 olarak belirlemişlerdir. İnan'da yapılan bir çalışmada kanser hastalarının Umutsuzluk puanı 5.93 ± 4.71 ¹⁴³ ve meme kanserli bireylerde yapılan bir çalışmada 4.80 ± 3.62 ¹⁴⁴ olarak saptanmıştır. Hendricks-Ferguson¹³⁹ çalışmasında kanser hastalarının Umut düzeylerini yüksek olarak belirlemiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da kanser hastalarının Umutsuzluk düzeyleri düşük olarak belirlenmiştir.^{145,146}

Araştırmada hastaların Umutsuzluk puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, algılanan aylık gelir, medeni durum, yaşanan yer, çalışma durumu, aile tipi, teşhis konulma zamanı, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Rawdin ve ark.¹⁹ yaş, cinsiyet, etnik köken, medeni durum, din ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler arasında sadece eğitim düzeyinin Umut puanları açısından önemli olduğunu, eğitim düzeyi yüksek olanların Umut skorlarının daha yüksek olduğunu ve metastatik hastalık varlığının Umut skorları açısından önemli olmadığını belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada da eğitim düzeyine göre Umut puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu, diğer demografik değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmadığı bildirilmiştir.¹⁰⁶ Kemik iliği nakli bekleyen kanser hastalarında yapılan bir çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığına göre Umutsuzluk

düzelelerinin anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.¹⁴² Bahar¹⁴⁷'ın kronik hastalıklarda Umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada Umutsuzluk düzeyinin yaş, cinsiyet, mesleki durum ve gelir durumuna göre önemli farklılık göstermediği belirlenmiştir. Pehlivan ve ark.¹⁴⁶ medeni durum ve tedavi durumuna göre Umutsuzluk skoru açısından gruplar arasındaki farkın önemli olmadığını bildirmişleridir. Arslan ve ark.¹⁴⁸ evli ve bekar hastaların Umutsuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır. Araştırmanın bu bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durumda; kanser hastalarının Umutsuzluk puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, algılanan aylık gelir, medeni durum, yaşanan yer, çalışma durumu, aile tipi, teşhis konulma zamanı, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumundan etkilenmediği söylenebilir.

Araştırmada hastaların Umutsuzluk puanlarının klinik evreye göre anlamlı farklılık gösterdiği; klinik evresi yüksek olanların, düşük olanlara göre Umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pehlivan ve ark.¹⁴⁶ da hastalık evresinin Umutsuzluk düzeylerini etkilediğini, lokal kanser tanılı hastalarda Umutsuzluk puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada metastazı olan ve ileri evre kanser hastalarının Umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁴⁰ Arslan ve ark.¹⁴⁸'nın çalışmasında ise kanser evresinin Umutsuzluk düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulguları literatür ile genel olarak benzerlik gösterip, klinik evre ilerledikçe kanser hastalarının Umut düzeylerinin olumsuz etkilendiği görüşünü destekler nitelik taşımaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların Umutsuzluk puanlarının hastalığı algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği; hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Umutsuzluk puanlarının, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık ve kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Umutsuzluk puanlarından

yüksek olduğu belirlenmiştir. İzci ve ark.¹⁴⁴ meme kanserli hastalarda yaptıkları bir çalışmada genel sağlık algısına göre Umutsuzluk puanının anlamlı farklılık gösterdiğini ve sağlık algısı kötü olanların diğer gruplara göre Umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bir başka çalışmada da hastalık algısı iyi olan kanser hastalarının Umutsuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu, Umutsuzluk düzeyleri düştükçe, hastalık algılarının ve prognozun olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir.¹⁴⁹ Bu durum; hastalığı hakkındaki algısı iyi olan kanser hastalarının umut düzeylerinin daha yüksek, Umutsuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu görüşünü desteklemektedir.

Araştırmadaki hastaların Depresyon puan ortalaması 16.05 ± 8.29 olup, bu puan düşük düzey Depresyon varlığını göstermektedir. Kanser hastalarının Depresyon puanlarını Seven ve ark.²² 8.59 ± 6.36 , Arslan ve ark.²⁶ 16.08 ± 8.36 , Alacacioğlu⁷² 14.76 ± 9.85 , Aydoğan ve ark.³³ 11.34 ± 7.92 , Karabulutlu ve ark.¹⁰⁷ 11.44 ± 5.26 , Nazlıcan ve ark.¹¹⁰ 17.5 ± 10.6 ve İzci ve ark.¹⁴⁴ 8.93 ± 7.09 olarak belirlemişlerdir. Özdaş ve Olgun¹⁴² kanser hastalarının Depresyon puanlarının normal olduğunu, Mols ve ark.¹⁵⁰ ise kanser hastalarında normale göre anlamlı derecede daha yüksek Depresyon prevalansı belirlediklerini bildirmişlerdir. Mansano-Schlosser ve ark.¹⁵¹ çalışmasında hastaların %27.2'sinde orta şiddetli veya şiddetli Depresyon olduğu, Katar'da yürütülen bir kohort çalışmasında da hastalarının %27.7'sinde orta derecede Depresyon, %19.5'inde şiddetli Depresyon olduğu belirlenmiştir.¹⁵² Araştırmada hastaların depresyon puanları düşük olarak nitelendirilmiş olsa da Depresyonun kesim noktası olarak kabul edilen 17 puana yakın bir sonuç elde edilmiştir. Literatür de değerlendirildiğinde genel olarak kanser hastalarında orta ve yüksek düzey Depresyon olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, Depresyonun kanser hastalarında en fazla görülen psikolojik problemlerden biri olduğu kanısını açıklar niteliktedir.

Araştırmada hastaların Depresyon puanlarının yaş, algılanan aylık gelir, medeni durum, yaşanılan yer, aile tipi, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Kutlu ve ark.¹¹² kanser hastalarının yaşının ve medeni durumunun Depresyonu etkilemediğini, Arslan ve ark.²⁶ yaşanılan yerin hastaların Depresyon düzeyinde anlamlı farka sebep olmadığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da hastaların medeni durumlarına göre Depresyon puanlarının farklılık göstermediği³³, bir başka çalışmada cinsiyet dışında hastaların tanımlayıcı özelliklerinin Depresyon seviyelerini etkilemediği¹⁰⁷, kanser hastalarında majör Depresyonu ve ilişkili etmenleri belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada da; majör Depresyonu olan ve olmayan hastalarda yaş, medeni durum ve hastanın yaşadığı yer değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.²¹ Lord ve ark.¹⁵³ yaşın depresyon puanları açısından önemli olmadığını, Arslan ve ark.¹⁴⁸ evli ve bekar hastaların depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Dzebo ve ark.¹⁵⁴ kanser hastalarında depresyonun medeni duruma göre farklılık göstermediğini belirlemişlerdir. Literatür bulguları araştırmanın bulguları ile benzerlik gösterip; kanser hastalarının Depresyon düzeyleri yaş, algılanan aylık gelir, medeni durum, yaşanılan yer, aile tipi, tedavi uygulanma durumu, organ metastaz durumu ve başka kronik hastalık durumundan etkilenmemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların Depresyon puanları erkeklerin depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. Tokgöz ve ark.²¹, Arslan ve ark.²⁶ ve Karabulutlu ve ark.¹⁰⁷ erkeklere oranla kadınların daha yüksek Depresyon düzeyine sahip olduklarını belirlemişlerdir. Örnekleme genç hastalardan oluşan bir çalışmada kızların Depresyon puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak cinsiyetler arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.¹⁵⁵ Lord ve ark.¹⁵³ ise kadınlarda

Depresyon oranının fazla olmakla birlikte cinsiyete göre Depresyon puanının anlamlı farklılık göstermediğini belirlemişlerdir. Bu durum, kanser hastalarında cinsiyetin Depresyon açısından önemli bir değişken olduğu ve kadınların depresif durumlara daha yatkın oldukları görüşünü destekler niteliktedir.

Bu araştırmada hastaların eğitim durumlarına göre Depresyon puanlarının farklılık gösterdiği, okuryazar olmayanların Depresyon puanlarının eğitim durumu ilköğretim olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hindistan ve ark.²⁸ da eğitim durumu ile Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlemiş olup, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastaların Depresyon puanlarının ilköğretim, lise ve üniversite eğitime sahip olanlardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumda eğitim düzeyi yüksek olan kanser hastalarının Depresyon düzeylerinin daha düşük olacağı söylenebilir.

Araştırma bulgularına göre hastaların Depresyon puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve ev hanımı olanların Depresyon puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hindistan ve ark.²⁸ hastaların mesleği ile Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu ve ev hanımı olan hastaların Depresyon puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Yazgan¹⁵⁶'ın çalışmasında ise çalışma durumuna göre Depresyon puanında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak; Arslan ve ark.¹⁴⁸ çeşitli kariyerleri olan hastalar arasında, Depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu, işe sahip olan hastaların düzensiz çalışma programlarından ötürü çok daha fazla Depresyondan etkilendiğini belirtmişlerdir. Literatür bulguları çeşitlilik göstermekle birlikte, çalışmaya katılan ev hanımlarının yaşadıkları kültürel coğrafya düşünüldüğünde, ağır sorumluluklarının olduğu ve iş

yüklerinin fazla olduğu ve bu nedenle Depresyona daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların Depresyon puanlarının teşhis konulma zamanına göre anlamlı farklılık gösterdiği ve teşhis konulma zamanı 1-3 yıl olanların Depresyon puanlarının, 0-6 ay ve 6 ay-1 yıl olanların Depresyon puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Trudel-Fitzgerald ve ark.¹⁵⁷ kolorektal kanserli bireylerde yüksek depresyon belirtilerinin, teşhisten sonraki sürenin artmasıyla bağlantılı olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada da tanıdan sonraki sürenin artmasının daha şiddetli Depresyona neden olduğu belirlenmiştir.¹⁵⁸ Teşhisten sonraki zamanda kanser hastaları tanı ve tedaviye ilişkin girişimler başta olmak üzere birçok değişikliğe maruz kalabilmektedirler. Bu duruma, psikososyal ve mesleki rollere ilişkin değişikliklerin de eşlik etmesiyle uzun süre önce kanser teşhisi almış olan hastaların, yeni teşhis edilenlere göre Depresyon açısından daha riskli grubu oluşturdukları söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların Depresyon puanlarının klinik evreye göre anlamlı farklılık gösterdiği ve klinik evresi yüksek olan hastaların Depresyon puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alacacıoğlu⁷² ileri evre hastalığı olan kanser hastalarının Depresyon puan ortalamalarının, lokal tanılı olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur. Başka bir çalışmada hastalık evresi ile Depresyon varlığı arasındaki ilişki göz önüne alındığında, ileri evre hastalığı olan hastalarda depresif belirtilerin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.¹¹⁰ Yazgan¹⁵⁶ hastalık evresi dört olan hastaların Depresyon düzeylerinin evre üç olan hastaların Depresyon düzeyinden daha yüksek olduğu belirlemiştir. Fradelos ve ark.¹⁵⁹ meme kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada kanser evresi ile Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulmuş olup, son dönem hastaların Depresyona daha yatkın olduklarını saptamışlardır. Bir başka çalışmaya göre tedavisi mümkün olmayıp palyatif

bakım alan hastaların Depresyona daha yatkın oldukları belirlenmiştir.¹⁵³ Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermekte ve bu durum, evre ilerledikçe kanser hastalarında Depresyon görülme durumunun artacağı görüşünü destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının Depresyon puanlarının hastalığı algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği; hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların Depresyon puanlarının, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların ve kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların Depresyon puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada daha fazla tehdit edici hastalık algısının daha kötü fiziksel ve psikososyal sonuçlarla ilişkili olduğu ve hastalık algısı kötü olan hastaların Depresyon düzeylerinin anlamlı derece yüksek olduğu ortaya konmuştur.¹⁶⁰ Kuş ve ark.¹⁶¹ hastalık algısının takip süresi ve diğer hastalıkla ilişkili faktörlerden bağımsız olarak Depresyon skorları üzerinde kayda değer bir etkisi olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada da kanser tanısından habersiz olduklarını bildiren hastaların Depresyon düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.¹⁶² Bu duruma göre hastalığı algılama durumu kanser hastalarında Depresyon açısından önemli bir değişken olup, hastalığı ile ilgili olumsuz algıları olan kanser hastalarının diğer hastalara göre Depresyon düzeylerinin de daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada Depresyon ile Umutsuzluk arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Ripamonti ve ark.¹⁰⁵ Umut düzeyi yüksek olan hastaların daha az psikolojik sıkıntı yaşadıklarını, Rabow ve Rawdin¹⁶³ Depresyon ve Umut arasında negatif ilişki saptadıklarını bildirmişlerdir. Mansano-Schlosser ve ark.¹⁵¹, Ay ve Çavuşoğlu¹⁵⁵ ve Solano ve ark.¹⁶⁴ Umutsuzluk ve Depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Benzer şekilde literatürde birçok çalışmada, Depresyon seviyesi ile Umutsuzluk arasında yüksek düzeyde ve pozitif ilişki olduğu ve

Depresyonu düşük olan hastaların daha Umutlu oldukları belirlenmiştir.^{140,152,155} Bu duruma göre kanser hastalarının Umut düzeyleri arttıkça Depresyon düzeylerinin artacağı söylenebilir.

Araştırmada Manevi İyilik ile Umutsuzluk arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş olup, hastaların Manevi İyilik düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır. Rawdin ve ark.¹⁹ toplam Umut skorları ve Manevi İyilik arasında pozitif korelasyon bulmuşlar, Ripamonti ve ark.¹⁰⁵ da kanser hastalarının Umut düzeyi yükseldikçe maneviyat puanlarının da yükseldiğini bildirmişlerdir. Jafari ve ark.¹³³, Gibson¹⁶⁵, Rabow ve Rawdin¹⁶³ ve Jimenez-Fonsecave ark.¹⁶⁶ Manevi İyilik ve Umut arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Levine ve Targ.⁹³ Manevi İyilik düzeyleri yükseldikçe hastaların Umutsuzluk puanlarının düştüğünü, Gheihman ve ark.¹⁶⁷ da Manevi İyilik ve Umutsuzluk arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Bu duruma göre kanser hastalarında Manevi İyilik ve Umutsuzluk arasında negatif ilişki olup, bu durum hastaların Manevi İyilik düzeyleri yükseldikçe Umutsuzluk düzeylerinin azalacağı, Umut düzeylerinin artacağı görüşünü desteklemektedir.

Araştırmada Manevi İyilik ölçeğinin Anlam, Barış ve İnanç alt boyutları ile Umutsuzluk arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların Anlam, Barış ve İnanç düzeyi Umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır. McClain ve ark.¹⁵ da Manevi İyiliğin Anlam ve İnanç alt ölçeğinin, Umutsuzlukla ilişkili olduğu belirlemişlerdir. Jafari ve ark.¹³³ Manevi İyilik alt bileşenleri ile Umut arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada Manevi İyilik Ölçeğinin Anlam/Barış bileşeni göz önünde bulundurulduğunda Anlam puanı yüksek olan bireylerin olumlu bir bakış açısına sahip oldukları, daha Umutlu oldukları ve Manevi İyilik ve Umutsuzluk

düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.⁹⁴ Literatür bulguları araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada Manevi İyilik ile Depresyon arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş olup, hastaların Manevi İyilik düzeyi Depresyon düzeyini azaltmaktadır. McClain ve ark.¹⁵ terminal dönem kanser hastalarında Depresyon ve Manevi İyilik arasında anlamlı ve negatif ilişki olduğunu, ancak bu ilişkinin Anlam ve İnanç alt boyutlarıyla ilgili olmadığını belirlemişlerdir. Rabow¹³⁵ kanser hastalarında yüksek Manevi İyilik düzeyi ile düşük Depresyon düzeyini ilişkilendirmiştir. Literatürde birçok çalışma da kanser hastalarında Manevi İyilik ve Depresyon düzeyi arasındaki negatif yöndeki anlamlı ilişkiyi ortaya koyar niteliktedir.^{19,93,129,167} Bu duruma göre kanser hastalarının Manevi İyilik düzeyleri arttıkça Depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Araştırmada Manevi İyilik ölçeğinin Anlam ve Barış alt boyutları ile Depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların Anlam ve Barış düzeyi Depresyon düzeyini azaltırken, İnanç düzeyi Depresyon düzeyini etkilememektedir. Brintz ve ak.¹⁶⁸ Anlam ve Barışın, depresif belirtilerle ters ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Ay ve Çavuşoğlu¹⁵⁵'nin çalışmasında da Anlam, Barış ve İnanç alt ölçeğinin daha düşük intihar riski ve daha düşük Depresyon ile ilişkili olduğunu saptanmıştır. Başka bir çalışmada da Manevi İyilik Ölçeği ve Anlam, Barış ve İnanç alt boyutlarının Depresyonla negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu¹²⁸, Loureiro ve ark.¹⁶⁹'nin diyaliz hastalarında yaptıkları bir çalışmada Depresyonun, Manevi İyilik ve tüm alt boyutları ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre Manevi İyilik ile Anlam, Barış ve İnanç arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Jafari ve ark.¹³³ Manevi İyilik ile tüm alt bileşenleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu, McClain ve ark.¹⁵

terminal dönem kanser hastalarında Manevi İyilik toplam puanının her bir alt leği ile ve tüm sonuç değişkenleri ile anlamlı bir şekilde korelasyon gösterdiğini saptamışlardır. Araştırmanın bulguları literatür tarafından desteklenmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişkisel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan onkoloji hastalarının manevi iyilik düzeylerinin yüksek, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu,
- Hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin azaldığı, umut düzeylerinin arttığı,
- Eğitim durumu lise ve üzeri olanların, çalışıyor olanların, teşhis konulma zamanı 0-6 ay olanların ve hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanların manevi iyilik düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- Klinik evresi dört olanların ve hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların umutsuzluk düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- Kadınların, okuryazar olmayanların, ev hanımı olanların, teşhis konulma zamanı 1- 3 yıl olanların, klinik evresi dört olanların ve hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların depresyon düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Eğitim seviyesi düşük olan, çalışma hayatında aktif olmayan, hastalığının teşhisinden bu yana uzun süre geçmiş olan ve hastalığı hakkındaki algısı olumsuz olan kanser hastalarının bakımında; manevi boyutları dahil tüm yönleriyle ele alındıkları bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi, ayrıca yaşamdan anlam ve amaç bulmalarını sağlayan, manevi iyiliklerini destekleyici uygulama ve girişimlerin bakım sürecinde yer alması,

- Onkoloji hemşirelerine hastanelerde verilecek hizmet içi eğitimlerde ve ulusal ve uluslararası bilimsel etkinliklerde; maneviyat, manevi iyilik ve manevi bakıma ilişkin genel kavram ve bilgilerin yanı sıra; eğitim düzeyi, çalışma durumu, teşhis zamanı ve hastalığa ilişkin algının kanser hastalarında manevi iyilik düzeylerini etkileyen önemli değişkenler olduğu konusunda ve hastaların bu bakımdan değerlendirilmesi konusunda bilgi ve eğitimlerin yer alması,

- İleri klinik evrede olan ve hastalığı hakkındaki algısı olumsuz olan kanser hastalarının umudunu desteklemek adına; hayata bağlayan aktiviteleri yapabilmeleri için onlara seçenekler sunulması ve hemşirelik bakım süreci uygulanırken umutlarını etkileyen ve destekleyen faktörler göz önünde bulundurularak girişimlerin planlanması ve uygulanması,

- Onkoloji hastalarının bakım ve tedavileri uygulanırken ve depresyon değerlendirmesi yapılırken cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, teşhis zamanı, klinik evre ve hastalık hakkındaki algı durumunun özellikle göz önünde bulundurulması,

- Kadınların, eğitim seviyesi düşük olanların, ev hanımlarının, hastalığın teşhisi üzerinden uzun zaman geçmiş olanların, ileri klinik evrede olanların ve hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların depresyona daha yatkın olduklarının bilinmesi, bu bireylerde depresyon belirti ve bulgularının iyi tanınması ve depresyon düzeylerini azaltacak bireysel tedavi ve bakım standardının geliştirip uygulanması,

- Kanser hastasının bakım ve tedavi sürecinde yer alan tüm sağlık ekibinin bütüncül yaklaşımı benimseyerek, bireyi biyo-psiko-sosyal yönleriyle ele almaları ve bu sürecin her aşamasında hastalara psikososyal destek sağlamaları,

- Onkoloji hastalarında manevi iyilik, umut ve depresyon kavramlarına ilişkin daha geniş örneklem gruplarında çalışılabilecek kanıt temeli yüksek araştırmaların yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. World's health ministers renew commitment to cancer prevention and control. <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/>.12 Haziran 2017.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017:16-42.
3. Bag B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5:109-126.
4. Çelik AS, 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.
5. ASERVIC. A White Paper of the Association for Spiritual, Ethical, and Religious Values in Counseling. <http://www.aservic.org/>. 05 Mayıs 2017.
6. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3:73-78.
7. Köylü M. Ruh sağlığı ve din: batı toplumu açısından bir değerlendirme. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2007, 23:65-92.
8. Pilger C, Santos ROPd, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, 2017, 70:689-696.
9. Srivastava J, Shukla H, Kaushik S, Tewari M. Assessment of distress (depression, anxiety and stress) in Indian women with breast cancer: Predictive role of spiritual well being. *Annals of Oncology*, 2016, 27:161-162.

10. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. The relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer. *Basic & Clinical Cancer Research*, 2014, 6:28-36.
11. Movafagh A, Heidari MH, Abdoljabbari M, Mansouri N, Taghavi A, Karamatinia A, Mehrvar N, Hashemi M, Ghazi M. Spiritual therapy in coping with cancer as a complementary medical preventive practice. *J Cancer Prev*, 2017, 22:82-88.
12. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2016, 25:961-969.
13. Mohebbifar R, Pakpour AH, Nahvijou A, Sadeghi A. Relationship between spiritual health and quality of life in patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16:7321-7326.
14. Schultz M, Meged-Book T, Mashiach T, Bar-Sela G. Distinguishing between spiritual distress, general distress, spiritual well-being, and spiritual pain among cancer patients during oncology treatment. *J Pain Symptom Manage*, 2017, 54:66-73.
15. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 2003, 361:1603-1607.
16. Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı (mda) ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Electronic Turkish Studies*, 2014, 9:905-915.
17. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med*, 2017, 6:1-11.
18. Proserpio T, Ferrari A, Lo VS, Massimino M, Clerici CA, Veneroni L, Bresciani C, Casali PG, Ferrari M, Bossi P. Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor. *Tumori*, 2014, 101:447-454.

19. Rawdin B, Evans C, Rabow MW. The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *J Palliat Med*, 2013, 16:167-172.
20. Özkan S. *Psiko- Onkoloji*. 1. Baskı. İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2007:71-109.
21. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2008, 9:59-66.
22. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 2013, 12:219-224.
23. Bag B. Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6:186-198.
24. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 2009, 12:90-98.
25. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14:145-152.
26. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumu belirlenmesi. *J Med Sci*, 2008, 28:628-634.
27. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6:154-164.
28. Hindistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hem Der*, 2015, 4:1-9.

29. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iran J Med Sci*, 2016, 41:140-144.
30. WHO. Cancer. <http://www.who.int/cancer/en/>. 07 Ekim 2017.
31. Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Turk J Oncol*, 2007, 22:197-204.
32. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014, 28:85-92.
33. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürçü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A, Sağlam K. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hek Derg*, 2012, 16:55-60.
34. WHO. Cancer. Key Facts. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 13 Haziran 2018.
35. Şen F, Aydın A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:73-91.
36. Sankhe A, Dalal K, Agarwal V, Sarve P. Spiritual care therapy on quality of life in cancer patients and their caregivers: A prospective non-randomized single-cohort study. *J Relig Health*, 2017, 56:725-731.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Nedir. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>. 07 Ekim 2017.
38. Can G. Onkoloji. İçinde:Enç N (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:365-400.
39. WHO. International Agency for Research on Cancer. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf. 17 Temmuz 2017.

40. WHO. Cancer. <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/> 14 Ekim 2017.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017:2-48.
42. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, Özmen V. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *J Breast Health*, 2016, 12:94-101.
43. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, 2009, 21:45-53.
44. Zhang X, Xiao H, Chen Y. Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 2017, 74:138-148.
45. Gall TL, Bilodeau C. “Why me?”—women’s use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychol Health*, 2017, 32:709-727.
46. Dujmović A, Marčinko D, Bulić K, Kisić H, Duduković M, Mijatović D. Quality of life and depression among female patients undergoing surgical treatment for breast cancer: a prospective study. *Psychiatria Danubina*, 2017, 29:345-350.
47. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye’de her 5 ölümden 1’i kanserden, 04 Mayıs 2017.
48. Dalay N, Buyru N. Kanser biyolojisi. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 7-17.
49. American Institute for Cancer Research. The AICR 2015 Cancer Risk Awareness Survey Report. <http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/education/aicr-awareness-report-2015.pdf>. 20 Ağustos 2017.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Risk Faktörleri.<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/380-risk-fakt%C3%B6rleri.html>. 20 Mayıs 2018.

51. WHO. Cancer prevention. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>. 13 Haziran 2018.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Belirtileri Nelerdir. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/357-kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html>. 20 Mayıs 2018.
53. Laamiri FZ, Bouayad A, Hasswane N, Ahid S, Mrabet M, Amina B. Risk factors for breast cancer of different age groups: moroccan data? *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015, 5:79-87.
54. Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser epidemiyolojisi. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:19-27.
55. Yüksel N. Duygudurum bozuklukları. İçinde:Yüksel N (editör). *Ruhsal Hastalıklar*, 3. Baskı. Ankara, MN Medikal& Nobel, 2006:183-194.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Nedenleri ve Sık Görülen Kanserler. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/378-kanser-nedenleri-ve-s%C4%B1k-g%C3%B6r%C3%BClen-kanserler.html>. 20 Mayıs 2018.
57. Memorial. Yutma Güçlüğü Hastalık Habercisi Olabilir. <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberleri/yutma-guclugu-hastalik-habercisi-olabilir/>. 20 Mayıs 2018.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Tedavisi. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi.html>. 14 Ekim 2017.
59. Compton CC, Byrd DR, Garcia-Aguilar J, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK. AJCC Cancer Staging Atlas. Ergüney S. *AJCC Kanser Evreleme Atlası*, Seventh ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:3-23.

60. Cancer ACCo. What is Cancer Staging? <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>. 21 Mayıs 2018.
61. Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Genel cerrahi- güncel uygulamalar. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:111-117.
62. Akyolcu N. Onkoloji hastasında cerrahi tedavi ve bakım. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:119-132.
63. Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi prensipleri. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:169-190.
64. Hacıkamiloğlu E, Karaca MZ, Gültekin M. Türkiye' de kanser kontrolü. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 3-5
65. Barr L, Cowan R, Ncolson M. *Churchill's Pocketbook of Oncology*. New York, Churchill Livingstone, 1997:15-17.
66. Gündüzoğlu NÇ, Oksel E, Fadiloğlu Ç. Kanser tedavisinde güncel yaklaşım: biyoterapi ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28:91-103.
67. Erol Ö. Kanserden korunma. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:31-40.
68. Papila Ç. Kanserden Korunma. İçinde:Hasan Yazıcı VH, Abdullah Sonsuz (editör). 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005:61-65.
69. Nahcivan NO, Seçginli S. Kanserde tarama ve erken tanı. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:41-58.
70. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım YK, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve baş etme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22:147-160.

71. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:343-367.
72. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
73. Daştan NB, Buzlu S. Psikososyal distres. İçinde:Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:551-566.
74. Bahar A. Kronik hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlar. İçinde: Ovaoglu N, Ovaoglu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 629.
75. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*, 2009, 66:255-258.
76. Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14:61-70.
77. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti ALG. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*, 2013, 9:159-170.
78. Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *JAREN*, 2017, 3:37-42.
79. Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve Sağlık. *JAREN*, 3: 39-45.
80. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough Jr ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 2000, 30:51-77.
81. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 2012, 23:49-55.

82. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5:34-48.
83. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J. Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 2015, 31:227-241.
84. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med*, 2015, 18:286-298.
85. Acar H. Manevi iyi oluş ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 2014, 18:391-412.
86. Albayrak A, Kurt E. Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi, *DEÜİFD*, 2016:41-81.
87. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology*, 2010, 19:565-572.
88. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, Kachnic LA, VanderWeele TJ, Balboni TA. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol*. 2012, 10:81-87.
89. Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? a systematic review of the literature. *Soc Sci Med*, 2006, 63:151-164.

90. Seyedrasooly A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Aliashrafi Z, Nikanfar A-R, Jasemi M. Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *The Caring Sci*, 2014, 3:47-55.
91. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (facit-sp). *Religions*, 2011, 2:77-94.
92. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 1999, 8:429-438.
93. Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther*, 2002, 1:166-174.
94. Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 2008, 17:1121-1128.
95. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Snyder MA, Fitchett G. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 2015, 121:3769-3778.
96. Caldeira S, Timmins F, de Carvalho EC, Vieira M. Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis. *J Relig Health*, 2017:1-14.
97. Sürücü A, Mutlu D. Bireyin yaşamında umut İçinde:Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A (editörler). *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, Konya, Çizgi Kitabevi 2016:115-124.
98. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11:18-24.

99. Tercanlı N, Demir V. Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi (Gümüşhane ili örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1:29-40.
100. TDK.Umut.http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b714ed58255c6.92034368. 20 Nisan 2018.
101. Şahin M, Aydın B, Sarı SV, Kaya S, Pala H. Öznel İyi oluşu açıklamada umut ve yaşamda anlamın rolü. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2012, 20:827-836.
102. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Research and Theory for Nursing Practice*, 1991, 5:39-51.
103. Taylor C. Rethinking hopelessness and the role of spiritual care when cure is no longer an option. *J Pain Symptom Manage*, 2012, 44:626-630.
104. Steger MF, Kawabata Y, Shimai S, Otake K. The meaningful life in Japan and the United States: levels and correlates of meaning in life. *J Res Pers*, 2008, 42:660-678.
105. Ripamonti CI, Miccinesi G, Pessi MA, Pede PD, Ferrari M. Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try. *Ann Oncol*, 2015, 27:513-519.
106. Wakiuchi J, Marchi JA, Norvila LS, Marcon SS, Sales CA. Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. *Acta Paul Enferm*, 2015, 28:202-208.
107. Karabulutlu EY, Bilici M, Çayır K, Tekin SB, Kantarcı R. Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *Eur J Gen Med*, 2010, 7:296-302.
108. Han MA. Stress and depressive symptoms in cancer survivors and their family members: Korea community health survey, 2012. *Int J Environ Res Public Health*, 2017, 14:999.

109. Polat U, Arpacı A, Demir S, Erdal S, Yalcin Ş. Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: impact of patient education before treatment initiation. *J Gastrointest Oncol*, 2014, 5:270-275.
110. Nazlican E, Akbaba M, Okyay RA. Evaluation of depression in newly diagnosed breast cancer cases in Hatay province of Turkey in 2011. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2012, 13:2557-2561.
111. Demiralp M, Oflaz F. Gevşeme eğitiminin meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011, 10:165-174.
112. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selcuk Med J*, 2011, 27:149-153.
113. Lo C, Lin J, Gagliese L, Zimmermann C, Mikulincer M, Rodin G. Age and depression in patients with metastatic cancer: the protective effects of attachment security and spiritual wellbeing. *Ageing & Society*, 2009, 30:325-336.
114. Sertöz Ö, Mete H. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004, 7:63-69.
115. Özet A, Öztürk B, Borazan E, Sağlam K, Koçak N, Kömürcü Ş, Aydoğan Ü, Doğaner YÇ. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hek Derg*, 2012, 16:55-60.
116. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (facit-sp). *Ann Behav Med*, 2002, 24:49-58.

117. Aktürk Ü, Erci B, Araz M. Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the spiritual well-being scale. *Palliat Support Care*, 2017, 15:684-692.
118. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 1974, 42:861-865.
119. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1993, 1:139-142.
120. Durak A. Beck Umutsuzluk ölçeği (buö) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9:1-11.
121. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 1994, 2:311-319.
122. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8:77-100.
123. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 1988, 6:118-126.
124. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7:3-13.
125. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. sixth ed. Boston, Pearson, 2013.
126. George D, Mallery M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Study Guide and Reference, 17.0 update, 10/e*. Boston, Pearson Education India, 2010.
127. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. Third edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, SAGE publications, 2009: 42, 45, 345.

128. Chaar 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 Cancer*, 2018, 26:2581-2590.
129. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, Veri SW, Borasio GD, Pralong G, Pralong J. 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, 54:514-522.
130. Whitford HS, Olver IN. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psychooncology*, 2012, 21:602-610.
131. Lewis S, Salins N, Rao MR, Kadam A. Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther*, 2014, 10:676-680.
132. Frost MH, Novotny PJ, Johnson ME, Clark MM, Sloan JA, Yang P. Spiritual well-being in lung cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2013, 21:1939-1946.
133. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010, 5:1362-1366.
134. Park CL, Cho D. Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 2017, 26:1293-1300.
135. Rabow M. Spiritual wellbeing among patients with cancer receiving concurrent outpatient oncologic and palliative care. *JPSM*, 2014, 47:500-501.

136. Ventura JL, Fitzgerald OR, Koziol DE, Covington SN, Vanderhoof VH, Calis KA, Nelson LM. Functional well-being is positively correlated with spiritual well-being in women who have spontaneous premature ovarian failure. *Fertility and Sterility*, 2007, 87:584-590.
137. Morgan PD, Gaston-Johansson F, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *ABNF J*, 2006, 17:73-77.
138. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual Well-being in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study. *Cancer Nurs*, 2017, 40:209-216.
139. Hendricks-Ferguson V. Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *West J Nurs Res*, 2008, 30:385-401.
140. Yıldırım Y, Sertoş OO, Uyar M, Fadiloğlu C, Uslu R. Hopelessness in Turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes. *Eur J Oncol Nurs*, 2009, 13:81-86.
141. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım YK, Tokem Y. Meme Kanseri kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başetme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 22:147-160.
142. Özdaş T, Olgun N. Kemik iliği nakli planlanan hastaların umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörler. *HSP*, 2015, 2:12-21.
143. Madani H, Pourmemari M, Moghimi M, Rashvand F. Hopelessness, perceived social support and their relationship in Iranian patients with cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2018, 5:314-319.
144. İzci F, Sarsanov D, Erdogan Zİ, İlgün AS, Çelebi E, Alço G, Kocaman N, Ordu Ç, Öztürk A, Duymaz T. Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the patients with breast cancer. *Eur J Breast Health*, 2018, 14:105-111.

145. Tokem Y, Ozcelik H, Cicik A. Examination of the relationship between hopelessness levels and coping strategies among the family caregivers of patients with cancer. *Cancer Nurs*, 2015, 38:28-34.
146. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 2012, 20:733-739.
147. Bahar A. Kronik hastalıklarda umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliğ Dergisi*, 2007, 5: 38-43.
148. Arslan S, Celebioglu A, Tezel A. Depression and hopelessness in Turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. *Jpn J Nurs Sci*, 2009, 6:105-110.
149. Nehir S, Tavşanlı NG, Özdemir Ç, Akyol T. A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *Omega (Westport)*, 2017.
150. Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal profiles registry: prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*, 2018, 124:2621-2628.
151. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF, Valerio TD. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Appl Nurs Res*, 2017, 34:7-11.
152. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017, 18:1889-1896.
153. Lord K, Ibrahim K, Kumar S, Mitchell AJ, Rudd N, Symonds RP. Are depressive symptoms more common among British South Asian patients compared with British white patients with cancer? a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2013, 3:e002650.

154. Dzebo S, Mahmutovic J, Erkocevic H, Foco F. Frequency of depression and its correlation with quality of life of patients with oral cavity cancer. *Mater Sociomed*, 2017, 29: 97-100.
155. Ay A, Çavuşoğlu H. Kanserli 15-19 yaş grubu adolesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2016, 8:232-240.
156. Yazgan EÖ. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi, 2014.
157. Trudel-Fitzgerald C, Tworoger SS, Poole EM, Zhang X, Giovannucci EL, Meyerhardt JA, Kubzansky LD. Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis. *Health Psychol*, 2018, 37:207-217.
158. 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. *Psychooncology*, 2018, 27:333-338.
159. Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, Kourakos M. Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in greece. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017, 18: 2545-2550.
160. de Rooij BH, Ezendam NP, Nicolaije KA, Lodder P, Vos MC, Pijnenborg JM, Boll D, Kruitwagen RF, van de Poll-Franse LV. Survivorship care plans have a negative impact on long-term quality of life and anxiety through more threatening illness perceptions in gynecological cancer patients: the rogy care trial. *Qual Life Res*, 2018, 27:1533-1544.

161. Kuş T, Aktaş G, Ekici H, Elboğa G, Djamgöz S. Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish patients. *Support Care Cancer*, 2017, 25:3347-3355.
162. Chittem M, Norman P, Harris PR. Illness representations and psychological distress in Indian patients with cancer: does being aware of one's cancer diagnosis make a difference? *Psychooncology*, 2015, 24:1694-1700.
163. Rabow M, Rawdin B. Losing hope: the relationship between hope and pain, depression, and spiritual well-being among ambulatory cancer patients. *JPSM*, 2010, 39:384-385.
164. Solano JPC, da 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, 15:70.
165. Gibson LM. Inter-relationships among sense of coherence, hope, and spiritual perspective (inner resources) of African-American and European-American breast cancer survivors. *Appl Nurs Res*, 2003, 16:236-244.
166. Jimenez-Fonseca P, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Carmona-Bayonas A, Beato C, García T, del Mar Muñoz M, Ramchandani A, Ghanem I, Rodríguez-Capote A. The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Support Care Cancer*, 2018, 26:1411-1418.
167. 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. *Psychooncology*, 2016, 25:979-989.

168. Brintz CE, Birnbaum-Weitzman O, Merz EL, Penedo FJ, Daviglius ML, Fortmann AL, Gallo LC, Gonzalez P, Johnson TP, Navas-Nacher EL. Validation of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being-expanded (facit-sp-ex) across English and Spanish-speaking hispanics/latinos: results from the hispanic community health study/study of latinos sociocultural ancillary study. *Psycholog Relig Spiritual*, 2017, 9:337-347.
169. Loureiro ACT, de Rezende Coelho MC, Coutinho FB, Borges LH, Lucchetti G. The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. *Comprehensive Psychiatry*, 2018, 80:39-45.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı: Gülnaz ATA Doğum tarihi: 01/05/1987 Doğum yeri: Erzurum Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C Adres: Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı / Hemşirelik Fakültesi/ Atatürk Üniversitesi Tel: 0538 387 66 96 Faks: E-mail: gulnaz.ata@atauni.edu.tr</p>
Eğitim
<p>Lise: Nenehatun Kız Lisesi/ Erzurum (2004) Lisans: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005-2009) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2018) Doktora: -</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce (İyi derecede) YDS:80 (Eylül 2016)</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
<p>Türk Hemşireler Derneği, Halk Sağlığı Hemşireliği</p>
İlgi Alanları ve Hobiler
<p>Psikoonkoloji, yaşlı sağlığı, sağlığı geliştirme</p>

EK-2. HASTA TANITIM FORMU

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız:

- 18 -30
- 31-40
- 41-50
- 51-64
- 65 ve üzeri

2) Cinsiyetiniz:

- Kadın Erkek

3) Eğitim durumunuz:

- Okur- yazar değil
- İlköğretim
- Lise
- Yükseköğretim
- Yüksek lisans/doktora

4) Aylık gelir durumunuz:

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderime denk
- Gelirim giderimden fazla

5) Medeni Durumunuz:

- Bekar Evli

6) Yaşadığınız yer

- Köy İlçe Merkezi Şehir Merkezi

7) Mesleğiniz

- Memur
- Serbest Meslek
- İşçi
- Çiftçi
- Emekli
- Çalışmıyor
- Ev hanımı

8) Aile Tipiniz

- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Parçalanmış aile

HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

9) Klinik tanı:

10) Hastalığınız ne zaman teşhis edildi:

- 0- 6 ay
- 6 ay – 1 yıl
- 1 – 3 yıl
- 4 yıl üzeri

11) Hastalığın klinik evresi:

12) Hastalığı algılama durumu:

- Tedavi edilemeyen bir hastalık
- Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
- Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

13) Uygulanan tedavi türü:

14) Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz:

15) Metastaz durumu:

- Var
- Yok

16) Başka kronik hastalık varlığı:

EK-3. FACIT-SP-12 (VERSION 4) (MANEVİ İYİLİK ÖLÇEĞİ)

FACIT-Sp-12 (Version 4)

(MANEVİ İYİLİK ÖLÇEĞİ)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

		Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var.....	0	1	2	3	4
Sp3	Yaşamım verimlidir.....	0	1	2	3	4
Sp4	İç huzuru dıymakta zorluk çekiyorum.....	0	1	2	3	4
Sp5	Hayatının bir amacı olduğunu hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum.....	0	1	2	3	4
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi dıyuyorum.....	0	1	2	3	4
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun.....	0	1	2	3	4
Sp9	Dinsel veya manevi inançlarında duygusal rahatlık buluyorum.....	0	1	2	3	4
Sp10	Dinsel veya manevi inançlarında kuvvet buluyorum.....	0	1	2	3	4
Sp11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.....	0	1	2	3	4
Sp12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum.....	0	1	2	3	4

EK-4. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

	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 hayatımın 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 gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
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 birşeyler 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. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

EK-5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (su an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatımı bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

- 19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı



EK-6. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİNİ




**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU**

Sayı:2017-6/5


Tarih: 22/06/2017

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Gülnaz ATA, Dilek KILIÇ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umut ve Depresyonla İlişkisi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye


Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

EK-7. ÖLÇEKLER İÇİN MAİL İZİN YAZILARI

05.07.2018

Zimbra

Zimbra

gulnaz.ata@atauni.edu.tr

Re: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

Kimden : Gulnaz Ata <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>

07 Haz 2017 Çar 11:11

Konu : Re: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

Kime : ummuhan akturk <ummuhan_akturk@hotmail.com>

Desteginiz ve değerli vaktinizi ayırdığımız için tekrar teşekkür ederim Hocam. Saygılarımla

Kimden: "ummuhan akturk" <ummuhan_akturk@hotmail.com>

Kime: "gulnaz ata" <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>

Gönderilenler: 7 Haziran Çarşamba 2017 11:07:09

Konu: Fwd: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

From: ümmühan aktürk <ummuhan_akturk@hotmail.com>

Sent: Tuesday, June 6, 2017 2:36:42 PM

To: 2. adres

Subject: İlt: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

[Outlook](#)'tan gönderildi

Sayın Ata

Öncelikle teşekkürler. Spiritüel bakımla ilgilenmenize ve bu konuda araştırmalarınıza sevindim. Biz ölçek için Facit kurumundan izin aldık. sonra ölçeği türkçe geçerliliğini yaptık. daha sonra Facit le yaptığımız yazışma sonrası onlar bize Türkçe çevirisi yapılan ölçeği mail olarak gönderdi. Hocamla yaptığımız çeviri ve Facitten gelen arasında fark olmayınca bütünlük olması için FACIT kurumunun şuan maile ataç ettiği formu kullandık. Ben bunu makalemde de aynen ifade ettim.

değerlendirmesinde Facit iki alt boyut olarak göndermişti. ancak son yapılan çalışmalarda üç alt boyut olması ve bizim geçerlik çalışmamızda da üç boyutlu çıkınca ona göre yaptık. ben değerlendirmeyi nasıl yaptığımızı size yazıyorum.

Ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. hesaplama bilgilerini belirttim. herhangi bir sorunuz olursa bana buradan ulaşabilirsiniz.

<https://posta.atauni.edu.tr/h/printmessage?id=2187&tz=Europe/Athens&xim=1>

1

Zimbra**gulnaz.ata@atauni.edu.tr****Re: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ****Kimden :** Gulnaz Ata <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>

05 Haz 2017 Pzt 14:39

Konu : Re: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ**Kime :** aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

Sayın Hocam desteğinizden ötürü teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Arş. Gör. Gülnaz ATA
Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi/ERZURUM

Kimden: "aysegul durak" <ayseguldurak@yahoo.com>**Kime:** "gulnaz ata" <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>**Gönderilenler:** 5 Haziran Pazartesi 2017 12:49:37**Konu:** Re: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

On Wednesday, May 31, 2017 10:20:14 PM +03, Gulnaz Ata <gulnaz.ata@atauni.edu.tr> wrote:

Sayın Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Merhaba Hocam, nasılsınız. Ben; Gülnaz ATA,Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı' nda Yüksek Lisans eğitimimi sürdürmekteyim. Doç. Dr. Dilek KILIÇ' ın danışmanlığında bulunmaktayım. Aynı zamanda adı geçen fakültede Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım.Tarafınızdan Geçerlik ve Güvenirlik çalışması yapılmış olan " Beck Umutsuzluk Ölçeği" ni atıf kurallarına uymak koşulu ile Yüksek lisans Tez çalışmamda kullanabilmem konusunda izninizi rica ediyorum. İzin talebimi olumlu yanıtlamanız durumunda ölçeğin word halini gönderebilirseniz çok sevinirim. (Not: Etik Kurul başvurusu yapabilmem açısından, cevabınızı sabırsızlıkla bekliyorum). Teşekkürlerimi sunar, iyi çalışmalar dilerim. SAYGILARIMLA...

Arş. Gör. Gülnaz ATA
Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi/ERZURUM

Tel: 0538 387 66 96

gulnaz.ata@atauni.edu.tr

Zimbra

gulnaz.ata@atauni.edu.tr

Re: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ**Kimden :** Gulnaz Ata <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>

05 Haz 2017 Pzt 15:41

Konu : Re: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ**Kime :** Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>

Sayın Hocam desteğinizden ötürü çok teşekkür ederim. İlgili konuda hassasiyet göstereceğimden emin olabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim tekrar çok teşekkür ederim.

Arş. Gör. Gülnaz ATA
Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Hemşirelik Fakültesi
Atatürk Üniversitesi /ERZURUM

Kimden: "Handan Deniz Ayalp" <hdenizayalp@gmail.com>**Kime:** "gulnaz ata" <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>**Gönderilenler:** 5 Haziran Pazartesi 2017 15:13:27**Konu:** Re: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Ata,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

1 Haziran 2017 21:42 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:
)

Begin forwarded message:

From: Gulnaz Ata <gulnaz.ata@atauni.edu.tr>**Subject:** BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ**Date:** 31 May 2017 22:10:58 EEST**To:** nesrins@baskent.edu.tr

Sayın Prof. Dr. Nesrin HİSLİ ŞAHİN

Merhaba Hocam, nasılsınız. Ben; Gülnaz ATA.Erzurum Atatürk Üniversitesi

**EK-8. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK ARAŞTIRMA ve
UYGULAMAMERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI**



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-300-E.1700221958
Konu : Gülnaz ATA'nın Uygulama İzni
HK.

09.08.2017

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.07.2017 tarihli ve 45361945 -300-E.1700204100 sayılı belge.

İlgi tarih ve sayılı yazımızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülnaz ATA'nın; Ana Bilim Dalımıza bağlı bulunan Medikal Onkoloji Bili Dalında Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında "Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umut ve Depresyonla İlişkisi" konulu tez çalışması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Hakan DURSUN
Anabilim Dalı Başkanı V.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi>
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Feyzullah KIRKINCI
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=7253B57



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945 -300-E.1700230609
Konu : Uygulama İzni (Gülnaz ATA)

18.08.2017

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18.07.2017 tarihli ve 88179374-300-E.1700201788 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Gülnaz ATA'nın "*Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umud ve Depresyonla İlişkisi*" konulu tez çalışmasını Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemizin Medikal Onkoloji Kliniklerinde yapma talebi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından gelen 09.08.2017 tarihli 1700221958 sayılı yazı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Fatih ALBAYRAK
Başhekim

Ek : 9.8.2017 tarihli 42190979-300-E.1700221958 sayılı belge

Ataturk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

Bilgi: Dilek KILIÇ
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr



Keş Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=2B56305

**EK-9. ERZURUM İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ İZİN YAZISI**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzurum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ERZURUM BÖLGE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
24.08.2017 15:47 - 37732058 - 774.99 - E 18662
00051740493

Sayı : 37732058-774.99
Konu : Çalışma İzin Talebi / Gülnaz ATA

**ERZURUM İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Tıbbi Hizmetler Başkanlığı)**

İlgi : 24/07/2017 tarihli ve 98003106-774.99-2063 sayılı yazı

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülnaz ATA'nın "Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umud ve Deepresyonla İlişkisi" konulu tez çalışmasını Temmuz 2017 - Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemizde yapma talebi tarafımızca değerlendirilmiş olup çalışmanın hastanemizdeki hizmeti aksatmayacak şekilde mümkünse yoğun mesai saatleri dışında yapılması hususunda:

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Enbiya AKSAKAL
Hastane Yöneticisi

Atatürk Mahallesi Çat Yolu Caddesi No: 36 - 25240 / Yakutiye / ERZURUM

Faks No:(0442) 232 5025

e-Posta:gulay.uludag1@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: web :

Bilgi için:Gülay ULUDAĞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0442 232 6184