



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA PSİKOSOSYAL
SORUNLAR İLE MANEVİ YÖNELİM VE DİNİ BAŞA
ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevil MASAT

**Samsun
Haziran-2018**



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA PSİKOSOSYAL
SORUNLAR İLE MANEVİ YÖNELİM VE DİNİ BAŞA
ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevil MASAT

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Haziran-2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sevil MASAT tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 20/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ.....
Amasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... /... /2018

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, varlığını hep yanımda hissettiğim annem Sevim MASAT, babam Deniz MASAT, ablam Sevilay ALÇAYIR ve kardeşim Seda MASAT'a

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT ve Arş. Gör. Tuğba KAVALALI ERDOĞAN'a

Yardımlarını ve desteğini sürekli hissettiğim arkadaşım Gizem ÖRS'e

Yüksek lisans arkadaşlarım, Esra DANACI, Cennet Büşra ALICI, Ebru AYDIN, ve Tuğçe AYAR'a,

Sonsuz teşekkürler...

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.17.015 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

ONKOLOJİ HASTALARINDA PSİKOSOSYAL SORUNLAR İLE MANEVİ YÖNELİM VE DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırma onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 19.08.2017-19.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan 406 onkoloji hastası oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, Manevi Yönelim Ölçeği, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Distres Termometresi kullanılarak toplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi ve Pearson ki-kare testi kullanıldı. Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %27,8'ine lösemi tanısı konulduğu, %31,5'inin hastalığın 2. evresinde olduğu, tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için hastaların %88,2'sinin dua ettiği, %25,6'sının namaz kıldığı, %12,8'nin adak kurban adadığı belirlendi. Hastaların Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanı 92, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut ortanca puanı 20, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $58,8 \pm 14,2$ ve Distres Termometresi puan ortalaması $7,13 \pm 1,9$ olarak belirlendi.

Sonuç: Araştırma kapsamındaki hastaların Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı ve Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut puanı arttıkça FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği tüm alt boyut puanlarının da arttığı belirlendi. Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı ve Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut puanı arttıkça Distres Termometresi puanının azaldığı saptandı. Distres Termometresi puanı arttıkça FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği tüm alt boyut puanlarının azaldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Dini başa çıkma; Distres; Manevi yönelim; Onkoloji; Yaşam kalitesi

Sevil MASAT, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2018

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PSYCHOLOGICAL PROBLEMS AND SPIRITUAL ORIENTATION AND RELIGIOUS COPING STRATEGIES OF ONCOLOGY PATIENTS

Aim: This research is conducted as a cross-sectional and correlational study to determine the relationship between the psychological problems of oncology patients and spiritual orientation and religious coping strategies in oncology patients.

Material and Method: The research population consisted of 406 oncology in-patients at Ondokuz Mayıs University Health, Research and Application Hospital between 19.08.2017-19.12.2017. Research data was collected by the researcher using the patient information form prepared based on the literature, Spiritual Orientation Scale, Religious Coping Strategies Scale, FACT-G Life Quality Assessment Scale and Distress Thermometer. The congruence of the data with normal distribution, was studied using the Kolmogorov Smirnov test. Kruskal Wallis, Mann Whitney U test and Pearson Chi square test were used when comparing the data not congruent with the normal distribution. Spearman correlation analysis was used to study the relationship between the scales and their sub-dimensions.

Results: It was seen that 27.8% of the patients were diagnosed with leukemia; 31.5% of them were in the second clinical stage of their disease, 88.2% of the patients were praying to seek for treatment other than the medical stuff; 25.6% of them were performing the salaah and 12.8% of them consecrated animals. Spiritual Orientation Assessment Scale point average of the patients was 92, Religious Coping Strategies Scale point average was 20, FACT-G Life Quality Assessment Scale point average was 58.8 ± 14.2 and Distress Thermometer point average was 7.13 ± 1.9 .

Conclusion: It was found that, as the total score obtained by the patients in Spiritual Orientation Scale and the score obtained in Religious Coping Strategy sub-dimension increased, the total scores obtained in all sub-dimensions of the FACT-G Life Quality Assessment Scale increased. On the other hand, as the total score obtained by the patients in Spiritual Orientation Scale and the score of the Positive Religious Coping sub-dimension increased, the score obtained in Distress Thermometer decreased. On the other hand; as the score of the Distress Thermometer increased, the scores obtained in all sub-dimensions of the FACT-G Life Quality Assessment Scale decreased.

Keywords: Distress; Life quality; Oncology; Religious coping; Spiritual orientation

Sevil MASAT, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Amerikan Kanser Komitesi)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FACT-G	: Functional Assessment of Cancer Therapy - General
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MYÖ	: Manevi Yönelim Ölçeği
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)
ODBT	: Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı
OZDBT	: Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı
TDK	: Türk Dil Kurumu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser	5
2.1.1. Kanserin Patofizyolojisi	5
2.1.2. Kanserin Epidemiyoloji	7
2.1.3. Kanserin Etiyolojisi	8
2.1.4. Kanserin Evrelendirilmesi	10
2.1.5. Kanserde Tedavi Yöntemleri	10
2.1.6. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Fizyolojik Sorunlar	13
2.1.7. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikolojik Sorunlar	16
2.1.8. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Ailesel ve Ekonomik Sorunlar	18
2.1.9. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar	19
2.2. Maneviyat ve Manevi Yönelim	24
2.2.1. Maneviyat	25
2.2.2. Manevi Yönelim	26
2.2.3. Manevi Yönelimin Hastalığın Psikososyal Boyutu Üzerine Etkisi	27
2.3. Dini Başa Çıkma	28
2.3.1. Dini Baş Çıkma Yöntemleri ve Uygulamaları	30
2.4. Din ve Maneviyat İlişkisi	32
2.5. Yaşam Kalitesi	33
2.5.1. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Faktörler	34
2.5.2. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	35
3. MATERYAL VE METOD	37
3.1. Materyal	37
3.1.1. Araştırmanın Şekli	37
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.2. Method	37

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	38
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	39
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	44
3.2.6 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	44
4. BULGULAR.....	45
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	45
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	47
4.3. Manevi Yönelim Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	54
4.5. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	61
4.6. Distres Termometresi'ne İlişkin Bulgular.....	72
5. TARTIŞMA.....	82
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	82
5.2. Manevi Yönelim Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
5.3. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	86
5.4. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
5.5. Distres Termometresi'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	90
5.6. Manevi Yönelim Ölçeği, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Distres Termometresi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
6.1. Sonuçlar.....	95
6.2. Öneriler.....	97
KAYNAKLAR.....	98
EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	125

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, hastalık yükü, mortalite oranı ve artış eğilimi ile hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. GLOBOCAN 2012 verilerinde Dünya’da her yıl 14,1 milyon kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve kansere bağlı 8,2 milyon ölüm meydana geldiği bildirilmektedir (Ferlay ve ark., 2015). Türkiye Kanser Daire Başkanlığı’nın verilerine göre 2014 yılında ülkemizde yaklaşık olarak 163.500 kişiye kanser tanısı konulduğu, 2014 yılı yaşa standardize kanser hızının her 100 bin kişide erkeklerde 246,8, kadınlarda ise 173,6 olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte erkeklerin en çok akciğer, prostat ve kolorektal kanser tanısı alırken, kadınların ise en sık meme, tiroid ve kolorektal kanser tanısı aldıkları belirtilmektedir. Bu yönüyle kanser; yaş, cinsiyet, din, dil ve ırk ayrımı gözetmeksizin tüm insanları etkileyen bir hastalık olmakla birlikte, ülkemizde yeni kanser vaka sayısının 2020 yılında %75 oranında bir artış ile 22 milyona ulaşması beklenmektedir (Türkiye Kanser Daire Başkanlığı Raporu, 2014).

Kanser tedavisinde amaç; hastalıkla ilişkili belirti ve bulguların kontrolünü sağlamak, fonksiyonel ve yapısal yetersizlikleri minimize etmek ya da ortadan kaldırmak, bireyin yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır (Eti Aslan ve ark., 2014). Kanser tedavisi onkoloji hastalarını fizyolojik, psikososyal, ailevi ve ekonomik boyutlarda etkileyen bir süreçtir. Onkoloji hastalarında tedavi sürecine bağlı olarak ağrı, bulantı-kusma, trombositopeni, nötropeni, anemi, yorgunluk, uykusuzluk, mukozit, anoreksiya, kaşeksi, alopesi ve cinsel disfonksiyon gibi fizyolojik problemler ile birlikte, anksiyete, depresyon, uyum bozukluğu, akut ve travma sonrası stres bozuklukları ve öz kıyım düşüncesi gibi psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Bostancı Taştan ve Buzlu, 2014; Eti Aslan ve ark., 2014). Özellikle hastalığın tedavi ve prognozuna bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar bireyde psikolojik sorunlar gelişmesine, farklı davranış ve duygusal tepkilere neden olabilmektedir (Bag, 2012).

Onkoloji hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, hastaların %14’ünde uyum bozukluğu (Ateşçi ve ark., 2003), %19’unda travma sonrası stres bozukluğu (Tokgöz ve ark., 2008), %10-25’inde majör depresyon (Akt: Güleç ve Büyükkınacı, 2011), %24’ünde yaygın anksiyete bozukluğu (Akt: Güleç ve Büyükkınacı, 2011) ve %50’sinde ise uyku bozukluğu (Tokgöz ve ark., 2008) saptandığı bildirilmiştir. Onkoloji

hastaları yaşadıkları bu psikososyal sorunlarla baş edebilmek için bazı yöntemlere başvurabilmekte, özellikle maneviyat ve dini başa çıkma yöntemlerinden yararlanabilmektedir.

Dini başa çıkma, stresli durumların üstesinden gelebilmek için dinin veya spiritüelliğin kullanılmasını ifade etmektedir (Cirhinlioğlu, 2014). Dini başa çıkma olumlu ve olumsuz başa çıkma tarzlarını içeren bir kavramdır (Winter ve ark., 2009). Olumlu dini başa çıkma yöntemlerine iş birliğine yönelerek dini başa çıkma, yakararak dini başa çıkma, kararı Tanrı'ya havale ederek dini başa çıkma, teslim olarak dini başa çıkma, benlik yönelimli dini başa çıkma; olumsuz dini başa çıkma yöntemlerine ise kişinin günahlarından dolayı cezalandırıldığını hissetme ve manevi hoşnutsuzluk örnek olarak verilebilir (Winter ve ark., 2009; Cirhinlioğlu, 2014).

İnsan psikospiritüel bir varlıktır. Bu doğrultuda insanın kişilik gelişiminde maneviyat önemli bir role sahiptir (Stanard ve ark., 2000). Kasapoğlu'nun aktardığı üzere (2015); Myer, Sweney ve Witmer maneviyatı; "yaşamın materyal yönünün ötesinde bir güç, evrene derin bağlılık ve bütünlük duygusuna sahip insan varlığının niteliği" olarak tanımlamışlardır. Ellison (1993) ise; maneviyatın hayatın anlam ve amacını bulmak için insanları harekete geçiren ve motive eden bir güç olduğunu ileri sürmüştür (Stanard ve ark., 2000). Din, genellikle örgütlü inanç ve uygulamalar sistemi olarak tanımlanırken, maneviyat din ya da dindarlıktan daha kapsamlı bir kavram olarak ele alınmaktadır. İnsanların hastalık gibi önemli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında maneviyat ve dini başa çıkmaya yönelmeleri de, hastalığın meydana getirdiği stres ve anksiyeteden kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda dini inanç ve maneviyat olumsuz yaşam olaylarının negatif yönlerini hafifletmeye yardım edebilen bir başa çıkma stratejisidir (Cirhinlioğlu, 2014).

Onkoloji hastaları üzerinde yürütülen bazı çalışmalarda olumlu dini başa çıkma inanç ve uygulamalarının bireylerin hastalıkla yüzleşmelerinde, hastalıklarını kabul ederek uyum sağlamalarında ve umutlarını kaybetmemelerinde son derece etkili olduğu vurgulanmaktadır (Winter ve ark., 2009; Kımter, 2013; Gall ve Bladeu, 2017). Bununla birlikte; dini inanç ve maneviyatın duygusal destekten sonra en etkili başa çıkma mekanizması olduğu (Meyerowitz, 2000; Evcili ve Bekar, 2013), maneviyat ve dini başa çıkma yöntemlerinden yararlanan bireylerin kansere bağlı daha az sıkıntı, kaygı ve stres yaşadıkları, iyi olma haline ilişkin olumlu duygular geliştirdikleri ve daha güçlü oldukları

bildirilmektedir (Sherman ve Simonton, 2001). Diğer yandan onkoloji hastalarında tedavi ve prognoza bağlı psikososyal sorunlar yaygın olarak görülmesine karşın, bu problemlerin belirlenemediği ve bu duruma bağlı olarak bireyin psikososyal bakım ihtiyacının yeterince karşılanamadığı vurgulanmaktadır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Sağlık ekibi üyelerinin sundukları bakım ve uygulamalar onkoloji hastalarının yaşam kalitesini etkilediği için, sağlık bakım profesyonellerinin hastaların psikososyal bakım gereksinimlerini belirlemeleri ve bu doğrultuda uygun stratejiler geliştirmeleri son derece önemlidir.

Yaşam kalitesi birden çok faktörü içinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır (Bölükbaş, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2010). Kanser hastalığının tedavi ve prognozu bireyin sosyal ilişkilerini ve ekonomik durumunu etkileyerek fiziksel, emosyonel, psikososyal semptomlar gelişmesine neden olabilmekte ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bölükbaş, 2015). Nitekim onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı araştırmalarda, hastalığın prognoz ve tedavi sürecine bağlı olarak yaşanan sorunların onkoloji hastalarının tedaviye uyumu ile birlikte yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Wenzel ve ark., 2003; Yeşilbalkan ve ark., 2005; Pınar ve ark., 2008).

Ülkemizde onkoloji hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile bu sorunların yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemeye yönelik bazı çalışmalar (Yeşilbalkan ve ark., 2005; Özalp ve ark., 2007; Pınar ve ark., 2008; Çivi ve ark., 2011; Yazgan, 2014) yapılmış olmasına karşın, onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma sonucunda onkoloji hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile bu sorunlarla başa çıkabilmek için yararlandıkları dini başa çıkma yöntemleri ve manevi yönelim düzeyleri ile yaşam kaliteleri belirlenecektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda sunulan bakımın kalitesini artırmak amacıyla onkoloji hastalarının psikososyal sorunlarını azaltmaya ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik uygun stratejiler ve öneriler geliştirilecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütüldü.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Onkoloji hastaları hangi psikososyal sorunları yaşamaktadır?
3. Onkoloji hastaları yaşadıkları psikososyal sorunlar ile başa çıkarken hangi dini başa çıkma yöntemlerinden yararlanmaktadır?
4. Onkoloji hastalarının distres düzeyleri ile manevi yönelimleri ve yaşam kaliteleri nasıldır?
5. Onkoloji hastalarının psikososyal sorunlar ile manevi yönelimleri, dini başa çıkma tarzları ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?
6. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri psikososyal sorunlarını, manevi yönelimlerini, dini başa çıkma tarzlarını ve yaşam kalitelerini etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, kontrolsüz hücre büyümesi, bölünmesi, çevre dokulara invazyon, kaynaklandığı bölgeden uzak dokulara ve organlara yayılım ile karakterize bir hastalıktır (Şen, 2015; Can, 2017). Kanser, normal hücrelerin kanser hücrelerine dönüşüm sürecini ifade eden bir kavramdır (Şen, 2015). Vücutta birçok dokuda hücre bölünmesi fizyolojik olarak gerçekleşmekte, normal şartlarda proliferasyon ve programlanmış hücre ölümü dengede tutularak doku ve organların bütünlüğü korunmaktadır. Buna karşın DNA (Deoksiribo Nükleik Asit)'daki mutasyonlar bölünme ve hücre ölümü süreçlerinin düzen içinde gerçekleşmesini engellemekte; hücresel, genetik ve kalıtsal düzeyde ortaya çıkan değişikliklerin ilerlemesine bağlı olarak hücre yeniden programlanmakta, kontrolsüz olarak bölünmeye başlamakta ve tümör adı verilen kitle oluşmaktadır (Şen, 2015).

2.1.1. Kanserin Patofizyolojisi

Kanser genetik, sistemik ve çevresel olmak üzere üç değişik faktörün etkileşimi ile meydana gelen bir hastalıktır. Bu mekanizmaların farklı etkileri hücrenin normal işlevlerini bozmakta ve genetik kararsızlık sonucu kanser hücreleri oluşmaktadır. Kanserde rol oynayan faktörler değişkenlik göstermesine karşın, DNA hasarı kanser hücrelerinin oluşumunda en önemli etken olarak rol oynamaktadır (Dalay ve Buyru, 2015; Can, 2017). Hücre bölünmesi sırasında, DNA kopyalanırken oluşan herhangi bir hasar ya da mutasyon, hücrenin anatomik dış yapısında lezyonlara neden olmaktadır (Dalay ve Buyru, 2015). Hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması protoonkogenler, tümör baskılayıcı genler ve DNA onarım proteinlerini kodlayan genlerde oluşan mutasyonlardan kaynaklanmaktadır (Can, 2017).

1. Protoonkogenler: Hücre büyümesi ve çoğalmasını düzenlemektedir. Ayrıca hücre çoğalmasını ve normal hücre ölümünü baskılayan proteinleri kodlama aşamasında rol oynamaktadır. Bu genler mutasyona uğradıkları zaman “dominant” etki gösteren onkogenlere dönüşmektedir (Dalay ve Buyru, 2015; Can, 2017).

2. Tümör Baskılayıcı Genler: Hücre çoğalmasını engelleyen ve normal hücre ölümünü uyarıcı proteinleri kodlayan genlerdir. Genlerde mutasyon oluşması durumunda genin kodladığı protein görevini yerine getirememekte ve bu fonksiyon kaybı hücre

döngüsü, protein yıkımı, hücrel adhezyon ve motilite gibi önemli hücrel işlemlerin kontrolden çıkmasına yol açmaktadır (Dalay ve Buyru, 2015; Can, 2017).

3. DNA Onarım Proteinlerini Kodlayan Genler: Bu grupta bulunan genler tarafından kodlanan proteinler kansere neden olan mutasyonları önlemede rol oynamaktadır. Genlerde oluşan mutasyonlara bağlı olarak DNA onarımı tamamlanamamakta, DNA'da meydana gelen hasarlar giderilememekte ve genetik kararsızlık ortaya çıkarak karsinogenezis süreci başlamaktadır (Dalay ve Buyru, 2015; Can, 2017).

Karsinogenezis normal hücreyi kanser hücresine dönüştüren olaylar zincirinin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Karsinogenezis, genetik zedelenmenin ve epigenetik değişikliklerin ortaya çıkardığı çok evreli bir süreç olarak kabul edilmektedir. Karsinogenezde ardışık kronolojik süreç başlama, gelişme ve ilerleme olmak üzere üç evreye ayrılmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014).

Birinci adım olan başlama aşamasında kimyasal faktörler, fiziksel faktörler ve biyolojik ajanlar gibi karsinojenler normal enzimatik mekanizmayı bozmakta ve hücrel DNA'nın genetik yapısını değiştirmektedir. Kanserojen ajanların saldırısı gelişme aşamasında anormal şekillere veya uzun dönemde ise genetik bilgilerde değişimlere neden olmaktadır. Bu süreçte hücrel dönüşümün ilerlemesi, hedef hücrenin özelliklerine, kanserojenin tipi ve dozuna göre değişmektedir. Hücrel karsinogenezisin üçüncü adımını olan ilerleme aşamasında ise hücreler başlangıç ve gelişme aşamasındaki şekillerinden farklı olarak, komşu dokulara saldırma ve metastaz yapma gibi malign davranışlar gösterebilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014).

Kanser, çeşitli dönemlerden oluşması ve bu dönemlerin yıllarca sürmesi nedeniyle devamlılık gösteren kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Kanser, oluşum dönemi, sınırlı dönem, yayılım dönemi ve yaygın dönem olmak üzere dört aşamada ele alınmaktadır. Hücrelerin diğer dokulara invazyon yapmadan oluştukları ve dokuyu kuşattıkları dönem oluşum dönemidir. Kanser yayılımının bölgesel olduğu dönem sınırlı dönem ifade etmektedir. Yayılım dönemi, tümörün büyüyüp yakın dokulara ve bölgesel lenf düğümlerine yayıldığı dönemdir. Kanser vücutun uzak doku ve organlara metastaz yaptığı dönem ise yaygın dönem olarak tanımlanmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014).

2.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Günümüzde kanser, her yaş grubunu etkileyen, önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2008 yılında 12 milyon yeni kanser vakası tanımlanmış, bu sayının 2012 yılında 14 milyona yükseldiği saptanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü Kanseri Raporu, 2014). Kanseri dünyadaki ölümlerin önde gelen ikinci nedeni olmakla birlikte 2015 yılında 8,8 milyon insanın ölümüne yol açmıştır. Dünyada her 6 ölümden 1'i kansere bağlı olarak gelişmektedir. Bununla birlikte 2030 yılında 22 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkması ve önümüzdeki 20 yılda kansere bağlı ölümlerin %70 oranında artması öngörülmektedir (WHO Cancer Fact Sheet, 2017).

Küresel kanser insidansının her 100.000 kişide erkeklerde 205 ve kadınlarda 165 olarak saptandığı, yaşa standardize edilmiş kanser insidans hızının kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde %25 daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Erkeklerin en sık akciğer (kanseri vakalarının %16,7'si), prostat (%15), kolorektal (%10), mide (%8,5) ve karaciğer kanseri (%7,5), kadınların ise en sık meme (kanseri vakalarının %25,2'si), kolorektal (%9,2), akciğer (%8,7), serviks (%8,7) ve mide kanseri (%4,8) tanısı aldıkları saptanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü Kanseri Raporu, 2014).

Kanseri vakalarının yarısından fazlasının ve ölümlerin %70'inin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir. Bununla birlikte kanser kaynaklı ölümlerin yaklaşık olarak üçte birinin obezite, düşük oranda diyet ve sebze tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımı gibi beş önemli davranışsal faktör sonucu meydana geldiği belirtilmiştir. Özellikle tütün kullanımı kanser için önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, kanser ölümlerinin %22'sinden tütün sorumlu tutulmaktadır (WHO Cancer Fact Sheet, 2017).

2014 yılı Türkiye kanseri istatistikleri incelendiğinde, yılda toplam 163,500 kişinin kanseri tanısı aldığı, bunların yaklaşık 96,200'ünün erkek ve 67,200'ünün kadın olduğu, son 5 yılda kanser görülme sıklığında herhangi bir artma ve azalma olmadığı belirlenmiştir. Bir yıl içinde yaklaşık 17,000 kadına meme kanseri tanısı konulduğu, ayrıca her 4 kadından birisinin meme kanseri tanısı almaya devam ettiği görülmüştür. Obeziteye bağlı olarak gelişen kanser sayısının yaklaşık 6,000 olduğu tahmin edilmekle birlikte, obezite etkenli kanserlerin daha çok kadınları etkilediği bildirilmektedir (Türkiye Kanseri İstatistikleri Raporu, 2014). Ülkemizde ölüm nedenlerine ilişkin istatistiklere bakıldığında, tüm ölümlerin %20'sinin kansere bağlı olarak geliştiği, 2015 yılı içinde

49,946 erkek ve 27,022 kadının kanser nedeniyle yaşamını kaybettiği saptanmıştır (Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu, 2014).

2.1.3. Kanserın Etiyolojisi

Multifaktöriyel bir hastalık grubu olan kanserin birincil nedeni DNA'nın doğru şekilde eşleşmesini engelleyen genetik kararsızlıktır. DNA dizilimindeki mutasyonlar kanser oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Kalıtsal ve genetik sendromlara bağlı olarak ortaya çıkabilen kanser bilinçli ya da farkında olmadan maruz kalınan çevresel faktörler ya da kanserojenlerin etkisi ile gelişebilmektedir (Dalay ve Buyru, 2015).

Beslenme: Kansere bağlı ölümlerin üçte biri beslenme ile ilişkilidir. Beslenme kanserin gelişimi ve önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Son yıllarda kanser hastalığında beslenmenin rolünü ortaya çıkaran araştırma sayısı giderek artmaktadır. Bu konuda yapılan vaka - kontrol ve kohort çalışmalarında yüksek oranda yağ tüketiminin kolorektal kanser oluşumu için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Robertson ve ark., 2005; Doyle, 2007; Can, 2017). Bununla birlikte meyve, sebze gibi liften zengin besinlerin ve yüksek kalsiyum tüketiminin kansere karşı koruyucu olduğu (Linseisen ve ark., 2007; Park ve ark., 2007), tuzlanmış ve tütülenmiş gıdaların özefagus ve mide kanserlerinin gelişimine zemin hazırladığı (Can, 2017), C vitaminin antioksidan özelliği ile kanserden korunmada etkili olabileceği belirtilmiştir (Nomura ve ark., 2007).

Sigara: Tütün kullanımı akciğer kanserinin başlıca nedenidir. Tütün alkol ile birlikte tüketildiğinde ağız, larenks, özefagus ve karaciğer kanserlerinin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Can, 2017). Diğer yandan renal pelvis ve mesane gibi alt üriner sistem kanserleri, sindirim sistemi kanserleri ve hematolojik maligniteler sigara ile ilişkilendirilmektedir. Kansere bağlı ölümlerin %22'sinin sigara tüketimine bağlı olarak meydana geldiği, sigara ile kanser ilişkisinin sigaraya başlama yaşı, günlük tüketilen miktar ve kullanım süresi ile doğru orantılı olarak değiştiği bildirilmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015; Babacan, 2015).

Alkol: Alkol içindeki asbestos, arsenik bileşenleri ve asetaldehit gibi mutajenik ve karsinojenik maddeler, DNA sentezi ve onarım sürecine zarar vermekte ve tümör gelişiminde rol oynamaktadır. Ayrıca alkol tüketimi baş-boyun kanserleri başta olmak üzere özefagus, larenks, mesane, rektum, distal kolon ve karaciğer kanseri ile ilişkilendirilmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015).

Kimyasal ajanlar: Belirli endüstrilerde kullanılan ve doğada lif halinde bulunan asbest, kolayca parçalanmaya eğilimli olması nedeniyle parçacıkları havada asılı kalabilmekte ve inhale edildiğinde akciğerlere yerleşerek hücrelere zarar vermektedir. Diğer yandan meydana gelen bu hasar akciğer kanseri oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Literatürde yüksek oranda asbeste maruz kalan bireylerde akciğer kanseri gelişme riskinin maruz kalmayanlara oranla 3-4 kat arttığı, maruziyet oranının en fazla asbest maden ve üretimi, gemi yapımı ve izolasyon çalışmaları gibi sanayi kollarında çalışan bireylerde gözlemlendiği bildirilmektedir (Can, 2017).

Radyasyon: Uzun süre radyasyona maruz kalma kanser gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Güneş ışınlarındaki iyonize radyasyonun cilt kanseri ve melanomun gelişiminde primer etken olduğu, radyoaktif santrallerde meydana gelen sızıntılar sonucu radyasyona maruz kalan bireylerde lösemi, tiroid, meme ve akciğer kanseri gelişme riski bulunduğu bildirilmektedir (Can, 2017).

Virüsler: Tümörlerin yaklaşık %15-20'si ile ilişkili olan bazı DNA ve RNA (Ribo Nükleik Asit) virüsleri, enfekte ettikleri hücrelerde malign transformasyon nedeniyle kansere neden olmaktadır (Can, 2017). Hepatit C virüsü insanlarda kanser oluşumuna neden olan RNA virüsleri arasında yer alırken; Epstein-Barr virüsü, Herpes simpleks, Humanpapilloma Virüs (HPV) ve hepatit B virüsü ise kanser oluşumuna neden olan DNA virüsleri arasında yer almaktadır (Arifoğlu ve ark., 2015). Herpes simpleks virüsü servikal ve penil kanserlerin oluşumunda, Epstein-Barr virüsü ise Burkitt lenfoma, Hodgkin lenfoma ve nazofarenks kanserlerinin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Can, 2017).

Hormonlar: Uzun süreli ve kontrolsüz hormon kullanımının kadınlarda meme, serviks, over ve vajina kanseri oluşumuna neden olabileceği bildirilmektedir (Can, 2017). Meme kanseri ve hormon replasman tedavisi (HRT) arasındaki ilişkiyi ortaya koyan veriler yetersiz olmasına karşın, 5-10 yıl ya da daha uzun süreli HRT kullanımının meme kanseri gelişim riskini artırabileceği bildirilmektedir (Tamimi ve ark., 2006; Can, 2017).

İmmün faktörler: İmmün sistem değişime uğramış hücreleri yabancı algılayarak yok etmektedir. Bu doğrultuda immün sistemde oluşabilecek yetmezlikler normal hücre üretimindeki kontrol mekanizmasını bozmakta ve pek çok kanserin gelişiminde rol oynamaktadır (Can, 2017).

2.1.4. Kanserin Evrelendirilmesi

Kanser tanısı kesinleşen hastalarda uygulanacak tedavi hakkında karar verilirken kanserin evrelemesi gözönünde bulundurulur. Evreleme, kanserin nerede yerleştiğinin, hangi dokulara yayıldığıнын veya vücutta hangi organları etkilediğinin tanımlanmasıdır (Eti Aslan ve ark., 2014; Şen ve Aydın, 2015; Can, 2017). Kanserin evresini tanımlamak için primer tümörün çapı, çevre organlarla ilişkisi, bölgesel lenf bezi tutulumu, uzak organ metastaz varlığı tanı metodları ile araştırılmakta ve elde edilen bilgiler doğrultusunda hastalık evrelemesi yapılmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014).

Günümüzdeki çeşitli evreleme sistemleri bulunmasına karşın dünyanın birçok yerinde en yaygın kullanılan evreleme sistemi AJCC (Amerikan Kanser Komitesi) tarafından hazırlanan TNM evreleme sistemidir. TNM evreleme sisteminde T (tümör) tümörün büyüklüğünü, N (nod=lenf nodu) bölgesel lenf nodu metastaz olup olmadığını, M (metastaz) uzak metastaz olup olmadığını göstermektedir. T, N, M sonuçlarından elde edilen veriler ile kanser evresi belirlenmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Şen ve Aydın, 2015; Can, 2017).

Evre 0: Karsinoma in situ olarak da tanımlanır. Tümörün derine ve çevredeki dokulara yayılım göstermediği aşamadır.

Evre I: Tümörün başlangıç dokusunda lokalize olduğu aşamadır.

Evre II: Sınırlı ve lokal yayılımın gözleendiği aşamadır.

Evre III: Aşırı lokal ve bölgesel yayılımın gözleendiği aşamadır.

Evre IV: Uzak organ ve doku metastazının gözleendiği aşamadır.

Evreleme tedavi protokollerinin belirlenmesinin yanısıra hastalık prognozunun tahmin edilmesinde ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde de kullanılabilir (Can, 2017).

2.1.5. Kanserde Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisinde amaç; iyileşmeyi sağlamak, fonksiyonel ve yapısal yetersizlikleri minimize etmek ya da yok etmek, metastazları önlemek, yaşam süresini uzatmak, hastalıkla ilişkili semptom yönetimini sağlamak ve bireyin yaşam kalitesini artırmaktır (Eti Aslan ve ark., 2014). Uygulanacak tedavi protokolünün belirlenmesinde, tümörün histopatolojik yapısı, lokalizasyonu ve büyüklüğü, hastanın genel durumu, ilaçların hasta üzerinde oluşturabileceği etkiler ve komplikasyonlar gözönünde bulundurulur. Tedavi kararı verilmeden önce hastanın yaşı, boyu, kilosu, vücut yüzey

alanı, performans düzeyi, eşlik eden hastalıklar, karaciğer ve böbrek fonksiyonları ve kemik iliği rezervleri hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Ayrıca hastanın sosyal destek sistemleri belirlenmelidir (Eti Aslan ve ark., 2014; Erkol, 2015; Can, 2017).

Kanserin tedavisinde kullanılan başlıca tedavi yöntemleri, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi olarak sıralanabilir. Bununla birlikte immünoterapi, hedefe yönelik tedaviler ve Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) da tedavi sürecinde yararlanılan uygulamalar arasında yer almaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014; Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2015).

Kemoterapi: Tümörü DNA sentezi düzeyinde yok etmek ya da tümoral hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için kemoterapötik ajanların kullanıldığı tedavi çeşididir (Yıldız, 2015; Can, 2017). Kanser tedavisinde tek başına ya da cerrahi tedavi ve radyoterapi ile birlikte uygulanabilen kemoterapi tedavisinin en büyük avantajı metastazın yaygın olduğu durumlarda uygulanabilmesidir (Eti Aslan ve ark., 2014; Yıldız, 2015). Kemoterapi, adjuvan/neoadjuvan kemoterapi ve kombine tedavi modeli şeklinde uygulanabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014). Kemoterapi, hastalığa bağlı semptomları ortadan kaldırarak kişinin yaşam kalitesini artırmak, cerrahi veya radyoterapi sonrası hastalık nüksünü azaltmak (adjuvan) ya da cerrahi veya radyoterapi öncesinde uygulanarak (neoadjuvan) yapılacak lokal tedavileri kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaktadır. Kemoterapi ajanları oral, parenteral veya topikal yollarla uygulanabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Yıldız, 2015).

Radyoterapi: İyonizan radyasyon kullanılarak küratif, kombine, profilaktik ya da palyatif tedavi amacıyla uygulanan ışın tedavisi yöntemidir. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya cerrahi tedavinin riskli olduğu erken evre kanserlerde primer radyasyon tedavisi uygulanırken, ameliyat öncesinde tümörü küçültmek ve ameliyat sonrasında tümoral yapının nüksetme riskini azaltmak için kombine radyasyon tedavisi uygulanabilmektedir. Bununla birlikte klinik bulgular ortaya çıkmadan önce kanser hücrelerinin büyümesini engellemek amacıyla profilaktik radyasyon, kanserin özellikle beyin, kemik ve yumuşak dokuya yayıldığı durumlarda ortaya çıkan semptomları azaltmak amacıyla da palyatif radyasyon tedavisi uygulanmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014). Kullanılan iyonizan radyasyon tümürlü dokudaki atom ve moleküllerle etkileşime girerek dokuları harap etmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Kizir ve Güveli, 2015). Lokal ve ileri evre onkoloji hastalarının tedavisinde, cerrahi öncesi veya sonrasında, tek başına

ya da kemoterapi ile birlikte kullanılan radyoterapi tümör kontrolünü önemli derecede artırmaktadır (Kizir ve Güveli, 2015).

Cerrahi Tedavi: Vücuttaki lokalize ve sınırlı tümöral yapıların çıkarılması için kullanılan kanser tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi, kanserin tedavi sürecinde yalnızca kanserli doku veya organın çıkarılmasında değil aynı zamanda tanılama ya da evreleme aşamalarında da önemli rol oynar (Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2015). Cerrahi tedavi onkoloji hastalarının %75-80'inde primer tedavi yöntemi olarak kullanılmakla birlikte, profilaktik, palyatif ya da rekonstrüktif amaçlı da kullanılabilir (Eti Aslan ve ark., 2014). Kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi gibi multidisipliner tedavi yaklaşımları ile cerrahinin kombinasyonu hastaların tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2015).

İmmünoterapi: Vücudu bakteri, virüs, mantar ve parazit gibi mikroorganizmalardan ve kanser hücrelerinin gelişiminden koruyan immün sistemin kanserle savaşmak için kendi bağışıklık sistemini kullanması yöntemine immünoterapi ya da biyoterapi denir. İmmünoterapinin temelinde, doğal immün yanıtı etkilemeye, değiştirmeye, düzenlemeye ve onarmaya yönelik tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014; Kapucu, 2014). Antikorlar, tümör spesifik monoklonal antikorlar, aşılarda ve sitokinler immünoterapide kullanılan biyolojik ajanlara örnek olarak verilebilir. Bu ajanlar rekombinant DNA teknolojisi kullanılarak elde edilen proteinlerdir (Kapucu, 2014).

Kemik İliği Transplantasyonu (KİT): Özellikle hematolojik kanserlerin ve düşük doz kemoterapötiklerle tedavi edilen solid tümörlerin tedavisinde kullanılan yöntemdir. Kemik iliği transplantasyonu, Human-Lökosit Antijenleri (HLA) uyan kardeş veya yabancı birisinden (allojenik), hastanın kendi kemik iliğinden (otolog) ve aynı yumurta ikizi olan kardeşten (eşgenli-sinjeneik) alınarak gerçekleştirilebilmektedir. Trasplantasyon öncesinde immün yanıtı baskılamak, transplantasyon sonrası doku reddi gelişimini engellemek amacıyla hastaya yüksek doz kemoterapi ya da radyoterapi uygulanmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014).

Kanser hastalığının tedavisinde kullanılan ajanlar sadece anormal ve kontrolsüz bir şekilde çoğalan hücreyi değil aynı zamanda mukoza ve kemik iliği gibi hızlı çoğalan normal hücreleri de etkilemektedir. Bu etkilenmeye bağlı olarak hastada yorgunluk, ağrı,

enfeksiyon ve alopesi gibi fizyolojik sorunlar ortaya çıkmakta, bu sorunlar psikolojik ve psikososyal sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Can, 2017).

2.1.6. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Fizyolojik Sorunlar

Yorgunluk: Onkoloji hastalarının en çok deneyimlediği ancak fizyopatolojisi ve önleme yöntemleri en az bilinen semptomdur (Eti Aslan ve ark., 2014). National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı) kansere bağlı yorgunluğu; “her zaman yapılan işlevleri engelleyen, kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissi” olarak tanımlamaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2015). Halsizlik, güçsüzlük, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, motivasyonda azalma, bir şeye yoğunlaşmama, dinlenme gereksiniminde artma, insomnia ve hipersomnia ile karakterize olan yorgunluk hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Usta Yeşilbalkan, 2015). Kansere bağlı yorgunluk, antikanser tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastaların %80-90’nı tarafından deneyimlenmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2015). Nitekim bu konuda yapılan bir araştırmada hematolojik onkoloji hastalarının %97,5’inin yorgunluk semptomunu deneyimlediği saptanmıştır (Hintistan ve ark., 2012).

Bulanti-Kusma: Beyin metastazına, bağırsak tıkanıklığına, başta hiperkalsemi olmak üzere elektrolit dengesizliklerine, antikanser tedavide kullanılan ilaçların dozu, süresi ve emetik potansiyellerine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Usta Yeşilbalkan, 2015). Kemoterapi ve radyasyon ince bağırsakta bulunan enterokromaffin hücrelerini uyararak serotonin salınımına neden olmakta, uygulanan tedavi ile oluşan abdominal gerginlik veya obstrüksiyon ise vagus siniri etkilemektedir. Vagus sinirinin uyarılması ile serotonin aktive olmakta ve kusma merkezini uyarmaktadır. Kusma merkezinin uyarılmasıyla oluşan bulantı ve kusma sonucunda hastalarda malnütrisyona, anoreksiya, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve dehidratasyon gelişebilmektedir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeterlilikleri, bulantı ve kusmadan etkilenmekte ve yaşam kalitelerini azalmaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2015).

Mukozit: Kullanılan antikanser tedaviler malign kanser hücrelerinin gelişimini ve çoğalmasını önlerken normal hücrelere de zarar verebilmektedir (Çavuşoğlu, 2007; Erkurt ve ark., 2009; Çıtlak ve Kapucu, 2015). Özellikle oral mukoza epitel hücreleri kullanılan ilaçların sitotoksik etkisinden en çok zarar gören hücrelerdir. Bu doğrultuda

onkoloji hastalarında mukozit sık görülmektedir. Mukozit, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara karşı ağız boşluğu ile gastrointestinal sistem dokularının etkilendiği yangısal ve ülseratif yanıt olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak mukozit gelişme oranı %30 ile %100 arasında değişirken, baş-boyun onkoloji hastalarının %98-100'ünde farklı düzeyde mukozit gelişebilmektedir (Karadakovan, 2015; Çubukçu ve Çınar, 2012). Mukoziti olan hastalarda konuşma ve yutma fonksiyonlarında günlük yaşanması nedeniyle kilo kaybı, iştahsızlık, kaşeksi ve dehidratasyon bulguları gözlemlenmekte, bu durum hastaların beslenmeleri ile kişisel, sosyal yaşam tarzlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (Çavuşoğlu, 2007; Çubukçu ve Çınar, 2012; Eti Aslan ve ark., 2014).

İştahsızlık (Anoreksiya): Hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak onkoloji hastalarının %78'inde iştahsızlık görülebilmektedir. Hipotalamus işlevlerinde ya da tad alma duyusundaki değişikliklere bağlı olarak, hastalarda yiyeceklerden tikslenme ve erken doygunluk hissi görülmekte ve bu durum iştahsızlık şikayetinin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014).

Kaşeksi: Onkoloji hastalarında oldukça sık görülen malnütrisyon tablosu ilerlediğinde, hastada kaşeksi gelişebilmektedir. Kanser kaşeksi iştahsızlık, iskelet kası atrofisi, yorgunluk, anemi ve hipoalbuminemi gibi bulguların tamamının oluşturduğu klinik tablo olarak tanımlanmaktadır. Şiddeti kanserin tipine, yerine ve evresine göre değişiklik göstermektedir. Literatürde ileri evre kanserlerin %75'inden fazlasında iştahsızlık ve kilo kaybı saptandığı ve hastaların %22'sinde kaşeksiye bağlı ölüm geliştiği bildirilmektedir (Özcan ve Vatansever, 2015).

Diyare: Tedavi protokolünün türüne bağlı olarak malign kanser hücrelerinin yanında normal hücrelerinde zarar görmesiyle ortaya çıkan semptomlardan biridir. Kemoterapi kaynaklı diyarede, bağırsakta aktif çoğalan yüzeyel tabakanın harabiyeti nedeniyle intestinal villuslar zarar görür. Sıvı sekresyonu ile absorpsiyonda dengesizlikler ortaya çıkar. Süresi ve şiddeti kullanılan kemoterapötik ajanın türüne, dozuna ve uygulama sıklığına bağlı olarak değişir. Hastaların %75'inde görülen diyare, yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Tuna Ünsar, 2015).

Konstipasyon: Tümör gelişimine, yetersiz sıvı alımına, hareketsizliğe, beslenme alışkanlıklarındaki değişime, tedavide kullanılan opioid türevi ilaçlara ve antiemetiklere bağlı olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla abdominal ağrı, distansiyon, iştah kaybı ve baş ağrısı ile karakterizedir. Konstipasyon ile ilişkili semptomlar hastaların yaşam kalitesini,

günlük yaşam aktivitelerini ve öz-saygısını olumsuz yönde etkiler. Onkoloji hastalarında konstipasyon görülme oranı %70 ile %100 arasında değişmekle birlikte opioid kullanan hastalarda bu oranın %90'ın üzerinde olduğu bildirilmektedir (Tuna Ünsar, 2015).

Alopesi: Sitotoksik ajanların kıl foliküllerinin mitotik ve metabolik süreçlerini engelleyerek bozması ve saç köklerinde atrofi meydana getirmesi ile ortaya çıkmaktadır. Onkoloji hastalarının %65'inde görülen alopesi, bireyin sosyal etkileşimini bozan, psikososyal iyiliğinde azalmaya neden olan, fiziksel ve duygusal yönden sıkıntı yaratan travmatik bir deneyimdir (Balcı Yangın, 2015; Eti Aslan ve ark., 2014). Saçlardaki dökülme oranı, kemoterapötik ajanın dozuna, yarılanma ömrüne, uygulama şekline, tek veya kombine olup olmadığına ve tedavi süresinin uzunluğuna bağlı olarak değişim göstermektedir. Bunun yanısıra hastanın yaşı, eşlik eden başka bir kronik hastalığının olması, beslenme ve hormonal durum gibi bireysel özellikler de alopesi oranını etkileyebilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014).

Ağrı: Hastalık ve tedavi sürecinde en sık bildirilen ve hastanın günlük yaşamının her alanını etkileyen bir semptomdur. Ağrı, akut veya kronik gidişli olabilmektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Yıldırım, 2015). Akut ağrı doku yaralanmalarına bağlı olarak ortaya çıkan prostoglandin, histamin, seratonin, bradikinin ve P maddesi nedeniyle görülebilmektedir. Malign kaynaklı kronik ağrı ise tedaviye bağlı sağlıklı hücrelerin ölümü, hastalık infiltrasyonu, organların, sinirlerin, kemiklerin veya diğer dokuların bası uygulaması sonucunda ortaya çıkabilmektedir (Uğur, 2014; Yıldırım, 2015). Metastazı olan hastalarda ağrı görülme sıklığı %30 iken, geç dönem onkoloji hastalarında bu oran %80'e çıkmaktadır (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Uğur, 2014). Kanser ağrısı hastalarda yorgunluk, depresyon, anksiyete, ruhsal durum değişiklikleri ve sosyal etkileşimde bozulmaya neden olmaktadır (Yıldırım, 2015).

Periferik Nöropati: Kemoterapinin periferik sinir liflerinde yaptığı hasar sonucu nöronlardaki elektriksel aktivitedeki bozulmalar ile karakterize, beyin ve spinal kord dışındaki nörolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Onkoloji hastalarının %20 ile %100'ünde görülen periferik nöropati genellikle doza bağlı gelişen bir toksisite olup duyuşsal, motor ve otonom sinir sistemi harabiyeti ile sonuçlanmaktadır (Smith ve ark., 2008). Hastalarda akut ya da kronik, hafif ya da yoğun şiddette, kalıcı veya geçici nörolojik bozukluklar görülebilmektedir. Hastaların en sık yaşadıkları periferik semptomlar karıncalanma, sızlama, iğneleme, uyuşma, duyuşsal fonksiyonlarda azalma,

ağrı, kaslarda güçsüzlük ve yürümede zorlanma olarak bildirilmiştir (Lavoie Smith ve ark., 2008; Arıkan ve Kurt, 2015).

Nötropeni: Kemoterapötik ajanların kemik iliği aktivitesini baskılayarak kök hücrelere zarar vermesi ile dolaşımdaki mutlak nötrofil sayısının 500/mm³'ün altında olması ya da 500-1000/mm³'ün altına düşmesinin beklendiği durum olarak tanımlanabilir. Dolaşımdaki nötrofil sayısının 1000/mm³ altına düşmesi enfeksiyon riskini artırmaktadır. Nötropeni nedeniyle hospitalizasyon süresi uzamakta ve antibiyotik kullanımı artmakta, hastaların yaşam kaliteleri ve verimlilikleri bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedir (Gönderen ve Kapucu, 2009; Atay, 2015; Eti Aslan ve ark., 2014).

2.1.7. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikolojik Sorunlar

Kanser, kişinin varoluşunu tehdit eden, hem hastayı hem de ailesini fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyen ölüm, ağrı ve acı çekme ile eşdeğer kabul edilen mortalite oranı yüksek bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. Kanser, hasta tarafından bir yıkım süreci olarak algılanan, bireyin psikolojik dengesinde krize neden olan ve birçok psikososyal sorunu beraberinde getiren bir hastalıktır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015; Yıldırım ve Gürkan, 2010). Yıldırım ve Gürkan'ın aktardığı üzere; Hersh (1985) kanserin psikolojik boyutları ile bireylerin hastalığa yönelik korkularının birbirleriyle yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir. Hersh aynı zamanda kanseri “kişinin kendi bedenini yok etmesini simgeler. Nereden geldiği belli olmadan ve uyardan vurur. Herhangi bir zamanda ve herhangi bir yerde ortaya çıkar. Kanser fizik benin yaşamla olan ince bağını ve bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrol kaybını sembolize eden anormal durumun göstergesidir” olarak açıklamıştır (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Ülger ve arkadaşlarının aktardığına göre (2014), Gyllensköld ise “kanserin, doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğunu, sinsice hareket ettiğini, nedenleri pek açıklanamamakla birlikte zamanla kontrolün güçleştini, kontrolden çıktını ve büyük acılara neden olduğunu, bireyi sosyal yönden etiklediğini ve diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılandını” ifade etmiştir (Ülger ve ark., 2014).

Kanser tanı ve tedavi prognozu olumlu olsada aynı zamanda agresif tedavi protokollerinin kullanımına gerek duyulmasada, tanı anından itibaren onkoloji hastalarında şok, inanmama, inkâr etme, kızgınlık, uyku kalitesinde ve beslenme durumunda bozulma (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Ülger ve ark., 2014), farklı ruhsal ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir (Yıldırım ve Gürkan, 2010; Güleç ve Büyükkınacı,

2011; Ülger ve ark., 2014). Elisabeth Kübler Ross, bireylerin ölümcül hastalık tanısı ile yaşadıkları psikolojik tepki süreçlerini inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada ele almaktadır (Ülger ve ark., 2014).

Yadsıma ve Yalıtma (İnkâr ve İzolasyon): Yadsıma, şok edici ve beklenmedik bir haberdan sonra hastanın kendisini toparlamasına ve zaman içinde daha etkili savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi görmektedir. Tanısını öğrenen hastanın ilk tepkisi genellikle “Hayır bu olamaz, bu doğru değil” şeklinde olmaktadır. Hasta genellikle yapılan tetkiklerin iyi bakılmadığını, karıştığını ya da yanlış değerlendirildiğini düşünmektedir (Öz, 2004; Uşşaklı, 2010). Genellikle geçici bir savunma mekanizması olan yadsıma, kısa süre içerisinde kısmi kabullenmeye dönüşmekte ve hastalığın ileri aşamalarında yerini yalnızlaşmaya bırakmaktadır (Uşşaklı, 2010). Bu evrede hastaya yardımcı olabilmek için, onu dinlemek, konuşması için uygun ortam yaratmak ve kullandığı sembolik dili anlamaya çalışmak, yaşadığı güçlüğü anlayabilmek için empati kurmak ve bu doğrultuda sorular sormak gerekmektedir (Öz, 2004).

Öfke: Yıkıcı bir haber verildiğinde ilk tepki olan “Hayır, bu doğru olamaz, ben olamam” sorusu yerini öfkeye bırakır ve bu dönemde “Neden ben?” sorusu sorulmaya başlanır. Öfke duygusuyla başa çıkmak oldukça zor olmakla birlikte kişilerarası ilişkilerin bozulmasına neden olabilir. Hasta öfkesini rastgele her yöne yansıtabilir (Öz, 2004; Uşşaklı, 2010; Bayraktar, 2011; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Aile ve sağlık bakım profesyonellerinin hastanın yansıttığı bu öfkeyi kişiselleştirmeden objektif olarak değerlendirmesi ve öfkeye karşılık vermemesi son derece önemlidir. Çünkü karşılıklı olarak yaşanan öfke duygusu düşmanca duyguların ortaya çıkmasına yol açabilir (Öz, 2004; Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Pazarlık: Pazarlık bir erteleme olarak ifade edilmektedir (Bayraktar, 2011). Hasta kötü gerçeklerle yüzleşemediği ya da insanlara, Tanrı’ya karşı öfkelenmediği durumlarda engellenemez sonu erteleyebilmek için “Eğer Tanrı beni dünyadan almaya karar verdiyse ve yakarmalarımaya yanıt vermediyse, güzel bir şekilde sorarsam daha merhametli olabilir” tarzında bir anlaşma yapabilmektedir (Uşşaklı, 2010). Geçmiş tecrübeleri doğrultusunda iyi tutumları için ödüllendirileceği, özel hizmetleri için takdir göreceği ihtimali olduğunu düşünen hasta, bu dönemde iş birliği yaparak tedaviye uyum gösterebilmektedir (Uşşaklı, 2010).

Depresyon: Hastanın fiziksel durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyetini inkâr etme, öfke ve pazarlık anlamsız hale gelmekte, derin kayıp duygusu ve depresyon görülmektedir (Öz, 2004). Kübler-Ross bu dönem ile ilgili olarak reaktif ve hazırlayıcı depresyon olmak üzere iki tip depresyon tanımlamıştır. Reaktif depresyonda, hastalıktan önce mutluluk veren deneyimlerin kaybedilmesi, bedendeki değişiklikler, organ kayıpları, hastane masrafları, iş kaybına bağlı ekonomik kayıplar ve bu kayıplarla birlikte gelişen bir tepki söz konusudur. Hazırlayıcı depresyonda ise yakında gerçekleşecek kayıp ile sevilen kişilerden ayrılma endişesi vardır (Öz, 2004; Uşşaklı, 2010).

Kabullenme: Hastanın neredeyse hissizleştiği bir süreç olarak ifade edilen kabullenme döneminde birey duygudan yoksun, yorgun, uykulu ve oldukça zayıf olabilmektedir. Sanki artık acı yok olmuş, mücadele bitmiş ve “uzun yolculuktan önce biraz dinlenme” vakti gelmiştir. Yalnız bırakılmayı ya da en azından gelecek haberler ve sorunlarla rahatsız edilmemeyi istemektedir. Ziyaretçi olması durumunda da sözel iletişim yerine sözel olmayan iletişimi tercih etmektedir. Bu dönemde özellikle hastanın, ailesinin yardımına ve desteğine ihtiyacı artmaktadır (Öz, 2004; Uşşaklı, 2010).

Kanser tanısının konulmasıyla başlayan, tedavi ve sonrasındaki onkolojik taramalarla devam eden travmatik süreç, hastanın tedaviye uyumu ve yanıtını, psikolojik sağlığını ve yaşam kalitesini etkiler. Bu nedenle hastanın fiziksel belirtilerle baş edebilmesi, tedaviye uyumu ile yaşam kalitesinin artırılabilmesi için hastalığın tanı ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik sorunların tanılanması ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır (Ateşçi ve ark., 2003).

2.1.8. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Ailesel ve Ekonomik Sorunlar

Kanser, hastaların fonksiyonel yeteneklerini, beden fonksiyonlarını, görünümünü, çalışma durumunu, ailevi ve sosyal rolleri ile birlikte beden imajını etkileyen bir hastalıktır. Onkoloji hastalarında hastalık sürecine bağlı olarak meydana gelen değişimler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte ve başka bir bireye bağımlı olmasına neden olabilmektedir (Bektaş, 2015). Aile üyeleri ve primer bakım vericiler, hastanın tedavi planının sürdürülmesinde ve semptom kontrolünde önemli rol üstlenirler. Bu süreçte onkoloji hasta yakınları, sağlık sorununun klinik boyutuna bağlı olarak yaşam tarzlarını yeniden düzenlemek zorunda kalabilirler. Diğer yandan yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı aldıktan sonra, zorlu bir değişim süreci yaşayan hasta ve ailesinde farklı duygusal reaksiyonlar görülebilir. Bu süreçte aile üyeleri ve primer bakım vericiler kendi

sağlıklarını gözardı edebilir ve hasta bireyin bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılamaya öncelik verebilir. Bu doğrultuda kanser sadece hastanın yaşam kalitesini değil aynı zamanda ailesinde yaşam kalitesini etkileyen bir durumdur (Bektaş, 2015).

Onkoloji hastalarının bakım ve tedavisi aile üyelerinin fiziksel durumunu etkilemekte, halsizlik, yorgunluk, gerginlik, tükenmişlik, strese bağlı ağrı, iştah bozuklukları ve uykusuzluk gibi problemler görülebilmektedir. Ayrıca hastayla birlikte geçirilen zaman ve bakım yükü arttıkça aile üyelerinin emosyonel durumları da bu süreçten negatif yönde etkilenmektedir. Hastanın primer bakım vericilerin de depresyon, yalnızlık, anksiyete, stres, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk duyguları görülebilmektedir. Hastaya bakım sunarken sürekli gülyüzlü olma, mutlu görünme, hastayı memnun etme, önceki rolünü bırakıp çalışmak zorunda kalma, bakım için çok zaman harcama, uykusuzluk, hastanın tekrar eden istekleri, hissedilen korkular ve yaşanan ekonomik sorunlar bakım verenlerin öfke duygusu yaşamalarına neden olmaktadır (Bektaş, 2015).

Kanser, hasta ve ailesini ekonomik boyutta da etkileyen bir hastalıktır. Kanser ekonomik boyutu, kanserden koruma, erken tanı için taramalar, tanı tetkikleri, hastane ve ameliyat giderleri, psikoterapiler, kemoterapi ve radyoterapi giderleri, rehabilitasyon ve kontrol giderlerini içermektedir (Bayraktar, 2011). Hastanın fiziksel yetersizlik nedeniyle çalışmaması veya işten ayrılması ekonomik sorunları arttırmakta, bu süreçte özellikle sosyal güvencesi bulunmayan hasta ve aileleri ekonomik güçlükler yaşamaktadır. Bu doğrultuda hastanın yatarak veya ayaktan tedavi gördüğü süreçte maruz kaldığı işgücü kaybı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015).

2.1.9. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar

Hastalık, her bireyin hayatının herhangi bir döneminde başına gelebilecek önemli bir yaşam deneyimidir. Hastalık olgusu karşısında her birey farklı tepkiler göstermekte, tedavi ve prognozu basit olan bir hastalıkta dahi bireyler bu durumdan etkilenmekte, kanser gibi tedavi ve prognozu oldukça uzun süren kronik bir hastalığın hastalar üzerindeki etkileri ise çok daha yoğun olabilmektedir (Bayraktar, 2011).

Kanser, yalnızca bedensel değil aynı zamanda psikososyal ve ruhsal bileşenleride içinde barındıran bir hastalıktır (Bayraktar, 2011). Onkoloji hastalarında, hastalığın tanı, tedavi ve prognozu sırasında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, uyum bozuklukları, deliryum ve öz kıyım düşüncesi gibi yaygın psikiyatrik bozukluklar sık

görülebilmektedir. Literatürde onkoloji hastalarının yaklaşık olarak %50'sinin psikolojik baskı altında olduğu ve bu oranın tıbbi, kişisel, kişiler arası ve sosyal etkenlere göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Onkoloji hastaları tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle izole bir yaşamı tercih etmekte ve bu durum onların sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini en aza indirebilmektedir. Diğer yandan onkoloji hastaları okul, iş ve özel hayatında da problemler yaşayabilmekte, bu durum bireyde stres ve anksiyete gibi psikososyal sorunların gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarının psikososyal bakım gereksinimlerinin karşılanması büyük önem arz etmektedir (Elçigil, 2014).

Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete, bireyin kendini güvensiz hissettiği bir durum ya da benlik bütünlüğüne yönelik bir tehdide karşı geliştirdiği doğal bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Öz, 2004). Kanser gibi ölüm riskini beraberinde getiren ciddi bir hastalıkta anksiyete normal bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Anksiyete hastanın kriz ya da tanı aşamasında, nüks durumlarında, yeni bir tedavi aldığı zaman, ameliyat olacağı zaman beklediğinde, tedavisi uzun sürdüğünde, ileri evre veya terminal dönemde olduğunda sıklıkla görülebilmektedir. Anksiyete nedeniyle hastada iştahsızlık, ishal, baygınlık, sık idrara çıkma, bulantı, uyuşma, sinirlilik, kas ağrıları, baş dönmesi, karın ve göğüs ağrısı gibi fizyolojik belirtiler ile birlikte huzursuzluk, gerginlik, endişe, kaygı, yerinde duramama, sabırsızlık, konsantrasyon bozukluğu ve uyku sorunları gibi psikolojik belirtiler görülebilmektedir (Bayraktar, 2011). Anksiyete bozuklukları depresyondan sonra onkoloji hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluk olmakla birlikte prevalansı %30 ile %60 arasında değişmektedir (Ateşçi ve ark., 2003; Tada ve ark., 2012; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında hastaların %38'inde, Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise (2010) hastaların %61,5'inde anksiyete tanıldığı bildirilmiştir.

Akut Stres Bozukluğu: Kanser sürecinde en hızlı gelişen ve otuz günden kısa süren ruhsal bozukluktur. Akut stres bozukluğu, bireyin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını göstermektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): Akut stres bozukluğunun otuz günden uzun sürmesi durumunda, hastanın tanısı travma sonrası stres bozukluğu olarak

değişmektedir. Çalışmalar onkoloji hastalarında travma sonrası stres bozukluğunun görülme oranının %32'ye kadar ulaşabildiğini bildirmektedir (Tokgöz ve ark., 2008; Holland ve Alıcı, 2010). TSSB'nin akut, kronik, gecikmiş ve tekrarlayıcı olmak üzere farklı tipleri bulunmaktadır. Uzun süreli tedavi uygulanan hastalar ile kanserin tedavi ve prognozu sırasında deliryum yaşayan hastalarda TSSB bulgularına sahip olma oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Farklı ortamlarda aşırı kaygı ve endişe ile karakterizedir. Yaygın anksiyete bozukluğunda bireylerde kontrol kaybı, yorgunluk, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtileri görülebilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Kanserde pulmoner emboli, hipoksi ve hiperglisemi gibi farklı tıbbi durumların gelişmesi sonucunda ortaya çıkan belirtiler nedeniyle tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konulmaktadır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Onkoloji Hastalarında İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Onkoloji hastalarında ilaca bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete yaygın olarak görülmektedir. Örneğin akciğer kanserinin tedavisinde sık kullanılan bronkodilatatörler, metoklopramid ve steroid gibi ilaçlar ile ensefalopati ve deliryuma yol açan ilaçlar anksiyeteye neden olmaktadır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Depresif Bozukluk

Latince “depressus” sözcüğünden gelen depresyon en basit haliyle keder, buhran, çöküntü veya eleme benzeyen bir duygulanım durumu olarak tanımlanabilmektedir. Depresyon, onkoloji hastalarının yaşadığı en yaygın psikiyatrik belirtiler arasında yer almaktadır (Nelson ve ark., 2010; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Sık görülen bir ruhsal bozukluk olan depresyonun görülme oranı kullanılan ölçeklerin kesme puanına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte %4,5 ile %58 arasında değişmektedir (Ateşçi ve ark., 2003; Sheldon ve ark., 2008; Nelson ve ark., 2010; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hastaların %39,5'inde, Karabulutlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların %81,3'ünde, Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise hastaların %88,7'sinde depresyon görüldüğü bildirilmiştir.

Onkoloji hastalarında görülen depresyon, bireylerde fiziksel aktivitede azalma, kişilerarası ilişkilerde güçlük, uyku bozukluğu, ağrı şiddetinde artma ve yaşam

kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Hastalarda en sık majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ile genel tıbbi duruma bağlı depresyon belirtileri gözlemlenmektedir. Nelson ve arkadaşlarının (2010) aktardığı üzere onkoloji hastalarının %25'inde majör depresyon görülmekte ve majör depresyon yaygınlığının onkoloji hastalarında genel popülasyonun 2-3 katı olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastaların %22'sinde, Tada ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise hastaların %12'sinde majör depresyon tanılandığı belirtilmektedir.

Onkoloji hastalarında depresif belirtiler görülmesi doğal bir durum olarak kabul edilmesine karşın, onkoloji hastalarının tedaviye uyumunun artırılması, hastanede kalış sürelerinin ve tedavi masraflarının azaltılması, fiziksel aktivite düzeylerinin iyileştirilmesi, uyku kalitesinin artırılması, kişiler arası ilişkilerin güçlendirilmesi ve ağrı düzeylerinin azaltılması için depresyonun tanılanarak tedavi edilmesi büyük önem arz etmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Uyum Bozukluğu

Onkoloji hastalarında psikososyal stresörlere tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomların ortaya çıkması uyum bozukluğunun en belirgin özelliğidir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Onkoloji hastalarında tanı sonrası hastalığı inkâr ve tedaviyi reddetme gibi farklı tepkiler ve uyum bozuklukları görülebilmektedir (Bayraktar, 2011). Belirtilerin stresörün başlangıcını takip eden 3 ay içinde ortaya çıkması ve stresörün sonlanmasından sonraki 6 ay içinde çözümlenmesi bu durumun en belirgin özelliğidir. Ancak belirtiler yeti kaybına yol açan hastalıklar, stresörler veya maddi/emosyonel zorluklara bağlı olarak ortaya çıkmışsa 6 aydan daha uzun sürebilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Anksiyete veya depresif bulguların eşlik ettiği uyum bozuklukları onkoloji hastalarında sık görülen bir durumdur (Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) onkoloji hastalarında psikiyatrik bozukluklarla ilişkili faktörleri inceledikleri bir çalışmada, hastaların %48,8'inde depresif duygu durumu ile ilişkili uyum bozukluğu ve %7'sinde anksiyete ile giden uyum bozukluğu, Tada ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise hastaların %24'ünde yalnızca uyum bozukluğu tanılandığı bildirilmiştir.

Deliryum

Deliryum, genel hastane ortamında en sık rastlanan psikiyatrik sendromlar içerisinde yer almaktadır. Deliryum, bilinç ve yönelim bozukluğu ile karakterize olup davranışın ileri derecede bozulduğu, bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsü değişimlerinin eşlik ettiği organik beyin sendromu olarak tanımlanmaktadır. Deliryum fiziksel ya da fizyopatolojik nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Beyni kısa sürede etkileyerek beynin işlevlerini bozmakta, hızlı başlamakta ve dalgalı bir seyir göstermektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Deliryum, genellikle kanserli hücrelerin santral sinir sistemi üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanser evresine bağlı olarak değişmekle birlikte onkoloji hastalarının %25 ile %90'ında deliryum görülebilmektedir (Holland ve Alıcı, 2010; Cohen ve Bankston, 2011). Depresyonla bağlantılı deliryum tablosunda bu oran %20 ile %45 arasında değişmekte ve hastalığın ileri evrelerinde %15 ile %75'e kadar yükselmektedir (Holland ve Alıcı, 2010). Deliryum hastanede yatmakta olan diğer hasta gruplarında %14 ile %55 oranında görülmesine karşın, terminal dönemde olan onkoloji hastalarında %90 oranında görülebilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Onkoloji hastalarında birçok faktörün bir arada bulunması deliryum gelişimine neden olmaktadır. Yaş, demans, fonksiyonel yetersizlik, hastalığın yapısı, şiddeti ve evresi, malnütrisyon gibi predispozan faktörler deliryum gelişme riskini arttırmaktadır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015).

Öz kırım (İntihar)

İntihar, bireyin öz benliğine yönelik saldırganlık hali ve istemli bir şekilde yaşamına son verme isteği olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ye göre intihar girişimi "ölümle sonuçlanmayan, bireyin alışkanlık olmaksızın kendisinin başlattığı ve başkaları tarafından engellenmeyen kendine zarar verme davranışı ya da tedavi dozundan daha fazla ilaç kullanma durumu" olarak tanımlanmaktadır. Dünyada her yıl 800.000'e yakın intihar girişimi görülmekte ve dünyadaki tüm ölümlerin %1,4'ü intihar girişimi sonucunda meydana gelmektedir (WHO Suicide Data, 2015). Türkiye 2015 yılı verilerine göre her yüz bin kişiden dördünün intihar ettiği ve ölümle sonuçlanan intihar sayısının %1,3 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir (TUİK İntihar İstatistikleri, 2015). Tüm yaş grupları göz önüne alındığında kronik fiziksel hastalık varlığı intihar girişimi için bir risk

faktörü olarak kabul edilmektedir. Kanser hastalığı da, intiharla yakından ilişkili fiziksel hastalıklar arasında içinde yer almaktadır (Atmaca ve Durat, 2015).

Genel nüfusa ilişkin oranla karşılaştırıldığında, ağır psikososyal, fiziksel ve ekonomik sorun yaşayan onkoloji hastalarında intihar görülme oranı oldukça yüksektir. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında onkoloji hastalarında bu risk iki katına çıkmaktadır (Özaslan ve ark., 2010; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Kanserın yarattığı sorunlar hastanın anksiyete, depresyon, korku, umutsuzluk ve çaresizlik yaşamasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve intihar girişiminde bulunmasına yol açmaktadır (Atmaca ve Durat, 2015). Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) onkoloji hastalarında majör depresyonla ilişkili faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları araştırma sonrasında, hastaların %11'inde intihar düşüncesi olduğu, ölüm düşüncesinin yaşla birlikte arttığı, kanser tanısı konulduktan sonra geçen süre uzadıkça ölüm düşüncesinin azaldığı saptanmıştır.

Psikososyal sorunlar ve distres kanser tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında gözlemlenebilen, onkoloji hastalarının kanserle baş çıkma yetilerini engelleyen; psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarda bireyi zorlayan ve gerilim yaratan emosyonel deneyimler olarak tanımlanmaktadır (Holland ve ark., 2010; Cirhinlioğlu, 2014). Hastanın yaşadığı bu emosyonel durumlar ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri ve prognozu gibi tıbbi faktörlerle yakından ilişkilidir. Bireyin hastalığa uyum sağlama yeteneğinin derecesi, yararlandığı başa çıkma yöntemleri, sosyal destek mekanizmaları, kültürel ve dini tutumları ile psikososyal ve kişilerarası faktörlerden etkilenmektedir. Bu doğrultuda bireyler en stresli ve sıkıntılı zamanlarında, insanoğlunun en önemli güç kaynağı ve dayanağı olan din ve maneviyata yönelebilmektedir (Bayraktar, 2011).

2.2. Maneviyat ve Manevi Yönelim

Hastalık durumu sadece hücre, doku veya organlardaki fonksiyonel bozuklukların bir sonucu değildir. Aynı zamanda hastalık birey için fiziksel, psikososyal, manevi, ailesel, emosyonel bir olgu ve bir yaşam krizidir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010). Kanser tanısı almak birey için ağır bir strestir. Hastalık olgusu karşısında her birey farklı tepkiler göstermektedir. Kanser bireyin bütünlük duygusunu bozmakta (Bayraktar, 2011), maneviyatını ve dine yönelişini artırmaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

2.2.1. Maneviyat

Maneviyat tarih boyunca din kavramı ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır (Shafranske ve Sperry, 2007). Maneviyat, organize ve teolojik doktrine bağlılığı ifade eden, dini inancın bir kısmı ve daha geniş kapsamlı hali olarak ele alınmaktadır (Levine ve Targh, 2002; Ekşi ve ark., 2016). Bununla birlikte literatürde maneviyatın farklı tanımlarının yapıldığı görülmektedir.

Türk Dil Kurumu (TDK) maneviyatı; “maddi olmayan, duyularla sezilemeyen, soyut, tinsel şeyler” olarak tanımlamıştır.

Ross (1995) maneviyatı; “anlam ve amaç, kendine, diğerlerine ve Tanrı’ya güven, yaşama isteği” olarak açıklamıştır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).

Myers, Sweeney ve Witmer (2000) maneviyatı, “yaşamın materyal yönünün ötesine geçen bir güç veya varlık bilinci ve evrene derin bir bağlılık ve bütünlük duygusunu içeren insan varoluşunun niteliği” olarak tanımlamaktadır.

Benner’a (1989) göre maneviyat, Tanrı’yla ilişki kurulmasına yönelik Tanrı’nın merhametli çağrısına insanın cevabıdır (Ekşi ve ark., 2016)

Kasapoğlu’nun aktardığına göre (2015) Elkins ve arkadaşları (1988) maneviyatı, “ilahi bir boyutun farkındalığı ile ortaya çıkan ve benliğe, ötekilere, doğaya, hayata ve kişinin nihai olduğunu düşündüğü şeylere ilişkin tanımlanabilir belirli değerlerle nitelendirilen varoluş ve tecrübe ediş tarzı” olarak açıklamışlardır.

Davranışçı psikoloji yaklaşımının önemli temsilcilerinden Skinner, din ve maneviyatın pekiştirilmiş davranışın bir sonucu olduğunu belirtmekte ve bunların birey üzerinde bir dışsal kontrol aracı olduklarını kabul etmektedir (Çelimli ve Tozlu Güldal, 2016).

William James, dinin ve maneviyatın yaşamın temel bir bütünleyicisi olduğunu, çok önemli bir işlevi yerine getirdiğini ve aynı zamanda başka hiçbir şeyin onun yerine geçemeyeceğini ifade etmiştir (Çelimli ve Tozlu Güldal, 2016).

Jung ise maneviyat ve dinin insan ruhunun önemli bir fonksiyonu olduğunu ve bütünleşmeye giden bir yol sağladığını belirtmiştir (Çelimli ve Tozlu Güldal, 2016).

Everts ve Agee ise maneviyat tanımına ilişkin ölçütleri belirlemişlerdir. Maneviyat tanımı için; bireye ait derin, soyut ve ilahi bir varlığa inanma duygusunun, yaşama gücü veya ilahi varlık kavramlarının gerekli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Stanard

ve ark., 2000). Maneviyatın tanımını yapan çalışmaların %67'sinde "kutsal ya da kutsal arama" konusunda görüş birliği olduğu belirlenmiştir. Kutsal kelimesi en çok Tanrı ya da aşkın olarak ifade edilmektedir (Vieten ve ark., 2013).

Maneviyat genel olarak, "gördüğümüz fiziksel varlığın, ilahi bir gerçekliğin ve gücün içinde olduğu, kutsal gerçeklikler tarafından belirlendiğine yönelik inancı" ifade etmektedir (Ekşi ve ark., 2016).

Psikoloji literatürü incelendiğinde ise bazı yazarlar maneviyatı tanımlamada kullanılması gereken dokuz boyuttan söz etmişlerdir. Bu boyutlar yaşamdaki anlam ve amaç, yaşamdaki görev ve istek duygusu, ilahi varlıklar, ruhlar, içsel yol göstericiler veya daha yüksek benlikler gibi içsel ve dışsal faktörleri içeren ilahi boyut, yaşamın kutsallığına inanç, gerçek ölümsüz maneviyat düşüncesi, spiritüel bir yol ve yörünge düşüncesi, acının veya muzdarip olmanın yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğu ve anlamlı olabileceği inancı ile kişisel değişime inancı içermektedir (Cirhinlioğlu, 2014).

2.2.2. Manevi Yönelim

İnsanlık tarihi boyunca insanların eylemleri ile ilgili kavramlar incelendiğinde en yaygın ve en etkili unsurun din ve maneviyat olduğu görülmektedir. Din organize temsiller sistemini, örgütü ve ritüelleri birleştirirken, maneviyat bireysel alandaki deneyimleri ifade etmektedir. İnsanlık var olduğu sürece hayatı ve yaşanan olayları anlamlandırmada dinin ve manevi yönelimin etkisi devam edecektir (Çelimli ve Tozlu Güldal, 2016).

Manevi yönelim, bireyi bilgiye, sevgiye, anlama, huzura, umuda, ilahi varlığa, esenliğe ve bütünlüğe yönelten, bireyin kapasitesi ve değer sisteminin gelişimi ile ilişkili bir kavram olarak ele alınmaktadır (Kasapoğlu, 2015).

Gordon, Alloport, Abraham Maslow, Erich Fromm ve Eric Erikson gibi önemli psikologlar insanın gelişiminde manevi tecrübe ve yönelimin olumlu etkileri olduğunu bildirmişlerdir.

Hinterkopf (1994) manevi yaşantıyı, anlık olarak hissedilen bir farkındalık bilinci, yeni anlamlar yaratma ve gelişmeyi sağlayıcı bir unsur olarak açıklamıştır (Akt. Doğan, 2006).

Manevi uğraşlar hastalık, ölüm veya kayıp gibi kritik zamanlarda bireylere güven duygusu ile birlikte destek sağlamak ve yön vermektedir (Hill ve Pargament, 2003). Bireyler hastalık durumu karşısında, tıbbın imkanlarının yanısıra sahip olduğu maneviyat

ve inanç ile yaşamlarını tehdit eden durumlara karşı direnmeye çalışmaktadır (Adana, 2006; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010). Birey kritik olayların tam ortasında bile mutlak bir amaç ve anlam hissine tutunabilmektedir (Kasapoğlu, 2015). Bu bağlamda maneviyat ve din, birçok birey için büyük önem taşıyan güçlü bir kaynaktır (Cashwell ve Young, 2004; Corey, 2005). Maneviyat ve din psikolojik ve emosyonel sorunları azaltmada ve iyi oluşu artırmada etkili olan önemli bir faktördür (Kilpatrick ve McCullough, 1999; Corey, 2005).

2.2.3. Manevi Yönelimin Hastalığın Psikososyal Boyutu Üzerine Etkisi

Sağlık problemleri zorlanma ve acıyı beraberinde getirmekte, bireyin umudunu kırabilmekte, baş etme gücünü sınırlayabilmekte ve bu doğrultuda bireylerde manevi distres gözlemlenebilmektedir. Bu süreçte hastalar “Neden ben? Bunu hak etmek için ne yaptım? Tanrı beni neden cezalandırıyor? Öldükten sonra bana ne olacak? Ailem ben öldükten sonra nasıl yaşayacak?” gibi sorularla yüzleşmekte (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010) ve bireyde manevi krizler ortaya çıkabilmektedir (Shafranske ve Sperry, 2007). Bu nedenle hastalık sürecinde psikolojik girişimler planlanırken maneviyat ve din önemli bir kaynak haline gelmektedir (Shafranske ve Sperry, 2007). (Ekşi ve ark., 2016). Manevi yönelimli baş etme mekanizmaları bireyin benlik duygusunu geliştirerek değer sisteminin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. İnsanın yaşamına anlam kazandıran maneviyat, ortaya koyduğu değerler ve dünya hayatına ilişkin açıklamaları ile insanın kaybetmiş olduğu gerçek kimliğine yeniden kavuşmasına yardımcı olmaktadır (Ekşi ve ark., 2016).

Psikoloji alanında maneviyat ve manevi yönelimli olgular büyük oranda dışlanmış olmasına karşın, yirmibirinci yüzyılda bu durum değişmiş ve maneviyat iyi olmanın temel alanlarından biri olarak görülmeye başlanmıştır (Ekşi ve ark., 2016). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda manevi yönelimli baş etme mekanizmalarını kullanan bireylerde, hastalık sürecinde fiziksel ve psikolojik yönden pozitif iyileşme görüldüğü bildirilmiştir (Cotton ve ark., 1999; Woods ve Ironson, 1999; Boscaglia ve ark., 2005; Choumanova ve ark., 2006; Riedner ve ark., 2006; Perez ve ark., 2008; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010; Cufta, 2013).

Manevi yönelimli mekanizmalar, bireylerin hastalık gibi stres yaratan durumlarla başa çıkmasını kolaylaştıran bir güçtür. Psikososyal bakım sürecinde manevi yönelim uygulamalarından yararlanılarak bireyin varoluş boyutları ile maneviyatının korunması,

geliştirilmesi ve sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Manevi bakım verme, hemşirelik bakımının temel aldığı holistik bakış açısının önemli bir parçasıdır. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonellerinin bakım sunarken bireyin fiziksel, sosyal, emosyonel, psikolojik ve manevi gereksinimleri ile başa çıkma yönelimlerini belirlemeleri son derece önemlidir (Ergül ve Bayık, 2004; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).

2.3. Dini Başa Çıkma

İnsanın hayatındaki farklı alanlara yönelik davranış, tutum ve tercihlerini belirlemede en etkili değerlerden biri de dindir (Cufta, 2013). Genel tanımıyla din; örgütlü inanç ve uygulamalar sistemi olarak tanımlanmaktadır. Ancak literatürde birçok bilim adamının dinin tanımını yapmaktan kaçındığı ve dini tanımlamanın oldukça zor olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. (Cirhinlioğlu, 2014).

Webster Evrensel Ansiklopedik Sözlük (2002) dini; “kişisel dini tutum, inanç ve uygulamalar bütünü veya kurumlaşmış dini, inanç ve uygulamalar sistemi” olarak tanımlamıştır.

Psikolojik ve Psikoanalitik Terimler Sözlüğü’ne göre din; “bireylerin veya bir topluluğun maddesel dünyadaki olaylar hakkında hüküm vermek için değerler edindiği ve kendilerini Tanrıya veya ilahi dünyayla ilgili hale getirdiği tutumlar, uygulamalar, dinsel törenler, dini vesileler vb. kurullarla belirlenmiş eylemler ve inançlar sistemidir.”

Shaw (2005) dini; Tanrıya sonsuz birliği kucaklamak için ruhun yeniden dirilmesi ve kutsal varlığa inanması olarak tanımlamaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

Hackney ve Sanders (2003) ise dini bilişsel, duygusal, güdüsel ve davranışsal yönleri olan bir şey olarak açıklamışlardır (Cirhinlioğlu, 2014). Diğer bir tanımda ise din; “maneviyatı ifade etmenin ve beslemenin bir yolu” olarak ele alınmıştır (James ve Wells, 2003).

Din, hastalık, kayıp ve ölüm gibi yaşamsal krizlerde amaçları gerçekleştirirken kullanılabilir. Kanser gibi ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kalan birçok hasta için din temel başa çıkma mekanizmasıdır (Cufta, 2013). İnsanın gücünü aşan durumlarda, bireyin ilahi bir varlığa yöneldiği bildirilmiştir. Sherman ve Simoton (2001) tarafından onkoloji hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada; maneviyat, dini inanç ve tutumun sağlık

sonuçları ile ilişkili olduğu, dini inancı yüksek olan hastaların daha az stres yaşadıkları, olumlu duygu ve başa çıkma stratejileri sergiledikleri saptanmıştır.

Dini başa çıkma Pargament (1998) tarafından; “stresli zamanlarda başatmek için dinin ya da spiritüelliğın kullanılması” olarak tanımlanmıştır.

Koenig ve arkadaşları (1998) dini başa çıkmayı stresli hayat koşullarının negatif sonuçlarını hafifletmek ya da engellemek için problemin çözümünü kolaylaştıran dini inanç ve davranışların kullanılması olarak tanımlamıştır.

Lazarus ve Folkman (1948) başa çıkmayı “içsel ve dışsal talepleri yönetmek için sürekli değışim gösteren bilişsel ve davranışsal çaba” olarak açıklamıştır. Lazarus ve Folkman’a göre problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri olmak üzere iki tür başa çıkma mekanizması vardır. Problem odaklı başa çıkma, stres yaratan durumu ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak amacıyla problem çözmeye ve stresli durumu doğrudan değıştirmeye yöneliktir. Duygu odaklı başa çıkma ise, stres durumunun yarattığı olumsuz emosyonel duygu durumunu kontrol altına alarak olumlu bakış açısına odaklanmaya yönelik davranışları içerir (Cirhinlioğlu, 2014).

Lazarus ve Folkman’a göre kişisel kaynaklar bireyin baş etme sürecini etkileyebilmektedir. Pargament (1997) dini başa çıkma kuramını açıklarken, bireyin kriz durumunda kullandığı kaynaklarının dini olabileceğini bildirmiştir. Diğer yandan dini başa çıkma kaynaklarının kullanımı bireyin dünya görüşüne veya dine göre değışebilmektedir. Bu nedenle dini başa çıkma süreci kriz yaratan bir olay karşısında bireyin uyum sisteminin belirli dini aktivitelere dönüşmesini içermektedir (Pargament, 1997).

Dini başa çıkmanın benimsenmesi ilk olarak dinin kişinin benlik tanımı içinde ne ölçüde yer aldığına, ikincisi de özel bir durumun nasıl değılendirildiğine bağlıdır. Örneğın bir durum insanın kontrolü dışındaysa ya da yaşamı tehdit edici olarak değılendiriliyorsa bireylerin dini başa çıkma yöntemlerini benimseme olasılıkları daha yüksektir. Üçüncü olarak dini başa çıkma genellikle olumsuz olaylarla ve durumlarla karşılaştıldığında benimsenmektedir. Bu doğrultuda bireyler yaşamlarında ortaya çıkan olumsuz olaylara anlam verebilmek için dini uygulamalardan yararlanmaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

Dini başa çıkma, benlik değerini güçlendirmek için kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra dini başa çıkma kişiye huzur vermekte, kişisel gelişimi teşvik etmekte, ilahi güç ile yakınlık hissini arttırmakta, diğer bireylerle yakın ilişki kurmayı kolaylaştırmakta, yaşama anlam ve amaç kazandırmaktadır. Genel olarak bireylerin %50 ile %85'inin içinde buldukları durum ile başa çıkarken dinin yararlı olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir (Cirhinlioğlu, 2014).

2.3.1. Dini Başa Çıkma Yöntemleri ve Uygulamaları

Dinin, insanın yetersiz kaldığı durumlarda yaşanan sorunlara bazı çözümler getirdiği düşünülmektedir. Dinin sunduğu bu çözümler özellikle alternatif destek kaynaklarının bulunmadığı durumlarda manevi destek biçiminde olabilmekte, yaşam kontrol dışı görüldüğünde kutsal güç aracılığıyla kontrol duygusu sağlanabilmekte ya da durum zorlayıcı olduğu zaman yeni bir anlam sağlama biçiminde görülebilmektedir (Pargament ve Brant, 1998).

Dini başa çıkma birçok şekilde ortaya çıkabilmektedir. Dini başa çıkma Tanrı'dan durumu çözmesini bekleyerek pasif, daha iyi bir hayat için bireyi güdüleyen güç ile birlikte aktif, Tanrının sevgi ve ilgisini arayarak kişisel, dini örgüt ve din adamlarından destek arayarak kişilerarası, problem odaklı veya duygu odaklı olabilmektedir (Pargament ve Brant, 1998).

İşbirliğine Yönelerek Dini Başa Çıkma: Tanrı ve bireyin problem çözme sürecine ortak katılımını ifade etmektedir. Problemi çözerken, Tanrı ile ortaklık ilişkisi kurarak kontrol duygusunu aramayı ifade etmektedir. Başa çıkma sürecinde Tanrı ve birey aktif rol oynamaktadır. Birey bu süreçte sahip olduğu tüm baş etme ve problem çözme araçlarını kullanmakta ve Tanrı'nın duygusal desteği ve yol göstericiliğini aramaktadır (Cirhinlioğlu, 2014). Bu konuda yapılan bir çalışmada iş birliğine yönelerek dini başa çıkmanın yüksek düzey ruhsal ve fiziksel sağlık ve benlik değeri ile düşük düzeyde kaygı tepkisi, dua etme sıklığında artma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Pargament, 1997).

Yakararak Dini Başa Çıkma: Bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü bıraktığı bir başa çıkma yöntemidir. Bu başa çıkma yönteminde Tanrının problemi çözmek için doğrudan müdahale etmekle yükümlü olduğu kabul edilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014).

Kararı Tanrı'ya Havale Ederek Dini Başa Çıkma: Durumu kontrol etmesi için pasif bir şekilde Tanrı'yı beklemeyi ifade eden başa çıkma biçimidir. Birey eylemde bulunmamayı seçtiğinde ve problemi çözmek için Tanrı'nın müdahale edeceğine inandığında meydana gelir. Dini başa çıkmanın odağı Tanrı olmakla birlikte birey problem çözme sürecinde pasif rol oynamaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

Teslim Olarak Dini Başa Çıkma: Birey, Tanrı ve dini dogmaya katı bağlılığı, inanç yolu ile huzura kavuşmanın kaynağı olarak görür. İlk bakışta kararı Tanrı'ya havale ederek dini başa çıkmayı çağrıştırmaktadır. Tanrı'nın kuralları için bireylerin arzularından vazgeçtiği aktif bir seçimdir. Bireyin çözümleri Tanrı'nın çözümlerinden farklılaştığında ve birey kendini Tanrı'nın isteklerine bıraktığında bu teslimiyet görülmektedir (Cirhinlioğlu, 2014). Bu başa çıkma yöntemini kullanan bireyin amacı kontrol elde etmek değil, manevi inançlarını harekete geçirmek ve dini değerlerini yansıtmaktır. Teslimiyetçilik, kontrolün Tanrı'da olduğunu kabul eder. Teslimiyetçilik, dinin önemini vurgulayan dini güdülenme ile ilişkilidir (Cirhinlioğlu, 2014).

Benlik Yönelimli Dini Başa Çıkma: Bireysel girişim yoluyla sorumluluğu üzerine alarak kontrol aramayı ifade eden başa çıkma biçimidir. Bu başa çıkma biçimi bireylerin kendi problemlerini Tanrı'nın müdahalesi olmadan çözmelerini gerektirmektedir. Bireyin sahip olduğu değerleri kullanarak, uygun çözümler üretme ve gerçekleştirme sorumluluğu bulunmaktadır. Tanrı ise baş etme sorumluluğunu üzerine almak için güç veren olarak görülmektedir. Benlik yönelimli başa çıkma biçimini kullanan birey, Tanrı'nın insanlara kendi yaşamını yön verme özgürlüğünü bahsettiğine inanmaktadır. Tanrı'nın problem çözme sürecinde aktif bir rolü bulunmamaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

Tanrı ve dini örgütlere ilişkin memnuniyetsizlik: Tanrı veya dini örgütlerin ihtiyaç duyduğu zamanlarda kendilerini terk ettiği veya yüzüstü bıraktığı hissi ümitsizlik, çaresizlik ve öfke duyguları ile ilişkilendirilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014).

Dini olumsuz olarak yeniden tasarlama: Tanrı'nın cezalandırması: Bireylerde olumsuz olayları Tanrı'nın cezası olarak düşünme çok yaygın olmasada bazen görülebilmektedir. Tanrı'nın kendilerini cezalandırdığını düşünen kişilerde yüksek düzeyde sıkıntı ve olumsuz duygu durumu gözlemlendiği bildirilmiştir (Pargament ve ark., 2000).

2.4. Din ve Maneviyat İlişkisi

Din ve maneviyat tarih boyunca eş anlamlı olarak kullanılmıştır (Shafranske ve Sperry, 2007). Bununla birlikte özellikle son yüzyılda din ve maneviyat arasında bir ayrışma olduğu fikri ortaya atılmıştır. Bu doğrultuda maneviyatın bireysel alandaki deneyimlerle, dinin ise dini kurumlar, ritüeller ve sistematik inançlara bağlılık ile ilişkili olduğu düşünülmeye başlanmıştır. Din kavramı daha çok organize ve teolojik bir doktrine bağlılığı ifade ederken, maneviyat ise ilahi varlık ile olan bir bağlantıyı anlatmaktadır. Bazı bireylerde ise bu olguların birbirinden bağımsız olabileceği bildirilmektedir (Ekşi ve ark., 2016).

Bununla birlikte Hill ve Pargament (2003) dini deneyim ile maneviyat arasında bireysel ve kurumsal olarak yapılan ayrıştırmanın çeşitli sonuçlara neden olacağını savunmaktadır. Nitekim birçok din mensubu din ve maneviyatı birbirinden bağımsız kabul etmemekte ve bu doğrultuda Skinner (1971) din ve maneviyatın bireyin dışsal kontrol aracı olduğunu belirtmektedir.

Psikoloji biliminde maneviyata yönelik ilk yaklaşımlar, Maslow'un fikirlerinin öncülük ettiği "transpersonal" psikoloji ekolünde görülmekte (Maslow, 2001), maneviyat din, ruh ve benötesini (transpersonal) kapsamaktadır.

Maneviyat doğuştan gelir. Psikolojik problemlerin tedavisinde insanın fiziksel ve ruhsal boyutunun beraber değerlendirilip, bütüncül bir şekilde ele alınması önemlidir. Bu süreçte psikolojik yaklaşımın verilerini maneviyat ve dini öğretilerle bütünleştiren yaklaşımlar bireye yarar sağlayabilmektedir (Özdoğan, 2005).

Din ve maneviyat, ortaya koyduğu değerler ve dünyevi hayata getirdiği açıklamalar ile insan yaşamına anlam kazandırmakta ve bireyin ruh sağlığına katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda din ve maneviyat insan ilişkilerini sağlıklı bir biçimde düzenleyerek bireyin sosyal yaşama ilişkin bağıını güçlendirmektedir. Din ve maneviyat insanın kaybettiği gerçek varoluşsal kimliğine kavuşmasına yardımcı olmaktadır (Ekşi ve ark., 2016). Bu nedenle sağlık bakım hizmeti sunumunda din ve maneviyat arasındaki ilişkinin gözardı edilmemesi büyük önem taşımaktadır (Shafranske ve Sperry, 2007).

2.5. Yaşam Kalitesi

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ekonomik ve askeri güç ile değil “yaşam kalitesi” ile değerlendirilmektedir. Sağlık bakım sunumunun amacı yalnızca yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda bireyin sorunları ile baş etmesini güçlendirmek, öz bakım gücünü artırmak, otonomisini ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Akdemir, 2005). Yaşam kalitesi kavramı, yıllarca felsefenin tartışma konusu olmuştur. Yaşam kalitesi, antik ve orta çağda insanın üst düzey güzelliklere sahip olma durumu olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı, 1960’lı yıllarda ekonomistler tarafından ele alınmaya başlanmış, ulusal üretim, ulusal gelir ve satın alma gücü olarak açıklanmıştır. Yaşam kalitesi, sosyologlar tarafından barınma ve sosyal durum boyutları ile değerlendirilmiştir. 1970’li yıllarda yaşam kalitesi yaşam doyumu ile birlikte ele alınmaya başlanmıştır. Bu kavram 1970’lerden sonra tıp alanına, 1980’lerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir (Akdemir, 2005).

Yaşam kalitesi kavramı, her disiplin tarafından değişik perspektiflerden ele alınmış ve farklı şekillerde tanımlanmıştır (Bölükbaş, 2015). İlk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanan yaşam kalitesi, bireyin kendini nasıl hissettiği ve günlük yaşamındaki aktivitelerini nasıl ve ne düzeyde yapabildiğini ifade eden bir kavram olarak kullanılmıştır (Yeşilbalkan ve ark., 2005).

Günümüzde yaşam kalitesinin birçok tanımı yapılmıştır. Yaşam kalitesi, “bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığıdır”, “bireyin sahip oldukları ile hayal ettikleri arasındaki dengedir”, “bireyin kendini iyi hissetmesidir” ve “bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumudur” gibi farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Bölükbaş, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşam kalitesini “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (WHO, 1997).

Bireylerin mutluluğunu, esenliğini, çevresel kalitelerini ve ekolojik yapılarını içinde barındıran yaşam kalitesi, insanın istek ve gereksinimlerinin doyum sağlayıcı düzeyde karşılanması olarak tanımlanmaktadır (Akdemir, 2005).

Cella (1992) yaşam kalitesini; fiziksel, fonksiyonel, duygusal ve psikososyal faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucu oluşan iyilik ve esenlik hali olarak açıklamıştır.

Akyol (1993) yaşam kalitesini; “bireylerin doyumları ile sosyal ilişkilerinin kesişimi” olarak tanımlamıştır.

Rustoen ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada da “yaşam kalitesi kişi için önemli olan yaşamsal olaylarla ilgili memnun olma ya da olmama durumundan kaynaklanan iyi hal hissi” olarak ifade edilmiştir.

Stucki ve Kroeling (2003) ise yaşam kalitesini, kişinin sahip olduğu fizyolojik, mental ve sosyal iyilik hali olarak açıklamaktadır.

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri, ekonomik durumu, ailevi rolleri ile manevi durumundan etkilenen, birçok parametreyi içinde barındıran ve değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir kavramdır (WHO, 1997; Bölükbaş, 2015).

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif göstergelere sahiptir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktivitelerde zorlanma, çalışma durumu, hastalık semptomları ve bireyin sağlık durumuyla ilgili konuları kapsarken, subjektif göstergeleri ise, psikolojik, emosyonel iyilik hali ve yaşam doyumunu ile ilgili konuları içermektedir. Hoes ve Sullivan’a göre; yaşam kalitesini ilgilendiren konular psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik, ekonomik esenlik olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır (Akdemir, 2005).

Psikolojik esenlik alanında bireyin akıl sağlığı, yaşamdan doyum alması, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, otonomi, dinlenme, yaşamın anlamı, mutluluk, duygusal reaksiyonlar ve sosyal izolasyon durumu değerlendirilmektedir. Fiziksel esenlik alanında, bireyin fonksiyonel yeterliliği, günlük yaşam aktiviteleri, sağlık-hastalık algısı ve tedavi ile ilişkili durumlar ele alınmaktadır. Sosyal ve bireysel esenlik alanında ise bireyin ailesi ve yakın çevresi ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri ve farklı organizasyonlara katılımı, sosyal destek düzeyi, kendini ve yaşamı algılama biçimi, öğrenme ve çalışma durumu değerlendirilmektedir. Ekonomik esenlik alanında da bireyin barınma durumu, sosyal güvence varlığı ve geleceğe ilişkin güven duygusu ele alınmaktadır (Akdemir, 2005).

2.5.1. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Faktörler

Yaşam kalitesi çok yönlü, sürekli değişen ve gelişen, kişiden kişiye farklılık gösteren, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenen çok yönlü bir kavramdır. Bireylerde yaşam kalitesi azaltan ve artıran birçok faktör bulunmaktadır (Akdemir, 2005). Bireylerde yaşam kalitesini azaltan faktörlere;

- Temel gereksinimlerin karşılanmaması,

- Beden imgesinin değişmesi,
- Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersiz olması
- Kronik yorgunluk, bitkinlik,
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma,
- Gelecek ile ilgili kaygılar,
- Destek sistemlerindeki yetersizlikler,
- Akut sağlık sorunları ve
- Kronik sağlık sorunları örnek olarak verilebilir (Akdemir, 2005).

Bireyin yaşam kalitesini arttıran faktörler ise:

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma,
- Güven içinde yaşama,
- Huzur içinde olma, rahatlık ve gereken konfora sahip olma,
- Anlamli ve aktif bir yaşantı içinde olma,
- Eğlendiği ve zevk aldığı aktivitelerin olması,
- Otonomisinin gelişmesi,
- Mahremiyetine özen gösterilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi,
- İnanç ve değerlerine saygı gösterilmesi olarak sıralabilir (Akdemir, 2005).

2.5.2. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Kanserin hem fizyolojik hemde psikososyal süreçleri etkileyen bir hastalık olduğunun fark edilmesi ile onkoloji hastalarında yaşam kalitesi değerlendirilmeye başlanmıştır (Kutlu ve ark., 2011). Onkoloji hastalarında hastalık ve tedavi sürecine bağlı olarak bulantı, kusma, iştahsızlık, ağız yaraları, saç dökülmesi, cilt değişiklikleri, yorgunluk ve ağrı gibi fizyolojik semptomlar ortaya çıkmakta, bu semptomlar bireyin fiziksel işlevselliğinde azalma, beden imajında bozulma, kişilerarası ve aile içi süreçlerde değişim ile kendi bakım gereksinimlerini yerine getirmede yetersizlik yaşamasına neden olmaktadır (Gül ve ark., 2009). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hastalıkla ilişkili faktörler, hastalık semptomları ve uygulanan tedavi yöntemlerinin onkoloji hastalarının fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarını etkilediği ve yaşam kalitelerini azalttığı bildirilmiştir (Göktalay ve ark., 2002; Reis ve ark.,2006; Ertem ve ark., 2009; Kutlu ve ark., 2011; Bölükbaş, 2015).

Kanser hastalığının tedavi ve prognozu hem onkoloji hastalarının hemde ailelerinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik işlevselliğini etkilemektedir. Fiziksel iyilik hali ve psikososyal süreçlerde problem yaşayan onkoloji hastalarının yaşam doyumu azalmaktadır. Kanser tanısı alma, onkoloji hastalarının uyum mekanizmalarını etkilemektedir. Hastaların geleceğe yönelik planları bozulmaktadır. Kanser tanısı alma aynı zamanda birey için gücünü yitirme anlamına gelmektedir (Gültekin ve ark., 2008; Bölükbaş, 2015).

Kanser hastalığı bireyin depresyon, emosyonel distres ve psikiyatrik sorunlar yaşamasına zemin hazırlamaktadır. Özellikle psikiyatrik bozukluklar ve majör depresyon kanserin tedavi sürecinde onkoloji hastalarında en sık tanılanan sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Depresyon ve anksiyete bireyin prognozunu, tedaviye uyumunu, kendi bakım ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini ve özbakım gücünü etkilemektedir (Ertem ve ark., 2009). Onkoloji hastalarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bazı çalışmalarda, depresyon ve anksiyetenin hastalığın tedavi sürecinde ortaya çıkan semptomları arttırdığı ve iyileşme sürecini uzatarak bireyin yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu azalttığı bildirilmiştir. Bu doğrultuda birçok kronik hastalıkta olduğu gibi kanser hastalığında da hastalar din ve maneviyata yönelme ihtiyacı duymaktadır (Lee ve ark., 2010; Kutlu ve ark., 2011).

Onkoloji hastalarının yaşamını çok boyutlu etkilediği için, sağlık bakım profesyonellerinin özellikle de hemşirelerin, hastaların psikososyal sorunları ile yaşam kalitelerini değerlendirmeleri son derece önemlidir (Arslan ve Bölükbaş, 2003). Yaşam kalitesi yüksek olan bir hastanın tedaviye uyumu artacak ve iyileşme süreci hızlanacaktır (Bölükbaş, 2015). Bu doğrultuda onkoloji hastalarının psikososyal sorunları ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasında bir ilişkidenden söz etmek mümkün olmakla birlikte bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hastalarının psikososyal sorunları ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilecektir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 19.08.2017-19.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup Samsun ve bazı çevre illerdeki onkoloji hastalarının çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yaklaşık olarak 1000 yatak kapasitesine sahiptir.

3.2. Method

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde Mayıs 2016 – Kasım 2016 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte olan 1110 onkoloji hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017):

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

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{1110.(1,96)^2.0,5.0,5}{(0,04)^2.(1110-1)+(1,96)^2.0,5.0,5}$$

n= 390

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 390 hasta olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 406 hastaya ulaşıncaya veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya kolay iletişim kurulabilen, soruları cevaplamakta engel oluşturacak tıbbi açıdan herhangi bir hastalığı olmayan, kanser tanısı almış, 18 yaş ve üzeri, kadın ve erkek, okuryazar ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:9), bilişsel ve duyuşsal değişimler nedeniyle iletişim kurulamayan (n:32) hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 406 onkoloji hastasının katılımı ile tamamlanmıştır (%90,8).

3.2.2. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Ekşi, 2001; Kurt ve Savaşer, 2013; Çevik Demir, 2013; Gelin ve Ulus, 2015; Kasapoğlu, 2016; Özdemir, 2016) hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici hastayı tanıtıcı bilgi formu, Manevi Yönelim Ölçeği, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Pilot çalışmada yer alan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılan onkoloji hastalarına çalışma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi

formu ve ölçekler yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulama süresi yaklaşık 15-20 dk'dır. Onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatan hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 13 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, evde kimlerle birlikte yaşadığı, gelir durumu), klinik bilgilerini içeren 18 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar, mevcut tanısı, kanser tanısını ne zaman aldığı, yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedavi türleri, başka organa yayılım olma durumu, hastalığını nasıl algıladığı, hastalığına uyum sağlama durumu, şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı, hastalığının tedavisine ne zaman başlandığı, tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için hangi uygulama/uygulamalardan yararlandığı v.b.) olmak üzere toplamda 31 sorudan oluşmaktadır.

Manevi Yönelim Ölçeği

Manevi Yönelim Ölçeği, bireylerin manevi yönelimlerini değerlendirmek amacıyla Kasapoğlu (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maneviyatın temel parametreleri olarak kabul görülen, ilahi bir güce inanma, anlam ve arayış, dua/meditasyon bakış açısına göre tasarlanmıştır. Manevi Yönelim Ölçeği, 16 maddeden oluşan 7'li likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek "1=Kesinlikle Katılmıyorum"dan "7= Kesinlikle katılıyorum"a doğru puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 16 ile 112 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, manevi yönelim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kasapoğlu (2015) ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,87, test-tekrar-test değerini 0,84 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,97 olarak

saptanmıştır. Manevi Yönelim Ölçeği'nin kullanımı için ölçeği geliştiren Kasapoğlu'ndan izin alınmıştır (Ek-8).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Pargament ve arkadaşları (1988) tarafından farklı yaşam olaylarına sahip üç grubun başa çıkma, dini başa çıkma ve bir dizi psikolojik verileri arasındaki ilişkiye bağlı olarak geliştirilmiş olan bir ölçektir. Bu ölçekte Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzına ilişkin 7 madde (1, 2, 6, 8, 9, 11 ve 13. Maddeler) ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzına ilişkin 7 madde (3, 4, 5, 7, 10, 12 ve 14. maddeler) olmak üzere iki alt boyut ile toplam 14 madde bulunmaktadır. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, 2001 yılında Ekşi tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Hemen hemen hiç yapmadım=1, Arada sırada yaptım=2, Orta derecede yaptım=3, Sıklıkla yaptım=4 şeklinde puanlama yapılmaktadır. Ekşi'nin (2001) çalışmasında Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,64, Olumsuz Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,63, ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,69 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin, Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85, Olumsuz Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,67 ve ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,74 olarak saptanmıştır. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe'ye uyarlayan Ekşi'den izin alınmıştır (Ek-9).

FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cella ve arkadaşları (1993) tarafından onkoloji hastalarında yaşam kalitesini çok yönlü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması Çetiner ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, 4 alt boyut ile 27 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri son bir haftayı değerlendiren ifadeler içermektedir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanılarak bireyin Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu olmak üzere yaşam kalitesinin dört alt grubu değerlendirilmektedir.

Beden Durumu Alt boyutu: Bu alt boyut bireyin ağrı ve bulantı ile birlikte enerji ve tedaviye bağlı problemlere ilişkin rahatsızlık düzeyini belirlemeye yönelik yedi sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyuttaki tüm maddeler negatif anlam taşımakta, sorulara verilen puanlar ters kodlanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Beden Durumu Alt boyutundan alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan “28”dir. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması bireyin fiziksel sağlık algısının yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Yaşar, 2016).

Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt boyutu: Bu alt boyut bireyin ailesi ve arkadaşları ile ilişkisini, sosyal destek düzeyini değerlendiren pozitif anlamlı yedi sorudan oluşmaktadır. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan “28”dir. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması bireyin sosyal destek düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Yaşar, 2016).

Duygusal Durum Alt boyutu: Bu alt boyut bireylerin duygu durumlarını ve endişelerini belirlemeye yönelik altı sorudan oluşmaktadır. Duygusal Durum Alt boyutu negatif anlamlı soruları (1, 3, 4, 5 ve 6. sorular) içermekte olup, bu alt boyuttan alınabilecek puan aralığı “0” ile “24” arasında değişmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Yaşar, 2016).

Faaliyet Durumu Alt boyutu: Bu alt boyut bireyin günlük faaliyetlerini yerine getirebilme, hayattan zevk alabilme ve hastalığını kabullenme durumu ile yaşam kalitesinden memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik pozitif anlamlı yedi sorudan oluşmaktadır. Faaliyet Durumu alt boyutundan alınabilecek puan aralığı “0” ile “28” arasında değişmektedir. Bu alt boyuttan alınan toplam puanın yüksek olması bireyin günlük faaliyet durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili memnuniyet düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Yaşar, 2016).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin her bir maddesinden alınan puan değerleri Hiç=0, Çok az=1, Biraz=2, Oldukça=3, Çok fazla=4 şeklinde puanlanmakta ve 0 ile 108 arasında bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin yaşam kalitesi düzeyinin arttığına, alınan puanların azalması ise bireyin yaşam kalitesi düzeyinin azaldığına işaret etmektedir. Cella ve arkadaşlarının (1993) yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik analizinde ölçeğin Beden Durumu Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,82, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt

boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,69, Fonksiyonel Durum Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80, Duygusal Durum Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,74 ve ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Beden Durumu Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,86, Duygusal Durum Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 ve Faaliyet Durum Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin kullanımını için ölçeği geliştiren Cella ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-10).

Distres Termometresi

Distres Termometresi onkoloji hastalarında psikososyal distres düzeyini ölçmek için Roth ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir. Distres Termometresi'nde bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri görsel analog termometre ile termometre üzerinde 0'dan 10'a kadar rakamlar bulunmaktadır. "0" puan bireyin hiç distres yaşamadığını, "10" puan ise en üst sınırdaki distres yaşadığını ifade etmektedir. 2003 yılında NCCN (National Comprehensive Cancer Network- Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı), distres termometresine problem listesini eklemiştir. Distres termometresine eklenen bu problem listesi onkoloji hastalarında sıklıkla görülen günlük yaşam sorunları (pratik problemler), ailesel, duygusal, ruhsal/dini ve bedensel olmak üzere 5 farklı alt gruptan oluşmaktadır.

Günlük yaşam sorunları oturma durumu, sigorta, iş/okul, taşıma/transport, çocuk bakımını; ailesel problemler eş ve çocuklarla ilgili problemleri; duygusal problemler tasalar, korkular, üzüntü, depresyon, sinirlilik, güncel aktivitelere yönelik bilgi kaybını; ruhsal/dini problemler Allah ve inanç kaybı ile ilgili problemleri içermektedir. Bununla birlikte bedensel problemler ise ağrı, bulantı, bitkinlik, uyku, hareket/mobilitate, yıkama/giyinme, dış görünüş, nefes darlığı, ağız yaraları, yemek yeme/beslenme, sindirim rahatsızlığı, kabızlık, ishal, idrar yapmada değişiklik, ateş, kuru/kaşıntılı cilt, kuru/tıkalı burun, ellerde/ayaklarda karıncalanma, şişkinlik hissi, hafıza/konsantrasyon ve cinsel problemleri kapsamaktadır.

Tablo 1. Distres Termometresi Problem Listesi

Problemler	
1.Günlük Yaşam Sorunları (Pratik Problemler)	Oturma durum Sigorta İş/okul Taşıma/ transport Çocuk bakımı
2.Ailesel Problemler	Eş Çocuk
3.Duygusal Problemler	Tasalar Korkular /üzüntü Depresyon Sinirlilik Güncel aktivitelere yönelik bilgi kaybı
4.Ruhsal/Dini Problemler	Allah İnanç kaybı
5.Bedensel Problemler	Ağrılar Bulantı Bitkinlik Uyku Hareket/mobilite Yıkama/giyinme Dış görünüş Nefes darlığı Ağız yaraları Yemek yeme/beslenme Sindirim rahatsızlığı Kabızlık İshal İdrar yapmada değişiklik Ateş Kuru/kaşıntılı cilt Kuru/tıkalı burun Ellerde/ayaklarda karıncalanma Şişkinlik hissi Hafıza/konsantrasyon Cinsel problemler

Hastalar son bir hafta içinde bu problem listesinde yer alan sorunlardan hangi/hangilerinin kendilerinde olması nedeniyle sıkıntı yaşadıklarını distres termometresinin ekinde yer alan problem listesi üzerinde işaretlemektedir. NCCN ölçeğin kesim noktasını 5 olarak belirlemiş, 5 ve üstü değer distres varlığına işaret ettiğini bildirmiştir. Distres Termometresi'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özalp ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Özalp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; ölçeğin ülkemizdeki kesim noktası 4, ölçeğin duyarlılığı 0,73 ve

özgüllüğü 0,49 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Distres Termometresi'nin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir. Distres Termometresi'nin kullanımı için ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Özalp ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-11).

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek alt boyutları ve genel boyutlar arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelendi. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach's Alpha ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Nicel veriler aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, nitel veriler de frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (05.05.2017/ Sayı: B.30.2.0DM.0.20.08/922) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden yazılı (18/05/2017/ Sayı: 153.74210-010.09.99-E.12181) (Ek-7) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın yalnızca bir hastanenin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yapılmış olması,
- Elde edilen bulguların hastalarla eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması, psikososyal sorunları ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gözlemler yapılamaması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda hem nitel hemde nicel araştırma yöntemlerinden yararlanarak, hastalarla eşzamanlı olarak odak grup görüşmeleri yapılması önerilmektedir.



4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=406)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 58,8 ± 14,2	19-28 yaş	13	3,2
	29-38 yaş	36	8,9
	39-48 yaş	35	8,6
	49-58 yaş	92	22,6
	59-68 yaş	129	31,8
	69 -78 yaş	76	18,7
	79 yaş ve üzeri	25	6,2
	Cinsiyet	Kadın	175
Erkek		231	56,9
Medeni durum	Bekâr	70	17,2
	Evli	336	82,8
Eğitim durumu	Okur-yazar	100	24,6
	İlkokul	167	41,1
	Ortaokul	40	9,9
	Lise	65	16,0
	Üniversite	34	8,4
Çalışma durumu	Evet	106	26,1
	Hayır	300	73,9
Meslek	Ev hanımı	132	32,6
	İşçi	43	10,6
	Memur	39	9,2
	Serbest meslek	24	5,9
	Emekli	147	36,2
	Öğrenci	5	1,6
	İşsiz	16	3,9
Sosyal güvence	Var	383	94,3
	Yok	23	5,7
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	137	33,7
	İlçe	187	46,1
	Köy	82	20,2

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (Devam)

Özellikler		n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	351	86,5
	Geniş aile	55	13,5
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	370	91,1
	Hayır	36	8,9
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	160	39,5
	Çocukları	37	9,1
	Eşi ve çocukları	165	40,6
	Tek başına	29	7,1
	Diğer	15	3,7
Gelir durumu	Gelir giderden az	207	51,0
	Gelir gidere eşit	164	40,4
	Gelir giderden fazla	35	8,6

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %56,9’nu erkeklerin, %43,1’ini kadınların oluşturduğu, %82,8’inin evli, %17,2’sinin bekâr olduğu, %41,1’inin ilkokul mezunu olduğu, %26,1’inin çalıştığı, %36,2’sinin emekli olduğu, %94,3’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %46,1’inin ilçede yaşadığı, %86,5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %91,1’inin çocuk sahibi olduğu, %40,6’sının evde eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı ve %51’inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu belirlendi. Hastaların yaş ortalamaları $58,8 \pm 14,2$ ’dir (Tablo 2).

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=406)

Özellikler		n	%
Mevcut tanısı	Lösemi	113	27,8
	Lenfoma	83	20,4
	Akciğer kanseri	78	19,2
	Meme kanseri	34	8,4
	Kolon kanseri	20	4,9
	Pankreas kanseri	17	4,2
	Mesane kanseri	10	2,5
	Mide kanseri	8	2,0
	Karaciğer kanseri	8	2,0
	Rektum kanseri	6	1,5
	Larinks kanseri	6	1,5
	Diğer	23	5,6
	Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	198
Hayır		208	51,2
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=198)	Diyabet	88	21,7
	Hipertansiyon	123	30,3
	Kalp hastalığı	77	19,0
	Böbrek hastalığı	18	4,4
	KOAH	6	1,5
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	69	17,0
	2. Evre	128	31,5
	3. Evre	81	20,0
	4. Evre	128	31,5
*Uygulanan tedavi türü	Cerrahi tedavi	99	24,4
	Radyoterapi	92	22,7
	Kemoterapi	381	93,8
	Hormon terapisi	1	0,2
Metastaz varlığı	Var	140	34,5
	Yok	266	65,5

Tablo 3. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (Devam)

Özellikler	n	%	
*Cevabı evet ise hangi organlara yayılım gösterdiği (n=140)	Sürrenal bez	5	1,2
	Karaciğer	20	4,9
	Akciğer	24	5,9
	Kemik	54	13,3
	Beyin	31	7,6
	Cilt	10	2,5
	Kolon	7	17,5
	Mide	6	15,0
	Diğer	33	77,5
Mevcut hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	85	20,9
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	198	48,8
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	123	30,3
Şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı	Çok kötü	18	4,4
	Kötü	86	21,2
	Orta	117	28,8
	İyi	158	38,9
	Çok iyi	27	6,7
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu uygulamalar	Dua etme	358	88,2
	Namaz kılma	104	25,6
	Kurşun döktürme	3	0,7
	Türbe ziyareti	15	3,7
	Tedavi büyüsü yaptırma	0	0,0
	Adak kurban adama	52	12,8
	Hocaya gitme	25	6,2
	Muska yaptırma	0	0,0
	Nazarlık kullanma	5	1,2
	Aktara gitme	18	4,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %27,8’ine lösemi, %20,4’üne lenfoma, %19,2’sine akciğer kanseri

tanısı konulduğu, %48,8'inin mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %30,3'ünün hipertansiyon, %21,7'sinin diyabet, %19'unun kalp hastalığı tanısı aldığı, %31,5'inin hastalığın 2. evresinde olduğu, %93,8'ine kemoterapi, %24,4'üne cerrahi tedavi, %22,7'sine radyoterapi uygulandığı, %34,5'inde başka bir organa metastaz geliştiği, en çok metastaz gelişen organın %13,3 ile kemik olduğu, hastaların %48,8'inin mevcut hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı, %38,9'nun şimdiki sağlık durumunu iyi olarak tanımladığı, tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için hastaların %88,2'sinin dua ettiği, %25,6'sının namaz kıldığı ve %12,8'nin adak kurban adadığı belirlendi (Tablo 3).

4.3. Manevi Yönelim Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4. Manevi Yönelim Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Yüce bir gücün varlığını ruhumun derinliklerinde hissedirim	5,8	1,1	6,0 (1-7)
Bana huzur veren manevi yaşantılarım vardır	5,5	1,3	6,0 (1-7)
İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim	5,9	1,1	6,0 (1-7)
İnsanı nihai noktada, ancak sonsuz bir varlık anlayabilir	5,5	1,3	6,0 (1-7)
Dua/meditasyon, manevi yaşantımın önemli bir parçasıdır	5,6	1,4	6,0 (1-7)
İlahi bir güce olan inancım, hayattaki zorluklarla başa çıkmamda bana yardımcı olur	5,7	1,3	6,0 (1-7)
Bir kimse hayatımın anlamını gerçekten ararsa, cevaplar bulabilir	5,2	1,6	6,0 (1-7)
İlahi bir varlığa olan inancım davranışlarım üzerinde etkilidir	5,6	1,3	6,0 (1-7)
Dua ederek, kendimi inandığım şeye daha yakın hissedebilirim	5,8	1,3	6,0 (1-7)
İlahi bir varlığa olan inancım, hayatıma anlam kazandırır	5,8	1,2	6,0 (1-7)
Dua/meditasyon bana duygusal destek sağlar	5,7	1,3	6,0 (1-7)
Manevi boyutla olan iletişimim, ruh sağlığıma iyi gelir	5,6	1,3	6,0 (1-7)
Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim	5,9	1,2	6,0 (1-7)
Dua/meditasyon dinginliğinde bir bütünlük duygusu yaşarım	5,6	1,3	6,0 (1-7)
Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir	3,6	1,8	4,0 (1-7)
İnancım çevremdeki insanlarla iletişimimi güçlendirir	5,0	1,6	5,0 (1-7)
Toplam	87,9	18,5	92,0 (16-112)

*Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Manevi Yönelim Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 4’te verilmiştir. Hastaların Manevi Yönelim Ölçeği’nde en yüksek puanı, “Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissederim (5,9±1,2)” ve “İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissederim (5,9±1,1)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir (3,6±1,8)” ve “İnancım çevremdeki insanlarla iletişimi güçlendirir (5,0±1,6)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği madde puan ortalamaları 3,6±1,8 ile 5,9±1,2 arasında değişmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	p
Yaş grupları	19-28 yaş	76 (46 - 112)	$\chi^2=15,1$	0,050
	29-38 yaş	92,5 (58 - 112)		
	39-48 yaş	87 (16 - 112)		
	49-58 yaş	92 (44 - 112)		
	59-68 yaş	91 (16 - 112)		
	69 -78 yaş	95 (48 - 112)		
	79 yaş ve üzeri	92 (22 - 112)		
Cinsiyet	Kadın	93 (43 - 112)	U= 16925	0,005
	Erkek	91 (16 - 112)		
Medeni durum	Bekar	92 (22 - 112)	U=12276,5	0,563
	Evli	92 (16 - 112)		
Eğitim durumu	Okur-yazar	92 (64 - 112)	$\chi^2=9,3$	0,054
	İlkokul	94 (44 - 112)		
	Ortaokul	91,5 (16 - 112)		
	Lise	86 (16 - 112)		
	Üniversite	78,5 (58 - 112)		
Çalışma durumu	Evet	88,5 (16-112)	U=13544	0,023
	Hayır	93 (16-112)		
Sosyal güvence	Var	92 (16 - 112)	U=3709,5	0,203
	Yok	92 (44 - 101)		

Tablo 5. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	p
Gelir durumu	Gelir giderden az	93 (44 - 112)	$\chi^2=5,5$	0,065
	Gelir gidere eşit	92 (16 - 112)		
	Gelir giderden fazla	84 (22 - 112)		
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	92 (16 - 112)	$\chi^2=1,3$	0,516
	İlçe	92 (22 - 112)		
	Köy	93 (44 - 112)		
Aile yapısı	Çekirdek aile	92 (16 - 112)	U=9230	0,601
	Geniş aile	92 (48 - 112)		
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	93 (16 - 112)	U=4203,5	<0,001
	Hayır	73,5 (46 - 112)		
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	92 (16 - 112) ab	$\chi^2=9,8$	0,044
	Çocukları	94 (48 - 112)a		
	Eşi ve çocukları	92 (16 - 112)ab		
	Tek başına	89 (22 - 112)ab		
	Diğer	76 (46 - 112)b		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanları Tablo 5’de karşılaştırılmıştır. Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=16925, p=0,005), çalışma durumu (U=13544, p=0,023), çocuk sahibi olma durumu (U=4203,5, p<0,001) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=9,8$, p=0,044) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=15,1$, p=0,05), medeni durum (U=12276,5, p=0,563), eğitim durumu ($\chi^2=9,3$, p=0,054), sosyal güvence durumu (U=3709,5, p=0,203), gelir durumu ($\chi^2=5,5$, p=0,065), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,3$, p=0,516) ve aile yapısına (U=9230, p=0,601) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların klinik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	P
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	91 (16 - 112)	U=18156,0	0,039
	Hayır	93 (44 - 112)		
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	94 (22 - 112)	$\chi^2=0,1$	0,814
	2. Evre	93 (44 - 112)		
	3. Evre	93 (16 - 112)		
	4. Evre	91 (16 - 112)		
Uygulanan tedavi türü	Cerrahi tedavi	76 (46 - 112)	U= 14929,5	0,792
	Radyoterapi	92 (16 - 112)	U= 13075,5	0,166
	Kemoterapi	93 (22 - 112)	U= 3718,0	0,066
	Hormon terapisi	95 (95 - 95)	U= 152,5	0,669
Metastaz varlığı	Var	90,5 (16 -112)	U=16679,0	0,084
	Yok	93 (16 - 112)		
*Cevabı evet ise yayılım gösterdiği organlar	Sürrenal bez	92 (88 - 106)	U= 930,5	0,782
	Karaciğer	87 (16 - 110)	U= 3299,0	0,273
	Akciğer	85 (22 - 112)	U= 3351,5	0,027
	Kemik	91,5 (17- 112)	U= 9383,0	0,880
	Beyin	89 (50 - 112)	U= 5502,0	0,621
	Cilt	77 (48- 103)	U= 1229,0	0,040
Mevcut hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilmeyen bir hastalık	93 (16 - 112)	$\chi^2=1,6$	0,452
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	92(16 - 112)		
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	94(16 - 112)		
Şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı	Çok kötü	84 (46 - 112)ac	$\chi^2=1,6$	0,001
	Kötü	93 (44 - 112)abc		
	Orta	90 (16 - 112)c		
	İyi	94 (16 - 112)ab		
	Çok iyi	103 (54 - 112)b		

Tablo 6. Hastaların klinik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması
(Devam)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	P
*Tıbbi uygulamalar dışında	Dua etme	93 (46 - 112)	U= 4323,5	<0,001
şifa aramak için başvuru	Namaz kılma	94 (64 - 112)	U= 11371,0	<0,001
uygulamalar	Kurşun döktürme	86 (78 - 112)	U= 567,0	0,853
	Türbe ziyareti	96 (59 - 112)	U= 2509,5	0,343
	Adak kurban adama	94 (62 - 112)	U= 7784,5	0,072
	Hocaya gitme	96 (61 - 112)	U= 3136,0	0,004
	Nazarlık kullanma	79 (79 - 95)	U= 769,0	0,370
	Aktara gitme	92 (16 -112)	U= 2769,5	0,137

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanları Tablo 6'da karşılaştırılmıştır. Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=18156,0, p=0,039), akciğere metastaz gelişme durumu (U=3351,5, p=0,027), cilde metastaz gelişme durumu (U=1229,0, p=0,040), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=1,6$, p=0,001), tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu yöntemler içerisinde yer alan dua etme (U=4323,5, p<0,001), namaz kılma (U=11371,0, p<0,001) ve hocaya gitme (U=3136,0, p=0,004) uygulamalarını kullanma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların hastalığın klinik evresi ($\chi^2=0,1$, p=0,814), cerrahi tedavi (U=14929,5, p=0,792), radyoterapi (U=13075,5, p=0,166), kemoterapi (U=3718,0, p=0,066) ve hormon tedavisi görme (U=152,5, p=0,669), metastaz gelişme durumu (U=16679,0, p=0,084) ve mevcut hastalığını nasıl algıladığına ($\chi^2=1,6$, p=0,452) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

4.4. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 7. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortanca puanları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	7	19,37 \pm 4,96	20,0	7 - 28
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı	7	9,29 \pm 2,85	8,5	7 - 20

\bar{x} : Aritmetik ortalama, S.S.: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 7'de verilmiştir. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puan ortalaması 19,37 \pm 4,96 ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puan ortalaması 9,29 \pm 2,85 olarak belirlendi. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanları sırasıyla 20,0 ve 8,5 olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 8. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği madde puan ortalaması ve ortanca puanları

Ölçek maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım	3,1	0,9	3,0 (1 -4)
Böyle bir olayda Tanrı'nın bana nasıl bir güç vereceğini görmeye çalıştım	3,0	0,9	3,0 (1 -4)
İyi bir kul olmağım için cezalandırıldığımı hissettim	1,5	0,9	1,0 (1 -4)
Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim	1,1	0,4	1,0 (1 -4)
Tanrı'nın gücünden /kudretinden şüpheye düştüm	1,0	0,2	1,0 (1 -4)
Tanrı'dan sevgi ve şevkat diledim	3,2	0,8	3,0 (1 -4)
Tanrı'nın beni sevip sevmediğinden şüpheye kaldım	1,4	0,7	1,0 (1 -4)
Öfkemi gidermesi için Tanrı'dan yardım diledim	2,3	1,1	3,0 (1 -4)

Tablo 8. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği madde puan ortalaması ve ortanca puanları (Devam)

Ölçek maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Günahlarımın affedilmesini diledim	3,0	0,9	3,0 (1 -4)
Tanrı'nın beni yalnız bıraktığından endişelendim	1,5	0,9	1,0 (1 -4)
Planlarımı Tanrı'nın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım	2,3	1,0	2,0 (1 -4)
Dindar kardeşlerimin/Dini kurumların beni terk etmesinden endişelendim	1,2	0,7	1,0 (1 -4)
Sorunlarımı dert etmeyi bırakmak için kendimi dine verdim	2,3	1,0	2,0 (1 -4)
Tanrı tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm	1,6	1,0	1,0 (1 -4)

Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği madde puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 8’de verilmiştir. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nde hastaların en yüksek puanı, “Tanrı’dan sevgi ve şevkat diledim (3,2±0,8)” ve “Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım (3,1±0,9)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Tanrı’nın gücünden /kudretinden şüpheye düştüm (1,0±0,2)” ve “Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim (1,1±0,4)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği madde puan ortalamaları 1,0±0,2 ile 3,2±0,8 arasında değişmektedir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler	Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT
Yaş grupları		
19-28 yaş	13 (7 - 28)a	7 (7 - 11)a
29-38 yaş	22 (12 - 28)b	7 (7 - 18)ab
39-48 yaş	19 (7 - 28)ab	8 (7 - 17)ab
49-58 yaş	20 (7 - 28)ab	9 (7 - 20)b
59-68 yaş	19 (7 - 28)ab	9 (7 - 20)ab
69 -78 yaş	21 (11 - 27)ab	8 (7 - 16)ab
79 yaş ve üzeri	19 (9 - 28)ab	8 (7 - 15)ab
Test istatistiği	$\chi^2=17,4$	$\chi^2=17,5$
p	0,008	0,008

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT
Cinsiyet	Kadın	21 (7 - 28)	9 (7 - 18)
	Erkek	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
Test istatistiği		U=15371,5	U=19609,5
p		<0,001	0,595
Medeni durum	Bekar	21 (7 - 38)	7 (7 - 19)
	Evli	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
Test istatistiği		U=11647,0	U=13708,5
p		0,899	0,024
Eğitim durumu	Okur-yazar	19,5 (9 - 28)	9 (7 - 18)
	İlkokul	21 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Ortaokul	19 (7 - 28)	9 (7 - 18)
	Lise	19 (7 - 28)	8 (7 - 18)
	Üniversite	18,5 (10 - 28)	8 (7 - 15)
Test istatistiği		$\chi^2=9,0$	$\chi^2=1,5$
p		0,061	0,824
Çalışma durumu	Evet	18,5 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Hayır	21 (7 - 28)	9 (7 - 20)
Test istatistiği		U=13314,5	U=15838,5
p		0,013	0,951
Sosyal güvence	Var	20 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Yok	18 (11 - 28)	9 (7 - 18)
Test istatistiği		U=4238,0	U=4056,0
p		0,760	0,510
Gelir durumu	Gelir giderden az	21 (7 - 28)a	9 (7 - 20)a
	Gelir gidere eşit	19 (7 - 28)ab	7 (7 - 20)b
	Gelir giderden fazla	19 (9 - 28)b	9 (7 - 16)ab
Test istatistiği		$\chi^2=8,4$	$\chi^2=13,9$
p		0,015	0,001
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	19 (7 - 28)	8 (7 - 19)
	İlçe	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Köy	21 (8 - 28)	8 (7 - 17)
Test istatistiği		U=1,4	U=0,8
p		0,499	0,684

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT
Aile Yapısı	Çekirdek aile	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Geniş aile	19 (11 - 28)	8 (7 - 18)
Test istatistiği		U=9275,5	U=8196,5
p		0,640	0,063
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Hayır	14,5 (7 - 28)	8 (7 - 20)
Test istatistiği		U=5135,5	U=6240,5
p		0,023	0,519
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	19 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Çocukları	21 (11 - 28)	7 (7 - 18)
	Eşi ve çocukları	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Tek başına	20 (9 - 28)	9 (7 - 18)
	Diğer	14 (7 - 28)	7 (7 - 19)
Test istatistiği		$\chi^2=7,8$	$\chi^2=10,7$
p		0,098	0,050

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, DBÇT: Dini Başa Çıkma Tarzları.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanları Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=17,4$, $p=0,008$), cinsiyet ($U=15317,5$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=13314,5$, $p=0,013$), gelir durumu ($\chi^2= 8,4$, $p=0,015$) ve çocuk sahibi olma durumuna ($U=5135,5$, $p=0,023$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut ortanca puanının medeni durum ($U=11647,0$, $p=0,899$), eğitim durumu ($\chi^2=9,0$, $p=0,108$), sosyal güvence durumu ($U=4238,0$, $p=0,760$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,4$, $p=0,499$), aile yapısı ($U=9275,5$, $p=0,640$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,8$, $p=0,098$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=17,5$, $p=0,008$), medeni durum ($U=13708,5$, $p=0,024$) ve gelir durumuna ($\chi^2=13,9$, $p=0,015$) göre farklılık gösterdiği

belirlendi. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların cinsiyet ($U=19609,5$, $p=0,595$), eğitim durumu ($\chi^2=1,5$, $p=0,824$), çalışma durumu ($U=15838,5$, $p=0,951$), sosyal güvence durumu ($U=4056,0$, $p=0,510$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,8$, $p=0,684$), aile yapısı ($U=8196,5$, $p=0,063$), çocuk sahibi olma durumu ($U=6240,5$, $p=0,519$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=10,7$, $p=0,050$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların klinik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Hayır	21 (7 - 28)	9 (7 - 20)
Test istatistiği		U=19675,0	U=19287,0
p		0,437	0,254
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	21 (9 - 28)	9 (7 - 18)
	2. Evre	21 (7 - 28)	9 (7 - 18)
	3. Evre	19 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	4. Evre	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
Test istatistiği		$\chi^2=2,9$	$\chi^2=0,6$
p		0,402	0,897
Uygulanan tedavi türü	Cerrahi Tedavi	Evet	21 (7 - 28)
		Hayır	19 (7 - 28)
Test istatistiği		U=13744,5	U=13286,0
p		0,152	0,052
Radyoterapi	Evet	18 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Hayır	21 (7 - 28)	8 (7 - 18)
Test istatistiği		U=12755,5	U=13080,0
p		0,087	0,155
Kemoterapi	Evet	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Hayır	21 (11 - 28)	8 (7 - 15)
Test istatistiği		U=4105,5	U=4018,5
p		0,247	0,176

Tablo 10. Hastaların klinik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT
Metastaz varlığı	Var	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Yok	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
Test istatistiği		U=17504,0	U=17552,0
p		0,320	0,326
Mevcut hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	21 (8 - 28)	9 (7 - 18)
Test istatistiği		$\chi^2=4,7$	$\chi^2=2,0$
p		0,096	0,371
Şimdiki sağlık durumu nasıl tanımladığı	Çok kötü	17,5 (11 - 26)b	12 (7 - 20)b
	Kötü	19,5 (11 - 28)ab	9 (7 - 19)b
	Orta	19 (7 - 28)ab	9 (7 - 20)b
	İyi	21 (7 - 28)ab	8 (7 - 15)a
	Çok iyi	22 (12 - 28)a	8 (7 - 16)a
Test istatistiği		$\chi^2=14,7$	$\chi^2=30,0$
p		0,005	<0,001
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu uygulamalar	Dua etme	Evet Hayır	21 (8 - 28) 13 (7 - 26)
	Test istatistiği		U=3792,0 U=8526,0
	p		<0,001 0,929
Namaz kılma	Evet	21,5 (11 - 28)	8 (7 - 19)
	Hayır	19 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Test istatistiği		U=10041,0 U=14797,5
p		<0,001 0,364	
Kurşun döktürme	Evet	25 (16 - 28)	9 (7 - 10)
	Hayır	20 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Test istatistiği		U=356,5 U=604,0
p		0,220 0,998	

Tablo 10. Hastaların klinik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Olumlu DBÇT	Olumsuz DBÇT	
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu uygulamalar	Türbe ziyareti	Evet	24 (11 - 25)	7 (7 - 17)
		Hayır	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Test istatistiği		U=1962,0	U=2826,0
	p		0,029	0,805
	Adak kurban adama	Evet	22,5 (14 - 28)	9 (7 - 15)
	Hayır	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)	
Test istatistiği		U=5474,5	U=8931,5	
p		<0,001	0,722	
Hocaya gitme		Evet	24 (13 - 28)	9 (7 - 20)
		Hayır	19 (7 - 28)	8 (7 - 20)
	Test istatistiği		U=3105,0	U=4348,0
	p		0,003	0,451
	Nazarlık kullanma	Evet	19 (19 - 24)	16 (7 - 16)
	Hayır	20 (7 - 28)	8 (7 - 20)	
Test istatistiği		U=954,5	U=596,5	
p		0,854	0,108	
Aktara gitme		Evet	21 (14 - 23)	8 (7 - 16)
		Hayır	20 (7 - 28)	9 (7 - 20)
	Test istatistiği		U=3268,5	U=3155,5
	p		0,645	0,475

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, DBÇT: Dini Başa Çıkma Tarzları.

Hastaların klinik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanları Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=14,7$, $p=0,005$), tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu uygulamalar içerisinde yer alan dua etme ($U= 3792,0$, $p<0,001$), namaz kılma ($U= 10041,0$, $p<0,001$), türbe ziyareti yapma ($U= 1962,0$, $p=0,029$), adak kurban adama ($U= 5474,5$, $p<0,001$) ve hocaya gitme durumuna ($U=3105,0$, $p=0,003$) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 10).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma ($U=19675,0$, $p=0,437$), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=2,9$, $p=0,402$), cerrahi tedavi ($U=13744,5$,

p=0,152), radyoterapi (U=12755,5, p=0,087) ve kemoterapi görme (U=4105,5, p=0,247), metastaz gelişme (U=17504,0, p=0,320) ve mevcut hastalığını algılama durumuna ($\chi^2=4,7$, p=0,096) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığına ($\chi^2=30,0$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma (U=19287,0, p=0,254), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=0,6$, p=0,897), cerrahi tedavi (U=13286,0, p=0,052), radyoterapi (U=13080,0, p=0,155) ve kemoterapi görme (U=4108,5, p=0,176), metastaz gelişme durumu (U=17552,0, p=0,326), mevcut hastalığını nasıl algıladığı ($\chi^2=2,0$, p=0,371) ve tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu uygulamaları kullanma durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (p>0,05) (Tablo 10).

4.5. FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 11. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Beden Durumu	7	12,7 \pm 8,0	12,0	0 - 28
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	7	19,9 \pm 5,8	21,0	0 - 28
Duygusal Durum	6	14,3 \pm 5,7	15,5	0 - 24
Faaliyet Durumu	7	10,1 \pm 6,4	9,5	0 - 28
Toplam	27	57,1 \pm 20,6	57	9 - 105

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 11'de verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 12,7 \pm 8,0, 19,9 \pm 5,8, 14,3 \pm 5,7 ve 10,1 \pm 6,4 olarak belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu alt boyut ortanca puanları sırasıyla 12, 21, 15,5 ve 9,5 olarak saptandı. Bu çalışmada FACT-G

Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $57,1 \pm 20,6$ ve ortanca puanı 57 olarak belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları, standart sapma ve ortanca puanları (N=406)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Beden Durumu	Enerjim düşük	1,5	1,3	1 (0-4)
	Bulantım var	2,4	1,5	2,5 (0-4)
	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarımı karşılamakta güçlük çekiyorum	1,6	1,4	1,0 (0-4)
	Ağrım var	2,1	2,4	2,0 (0-4)
	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	1,5	1,3	1,0 (0-4)
	Kendimi hasta hissediyorum	1,7	1,3	2,0 (0-4)
	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	2,0	1,5	2,0 (0-4)
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	2,7	1,4	3,0 (0-4)
	Ailemden manevi destek görüyorum	3,6	0,8	4,0 (0-4)
	Arkadaşımdan destek görüyorum	2,7	1,4	3,0 (0-4)
	Ailem hastalığımı kabullendi	3,6	0,8	4,0 (0-4)
	Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum	3,5	0,9	4,0 (0-4)
	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	3,1	1,2	4,0 (0-4)
	Cinsel hayatım tatmin edici	0,8	1,1	0,0 (0-4)

Tablo 12. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları, standart sapma ve ortanca puanları (Devam)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Duygusal Durum	Kendimi üzgün hissediyorum	2,1	1,3	2,0 (0-4)
	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	2,4	1,2	3,0 (0-4)
	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	2,9	1,3	3,0 (0-4)
	Kendimi sınırlı hissediyorum	2,3	1,4	2,0 (0-4)
	Ölmekten korkuyorum	2,6	1,3	3,0 (0-4)
	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	2,1	1,4	2,0 (0-4)
Faaliyet Durumu	Çalışabiliyorum	0,7	1,1	0,0 (0-4)
	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0,8	1,1	0,0 (0-4)
	Hayattan zevk alabiliyorum	1,6	1,2	2,0 (0-4)
	Hastalığımı kabullendim	2,6	1,2	3,0 (0-4)
	İyi uyuyorum	1,7	1,4	2,0 (0-4)
	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	1,3	1,2	1,0 (0-4)
	Şuanda hayatımın kalitesinden memnunum	1,4	1,2	1,0 (0-4)

* Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği’nde hastaların en yüksek puanı, “Ailemden manevi destek görüyorum (3,6±0,8)” ve “Ailem hastalığımı kabullendi (3,6±0,8)” ifadelerinden, en düşük puanı da, “Çalışabiliyorum (0,7±1,1)” ve “Cinsel hayatım tatmin edici (0,8±1,1)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları 0,7±1,1 ile 3,6±0,8 arasında değişmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam/ Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Yaş grupları	19-28 yaş	14 (0 - 25)	24 (16 - 24)ab	13 (5 - 24)	14 (1 - 19)	59 (33 - 92)
	29-38 yaş	10,5 (1 - 27)	24 (3 - 28)ac	14,5 (2 - 24)	10 (2 - 28)	53 (25 - 99)
	39-48 yaş	11 (0 - 27)	24 (0 - 27)a	15 (6 - 24)	12 (0 - 25)	60 (25 - 98)
	49-58 yaş	12 (0 - 28)	23,5 (0 - 28)ac	15 (4 - 24)	9 (0 - 28)	61,5 (9 - 104)
	59-68 yaş	14 (0 - 40)	20 (0 - 27)b	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	60 (12 - 105)
	69 -78 yaş	11 (0 - 28)	19 (0 - 28)b	15 (4 - 24)	7,5 (0 - 23)	56,5 (13 - 99)
	79 yaş ve üzeri	10 (0 - 27)	15 (0 - 25)b	12 (1 - 24)	11 (0 - 20)	52 (11 - 89)
Test istatistiği		$\chi^2=8,1$	$\chi^2=29,1$	$\chi^2=5,2$	$\chi^2=11,6$	$\chi^2=9,2$
p		0,227	<0,001	0,521	0,072	0,163
Cinsiyet	Kadın	11 (0 - 40)	20,5 (0 - 28)	57 (11 - 103)	10 (0 - 28)	57 (11 - 103)
	Erkek	12 (0 - 28)	21 (0 - 28)	58 (9 - 105)	9 (0 - 28)	58 (9 - 105)
Test istatistiği		U=18606,0	U=19422,5	U=18990,0	U=19487,5	U=19441,5
p		0,170	0,561	0,296	0,535	0,574
Medeni durum	Bekar	15,5 (0 -25)	24 (4 - 26)	67 (30 - 99)	12,5 (1 - 28)	67 (30 - 99)
	Evli	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	59 (9 - 105)	10(0 - 28)	59 (9 - 105)
Test istatistiği		U=1343,0	U=16144,5	U=13008,0	U=13484,0	U=14465,0
p		0,061	<0,001	0,162	0,053	0,002
Eğitim durumu	Okur-yazar	12 (0 - 24)a	21 (0 - 27)a	16 (4 - 24)	9 (0 - 24)	60 (13-96)a
	İlkokul	13 (0 - 40)ab	20 (0 - 28)b	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	58 (12-103)ab
	Ortaokul	11 (0 - 28)ab	20 (0 - 28)ab	15 (5 - 24)	9 (0 - 28)	56 (9-100)ab
	Lise	10 (0 - 28)a	24 (7 - 27)b	15 (2 - 24)	9 (0 - 28)	54 (21-105)ab
	Üniversite	15,5(3 - 28)b	24 (12 - 28)b	14 (4 - 24)	13,5(0-28)	69(31 -104)b
Test istatistiği		$\chi^2=11,6$	$\chi^2=20,9$	$\chi^2=3,3$	$\chi^2=8,0$	$\chi^2=11,9$
p		0,020	<0,001	0,500	0,090	0,017

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam/ Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Çalışma durumu	Evet	12 (0 - 28)	24 (0 - 27)	14 (2 - 24)	9,5 (0 - 28)	59 (13 - 99)
	Hayır	12 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9,5 (0 - 28)	57 (9 - 105)
Test istatistiği		U=15475,5	U=12055,0	U=15201,5	U=15563,0	U=14500,5
p		0,682	<0,001	0,501	0,745	0,226
Sosyal güvence durumu	Var	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	58 (9 - 105)
	Yok	10 (0 - 23)	20 (0 - 28)	9 (4 - 20)	8 (0 - 21)	43 (17 - 84)
Test istatistiği		U=3122,0	U=3670,5	U=3003,0	U=3348,5	U=2935,5
p		0,019	0,183	0,010	0,053	0,008
Gelir durumu	Gelir giderden az	11(0 - 40)	20 (0 - 28)b	14 (0 - 24)a	9 (0 - 28)	56(9 - 103)b
	Gelir gidere eşit	12,5 (0 - 28)	21 (0 - 28)ab	16 (1 - 24)b	10 (0 - 28)	63(12-105)a
	Gelir giderden fazla	14 (0 - 26)	24 (10-27)a	15 (5 - 24)ab	12 (1 - 28)	65,5(24-99)a
Test istatistiği		$\chi^2=5,0$	$\chi^2=7,1$	$\chi^2=12,1$	$\chi^2=3,1$	$\chi^2=10,3$
p		0,081	0,029	0,002	0,210	0,006
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	12 (0 - 28)	22 (1 - 28)a	14 (2 - 24)	10 (0 - 28)	60 (9 - 103)
	İlçe	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)a	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (11 - 105)
	Köy	12 (0 - 28)	19 (0 - 26)b	14,5 (1 - 24)	9,5 (0 - 24)	54 (12 - 96)
Test istatistiği		$\chi^2=1,7$	$\chi^2=14,2$	$\chi^2=0,0$	$\chi^2=3,3$	$\chi^2=2,9$
p		0,420	0,001	0,994	0,194	0,239
Aile yapısı	Çekirdek aile	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	57 (11 - 105)
	Geniş aile	12 (0 - 28)	19 (1 - 26)	14 (4 - 24)	9 (0 - 22)	56 (9 - 94)
Test istatistiği		U=9603,5	U=7434,5	U=9367,0	U=9262,5	U=9262,5
p		0,952	0,006	0,724	0,629	0,566

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam/ Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	13 (0 - 28)ab	20 (0 - 28)b	15 (2 - 24)	9(0-28)abc	58 (9 - 105)b
	Çocukları	9 (0 - 28)ab	17 (0 - 24)b	14 (4 - 24)	5 (0 - 22)b	46 (14 - 89)c
	Eşi ve çocukları	12 (0 - 40)ab	23,5 (3 - 28)a	15 (0 - 24)	10(0-28)ac	60,5(12 - 103)b
	Tek başına	9 (0 - 26)a	13 (0 - 26)b	13 (1 - 23)	9(0 - 22)bc	41(11 - 87)ac
	Diğer	16 (0 - 25)b	24 (4 - 26)ab	16 (5 - 24)	13(3 - 28)a	69 (18 - 99)b
Test istatistiği		$\chi^2=16,9$	$\chi^2=45,8$	$\chi^2=6,4$	$\chi^2=21,2$	$\chi^2=25,0$
p		0,002	<0,001	0,170	<0,001	<0,001

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanları Tablo 13'de karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların medeni durumu (U=14465,0, p=0,002), eğitim durumu ($\chi^2=11,9$, p=0,017), sosyal güvence durumu (U=2935,5, p=0,008), gelir durumu ($\chi^2=10,3$, p=0,006) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=25,0$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=9,2$, p=0,163), cinsiyet (U=19441,5, p=0,574), çalışma durumu (U=14500,5, p=0,226), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,9$, p=0,239) ve aile yapısına (U=9262,5, p=0,566) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların eğitim durumu ($\chi^2=11,6$, p=0,020), sosyal güvence durumu (U=3122,0, p=0,019) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=16,9$, p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=8,1$, p=0,227), cinsiyet (U=18606,0, p=0,170), medeni durum (U=1343,0, p=0,061), çalışma durumu (U=15475,5, p=0,682), gelir durumu ($\chi^2=5,0$, p=0,081), yaşadığı yerleşim birimi

($\chi^2=1,7$, $p=0,420$) ve aile yapısına ($U=9603,5$, $p=0,952$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=29,1$, $p<0,001$), medeni durum ($U=16144,5$, $p<0,001$), eğitim durumu ($\chi^2=20,9$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=12055,0$, $p<0,001$), gelir durumu ($\chi^2=7,1$, $p=0,029$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=14,2$, $p=0,001$), aile yapısı ($U=7434,5$, $p=0,006$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=45,8$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların cinsiyet ($U=19422,5$, $p=0,561$) ve sosyal güvence durumuna ($U=3670,5$, $p=0,183$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların sosyal güvence durumu ($U=3003,0$, $p=0,010$) ve gelir durumuna ($\chi^2=12,1$, $p=0,002$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=5,2$, $p=0,521$), cinsiyet ($U=18990,0$, $p=0,296$), medeni durum ($U=13008$, $p=0,162$), eğitim durumu ($\chi^2=3,3$, $p=0,500$), çalışma durumu ($U=15201,5$, $p=0,501$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,0$, $p=0,994$), aile yapısı ($U=9367,0$, $p=0,724$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=6,4$, $p=0,170$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=21,2$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=11,6$, $p=0,072$), cinsiyet ($U=19487,5$, $p=0,535$), medeni durum ($U=13484,0$, $p=0,053$), eğitim durumu ($\chi^2=8,0$, $p=0,090$), çalışma durumu ($U=15563,0$, $p=0,745$), sosyal güvence durumu ($U=3348,5$, $p=0,053$), gelir durumu ($\chi^2=3,1$, $p=0,210$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=3,3$, $p=0,194$) ve aile yapısına ($U=9262,5$, $p=0,629$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durum	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam	
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	13 (0 - 28)	22 (0 - 28)	14,5 (0 - 24)	10 (0 - 28)	63 (13 - 105)	
	Hayır	11 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (1 - 24)	9 (0 - 28)	55 (9 - 103)	
Test istatistiği		U=16407,5	U=17028,5	U=19991,0	U=17271,0	U=16923,5	
p		<0,001	0,003	0,611	0,005	0,002	
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	14,5(4-40)a	22 (0 - 28)a	14 (5 - 24)ab	11 (2 - 28)a	66 (13-104)a	
	2. Evre	15 (0 -28)a	22,5 (0 -27)a	16 (4 - 24)a	10,5 (0-28)a	64 (11-105)a	
	3. Evre	10 (0 - 28)b	20 (0 - 28)ab	16 (1 - 24)ab	9 (0 - 26)ab	57(14-103)ab	
	4. Evre	9 (0 - 27)b	19 (0 - 28)b	13 (0 - 24)b	7 (0 - 27)b	46,5 (9 - 92)b	
Test istatistiği		$\chi^2=44,9$	$\chi^2=16,0$	$\chi^2=10,0$	$\chi^2=22,9$	$\chi^2=34,6$	
p		<0,001	0,001	0,018	<0,001	<0,001	
Uygulanan tedavi türü	Cerrahi tedavi	Evet	10 (0 - 40)	20 (0 - 28)	14 (4 - 23)	8(0-22)	48 (9 - 96)
		Hayır	12 (0 - 28)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10(0-28)	59 (11 - 105)
Test istatistiği		U=12748,0	U=13918,5	U=13165,0	U=12387,5	U=12460,0	
p		0,016	0,263	0,045	0,006	0,010	
	Radyoterapi	Evet	11 (0 - 28)	19 (4 - 28)	13 (0 - 24)	9 (0 - 26)	52 (12 - 103)
		Hayır	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (1 - 24)	10 (0 - 28)	57 (9 - 105)
Test istatistiği		U=12715,0	U=11972,0	U=12398,5	U=12706,5	U=12189,5	
p		0,080	0,014	0,039	0,079	0,025	
	Kemoterapi	Evet	12 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (9 - 105)
		Hayır	15 (0 - 28)	24 (0 - 28)	16 (9 - 24)	12 (2 - 28)	65 (11 - 103)
Test istatistiği		U=3756,5	U=4170,5	U=3924,0	U=3712,5	U=3699,0	
p		0,076	0,305	0,140	0,064	0,064	
Metastaz varlığı	Var	9 (0 - 27)	19 (0 - 28)	13 (0 - 24)	7 (0 - 27)	47,5 (9 - 92)	
	Yok	14 (0 - 40)	22 (0 - 28)	15 (1 - 24)	11 (0 - 28)	63 (11 - 105)	
Test istatistiği		U=12141,0	U=13530,0	U=15398,0	U=13415,0	U=12368,0	
p		<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durum	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam	
Şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı	Çok kötü	0,5 (0 - 5)a	15,5 (0 -24)b	4 (0 - 17)c	3 (0 -10)c	22,5(9-40)a	
	Kötü	5 (0 - 19)a	18 (0 - 26)b	11 (1 - 23)a	5 (0-16)b	41 (11-80)a	
	Orta	11 (0-23)b	19,5 (0-28)b	13 (2 - 24)a	7 (0-19)c	50 (13-83)c	
	İyi	17 (0-40)c	24 (3 - 28)a	18 (4 - 24)b	14(0-28)a	70(33-105)b	
	Çok iyi	23(10-28)c	24 (18 - 28)a	21 (15 - 24)b	17(6-28)a	86(60-104)b	
Test istatistiği		$\chi^2=198,3$	$\chi^2=47,4$	$\chi^2=153,8$	$\chi^2=171,3$	$\chi^2=223,6$	
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için kullandığı yöntemler	Dua etme	Evet	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (1 - 24)	10 (0 - 28)	57 (9 - 105)
		Hayır	11,5 (0 - 26)	18 (0 - 28)	13 (0 - 24)	8,5 (0 - 22)	49 (12 - 92)
Test istatistiği		U=8481,0	U=6840,0	U=7728,0	U=8009,5	U=7754,5	
p		0,884	0,023	0,257	0,445	0,285	
Kurşun döktürme	Evet	4 (1 - 12)	17 (0 - 17)	10 (5 - 11)	11 (4 - 13)	41 (13 - 51)	
	Hayır	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (9 - 105)	
Test istatistiği		U=306,0	U=210,5	U=244,5	U=585,0	U=251,0	
p		0,140	0,051	0,075	0,923	0,081	
Türbe ziyareti	Evet	9 (4 - 28)	18 (0 - 26)	13 (5 - 21)	12 (0 - 23)	52 (13 - 93)	
	Hayır	12 (0 - 40)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (9 - 105)	
Test istatistiği		U=2752,5	U=2166,0	U=2351,0	U=2508,5	U=2497,0	
p		0,686	0,087	0,192	0,341	0,336	
Adak/kurban adama	Evet	14,5 (0 - 28)	24 (0 - 28)	15 (4 - 23)	11 (0 - 23)	64 (21 - 98)	
	Hayır	11 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	56 (9 - 105)	
Test istatistiği		U=7608,0	U=6261,0	U=9075,5	U=8275,5	U=7627,5	
p		0,043	<0,001	0,871	0,239	0,049	

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler			Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durum	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için kullandığı yöntemler	Hocaya gitme	Evet	18 (0 - 28)	23 (0 - 26)	14 (5 - 24)	11 (0 - 23)	69 (13 - 93)
		Hayır	11 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (9 - 105)
	Test istatistiği		U=3172,0	U=4134,5	U=4718,5	U=3780,5	U=3628,5
	p		0,005	0,276	0,938	0,084	0,048
	Nazarlık kullanma	Evet	10 (7 - 15)	25 (20 - 25)	9 (9 - 21)	3 (3 - 8)	47 (47 - 64)
		Hayır	12 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	57 (9 - 105)
	Test istatistiği		U=820,0	U=571,0	U=845,0	U=507,5	U=825,0
	p		0,484	0,098	0,545	0,057	0,501
	Aktara gitme	Evet	16,5 (1 - 27)	23 (17 - 26)	15 (5 - 22)	11 (4 - 27)	62,5 (33 - 87)
		Hayır	11 (0 - 40)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)	57 (9 - 105)
	Test istatistiği		U=2515,5	U=2898,0	U=3242,0	U=2883,0	U=2659,0
	p		0,045	0,226	0,607	0,210	0,090

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanları Tablo 14'de karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=16923,5, p=0,002), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=34,6$, p<0,001), cerrahi tedavi alma (U=12460,0, p=0,010), radyoterapi görme (U=12189,5, p=0,025), metastaz gelişme durumu (U=12368,0, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=223,6$, p<0,001), tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu yöntemler içerisinde yer alan namaz kılma (U=13567,0, p=0,043), adak kurban adama (U=7627,5, p=0,049) ve hocaya gitme durumuna (U=3628,5, p=0,048) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanının hastaların kemoterapi tedavisi alma (U=3699,0, p=0,064) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu

(U=16407,5, p<0,001), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=44,9$, p<0,001), cerrahi tedavi alma (U=12748,0, p=0,016), metastaz gelişme durumu (U=12141,0, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=198,3$, p<0,001), tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu yöntemler içerisinde yer alan adak kurban adama (U=7608,0, p=0,043), hocaya gitme (U=3172,0, p=0,005) ve aktara gitme (U=2515,5, p=0,045) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma (U=17028,5, p=0,003), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=16,0$, p=0,001), radyoterapi tedavisi görme (U=11972,0, p=0,014), metastaz gelişme durumu (U=13530,0, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=47,4$, p<0,001), tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu yöntemler içerisinde yer alan dua etme (U=6840,0, p=0,023) ve adak kurban adama durumuna (U=6261, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyut ortanca puanının hastaların klinik evresine ($\chi^2=10,0$, p=0,018), cerrahi tedavi alma (U=13165,0, p=0,045), radyoterapi görme (U=12398,5, p=0,039), metastaz gelişme durumu (U=15398,0, p=0,004), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=153,8$, p<0,001) ve namaz kılma durumuna (U=12813,5, p=0,005) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumuna (U=19991,0, p=0,611) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma (U=17271,0, p=0,005), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=22,9$, p<0,001), cerrahi tedavi alma (U=12387,5, p=0,006), metastaz gelişme durumu (U=13415,0, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=171,3$, p<0,001) ve namaz kılma durumuna (U=12913,0, p=0,007) göre farklılık gösterdiği belirlendi.

4.6. Distres Termometresi'ne İlişkin Bulgular

Tablo 15. Distres Termometresi Alt boyutlarının frekans ve yüzdeler dağılımları

Distres Termometresi	Madde Sayısı	n	%
*Günlük Yaşam Sorunları	5	133	32,8
*Ailesel Problemler	2	42	10,3
*Duygusal Problemler	6	351	86,5
*Ruhsal/Dini Problemler	2	22	5,4
*Bedensel Problemler	21	397	97,8

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Distres Termometresi'nin alt boyutlarının frekans ve yüzdeler dağılımları Tablo 15'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %32,8'inin Günlük Yaşam Sorunları, %10,3'ünün Ailesel Problemler, %86,5'inin Duygusal Problemler, %5,4'ünün Ruhsal/Dini Problemler ve %97,8'inin Bedensel Problemler alt boyutları ile ilgili sorunlar yaşadıkları belirlendi. Hastaların en fazla problem yaşadıkları alanların sırasıyla Bedensel Problemler ve Duygusal Problemler ile ilgili olduğu; en az problem yaşadıkları alanların ise Ailesel Problemler ve Ruhsal/Dini Problemler ile ilgili olduğu saptandı (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların distres yaşama düzeylerinin dağılımı

Distres yaşama durumu	n	%	$\bar{x} \pm S.S$	Ortanca	Min-Mak.
Distres Var (≥ 4)	258	63,5	7,13 \pm 1,9	8,0	4-10
Distres Yok (< 4)	148	36,5	1,41 \pm 2,0	2,0	0-3
Toplam	406	100	5,05 \pm 3,22	5,0	0-10

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Hastaların distres yaşama düzeylerinin dağılımı Tablo 15'de verilmiştir. Distres Termometresi'nin kesim noktasına göre hastaların %63,5'inin distres yaşadığı belirlendi. Hastaların distres puanı 7,13 \pm 1,9 olarak saptandı (Tablo 16).

Tablo 17. Distres Termometresi maddeleri frekans ve yüzdelik dağılımları (N=406)

*Alt Boyutlar	Ölçek maddeleri	Var		Yok	
		n	%	n	%
Günlük Yaşam Sorunları	Oturma durum	13	3,2	393	96,8
	Şigorta	14	3,5	392	96,5
	İş/Okul	60	14,8	346	85,2
	Taşıma/ Transport	71	17,5	335	82,5
	Çocuk Bakımı	42	10,3	364	89,7
Ailesel Problemler	Eş	24	5,7	382	94,3
	Çocuklar	31	7,6	375	92,4
Duygusal Problemler	Tasalar	171	42,1	235	57,9
	Korkular	231	56,9	175	43,1
	Üzüntü	290	71,4	116	28,6
	Depresyon	62	15,3	344	84,7
	Sinirlilik	260	64	146	36
	Güncel aktivitelere yönelik bilgi kaybı	25	6,2	381	93,8
Ruhsal/Dini Problemler	Allah ile ilgili	11	2,7	395	97,3
	İnanç kaybı	19	4,7	387	95,3
Bedensel Problemler	Ağrılar	277	68,2	129	31,8
	Bulantı	229	56,4	177	43,6
	Bitkinlik	334	82,3	72	17,7
	Uyku	250	61,7	156	38,3
	Hareket/mobilite	204	50,2	202	49,8
	Yıkama/giyinme	130	32	276	68
	Dış görünüş	104	25,6	302	74,4
	Nefes darlığı	122	30	284	70
	Ağız yaraları	148	36,5	258	63,5
	Yemek yeme/beslenme	272	67	134	33
	Sindirim rahatsızlığı	109	26,8	297	73,2
	Kabızlık	133	32,8	273	67,2
	İshal	142	35	264	65
	İdrar yapmada değişiklik	33	8,1	373	91,9
	Ateş	147	36,2	259	63,8
	Kuru/kaşıntılı cilt	144	35,5	262	64,5
	Kuru/tıkalı burun	28	6,7	378	93,3
	Ellerde/ayaklarda karıncalanma	175	43,1	231	56,9

Tablo 17. Distres Termometresi maddeleri frekans ve yüzdelik dağılımları (Devam)

*Alt Boyutlar	Ölçek maddeleri	Var		Yok	
		n	%	n	%
Bedensel	Şişkinlik hissi	88	21,7	318	78,3
Problemler	Hafıza/konsantrasyon	39	9,6	367	90,4
	Cinsel problemler	151	37,2	255	62,8

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Distres Termometresi maddelerinin yüzdelik dağılımları Tablo 16’da verilmiştir. Hastaların Distres Termometresi ölçek maddelerinden aldıkları puanlar doğrultusunda en fazla Günlük Yaşam Sorunları alt boyutunda taşıma/transport (%17,5), Ailesel Problemler alt boyutunda çocuklarla ilişki (%7,6), Duygusal Problemler alt boyutunda üzüntü (%71,4), Ruhsal/Dini Problemler alt boyutunda inanç kaybı (%4,7) ve Bedensel Problemler alt boyutunda bitkinlik (%82,3) ile ilgili problemler yaşadıkları saptandı (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Distres Termometresi ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=406)

Özellikler		Distres var (≥ 4)		Distres yok (< 4)		Toplam		Test İstatistiği
		n	%	n	%	n	%	
Yaş grupları	19-28 yaş	8	61,5	5	38,5	13	3,2	$\chi^2=3,5$ $p=0,741$
	29-38 yaş	26	72,2	10	27,8	36	8,9	
	39-48 yaş	22	62,9	13	37,1	35	8,6	
	49-58 yaş	63	68,5	29	31,5	92	22,7	
	59-68 yaş	78	60,5	51	39,5	129	31,8	
	69 -78 yaş	45	59,2	31	40,8	76	18,7	
	79 yaş ve üzeri	17	68	8	32	25	6,2	
Cinsiyet	Kadın	128	73,1	47	26,9	175	43,1	$\chi^2=11,6$ $p=0,01$
	Erkek	131	56,7	100	43,3	231	56,9	
Medeni durum	Bekar	40	57,1	30	42,9	70	17,2	$\chi^2=2,2$ $P=0,134$
	Evli	219	65,2	117	34,8	336	82,8	
Eğitim durumu	Okur-yazar	67	67,0	33	33,0	100	24,6	$\chi^2=7,4$ $p=0,115$
	İlkokul	112	67,1	55	32,9	167	41,1	
	Ortaokul	18	45,0	22	55,0	40	9,9	
	Lise	42	64,6	23	35,4	65	16,0	
	Üniversite	20	58,8	14	41,2	34	8,4	

Tablo 18. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Distres Termometresi ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Distres var (≥ 4)		Distres yok (< 4)		Toplam		Test İstatistiği
		n	%	n	%	n	%	
Çalışma durumu	Evet	61	57,5	45	42,5	106	26,1	$\chi^2=2,4$ p=0,120
	Hayır	198	66	102	34	300	73,9	
Sosyal güvence	Var	242	63,2	141	36,8	383	94,3	$\chi^2=1,1$ p=0,298
	Yok	17	73,9	6	26,1	23	5,7	
Gelir durumu	Gelir giderden az	140	67,6	67	32,4	207	51,0	$\chi^2=3,3$ p=0,196
	Gelir gidere eşit	100	61	64	39	164	40,4	
	Gelir giderden fazla	19	54,3	16	45,7	35	8,6	
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	90	65,7	47	34,3	137	33,7	$\chi^2=0,5$ p=0,783
	İlçe	116	62	71	38	187	46,1	
	Köy	53	64,6	29	35,4	82	20,2	

χ^2 : Pearson ki-kare test.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile distres yaşama durumları Tablo 18’de karşılaştırılmıştır. Distres Termometresi’nin kesim noktasına göre distres yaşama durumunun hastaların cinsiyetine ($\chi^2=11,6$, p=0,01) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yaş grupları ($\chi^2=3,5$, p=0,741), medeni durum ($\chi^2=2,2$, p=0,134), eğitim durumu ($\chi^2=7,4$, p=0,115), çalışma durumu ($\chi^2=2,4$, p=0,120), sosyal güvence durumu ($\chi^2=1,1$, p=0,298), gelir durumu ($\chi^2=3,3$, p=0,196) ve yaşanan yerleşim biriminin ($\chi^2=0,5$, p=0,783) hastaların distres yaşama durumlarını etkilemediği saptandı (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların klinik özellikleri ile Distres Termometresi ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Distres var (≥ 4)		Distres yok (< 4)		Toplam		Test İstatistiği
		n	%	n	%	n	%	
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	130	65,7	68	34,3	198	48,8	$\chi^2=0,6$ p=0,446
	Hayır	129	62	79	38	208	51,2	
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	41	60,3	27	39,7	68	16,7	$\chi^2=4,0$ p=0,260
	2. Evre	86	67,2	42	32,8	128	31,5	
	3. Evre	45	55,6	36	44,4	81	20,0	
	4. Evre	86	67,2	42	32,8	128	31,5	

Tablo 19. Hastaların klinik özellikleri ile Distres Termometresi ortanca puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Özellikler		Distres var (≥ 4)		Distres yok (< 4)		Toplam		Test İstatistiği
		n	%	n	%	n	%	
Uygulanan tedavi türleri	Cerrahi tedavi	63	63,6	36	36,4	99	24,4	$\chi^2=0,0$ $p=0,970$
	Radyoterapi	57	62	35	38	92	22,7	$\chi^2=0,2$ $p=0,677$
	Kemoterapi	244	64	137	36	381	93,8	$\chi^2=0,2$ $p=0,684$
Metastaz varlığı	Evet	97	69,3	43	30,7	140	34,5	$\chi^2=2,8$ $p=0,095$
	Hayır	162	60,9	104	39,1	266	65,5	
Cevabı evet ise yayılım gösterdiği alanlar	Sürrenal bez	4	80	1	20	5	1,2	$\chi^2=0,6$ $p=0,448$
	Karaciğer	17	85	3	15	20	4,9	$\chi^2=4,1$ $p=0,043$
	Akciğer	19	79,2	5	20,8	24	5,9	$\chi^2=2,6$ $p=0,106$
	Kemik	33	61,1	21	38,9	54	13,3	$\chi^2=0,2$ $p=0,660$
	Beyin	22	71	9	29	31	7,6	$\chi^2=0,7$ $p=0,387$
	Cilt	4	40	6	60	10	2,5	$\chi^2=2,513$ $0,113$
Hastalığı algılama durumu	Tedavi edilemeyen	69	81,2	16	18,8	85	20,9	$\chi^2=17,5$ $p<0,001$
	Uzun süre tedavi gerektiren	125	63,1	73	36,9	198	48,8	
	Kolay tedavi edilebilen	65	52,8	58	47,2	123	30,3	
Şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı	Çok kötü	16	88,9	2	11,1	18	4,4	$\chi^2=52,8$ $p<0,001$
	Kötü	69	80,2	17	19,8	86	21,2	
	Orta	90	76,9	27	23,1	117	28,8	
	İyi	75	47,5	83	52,5	158	38,9	
	Çok iyi	9	33,3	18	66,7	27	6,7	

Tablo 19. Hastaların klinik özellikleri ile Distres Termometresi ortanca puanlarının karşılaştırılması
(Devam)

Özellikler	Distres var (≥4)		Distres yok (<4)		Toplam		Test İstatistiği	
	n	%	n	%	n	%		
*Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurulan uygulamalar	Dua etme	230	64,2	128	35,8	358	88,2	$\chi^2=0,3$ p=0,604
	Namaz kılma	62	59,6	42	40,4	104	25,6	$\chi^2=1,1$ p=0,304
	Kurşun döktürme	3	100	0	0	3	0,7	$\chi^2=1,7$ p=0,190
	Türbe ziyareti	11	73,3	4	26,7	15	3,7	$\chi^2=0,6$ p=0,433
	Adak kurban adama	44	84,6	8	15,4	52	12,8	$\chi^2=11,2$ p=0,001
	Hocaya gitme	17	68	8	32	25	6,2	$\chi^2=0,2$ p=0,651
	Nazarlık kullanma	5	100	0	0	5	1,2	$\chi^2=2,9$ p=0,090
	Aktara gitme	10	55,6	8	44,4	18	4,4	$\chi^2=0,6$ p=0,457

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Pearson ki-kare test.

Hastaların klinik özellikleri ile distres yaşama durumları Tablo 19’da karşılaştırılmıştır. Distres yaşama durumunun hastaların karaciğere metastaz gelişme ($\chi^2=4,1$, p=0,043), hastalığı algılama ($\chi^2=17,5$, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığı ($\chi^2=52,8$, p<0,001) ve tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için başvurduğu yöntemler içerisinde yer alan adak kurban adama yöntemini kullanma durumuna ($\chi^2=11,2$, p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 19).

Mevcut hastalığı dışında kronik bir hastalığa sahip olma ($\chi^2=0,6$, p=0,446), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=4,0$, p=0,260), cerrahi tedavi ($\chi^2=0,0$, p=0,970), radyoterapi ($\chi^2=0,2$, p=0,677) ve kemoterapi tedavisi görme ($\chi^2=0,2$, p=0,684) ve metastaz gelişme durumunun ($\chi^2=2,8$, p=0,095) hastaların distres yaşama durumlarını etkilemediği saptandı (Tablo 19).

Tablo 20. Manevi Yönelim Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek	Manevi Yönelim Ölçeği
Dini Başa Çıkma Tarzları	Olumlu Dini Başa Çıkma $r= 0,657^*$
	Olumsuz Dini Başa Çıkma $r= -0,177^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Manevi Yönelim Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 20’de sunulmuştur. Bu çalışmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu ile Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki ($r= 0,657$, $p<0,01$), Olumsuz Dini Başa Çıkma alt boyutu ile Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı arasında ise negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki ($r=-0,177$, $p<0,01$) olduğu belirlendi (Tablo 20).

Tablo 21. Manevi Yönelim Ölçeği ve FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek	Manevi Yönelim Ölçeği
FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Beden Durumu $r= 0,099^*$
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu $r= 0,216^{**}$
	Duygusal Durum $r= 0,194^{**}$
	Faaliyet Durumu $r= 0,126^*$
	Toplam $r= 0,193^{**}$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * $p<0,05$, ** $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

Manevi Yönelim Ölçeği ve FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 21’de sunulmuştur. Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,193$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=0,099$, $p<0,05$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=0,216$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=0,194$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=0,126$, $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 21).

Tablo 22. Manevi Yönelim Ölçeği ve Distres Termometresi arasındaki ilişki

Ölçek	Manevi Yönelim Ölçeği
Distres Termometresi	r= -0,183*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

Manevi Yönelim Ölçeği ve Distres Termometresi arasındaki ilişki Tablo 22’de sunulmuştur. Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği ile Distres Termometresi arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı (r=-0,183, p<0,01) bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 22).

Tablo 23. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek	Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı	
FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Beden Durumu	r= 0,032	r= -0,200**
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	r= 0,209**	r= -0,072
	Duygusal Durum	r= 0,101*	r= -0,353**
	Faaliyet Durumu	r= 0,114*	r= -0,233**
	Toplam	r= 0,116*	r= -0,277**

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,05 **p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 23’de verilmiştir. Bu araştırmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı (r=0,116, p<0,05), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı (r=0,209, p<0,01), Duygusal Durum alt boyut puanı (r=0,101, p<0,05) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı (r=0,114, p<0,05) arasında pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Beden Durumu alt boyutu (r=0,032, p>0,05) ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı (Tablo 23).

Bu çalışmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,277$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=-0,200$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=-0,353$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=-0,233$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=-0,072$, $p>0,05$) ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı (Tablo 23).

Tablo 24. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Distres Termometresi arasındaki ilişki

Ölçek	Distres Termometresi	
FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Beden Durumu	$r= -0,436^*$
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	$r= -0,209^*$
	Duygusal Durum	$r= -0,689^*$
	Faaliyet Durumu	$r= -0,552^*$
	Toplam	$r= -0,610^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ile Distres Termometresi arasındaki ilişki Tablo 24’de verilmiştir. Bu araştırmada Distres Termometresi ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,610$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=-0,436$, $p<0,01$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=-0,209$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=-0,689$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=-0,552$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 24).

Tablo 25. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Distres Termometresi arasındaki ilişki

Ölçek	Distres Termometresi	
Dini Başa Çıkma Tarzları	Olumlu Dini Başa Çıkma	$r= -0,080$
	Olumsuz Dini Başa Çıkma	$r= -0,327^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

Dini Başa ıkma Tarzları leği ile Distres Termometresi arasındaki ilişki Tablo 25'de verilmiştir. Bu alışmada Distres Termometresi ile Dini Başa ıkma Tarzları leği Olumsuz Dini Başa ıkma alt boyut puanı ($r=-0,327$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Distres Yaşama Düzeyi ile Dini Başa ıkma Tarzları leği Olumlu Dini Başa ıkma alt boyut puanı ($r=-0,080$, $p>0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 25).



5. TARTIŞMA

Kanser bireyin bütünlük duygusunu bozan ve ağır stres yaratan bir durumdur. Kanser hastalığının prognozu ve tedaviye bağlı olarak yaşanan problemler hastanın fiziksel, psikososyal ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bununla birlikte bireyin hastalığın ortaya çıkardığı stresörlerle baş edebilmesinde din ve maneviyat oldukça önemli rol oynamaktadır. Kanser gibi kronik bir hastalığa sahip olan bireyler stresli ve sıkıntılı zamanlarında din ve maneviyata yönelebilmektedir. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki hastaların yaklaşık olarak yarısının (%48,8) mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı tanısı aldıkları belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da (Pınar ve ark., 2008; Özşaran, 2011; Karabulutlu ve ark., 2017) onkoloji hastalarının mevcut tanıları dışında en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalık prevalansının %33,8 ile %47,5 arasında değiştiği bildirilmiştir. Kronik hastalıklar, fizyolojik yetersizlik, aile içi ilişkilerde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı ve depresyon gibi bir takım olumsuz faktörleri beraberinde getirmektedir. Bunun yanı sıra bireyin yaşam biçiminde ve beden imajında meydana gelen bozulmalara bağlı olarak psikososyal sorunlar gelişebilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2012; Eti Aslan ve ark., 2014). Onkoloji hastalarının ek bir kronik hastalığa sahip olması bireylerin yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal sorunları daha da artırmakta, bireyin tedaviye uyumunu azaltmakta ve tedavi sürecini uzatabilmektedir. Bu doğrultuda kronik hastalıkların etkin bir şekilde yönetiminin onkoloji hastalarının prognozunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %48,8'inin mevcut hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı belirlendi. Çalışkan ve arkadaşlarının (2017) hematolojik kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisi görmekte olan hastalarda distres, anksiyete ve depresyon yaşama durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların

%76'sının mevcut hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı saptanmıştır. Hastalık objektif ve subjektif boyutları içeren bir kavramdır. Bu durum aynı hastalığa sahip olan bireylerin farklı tepkiler göstermesine neden olabilmektedir (Karabulutlu ve Karaman, 2015). Kanser yaşamı tehdit edici bir özellik taşıması nedeniyle diğer kronik hastalıklardan farklı algılanmaktadır. Kanser bireyde korku, çaresizlik, terkedilme, suçluluk, cezalandırılma, ağrı ve ölüm kavramlarını da çağrıştırmaktadır (Armay ve ark., 2008; Karabulutlu ve Karaman, 2015). Bu doğrultuda bireyin hastalık sürecine uyumunu artırabilmek, psikolojik kaygısını azaltabilmek ve yaşam kalitesini artırabilmek için kanser hastalığına ilişkin algularının ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların tıbbi uygulamalar dışında hastalıklarına şifa bulmak için dua etme (%88,2), namaz kılma (%25,6) ve adak kurban adama (%12,8) gibi yöntemlere başvurdukları belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da onkoloji hastalarının olumsuz yaşam olayları ile başa çıkmada en çok dini uygulamalardan yararlandıkları (Öner, 2012), hastalık süreci ve semptomları ile başa çıkabilmek için dua ettikleri (Üstündağ, 2013; Cufta, 2014; Yazgan, 2014; Dedeli ve ark., 2015), adak kurban adadıkları (Üstündağ, 2013), Kur'an okudukları ve ibadet ettikleri (Can, 2012; Zaheya ve Alkhasawneh, 2012), tapınak veya kiliseye gittikleri bildirilmiştir (Tsai ve ark., 2016).

Bu konudaki literatür incelendiğinde onkoloji hastalarının tıbbi tedavi dışında dini inanç ve uygulamalara başvurdukları (Lin ve ark., 2003; Cufta, 2013; Üstündağ, 2013), dini uygulamalara başvuran hastaların genellikle psikososyal ve bedensel problemleri daha çok yaşadıkları, algıladıkları kontrol düzeyleri ile yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Can ve ark., 2009). Dini inanç ve uygulamalar hastalarda stresle başa çıkmayı kolaylaştırmakta, yaşamı anlamlı kılmakta ve inanç duygusunu olumlu yönde etkilemektedir. Özellikle Türk toplumunda yalnızca sağlıklı bireyler arasında değil hasta bireyler arasında da geleneksel dini inanç ve uygulamalardan yararlanma oranının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Üstündağ, 2013). Yurt dışında da hastalık durumunda dini inanç ve uygulamalardan yararlanma oranı ülkemize paralellik göstermektedir. Bu konuda Perez ve arkadaşlarının (2011) onkoloji hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastaların genellikle dua ettiği, yapılan duanın bireyin depresif semptomlarını azaltarak huzur ve rahatlık sağladığı bildirilmiştir.

Bununla birlikte adak/kurban adama yüzyıllardır süregelen dini bir gelenektir. Bu gelenek bireyin herhangi bir olayla başa çıkarken yetersiz kaldığı durumlarda ilahi güçten yardım alabilmek için gerçekleştirdiği bir uygulamadır (Üstündağ, 2013). Onkoloji hastalarının dini uygulamalara yönelmelerinin bireyin kontrol ve dayanma gücünü artırdığı, depresif belirtileri azalttığı ve iyi olma halini yükselttiği saptanmıştır (Cufta, 2013; Üstündağ, 2013, Cirhinlioğlu, 2014). Bu doğrultuda onkoloji hastalarına bakım sunan hemşirelerin hastaların hangi başa çıkma yöntemlerinden yararlandıklarını bilmeleri ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri resmi kurum/kuruluşlara yönlendirilmeleri konusunda hasta ve ailesine rehberlik etmeleri önemlidir.

5.2. Manevi Yönelim Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarının manevi yönelim düzeyini değerlendiren, Manevi Yönelim Ölçeği ortanca puanı 92,0 olarak belirlendi. Manevi Yönelim Ölçeği'nden alınabilecek puan aralığı 16 ile 112 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların manevi yönelim düzeylerinin yüksek olduğu görüldü. Literatürde üstün bir varlığa inanmanın, bireyin varlığını ve hayatın nihai amacını anlamlandırmasında ve zorluklara karşı dayanmasında her zaman yol gösterici olduğu bildirilmektedir (Çelimli ve Tozlu Güldal., 2016). Bu çalışmada onkoloji hastalarının manevi yönelim düzeylerinin yüksek olması, insanın var oluşundan bu yana her zaman ilahi bir güce inanma ve kendisinden üstün olan bir varlığa sığınma ihtiyacı hissetmesinden kaynaklanabilir (Cirhinlioğlu, 2014; Çelimli ve Tozlu Güldal, 2016).

Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların cinsiyet, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, kimlerle birlikte yaşadığı ve sağlığı tanımlama durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadınlarda daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde kadınların erkeklere göre din ve maneviyata daha eğilimli oldukları bildirilmiştir. Bu durum cinsiyete özgü kişilik özelliklerinden, aile ve toplum içindeki rol ve sorumluluk farklılıklarından, kadınların bakım verici, eğitici, öğretici ve geliştirici özelliklerinin dini bakış açılarıyla uyumlu olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında stresli durumların üstesinden gelebilmek ve güç kazanabilmek için din ve maneviyat gibi güven verici ve rahatlatıcı uygulamaları daha çok benimseme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014).

Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının çalışmayan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Kanserin tanı ve tedavi sürecine bağlı olarak onkoloji hastaları çalışmamakta veya işten ayrılmak zorunda kalmakta, özellikle sosyal güvencesi olmayan hasta ve yakınları bu duruma bağlı olarak ekonomik güçlükler yaşamaktadır (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da ekonomik düzeyi düşük olan hastaların dini inanç ve maneviyata daha çok yöneldikleri bildirilmiştir (Boscaglia ve ark., 2005; Romero ve ark., 2006). Elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların hastalık ve tedavisine ilişkin stresörlerle başa çıkabilmek, destek ve güç sağlamak, mutlak esenliğe ve huzura ulaşabilmek için maneviyata yöneldikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olan ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde aile desteğinin bireyin ruh sağlığını ve psikolojik iyilik halini koruyan önemli bir faktör olduğu vurgulanmakta, (Terakye, 2011) onkoloji hastalarında, aileden alınan sosyal desteğin yalnızlık, çaresizlik ve terk edilme duygularını azaltarak umut etme ve baş etme düzeyini artırdığı bildirilmektedir (Avuçan ve ark., 2006).

Araştırma kapsamındaki onkoloji hastalarının şifa aramak için tıbbi tedavi yöntemleri dışında dua etme, namaz kılma ve hocaya gitme yöntemlerine başvurdukları belirlendi. Stres yaratan hastalık durumu ile karşılaşma bireyleri uyum ve dengeyi yeniden sağlayabilmek için dini inanç ve maneviyata yöneltebilmektedir (Cufta, 2013). Bireyin maneviyata yönelmesi onu emosyonel ve psikolojik olarak rahatlatmakta, tedaviye uyumunu ve umudunu artırmakta, yaşadığı semptomların etkisini azaltabilmektedir (Turan Kavradım ve Canlı Özer, 2014). Dini inanç ve uygulamalar bireyin yaşadığı emosyonel ve psikososyal sorunlar karşısında manevi güç sağlayarak iyilik halini yükseltmektedir (Cufta, 2013; Cirhinlioğlu, 2014; Ekşi ve ark., 2016). Bu doğrultuda sağlık bakım kurumlarının hastaların ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunmalarının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının şimdiki sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde sağlık algısının fiziksel ve ruhsal iyilik halinin önemli bir belirleyicisi olduğu vurgulanmakta (Çapık,

2006; Kaya, 2014), bireylerin sağlık inançlarının, yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarının, sağlık sorunlarını yorumlama biçimlerinin sağlık algılarını etkileyen önemli faktörler olduğu bildirilmektedir. Hastalarda genellikle “sağlıklı olma” hali iyi bir ruh halinde olma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme ve hasta olmama durumlarıyla özdeşleştirilmektedir (Kaya, 2014). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda maneviyata yönelen ve dini uygulamalara başvuran hastaların kendilerini daha huzurlu ve güvende hissettikleri, fiziksel, emosyonel, ruhsal ve psikososyal iyilik hallerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Boscaglia ve ark., 2005; Boztilki ve ark., 2017). Bu doğrultuda onkoloji hastalarının manevi inancın sağladığı güç, moral, motivasyon ve iç huzur ile hastalık sürecine uyumlarının artış gösterdiği ve bu durumun da sağlık algılarını olumlu yönde etkilediği düşünölmektedir.

5.3. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada onkoloji hastalarının Allah’ın eylemlerinin bir nedeni ve başlarına gelen olumsuz yaşam olaylarının bir anlamı olduğuna inanmaya yönelik tutum ve davranışlarını değerlendiren Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanı 20 olarak belirlendi. Ölçeğin Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 7 ile 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların olumlu dini başa çıkma uygulamalarından oldukça yüksek oranda yararlandıkları göröldü. Onkoloji hastalarının dini başa çıkma tarzlarını belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı çalışmalarda da araştırma bulgularını destekler nitelikte hastaların genellikle olumlu dini başa çıkma yöntemlerinden yararlandıkları bildirilmiştir (Cole, 2005; Hills ve ark., 2005; Sherman ve ark., 2005; Pelphs ve ark., 2009; Winter ve ark., 2009; Gaston-Johansson ve ark., 2013; Mesquita ve ark., 2013; Khodaveirdyzadeh ve ark., 2016). Bununla birlikte Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puan ortalaması Karabulutlu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında $22,38 \pm 4,11$, Ursaru ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında $24,59 \pm 4,19$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puanının bu konuda yapılan diğer araştırmalarla (Ursaru ve ark., 2014; Karabulutlu ve ark., 2017) uyumlu olduğu görölmüştür.

Olumlu dini başa çıkma bireyin Allah’ın eylemlerinin bir nedeni ve başlarına gelen olumsuz yaşam olaylarının bir anlamı olduğuna inanmaya yönelik tutum ve

davranışlarını içermektedir (Cirhinlioğlu, 2014). Olumlu dini başa çıkmada birey Allah ile iş birliği yapma eğilimi göstermekte, yaşadığı acının manevi bir anlamı olduğuna inanmakta ve problem çözümünde aktif olarak sürece katılmaktadır. Bu doğrultuda bireyin olumlu dini başa çıkma mekanizmalarını kullanması fiziksel ve ruhsal problemleri ile baş etmesini güçlendirmektedir (Cirhinlioğlu, 2014; Karabulutlu ve ark., 2017).

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, çalışma, sağlığını tanımlama ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının 29-38 yaş grubunda bulunan, kadın, çocuk sahibi olan, çalışmayan, geliri giderinden az olan ve şimdiki sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak dini inanç ve uygulamalar konusunda yapılan bazı çalışmalarda olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kadınların daha sık kullandığı (Ayten ve ark., 2012; Gaston-Johansson ve ark., 2013; Mesquita ve ark., 2013), erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların dini eğilimlerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun kadınların emosyonel özelliklerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014). Bununla birlikte yaş ilerledikçe bireylerin dine yönelik ilgilerinin arttığı, dini etkinliklere daha çok zaman ayırdıkları (Ayten ve ark., 2012), yaşlı ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin dini başa çıkma yöntemlerinden daha çok yararlandıkları bildirilmektedir (Akt. Cirhinlioğlu, 2014).

Diğer yandan bu çalışmada Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanı hastaların eğitim düzeyine göre farklılık göstermemesine karşın, Phelps ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanma durumunun eğitim düzeyi düşük olan hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde bireylerin eğitim düzeyi ile ibadet için kutsal mekanlara gitme durumları arasında pozitif bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça geleneksel ve aşırı tutucu inançlara sahip olma yaklaşımının azaldığı belirtilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014). Araştırma sonuçları arasındaki bu farklılığın, çalışmanın yapıldığı toplumun kültürel özelliklerinden, sosyal ve ekonomik yapısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.4. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarının fiziksel, duygusal, fonksiyonel, sosyal ve ailevi iyilik düzeylerini değerlendiren FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $57,1 \pm 20,6$ olarak belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 0 ile 108 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların orta düzey bir yaşam kalitesine sahip oldukları görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da onkoloji hastalarının orta düzey bir yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (Öner, 2012; Yaşar, 2016).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması $19,9 \pm 5,8$ olarak saptandı. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan alınabilecek puan aralığı 0 ile 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyal yaşam ve aile durumunun iyi düzeyde olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da (Öner, 2012; Kurt ve Savaşer, 2013; Yaşar, 2016) hastaların sosyal ve ailevi iyilik durumu ile algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması $10,1 \pm 6,4$ olarak saptandı. Faaliyet Durumu alt boyutundan alınabilecek puan aralığı 0 ile 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamına alınan hastaların günlük faaliyetlerini yerine getirmede zorluk yaşadıkları görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Öner'in (2012) yapmış olduğu çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken problem yaşadıkları, hastalıklarını kabullenemedikleri ve yaşam doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının hastaların medeni durumu, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, eğitim düzeyi, evde kimlerle birlikte yaşadığı ve mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının bekar, sosyal güvencesi olan, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olmayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hastaların

medeni durumu (Gelin ve Ulus, 2015; Yaşar, 2016) ile kronik bir hastalığa sahip olma durumunun (Özsaran, 2011; Yaşar, 2016) yaşam kalitelerini etkilemediği, evli hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Avcı ve Pala, 2004; Whitford ve ark., 2008). Onkoloji hastalarının mevcut hastalıkları dışında ek bir kronik hastalığa sahip olması bireylerin yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal sorunları artırmakta, tedaviye uyumlarını azaltmakta ve hastanedeki kalış sürelerini uzatmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2012; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Ayrıca çalışmayan ve sosyal güvencesi bulunmayan hastalarda kronik hastalığın getirdiği yük ekonomik sorunlara zemin hazırlamaktadır (Tekbaş, 2014; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Bu çalışmada üniversite mezunu olan, eşi, eşi ve çocukları, diğer aile üyeleri ile birlikte yaşayan hastalarda FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, onkoloji hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yapılan bazı çalışmalarda üniversite mezunu (Pınar ve ark., 2008; Tekbaş, 2014), yüksek gelir düzeyine sahip (Tekbaş, 2014), evde eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda (Pınar ve ark., 2008) yaşam kalitesi toplam puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda yaşam kalitesi toplam puanı ile hastaların eğitim düzeyleri (Özsaran, 2011; Yaşar, 2016) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı saptanmıştır. Kanser, bireyi fiziksel, psikososyal, duygusal ve ekonomik olmak üzere pek çok boyutta etkilemektedir. Bakım ve tedavi sürecinde hastalara aileleri tarafından verilen destek bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlamakta ve genel iyilik halini arttırmaktadır (Özyurt, 2007; Dedeli ve ark., 2008). Bununla birlikte literatürde eğitim düzeyi yüksekliğinin, bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara yönelik bilgilerini, uzak ve yakın çevre ile olan ilişkilerini ve öz saygılarını arttırdığı da belirtilmektedir (Öz, 2004; Yılmaz, 2014).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastalığın 1. ve 2. evresinde olan ve metastaz gelişmeyen hastalarda FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da metastaz gelişmeyen (Kaya ve ark, 2013; Tekbaş, 2014), evre 1 ve evre 2 olan hastalarda (Tekbaş, 2014) yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, hastalığın evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise hastalığın evresinin yaşam

kalitesini etkilemediği saptanmıştır (Özsaran, 2011). Bu doğrultuda ileri evre ve metastaz gelişen onkoloji hastalarının yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal sorunların bütüncül bakış açısıyla ele alınarak uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanının şimdiki sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Yaşar'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada, sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların yaşam kalitesi toplam puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sağlık algısı bireylerin hastalık ve tedaviye ilişkin durumları kavrama biçimlerini, yaşadıkları semptomlara ilişkin yaklaşımlarını ve davranış biçimlerini etkileyen önemli bir faktördür (Kaya, 2014). Bu doğrultuda hastanın tedaviye uyumunu artırabilmek, iyileşmesini hızlandırabilmek ve yaşam kalitesini yükseltebilmek için bireylerin sağlık algısının değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

5.5. Distres Termometresi'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarının distres yaşama durumlarını belirleyen, Distres Termometresi toplam puanı $7,13 \pm 1,9$ olarak saptandı. Distres Termometresi'nden alınan puanın 4 ve üzeri olması distres düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmekle birlikte, bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%63,5) yüksek distres düzeyine sahip oldukları belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda onkoloji hastalarının yarıdan fazlasının yüksek düzey distres yaşadıkları bildirilmiştir (Hills ve ark., 2005; Özalp ve ark., 2007, Şengün İnan, 2014; Hong ve ark., 2015, Çalışkan ve ark., 2017; Karabulutlu ve ark., 2017). Kanserin tedavi ve prognozu süresince ortaya çıkan problemler hastaların yoğun bir şekilde distres yaşamasına neden olabilmektedir. Hastalık ve tedavi sürecinde distresin erken dönemde fark edilememesi tedavi sürecinin uzamasına, anksiyete gelişmesine ve depresif belirtilerde artışa yol açabilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Bu doğrultuda bireyin psikososyal bakım gereksinimlerinin tanımlanmasının ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasının hastaların distres düzeyini azaltmada son derece etkili olacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan onkoloji hastalarının en çok bitkinlik ve ağrı nedeniyle bedensel problemler, korku ve üzüntüye bağlı olarakta duygusal problemler

yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da özellikle bedensel ve duygusal problemlerin hastalarda distrese neden olduğu (Özalp ve ark., 2007; Şengün İnan, 2014; Hong ve ark., 2015; Çalışkan ve ark., 2017; Karabulutlu ve ark., 2017), yorgunluk (Hills ve ark., 2005; Özalp ve ark., 2007; Özbaş ve ark., 2008; Hong ve ark., 2015; Karabulutlu ve ark., 2017), ağrı (Özalp ve ark., 2007; Hong ve ark., 2015; Karabulutlu ve ark., 2017), üzüntü (Şengün İnan, 2014; Hong ve ark., 2015) ve korkunun (Karabulutlu ve ark., 2017) bu durumu etkilediği bildirilmiştir.

Kanser tedavisi bireylerde ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Tedavi sonucu ortaya çıkan bedensel problemler hastanın fiziksel iyilik halini etkilemekte ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliğe bağlı olarak hastanın başka bireylere bağımlılık düzeyi artmakta ve kendine olan özgüveni azalmaktadır (Atlı Özbaş, 2008; Çalışkan ve ark., 2017; Karabulutlu ve ark., 2017). Bununla birlikte hastalar umutsuzluk, gelecek endişesi, kanserin tekrarlayacağı korkusu, üzüntü ve öfke yaşayabilmektedir. Bu problemler bireyin hastalıkla baş edebilme yeteneğini engellemekte ve distres düzeyini artırmaktadır (Atlı Özbaş, 2008).

Araştırma kapsamına alınan onkoloji hastalarının en az ailesel ve ruhsal/dini problemler yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularına paralel olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da onkoloji hastalarının ruhsal/dini problemler ile ilişkili distres yaşama oranlarının düşük olduğu (Çalışkan ve ark., 2017; Karabulutlu ve ark., 2017) ya da ruhsal/dini problemler ile ilgili hiç distres yaşamadıkları bildirilmiştir (Şengün İnan, 2014). Kanser tanısı almak hastaların inancını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmekte, hastalık durumuna bağlı olarak Allah'a karşı öfke duyma ve isyan etme duyguları gelişebilmektedir. Buna karşın farklı durumlarda yaşanabilmekte, bazı bireyler Allah ile daha güçlü bir bağ kurarak manevi yönden rahatlayabilmektedir (Çalışkan ve ark., 2017).

Bu çalışmada Distres Termometresi toplam puanının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiği, erkeklerle karşılaştırıldığında Distres Termometresi toplam puanının kadınlarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına paralel olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda kadınların psikolojik ve emosyonel yapıları ile aile içindeki rol ve sorumluluklarına bağlı olarak depresyon ve strese daha yatkın oldukları

vurgulanmaktadır (Bahadır, 2002; Anar ve ark., 2012). Distres yaşama düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediğini bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (Hills ve ark., 2005; Özalp ve ark., 2007; Hong ve ark., 2015). Onkoloji hastalarının distres yaşama durumu, yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu farklılığın araştırmanın yürütüldüğü toplumun sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte distres yaşama oranının hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayan ve şimdiki sağlık durumunu çok kötü olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. İnsanlar sahip oldukları bilgi, deneyim, inanç, değer ve gereksinimleri doğrultusunda sağlık ve hastalık durumlarını tanımlamaya çalışırlar (Öz, 2004; Karabulutlu ve Karaman, 2015). Kanser belirsizlik ve kaygı duygularının yoğun bir şekilde yaşandığı hastalık olmakla birlikte, bireylerin kansere yükledikleri anlam toplumsal özelliklere ve yaşadıkları semptomların derecesine göre farklılık göstermektedir. Sağlık ve hastalık algısı bireylerin hastalık ve tedaviye ilişkin mevcut durumu yorumlama biçimlerini, tutum ve davranışlarını etkilemektedir (Kaya, 2014). Bu doğrultuda onkoloji hastalarının sağlık ve hastalık algılarının belirlenmesinin hastaların yaşadıkları distres düzeyinin ortaya çıkarılmasında, tedaviye uyumun artırılmasında ve hasta eğitimlerinin planlanmasında son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

5.6. Manevi Yönelim Ölçeği, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Distres Termometresi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyutu ile Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki ($r= 0,657$, $p<0,01$) olduğu belirlendi. Olumlu dini başa çıkma yöntemlerine başvuran hastalarda manevi yönelim düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Olumlu dini uygulamalar bireyin Allah ile iletişimini artırarak, bireye yalnız olmadığı ve ilahi bir gücün yanında olduğu duygusunu verir (Cufta, 2013). Literatürde Allah'ın kendisiyle birlikte olduğunu ve ona güç verdiğini hisseden, hastalık karşısında kendi zayıflıklarının farkında olup dua etme, namaz kılma gibi olumlu dini başa çıkma yöntemleriyle Allah'a daha çok yaklaşan hastaların manevi yönelimlerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Cufta, 2013; Cirhinlioğlu, 2014; Ekşi ve ark., 2016).

Bu çalışmada Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,193$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=0,099$, $p<0,05$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=0,216$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=0,194$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=0,126$, $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların manevi yönelim düzeyleri arttıkça, fiziksel ve emosyonel iyilik durumlarının, aile ve sosyal çevreleriyle olan uyumlarının arttığı, günlük faaliyetlerini yerine getirebildikleri ve genel yaşam kalitelerinin yükseldiği belirlendi. Hastalık sürecinde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal sorunlar hastanın günlük yaşam fonksiyonlarını sınırlandırmakta, kişilerarası iletişimini bozmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu süreçte hastalar, hastalığın neden olduğu fiziksel, emosyonel ve psikososyal sorunlarla başa çıkabilmek ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek için maneviyata yönelebilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010; Cufta, 2013). Bu doğrultuda manevi yönelimin hastalarda bütünlük duygusunu artırarak hastalığın meydana getirdiği problemleri azalttığı ve genel iyilik halini yükselttiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,116$, $p<0,05$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=0,209$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=0,101$, $p<0,05$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=0,114$, $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Beden Durumu alt boyutu ($r=0,032$, $p>0,05$) ile Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı. Olumlu dini başa çıkma uygulamalarını kullanan hastaların, emosyonel iyilik hallerinin, aile ve sosyal çevresiyle olan uyumlarının arttığı, günlük faaliyetlerini yerine getirebildikleri ve bu doğrultuda genel yaşam kalitelerinin yükseldiği belirlendi. Uzun tedavi sürecine bağlı olarak onkoloji hastaları ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşabilmektedir. Bu doğrultuda hasta yaşadığı stresle başa çıkabilmek ve şifa bulmak için dua etme ve namaz kılma gibi olumlu dini başa çıkma uygulamalarına yönelebilmektedir. Dini başa çıkma uygulamaları bireyin Allaha yakınlık hissini artırarak sosyal çevresiyle daha sağlıklı iletişim kurmasına yardımcı olmakta, yaşamın amacını ve anlamını arttırmaktadır (Cirhinlioğlu, 2014).

Bu araştırmada Distres Termometresi ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,610$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=-0,436$, $p<0,01$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=-0,209$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=-0,689$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=-0,552$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Hastaların distres yaşama düzeyi arttıka fiziksel ve emosyonel iyilik halinin azaldığı, aile ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerinin bozulduğu, günlük faaliyetleri yerine getirmede güçlükler yaşadığı ve genel yaşam kalitelerinin azaldığı belirlendi. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarında kanser tanısı almanın sürecin bilinmezliğine bağlı olarak distrese neden olduğu ortaya çıkarılmıştır (Özalp ve ark., 2007; Bayraktar, 2011; alışkan ve ark., 2017). Araştırma bulgularına paralel olarak Özalp ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada distres yaşama düzeyi ile hastanın fiziksel, bilişsel, sosyal ve emosyonel durumu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların distres düzeyi arttıka yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Bu doğrultuda bakım sürecinde hastaların distres yaşama durumlarının ve neden olan faktörlerin belirlenmesinin hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yararlı olacağı düşünölmektedir.

Sonuç olarak, kanser neden olduğu fiziksel sorunların yanı sıra maddi, manevi ve psikososyal bileşenleri içinde barındıran çok boyutlu bir hastalıktır. Onkoloji hastalarının yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal sorunlar ile baş edebilmelerinde sahip oldukları manevi yönelim düzeyleri ile yaralandıkları başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilmesi önemlidir. Onkoloji hastalarına bakım sunarken psikososyal sorunlar ile birlikte yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesinin ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasının hastaların tedaviye uyumları ile birlikte aile ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini geliştireceği ve iyileşme süreçlerini hızlandıracağı düşünölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %27,8'ine lösemi, %20,4'üne lenfoma tanısı konulduğu, %48,8'inin mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %31,5'inin hastalığın 2. evresinde olduğu, %93,8'ine kemoterapi tedavisi uygulandığı, %34,5'inde başka bir organa metastaz geliştiği, tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için hastaların %88,2'sinin dua ettiği, %25,6'sının namaz kıldığı ve %12,8'inin adak kurban adadığı belirlendi.

Onkoloji hastalarının manevi yönelim düzeylerini değerlendiren Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanı 92 olarak belirlendi. Manevi Yönelim Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların cinsiyet ($U=16925$, $p=0,005$), çalışma durumu ($U=13544$, $p=0,023$), çocuk sahibi olma durumu ($U=4203,5$, $p<0,001$), evde kimlerle birlikte yaşadığı ($\chi^2=9,8$, $p=0,044$), kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=18156,0$, $p=0,039$) ve şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığına ($\chi^2=1,6$, $p=0,001$ göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanı 20 ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanı 8,5 olarak saptandı. Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı alt boyut ortanca puanının hastaların yaş ($\chi^2=17,4$, $p=0,008$), cinsiyet ($U=15317,5$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=13314,5$, $p=0,013$), gelir durumu ($\chi^2= 8,4$, $p=0,015$), çocuk sahibi olma durumu ($U=5135,5$, $p=0,023$) ve şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığına ($\chi^2=14,7$, $p=0,005$) göre farklılık gösterdiği belirlendi.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $57,1\pm 20,6$, Beden Durumu alt boyut puan ortalaması $12,7\pm 8,0$, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması $19,9 \pm 5,8$, Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması $14,3 \pm 5,7$ ve Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması $10,1 \pm 6,4$ olarak belirlendi.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların medeni durum ($U=14465,0$, $p=0,002$), eğitim durumu ($\chi^2=11,9$, $p=0,017$), sosyal güvence varlığı ($U=2935,5$, $p=0,008$), gelir durumu ($\chi^2=10,3$, $p=0,006$), evde

kimlerle birlikte yaşadığı ($\chi^2=25,0$, $p<0,001$), mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=16923,5$, $p=0,002$), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=34,6$, $p<0,001$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=12368,0$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği saptandı.

Distres Termometresi toplam puanı $7,13\pm 1,9$ olarak belirlendi. Distres Termometresi puanının hastaların cinsiyet ($\chi^2=11,6$, $p=0,01$), hastalığını algılama durumu ($\chi^2=17,5$, $p<0,001$) ve şimdiki sağlık durumunu nasıl tanımladığına ($\chi^2=52,8$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği saptandı. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu ile Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

Manevi Yönelim Ölçeği toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,193$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=0,099$, $p<0,05$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=0,216$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=0,194$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=0,126$, $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Manevi Yönelim Ölçeği ile Distres Termometresi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ($r=-0,183$, $p<0,01$) bir ilişki olduğu belirlendi.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,116$, $p<0,05$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=0,209$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=0,101$, $p<0,05$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=0,114$, $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Distres Termometresi ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,610$, $p<0,01$), Beden Durumu alt boyut puanı ($r=-0,436$, $p<0,01$), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ($r=-0,209$, $p<0,01$), Duygusal Durum alt boyut puanı ($r=-0,689$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu alt boyut puanı ($r=-0,552$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Onkoloji hastalarının bakım planları hazırlanırken distres yaşama düzeyleri ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörler ile birlikte hangi dini başa çıkma yöntemlerinden yararlandıklarının belirlenmesi,
- Onkoloji hastalarının distres yaşama düzeylerinin bu alanda geliştirilmiş olan uygun ölçeklerle periyodik aralıklarla değerlendirilmesi,
- Onkoloji hastalarının holistik yaklaşım doğrultusunda ele alınması, fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimleri ile birlikte dini inanç ve manevi yönelim ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması,
- Onkoloji hastalarına bakım sunan sağlık bakım profesyonellerinin özellikle hemşirelerin bu konu ile ilgili farkındalıklarını artırmak üzere eğitimler düzenlenmesi,
- Onkoloji hastalarının dini ve manevi yönelim ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastaların talepleri doğrultusunda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması,
- Onkoloji hastalarının yaşadıkları fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlarla baş etmede manevi yönelim düzeyleri ile yararlandıkları dini başa çıkma yöntemlerinin etkinliğini belirlemek üzere farklı bölgelerdeki örneklem grupları üzerinde araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. Hemşirelik Forumu Eylül-Aralık 2006: 1-4.
- Akdemir N. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. Akdemir, N, Birol L. Editör, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık. 2005;18-24.
- Anar C, Altıparmak O, Ünsal İ, Altıparmak S, Tatar D, Halilçolar H. The effect of chemotherapy on quality of life in patients with lung carcinoma. J Pain Symptom Manag 2012; 40: 520-530.
- Arıkan F, Kurt S. Periferik nöropati. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 489-491.
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser epidemiyolojisi. Can G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 19-26.
- Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2008; 10:192-200.
- Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(3):38-47.
- Atay S. Nötropeni ve enfeksiyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 347-348.
- Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):145-152.
- Atlı Özbaş A. Meme kanseri hastalarının distres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Atmaca GD, Durat G. Kanser hastalarında intihar riski. J Hum Rhythm 2015; 1(4):127-132.
- Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30(2):81-5.
- Avuçan EE, İmrek M, Karaboğa I. Kanser psikososyal yönleri. Türk Psikoloji Bülteni 2006; 38:81-91.
- Ayten A, Göcen G, Sevinç K, Öztürk EE. Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi 2012;12(2):45-79.

- Babacan N. Tümör etyolojisi. Molinas Mendel N, Selçukbiricik F. Editörler, *Onkoloji El Kitabı'nda*. 1. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2015; 42-51.
- Bag B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(4):449-464.
- Balcı Yangın H. Alopesi. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 421-423.
- Bayraktar S. Korkulu rüyamız kanser. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 10-28.
- Bektaş H. Kanser sürecinde aileye yaklaşım. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 933-939.
- Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15(5):755-761.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(1):73-78.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Psikososyal distres. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 551-565.
- Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi* 2017; 3(Supp:1):39-45.
- Bölükbaş RP. Onkoloji alanında sonuç göstergesi olarak yaşam kalitesinin kullanımı. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 95-96.
- Can G, Demir M, Aydın A. Complementary and alternative therapies used by Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Breast Care* 2012; 7(6):471-475.
- Can G, Erol O, Aydın A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13:287-294.
- Can G. Kanser. Eti Aslan F, Olgun N. Editör, *Fizyopatoloji'de*. 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2017; 33-51.
- Cashwell CS, Young JS. Spirituality in counselor training: a content analysis of syllabi from introductory spirituality courses. *Counseling and Values* 2004; 48(2):96-109.
- Cella DF. Quality of life: the concept. *J Palliat Care* 1992; 8(3):8-13.

- Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspective of Chilean women. *Breast J* 2006;12(4): 349-352.
- Cirhinlioğlu FG. *Din Psikolojisi*. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2014.
- Cohen MZ, Bankston S. Cancer Related Distress. Yabro, C, Wujcik D, Gobel B. Editors, In: *Cancer Nursing*. 7th Ed. Boston: Johns and Bartlett. 2011: 667-684.
- Cole, BS. Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. *Mental Health, Religion & Culture*, 2005; 8(3):217-226.
- Corey, G. *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları*. 7. Baskı, Ankara, Mentis Yayınları. 2005.
- Cotton SP, Levine EG., Fitzpatrick CM, Dold KH, Tar E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 8(5):429-438.
- Cufta M. *Kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü (Kosova örneği)*. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, Doktora Tezi, 2014.
- Cufta, M. *Kanser hastalığı ile başa çıkmada dinî inancın rolü (Kosova örneği)*. *Balkan Araştırmaları Dergisi* 2013;4(1):9-30.
- Çalışkan E, Gürhan N, Tekgündüz AİE. Hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distress yaşama durumları. *Acta Oncol Turcica*, 2017; 50(3):207-217.
- Çapık C. *Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Çavuşoğlu H. Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci* 2007; 27(3):398-406.
- Çelimli Ç, Tozlu Güldal, Ş. Manevi yönelimli danışmanlık ile psikoterapi yöntem ve teknikleri: Doğu ve Batıdan örnekler. Ekşi, H, Çınar, K. Editör, *Manevi yönelimli psikoterapi ve psikolojik danışma*'da. 1. Baskı, İstanbul, Kaktüs Yayınları. 2016; 106-107.
- Çetiner M, Kalaça S, Kalayoğlu S, Soysal T, Sargın D, Ferhanoğlu B. Quality of life assessment of haematopoietic stem cell transplantation patients in İstanbul: a pilot study, 30th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation, Barcelona Bone Marrow Transplantation, Vol. XXXIII, 2004.
- Çevik Demir Ş. *Ergenlerde benlik saygısı ve dini başa çıkma*. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Bursa, Doktora Tezi, 2013.

- Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlemesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 2(1):70-77.
- Çivi S, Kutlu R, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi 2011; 27(3):149-153.
- Çubukçu NÜ, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenebilir mi? Clinical and Experimental Health Sciences 2012; 2(4):155-163.
- Dalay N, Buyru N. Kanser Biyolojisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 7-16.
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2008; 23(3):132-139.
- Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21(2):45-53.
- Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel S. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. Holist Nurs Pract 2015; 29(2):103-113.
- Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 30:120-129.
- Doyle VC. Nutrition and colorectal cancer risk: a literature review. Gastroenterol Nurs 2007; 30(3):178-182.
- Ekşi H, Kaya Ç, Çiftçi M. Maneviyat ve Psikolojik Danışma. Ekşi H, Kaya Ç. Editörler, Maneviyat Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Dayanışma'da, 1. Baskı, İstanbul, Kaktüs Yayınları. 2016; 15-26
- Ekşi H. Başaçıkma, dini başaçıkma ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Bursa, Doktora Tezi, 2001.
- Elçigil A. Sağkalanların gereksinimleri ve yaşadıkları sorunlar. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 957-964.
- Ergül S, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniv Hemşire YO Der 2004; 8(1):37-45.
- Erkol B. Onkolojinin temel prensipleri. Molinas Mendel N, Selçukbiricik F. Editör, Onkoloji El Kitabı'nda. 1. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2015; 68-73.
- Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ. Kanser kemoterapisi ve böbrek. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2009; 16(1):63-68.

- Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2):3-12.
- Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. Onkoloji. Karadakovan A, Eti Aslan F. Editörler, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2014; 187-209.
- Evcili F, Bekar M. Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2013; 1:21-28.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin M, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int j cancer*, 2015;136(5).
- Gall TL, Bilodeau C . "Why me?"—women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology & health* 2017; 32(6):709-727.
- Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *In Oncology Nursing Forum* 2013; 40(2):120-121.
- Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 6(1):31-35.
- Göktalay T, Akın M, Aydemir Ö. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2002; 13:265-270.
- Gönderen HHS, Kapucu S. Nötropenik hastada nötropeni değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2009; 16(1):69-75.
- Gül E, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2009; 2(2):3-12.
- Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2):343-367.
- Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algıer L, Bulut I, Özyılkan Ö. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Inter J Hematol & Oncol/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008; 18(2):99-106.
- Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Genel cerrahi-güncel uygulamalar. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015;111-112.

- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research, *American Psychologist*, 2003; 58(1):64-74. DOI: 10.1037/0003-066X.58.1.64.
- Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8(4):782-788.
- Hintistan S, Çilingir, D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1(3):153-164.
- Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol*, 2010; 8(1):4-12.
- Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. Psychological distress in elderly cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences* 2015; 2(1):23-27.
- James A, Wells A. Religion and mental health: Toward a cognitive-behavioural framework. *Brit J Health Psych* 2003; 8:359-376.
- Kapucu S. Biyoterapi. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 237-241.
- 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(3):296-302.
- Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(3):271-284. DOI: 10.17681/hsp.84549
- Karabulutlu EY, Yaralı S, Karaman S. Evaluation of distress and religious coping among cancer patients in Turkey. *J Relig Health* 2017; 1-10. DOI 10.1007/s10943-017-0453-6
- Karadakovan A. Mukozit. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 371-389.
- Kasapoğlu F. Development of spiritual orientation scale: The study of validity and reliability. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015; 16(3):51-68. DOI: 10.17679/iuefd.16360640.
- Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. *Journal of Mood Disorders* 2013; 3(1):23-27.
- Kaya S. Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2014.

- Khodaveirdyzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, Eivazi J. Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(8):4095-4099.
- Kımtar N. Din ve maneviyatı kavramlaştırma: birleşme ve ayrılma noktaları. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2013;3:85-118.
- Kilpatrick SD, McCullough ME. Religion and spirituality in rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*, 1999;44(4):388-402.
- Kızır A, Güveli ME. Radyoterapinin ilkeleri. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği*'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 133-135.
- Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older patients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 9:513-521.
- Kurt AS, Savaşer S. Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine Re-Mission video oyununun etkisi. *Türk Onkol Derg* 2013; 28(2):51-58. DOI: 10.5505/tjoncol.2013.914.
- Lavoie Smith EM, Beck SL, Cohen J. The total neuropathy score: a tool for measuring chemotherapy-induced peripheral neuropathy. In *Oncology nursing forum* 2008; 35(1):96.
- Lee JI, Kim SH, Tan AH, Kim HK, Jang HW, Hur KY, Kim JH, Kim K, Chung JH, Kim SW. Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8(1):101.
- Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther* 2002; 1(2):166-174.
- Lin HR, Susan M, Wu B. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 44:69–80.
- Linseisen J, Rohrmann S, Miller AB, Bueno-de-Mesquita HB, Büchner FL, Vineis P, Overvad K. Fruit and vegetable consumption and lung cancer risk: updated information from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2007; 121(5):1103-1114.
- Maslow A. *İnsan Olmanın Psikolojisi* (çev. Okan Gündüz). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık. 2001.
- Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho E C. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Revista latino-americana de enfermagem* 2013; 21:539–545.

- Meyerowitz BE, Formenti SC, Ell KO. Depression among Latina cervical cancer patients. *Journal Soc Clin Psychol (Electronic version)* 2000; 19(3):352-371.
- Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *J Ss Dev* 2000; 78(3):251-266. DOI:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology Distres Management Version.1.2010.<http://www.nccn.org./2003.pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2017.
- Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol*, 2010;28(2):348-356. DOI: 10.1200/JCO.2009.23.0201.
- Nomura AM, Hankin JH, Henderson BE, Wilkens LR, Murphy SP, Pike MC, Kolonel LN. Dietary fiber and colorectal cancer risk: the multiethnic cohort study. *Cancer Cause Control* 2007; 18(7):753-764.
- Öner H. Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara, İmaj Yayıncılık. 2004.
- Özalp E, Cankurtaran EŞ, Soygür H, Özdemir Geyik P, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology* 2007; 16:304-311.
- Özaslan A, Akyıldız EÜ, Çelik S, Koç S, Tuğcu H. Kanser hastalarında intihar riski. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2010; 7(1):42-47.
- Özcan S, Vatansever S. Kanser kaşeksisi. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 407-408.
- Özdemir F. Palyatif bakım alan hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1):57-72.
- Özdoğan Ö. İsimli hayatlar. İstanbul, Lotus Yayıncılık. 2005.
- Özsaran Z. Meme kanseri tanıli hastalarda adjuvan hormonal tedavinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi, 2011.

- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Özyurt, BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi* 2007; 15(1):1-15.
- Pargament KI, Brant CR. Religious and coping. In *Handbook of Religion and Mental Health*. Koenig, HG. Editor, San Diego, Academic Press. 1998.
- Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the scientific study of religion* 1988;90-104.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56:519-543.
- Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion* 1997; 9:3-16.
- Pargament KI. *The psychology of religion coping. Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press. 1997.
- Park S, Murphy SP, Wilkens LR, Nomura AM, Henderson BE, Kolonel LN. Calcium and vitamin D intake and risk of colorectal cancer: the Multiethnic Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2007; 165(7):784-793.
- Perez JE, Forero-Puerta T, Palesh O, Lubega S, Thoresen C, Bowman E, Koopman C, Gore-Felton C, Spiegel D. Pain, distress, and social support in relation to spiritual beliefs and experiences among persons living with HIV/AIDS. Upton, JC. Editor. In *Religion and psychology: New research*, Nova Science Publisher Inc., 2008;1-25.
- Pérez JE, Smith AR, Norris RL, Canenguez KM, Tracey EF, DeCristofaro SB. Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: The mediating role of rumination and social support. *J Behav Med* 2011; 34(6):519-530. DOI 10.1007/s10865-011-9333-9.
- Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA., Wright A.A, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Peteet JR, Block SD, Prigerson HG. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Jama* 2009; 301(11):1140-1147.
- Pınar G, Algıer L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Int J Hematol & Oncol/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008; 18(3):141-149.

- Reis N, Coşkun A, Kızılkaya Beji N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):25-35.
- Riedner C, Frick E, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. Eur J Cancer Care 2006;15(3):238-243.
- Robertson DJ, Sandler RS, Haile R, Tosteson TD, Greenberg ER, Grau M, Baron JA. Fat, fiber, meat and the risk of colorectal adenomas. Am J Gastroenterol 2005; 100(12):2789.
- Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. J Behav Med 2006; 29(1):29-36. DOI: 10.1007/s10865-005-9038-z.
- Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. Cancer 1998; 82(10):1904-1908.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2013; 12(3):219-224.
- Shafranke EP, Sperry L. Addressing the spiritual dimension in psychotherapy. Shafranke EP, Sperry L. editors. Spiritually oriented psychotherapy, Washington DC: American Psychological Association. 2007;333-350.
- Sheldon LK, Susan Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. Clin J Oncol Nurs 2008; 12(5):789-797. DOI: 10.1188/08.CJON.789-797.
- Sherman AC, Simonton S. Religious involvement among cancer patients. Plante TG, Sherman AC, editors. Faith and health: Psychological perspectives, New York, The Guilford Press. 2001;167-194.
- Smith EML, Beck SL, Cohen J. The total neuropathy score: A tool for measuring chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Oncology Nursing Forum 2008; 35(1):96-102. DOI: 10.1188/08.ONF.96-102.
- Stanard RP, Sandhu DS, Painter LC. Assessment of spirituality in counseling. J Couns Dev 2000; 78(2):204-210.
- Şen F, Aydın A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015;88-90.
- Şen F. Karsinogenez. Molinas Mendel, N, Selçukbiricik, F. Editörler. Onkoloji El Kitabı'nda. 1. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2015;2-3.

- Şengün İnan F. Meme kanseri hastalarına tedavi sonrasında evde yapılan psikoğitimin distres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2014.
- Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T, Onishi H. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol* 2012; 42(3):183-188.
- Tamimi RM, Hankinson SE, Chen WY, Rosner B, Colditz GA. Combined estrogen and testosterone use and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Arch. Inter. Med* 2006; 166(14):1483-1489.
- Tekbaş S. Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi ve tedavi bakımının ilkeleri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Doktora Tezi, 2014.
- Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(2):78-82.
- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *New Symposium Journal* 2008; 46(2):51-61.
- Tsai TJ, Chung UL, Chang CJ, Wang HH. Influence of religious beliefs on the health of cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2016;17(4):2315-2320.
- TÜİK İntihar İstatistikleri, 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>
Erişim Tarihi: 21.01.2018 19:38.
- Tuna Ünsar S. Diyare ve Konstipasyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015;395-402.
- Turan Kavradım S, Canlı Özer, Z. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(2):154-164. DOI: 10.5455/cap.20130901084242.
- Türk Dil Kurumu Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_Erişim
Tarihi:20. 01.2018
- Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, İstatistiklerle Türkiye, 2014.
- Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014
<http://www.kanser.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:21.12.2017
- Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Turk Onkol Derg* 2014; 29(3):125-135.
doi: 10.5505/tjoncol.2014.1077.
- Ursaru M, Crumpei I, Crumpei G. Quality of life and religious coping in women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 114:322-326.

- Usta Yeşilbalkan Ö. Yorgunluk. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 335-336.
- Uşşaklı E. Ölüm ve ölmek üzerine (çeviri). Ak, NB. Editör, 1. Baskı, Ankara, April Yayıncılık. 2010; 21-119.
- Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2014; 28(2):85-92.
- Üstündağ S. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Vieten C, Scammell S, Pilato R, Ammondson I, Pargament K I, Lukoff D. Spiritual and religious competencies for psychologists. Psychol of Relig Spirit 2013; 5(3):129-144. DOI: 10.1037/a0032699.
- Webster M. Webster's Universal Encyclopedia. Barnes and Noble Books, 2000.
- Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. Int J Gynecol Obstet 2003; 83:211-229.
- WHO Cancer Fact Sheets, 2017 <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- WHO Cancer Report 2014, Edited By Stewart B, Wild CP. 2017; http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/ Erişim Tarihi: 8.12.2017.
- Winter U, Hauri D, Huber S, Jenewein J, Schnyder U, Kraemer B, The Psychological Outcome of Religious Coping with Stressful Life Events in a Swiss Sample of Church Attendees. Psychother Psychosom 2009; 78:240-244.
- Woods TE, Ironson GH. Religion spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality /religiosity. J Health Psychol 1999; 4(3):393-412.
- WHO Suicide Data, 2015; http://www.who.int/mental_health Erişim Tarihi: 21.01.2018
- WHO 2010, <http://www.DSÖ.int/mediacentre/factsheets/fs297/> Erişim Tarihi: 09.10.2017.
- Yaşar N. Hemotopoitik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yazgan EÖ. Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014.

- Yeşilbalkan ÖU, Akyol D, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1):13-31.
- Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniv HYO Derg 2010; 26(1):87-97.
- Yıldırım Y. Kanser ağrısı. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 317-318.
- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi prensipleri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 169-170.
- Zaheya AL, Alkhasawneh EM. Complementary alternative medicine use among a sample of Muslim Jordanian oncology patients. Complement Ther Clin 2012; 18:121-126.

EKLER

EK-1 Anket Formu

ONKOLOJİ HASTALARINDA PSİKOSOSYAL SORUNLAR İLE MANEVİ YÖNELİM VE DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Araş.Gör. Sevil MASAT
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

HASTA TANITIM FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5.Çalışıyor musunuz?: ()Evet ()Hayır

6.Mesleğiniz:

()Ev hanımı () İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli () Öğrenci () İşsiz ()Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

9. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır

11.Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:

12.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

()Eşim ()Çocuklarım ()Eşim ve çocuklarım ()Tek başına ()Diğer (Belirtiniz):

13.Gelir durumunuz: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

14. Kronik bir hastalığınız var mı?: ()Evet ()Hayır

15.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Böbrek hastalığı ()KOAHA ()Diğer(belirtiniz):

16. Mevcut tanınız:

()Mide CA ()Özefagus CA ()Meme CA ()Beyin CA ()Kolon CA ()Lösemi

()Rektum CA ()Böbrek CA ()Mesane CA ()Akciğer CA ()Karaciğer CA ()Larinks CA

()Nazofarenks CA ()Prostat CA ()Over CA ()Uterus CA ()Serviks CA

()Safra yolları ile ilgili CA ()Yumuşak doku CA ()Tiroid CA ()Diğer(Belirtiniz)

EK-1 Anket Formu (devam)

17. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?.....

18. Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) kanser tanısı almış başka birey var mı?

()Evet () Hayır

19. Hastalığınızın klinik evresi:.....

20.Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri(Birden fazla işaretlenebilir):

() Cerrahi tedavi ()Radyoterapi ()Kemoterapi ()Hormon terapisi

21.Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? ()Var ()Yok

22.Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

()Sürrenal ()Karaciğer ()Akciğer ()Kemik ()Beyin ()Cilt ()Diğer(belirtiniz):

23. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?

() Tedavi edilemeyen bir hastalık

() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

() Diğer:.....

24.Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi: () Evet () Hayır

25. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

() Çok kötü ()Kötü ()Orta ()İyi ()Çok iyi

26.Hastalığınızın tedavisine ne zaman başladınız?.....

27. Tedavi süresince size eşlik eden bir yakınınız var mı?() Evet () Hayır

28.Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için aşağıdaki uygulamalardan hangi/hangilerine başvurduunuz?(Birden fazla işaretlenebilir):

()Dua etme ()Namaz kılma ()Kurşun döktürme ()Türbe ziyareti ()Tedavi büyüsü yaptırma

()Adak/ kurban adama ()Hocaya gitme ()Muska yaptırma ()Nazarlık Kullanma

()Aktara gitme ()Kutsal su içme(Zem zem) ()Diğer:.....

EK-2 Manevi Yönelim Ölçeği

MANEVİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ							
Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı size verilen maddenin karşısındaki numaralardan birini aşağıda verilen örnekteki gibi daire içine alarak işaretleyiniz. Örnek madde: Lütfen aşağıdaki maddeyi okuyunuz ve maddeyle ilgili “1-Kesinlikle Katılmıyorum” dan “7-Tamamen Katılıyorum” a doğru sizi en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Sadece bir numarayı daire içine alınız.							
1. Yüce bir gücün varlığını ruhumun derinliklerinde hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Bana huzur veren manevi yaşantılarım vardır.	1	2	3	4	5	6	7
3. İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
4. İnsanı nihai noktada, ancak sonsuz bir varlık anlayabilir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Dua/meditasyon, manevi yaşantımın önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5	6	7
6. İlahi bir güce olan inancım, hayattaki zorluklarla başa çıkmamda bana yardımcı olur	1	2	3	4	5	6	7
7. Bir kimse hayatının anlamını gerçekten ararsa, cevaplar bulabilir	1	2	3	4	5	6	7
8. İlahi bir varlığa olan inancım davranışlarım üzerinde etkilidir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Dua ederek, kendimi inandığım şeye daha yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10. İlahi bir varlığa olan inancım, hayatıma anlam kazandırır.	1	2	3	4	5	6	7
11. Dua/meditasyon bana duygusal destek sağlar.	1	2	3	4	5	6	7
12. Manevi boyutla olan iletişimim, ruh sağlığıma iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13. Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Dua/meditasyon dinginliğinde bir bütünlük duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7
16. İnancım çevremdeki insanlarla iletişimimi güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7

EK-3 Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ İnsanların zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleri ile ilgili pek çok araştırma yapılmaktadır. Hayatın zorluklarıyla başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu çalışma manevi değerlerin başa çıkmaya nasıl katkıda bulunduğuyla ilgilenmektedir. Aşağıdaki maddeler belirli bir zorlukla karşılaştığınız zaman ne yaptığınız ve ne hissettiğiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğumuz o zamanda ne yaptığımızı düşünün. Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden her birini numaralandırın. Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün. Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğince sizin için doğru olan numarayı yazın.	Hemen hemen hiç yapmadım	Arada sırada yaptım	Orta Derecede Yaptım	Sıklıkla yaptım
1-Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım.	1	2	3	4
2-Böyle bir olayda Tanrı'nın bana nasıl bir güç vereceğini görmeye çalıştım.	1	2	3	4
3- İyi bir kul olmağım için cezalandırıldığımı hissettim.	1	2	3	4
4-Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim.	1	2	3	4
5-Tanrı'nın gücünden /kudretinden şüpheye düştüm.	1	2	3	4
6-Tanrı'dan sevgi ve şevkat diledim.	1	2	3	4
7-Tanrı'nın beni sevip sevmediğinden şüpheye kaldım.	1	2	3	4
8-Öfkemi gidermesi için tanrı'dan yardım diledim.	1	2	3	4
9-Günahlarımın affedilmesini diledim.	1	2	3	4
10-Tanrı'nın beni yalnız bıraktığından endişelendim.	1	2	3	4
11-Planlarımı Tanrı'nın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım.	1	2	3	4
12-Dindar kardeşlerimin/Dini kurumların beni terk etmesinden endişelendim	1	2	3	4
13-Sorunlarımı dert etmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.	1	2	3	4
14-Tanrı tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm.	1	2	3	4

EK-4 FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

FACT-G (Version 4):Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların Önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
BEDEN DURUMU					
1.Enerjim düşük.	0	1	2	3	4
2.Bulantım var.	0	1	2	3	4
3.Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
4.Ağrım var.	0	1	2	3	4
5.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
6.Kendimi hasta hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.	0	1	2	3	4
SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU					
1.Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Ailemden manevi destek görüyorum.	0	1	2	3	4
3.Arkadaşlarımdan destek görüyorum.	0	1	2	3	4
4.Ailem hastalığımı kabullendi.	0	1	2	3	4
5.Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum.	0	1	2	3	4
6.Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Cinsel hayatım tatmin edici.	0	1	2	3	4
DUYGUSAL DURUM					
1.Kendimi üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.	0	1	2	3	4
3.Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.	0	1	2	3	4
4.Kendimi sinirli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5.Ölmekten korkuyorum.	0	1	2	3	4
6.Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.	0	1	2	3	4
FAALİYET DURUMU					
1.Çalışabiliyorum.	0	1	2	3	4
2.İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4

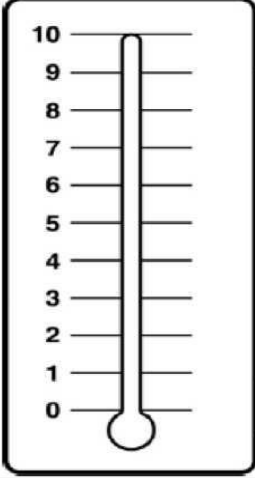
EK-4 FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (devam)

3.Hayattan zevk alabiliyorum.	0	1	2	3	4
4.Hastalığımı kabullendim.	0	1	2	3	4
5.İyi uyuyorum.	0	1	2	3	4
6.Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.	0	1	2	3	4
7.Şuanda hayatımın kalitesinden memnunum.	0	1	2	3	4



EK-5 Distres Termometresi

DİSTRES TERMOMETRESİ

Talimat: İLK ADIMDA: Lütfen önce sağdaki termometrede, bugün dahil kendinizi son bir hafta içinde nasıl baskı altında hissettiğinizi gösterebilecek rakamı (0-10) bir daire içine alınız.		Çok baskı altında Hiç baskı altında değil
--	--	--

İKİNCİ ADIMDA: Lütfen bugün dahil geçen hafta içinde aşağıda belirtilen konulardan birinde problem yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Her kesim için bir çarpıyla EVET veya HAYIR diye cevap veriniz.	EVET	HAYIR
PRATİK PROBLEMLER		
1. Oturma durum		
2. Sigorta		
3. İş/Okul		
4. Taşıma/ transport		
5. Çocuk Bakımı		
AİLESEL PROBLEMLER		
1. Eş		
2. Çocuk		
DUYGUSAL PROBLEMLER		
1. Tasalar		
2. Korkular		
3. Üzüntü		
4. Depresyon		
5. Sinirlilik		
6. Güncel aktivitelere yönelik bilgi kaybı		
RUHSAL/DİNİ HUSUSLAR		
1. Allah ile ilgili		
2. İnanç kaybı		

EK-5 Distres Termometresi (devam)

BEDENSEL PROBLEMLER		
	EVET	HAYIR
1. Ağrılar		
2. Bulantı		
3. Bitkinlik		
4. Uyku		
5. Hareket/mobilite		
6. Yıkama/giyinme		
7. Dış görünüş		
8. Nefes darlığı		
9. Ağız yaraları		
10. Yemek yeme/beslenme		
11. Sindirim rahatsızlığı		
12. Kabızlık		
13. İshal		
14. İdrar yapmada değişiklik		
15. Ateş		
16. Kuru/kaşıntılı cilt		
17. Kuru/tıkalı burun		
18. Ellerde/ayaklarda karıncalanma		
19. Şişkinlik hissi		
20. Hafıza/konsantrasyon		
21. Cinsel problemler		

EK-6 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/922

05.05.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki** başlıklı OMÜ KAEK 2017/193 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 04.05.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-7 Hastane İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-010.06.99-E.12181
Konu : Tez Çalışmanız Hakkında

18/05/2017

SN. SEVİL MASAT

Yüksek lisans tez çalışmanızı Hastanemiz Onkoloji-Hematoloji Kliniklerinde yapma isteğiniz uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362)457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr

Meral TULUM

meral.tulum@omu.edu.tr

Dahili Tel : 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden ÖYGT-LHRO-01KN kodu ile yapılabilir.

EK-8 Manevi Yönelim Ölçeği Kullanım İzni

ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x



SEVİL MASAT <svlmst@gmail.com>

18:13 (4 saat önce)



Alıcı: figenkasapoğlu

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Tarafınızca geliştirilmiş bulunan "Manevi Yönelim Ölçeğini" **Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar ile Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki** konulu tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.



figen kasapoğlu

22:24 (0 dakika önce)



Alıcı: bana

Sayın Sevil hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Güvenirlik analizini yaparsınız.

Ölçeği gönderiyorum

Çalışmanızda başarılar dilerim.

9 Kas 2017 18:13 tarihinde "SEVİL MASAT" <svlmst@gmail.com> yazdı:



EK-9 Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni

ölçek kullanım izni



Gelen Kutusu x



SEVİL MASAT <svlmst@gmail.com>

18:00 (3 saat önce)



Alıcı: halileksi

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış bulunan "Dini Başa Çıkma Tarzları" ölçeğini " **Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar ile Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki** " konulu tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.





Halil Eksi

21:07 (0 dakika önce)



Alıcı: bana

Merhaba Sevil

Memnuniyetle kullanabilirsin

Kolay gelsin

ışen

9 Kas 2017 18:00 tarihinde "SEVİL MASAT" <svlmst@gmail.com> yazdı:

n

EK-10 FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **SEVİL MASAT (“Investigator”)** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **SEVİL MASAT** is granted license to use the **Turkish** version of the **FACT-G** in **one not for profit study**:

This current license is only extended to SEVİL MASAT’s research project subject to the following terms:

- 1) (SEVİL MASAT) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, SEVİL MASAT will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (SEVİL MASAT) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if SEVİL MASAT engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of SEVİL MASAT’s project.
- 10) SEVİL MASAT agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: November 27, 2017 Shannon C Romo Assistant Business Manager

FACIT.org

381 S. Cottage Hill Avenue

Elmhurst, IL 60126 USA www.FACIT.org

EK-11 Distres Termometresi Kullanım İzni

DİSTRES ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Gelen Kutusu x

ÖLÇEK İZİNLERİ x



 **SEVİL MASAT** <svlmst@gmail.com>

27.11.2017 ☆



Alıcı: elvanozalp ▾

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Roth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan (1998), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış bulunan "Distres Termometresi" ölçeğini "**Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar ile Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki**" konulu tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

...

 **elvan ozalp** <elvanozalp@yahoo.com>

6.12.2017 ☆



Alıcı: bana ▾

Merhabalar ölçeği çalışmanızda kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Memnuniyet duyuyorum.İyi çalışmalar
Doç. Dr Elvan Özalp

...

+

ÖZGEÇMİŞ

Ad: Sevil

Soyad: MASAT

Doğum Yeri: SEYHAN/ADANA

Doğum Tarihi: 06/09/1990

Görev Yeri: OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yabancı Dil: İngilizce

E-Posta Adresi: svlmst@gmail.com

Tarih: Akademik Eğitim

2008-2012: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2016-...: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Programı

Akademik Ünvanları

2016-...: Araştırma Görevlisi

İş Tecrübesi

2012 Haziran-2012 Aralık: İstanbul Göztepe Medical Park Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi

2013-2016: Balıkesir Üniversitesi Hastanesi Genel Dahiliye Servisi

2016-....: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Esasları Anabilim dalı