

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARIN
SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Nurşen GİRGİN

ORCID ID: 0000-0002-2137-2714

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

MAYIS 2021

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2017970154

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARIN
SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Nurşen GİRGİN

ORCID ID: 0000-0002-2137-2714

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

ORCID ID: 0000-0001-8001-387X

İZMİR

MAYIS 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR.....	vi
KABUL VE ONAY.....	vii
ETİK BEYAN.....	viii
TEŞEKKÜR.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanser	6
2.1.1. Kanserin Patofizyolojisi	6
2.1.2. Kanserin Epidemiyoloji	8
2.1.3. Kanserin Etiyolojisi.....	9
2.1.4. Kanserin Evrelendirilmesi... ..	11
2.1.5. Kanser Tedavi Yöntemleri.....	12
2.2. Spiritüalite.....	14
2.2.1. Spiritüalite Kavramı ve Spiritüel İyilik Hali.....	14
2.2.2. Kansere Tanılı Bireyde Spiritüalite Kavramı.....	15
2.3. Spiritüalite ve Psikoloji.....	16

2.4. Psikolojik Dayanıklılık.....	17
2.4.1. Dayanıklılık Kavramı.....	17
2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı.....	17
2.4.3. Kanser Tanılı Bireyde Psikolojik Dayanıklılık.....	19
2.5. Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılığın Sağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	22
3.4. Çalışma materyali	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	24
3.6.2. Spiritüel İyilik Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale).....	24
3.6.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ).....	25
3.7. Araştırma Planı	25
3.7.1. Akış Şeması.....	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.10. Etik Kurul Onayı.....	27
4. BULGULAR	28
5.TARTIŞMA	57
5.1. FACIT-SP Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması.....	60

5.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.4. Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması.....	67
5.5. FACIT SP12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuç.....	72
6.2. Öneriler.....	73
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	83
Ek-1) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	83
Ek-2) Hasta Tanıtım Formu	85
Ek-3) Spiritüel (Manevi) İyilik Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale).....	88
Ek-4) Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)	90
Ek-5) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışma İzni Onayı.....	92
Ek-6) Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul Kararı.....	93
Ek-7) Özgeçmiş.....	95
Ek-8) Ölçek İzinleri.....	96

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulgular.....	28
Tablo 2. FACIT SP12 maddelerine verilen yanıtların dağılımı	31
Tablo 3. FACIT SP12 ölçeğine ilişkin bulgular.....	32
Tablo 4. Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 5. PDÖ alt boyut ve toplamına ilişkin bulgular karşılaştırılması.....	40
Tablo 6 . Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 7 . FACIT SP12 ölçek puanları ve PDÖ puanları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi PDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları	50
Tablo 8. FACIT SP12 Toplam puanı için gerçekleştirilen regresyon analizleri sonucunda elde edilen son modelin beta katsayıları, test değerleri ve anlamlılık düzeylerinin gösterimi.....	53
Tablo 9. PDÖ Toplam puanı için gerçekleştirilen regresyon analizleri sonucunda elde edilen son modelin beta katsayıları, test değerleri ve anlamlılık düzeylerinin gösterimi.....	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Karsinogenезin Oluşumu	8
---------------------------------------	---



SİMGELER VE KISALTMALAR

AJCC Amerikan Ortak Kanser Komitesi

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

FACIT-SP 12 Spiritüel İyilik Ölçeği

GLM Genel Lineer Model

IARC Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

NIH National Cancer Institute

PDÖ Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TSG Tümör Baskılayıcı Genler

UICC Uluslararası Kanser Kontrolü Birliği

YİPDÖ Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Ayaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nurşen GİRGIN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ’a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Özlem UĞUR’a,

Varlıkları ile bana her zaman güç veren, tüm sıkıntılı süreçlerimde uzakta olsalarda desteklerini yakınmış gibi hissettiren çok değerli annem Fatma GİRGİN’e, babam Birol GİRGİN’e ve gerek çocukluğum, gerekse eğitim yaşantımda üzerimde çok emeği olan canım ablam Nurdan GİRGİN’e,

Son olarak çalışma hayatım ve eğitim sürecimde, bana her zaman anlayış gösteren, bu süreci kolay atlatmam için maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, her anlamda yanımda olup desteğini her zaman hissettiren, başarılarımla gurur duyan ve tükendiğimi hissettiğimde beni tekrar ayağa kaldıran gücüm, ruh eşim, hayat arkadaşım, yoldaşım, değerli nişanlım Dr. Yunus Emre ÖLMEZ’e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Nurşen GİRGİN

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARIN SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Nurşen GİRGIN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Bu çalışma, korelasyonel-tanımlayıcı tipte bir çalışma olup çalışma evrenini, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesinde ayaktan kemoterapi tedavisi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini, Eylül 2019 - Aralık 2020 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesinde kemoterapi tedavisi gören 293 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, Spiritüel İyilik Ölçeği (FACIT-SP 12) ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ) olmak üzere 3 adet form kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için R version 2.15.3 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Shapiro-Wilk testi, Bağımsız gruplar t testi, Tek yönlü varyans analizi, Bonferroni testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Dunn-Bonferroni testi, Pearson korelasyon analizi, Spearman korelasyon analizi, Cronbach alfa katsayısı, GLM (Genel Lineer Model) ve lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma bulgularına göre hastaların, yaş ortalaması (58.28 ± 13.85) dir. Hastaların %57.3'ü ($n=168$) kadın, %32,1'i ($n=94$) hematolojik kanser tanısı almış, %33,8'i ($n=99$) evre 4, %65,2'sinde ($n=191$) metastaz olduğu saptandı. Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile

tanı konma süresi, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, bakım veren kişi, kanser tipi ve evresi, metastaz durumu, kemoterapi (kt) kür sayısı ve ek kronik hastalık varlığı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların YİPDÖ toplam puan ortalaması 107.45 ± 32.01 , FACIT-SP 12 toplam puan ortalaması 28.56 ± 12.08 olarak saptandı. FACIT-SP 12 ve YİPDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Çalışmamızda hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyinin orta seviyenin üstünde olduğu, spiritüel iyilik hallerinin ise orta seviyede olduğu tespit edildi. Psikolojik dayanıklılık ve spiritüel iyilik hali arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşireler, bütüncül bakım vermede önemli olan bu iki değişkeni klinik bakımlarına entegre etmelidirler.

Anahtar Sözcükler: Kanser, spiritualite, spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL
WELL-BEING AND PSYCHOLOGICAL ENDURANCE LEVEL IN
CANCER PATIENTS RECEIVING OUTPATIENT CHEMOTHERAPY**

Master Thesis

Nurşen GİRGIN

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Department Of Nursing

ABSTRACT

This study was conducted to examine the relationship between the spiritual well-being and psychological resilience level of cancer patients receiving outpatient chemotherapy.

This study is a correlational-descriptive study and the population of the study consists of all patients receiving outpatient chemotherapy treatment in the Haseki Training and Research Hospital chemotherapy unit. The sample of the study consisted of 293 patients who received chemotherapy treatment in the Haseki Training and Research Hospital chemotherapy unit between September 2019 and December 2020. Three forms, namely the Patient Information Form, the Spiritual Well-being Scale (FACIT-SP 12) and the Adult Psychological Resilience Scale (YIPRS) were used to collect the data. R version 2.15.3 program was used for statistical analysis. In the analysis of data, Shapiro-Wilk test, Independent groups t test, One-way analysis of variance, Bonferroni test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Dunn-Bonferroni test, Pearson correlation analysis, Spearman correlation analysis, Cronbach alpha coefficient, GLM (General Linear Model) and linear regression analysis were used. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

According to the research findings, the average age of the patients is (58.28 ± 13.85) . 57.3% (n = 168) of the patients were female, 32.1% (n = 94) were diagnosed with hematological cancer, 33.8% (n = 99) were stage 4, 65.2% (n = 191) was found

to have metastasis. Spiritual Well-being Scale and Psychological Resilience Scale scores of the patients included in the study, and the time of diagnosis, marital status, employment status, number of children, caregiver, cancer type and stage, metastasis status, number of cures and presence of additional chronic diseases It was determined that there is a statistically significant difference. The mean total score of PRSFA for cancer patients who received outpatient chemotherapy was 107.45 ± 32.01 , and the mean total score for FACIT-SP 12 was 28.56 ± 12.08 . When the relationship between FACIT-SP 12 and PRSFA was examined, it was found that there was a positive significant relationship between total scale scores ($p < 0.05$).

In our study, it was found that the psychological resilience level of the patients was above the middle level, and their spiritual well-being was moderate. It has been determined that there is a positive significant relationship between psychological resilience and spiritual well-being. Nurses should integrate these two variables, which are important in providing holistic care, into their clinical care.

Keywords: Cancer, spirituality, spiritual well-being, resilience

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, kontrolsüz büyümesi ve anormal hücrelerin yayılması ile karakterize bir hastalık grubudur. Dünya genelinde her altı ölümden biri kanser nedeniyle olup; AIDS, tüberküloz ve sıtmanın toplam ölüm oranından daha fazla ölüme neden olduğu bildirilmektedir. Bugün kanser, ölüm nedenleri içinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir (1). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından üretilen GLOBOCAN 2020 kanser insidansı ve mortalite verilerine göre 2020 yılında dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10,0 milyon kanser ölümü meydana geldiği bildirilmekle birlikte meme kanseri, en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır. Türkiye Kanser Daire Başkanlığı'nın verilerine göre 2014 yılında ülkemizde yaklaşık olarak 163.500 kişiye kanser tanısı konulmuştur. 2014 yılı yaşa standardize kanser hızının her 100 bin kişide erkeklerde 246.8, kadınlarda ise 173.6 olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte erkekler en çok akciğer, prostat ve kolorektal kanser tanısı alırken, kadınlar ise meme, tiroid ve kolorektal kanser tanısı aldıkları belirtilmektedir. 2040 yılına ilişkin yapılan analizlere göre ise 30,2 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, aynı yıl 19,3 milyon bireyin kanser nedeniyle yaşamını kaybedeceği tahmin edilmektedir (2,3).

Kanser tanısı alan bir çok hasta, hastalık ve tedavisi ile baş edebilmek için spiritualiteyi bir güç kaynağı olarak kullanmaktadır (4). Spiritualitenin kelime anlamı; maneviyat, din, inanç gibi kavramlar ile ilişki kurularak günümüze kadar çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. İlk olarak insan yaşamının psikolojik tarafını tanımlamak, daha ilerki dönemlerde ise din adamlarının görev tanımlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Günümüze bakıldığında, spiritualite kavramının dini inançların ötesinde daha geniş bir kavram olduğu kabul görmektedir. “Nefes almak”, “canlı olmak” anlamlarına gelen spiritualite, Latince kökenli “spiritus”tan türetilmiş olup daha geniş bir kavram olarak yaşamı hissetmek ve anlamak olarak tanımlanabilir. (5).

Spiritualite, kişinin dini ritüeller yoluyla Tanrı ile ilişki araması dışında yaşamın anlam ve amacını oluşturan unsurları da kapsamaktadır. Spiritualizm, ruh ve beden

etkileşimi yani “birleştirici güç” şeklinde de tanımlanmaktadır. Spiritüalizm (tinselcilik=ruhçuluk), metafizik bir görüştür ve bu görüşe göre varlık bedenden bağımsız bir ruhu temsil eder. Evren de bağımsız bir ruha sahiptir. Spiritualite kavramının Türkçe karşılığı tam olarak adlandırılmamakla birlikte Arapça kelime karşılığı olan “maneviyat” kullanılmaktadır. Maneviyat, maddi olmayan manevi yani soyut, tinsel, görülmeyen ve duyularla algılanabilen şeyler ya da mecaz olarak moral, kalp gücü anlamına gelmektedir (6,7,8).

Kanser, hastanın yaşam için anlamını, kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkisini tehdit edebilmektedir. Birçok hasta, korku ve belirsizlik yaşamaktadır ve bu korkularla başa çıkma, olumlu bir bakış açısı kazanma, sevgi verme ve alma ve Tanrı ya da daha yüksek bir varlık ile ilişki kurma konusunda yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedirler. Birçok çalışma, spiritüel iyilik haline sahip olan kanserli hastaların bu tür ihtiyaçları karşılama ve hastalık deneyimiyle başa çıkma konusunda daha az zorlandığını göstermiştir. Buna ek olarak tüm bu ihtiyaçlar hemşireler tarafından iyi bir gözlem sonucunda belirlenmeli ve spiritüel bakım sonrası hastaların spiritüel iyilik hali sağlanmalıdır. Spiritüel bakım, aynı zamanda hastaların psikolojilerini olumlu yönde etkilemektedir (6,9). Bu anlamda spiritüel iyilik hali hastaların psikolojik dayanıklılığı üzerinde de etkili olabilir (10).

Kanser potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir hastalıktır ve insan yaşantısında psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Kanser tanısı alan birey; gelecek ile ilgili büyük bir kaygı yaşamakta, yalnızlık ve çaresizlik duyguları ağır basmakta ve hastalığı kabullenememe gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Buna ek olarak, kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi kullanımına bağlı olarak da hastalar; bulantı, kusma, alopesi, oral mukozit gibi fiziksel semptomlar deneyimlemekte olup bunun yanı sıra; kişilik bozuklukları, öfke, depresyon, anksiyete, geleceğe umutsuz bakma ve tedaviye uyum bozuklukları gibi birçok psikolojik semptomlar da yaşamaktadır (11). Tüm bu farklı stres kaynaklarıyla karşı karşıya kalan kanserli hastaların yaşadıkları bu zorlu durumlar karşısında psikolojik dayanıklılık düzeyi, bireyi koruyan önemli bir özellik olarak ifade edilmektedir (12,13).

Ünlü düşünür olan Friedrich Nietzsche “Beni öldürmeyen şey güçlendirir” demiştir. Bu cümle tam olarak psikolojik dayanıklılık kavramını açıklamaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramını Luthans ve ark. (2007)’ı, bireyin engel, belirsizlik, zorlanma ve buna benzer birçok olumsuz durumla başa çıkabilme ve başarı sağlama yeteneği olarak tanımlarken, Hunter (2001), başarı ve uyum sağlama süreci olarak tanımlamıştır. Richardson (2002)’a göre dayanıklılık zorluklar ve sorunlarla karşı karşıya kalındığında, başarılı olmak adına, başarıya odaklanma, kendini toparlayıp bu yoldaki hedefini sürdürme olarak açıklanabilmektedir (13). Başka bir deyişle kişinin karşılaştığı riskli ortamda meydana gelen olumsuzluklar karşısında uyum sağlayabilmesi ve olumlu sonuçlara ulaşabilmesidir (14). Tüm bu tanımlar sonucunda, psikolojik dayanıklılığın yaşamda stresli olaylar ile karşılaşıldığında bir direnç kaynağı olarak meydana çıkan kişilik özelliği olduğu ifade edilmektedir (15).

Kanser tanısı almış olmak, hastalık nedeniyle ortaya çıkan semptomlar, hastanın bilgi eksikliği, yaşamını kontrol altına alamayacağı düşüncesi ve hastalık prognozunun belli olmayışı hastaların belirsizlik yaşamasına sebep olmakta ve bu durum psikolojilerini olumsuz yönde etkilemektedir (16,17). Bu noktada psikolojik dayanıklılık olgusu kanser hastaları için önemli bir yere sahiptir. Psikolojik dayanıklılık, tüm bu zorluklar karşısında bireyin kendisini toparlama gücü ya da yaşamış olduğu değişimin üstesinden başarılı bir şekilde gelebilme yeteneğidir (13).

Yapılan bazı çalışmalarda spiritüel iyilik halinin psikolojik dayanıklılığı etkileyen önemli bir parametre olduğu bulunmuştur. Bunlar; Kavak (2019)’ın son dönem gastrointestinal kanserli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, artan spiritüel iyilik hali düzeyleriyle birlikte psikolojik dayanıklılıklarının da arttığını bulmuştur (10). Albayrak (2016)’ın meme kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, spiritüel iyilik hali yüksek olan hastaların düşük depresyon düzeylerine ve daha etkin başa çıkma becerilerine sahip oldukları belirlenmiştir (18). Kavas (2014) spiritüel iyilik halinin, kanser hastalarına pozitif yaşam tarzlarını destekleyerek kendilerini daha yüksek bir düzeyde fark etmelerine yardım ettiğini göstermiştir (19). Gonzalez ve ark. (2014) ise spiritüel iyilik halinin, kanserli hastaların psikolojik iyilik halini arttırdığını ortaya koymuştur (20).

Smith ve ark. (2013), spiritüel iyilik halinin sağlıklı davranışları, olumlu duyguları, yaşam doyumunu, aile bağlarını ve sosyal desteği artırdığını; ve buna bağlı olarak psikolojik dayanıklılığı da artırdığını bulmuştur (21). Fombuena ve ark. (2016)'nın ilerlemiş hastalığı olan palyatif bakım hastaları üzerinde yaptığı çalışmada spiritüel iyilik hali ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki vurgulanmıştır (22). Tuck (2014), ruhsal sorunları olan bireylerin iyileşmesi için spiritüelite ve psikolojik dayanıklılığın önemini vurgulamıştır (23). Yaşamda meydana gelen olumsuz olaylar deneyimi, bir kişinin yaşamın zorluklarıyla nasıl başa çıkacağını öğrenmesine, bunların üstesinden gelme gücü kazanmasına, büyümesine ve bunlar tarafından olumlu bir şekilde dönüştürülmesine yardımcı olabilir. Spiritualite, kanser veya diğer kronik hastalıkları olan hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için adaptasyonu ve dayanıklılığı destekleyen bir kaynaktır. (24).

Spiritüel iyilik hali, fiziksel ve ruh sağlığını tehlikelere karşı korumada önemli bir rol oynamaktadır. Bireyde bulunan spiritüel iyilik hali, stres veren yaşam olaylarının oluşmasına engel olarak fiziksel ve psikolojik hastalık riskinin oluşumunu önlemektedir. Spiritüel iyilik halinin en önemli işlevlerinden birisi stres verici yaşam olaylarının ve yaşam boyunca devam eden zorlukların yarattığı psikolojik zararları en aza indirerek ya da denge sağlayarak tampon görevi görmesidir. Ek olarak spiritüel iyilik hali, kanserli hastaların arasında her aşamada ortaya çıkabilecek olan kriz dönemlerinin aşılmasında ve hastalığın yarattığı sıkıntı ve zorluklara karşı sabır ve dayanıklılığı artırarak ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir (25).

Bireyi fiziksel, sosyal, kültürel, psikolojik ve spiritüel özellikleri ile bir bütün olarak değerlendiren hemşirelik mesleğinde, bireylere holistik bir sağlık bakım hizmeti sunulması hemşirelik bakımının temelidir. Hemşirenin kanserli hastaların, spiritüel iyilik ve psikolojik dayanıklılık durumunu ve etkileyen faktörleri tanılaması ve bu doğrultuda hastanın spiritüel iyi oluş halini artıracak girişimler yapması, hastanın psikolojik dayanıklılığını da artırmada etkili olabilir. Fakat Türkiye’de kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar bulunmamakta, yurtdışında ise sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışma, literatüre bu konuda yeni veriler sağlayacaktır. Bu çalışma kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık

düzeylerinin değerlendirilmesi ve kanserli hastalarda, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlandı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik halleri nasıldır?
2. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hallerini etkileyen özellikler nelerdir?
3. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri nasıldır?
4. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen özellikler nelerdir?
5. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser tarih boyunca insan ve hayvanlarda sık görülen bir problem olmuştur. Kanserine dair bilinen eski kayıtlar MÖ 3000 yılına kadar dayanmaktadır. Kanser kelime olarak Latince’de yengeç anlamına gelen ‘‘carcinosa’’ veya ‘‘cancer’’ kelimelerinden türetilmiş olup tümör terimi ilk defa tümörün çevresindeki şişmiş damarları yengecin bacaklarına benzeten Hipokrat tarafından kullanılmıştır. Galen ise şişme anlamına gelen ‘‘oncos’’ terimini kullanmıştır (26).

Kanser, kendiliğinden veya çevre kaynaklı maruziyetler sonrası gerçekleşen DNA mutasyonlarının neden olduğu, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi ve çoğalması ile karakterize genetik bir hastalıktır (26,27).

Kanserde tümör hücreleri kötü huylu olmakla birlikte, yakındaki dokulara yayılabilir veya istila edebilirler. Aynı zamanda, bu kötü huylu tümör hücreleri büyüdükçe ayrılabilir ve kan veya lenfatik sistem yoluyla vücuttaki uzak yerlere gidebilir ve böylece ana tümör hücresinden uzak yeni tümör hücreleri oluşturabilir. İyi huylu tümörler ise kötü huylu tümörlerin aksine yakındaki dokulara yayılıp, istila etmez. Kanser hücreleri, kontrolden çıkmalarını ve istilacı olmalarını sağlayan birçok açıdan normal hücrelerden farklıdır. Bir diğer önemli fark, kanser hücrelerinin normal hücrelere göre daha az uzmanlaşmış olmasıdır. Bu da, normal hücreler belirli işlevlere sahip çok farklı hücre tiplerine olgunlaşma sürecine girerken, kanser hücreleri olgunlaşmaz demektir ve kanser hücrelerinin normal hücrelerin aksine, durmadan bölünmeye devam etmesinin bir nedenidir. Ayrıca, kanser hücreleri, normal işlevinde hücrelere bölünmenin durdurulması komutunu veren veya vücudun gereksiz hücreleri yok etmesi için kullandığı apoptoz olarak bilinen programlanmış hücre ölümü sürecini başlatan sinyalleri görmezden gelebilir (28).

2.1.1. Kanserinin Patofizyolojisi

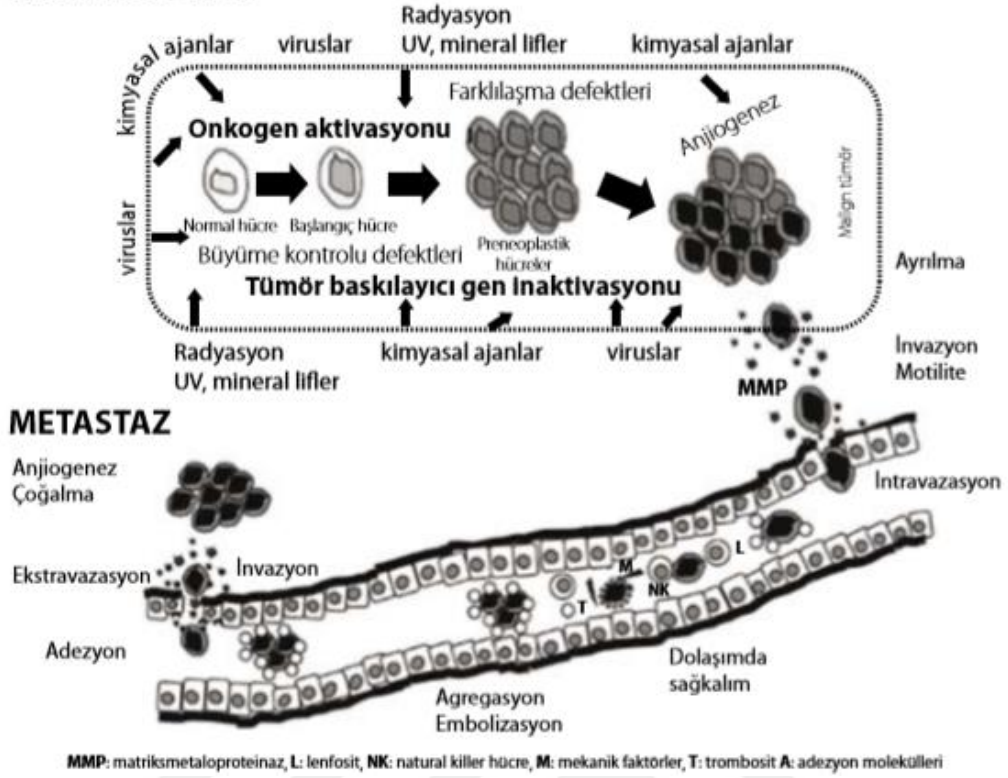
Kanser, hücre döngüsünü düzenleyen mekanizmalarda, hücre büyümesi ve bölünmesinde meydana gelen aksaklık sonucu oluşan patolojik bir durumdur. Hücre siklusu G_0 , M, G_1 , S ve G_2 fazlarından oluşmaktadır. Bu fazlarda, hücre uyarımı sağlanıp büyüme meydana gelmektedir. Hücre döngüsünde G_1 – S fazına geçişte, G_2 –

M fazına geçişte ve metafaz-anafaz fazına geçişte kontrol noktaları bulunmaktadır. Hücre döngüsü siklinler (cyc) ve siklin bağımlı kinazlar (cdk) tarafından kontrol edilmektedir. Cdk ve cyc, tümör baskılayıcı genler (TSG) üzerine etki ederek hücrelerin ölümüne yol açabileceğı gibi büyüme ve çoğalmasına da sebep olabilir. Hücre siklusunun düzenlenmesinde meydana gelen hatalar hücre bölünmesindeki kontrolün sağlanamamasına neden olur (29).

Kanser oluşumu sırasında meydana gelen süreçler tam olarak anlaşılamamasına rağmen, kanser oluşumunun temelinde mutasyonların art arda meydana gelip birikmesinin, tümör oluşumunu yönlendiren en büyük kuvvet olduğu açıktır. Karsinogenez, fiziksel veya kimyasal ajanların neden olduğu genetik mutasyonlara yol açan süreçtir. (30). Hızla çoğalan kanser hücrelerinin oluşturduğu doku belli bir boyuta ulaştığında tümör hücrelerinden bazıları bu dokudan ayrılır. Doku içine girerek ilerlemeye başlar. Bu olaya invazyon adı verilir. Hücre bir damar ile karşılaştığında damar duvarını eriterek damar içine girer. Sonra damar içindeki kanla birlikte vücutta dolaşmaya başlar. Daha sonra kanser hücreleri belli organlarda damar yüzeyine tutunarak damar duvarını bir daha eritir ve hedef dokuya ulaşarak çoğalmaya devam eder (31) (Şekil 1).

Genetik hasarlar ya da mutasyonlar; virüsler, kimyasallar veya radyasyon gibi çevre faktörlerinin etkisiyle edinsel olarak ortaya çıkabileceğı gibi germline de iletilebilir (27)

KARSİNOGENEZ



Şekil 1: Karsinogenezin oluşumu (32)

Birçok biyolog, kanserin evrimsel bir miras olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Bu nedenle, çevresel faktörlerin yanı sıra, evrimin şekillendirdiği genetik faktörler kanser gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Çok hücreli organizmaların hücreleri, hem onkogenleri hem de TSG’i barındırır. Birçok çalışma, normal bir hücreden kanser hücresi gelişebilmesi için hem onkogenlerin aktifleşmesinin hem de TSG de fonksiyon kaybının gerekli olduğunu göstermektedir (33).

2.1.2. Kanser Epidemiyoloji

21. yüzyılda kanser, dünyanın her ülkesinde artış gösteren, yaşam beklentisinin önündeki en önemli engel olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre 2015 yılında kanser, 172 ülkenin 91'inde 70 yaş ve altının ilk veya ikinci ölüm nedenidir ve 22 ülkede üçüncü veya dördüncü sırada yer almaktadır. 2040 yılına ilişkin yapılan analizlere göre ise 30,2 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, aynı yıl 19,3 milyon bireyin kanser nedeniyle yaşamını kaybedeceği tahmin edilmektedir (3).

Türkiye’ de görülen ilk 5 kanser türü, gelişmiş ülkelerdeki ve dünyadaki sıralama ile benzerlik göstermektedir. GLOBOCAN 2020 Türkiye verilerine göre: Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (74,8/100.000 kişide YSH), kadınlarda ise meme kanseri (46,6/100.000 kişide YSH) en sık görülen kanser türlerini oluşturmaktadır (34).

IARC tarafından üretilen GLOBOCAN 2020 kanser insidansı ve mortalite tahminlerine göre 2020 yılında dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10,0 milyon kanser ölümü meydana gelmekle birlikte meme kanseri, en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır. Tahmini 2,3 milyon yeni vaka meme kanserini (% 11,7) sırasıyla akciğer (% 11,4), kolorektal (% 10,0), prostat (% 7,3) ve mide (% 5,6) kanserleri takip ediyor. Akciğer kanseri ise tahmini 1,8 milyon ölümle (% 18) kanserden ölümlerin önde gelen nedeni olmayı sürdürürken, bunu kolorektal (% 9,4), karaciğer (% 8,3), mide (% 7,7) ve meme (% 6,9) izliyor (35).

Kanser insidansı ve mortalitesi dünya çapında hızla artmaktadır. Sebepler karmaşık olmakla birlikte, nüfusun hem yaşlanmasını hem de büyümesini ve bunların birçoğu sosyoekonomik gelişme ile ilişkili olan kanser için ana risk faktörlerinin yaygınlığı ve dağılımındaki değişiklikleri yansıtmaktadır. Kanser geçişleri, hastalığın artan büyüklüğünün, yaygın kanser türlerinin değişen profiliyle paralel olduğu gelişmekte olan ekonomilerde daha çok dikkat çekmektedir. Her bir ülkedeki ve bölgeler arasındaki farklı kanser profilleri, belirgin coğrafi çeşitliliğin hala var olduğunu ve toplumlarda oldukça farklı sosyal ve ekonomik aşamalarındaki yerel risk faktörlerinin devam ettiğini gösterir. Bu, insan gelişim spektrumunun zıt uçlarındaki ülkelerde gözlenen serviks, mide ve karaciğer dahil enfeksiyonla ilişkili kanser oranlarındaki belirgin farklılıklar ile gösterilmiştir (35).

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Kanser gelişiminde genler ve çevre olmak üzere iki baskın faktör rol oynamaktadır. Genler popülasyon arasında eşit olmayan bir şekilde dağılırken, dünyadaki kanser insidansları arasındaki farklılıkları açıklayamamaktadır. Japonlarda mide kanseri görülme sıklığı, amerikalılara kıyasla 6-8 kat daha fazladır. Bununla

birlikte, Amerika'da yaşayan Japon göçmen çocuklar, Amerikan nüfusu ile karşılaştırılabilir mide kanseri insidans oranları gösteriyor. Bu nedenle kanser gelişme riski büyük ölçüde çevresel faktörlere bağlı görülmektedir ve tüm kanserlerin % 90'ından fazlasını oluşturmaktadır (27,36). Yaklaşık %5-10 kadarının kalıtsal olduğu gözlenmektedir. Bunların büyük çoğunluğu otozomal dominant kalıtmı ve tümör baskılayıcı gen ya da protoonkogen mutasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan kanserlerdir (37).

Yaşam tarzının kanser üzerindeki etkisini ilişkilendiren bilinen ilk rapor, burun kanseri ile tütün enfiye kullanımı arasındaki bağlantıya dikkat çeken İngiliz doktor John Hill'e aittir. 18. yüzyılın sonlarında Sir Percival Pott, skrotal kanserlerin baca temizleyicilerindeki kötü hijyen ve kansere neden olan ajanların birikmesine bağlı olduğunu bildirdi. Danimarka Baca Temizleyicileri Birliği, günlük banyoları tavsiye etti. Avrupa'daki skrotal kanser insidans oranlarındaki dramatik düşüşün en olası nedeni günlük banyodur. İlerleyen zamanlarda birçok kimyasalın hayvanlarda karsinogen olduğu belirlenmiştir (27).

1950'de, ikna edici epidemiyolojik kanıtlar, yoğun sigara içenlerin sigara içmeyenlere oranla 20 kat daha yüksek akciğer kanseri riski taşıdığını gösterdi. O zamandan beri tütün ve alkol tüketimi, sadece ABD'de yılda yaklaşık 170.000 ağız ve boğaz kanseri ölümüyle ilişkilendirildi. Her yıl yarım milyondan fazla ölümün obezite, fiziksel hareketsizlik, diyetler gibi yaşam tarzı seçimlerinden kaynaklanması bekleniyor (düşük sebze, yüksek tuz veya nitrat mide ve özofagus kanserleriyle bağlantılıyken; yüksek yağlı, düşük lifli diyetler ise bağırsak, pankreas, meme ve prostat kanseri ile bağlantılıdır). Virüsler [hepatit B virüsü (HBV), human papilloma virüsü (HPV), human immün yetmezlik virüsü (HIV) - nazofarengeal, servikal karsinomlar ve Kaposi sarkomu] ve Helicobacter pylori gibi bakteriler (mide kanserleri) kanser riskini arttıran ajanlardır. Güneş ışınlarında yüksek düzeyde ultraviyole radyasyona maruz kalma ve bronzlaşma salonlarının popülerliği nedeniyle özellikle Avustralya'da cilt kanseri vakaları (melanomlar) artmaktadır. Bununla birlikte, bu kanserlerin bazılarını geliştirme riski, yaşam tarzları ve aşılar değiştirilerek azaltılabilir (örneğin, servikal karsinom riskini azaltan Gardasil). Kanser her yaştan insanda ortaya çıkabilmesine rağmen yaşlanan nüfus arasında yaygındır. Yaygın

kanserlerin (örneğin meme, kolorektal, prostat, akciğer) görülme sıklığı yaşla birlikte artar (38).

2.1.4. Kanserın Evrelendirilmesi

Evreleme, bir kişinin vücudunda ne kadar kanser olduğunu ve nerede bulunduğunu bulma sürecidir. Bir kişinin kanserinin aşaması bu şekilde belirlenir (39).

Çoğu kanser türünde, en iyi tedavi seçeneklerini belirlemeye yardımcı olmak için kanserin nerede ve ne boyutta olduğunu bilmesi gerekir. Örneğin, erken evre bir kanser için en iyi tedavi ameliyat veya radyasyon olabilirken, daha ileri evre bir kanserin kemoterapi, hedefe yönelik ilaç tedavisi veya immünoterapi gibi vücudun tüm bölgelerine ulaşan tedavilere ihtiyacı olabilir. Hangi tedavinin en iyi olabileceğine karar vermek için kullanılan tek faktör kanserin evresi değildir. Bazen farklı aşamaları olan kanserler aynı şekilde tedavi edilebilir veya aynı evredeki kanserler farklı şekillerde tedavi edilebilir. Her kişi için en iyi tedavi seçeneklerini birçok faktör belirler. Bir kanserin evresi, muhtemel seyrini ve tedavinin ne kadar başarılı olacağını tahmin etmeye yardımcı olmak için de kullanılabilir. Her insanın durumu farklı olsa da, aynı tip ve aşamadaki kanserler benzer görünümlere sahip olma eğilimindedir. Tüm kanserler aşamalı değildir. Örneğin, lösemiler kan hücrelerinin kanserleridir ve bu nedenle tipik olarak bulundukları zaman tüm vücuda yayılmışlardır. Çoğu lösemi türü, tümörleri oluşturan kanserlerin olduğu gibi evrenmez (39 40).

Kanseri evrelemek için kullanılan Dukes sınıflandırma sistemi ve Astle-Coller sınıflandırma sistemi gibi sınıflandırma sistemleri vardır. Fakat günümüzde, tedavi kararlarının çoğu kanser türü için en yaygın ve yararlı evreleme sistemi olan TNM sınıflandırmasına göre alınmaktadır (40).

Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Kontrolü Birliği (UICC), TNM sınıflandırma sistemi kullanımını, belirli ortak standartlara dayalı olarak sürdürmektedir. TNM sisteminde genel evre, kansere tümör (T), lenf nodu (N) ve metastaz (M) kategorilerini tanımlayan bir harf veya sayı atandıktan sonra belirlenir. T, orijinal (birincil) tümörü tanımlar. N, kanserin yakındaki lenf düğümlerine yayılıp yayılmadığını, M ise kanserin vücudun uzak bölgelerine yayılıp yayılmadığını (metastaz yapıp yapmadığını) gösterir (39).

2.1.5. Kanser Tedavi yöntemleri

Malignitenin bilinmesinden bu yana, yapılan araştırmaların amacı kanser için yeni ve kaliteli tedavi yaklaşımları keşfetmektir. Dünya çapında devam etmekte olan tüm tıbbi alandaki kaliteli tedavi çalışmalarının %60'ından fazlası kanser üzerine yoğunlaşmaktadır. Tedavinin seçimi ve uygulanma süreci kanserin türüne, bulunduğu yere ve ilerleme aşamasına bağlıdır. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi en yaygın kullanılan tedavi yöntemlerinden bazılarıdır. Diğer tedavi seçenekleri ise hormon bazlı terapi, anti-anjiyojenik modaliteler, kök hücre tedavileri, immünoterapi ve dendritik hücre bazlı immünoterapiyi içerir. Kanser tedavisinde amaç, kanser hücresinin kontrolünü sağlamak, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, semptomların giderilmesi ve iyileşmeyi sağlayarak sağ kalım süresini uzatmaktır (41).

Cerrahi Tedavi

Kemoterapi ve radyoterapiye oranla çevre dokulara en az zararı sağladığından cerrahi, rezeksiyon veya ameliyat birçok iyi ve kötü huylu tümörün en umut verici ve geleneksel tedavilerinden biri olarak düşünülmektedir. Cerrahi tercih edilen tedavi seçeneği olarak değerlendirmenin bir başka sebebi de, tümörün gereksiz doku hasarı riski olmadan çıkarılabilmesidir. Çeşitli faktörlere bağlı olarak açık veya minimal invaziv farklı ameliyat türleri gerçekleştirilebilir. Ameliyat esnasında, büyük bir kesi atılır ve genellikle tümörün çıkarılmasıyla birlikte yakın mevcut bazı lenf düğümleriyle ilişkili bir miktar sağlıklı doku da çıkarılır. Bunun aksine minimal invaziv cerrahi için cerrah, büyük bir tane yerine birkaç küçük kesi yapar ve ardından üzerine kamera takılı ince bir tüp olan laparoskop yardımıyla tümörü detaylı olarak görüntüler. Kamera, cerrahın aktivitesini izlemesine yardımcı olan bir ekranda görüntüyü gösterir. Daha sonra tümör, az miktarda sağlıklı doku ile birlikte özel cerrahi aletler yardımıyla dikkatlice çıkarılır (42).

Radyasyon tedavisi

Kanser tedavisinde radyasyon, kanser hücrelerini öldürmek için kullanılan fiziksel bir varlıktır. Kullanılan radyasyon türü iyonlaştırıcı radyasyondur. Radyasyon, biyolojik cisimlerdeki parçacıkların elektriksel olarak yüklenmesine neden olur ve

enerji vücut hücrelerine aktarılır. Bu enerji, kanser hücrelerini doğrudan öldürebilir veya hücrelerin genetiklerini değiştirerek apoptoza ve hücre ölümüne yol açabilir. Radyasyonla tedavi edilen hücrelerdeki genetik değişikliklerin mekanizması, hasarlı DNA'nın kopyalanamaması ve dolayısıyla hücre bölünmesinin durdurulması ve bunun da hücrelerin ölmesine neden olmasıdır. Radyasyon tedavisinin olumsuz etkisi ise ana tümörlü kitlenin çevresinde bulunan normal hücrelere de zarar verebilmesidir. Kanser kütlelerinin doğru hedeflenmesi için geliştirilmiş görüntüleme teknikleri ve girişimler, radyasyonun verdiği net hasarı en aza indirir (42).

Kemoterapi

Tümör hücreleri, apoptoz tarafından kontrolü sağlayamadığı için artan bir bölünme kapasitesine ve ölümsüzlük kalitesine sahiptir. Bu sebeple, normal vücutlarda hücre çoğalmasının hücre ölümü ile dengelendiği ve düzenlendiği durumlarda, kanserli kitlelerde hücre çoğalmasının hücre ölümüne oranı yüksektir. Kemoterapi, tümör hücrelerinde büyümeyi durdurmaları veya ölmeleri için değişikliklere neden olur; bu nedenle kemoterapötik ilaçların iki dalı sırasıyla sitostatik (biyolojik ilaçlar) ve sitotoksiktir. Bununla birlikte, kemoterapötik ilaçlar ayrıca normal hücreleri hedef alır ve bu da saç dökülmesi, mide bulantısı, kusma, yorgunluk, vb. gibi doza bağlı olarak çeşitli yan etkilere sebep olabilir. Yoğun kemoterapi tedavisinin bir sonucu olarak hastaların bağışıklık sistemi bozulmaktadır. Bu da çeşitli enfeksiyonlara ve buna bağlı olarak ölüme neden olabilir. Kemoterapide kullanılan ilaçların tek başına veya kombinasyon tedavilerinde kullanılabilen 100'den fazla çeşidi vardır. Her ilacın farklı bir kimyasal yapısı ve bileşimi vardır. Cerrahi ve radyasyon invaziv ve hedefe yönelik prosedürler iken, kemoterapi esas olarak sistemiktir ve kanser hücrelerine ulaşmak için vücutta dolaşır. Etki şekli, kimyasal yapı, bileşim ve diğer ilaçlarla homoloji, kemoterapi ilaçlarını kategorize etmeye yardımcı olan faktörlerdir. Bazı ilaçlar, birden fazla etkiye sahip olabileceğinden birden fazla kategoriye girebilir. Kombinasyon kemoterapilerinde ilaç çalışmaları, tedavide uygulanan her ilacın zamanı, dozajı ve sırasına karar vermeye yardımcı olur (42).

2.2. Spiritualite

2.2.1. Spiritualite Kavramı ve Spiritüel İyilik Hali

Spiritualite (maneviyat) nefes, hayatın nefesi anlamına gelen Latince ‘spiritus’ kelimesinden türetilmiştir. Spiritualite, hayatı yaşamaya değer hale getirilmesini ve hayatın devamını sağlayan bir güçtür (43).

Spiritualitenin kavramsallaştırılması ve ölçümleri arasındaki eşitsizlikler onu anlaşılması zor bir yapı haline getirmiş, araştırılmasını zorlaştırmış ve farklı çalışma yapıları arasında deneysel çalışmaların karşılaştırmalarını ve genellemelerini engellemiştir. Manevi değişkenlerin daha iyi anlaşılmasını sağlamanın olası bir yolu, onları mevcut, iyi tanımlanmış, psikolojik yapılarla ilişkili olarak incelemektir. Spiritualite, özellikle dinden ayrımı noktasında, literatür boyunca çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Sonuç olarak, tanımlardaki bu varyasyonlar, her biri bunu biraz farklı bir bakış açısıyla yapan, maneviyatı değerlendirmek için tasarlanmış sayısız aracın geliştirilmesine rehberlik etmiştir. Bu operasyonel eşitsizliklere rağmen, araştırmacılar sürekli olarak spiritüel değişkenler ve çeşitli psikolojik yapılar arasındaki önemli ilişkileri ortaya çıkarmıştır (44).

Tıbbi alanda geliştirilmiş olan iyilik hali modellerinden Hetler’in İyilik Hali Modeli, iyilik halini bilinçli bir şekilde yapılan seçimlerin oluşturduğu aktif bir süreç olarak tanımlar. Aynı zamanda insanın psikolojik, biyolojik ve sosyal yönüyle bütün bir varlık olduğunu savunan pozitif bir yaklaşım olarak ifade etmektedir. Bu yaklaşımı temel alarak geliştirdiği modelde; duygusal, fiziksel, entelektüel, sosyal, mesleki ve spiritüel boyut olmak üzere toplam altı boyut tanımlamıştır (44).

Spiritüel boyut, özellikle kişinin stres, hastalık, umudunun tükendiği ve artık yaşamın anlamını sorgulamaya başladığı zamanlarda, kriz durumlarında ve ölüm korkusu yaşadığında ortaya çıkmaktadır. Özellikle, kişinin yaşamını tehdit eden kanser gibi kronik hastalıklar, spiritüel ihtiyaçların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Spiritüel değer ve inançlar, din ile ilişkili olabilir. Fakat sadece din ile ilişkilidir demek doğru değildir. Dini inanca sahip olmayan bireylerin de spiritüel boyutları vardır. Diğer tüm boyutlarda olduğu gibi, spiritüel boyut da doğduğumuz andan itibaren hayatımızda olan bir boyuttur ve bireyin kimliğidir. Spiritualite kavramı dini kapsamaktadır bu nedenle tüm insanlar dini ritüelleri yerine getirirlerde getirmeselerde spiritüel bir boyuta sahiptirler (6).

2.2.2. Kanser Tanılı Bireyde Spiritüalite Kavramı

Bireyin yaşamında, sınırlarını zorlayan deneyimlerle başa çıkabilmesi konusunda spiritualite oldukça önemli bir yere sahiptir (45). Spiritualite, kanser ve diğer kronik sağlık koşulları için bakımda dikkate alınması gereken temel bir unsur olarak giderek daha fazla kabul edilmektedir (46).

Spiritualitenin kesin olarak tanımlanması ve ölçülmesi zor olmaya devam etmektedir; ancak kişinin yaşamına anlam veren, dini bir gelenek yoluyla ya da giderek seküler Batı kültüründe meditasyon, doğa veya sanat yoluyla deneyimlenen daha büyük bir gerçeklikle bağlantılı olması konusunda genel bir fikir birliği vardır. Bazı tanımlar spiritualite ve din arasındaki farklılıkları vurgularken bazı tanımlar ise bu iki yapı arasındaki örtüşen boyutları vurgulamaktadır. Fakat; spiritualite dini boyutu da kapsayan bir kavramdır. Bununla birlikte, büyüyen bir literatür, onkolojide spiritualite ve dinin rolünü araştırmaktadır. Din ve spiritualite arasındaki kaçınılmaz örtüşme ve bunların kanser yörüngesi boyunca hastalar için önemi göz önüne alındığında, dinin / spiritualitenin kansere uyumda önemli bir role sahip olduğu gözlenmektedir (45,47).

Meme kanseri ile başa çıkma hakkında yapılan bir çalışmada spiritüalitenin kanserle başa çıkmada önemli bir yere sahip olduğu belirlenmiştir. Kanserli hastaların cevapları, bu hastalıkla başa çıkmada spiritüaliteyi üç farklı biçimde kullandıklarını açıklamaktadır: Hastalar iyileşmek için dua yoluyla kendilerini sakinleştirmekte, Tanrı'yı rehberlik ve iyileşme için bir kaynak olarak görmekte, sosyal destek sağlamak ve kanser tecrübesinden anlam bulmak için spiritüaliteyi kullandıkları bildirilmiştir (48).

Spiritüel gereksinimler zaman ve durumlara bağlı olarak değişmektedir. Çeşitli kanser türleri ve evreleri ile ilgili yapılan çalışmalarda bazı kanser türleri (örneğin akciğer kanseri, serviks kanseri) yaşam tarzı ve eksojen faktörlerden etkilendiği için, hastaların hastalıkları ve spiritüel iyilik halleriyle başa çıkma, değerlendirme ve yargılama şeklini etkileyebilmektedir (7,43)

2.3. Spiritualite ve Psikoloji

Spiritualite, psikolojik işleyişin bir dizi yönü üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Dinin ve spiritualitenin davranışsal sağlık üzerindeki yararlı etkileri iyi bir şekilde belgelenmiştir. Dinsel ve spiritüel inançların yaşamda bir anlam duygusunun gelişmesine yardımcı olduğuna ve yaşam doyumunda genel bir artışa katkıda bulunduğuna dair kanıtlar vardır. Spiritualite, yaşamdaki amacın daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır ve spiritüel iyilik hali üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Araştırmalar ayrıca spiritualitenin benlik saygısı ile pozitif bir ilişki paylaştığını, psikolojik gelişimi kolaylaştırdığını ve daha yüksek psikolojik sağlık düzeylerine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Spiritualite, stres zamanlarında bireyler için değerli bir kaynak olarak hizmet edebilir, bir tampon görevi görebilir ve daha büyük psikolojik uyumu kolaylaştırabilir. Özverili bir duygu uyandırabilir. Bencillik ve zihinde sabitlenmeyi azaltarak sıkıntı deneyimlerinin azalmasına yardımcı olabilir (49).

Ho ve Ho (2007), yabancılaşma ve sıkıntı duygularının aslında yaşamdaki varoluşsal anlam ve amaç arayışındaki başarısızlıklardan kaynaklanabileceğini varsaymaktadır. Benzer bir şekilde Emmons, Cheunch ve Tehrani (1998), spiritualitenin psikoloji için olumlu sonuçlara sahip olduğunu savunmaktadır. Yaşamdaki amaç, yaşam memnuniyetini artırır, daha yüksek refah ve öz saygıyı teşvik eder ve genel olarak daha iyi bir zihinsel sağlık sağlar (49,50).

Araştırmalar tutarlı bir şekilde spiritualitenin ruh sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir; ancak spiritualitenin psikolojik süreçler üzerindeki görünür etkisini tam olarak nasıl uyguladığı belirsizliğini koruyor. Maneviyatın tanımları ve ölçümlerindeki çeşitlilik, bu yapıların ve diğer yakından ilişkili değişkenlerin çalışmalarından elde edilen bulguların yorumlanmasını ve genelleştirilmesini bulanıklaştırır. Ek olarak, spiritualite literatürde çok boyutlu bir yapı olarak giderek daha fazla kavramsallaştırılan ve çeşitli boyutlarının akıl sağlığını farklı şekillerde etkileyebileceği hususu henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu şekilde, spiritualitenin karmaşık, çok yönlü bir şekilde psikolojik işleyiş ile ilişkili olduğu ve psikolojiyi etkilediği görülmektedir (51).

Sonuç olarak, spiritualitenin ana akım psikolojiye entegrasyonu ve bu süreci ilerletme çabaları özenle sürdürülmelidir (49).

2.4. Psikolojik Dayanıklılık

2.4.1. Dayanıklılık Kavramı

Dayanıklılık, hem kişisel hem de çevresel durumların kaynağıdır. Başa çıkma mekanizmalarında önemli rol oynamakla birlikte en çok da kanser gibi kronik hastalıklarda ihtiyaç duyulmaktadır. Dayanıklılık terimi, bir kişinin stresle başarılı bir şekilde başa çıkabileceği anlamına gelmektedir. Kişinin, başta kendisi olmak üzere sosyal çevresi, fiziksel-zihinsel sağlık ve geleceği, iş, kişilerarası ilişkileri gibi yaşamın çeşitli alanlarında yeterlik sağlayabilmesidir. Dayanıklı bireyler, hastalığı bir meydan okuma olarak algılayabilir ve bir hastalıkla uğraşmak zorunda oldukları durumu olumlu bir şekilde yeniden değerlendirebilirler (52,53).

Ogińska-Bulik (2011)'e göre, dayanıklılık alt boyutlarından biri olarak olumsuz duygularla başa çıkma ve üstesinden gelme yeteneği, meme kanserine sahip olan hastaların hastalığa uyum sağlamasını sağlayan çok önemli bir faktördür (53).

Dayanıklılık araştırması, aşağıdakiler de dahil olmak üzere bir dizi nedenden dolayı zordur: Dayanıklılık, değişen koşullara göre değişen dinamik bir süreç olan "akışkan" bir özelliktir. Dayanıklılığın tanımlanması zordur ve çalışmalar arasında tanımı konusunda fikir birliği yoktur. Dayanıklılık, bazıları diğerlerinden daha büyük ölçüde incelenmiş birkaç alandan oluşur. Bununla birlikte birçok insan, olumsuz olaylar karşısında dönüştürdüklerini ve olumsuz deneyimlerimiz ile birlikte gelişmemizi sağlayan doğuştan gelen bir kapasite olduğunu bildirmektedir. Bazıları fiziksel ve psikolojik sıkıntı içindeyken bunun değişim için bir katalizör olduğunu düşünüp kendilerini anlamının ve dünyayla ilişki kurmanın yeni bir yolunu bulmaktadır. Bazıları ise tam tersine yaşadığı bu stres altında ezilmektedir. Devam eden stresörlerle başa çıkmada olumlu yaşam tarzı değişiklikleri uygulayanlar, uygulamayanlardan daha başarılı olma eğilimindedir. Zorluklarda değer bulan insanlar, genellikle başlarına gelenleri kendi hayatlarının kesintisiz hikayesine dahil edebilen kişilerdir (54,55).

2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Psikolojik dayanıklılık, latince bir kelime olan “resiliens” kelimesinden türetilmiştir. Yanlış anlaşılma, bir takım olay silsilesinde yolunda gitmeyen

gelişmeler, çatışma, başarısızlık gibi durumlarda kendini toparlama gücü ve bu terslikleri yaşantısına yansıtılmamak için geliştirilebilen pozitif psikolojik kapasite olarak ifade edilebilmektedir. Bir başka deyişle, psikolojik dayanıklılık, kişinin olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve ortaya çıkan yeni duruma kolay adapte olabilme yeteneğidir (56).

Psikolojik dayanıklılık, stresten kaynaklanan olumsuz durumları azaltan ve adaptasyonu sağlayan kişisel bir özellik olarak açıklanmakta ve bazı bireylerin genetik özelliklerinden dolayı psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olduğu öne sürülmektedir. Fakat bazı çalışmalar, bireyin psikolojik dayanıklılığı sonradan öğrenebileceği bir kişilik özelliği olduğunu belirtmektedir. Psikolojik dayanıklılık, bireyin karşı karşıya kaldığı sorunları algılama yoluyla fark ettiği, gelişime açık ve öğrenilen bir süreç şeklinde tanımlanabilir (13,57).

Psikolojik dayanıklılıkta iki önemli sebep vardır. İlk olarak ruh sağlığını korumada etkili temel faktörleri tespit ederek olumsuz koşullarla ve stresle başa çıkabilmektir. Bunlara ek olarak beş önemli boyutun da irdelenmesi gerekmektedir. Bunlar: kişisel yeterlik, yapısal stil, sosyal yeterlik, aile ile uyum ve sosyal kaynaklardır (58,59).

Friborg ve ark. (2005)'ının yaptıkları yeni bir çalışmada kişisel güç boyutunu ikiye ayırmışlardır. Bunlar; kendilik algısı ve gelecek algısıdır. Böylece psikolojik dayanıklılık alt boyutları altı başlıkta sınıflandırılmıştır (60).

Kendilik algısı, bireyin kendine güvenini, kendi kendine yeterliğini; duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını ifade etmektedir. **Gelecek algısı**, bireyin gelecekte beklentilerini ve yaşantısıyla ilgili gerçek olan tarafı ayırt edebilmeyi sağlar. **Sosyal yeterlik**, kişinin topluma uyum sağlayıp sağlayamadığını ve girişkenliğini ortaya koyar. **Sosyal kaynaklar** bireyin çevresindeki kişilerden gördüğü destektir. **Yapısal stil**, kişinin günlük olarak yaptığı işleri devam ettirebilme ve bu işleri planlayıp yürütebilme becerisini içerir. **Aile ile uyum** ise kişinin ailesinden gelen destek ve aile arasındaki ilişkileri ile ilgili bir faktördür. Bu altı boyut kişinin psikolojik dayanıklılığını oluşturmaktadır (59,60).

Bu altı boyut psikolojik dayanıklılığın durağan bir gidişata sahip olmadığını göstermektedir. Bu sebepten dolayı kişideki dayanıklılığın zamanla artabilme ihtimali olduğu gibi tam tersi düşüşe geçme durumunun da yaşanabileceğini göstermektedir.

Psikolojik dayanıklılık derecesi yüksek olan kişilerin, yaşamda karşılaştığı güçlüklerle mücadeleden kaçmayan, başarılı bir şekilde mücadele eden, aynı zamanda etkin iletişim becerilerine sahip olan, sağlıklı kararlar verebilen, yaptıkları işlerden doyum alabilen, kendine saygısı olan, iyi ruh haline sahip bireyler oldukları yapılan çoğu araştırmada da görülmektedir (61,62,63). Ayrıca Altuntaş ve Genç (2020)'in öğretmenler ile gerçekleştirdiği bir çalışmada mutlu olma durumunun da psikolojik dayanıklılığı arttırdığı tespit edilmiştir (64).

Yapılan araştırmalar cinsiyetlerin farklı mekanizmalar yoluyla dayanıklılık geliştirdiğini göstermektedir. Buna örnek verecek olursak, kızlar kişilerarası ilişkilerini güçlendirerek daha dayanıklı olurken, erkek çocuklar problem çözme yi öğrenerek dayanıklılıklarını arttırabilirler. Dayanıklılık stratejilerinin etkililiğinin yaşa ve duygusal olgunlaşma düzeyine göre değişmesi de göz ardı edilmemelidir. Buna ek olarak, belirli bir strese karşı direnç geliştirmek için kişinin benzer stresör türlerini deneyimlemiş olması ve üstesinden gelebilmeye dair yaşanmışlıkları olması gerektiğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Yaşam zorlukları, bireylerin zorlukların üstesinden gelmelerine ve gelecekteki benzer stres faktörlerine karşı dirençlerini inşa etmelerine yardımcı olacak stratejiler geliştirmelerine ve uygulamalarına olanak tanır (65).

Literatürde psikolojik dayanıklılık ile ilgili olan modellerin git gide çevresel odaklı oldukları görülmektedir. Bu sebepten dolayı insan yaşamının çevre ile iç içe olması, gelişimi anlamak için çevresel koşulların da göz önünde bulundurulması gerekliliğini doğurmaktadır. Sonuç olarak psikolojik dayanıklılığın tüm boyutlarıyla ele alınması doğru bir ilerleyiş olacaktır (13).

2.4.3. Kanser Tanılı Bireyde Psikolojik Dayanıklılık

Kanser kişinin hayatını alt üst eden, kişinin fonksiyonel, bilişsel, fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik ve spiritüel kapasitelerini olumsuz yönde etkileyen, ciddi bir hastalıktır (66). Kanser tanısı alan bir bireyde korku, çaresizlik, tükenmişlik, ümitsizlik gibi duygular meydana gelerek bireyin ruh halinde dalgalanmalar meydana getirebilmektedir. Bireyin yaşanan tüm bu olumsuz duygularla başa çıkmasını ve uyumunu kolaylaştıran en önemli faktörlerden biri psikolojik dayanıklılıktır (67).

Kanser tedavisi birçok yan etkiye sahip olması nedeniyle hastada anksiyete ve depresyon gibi ruhsal problemler meydana getirmektedir (68,69).

Kanser hastalarında görülen anksiyete ve depresyon, hastanın tedaviye uyum sürecini bozar, uyku bozukluklarına, aile ve arkadaşlarıyla sorun yaşamasına, hastanede kalış süresinde ve tedavi masraflarında artışa sebep olabilir. Bu durum ise hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkileyerek iyileşme sürecini geciktirebilir. Ayrıca depresyon yaşayan kanser hastasının suisit ve ölüm düşüncelerine meyili artabilir (70). Yapılan bir araştırmada kanser tanısı alan bir hastada suisit insidansının genel popülasyondaki suisit insidansına oranla iki kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (71).

Bu zorlu tedavi sürecinde psikolojik dayanıklılık düzeyi, bireylerin tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek bu etkileşim sürecine pozitif yönde katkıda bulunmaktadır (68,69).

2.5. Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılığın Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Kanser hastalarında spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin artışı için öncelikle bireyin kanser sürecine özgü olan özellikleri bilmesi ve bu süreçte karşılaşacağı zorlukların farkına varması sağlanmalı, bunları kabullenmesi için destek olunmalı ve durumu sağlıklı bir biçimde algılamaları sağlanmalıdır (72).

Kanser sürecinde psikolojik dayanıklılığı arttıracak kabullenme, olumlu bakış açısına sahip olma, yardımseverlik, iyimserlik, empati, etkili iletişim becerilerini kullanma, tutarlılık, farkındalık, denetim gücüne sahip olma, özsaygı gibi bir takım becerilerin birey ve ailesine öğretilip bir yaşam biçimi haline dönüştürmeleri sağlanmalıdır. Kanser deneyimi birçok olumsuzluğu bir arada bulunduran süreç olmasına rağmen bireylerin hemşirelerin yapacağı uygun, yerinde müdahaleler ve sağladıkları destekle psikolojik dayanıklılık düzeyinde artış, yaşamlarından anlam bularak bu zorlu süreçten çıkmalarını sağlayabilmektedir. Kanser hastasının, yaşamının anlamını etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olmalı, hayallerini, acısını, korkusunu, hikayesini dinlemeli ve kanser hastasına inançlarını yerine getirmesi için yer ve zaman sağlanmalıdır (73).

Kanser hastasının psikososyal bakım sürecinde manevi yönelim uygulamalarından yararlanılarak hayatta varolma nedeni belirlenmelidir. Maneviyatının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi amaçlanmalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri bakım sunarken bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal, psikolojik ve manevi gereksinimleri ile başa çıkma yönelimlerini belirlemeleri önem arz etmektedir (74).

Kemoterapi gören kanserli hastaların psikolojik belirtilerinin tespit edilmesi ile bu hastalara sunulacak olan bakımın planlanması kolaylaşacaktır. Kemoterapi gören hastalarda spiritüel iyilik halinin sürdürülmesi, hastalığın kendisi ve tedavisi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin önlenmesi ve bu problemlerle başa çıkma, öz bakım gücünü artırma, olumlu sağlık davranışı geliştirme, eğitim ve danışmanlık gibi konularda hemşirelikte koordineli bir yaklaşımın kullanılabilmesi için hastaların psikolojik belirtilerinin belirlenmesi esas alınmalıdır (11).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma korelasyonel - tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Aralık 2018- Şubat 2019 tarihinde literatür taramasıyla başlamış olup; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır. Araştırmanın verileri Eylül 2019 - Aralık 2020 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olan İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Tedavi Ünitesi'nden toplanmıştır. Ayaktan Kemoterapi Tedavi Ünitesi, Fatih Haseki Merkez Binası'nda olup 25 koltuk ile hizmet vermektedir. Alanda bir Onkoloji Uzmanı, iki Hematoloji Uzmanı, beş Hemşire görev yapmaktadır. Araştırma Mayıs 2021'de tez savunması yapılarak sonlandırılmıştır.

Bu çalışma Eylül 2019 - Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesinde ayaktan kemoterapi tedavisi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Hastaların sayısı bilinmediği için örneklem büyüklüğü hesaplanırken sayısı bilinmeyen evrenden örneklem seçim formülü kullanılmış $(n=t^2.p.q/d^2)$ $[n=(1.96)^2.(0.50).(1-0.50)/(0.05)^2]$ ve örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır.

Bu doğrultuda çalışmanın örneklemi, Eylül 2019 - Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesinde kemoterapi tedavisi gören, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, araştırmaya katkı sağlamayı kabul eden ve pandemi nedeni ile veri toplama kısıtlılığı olduğu için ulaşılabilen 293 hasta oluşturmuştur ($n=293$).

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri;

- İletişim kurmakta güçlük yaşayacak bir engelinin bulunmaması,
- Okuma-yazma bilmesi,
- Tanısını bilmesi,
- En az bir kür kemoterapi almış olması,
- Çalışmaya gönüllü katılmak istemesi ve bilgilendirilmiş onay formunu doldurması gerekmektedir.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki gönüllü hastalardan alınmıştır.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişkenler; tanı konma süresi, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, kanser tipi, kanser evresi, metastaz varlığı ve spiritüel iyilik ölçeği puan ortalamalarını içermektedir.

Bağımlı değişkenler; psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamalarını içermektedir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda; sosyodemografik veriler ve hastalık ile ilgili verileri içeren toplam 18 sorudan oluşan bir Hasta Tanıtım Formu ile Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Hasta Tanıtım Formu, Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği hastalara kemoterapi öncesi, sırası, ve sonrasında uygulanmıştır. Veriler hastaların tedaviye ilişkin semptomlar yaşamadığı ve kendini iyi hissettiği bir anda toplanmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Bu form, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerinin belirlendiği 18 maddelik bir soru formudur.

Hastaların sosyodemografik özellikleri; (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, gelir durumunu ve çocuk sayısı) ve hastalıklarına ilişkin verileri; (bakım verenin olup olmaması ve kimin olduğu, kanser tipi, hastalık evresi, hastalığın tanı konma süresi, metastaz varlığı, kemoterapi tedavisi kür sayısı, kronik hastalık varlığı, var ise kronik hastalık ve ECOG performans ölçeği puanı) içeren toplam 18 soruluk bir soru formudur.

3.6.2. Spiritüel (Manevi) İyilik Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale)

Peterman tarafından 2002 yılında geliştirilen FACIT-SP 12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale)’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması 2017 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (75,76).

Spiritüel iyilik ölçeği kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışma sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0.87 bulunmuştur. Alt grupları için ise α değerleri 0.78 ile 0.93 arasında değişmiştir (76). Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0,95 bulunmuştur. Alt grupları için ise α değerleri 0,88 ile 0,93 arasında değişmiştir (Tablo 3).

3.6.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, Friberg ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından ise Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır (13,60).

Toplam 33 maddeden oluşan ölçek; gelecek algısı, kendilik algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere toplam altı boyuttan oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmada toplam ölçek puanı kullanılmış olup alt boyutlar ile analiz yapılmamıştır. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi orijinal çalışmadaki gibi serbest bırakılmıştır. Aşinalık önyargısından kurtulmak için hazırlanan ve yanıtların karşısında bulunan beş kutucuk beşli likert şeklinde düşünülerek istenilen şekilde değerlendirme yapılabilmektedir. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın da artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa yani 12345 şeklinde değerlendirilmesi gerekmektedir (13,77).

Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın da artması seçeneği tercih edilerek değerlendirme yapılmıştır. Orijinal ölçek için toplam cronbach alfa katsayısı 0.83, Türkçe formunun toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,86 olarak saptanmıştır(13). Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0,96 bulunmuştur. Alt grupları için ise α değerleri 0,88 ile 0,92 arasında değişmiştir (Tablo 5).

3.7. Araştırma Planı

Çalışmaya başlamadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olan İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışmaya ilişkin yazılı onay alınmıştır.

Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hastalara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip yazılı onamları alınmıştır. Açıklamadan sonra formlar hastalara tek tek sorularak, şahsım tarafından doldurulmuştur.

3.7.1. Akış Şeması

YILLAR	2018- 2019	2019	2019	2019- 2020	2020- 2021	2021	2021
AYLAR	Aralık- Şubat	Mart	Haziran	Eylül- Aralık	Aralık- Ocak	Şubat- Mart	Mayıs
Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama	•						
Öneri Sınavı		•					
Başhekimlik İzinleri			•				
Etik kurul İzni			•				
Veri Toplama				•			
Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama					•		
Tez Yazım Süreci						•	
Tez Bitirme Sınavı							•

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için R version 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verileri sunulurken minimum, maksimum, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, ortalama, standart sapma, sıklık ve yüzde kullanıldı. Nicel

verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi, ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi, anlamlılık gözlenmesi durumunda Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann-Whitney U test, ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test, anlamlılık gözlenmesi durumunda Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Ölçek puanlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla GLM (Genel Lineer Model) ve lineer regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece tek hastanede gerçekleştirilmesi,
- Çalışmakta bulunduğum Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sultangazi İlçesi'ne taşınması. Fakat Kemoterapi Ünitesi'nin Fatih İlçesi'nde kalması,
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü arasında imzalanan Araştırma İzinleri İş Birliği Protokolü'nün veri toplamaya geçiş sürecini uzatması,
- Veri toplamaya başladıktan kısa bir süre sonra pandeminin ortaya çıkması ve bilinmeyen bir hastalıkla yoğun bir çalışma temposuna girmemiz ve bu nedenle veri toplama sürecimde yaşanan zaman kaybı bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar No: 2019/14-45 Tarih: 12.06.2019). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalardan çalışma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda ortaya çıkan bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguları (N=293)

	Min-Maks	Ort±ss
Yaş (yıl)	19-92	58.28±13.85
Tanı konma süresi (ay)	1-48	4.71±5.83
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	168	57.3
Erkek	125	42.7
Medeni durum		
Evli	227	77.5
Bekar	66	22.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar	52	17.7
İlköğretim	160	54.6
Ortaöğretim	62	21.2
Yüksekokul/üniversite	19	6.5
Çalışma durumu		
Çalışmıyorum	229	78.2
Çalışıyorum	49	16.7
Diğer	15	5.1
Sağlık güvencesi		
Var	271	92.5
Yok	22	7.5
Gelir durumu		
İyi	28	9.6
Orta	241	82.3
Kötü	24	8.2
Çocuk sayısı		
0	24	8.2
1-3	187	63.8
4-6	71	24.2
7 ve üstü	11	3.8

Tablo 1. (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguları (N=293)

Bakım veren varlığı		
Var	182	62.1
Yok	111	37.9
Bakım veren kişi		
Yok	111	37.9
Eşi	77	26.3
Çocukları	73	24.9
Diğer aile üyeleri	20	6.8
Sağlık personeli	7	2.4
Diğer	5	1.7
Kanser Tipi		
Meme ca	89	30,4
Akciğer ca	4	1,4
Kolorektal ve karaciğer ca	36	12,3
Jinekolojik ca	15	5,1
Hematolojik ca	94	32,1
Mide ve özofagus ca	13	4,4
Pankreas ca	4	1,4
Prostat ve mesane ve renal ca	37	12,6
Diğer nöroendokrin	1	0,3
Kanser evresi		
Evre 1	30	10.2
Evre 2	75	25.6
Evre 3	89	30.4
Evre 4	99	33.8
Metastaz varlığı		
Var	191	65.2
Yok	102	34.8
KT kür sayısı		
10'dan az	189	64.5
10-20	91	31.1
20'den fazla	13	4.4

Tablo 1. (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguları (N=293)

Kronik hastalık varlığı		
Evet	150	51.2
Hayır	143	48.8
KVH ve KY		
Evet	26	8.9
Hayır	267	91.1
DM		
Evet	69	23.5
Hayır	224	76.5
HT		
Evet	86	29.4
Hayır	207	70.6
HL		
Evet	24	8.2
Hayır	269	91.8
KOAH ve astım		
Evet	26	8.9
Hayır	267	91.1
KBY		
Evet	12	4.1
Hayır	281	95.9
ECOG puanı		
2 ve altı	283	96.6
3 ve üstü	10	3.4

Tablo 2: FACIT SP12 maddelerine verilen yanıtların dağılımı (N=293)

	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kendimi huzurlu hissediyorum.	27 (9.2)	76 (25.9)	67 (22.9)	81 (27.6)	42 (14.3)
Yaşamak için bir nedenim var.	14 (4.8)	33 (11.3)	38 (13)	96 (32.8)	112 (38.2)
Yaşamım verimlidir.	37 (12.6)	62 (21.2)	71 (24.2)	87 (29.7)	36 (12.3)
İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	50 (17.1)	67 (22.9)	58 (19.8)	74 (25.3)	44 (15)
Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum.	14 (4.8)	39 (13.3)	64 (21.8)	90 (30.7)	86 (29.4)
Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum.	28 (9.6)	73 (24.9)	60 (20.5)	94 (32.1)	38 (13)
İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum.	33 (11.3)	75 (25.6)	61 (20.8)	94 (32.1)	30 (10.2)
Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun.	95 (32.4)	60 (20.5)	41 (14)	69 (23.5)	28 (9.6)
Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum.	9 (3.1)	39 (13.3)	62 (21.2)	110 (37.5)	73 (24.9)
Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum.	11 (3.8)	39 (13.3)	57 (19.5)	101 (34.5)	85 (29)
Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.	28 (9.6)	52 (17.7)	59 (20.1)	90 (30.7)	64 (21.8)
Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum.	17 (5.8)	66 (22.5)	60 (20.5)	78 (26.6)	72 (24.6)

FACIT SP12 maddelerine verilen yanıtların dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 3: FACIT SP12 ölçeğine ilişkin bulgular (N=293)

	Madde sayısı	Min-Maks	Medyan	Ort±ss	İç tutarlılık
Anlam	4	0-16	11	10.05±4.30	0.887
Barış	4	0-16	9	8.32±4.51	0.931
İnanç	4	0-16	11	10.19±4.07	0.883
Toplam	12	1-48	31	28.56±12.08	0.957

FACIT SP12 ölçeği **Anlam** alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 0 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama 10.05±4.30 iken medyan değerinin 11 olduğu bulunmuştur. Ölçeği oluşturan bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.887 olduğu bulunmuştur.

FACIT SP12 ölçeği **Barış** alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 0 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama 8.32±4.51 iken medyan değerinin 9 olduğu bulunmuştur. Ölçeği oluşturan bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.931 olduğu bulunmuştur.

FACIT SP12 ölçeği **İnanç** alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 0 ile 16 arasında değişmekte olup ortalama 10.19±4.07 iken medyan değerinin 11 olduğu bulunmuştur. Ölçeği oluşturan bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.883 olduğu bulunmuştur.

FACIT SP12 ölçeğini **toplam** 12 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 1 ile 48 arasında değişmekte olup ortalama 28.56±12.08 iken medyan değerinin 31 olduğu bulunmuştur. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.957 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4: Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Yaş	r	-0.062	0.088	0.088	0.040
	p	0.293	0.133	0.135	0.491
Tanı konma süresi	r	-0.432	-0.376	-0.334	-0.396
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Cinsiyet					
Kadın		10.23±4.17	8.33±4.54	10±4	28.56±11.86
Erkek		9.82±4.49	8.3±4.5	10.44±4.17	28.57±12.42
αt		0.791	0.055	-0.915	-0.006
p		0.430	0.956	0.361	0.995
Medeni durum					
Evli		10.52±4.16	8.65±4.39	10.54±3.97	29.71±11.74
Bekar		8.45±4.42	7.18±4.76	8.98±4.21	24.62±12.49
αt		3.498	2.348	2.759	3.054
p		0.001**	0.020*	0.006**	0.002**
Eğitim durumu					
Okur-yazar		9 (6, 13)	8 (4, 13)	10.5 (7, 14)	26.5 (16, 37.5)
İlköğretim		12 (7, 14)	9 (4.5, 13)	11 (8, 14)	32.5 (17.5, 39.5)
Ortaöğretim		11 (5, 12)	7.5 (4, 12)	11 (6, 13)	28.5 (14, 38)
Yüksekokul/üniversite		13 (8, 14)	9 (5, 12)	9 (6, 12)	32 (18, 37)
^bχ²		7.267	4.843	4.128	4.964
p		0.064	0.184	0.248	0.174
Çalışma durumu					
Çalışmıyorum		10 (6, 13)	8 (4, 13)	11 (7, 13)	29 (16, 39)
Çalışıyorum		12 (7, 14)	9 (4, 12)	10 (7, 13)	32 (15, 38)
Diğer		14 (13, 15)	11 (9, 13)	12 (11, 14)	39 (34, 40)

Tablo 4: (Devam) Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

^b χ^2	8.442	4.925	3.772	5.486
p	0.015*	0.085	0.152	0.064
Sağlık güvencesi				
Var	11 (7, 14)	9 (4, 12)	11 (7, 13)	31 (17, 39)
Yok	12 (4, 15)	8 (4, 13)	12 (6, 14)	33 (12, 42)
^c z	-0.038	-0.167	-0.412	-0.035
p	0.970	0.868	0.680	0.972
Gelir durumu				
İyi	12 (7, 14)	9 (4, 13)	10.5 (8, 14)	32.5 (19.5, 38.5)
Orta	11 (7, 14)	9 (4, 13)	11 (7, 13)	31 (17, 39)
Kötü	10.5 (5.5, 14)	6 (2.5, 11)	10.5 (4.5, 13)	28.5 (12, 37)
^b χ^2	0.905	2.320	1.192	1.428
p	0.636	0.314	0.551	0.490
Çocuk sayısı				
0	7.5 (4, 12.5)	5 (2.5, 10.5)	7.5 (4, 11)	18 (11.5, 35)
1-3	12 (8, 14)	9 (5, 13)	12 (8, 14)	33 (19, 39)
4-6	10 (6, 13)	8 (4, 13)	10 (7, 13)	29 (16, 38)
7 ve üstü	8 (3, 13)	5 (2, 12)	10 (6, 13)	23 (10, 37)
^b χ^2	10.788	9.339	11.469	11.965
p	0.013*	0.025*	0.009**	0.008**
Bakım veren varlığı				
Var	9.73±4.32	8.18±4.62	10.18±4.16	28.09±12.36
Yok	10.59±4.23	8.55±4.35	10.2±3.94	29.34±11.62
^a t	-1.683	-0.677	-0.034	-0.862
p	0.093	0.499	0.973	0.390
Bakım veren kişi				
Yok	12 (7, 14)	9 (5, 12)	11 (7, 13)	32 (18, 39)
Eşi	11 (7, 14)	8 (4, 13)	12 (8, 14)	32 (18, 40)
Çocukları	11 (7, 14)	9 (4, 13)	11 (8, 14)	32 (17, 39)
Diğer aile üyeleri	6 (4, 11)	4 (2.5, 10)	8.5 (4, 11)	14.5 (12, 33.5)
Sağlık personeli	9 (8, 12)	9 (5, 13)	12 (8, 14)	32 (21, 36)
Diğer	8 (3, 10)	2 (1, 5)	9 (7, 9)	14 (12, 24)

Tablo 4: (Devam) Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

^b χ^2	11.299	11.485	9.779	11.556
p	0.046*	0.043*	0.082	0.041*
Kanser tipi				
Hematolojik	12 (8, 14)	10 (5, 13)	12 (9, 14)	35 (24, 40)
Meme	12 (8, 14)	11 (5, 13)	12 (8, 14)	35 (20, 39)
Prostat/mesane/renal	9 (6, 13)	8 (4, 13)	9 (7, 15)	26 (16, 41)
Kolorektal ve karaciğer	10 (4.5, 13)	6.5 (4, 10.5)	9.5 (5.5, 13)	28 (15, 36.5)
Jinekolojik	8 (4, 11)	6 (4, 8)	8 (5, 11)	19 (13, 29)
Mide ve özofagus	6 (5, 8)	4 (3, 8)	6 (4, 8)	17 (12, 26)
Diğer	6 (4, 13)	4 (3, 7)	6 (4, 11)	15 (12, 32)
^b χ^2	21.236	22.118	28.649	26.529
p	0.002**	0.001**	<0.001**	<0.001**
Kanser evresi				
Evre 1	11.8±3.52	9.83±4.07	11.63±3.61	33.27±10.34
Evre 2	11±3.89	9.73±4.01	11.31±3.63	32.04±10.89
Evre 3	9.6±4.54	7.73±4.63	9.37±4.32	26.7±12.62
Evre 4	9.22±4.36	7.32±4.57	9.64±4.03	26.18±12.07
^d F	4.589	5.988	5.164	5.854
p	0.004**	0.001**	0.002**	0.001**
Metastaz varlığı				
Var	9.42±4.44	7.51±4.59	9.55±4.19	26.48±12.36
Yok	11.25±3.77	9.84±3.94	11.37±3.55	32.46±10.54
^a t	-3.707	-4.553	-3.912	-4.351
p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
KT kür sayısı				
10'dan az	12 (7, 14)	9 (4, 13)	12 (8, 14)	33 (18, 39)
10-20	9 (6, 14)	8 (4, 12)	10 (6, 13)	26 (16, 38)
20'den fazla	7 (2, 11)	5 (5, 12)	9 (7, 12)	19 (15, 36)
^b χ^2	7.264	3.209	2.099	4.131
p	0.026*	0.201	0.350	0.127

Tablo 4: (Devam) Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

Kronik hastalık varlığı				
Evet	9.49±4.31	7.88±4.35	9.94±3.99	27.31±11.86
Hayır	10.64±4.24	8.78±4.65	10.45±4.15	29.87±12.21
^a t	-2.304	-1.719	-1.067	-1.821
p	0.022*	0.087	0.287	0.070
ECOG puanı				
2 ve altı	11 (6, 14)	8 (4, 12)	11 (7, 13)	31 (17, 39)
3 ve üstü	11.5 (7, 13)	10 (5, 13)	11.5 (8, 12)	34.5 (24, 37)
^c z	-0.042	-0.754	-0.051	-0.213
p	0.967	0.451	0.959	0.831

Yaş için gerçekleştirilen değerlendirmelerde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Tanı konma süresi için gerçekleştirilen değerlendirmelerde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

^aBağımsız gruplarda t testi

^bKruskal-Wallis testi, sonuçlar medyan şeklinde verilmiştir.

^cMann-Whitney U testi, sonuçlar medyan şeklinde verilmiştir.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0.05

**p<0.01

Hastaların **yaşları** ile **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (p>0.05).

Hastaların **tanı konma süresi** ile **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla r=-0.432, r=-0.376, r=-0.334, r=-0.396 p<0.001). Bu sonuçlara göre tanı konma süresi arttıkça FACIT SP12 Anlam, Barış, İnanç alt boyut ve ölçek toplam puanlarının azaldığı gözlenmiştir.

Hastaların **cinsiyetlerine** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Evli hastaların **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanlarının bekar hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, p=0.001, p=0.020, p=0.006, p=0.002).

Hastaların **eğitim durumlarına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **çalışma durumlarına** göre **FACIT-SP 12 Barış, İnanç** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **çalışma durumlarına** göre **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.015$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu “diğer” olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.014$). Hastaların **sağlık güvencesi varlığına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **gelir durumlarına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **çocuk sayılarına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.013$, $p=0.025$, $p=0.009$, $p=0.008$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çocuğu olmayan hastaların puanlarının çocuk sayısı 1-3 olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.048$, $p=0.043$, $p=0.009$, $p=0.017$).

Hastalara **bakım veren varlığına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalara **bakım veren kişiye** göre **FACIT-SP 12 İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastalara **bakım veren kişiye** göre **FACIT-SP12 Anlam** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, bakım veren kimsesi olmayan hastaların puanlarının “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların

puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.048$). Hastalara **bakım veren kişiye göre FACIT-SP 12 Barış** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.043$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çocukları tarafından bakım verilen hastaların puanlarının “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.047$). Hastalara **bakım veren kişiye göre FACIT-SP 12 toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.041$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, eşi tarafından bakım verilen hastaların puanlarının “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$).

Hastaların **kanser tipine göre FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.002$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.037$). Hastaların **kanser tipine göre FACIT-SP 12 Barış** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik ve meme olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.043$, $p=0.048$). Hastaların **kanser tipine göre FACIT-SP 12 İnanç** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik, meme ve prostat/mesane/renal olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.008$, $p=0.028$). Hastaların **kanser tipine göre FACIT-SP 12 toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik ve meme olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.009$, $p=0.026$).

Hastaların **kanser evresine** göre **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.004$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 1 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.038$, $p=0.008$). Kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.026$). Hastaların **kanser evresine** göre **FACIT-SP 12 Barış** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 1 olan hastaların puanlarının evresi 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.029$). Kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının kanser evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.018$, $p=0.002$). Hastaların **kanser evresine** göre **FACIT-SP 12 İnanç** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.002$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 1 olan hastaların puanlarının evresi 3 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.032$). Kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının kanser evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.024$). Hastaların **kanser evresine** göre **FACIT-SP 12 toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 1 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.030$, $p=0.013$). Kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.021$, $p=0.005$).

Metastaz gelişen hastaların **FACIT SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **toplam** puanlarının metastaz gelişmeyen hastaların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Hastaların **KT kür sayılarına** göre **FACIT-SP 12 Barış, İnanç** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **KT kür sayılarına** göre **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir

($p=0.026$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kür sayısı 10'dan az olan hastaların puanlarının 20'den fazla olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.048$).

Hastalarda **kronik hastalık varlığına** göre **FACIT-SP 12 Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **topl m** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanların **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.022$).

Hastaların **ECOG puanına** göre **FACIT-SP 12 Anlam, Barış, İnanç** alt boyut ve ölçek **topl m** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5: PD  toplam ve alt boyut puan ortalamaları (N=293)

	Madde sayısı	Min-Maks	Medyan	Ort�ss	İç tutarlılık
Kendilik algısı	6	6-30	20	18.69�6.87	0.910
Gelecek algısı	4	4-20	10	10.83�5.31	0.924
Yapısal stil	4	4-20	12	12.56�4.91	0.897
Sosyal yeterlilik	6	6-30	20	18.92�6.64	0.880
Aile uyumu	6	6-30	25	22.51�6.50	0.907
Sosyal kaynaklar	7	7-35	26	23.95�7.99	0.919
Toplam	33	33-164	111	107.45�32.01	0.967

PD  **Kendilik algısı** alt boyutunu 6 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup ortalama 18.69 6.87 iken medyan değerinin 20 olduğu gözlenmiştir.  l eği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.957 olduğu gözlenmiştir.

PD  **Gelecek algısı** alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 4 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama 10.83 5.31 iken medyan değerinin 10 olduğu gözlenmiştir.  l eği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.924 olduğu gözlenmiştir.

PDÖ **Yapısal stil** alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 4 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama 12.56 ± 4.91 iken medyan değerinin 12 olduğu gözlenmiştir. Ölçeği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.897 olduğu gözlenmiştir.

PDÖ **Sosyal yeterlilik** alt boyutunu 6 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup ortalama 18.92 ± 6.64 iken medyan değerinin 20 olduğu gözlenmiştir. Ölçeği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.880 olduğu gözlenmiştir.

PDÖ **Aile uyumu** alt boyutunu 6 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup ortalama 22.51 ± 6.50 iken medyan değerinin 25 olduğu gözlenmiştir. Ölçeği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.907 olduğu gözlenmiştir.

PDÖ **Sosyal kaynaklar** alt boyutunu 7 madde oluşturmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 7 ile 35 arasında değişmekte olup ortalama 23.95 ± 7.99 iken medyan değerinin 26 olduğu gözlenmiştir. Ölçeği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.919 olduğu gözlenmiştir.

PDÖ **toplam** 33 maddeden oluşmaktadır. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 33 ile 164 arasında değişmekte olup ortalama 107.45 ± 32.01 iken medyan değerinin 111 olduğu gözlenmiştir. Ölçeği meydana getiren bu maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.967 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6: Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

		Kendilik algısı	Gelecek algısı	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynaklar	Toplam
Yaş	r	0.006	-0.019	0.108	0.012	0.084	-0.042	0.024
	p	0.923	0.746	0.066	0.834	0.153	0.478	0.686
Tanı konma süresi	r	-0.349	-0.329	-0.204	-0.296	-0.277	-0.400	-0.379
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss

Tablo 6: (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

Cinsiyet							
Kadın	18.18±7	10.94±5.48	12.14±5.1	19.22±6.63	22.47±6.36	23.9±8.05	106.86±32.82
Erkek	19.38±6.64	10.67±5.08	13.11±4.6	18.52±6.66	22.55±6.71	24.02±7.95	108.25±31
^a t	-1.480	0.428	-1.676	0.893	-0.106	-0.118	-0.367
p	0.140	0.669	0.095	0.373	0.915	0.906	0.714
Medeni durum							
Evli	19.22±6.71	11.29±5.22	12.55±5.03	19.42±6.69	23.54±5.89	24.77±7.74	110.78±31.5
Bekar	16.88±7.15	9.23±5.34	12.59±4.51	17.2±6.19	18.94±7.25	21.15±8.29	95.98±31.3
^a t	2.455	2.812	-0.065	2.417	4.725	3.288	3.364
p	0.015*	0.005**	0.948	0.016*	<0.001**	0.001**	0.001**
Eğitim durumu							
Okur-yazar	18 (11.5, 24.5)	9.5 (4, 15.5)	12 (9, 17)	18.5 (12.5, 24)	24 (18, 27.5)	22 (15, 29.5)	106 (75.5, 138)
İlköğretim	20 (12.5, 25)	10 (6, 16)	12 (8, 17)	21 (14, 25)	25 (21, 28)	27 (18.5, 31)	114 (81, 138)
Ortaöğretim	18.5 (12, 24)	10 (5, 15)	12 (8, 16)	18 (12, 24)	24 (15, 27)	25 (16, 31)	105 (73, 133)
Yüksekokul/üniversite	22 (11, 26)	14 (7, 18)	16 (10, 18)	23 (13, 26)	24 (12, 27)	29 (15, 32)	130 (86, 141)
^b χ ²	2.484	3.812	2.082	3.457	3.059	3.664	2.736
p	0.478	0.283	0.556	0.326	0.383	0.300	0.434
Çalışma durumu							
Çalışmıyorum	19 (12, 24)	10 (5, 16)	12 (8, 16)	19 (13, 24)	25 (19, 28)	25 (15, 31)	108 (78, 136)
Çalışıyorum	20 (15, 26)	11 (7, 17)	14 (9, 17)	21 (15, 25)	24 (16, 27)	26 (20, 31)	116 (87, 135)
Diğer	25 (19, 27)	14 (10, 16)	15 (11, 18)	24 (19, 26)	27 (23, 29)	29 (25, 35)	130 (110, 152)
^b χ ²	7.119	3.036	2.518	5.103	3.394	6.140	6.163
p	0.028*	0.219	0.284	0.078	0.183	0.046*	0.046*
Sağlık güvencesi							
Var	19 (12, 25)	10 (6, 16)	12 (9, 17)	20 (13, 25)	25 (19, 28)	26 (17, 31)	110 (80, 136)
Yok	23 (11, 25)	12.5 (4, 16)	12 (8, 18)	17.5 (11, 25)	26 (14, 28)	26.5 (15, 33)	117 (68, 142)

Tablo 6: (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

ζ	-0.397	-0.172	-0.143	-0.753	-0.138	-0.138	-0.065
p	0.691	0.863	0.886	0.451	0.890	0.891	0.948
Gelir durumu							
İyi	21 (14.5, 26)	13.5 (7, 15.5)	15.5 (9, 18)	23 (12.5, 25)	25 (16.5, 27)	29 (20.5, 31)	128.5 (85, 135)
Orta	20 (12, 25)	10 (6, 16)	12 (9, 17)	20 (14, 24)	25 (19, 28)	26 (17, 31)	110 (81, 137)
Kötü	16.5 (11, 24)	7 (4, 16)	10.5 (6.5, 16)	15 (10.5, 23.5)	25 (14, 27)	22 (14, 30)	89.5 (65, 138)
χ^2	2.205	2.524	3.546	2.481	1.114	1.473	2.131
p	0.332	0.283	0.170	0.289	0.573	0.479	0.345
Çocuk sayısı							
0	17 (10.5, 25)	6.5 (4, 13.5)	11 (6.5, 16)	14.5 (10.5, 20.5)	17 (10.5, 24.5)	22 (13.5, 27)	86.5 (62.5, 114.5)
1-3	21 (13, 25)	12 (6, 16)	14 (9, 17)	21 (14, 25)	25 (20, 28)	28 (18, 31)	117 (81, 140)
4-6	17 (12, 24)	9 (6, 15)	12 (8, 17)	19 (11, 24)	24 (19, 27)	23 (15, 30)	108 (78, 132)
7 ve üstü	19 (8, 24)	8 (4, 17)	14 (11, 17)	16 (15, 26)	21 (18, 26)	22 (11, 29)	104 (71, 136)
χ^2	4.183	5.816	3.628	10.463	17.638	9.331	10.245
p	0.242	0.121	0.305	0.015*	0.001**	0.025*	0.017*
Bakım veren varlığı							
Var	18.23±7.08	10.38±5.36	12.52±4.78	18.75±6.72	22.79±6.45	23.43±8.15	106.1±32.41
Yok	19.44±6.47	11.55±5.17	12.62±5.14	19.2±6.53	22.05±6.58	24.81±7.68	109.67±31.36
t	-1.467	-1.829	-0.177	-0.556	0.946	-1.438	-0.925
p	0.143	0.068	0.859	0.578	0.345	0.151	0.356
Bakım veren kişi							
Yok	20 (14, 25)	12 (7, 16)	12 (8, 17)	21 (13, 25)	24 (16, 27)	28 (17, 31)	115 (83, 137)
Eşi	19 (12, 25)	9 (6, 15)	13 (9, 16)	19 (14, 25)	26 (23, 28)	26 (19, 31)	110 (82, 134)
Çocukları	20 (13, 25)	11 (6, 16)	13 (9, 17)	21 (16, 25)	24 (19, 28)	25 (17, 29)	113 (83, 137)
Diğer aile üyeleri	15 (11, 24.5)	6 (4, 14.5)	12 (7.5, 16.5)	12 (9, 23.5)	18 (10, 26)	15.5 (11.5, 29)	76 (59.5, 138)
Sağlık personeli	17 (7, 24)	5 (4, 16)	17 (10, 19)	21 (14, 24)	27 (23, 29)	27 (14, 31)	110 (72, 144)
Diğer	10 (9, 13)	4 (4, 8)	10 (8, 11)	13 (11, 16)	24 (24, 24)	21 (14, 21)	84 (66, 86)
χ^2	8.178	11.274	3.475	7.990	18.020	9.131	7.973
p	0.147	0.046*	0.627	0.157	0.003**	0.104	0.158

Tablo 6: (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

Kanser tipi							
Hematolojik	22 (15, 26)	13 (6, 16)	13.5 (8, 17)	21.5 (15, 25)	26 (23, 28)	28 (21, 32)	123 (86, 140)
Meme	21 (13, 25)	13 (7, 17)	14 (10, 17)	21 (14, 25)	24 (18, 27)	27 (18, 31)	116 (87, 139)
Prostat/mesane/renal	20 (13, 26)	9 (7, 17)	14 (10, 18)	18 (12, 24)	25 (20, 28)	26 (17, 31)	108 (83, 133)
Kolorektal ve karaciğer	15 (11, 21.5)	7 (5, 15.5)	12.5 (8.5, 16)	17 (14, 24)	24 (19, 26.5)	22 (14.5, 30.5)	94.5 (73.5, 130.5)
Jinekolojik	14 (11, 20)	6 (4, 10)	7 (4, 12)	14 (11, 23)	23 (13, 29)	20 (12, 28)	83 (65, 114)
Mide ve özofagus	13 (11, 18)	7 (6, 11)	12 (8, 16)	14 (10, 19)	12 (11, 22)	15 (15, 23)	78 (64, 105)
Diğer	18 (9, 22)	6 (4, 14)	9 (7, 12)	21 (10, 23)	22 (12, 26)	22 (13, 29)	96 (61, 110)
^b χ ²	18.769	14.853	18.722	12.644	16.640	15.307	19.160
p	0.005**	0.021*	0.005**	0.049*	0.011*	0.018*	0.004**
Kanser evresi							
Evre 1	21.33±5.03	12.33±4.51	14.43±5.26	20.87±6.19	24.37±6	28.27±6.58	121.6±24.45
Evre 2	19.81±6.47	12.61±5.16	12.81±5.11	20.27±5.99	23.43±6.24	26.19±7.4	115.12±30
Evre 3	17.87±7.24	9.96±5.11	12.13±4.88	17.82±7	20.76±7.12	21.57±8.06	100.11±33.14
Evre 4	17.78±7.05	9.8±5.43	12.17±4.59	18.3±6.7	22.81±5.98	23.09±7.9	103.95±32.29
^d F	3.235	5.965	1.970	3.050	3.619	8.483	5.596
p	0.023*	0.001**	0.119	0.029*	0.014*	<0.001**	0.001**
Metastaz varlığı							
Var	17.88±7.07	9.93±5.27	12.2±4.72	18.14±6.84	21.98±6.54	22.48±7.98	102.61±32.65
Yok	20.21±6.21	12.5±4.98	13.23±5.21	20.39±6	23.48±6.35	26.71±7.3	116.51±28.79
^a t	-2.907	-4.047	-1.710	-2.917	-1.885	-4.568	-3.753
p	0.004**	<0.001**	0.088	0.004**	0.060	<0.001**	<0.001**
KT kür sayısı							
10'dan az	21 (13, 25)	11 (6, 16)	13 (8, 17)	21 (14, 25)	25 (18, 28)	27 (17, 31)	117 (83, 137)
10-20	17 (12, 23)	9 (6, 15)	12 (8, 17)	18 (12, 25)	24 (19, 27)	23 (15, 30)	103 (76, 133)
20'den fazla	18 (12, 23)	8 (4, 10)	12 (11, 14)	18 (12, 24)	22 (21, 26)	26 (16, 32)	110 (78, 120)
^b χ ²	6.954	4.104	0.428	1.882	0.338	3.934	2.990
p	0.031*	0.128	0.807	0.390	0.844	0.140	0.224
Kronik hastalık varlığı							
Evet	18.19±7.07	10.21±5.3	12.41±4.85	18.52±6.7	22.59±6.45	23.07±8.06	104.99±31.76
Hayır	19.21±6.62	11.48±5.26	12.71±4.99	19.34±6.57	22.41±6.57	24.88±7.85	110.03±32.17
^a t	-1.268	-2.056	-0.534	-1.060	0.238	-1.951	-1.351
p	0.206	0.041*	0.594	0.290	0.812	0.052	0.178

Tablo 6: (Devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre PDÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması (N=293)

ECOG puanı							
2 ve altı	20 (12, 25)	10 (6, 16)	12 (8, 17)	20 (13, 25)	25 (18, 28)	25 (16, 31)	110 (79, 136)
3 ve üstü	24 (17, 26)	14 (4, 14)	12 (10, 18)	22.5 (16, 25)	25.5 (23, 28)	28 (16, 32)	125 (79, 141)
^c z	-1.645	-0.120	-0.046	-0.390	-0.937	-0.359	-0.762
p	0.100	0.904	0.964	0.697	0.349	0.719	0.446

Yaş için gerçekleştirilen değerlendirmelerde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Tanı konma süresi için gerçekleştirilen değerlendirmelerde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

^aBağımsız gruplarda t testi

^bKruskal-Wallis testi, sonuçlar medyan şeklinde verilmiştir.

^cMann-Whitney U testi, sonuçlar medyan şeklinde verilmiştir.

^dTek yönlü varyans analizi, *p<0.05, **p<0.01

Hastaların yaşları ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların tanı konma süresi ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, r=-0.349, r=-0.329, r=-0.204, r=-0.296, r=-0.277, r=-0.400, r=-0.379) (p<0.001). Bu sonuçlara göre tanı konma süresi arttıkça **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanlarının azaldığı olduğu gözlenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların medeni durumlarına göre **PDÖ Yapısal stil** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Evli hastaların **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanlarının bekar hastaların puanlarından daha

yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.015$, $p=0.005$, $p=0.016$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$).

Hastaların **eğitim durumlarına** göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **çalışma durumlarına** göre **PDÖ Yapısal stil, Gelecek algısı, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **çalışma durumlarına** göre **PDÖ Kendilik algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.028$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu “diğer” olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.035$). Hastaların **çalışma durumlarına** göre **PDÖ Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu “diğer” olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.048$). Hastaların **çalışma durumlarına** göre **PDÖ toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu “diğer” olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.044$).

Hastaların **sağlık güvencesi varlığına** göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **gelir durumlarına** göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların **çocuk sayılarına** göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **çocuk sayılarına** göre **PDÖ Sosyal yeterlilik, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (sırasıyla: $p=0.015$, $p=0.025$, $p=0.017$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çocuğu olmayan hastaların puanlarının çocuk sayısı 1-3 olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla: $p=0.044$, $p=0.047$, $p=0.028$). Hastaların **çocuk sayılarına** göre **PDÖ Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, çocuğu olmayan hastaların puanlarının çocuk sayısı 1-3 ve 4-6 olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla: $p<0.001$, $p=0.012$).

Hastalara **bakım veren varlığına** göre **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalara **bakım veren kişiye** göre **PDÖ Yapısal stil, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastalara **bakım veren kişiye** göre **PDÖ Gelecek algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, bakım veren kimsesi olmayan hastaların puanlarının “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.049$). Hastalara **bakım veren kişiye** göre **PDÖ Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.003$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, eşi tarafından bakım verilen hastaların puanlarının “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$).

Hastaların **kanser tipine** göre **PDÖ Kendilik algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.005$). Bonferroni testi

kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik olan hastaların puanlarının kanser tipi kolorektal/karaciğer olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.048$). Hastaların **kanser tipine göre PDÖ Gelecek algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.021$). Bonferroni test, kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi meme olan hastaların puanlarının kanser tipi jinekolojik olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.046$). Hastaların **kanser tipine göre PDÖ Yapısal stil** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.005$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi meme ve prostat/mesane/renal olan hastaların puanlarının kanser tipi jinekolojik olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.009$). Hastaların **kanser tipine göre PDÖ Sosyal yeterlilik** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.049$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.044$). Hastaların **kanser tipine göre PDÖ Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.011$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik olan hastaların puanlarının kanser tipi mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.010$). Hastaların **kanser tipine göre PDÖ Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (sırasıyla: $p=0.018$, $p=0.004$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser tipi hematolojik olan hastaların puanlarının kanser tipi jinekolojik ve mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.043$, $p=0.047$ ve $p=0.041$, $p=0.038$).

Hastaların **kanser evresine göre PDÖ Yapısal stil** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **kanser evresine göre PDÖ Kendilik algısı ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (sırasıyla: $p=0.023$, $p<0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi

1 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.025$, $p=0.016$ ve sırasıyla, $p<0.001$, $p=0.008$). Hastaların **kanser evresine göre PDÖ Gelecek algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.007$, $p=0.003$). Hastaların **kanser evresine göre PDÖ Sosyal yeterlilik** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.029$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının evresi 3 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.048$). Hastaların **kanser evresine göre PDÖ Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.014$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 3 olan hastaların puanlarının evresi 1 ve 2 olanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.043$, $p=0.049$). Hastaların **kanser evresine göre PDÖ toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.001$). Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kanser evresi 1 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.002$, $p=0.011$). Kanser evresi 2 olan hastaların puanlarının evresi 3 olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.014$).

Hastalarda **metastaz varlığına göre PDÖ Yapısal stil, Aile uyumu** alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Metastaz gelişen hastaların PDÖ **Gelecek algısı, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları ve ölçek **toplam** puanlarının metastaz gelişmeyen hastaların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0.004$, $p<0.001$, $p=0.004$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Hastaların **KT kür sayılarına göre PDÖ Yapısal stil, Gelecek algısı, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların **KT kür sayılarına göre PDÖ Kendilik algısı** alt boyut puanları yönünden istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0.031$). Dunn-Bonferroni testi kullanılarak yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, kür sayısı 10'dan az olan hastaların puanlarının 10-20 arası olanların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.038$).

Hastalarda **kronik hastalık varlığına göre PDÖ Yapısal stil, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanların PDÖ **Gelecek algısı** alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayanların puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.041$).

Hastaların **ECOG puanına göre PDÖ Kendilik algısı, Gelecek algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar** alt boyut ve ölçek **toplam** puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7: FACIT SP12 ölçek puanları ve PDÖ puanları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi (N=293)

FACIT SP12					
PDÖ		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Kendilik algısı	r	0.690	0.771	0.693	0.767
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Gelecek algısı	r	0.704	0.785	0.659	0.766
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Yapısal stil	r	0.501	0.560	0.498	0.556
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Sosyal yeterlilik	r	0.650	0.724	0.682	0.732
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Aile uyumu	r	0.630	0.557	0.682	0.662
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Sosyal kaynaklar	r	0.747	0.764	0.788	0.817

Tablo 7: (Devam) FACIT SP 12 ölçek puanları ve PDÖ puanları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi (N=293)

Toplam	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
	r	0.791	0.836	0.811	0.867
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**

FACIT-SP 12 Anlam alt boyut puanları ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=0.690$, $r=0.704$, $r=0.501$, $r=0.650$, $r=0.630$, $r=0.747$ $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanının arttığı saptanmıştır.

FACIT-SP 12 Anlam alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.791 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.791$, $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Anlam** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Toplam** puanının arttığı saptanmıştır.

FACIT-SP 12 Barış alt boyut puanları ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $r=0.771$, $r=0.785$, $r=0.560$, $r=0.724$, $r=0.557$, $r=0.764$ $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Barış** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanının arttığı bulunmuştur.

FACIT-SP 12 Barış alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.836 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.836$, $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Barış** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Toplam** puanının arttığı bulunmuştur.

FACIT-SP 12 İnanç alt boyut puanları ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=0.693$, $r=0.659$, $r=0.498$, $r=0.682$, $r=0.682$, $r=0.788$ $p<0.001$). **FACIT-SP 12 İnanç** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanının arttığı bulunmuştur.

FACIT-SP 12 İnanç alt boyut ve ölçek **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.811 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.811$, $p<0.001$). **FACIT-SP 12 İnanç** alt boyut puanı arttıkça **PDÖ Toplam** puanının arttığı saptanmıştır.

FACIT-SP 12 Toplam puanları ile **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $r=0.767$, $r=0.766$, $r=0.556$, $r=0.732$, $r=0.662$, $r=0.817$ $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Toplam** puanı arttıkça **PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu ve Sosyal kaynaklar** alt boyut puanının arttığı bulunmuştur.

FACIT-SP 12 Toplam puanları ile **PDÖ Toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.867 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.867$, $p<0.001$). **FACIT-SP 12 Toplam** puanı arttıkça **PDÖ Toplam** puanının arttığı bulunmuştur.

GLM ve Regresyon Analizleri

FACIT SP12 Toplam puanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla GLM (Genel Lineer Model) analizi gerçekleştirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde FACIT SP12 Toplam puanı üzerine anlamlı etkileri olduğu saptanan **tanı konma süresi, medeni durum, çocuk sayısı, bakım veren kişi, kanser tipi, kanser evresi, metastaz varlığı** değişkenleri GLM analizine bağımsız değişkenler olarak dahil edilmiştir. Geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak, yani her basamakta p değeri en büyük olan değişken modelden çıkarılarak geriye kalan değişkenler yeni basamakta kullanılmış, modelde sadece istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler kalana kadar bu işlem tekrar edilmiştir. Elde edilen modele ilişkin regresyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 8’de sunulmuştur. Bu modelin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı ve modelde bulunan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %22.7’sini açıkladığı bulunmuştur ($F=7.615$, $p<0.001$, $R^2_{adj}=0.227$). Son modelde tanı konma süresi, çocuk sayısı, kanser tipi ve kanser evresi değişkenlerinin etkilerinin anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.030$).

Tablo 8: FACIT SP12 Toplam puanı için gerçekleştirilen regresyon analizleri sonucunda elde edilen son modelin beta katsayıları, test değerleri ve anlamlılık düzeylerinin gösterimi

Toplam	Beta (%95 Güven Aralığı)	t	p
Sabit	28.506 (22.88, 34.132)	9.974	<0.001**
Tanı konma süresi	-0.499 (-0.728, -0.27)	-4.288	<0.001**
Çocuk sayısı			
0	Referans		
1-3	11.665 (7.008, 16.322)	4.931	<0.001**
4-6	9.574 (4.378, 14.77)	3.627	<0.001**
7 ve üstü	4.788 (-2.952, 12.528)	1.218	0.224
Kanser tipi			
Hematolojik	Referans		
Meme	-2.853 (-6.027, 0.32)	-1.770	0.078
Prostat/mesane/renal	-2.909 (-7.156, 1.337)	-1.349	0.179
Kolorektal ve karaciğer	-7.828 (-11.998, -3.658)	-3.696	<0.001**
Jinekolojik	-11.235 (-17.251, -5.219)	-3.676	<0.001**
Mide ve özofagus	-13.333 (-19.605, -7.061)	-4.185	<0.001**
Diğer	-10.496 (-17.872, -3.119)	-2.801	0.005**
Kanser evresi			
Evre 1	Referans		
Evre 2	-1.798 (-6.391, 2.795)	-0.771	0.442
Evre 3	-4.54 (-9.136, 0.057)	-1.944	0.053
Evre 4	-5.954 (-10.624, -1.284)	-2.510	0.013*

Tanı konma süresinde gerçekleşecek 1 birimlik artışın FACIT SP12 Toplam puanında 0.499 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -0.499 (-0.728, -0.27), p<0.001].

Çocuk sayısının 1-3 arası olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 11.665 artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= 11.665 (7.008, 16.322), p<0.001]. Çocuk sayısının 4-6 arası olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 9.574 artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= 9.574 (4.378, 14.77), p<0.001].

Kanser tipinin kolorektal/karaciğer ca olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 7.828 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -7.828 (-11.998, -3.658), $p<0.001$]. Kanser tipinin jinekolojik ca olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 11.235 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -11.235 (-17.251, -5.219), $p<0.001$]. Kanser tipinin mide/özofagus ca olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 13.333 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -13.333 (-19.605, -7.061), $p<0.001$]. Kanser tipinin “diğer tür” ca olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 10.496 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -10.496 (-17.872, -3.119), $p=0.005$].

Kanser evresinin Evre 4 olması durumunun FACIT SP12 Toplam puanında 5.954 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -5.954 (-10.624, -1.284), $p=0.013$].

PDÖ Toplam puanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla GLM (Genel Lineer Model) analizi gerçekleştirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde PDÖ Toplam puanı üzerine anlamlı etkileri olduğu saptanan **tanı konma süresi, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, kanser tipi, kanser evresi, metastaz varlığı** değişkenleri GLM analizine bağımsız değişkenler olarak dahil edilmiştir. Geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak, yani her basamakta p değeri en büyük olan değişken modelden çıkarılarak geriye kalan değişkenler yeni basamakta kullanılmış, modelde sadece istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler kalana kadar bu işlem tekrar edilmiştir. Elde edilen modele ilişkin regresyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 9’da sunulmuştur. Modelin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı ve modelde bulunan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %17.6’sını açıkladığı bulunmuştur ($F=5.787$, $p<0.001$, $R^2_{adj}=0.176$). Son modelde tanı konma süresi, çocuk sayısı, kanser tipi ve kanser evresi değişkenlerinin etkilerinin anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.028$).

Tablo 9: PDÖ Toplam puanı için gerçekleştirilen regresyon analizleri sonucunda elde edilen son modelin beta katsayıları, test değerleri ve anlamlılık düzeylerinin gösterimi

PDÖ - Toplam	Beta (%95 Güven Aralığı)	t	p
--------------	--------------------------	---	---

Sabit	109.719 (94.321, 125.116)	14.027	<0.001**
Tanı konma süresi	-1.216 (-1.843, -0.59)	-3.820	<0.001**
Çocuk sayısı			
0	Referans		
1-3	28.473 (15.728, 41.217)	4.398	<0.001**
4-6	21.259 (7.039, 35.48)	2.943	0.004**
7 ve üstü	19.213 (-1.97, 40.395)	1.785	0.075
Kanser tipi			
Hematolojik	Referans		
Meme	-7.338 (-16.023, 1.347)	-1.663	0.097
Prostat/mesane/renal	-4.24 (-15.862, 7.382)	-0.718	0.473
Kolorektal ve karaciğer	-18.321 (-29.732, -6.909)	-3.160	0.002**
Jinekolojik	-27.524 (-43.988, -11.059)	-3.291	0.001**
Mide ve özofagus	-27.741 (-44.906, -10.576)	-3.181	0.002**
Diğer	-19.154 (-39.342, 1.034)	-1.868	0.063
Kanser evresi			
Evre 1	Referans		
Evre 2	-7.674 (-20.244, 4.896)	-1.202	0.230
Evre 3	-17.159 (-29.738, -4.58)	-2.685	0.008**
Evre 4	-15.273 (-28.053, -2.492)	-2.352	0.019*

Tanı konma süresinde gerçekleşecek 1 birimlik artmanın PDÖ Toplam puanında 1.216 düşüşe neden olduğu bulunmuştur [Beta (%95 GA)= -1.216 (-1.843, -0.59), p<0.001].

Çocuk sayısının 1-3 arası olması durumunun PDÖ Toplam puanında 28.473 artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= 28.473 (15.728, 41.217), p<0.001]. Çocuk sayısının 4-6 arası olması durumunun PDÖ Toplam puanında 21.259 artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= 21.259 (7.039, 35.48), p=0.004].

Kanser tipinin kolorektal/karaciğer ca olması durumunun PDÖ Toplam puanında 18.321 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -18.321 (-29.732, -6.909), p=0.002]. Kanser tipinin jinekolojik ca olması durumunun PDÖ Toplam puanında 27.524 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -27.524 (-43.988, -11.059), p=0.001]. Kanser tipinin mide/özofagus ca olması durumunun

PDÖ Toplam puanında 27.741 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -27.741 (-44.906, -10.576), p=0.002].

Kanser evresinin Evre 3 olması durumunun PDÖ Toplam puanında 17.159 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -17.159 (-29.738, -4.58), p=0.008]. Kanser evresinin Evre 4 olması durumunun PDÖ Toplam puanında 15.273 düşüşe neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA)= -15.273 (-28.053, -2.492), p=0.019].



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki ve bu ilişkiyi etkileyen tanımlayıcı ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular belirlenip, literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Kanser hastaları tanı aldıkları andan itibaren yaşamın devamına yönelik endişe ve korku duymaya başlarlar. Hastaların manevi değerlere yönelimi artar ve karşılaştıkları bu sorun ile başa çıkmaya çalışırlar. Hastalar spiritüel anlamda ne kadar iyi ise hastaların psikolojik dayanıklılıkları da doğru orantılı bir şekilde yükselecektir. Spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki farklı örneklem gruplarında incelenmesine karşın, kanser tanılı hastarda yeterince incelenmemiştir. Kanser hastalarının bütüncül bakımında önem taşıyan bu konu hakkında çalışmalar yetersiz olup, çalışmamız ile birlikte literatüre katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

5.1. FACIT-SP Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 3)

Kanserli hastaların spiritüel iyilik düzeylerini değerlendiren FACIT-SP 12 Spiritüel İyilik Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 0-48 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmamızda FACIT-SP 12 Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalaması 28.56 ± 12.08 olarak bulundu. FACIT-SP 12 Spiritüel İyilik Ölçeği'nden elde edilen puanlar yüksek olduğunda bireyin spiritüel iyilik halinin de yükseldiğini, elde edilen puanlar düşük olduğunda ise bireyin spiritüel iyilik halinin de düştüğünü göstermekle birlikte, çalışmamızda hastaların spiritüel iyilik hallerinin orta seviyede olduğu tespit edildi. Literatürde kanserli hastaların spiritüel iyilik düzeylerini belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı çalışmalarda FACIT-Sp 12 Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalaması, Purnell ve ark. (2009)'nın yaptıkları çalışmada 36.66 ± 8.01 , Kavalalı Erdoğan (2019)'ın yaptığı çalışmada $39,9 \pm 9,8$, Öner (2012)'in yaptığı çalışmada 31.88 ± 8.44 , Yüksel (2019)'in yaptığı çalışmada ise 32.73 ± 5.86 olarak saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalar, kanserli hastaların spiritüel iyilik düzeylerinin bizim çalışmamıza oranla orta düzey üstünde olduğunu göstermektedir. Spiritüel iyilik hali birçok faktörden etkilenmekte birlikte çalışma sonucumuzun diğer çalışma ortalamalarının gerisinde kalma nedeni hastaların farklı başa çıkma mekanizması kullanımına bağlı olduğu düşünülmektedir (78,79,80,81).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmektedir. Çalışmamızda hastaların Anlam Alt Boyutu puan ortalaması 10.05 ± 4.30 olarak bulundu. Araştırma bulgularımızla paralel olarak yapılan bazı çalışmaların Anlam Alt Boyut puan ortalaması, Kavalalı Erdoğan (2019)'ın yaptığı çalışmada $13,1 \pm 3,6$, Aktürk ve ark (2017)'in yaptığı çalışmada $12,6 \pm 3,1$, Whitford ve ark. (2011)'in yaptığı çalışmada $13,7 \pm 2,8$, Öner (2012)'in yaptığı çalışmada $10,5 \pm 3,7$ ve Gaston-Johansson ve ark. (2013)'in yaptığı çalışmada $14,3 \pm 3,3$ olarak saptanmıştır. Bovero ve ark. (2016)'ın yaptığı diğer bir çalışmada ise kanserli hastaların Anlam Alt Boyutundan $11,0 \pm 4,2$ ile $16,5 \pm 4,0$ arası puan aldıkları bildirilmiştir. Literatürde spiritualite, bireylerin yaşamın anlamını anlayıp kabul etmesi; kendisi, ailesi, arkadaşları, doğa, kutsal ve benliğini bulduğu deneyimle ilgili herşey olarak açıklanmaktadır. Como (2007) tarafından spiritualite yaşamdaki anlam ve amacı araştırma, bir kişinin özünü yansıtmaya olarak tanımlanmaktadır. Anlam alt boyutu yaşamdaki amaç ve anlam duygusuyla ilgili varoluşsal kısmını ölçer (76,78-80,82-85).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmektedir. Çalışmamızda hastaların Barış Alt Boyut puan ortalaması 8.32 ± 4.51 olarak bulundu. Yapılan diğer çalışmaların Barış Alt Boyut puan ortalaması Öner (2012)'in yaptığı çalışmada $8,8 \pm 3,8$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kavalalı Erdoğan (2019)'ın yaptığı çalışmada $12,4 \pm 4,2$, Whitford ve ark. (2011)'in yaptığı çalışmada $12,0 \pm 3,4$, Aktürk ve ark. (2017)'in yaptığı çalışmada $10,9 \pm 3,7$ Gaston-Johansson ve ark. (2013)'in yaptığı çalışmada $11,3 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Bovero ve ark. (2016)'ın yaptığı diğer bir çalışmada ise kanserli hastaların Barış Alt Boyutundan $11,0 \pm 4,2$ ile $16,5 \pm 4,0$ arası puan aldıkları bildirilmiştir (76,79,80,82-84). Spiritualite, bireyin sağlık ve hastalıkla ilgili tutumlarını sorgulamasına, yaşadığı sorunlara kolaylıkla çözüm üretebilmesine, yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlamasına ve iyileşme için yeterli gücü bulmasına yardımcı olarak birey üzerinde olumlu etkiler yarattığı bilinmektedir (76). Bu bağlamda barış alt boyutunun, yaşamdaki uyum ve barış duygusuyla ilgili varoluşsal kısmı ölçtüğü bilinmektedir (78).

FACIT-SP 12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmektedir. Çalışmamızda hastaların İnanç Alt Boyut puan ortalaması 10.19 ± 4.07 olarak bulundu. Araştırma bulgularımıza benzer şekilde İnanç Alt Boyut puan ortalaması Aktürk ve ark. (2017)'ın yaptığı çalışmada $11,9 \pm 4,5$, Öner (2012)'in yaptığı çalışmada $12,6 \pm 3,3$, Kavalalı Erdoğan (2019)'ın yaptığı çalışmada $14,4 \pm 3,3$, Whitford ve ark. (2011)'in yaptığı çalışmada $11,7 \pm 4,3$ ve Gaston-Johansson ve ark. (2013)'in yaptığı çalışmada $13,6 \pm 4,2$ olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularından farklı olarak Bovero ve ark. (2016)'ın yaptığı çalışmada kanserli hastaların İnanç Alt Boyutundan $4,1 \pm 3,4$ ile $8,4 \pm 4,1$ arası puan aldıkları bildirilmiştir (76,79,80,82-84). Surbone ve Baider (2010) spiritualiteyi tanrı, yaratan ya da yaşam gücü veren ilahi enerji ve evrensel ruh olarak tanımlamıştır (5). Spiritualite sadece dini inançlar ve uygulamalarla sınırlandırılmayan geniş bir kavramdır. Dini inançlara sahip olmayan kişilerin de manevi boyutları vardır. Bir bireyin spiritualitesi içinde yaşadığı toplumdan büyük ölçüde etkilenmektedir. İnanç alt boyutu, bireyin manevi inançlarında bulunan güç veya rahatlık hissini ölçer (76,78,85). Çalışmamızda inanç alt boyutu ortalamasının yüksek çıkması ülkemizde her inançtan bireye saygı gösterilmekle birlikte çoğunluğun “müslüman olması ve ölümden sonraki yaşamda spiritualitenin içinde yer alan dini uygulamaların, inançların bize ödül olarak geri döneceği düşüncesi, ölüm olarak algılanan kanser hastalığına sahip olan bireylerde bu uygulamalarda artış meydana getirmesi gibi nedenlerle açıklanabilir.

Bu çalışmada ise FACIT-SP 12 ölçeğinin anlam ve inanç alt boyut puan ortalaması birbirine yakın çıkarken barış alt boyut puan ortalaması diğer iki alt boyuta oranla daha düşük çıkmıştır. Spiritualite kişinin kendi yaşamında anlam ve amacı aramasıdır. Bu da yaşama anlam veren dini inanç, herhangi bir şeye bağlılık, değer ve uygulamalar ile sağlanmaktadır. Brady ve ark. (1999) ve Peterman ve ark. (2002), maneviyatın varoluşsal anlam bileşeninin dini inançtan daha güçlü psikolojik uyumla ilişkili olduğunu bulmuştur (75,86-89).

FACIT-SP12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği maddelerine verilen yanıtların dağılımında ise anlam boyutu içerisinde yer alan ‘Yaşamak için bir nedenim var’ ile

inanç boyutu içerisinde yer alan ‘Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum’ maddelerinin olumlu yanıt oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Kanserli hastalar, yaşadıkları bu zor süreçte yaşamın anlam ve amacını bulabilmek için çoğunlukla dini uygulamalara ya da kendilerine yakın gördükleri kişiler ile bu durumu paylaşmaya ihtiyaç duyarlar. McMillan ve Weitzner (2000)’in son evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların din ve spiritualite konularına büyük vurgu yaptıkları ve bu hastalara yaşamlarını daha verimli hale getirmek için neye başvurdukları sorulduğunda, en çok “Tanrı” ile ilişkiyi seçtikleri görülmektedir. Tate (2011) çalışmasında meme kanseri olan kadınlar, aile ve arkadaşlarının hastalığı hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması nedeni ile paylaşımlarını daha çok tanrı ile yaptıklarını ifade etmişlerdir (90,91).

5.2. Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre FACIT SP12 ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 4)

Bu çalışmada, hastaların tanı konma süresi ile FACIT SP12 Anlam, Barış, İnanç alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların tanı konma süresi arttıkça FACIT-Sp 12 Anlam, Barış, İnanç alt boyut puanları ve ölçek toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır. Kanser, tanı konulduğu andan itibaren başlayarak tedavi süreci boyunca psikososyal, fiziksel, ve ruhsal sorunları da beraberinde getiren bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda tanı konma süresinin uzamasına ek olarak tanı aldıktan sonraki ilk süreçte de spiritüel iyilik hali puan ortalaması düşmektedir. Çalışmamızda ulaştığımız bu sonuç doğrultusunda tanı konma süresinin uzamasına bağlı maneviyatta yaşanan düşüş, bireyin belirsizlik duygusu yaşaması ve bireyde meydana gelen belirtilerin internetten araştırılmasına bağlı çıkan sonuçların korku ve kaygıya neden olması gibi nedenlerle açıklanabilir. Çalışma sonucumuzla örtüşmemekle birlikte, Kılıçkap’ın (2009) yaptığı çalışmada, 6 ay-2yıl önce tanı almış hastaların spiritüel iyilik puan ortalamasının yeni tanı konulan hastalara oranla daha yüksek çıkması, hastaların kanserle baş etmede spiritualiteyi zaman içinde daha çok kullandıklarını göstermektedir (92).

Çalışmamızda medeni durumu evli olan hastaların FACIT SP12 Anlam, Barış, İnanç alt boyut puanları ve ölçek toplam puanlarının bekar hastaların puanlarından

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yüksel (2019)'in yaptığı çalışmada kanserli hastaların evli olma durumlarının spiritüel iyilik haline pozitif yönde katkı sağladığı bulunmuştur (Yüksel 2019). Öner (2012)'in yaptığı çalışmada spiritual iyiliğin barış alt boyut puan ortalaması hariç diğer tüm alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalamaları evli hastalarda bekar hastalara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tate ve Forchheimer (2002)'in yaptıkları bir çalışmada da evli olanların spiritüel iyilik puanlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (79,81,93). Bu sonuçlar doğrultusunda spiritüel iyilik hali artışının evli olan bireylerde eşlerin birbirlerine olan destek ve verdikleri güce bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, hastaların çalışma durumlarına bakıldığında FACIT SP12 Anlam alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu “diğer” olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu ‘diğer’ olarak nitelendirdiğimiz hastalar, sabit bir işi olmayıp, iş olduğu zamanlarda çalışan hastaları ifade etmektedir. Tate ve Forchheimer (2002) tarafından kanser hastalarında spiritual iyilik hali üzerine yapılan bir çalışmada, çalışan hastaların spiritual iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öner (2002)'in yaptığı çalışmada da çalışan hastaların çalışmayan hastalara oranla daha yüksek spiritüel iyilik haline sahip oldukları bulunmuştur (79,93). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu iş oldukça çalışan hastaların çalışmayan hastalara oranla spiritüel iyilik halinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bir işte çalışıyor olmanın sosyalleşmeyi sağlaması ve bireyin normal yaşantısını devam ettirebilmesi anlamında spiritüel iyilik haline pozitif yönde katkı sağladığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda çocuğu olmayan hastaların puanlarının çocuk sayısı 1-3 olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Phenwan ve ark. (2019)'in yaptığı çalışmada hastaların aile bağlarının kuvvetli olması ve özellikle çocuk sahibi olmaları spiritüel iyilik halini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Yüksel (2019)'in çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde çocuk sahibi olmanın spiritüel iyilik halini arttırdığı sonucu bulunmuştur (81,94). Spiritualite, bireyin yaşamının anlam ve amacını arayışı tanımından yola çıktığımızda, çocuk sahibi olmanın çoğu birey için yaşamlarının en büyük amacı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda çocuklar en güçlü

sosyal destek ağını oluşturmaktadır. Çalışmamızda da çıkan sonuçlar çocuk faktörünün spiritüel iyilik hali artışıdaki etkisini açıkça göstermektedir.

Çalışmamızda bakım veren kişiye göre spiritüel iyilik hali alt boyutlara göre farklılık göstermekte olup, anlam alt boyutuna bakıldığında bakım veren kimsesi olmayan hastaların puanlarının, “diğer” olarak nitelendirilen aile ve sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Barış alt boyutunda, çocukları tarafından bakım verilen hastaların puanları ile ölçek toplamında eşi tarafından bakım verilen hastaların puanları “diğer” kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda aile tarafından verilen bakımın daha etkili olduğu, bakım almayan hastaların aile dışındaki kişilerden bakım alan hastalara oranla spiritüel iyilik halinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar da aile faktörünün spiritualite üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda kanser tipi çoğunlukla hematolojik ve meme ca olan hastaların mide/özofagus ca olan hastalara göre spiritüel iyilik hali daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kanser evresine göre spiritüel iyilik hali değerlendirildiğinde ise çoğunlukla evresi 1 ve 2 olan hastaların puanlarının 3 ve 4 olan hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak metastaz gelişen hastaların metastaz gelişmeyen hastalara oranla spiritüel iyilik hali daha düşük bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ileri evre kanser hastalarının spiritüel endişe yaşadığı, aynı zamanda depresyon ve anksiyete yaşayan hastaların spiritüel iyilik halinin azaldığı ve spiritüel acı yaşadığı bulunmuştur (87). Kahraman (2020)’ın yaptığı çalışmada metastaz olma durumunun spiritüel iyilik halini etkilemediği bulunmuştur. Öner (2012)’in yaptığı çalışmada ise istatistiksel olarak çok fazla anlamlı sayılmasa da metastaz olmayan hastaların spiritual iyilik toplam puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur (79,95). Kanser tansının daha agresif olması, metastaz varlığı ve ileri evre kanser tanısı almış olma durumu hasta durumu hasta tarafından hastalığın ilerlediği ve ölümün yaklaştığı şeklinde algılanmaktadır. Bu nedenle hastanın spiritüel iyilik hali olumsuz yönde etkilenebilmektedir (79).

Çalışmamızda FACIT SP-12 anlam alt boyutunda spiritüel iyilik hali, kür sayısı 10’dan az olan hastaların 20’den fazla olan hastalardan daha yüksek olduğu ve kronik

hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kür sayısı arttıkça hastanın tedaviye bağlı yaşadığı semptomlarda da artış meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak hastanın spiritüel iyilik hali olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışmamızda da çıkan sonuçlar bu durumu destekler niteliktedir. Kahraman (2020)'ın yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığının spiritüel iyilik halini etkilemediği bulunmuştur (95). Kanser hastalarının mevcut hastalıklarına ek olarak kronik bir hastalığa sahip olmaları hastalarda psikolojik, fizyolojik, ekonomik, toplumsal sorunlara yol açmakla birlikte hastaların tedaviye uyumlarını azaltmakta ve hastanedeki kalış sürelerinin uzamasına neden olmaktadır (96,97).

5.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 5)

Kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerini değerlendiren Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek toplam puan 165'tir. Yapılan çalışmamızda Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 107.45 ± 32.01 olarak bulundu. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden alınan puanlar arttığında psikolojik dayanıklılığın da artması için, cevap kutucukları soldan sağa 12345 şeklinde değerlendirildi. Alınan puanların yüksek çıkması bireyin psikolojik dayanıklılığının yükseldiğini, düşük çıkması ise bireyin psikolojik dayanıklılığının düştüğünü göstermekle birlikte, çalışmamızda hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyinin orta seviyenin üstünde olduğu tespit edildi. Eren (2019) yaptığı çalışmada hematoloji hastalarının psikolojik dayanıklılık ölçeği puanını $132,38 \pm 20,74$ olarak bulmuştur. Akyüz (2017) yaptığı çalışmada meme kanseri olan hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği puanını $130,91 \pm 18,26$ olarak bulmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada meme kanseri olan bireylerin psikolojik dayanıklılık ölçeği puanını $123,68 \pm 17,45$ olarak bulmuştur. Sonuçlar birbirleri ile benzerlik göstermekle birlikte çalışmamızda daha düşük puan elde edilmiştir (98-100). Çalışma sonucumuzun bu çalışmalara göre daha düşük çıkmasının, hastaların farklı kanser türlerine sahip olması, tedavilerin daha agresif seyretmesi, prognozun daha kötü olması gibi nedenlere bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca hastaların etkin başa çıkma mekanizmasına sahip olup olmaması da psikolojik dayanıklılığı etkilemektedir.

Kronik strese maruz kalan kanser hastaları, psikolojilerini olumsuz yönde etkileyen birtakım sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Kanser hastalarının stres deneyimine; kişilik özellikleri, cinsiyet, din, inançlar ve kültür gibi bireysel faktörlerin aracılık edebileceğini anlamak önemlidir (101).

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan kendilik algısı puan ortalaması 6 ile 30 arasında değişmekte olup çalışmamızda 18.69 ± 6.87 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada kendilik algısı puan ortalamasını $22,31 \pm 4,99$ olarak bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada kendilik algısı puan ortalamasını $24,54 \pm 4,99$ olarak bulmuştur (98,100). Çalışma sonucumuz diğer çalışmaların çok az gerisinde kalmakla birlikte kendilik algısı alt boyutunun psikolojik dayanıklılığı arttırmadaki etkisi gözardı edilemeyecek derecede yüksektir. Kendilik algısı bireyin özgüven sahibi olmasını duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını ve kendi kendine yeterliliğini ifade etmektedir (59). Kanser, kişide var olan kişisel gücün, kişi tarafından farkedilmesini sağlamaktadır. Kanser her aşaması, hastaların yaşamları ve ruh sağlığı üzerinde farklı bir etkiye sahiptir. Bu nedenle Seiler ve Jenewein (2019), kanser deneyiminin olumlu ve olumsuz yaşam değişiklikleri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (101,102). Biyolojik ve kişisel faktörlerin kanserli hastaların psikolojik dayanıklılığına olumlu yönde katkı sağladığını söyleyebiliriz. Psikolojik dayanıklılığın gelişimini etkileyen kişisel faktörler arasında dışa dönüklük, iç kontrole odaklanma, deneyimlere açık olma, öz yeterlik, benlik saygısı, olayları olumlu yorumlama ve iyimserlik sayılabilir. (Linley ve Joseph 2004) Biyolojik faktörler olarak bireylerde psikolojik dayanıklılığın gelişmesinde hormonlar, sinir ağı yapısı, nörotransmitter geri alımı ve sentezlerin rol oynadığı belirtilmektedir (103,104).

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan gelecek algısı puan ortalaması 4 ile 20 arasında değişmekte olup çalışmamızda 10.83 ± 5.31 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada gelecek algısı puan ortalamasını $11,39 \pm 4,53$ olarak bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada gelecek algısı puan ortalamasını $14,92 \pm 4,34$ olarak bulmuştur. Çalışma sonuçlarımız Yalçın (2015)'ın yaptığı çalışma ile benzerlik göstermekte, Eren (2019)'in yaptığı çalışma ile örtüşmemektedir (98,100). Hastalar için kanser tanısı almış olmak hayatı tehdit eden, gelecek planlarını alt üst edip, geleceği belirsiz görmelerine neden olabilen durumdur. Kişi ne kadar

güçlü başetme mekanizmalarına, sosyal desteğe sahip olsa da yaşadığı durum içindeki belirsizlik, uzun süreli planlar yapamamaktan kaynaklı olarak gelecek algısı alt boyutunun düşük çıktığını ve psikolojik dayanıklılığı azalttığını söyleyebiliriz.

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan yapısal stil puan ortalaması 4 ile 20 arasında değişmekte olup çalışmamızda 12.56 ± 4.91 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada yapısal stil puan ortalamasını $13,36 \pm 4,04$ bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada yapısal stil puan ortalamasını $14,95 \pm 3,58$ bulmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir (98,100). Yapısal stil, kişinin günlük olarak yaptığı işleri devam ettirebilme ve bu işleri planlayıp yürütebilme becerisini içerir (59). Kanseri tanısı alan hastaların yaşam tarzlarında, günlük rutinlerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Önceden belirlemiş olduğu hedefi hastalığından dolayı gerçekleştirememesi korkusu ya da kanser tedavisinde yaşadığı semptomlara bağlı planlarında meydana gelen aksaklıklar gibi nedenlere bağlı olarak yapısal stil alt boyutunun düşük çıktığı düşünülmektedir. Bu durumun da psikolojik dayanıklılığın azalmasına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan sosyal yeterlilik puan ortalaması 6 ile 30 arasında değişmektedir. Çalışmamızda 18.92 ± 6.64 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada sosyal yeterlilik puan ortalamasını $23,98 \pm 4,68$ olarak bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada sosyal yeterlilik puan ortalamasını $23,48 \pm 4,97$ olarak bulmuştur. Çalışmamız diğer çalışmalara yakın bir değerde çıkmıştır (98,100). Sosyal yeterlik alt boyutunun psikolojik dayanıklılığın sağlanmasında önemli bir etkisi bulunmaktadır. Kişisel faktörler, biyolojik faktörler ve çevresel faktörler psikolojik dayanıklılığın gelişiminde anahtar rol oynar (105). Sosyal yeterlik alt boyutu tüm bu faktörlerin etkileşimi ile bir bütünü oluşturmaktadır. Sosyal desteği kişisel özellikleri sayesinde fırsata çevirebilen kanser hastaları toplumda daha fazla yer alarak gerek yeni arkadaşlıklar kurarak gerekse varolan arkadaşları ile iletişimini arttırarak psikolojik dayanıklılıklarını arttırdığını söyleyebiliriz.

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan aile uyumu puan ortalaması 6 ile 30 arasında değişmektedir. Çalışmamızda 22.51 ± 6.50 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada aile uyumu puan ortalamasını $23,69 \pm 4,48$ olarak bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada aile uyumu puan ortalamasını $25,25 \pm 4,98$ olarak

bulmuştur. Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (98,100). Aile ve akran ilişkilerinde sosyal destek, kültürel faktörlerin varlığı, aile birliğinin devamlılığı, aileye güvenli bir şekilde bağlanma, ebeveynlerle güvenli ilişki psikolojik dayanıklılığın geliştirilip öğrenilebilmesi açısından büyük avantaj sağlamaktadır (106). Bu anlamda aile bütünlüğünün sağlam olması psikolojik dayanıklılığı artırıp kanser hastalarının süreci daha rahat yönetmesine katkıda bulunmaktadır.

Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan sosyal kaynaklar puan ortalaması 7 ile 35 arasında değişmekte olup 23.95 ± 7.99 olarak bulunmuştur. Yalçın (2015) yaptığı çalışmada sosyal kaynaklar puan ortalamasını $28,93 \pm 4,49$ olarak bulmuştur. Eren (2019) ise yaptığı çalışmada sosyal kaynaklar puan ortalamasını $29,24 \pm 5,32$ olarak bulmuştur. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçlarının gerisinde kalmıştır (98,100). Fakat sosyal kaynaklar alt boyutu, tüm alt boyutlar içerisinde en yüksek puan ortalamasına sahip olarak psikolojik dayanıklılığı en fazla arttırdığını söyleyebiliriz. Sosyal destek varlığı, bireyin yaşamdan doyum sağlamasında ve stresle başa çıkabilmesinde tampon görevi yapmaktadır. Olumsuz sosyal etkileşimlerinde yaşanabileceği unutulmamalıdır. Destek sağlamayan sosyal çevre hastanın psikolojik destek yoksunluğuna girmesine neden olabilir. Kanser hastalarının sosyal desteğe gereksinim duydukları konuların profesyonel kişiler tarafından belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır. Türkiye'nin geleneksel yapısı nedeniyle hastalar sosyal destek ağlarına kolayca ulaşabilmektedir (107).

Bu çalışma sonuçlarına göre en yüksek ortalama sahip alt boyut sosyal kaynaklar olarak bulunmuştur. Sevim (2018)'in yaptığı çalışmada da sonuçlarımıza benzer şekilde en yüksek ortalama sahip alt boyut sosyal kaynaklar olarak bulunmuştur (108). Psikolojik dayanıklılık sonradan geliştirilebilen bir durum olmakla birlikte sosyal çevre ile iç içe olmanın ve sosyal destek görmenin psikolojik dayanıklılığı arttırdığını söyleyebiliriz.

En düşük ortalama sahip alt boyut ise gelecek algısı olarak bulunmuştur. Yalçın (2015)'in yaptığı çalışmada da sonuçlarımıza benzer şekilde en düşük ortalama sahip alt boyut gelecek algısı olarak bulunmuştur (100). Kanser tanısı alan hastada ileriye yönelik belirsizlik yaşanması ve başlayan gelecek kaygısı, tedavilerden

yanıt alamama ya da iyileşmeden sonra ilerleyen zamanlarda hastalığın nüks etme korkusu gibi nedenlere bağlı olarak psikolojik dayanıklılığın azaldığını söyleyebiliriz.

5.4. Hastaların Tanımlayıcı özelliklere göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6)

Bu çalışmada, hastaların tanı konma süresi ile PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar alt boyut ve ölçek toplam puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre tanı konma süresi arttıkça PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar alt boyut ve ölçek toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır. Eren (2019)'in yaptığı çalışmada hematoloji tanıli hastaların, tanı süreleri ile psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (98). Tanı konma süresinin uzaması bireyde belirsizlik ve korku duygusuna neden olmaktadır. Bu durumda hastanın psikolojisini olumsuz yönde etkileyerek psikolojik dayanıklılığı azalttığını söyleyebiliriz.

Evli hastaların PDÖ Yapısal stil hariç Gelecek algısı, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar alt boyut ve ölçek toplam puanlarının bekar hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sevim (2018) ve Eren (2019)'in yaptıkları çalışmalarda medeni durum psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili bulunmamıştır (98,108). Demir (2016)'in yaptığı çalışmada evli olan kanser hastalarının PDÖ gelecek algısı alt boyutu puanı bekar olan kanser hastalarından daha yüksek bulunmuştur (109). Çalışma sonuçları birbirinden farklı olup evli olmanın eş tarafından destek görmek anlamına geldiğini düşünürsek çıkan sonuçlarımız bu durumu destekleyip evli olmanın psikolojik dayanıklılığı arttırdığını söyleyebiliriz.

Hastaların çalışma durumlarına göre PDÖ Kendilik algısı, Sosyal kaynaklar alt boyut ve PDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Çalışmayan hastaların puanlarının çalışma durumu 'diğer' olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu 'diğer' olarak nitelendirdiğimiz hastalar, sabit bir işi olmayıp, iş olduğu zamanlarda çalışan hastaları ifade etmektedir. Güngör (2019)'ün yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde çalışan bireylerin PDÖ'i Kendilik algısı ve Sosyal kaynaklar alt boyut puanlarının

çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akyüz (2016)'ün kolorektal kanser tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada ise aktif olarak çalışmayan yani emekli, çalışma durumu 'diğer' seçeneğimize kısmen benzer şekilde olan hastalarda, psikolojik dayanıklılık seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (110,111). Çalışmak, zihni sürekli düşüncelere boğmaktan alıkoyar ve kanser ile ilgili kötü düşünceler ne kadar az zihni meşgul ederse o kadar psikolojik dayanıklılıkta artış meydana geldiğini söyleyebiliriz.

Hastaların çocuk sayılarına göre PDÖ Sosyal yeterlilik, Sosyal kaynaklar ve Aile uyumu alt boyut ve PDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Çocuğu olmayan hastaların puanlarının çocuk sahibi olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızla örtüşmemekle birlikte Eren (2019)'in hematoloji hastaları ile yaptığı çalışmada 4 ve üzeri çocuğa sahip olan bireylerin daha az sayıda çocuğa sahip olan bireylere göre daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları bulunmuştur. Güngör (2019)'ün yaptığı çalışmada ise çocuk sahibi olan bireylerin PDÖ Aile uyumu alt boyutundan, çocuk sahibi olmayanların ise Gelecek algısı alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (98,111). Çocuk sahibi olmak çoğu birey için yaşamın anlamını ifade etmektedir. Çocuklar; yaşamak için bir neden, her konuda destek alınan candan bir parça, en büyük güç kaynağı olarak düşünülürse psikolojik dayanıklılığı arttırmada oldukça etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Hastalara bakım veren kişiye göre PDÖ Gelecek algısı alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bakım veren kimsesi olmayan hastaların puanlarının "diğer" olarak nitelendirilen aile ve sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalara bakım veren kişiye göre PDÖ Aile uyumu alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Eşi tarafından bakım verilen hastaların puanlarının "diğer" kişiler tarafından bakım verilen hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda aile tarafından verilen bakımın daha etkili olduğu, bakım almayan hastaların aile dışındaki kişilerden bakım alan hastalara oranla psikolojik dayanıklılık oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım veren kişilerin aile üyesi olması hastaların psikolojik dayanıklılığını yükseltmektedir. Ancak hastalar aileden

olmayan kişiler tarafından bakım aldıklarında bakım veren kişiye yük olduğu düşüncesine sahip olabilmektedir. Bu durumun da hastaların psikolojik dayanıklılığını azalttığı düşünülmektedir.

Hastaların kanser tipine göre PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar alt boyut puanları ve PDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Genel olarak kanser tipi hematolojik ve meme olan hastaların puanlarının kanser tipi jinekolojik ve mide/özofagus olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların kanser evresine göre ise PDÖ Yapısal stil hariç Gelecek algısı, Kendilik algısı, Yapısal stil, Sosyal yeterlilik, Aile uyumu, Sosyal kaynaklar alt boyut ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Genel olarak kanser evresi 1 ve 2 olan hastaların puanlarının evresi 3 ve 4 olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda evre sayısının artması, yaşanan semptomların şiddetinin artmasına ve ölüme yakın olma düşüncesi hastanın anksiyete yaşamasına neden olarak psikolojik dayanıklılığı azaltmaktadır. Hastalarda metastaz varlığına göre PDÖ Gelecek algısı, Kendilik algısı, Sosyal yeterlilik, Sosyal kaynaklar alt boyut ve ölçek toplam puanları metastaz gelişen hastaların metastaz gelişmeyen hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla örtüşmemekle birlikte Sevim (2018)'in kemoterapi alan kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada metastaz deneyiminin psikolojik dayanıklılığı etkilemediği sonucu bulunmuştur. Atay (2019)'ın kemoterapi tedavisi gören kanser hastalar ile yaptığı çalışmada ise metastazı olan hastaların olmayanlara göre kemoterapi semptomlarını daha fazla yaşadığı buna bağlı olarak da psikolojik dayanıklılıklarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir (108,112).

Hastaların kür sayılarına göre PDÖ Kendilik algısı alt boyut puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kür sayısı 10'dan az olan hastaların puanlarının 10-20 arası olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alınan kür sayısı ile birlikte semptomlarda beraberinde gelmektedir. Hoş olmayan semptom deneyimleri hastaların ruh halini olumsuz yönde etkileyerek psikolojik dayanıklılığı azaltmaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde Atay (2019)'ın kemoterapi tedavisi gören kanser hastaları ile yaptığı çalışmada kür sayısının artması hastanın yaşadığı semptomları da arttırarak psikolojik dayanıklılığı azalttığı sonucuna

ulaşılmıştır (112). Buna ek olarak kronik hastalığı olanların PDÖ Gelecek algısı alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla örtüşmemekle birlikte Eren (2019)'ın hematoloji hastaları ile yaptığı çalışmada kronik hastalık durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (98). Kronik hastalıklar hastanın yaşam şeklini değiştirmeye zorlayıp ömür boyu devam etmesini gerektirir. Kanser ise kronik hastalıkların en ağırıdır ve hasta ne kadar çok ek hastalığa sahipse o kadar fazla kısıtlanmaktadır. Bu nedenle hastanın psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkilenmektedir.

5.5. FACIT SP12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması (Tablo 7)

FACIT SP 12 tüm alt boyut ve toplam puanları ile PDÖ tüm alt boyut ve toplam puanları arasında pozitif yönde 0.867 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. FACIT SP 12 tüm alt boyut ve toplam puanları arttıkça PDÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının arttığı saptanmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre hastaların spiritüel iyilik halleri arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Gultekin ve ark. (2018)'nın karaciğer nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmanın sonucuna göre hastaların spiritüel iyilik hali ile psikolojik dayanıklılığı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Karaciğer nakli yapılan hastaların spiritüel iyilik hali arttıkça psikolojik dayanıklılıkları da artmaktadır. Çalışmamız bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (113).

Kasapoğlu (2020) COVID-19 salgını ile ilgili yapmış olduğu çalışmada spiritualitenin psikolojik dayanıklılık ile ilgili hem doğrudan hem de dolaylı olarak ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (114).

Uysal ve ark. (2017)'nin yaptığı bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın olumlu bir şekilde dinî başa çıkma ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkisinin olduğu; olumsuz bir şekilde dinî başa çıkma ile ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulgulanmıştır (115).

Türker (2018)'in yapmış olduğu araştırma sonucuna göre yetişkinlerde dindarlık ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir neden ilişkisi saptanmamıştır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Aile Uyumı alt boyutu ile Dindarlık Ölçeği Tecrübe ve İnanç alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (116).

Mahdian ve Ghaffari (2016)'nin kanser hastaları ile yaptığı çalışmada ise spiritüel iyilik halinin umut üzerindeki etkisine psikolojik dayanıklılığın ve algılanan sosyal desteğin aracılık ettiğı sonucu ortaya çıkmıştır (117).

FACIT SP 12 ve PDÖ toplam puanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinde tanı konma süresi, çocuk sayısı, kanser tipi ve kanser evresi değişkenlerinin etkilerinin anlamlı olduğı saptanmıştır. Bireyin psikolojik sağlığı tehlikeye girdiğinde, anksiyete, depresyon, yalnızlık duygusu, hayattaki anlam kaybı gibi psikolojik rahatsızlıklar meydana gelebilir ve bireyin yaşam adaptasyonu bozulabilir (118). Spiritüel iyilik hali, kanser teşhisi konulan hastalarda hayal kırıklığına uğrama ve yaşamın sonlanması düşüncelerinin en büyük savaşıdır. Özellikle terminal dönemde olan hastalar için psikolojik ve dinsel rahatlığa sahip olmak fiziksel sağlıktan daha önemlidir (117). Kanser tanısı almış olmak gibi strese neden olabilecek bir durum ile karşılaşıldığında bu duruma karşı direnç kaynağı görevi gören psikolojik dayanıklılık, kişinin spiritüel iyilik halini oluşturan destek sistemi ile entegre bir şekilde ilerlemektedir (Tablo 8,Tablo 9).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların, yaş ortalaması (58.28 ± 13.85) dir. Hastaların %57.3'ü ($n=168$) kadın, %77.5'i ($n=227$) evli, %54.6'sı ($n=160$) ilköğretim mezunudur ve hastaların %78.2'si ($n=229$) çalışmamakta, %92.5'inin ($n=271$) sağlık güvencesi var, %82.3'ünün ($n=241$) gelir durumu orta ve %63.8'i ($n=187$) 1-3 arasında çocuğa sahiptir (Tablo 1).

Araştırmaya dahil edilen hastaların %62,1'i ($n=182$) bakım verene sahip, %26'ü ($n=77$) eşi tarafından bakım alıyor, %32,1'i ($n=94$) hematolojik kanser tanısı almış, %33,8'i ($n=99$) evre 4, %65,2'sinde ($n=191$) metastaz mevcut, %64,5'i ($n=189$) 10'dan az kt kür sayısına sahip, %51,2'si ($n=150$) ek kronik hastalığa sahip, %29,4'ü ($n=86$) tansiyon hastası ve %96,6'sı ($n=283$) ECOG puanından 2 ve altında puan almıştır (Tablo 1).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalaması 28.56 ± 12.08 , FACIT-SP12 ölçeği Anlam alt boyutu puan ortalaması 10.05 ± 4.30 , FACIT SP12 ölçeği Barış alt boyutu puan ortalaması 8.32 ± 4.51 , FACIT-SP12 ölçeği İnanç alt boyutu puan ortalaması ise 10.19 ± 4.07 olarak saptandı (Tablo 3).

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 107.45 ± 32.01 , PDÖ Kendilik algısı alt boyutu puan ortalaması 18.69 ± 6.87 , PDÖ Gelecek algısı alt boyutu puan ortalaması 10.83 ± 5.31 , PDÖ Yapısal stil alt boyutu puan ortalaması 12.56 ± 4.91 , PDÖ Sosyal yeterlilik alt boyutu puan ortalaması 18.92 ± 6.64 PDÖ Aile uyumu alt boyutu puan ortalaması 22.51 ± 6.50 , PDÖ Sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalaması 23.95 ± 7.99 olarak saptandı (Tablo 5).

Hastaların FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanının, hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinden etkilendiği belirlendi. Bunlar tanı konma süresi, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı,

bakım veren kişi, kanser tipi ve evresi, metastaz durumu, KT kür sayısı ve ek kronik hastalık varlığıdır.

Spiritüel İyilik Ölçeğı tüm alt boyut ve toplam puanları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı tüm alt boyut ve toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğı saptandı. FACIT SP 12 tüm alt boyut ve toplam puanları arttıkça PDÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının arttığı saptandı.

6.2. Öneriler

Aile, kanser tanısı alan hastalar için en önemli sosyal destek sistemini oluşturur. Bu nedenle, hastaların psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için eşler ve diğeri aile üyelerinin hastalarına destek olmalarının önemi konusunda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi önerilir.

Psikolojik dayanıklılığın sağlanması için hastalara risk faktörleri ile mücadele, başa çıkma mekanizalarının ve kişiler arası etkileşimin güçlendirilmesi ve yaşam hakkında bakış açısı geliştirme gibi konularda eğitim programlarının düzenlenmesi önerilir.

Sağlık profesyonellerinin belirli aralıklarla hastaların spiritüel iyilik halini ve psikolojik dayanıklılık durumunu incelemesi, hasta ve bakım verenler ile terapötik ilişki kurma becerilerini geliştirmesi gerekmektedir.

Kemoterapi alan kanser hastalarına yönelik çalışmamıza benzer çalışmaların daha büyük örneklemlemlerle yapılması önerilir.

Kemoterapi alan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik araştırma sayısı neredeyse yok denecek kadar azdır. Bu nedenle konu ile ilgili nicel, nitel ve deneysel araştırmaların yürütülmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 4th Edition (İnternet). 2018 (Erişim Tarihi: 15.02.2019) Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>
2. Türkiye Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri (İnternet). 2014 (Erişim Tarihi:12.02.2019). Erişim Adresi: <http://www.kanser.saglik.gov.tr/>
3. Global Cancer Observatory. Cancer Tomorrow (İnternet). 2020 (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: [Global Cancer Observatory \(iarc.fr\)](http://GlobalCancerObservatory.iarc.fr)
4. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. Psycho-Oncology. 2008; 17: 908-916.
5. Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. Critical Reviews in Oncology / Hematology. 2010; 73: 228–235.
6. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritualizm ve Hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN. 2017; 3(1): 37-42.
7. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy. Cancer Nursing. 2017; 40(3): 209–216.
8. Halıcı Kurtulan M, Karaimak Ö. Ölüm Kaygısı, Tinsellik, Dindarlık Eğilimi ve Varoluş Kaygısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Spiritual Psychology and Counseling, 2016;1: 163–187.
9. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. Psycho-Oncology. 2010; 19: 565–572.
10. Kavak F, Özdemir A, Dural G. The Relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. Current Psychology (İnternet). 2019 (Erişim Tarihi 12.02.2021). Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0116-0>
11. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner GS. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4(1): 1-9.
12. Karaimak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri, ve koruyucu faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006; 3 (26): 130-139.
13. Basım NH, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22:2, 104-114.

14. Kararırmak Ö, Çetinkaya RŞ. Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2011; 4 (35): 30-43.
15. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008; 29: 1-9.
16. Karakaş S. Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2007.
17. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2012; 23(7): 139-154.
18. Albayrak A, Kurt E. Relationship between depression levels due to pain and loss of limb (mastectomy) and quality of life and religiosity in patients with breast cancer. *DEÜİFD Din Psikolojisi Özel Sayısı*. 2016; 41-81.
19. Kavas E, Kavas N. Spiritual support perception scale development, validity and reliability. *International Periodical for the languages, literature and History of Turkish or Turkic*. 2014; 9: 905-915.
20. Gonzalez P, Castaneda SF, Dale J, Medeiros AE, Buelna C, Nunez A, et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22: 2393-2400.
21. Smith L, Webber R, Defrain J. Spiritual well-being and its relationship to resilience in young people: A mixed methods case study. *SAGE Open*. 2013; 3: 1-16.
22. Fombuena M, Galiana L, Barreto P, Olive A, Pascual A, Rubio AS. Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience and social network. *Journal of Health Psychology*. 2016; 21(12): 2765-2774.
23. Tuck I, Anderson L. Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014; 35(4): 277-282.
24. Hunter-Hernandez M, Costas-Muniz R, Gany F. Miss opportunity: Spirituality as a bridge to resilience in Latinos with cancer. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(6): 2367-2375.
25. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 2014; 23(4): 919-923.
26. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 5(3): 154-165.

27. Kumar V, Abbas A, Aster J. Neoplazi. Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, Editörler. Robbins Temel Patoloji. Dokuzuncu Baskıdan Çeviri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2014. 161-165.
28. National Cancer Institute (NIH). Understanding Cancer. What Is Cancer? (İnternet) 2015 (Erişim Tarihi 25 Şubat 2021) Erişim Adresi: [What Is Cancer? - National Cancer Institute](https://www.nationalcancer.org/what-is-cancer).
29. Cabadak H. Hücre Siklusu ve Kanser. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 9(3): 51-61.
30. Martinez JD, Parker MT, Fultz KE, Ignatenko NA, Gerner EW. Molecular Biology of Cancer (İnternet). 2003 (Erişim Tarihi 25.02.2021). Erişim Adresi: <https://www.researchgate.net/publication/206891569>
31. Aliustaoğlu M. Temel Kanser Fizyopatolojisi (İnternet). (Erişim Tarihi 10.03.2021). Erişim adresi: [8.pdf \(klinikgelisim.org.tr\)](https://www.klinikgelisim.org.tr/8.pdf)
32. İçli F, Akbulut H. Onkolojiye Giriş. İn.iliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G ve ark. Editörler. İç Hastalıkları. Güneş Kitapevi; 2005: 2007-2014
33. Shen L, Shi Q, Wang W. Double agents: genes with both oncogenic and tumor-suppressor functions. Shen et al. Oncogenesis. 2018; 7(25): 1-14.
34. Global Cancer Observatory. Cancer Today (İnternet). 2020 (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: [Global Cancer Observatory \(iarc.fr\)](https://gco.iarc.fr/)
35. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A ve ark. Global Cancer Statistics 2020: GLOBACAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN. 2021; 0:1–41
36. American Cancer Society (İnternet). (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: [What Causes Cancer? | American Cancer Society](https://www.cancer.org/what-causes-cancer/)
37. Çefle K. Kanser Genetiği (İnternet). (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg22_3/9.pdf
38. Hejmadi M. Introduction To Cancer Biology (İnternet). 2010 (Erişim Tarihi 20.02.2021). Erişim Adresi: <http://csbl.bmb.uga.edu/mirrors/JLU/DragonStar2017/download/introduction-to-cancer-biology.pdf>
39. American Cancer Society. Cancer Staging (İnternet). (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6682.00.pdf>
40. Akkoca AN, Yanık S, Özdemir ZT, Cihan FG, Sayar S, Cincin TG ve ark. TNM and Modified Dukes staging along with the demographic characteristics of patients with colorectal carcinoma. International journal of clinical and experimental medicine. 2014; 7(9): 2828-2835.

41. Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö. Onkoloji. Karadavakovan A, Eti Aslan F, (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Geliştirilmiş 2. Baskı. Nobel Kitabevi; 2011. 189-276.
42. Abbas S, Rehman S. An Overview Of Cancer Treatment Modalities (İnternet). 2017 (Erişim Tarihi 26.02.2021). Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.76558>.
43. Kaplan E. Evde Yatağa Bağımlı Hastaya Bakım Veren Bireylerde Bakım Yüğü Ve Spiritüel İyi Oluş İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Okan Üniversitesi; 2020.
44. Hettler B. Wellness promotion on a university campus. Family & Community Health. 1980; 3(1): 77-95.
45. Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(1): 50-56.
46. Richards R, Egan R. Reflections: Spirituality and Cancer Researchers. Journal of Cancer Education. 2016; 33(1):245-247.
47. Mousavi SR, Akdari ME. Spirituality and religion in cancer. Annals of oncology. 2010; 21(4):907-908.
48. Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and Spirituality In Coping With Breast Cancer: Perspectives of Chilean Women. The Breast Journal. 2006; 12(4): 349-52.
49. Ho DYF, Ho RTF. Measuring Spirituality And Spiritual Emptiness: Toward Ecumenicity And Transcultural Applicability. Review of General Psychology. 2007; 11(1): 62-74.
50. Emmons RA, Cheung C, Tehrani K. Assessing spirituality through personal goals: Implications for research on religion and subjective well-being. Social Indicators Research. 1998; 45: 391-422.
51. MacDonald DA, Friedman HL. Assessment of humanistic, transpersonal, and spiritual constructs: State of the science. Journal of Humanistic Psychology. 2002; 42(3): 102–125.
52. Mak WWS, Ng ISW, Wong CCY. Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. Journal of Counseling Psychology. 2011; 58(4): 610-617.
53. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Resiliency in Children and Adolescents: Characteristic and Measurement—Polish Scale SPP-18. Polish Psychological Forum. 2011; 16: 7-28.
54. Soltys M, Wozniwicz A. Resiliency and subjective health assessment. Moderating role of selected psychosocial variables. Health Psychology Report. 2016; 4(2): 1-9.

55. Kaczmarek L, S  k H, Ziarko M. Resiliency and the mediators if its effect on health. The Review of Psychology. 2011; 54: 29–46.
56. Doğan T. Kısa Psikolojik Sağamlık   l  eği'nin Türkçe uyarlaması: Ge  erlik ve g  venirlik   alışması. The Journal of Happiness & Well-Being. 2015; 3(1): 93-102.
57. Kanbur E, Kanbur A,   zdemir B. Psikolojik Dayanıklılık İle   rg  tsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkide İş Doyumunun Aracılık Rolü: Havacılık Sekt  r  nde Bir Araştırma. İş ve İnsan Dergisi. 2017; 4 (2): 127-141.
58. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Marınussen M. A New Rating Scale for Adult Resilience: What are the Central Protective Resources behind Healthy Adjustment?. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2003; 12: 65-76.
59. Bitmiş MG, S  kmen A, Turgut H. Psikolojik Dayanıklılığın T  kenmişlik   zerine Etkisi:   rg  tsel   zdeşleşmenin Aracılık Rolü. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013; 15(2): 27-40.
60. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in Relation to Personality and Intelligence. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2005; 14(1): 29-42.
61. Terzi, ř. Kendini toparlama gücü   l  eğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik   alışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.2006; 26(3): 77-86.
62. Erarslan   . Üniversite   ğrencilerinde psikolojik sağamlık ile depresif belirtiler ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkide benlik saygısı, pozitif dünya görüşü ve umudun aracı rolünün incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
63. Cevizci O. Sağlık   alışanlarında Psikolojik Dayanıklılık İle Psikolojik Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2019.
64. Altuntaş S, Genç H. Mutluluğun Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağamlık: Öğretmen   rneklemine İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education). 2020; 35(4): 936-948.
65. Manicavasagar V. Psychological resilience. Ezine Articles. Retrieved from (İnternet). 2008 (Erişim Tarihi 01.03.2021). Erişim Adresi: https://ezinearticles.com/expert/Vijaya_Manicavasagar/254273.
66. Stanton AL, Bower JE, Low CA. Posttraumatic Growth after Cancer. In: Calhoun LG, Tedeschi RG, Editors. Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. New York: Routledge; 2014. p138-156.
67. Hjemdal O. Measuring Protective Factors: The Development of Two Resilience Scales in Norway. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2007; 16(2): 303-321.

68. Connor KM, Zhang W. Recent Advances in The Understanding and Treatment of Anxiety Disorders. Resilience: determinants, measurement, and Treatment Responsiveness. CNS Spectrums. 2006; 11(S12): 5-12.
69. Özkan S. Kolorektal Kanseri Hastaya Psikiyatrik ve Psikososyal Destek. İçinde: Baykan E, Zorluoğlu A, Geçim İE, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı, İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği; 2010. 787-799.
70. Yazgı ZG, Yılmaz M. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020; 4(1): 60-70.
71. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. Cancer Nursing. 2012; 35(4): E14-E26.
72. Nakashima M, Canda ER. Positive Dying and Resiliency in Later Life: A Qualitative Study. Journal of Aging Studies. 2005; 19: 109-125.
73. Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. Contemp Nursing. 2016; 52: 454-461.
74. 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.
75. Peterman A, Fitchett G, Brady LM, et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy– Spiritual Well-Being Scale. Annals of Behavioral Medicine. 2002; 24(1): 49–58.
76. Aktürk Ü, Erci B, Araz M. Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale. Palliative and Supportive Care. 2017; 15: 684–692.
77. Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2016; 11(1): 43-54.
78. Purnell JQ, Andersen BL, Wilmot JP. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. Couns Values. 2009; 53(3): 165.
79. Öner H. Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2012.
80. Kavalalı Erdoğan T. Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Ve Ölüm Algısı İle Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.

81. Yüksel Ş. Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite Ve Umut Durumlarının Belirlenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2019.
82. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer* 2016; 25: 961-969.
83. 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.
84. Whitford HS, Olver IN. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho-Oncology* 2011.
85. Baykal E. Spiritüelite (Ruhsallık) ve İş Ortamında Anlam Arayışı. *Alanya Akademik Bakış Dergisi*. 2018; 2(1): 11-25.
86. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 417–428.
87. Delgado-Guay M, Parsons H, Hui D, De La Cruz M, Govan K, Bruera E, ve ark. The impact of spirituality, religiosity, and spiritual pain in coping strategies and quality of life (QOL) of caregivers of advanced cancer patients (CACP) in the palliative care (PC) setting. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 41(1): 282.
88. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A.(2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1), 47-50.
89. Tanyi, R. (2002). Towards a clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (5), 500–509.
90. Tate JD. The role of spirituality in the breast cancer experiences of African American women. *Journal of Holistic Nursing*. 2011; 29(4): 249-255.
91. McMillan SC, Weitzner M. How problematic are various aspects of quality of life in patients with cancer at the end of life? *Oncology Nursing Forum*. 2000; 27: 817–823.
92. Kılıçkap S. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2009.
93. Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality - Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2002; 81(6): 400-410.

94. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamki JK. The meaning of spirituality and spiritual well-being among thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2019; 25(1).
95. Kahraman BN. Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyi Halinin Hastalık Algısına Etkisi (Yüksek lisans Tezi). Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2020.
96. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1): 57-72.
97. Yılmaz M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Editörler. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. 687-696.
98. Eren B. Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık Ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
99. Akyüz M. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda, Dindarlık Düzeyi ile Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2017.
100. Yalçın Y. Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisden Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2015.
101. Al Eid N, Alqahtani M, Marwa K, Arnout B, Alswailem H, Al Toaimi A. Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*. 2020; 14: 1–13.
102. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 208.
103. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress*. 2004; 17:11-21.
104. Öcalan S, Üzar Özçetin YS. Rumination, Fatigue and Psychological Resilience in Cancer Experience. *Current Approaches in Psychiatry*. 2020; 12(3): 421-433.
105. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011; 56: 258-265.
106. Rosenberg AR, Bradford MC, McCauley E, Curtis JR, Wolfe J, Baker KS, Yi-Frazier JP. Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer*. 2018; 124: 3909-3917.

107. Işıkkhan V. Kanser Ve Sosyal Destek. Toplum Ve Sosyal Hizmet. 2007; 18(1): 15-29.
108. Sevim E. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Okan Üniversitesi; 2018.
109. Demir M. Kanser Hastası Olan Kişilerin Bağlanma Stilllerine Göre Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi; 2016.
110. Akyüz S. Kolorektal Kansere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Ankara Üniversitesi; 2016.
111. Güngör E. Kanser Tanısı Alan Bireylerde Travma Sonrası Büyüme Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2019.
112. Atay M. Kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve hayatın anlamının yaşanan semptomlar üzerine etkisi (Yüksek Lisan Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
113. Gultekin A, Kavak F, Özdemir A. The correlation between spiritual well-being and psychological resilience in patients with liver transplant (İnternet). 2019 (Erişim Tarihi 09.03.2021) Erişim Adresi: doi: 10.5455/medscience.2018.07.8997.
114. Kasapoğlu F. COVID-19 Salgını Sürecinde Kaygı ile Maneviyat, Psikolojik Sağlamlık ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Electronic Turkish Studies. 2020; 15(4): 599-614.
115. Uysal V, Kaya Göktepe A, Karagöz S, İlerisoy M. Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2017; 52(52): 139-160.
116. Türker N.TY. Yetişkinlerde dindarlık ve psikolojik sağlamlık ilişkisi üzerine bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi) Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2018.
117. Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016; 18(3): 130-8.
118. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: Human health and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. 1383-92.

8. EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Kanser, hastanın yaşam için anlamını, kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkisini tehdit edebilmektedir. Spiritüel (manevi) iyilik hali, fiziksel ve ruh sağlığına yönelik tehlikelere karşı koruyucu bir rol oynamaktadır. Bireyin sahip olduğu spiritüel iyilik hali, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu önleyerek fiziksel ve psikolojik hastalık riskini ortadan kaldırmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, bireyin içinde bulunduğu riskli ortamın beraberinde getirdiği olumsuzluklar karşısında uyum sağlaması ve olumlu sonuçlara ulaşabilmesini sağlamaktadır. Bu çalışmada; ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada; Sosyo-demografik veriler ve hastalığa ilişkin verileri içeren toplam 18 sorudan oluşan bir Anket formu ile Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılacaktır. Anket formu, Spiritüel İyilik Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği size kemoterapi sırasında uygulanacaktır. Veriler siz kendinizi iyi hissettiğiniz bir anda toplanacaktır. Bu anket formu ve ölçekler toplamda 15- 20 dakikanızı alacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için de size bir ödeme yapılmayacaktır. Masraflar size ya da bağlı bulunduğunuz SGK'ya ödetilmeyecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmayla ilgili olarak gerektiğinde numaralı telefonda Hemşire Nurşen GİRĞİN'e ulaşabilirsiniz. Katkılarınız için teşekkürler.

Ben, “Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların, spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı çalışmasının

kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı: (İsterse rumuz kullanabilir yada bu alanı boş bırakabilirsiniz)

İmzası:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....Tarih :...../...../.....

EK-2. HASTA TANITIM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülen tez çalışmasıdır. Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyi oluş hali ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

DOÇ. DR. EZGİ KARADAĞ

HEM. NURŞEN GİRGİN

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: 1() Kadın 2() Erkek
3. Medeni durumunuz: 1 () Evli 2() Bekar
4. Eğitim Durumunuz:

1() Okur- yazar

2() İlköğretim

3() Ortaöğretim

4() Yüksekokul/üniversite
5. Çalışma Durumunuz:
1() Çalışmıyorum
2() Çalışıyorum
3() Diğer
6. Sağlık güvenceniz: 1() Var 2() Yok
7. Sizce gelir durumunuz: 1() İyi 2() Orta 3() Kötü
8. Çocuk sayısı: 1() 0 2() 1-3 3() 4-6 4() ≥ 7

9. Bakım veren: 1() Var 2() Yok

10. Bakım veren:

1() Eşi

2() Çocukları

3() Diğer aile üyeleri

4() Sağlık Personeli

5() Diğer

11. Kanser tipi:.....

12. Hastalık evresi:

1() Evre I 2() Evre II 3() Evre III 4() Evre IV

13. Hastalığın tanı konma süresi:.....ay

14. Metastaz varlığı: 1() Var 2() Yok

15. Kemoterapi tedavisi kür sayısı:

1() <10 2() 10-20 3() >20

16. Kronik hastalık varlığı: 1() Evet 2() Hayır

17. Var ise kronik hastalık:.....

18. ECOG performans ölçeği puanı: 1() 2 ve altı 2() 3 ve üstü

ECOG performans skalası 0'dan 5'e kadar puan verir. 0 çok iyi sağlık durumuna, 5 ise ölüme tekabül eder.

PUAN	ECOG PERFORMANS ÖLÇEĞİ
0	Aseptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
1	Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)
2	Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)
3	Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmaktan zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)
4	Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağına bağımlı)
5	Ölüm

Erişim Adresi: <https://www.turkaramamotoru.com/performans-durumu-253876.html>

EK-3. SPİRİTÜEL (MANEVİ) İYİLİK ÖLÇEĞİ(SPIRITUAL WELL-BEING SCALE)

Değerli Katılımcı,

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

Katkılarınız için teşekkür ederim.

		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum 0	0	1	2	3	4
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var 0	0	1	2	3	4
Sp3	Yaşamım verimlidir 0	0	1	2	3	4
Sp4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum 0	0	1	2	3	4

Sp5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum 0	0	1	2	3	4
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum 0	0	1	2	3	4
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum 0	0	1	2	3	4
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun 0	0	1	2	3	4
Sp9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum 0	0	1	2	3	4
Sp10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum 0	0	1	2	3	4
Sp11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi 0	0	1	2	3	4

Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi
olacağına inanıyorum

.....

0

1

2

3

4



EK-4. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Değerli Katılımcı,

Bu ölçek, özellikle ruhsal sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde temel koruyucu faktörlerin neler olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini soldan sağa 12345 şeklinde sıralanan kutucuğa işaretleyiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda ...	Her zaman bir çözüm bulurum	1	2	3	4	5	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için vaktiğim planların...	Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ... olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, havatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı	Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hic kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Cözmem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/proje/başlatıldığında ...	İlerive dönüşük planlama yapmam, derhal işe başlanm						Avantürlü bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/ensek olmak	Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyeleriyle cesaretlendirebilirim						Hic kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğumu hissediyorum	Ümit verici						Belirsiz
15. Bu konuda iviyimdir...	Zamanımı planlama						Zamanımı harcamaya
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir sevdır	Kolayca vanebildiğim						Varmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılanma ve kararlarım ...	Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönüş amaçlarımla ...	Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir havli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır...	Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için...	Zordur						Kolaydır
30. İhtivacım olduğunda...	Bana vardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana vardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Baş çıkarmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde bunu severiz...	İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler



**EK-5. İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HASEKİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞMA İZNİ ONAYI**



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Naciye GİRİŞİM'in
Tez Çalışma İzni Hk.

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgil : a) 09/07/2019 tarih ve 1551 sayılı yazı.
b) 06/09/2019 tarihli ve 30279032-799-99 sayılı yazı.

İlgi al sayılı yazı ile Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Naciye GİRİŞİM**, Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ'ın danışmanlığında yürüttüğü "Ayaaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spesifik Fiziksel Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu çalışma, Hastanemizin ilgilil sayılı yazısına istinaden Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Resimle:
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

**EK-6. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR VE ETİK KURUL KARARI**

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Ezgi Karadağ

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK AGRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4774-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ayaktan Kemoterapi Alan kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Ezgi Karadağ Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/14-45	Tarih:12.06.2019
	Doç.Dr. Ezgi Karadağ 'ın sorumlusu olduğu "Ayaktan Kemoterapi Alan kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YUKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-7. ÖZGEÇMİŞ



NURŞEN GİRGİN

Personal Information

Contact Information

Identity Number:

Date of Birth:

Contact Address:

Telephone:

Email:

Web Address:

Education Information

Experience Information

Foreign Language Information

EK-8. ÖLÇEK İZİNLERİ

yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ➤

Gelen Kutusu x



Nejat Basım

Alici: ben ▾

12 Ara 2018 14:21



Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini (kolaylıkla kopyalanıp yapıştırılması amacıyla) ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

--

Prof. Dr. H. Nejat Basım



3 Ek



ÖLÇEK İZNİ ➤



Nurşen Girgin

12 Ara 2018 Çar 13:57



Sayın Basım; geçerlilik-güvenirliliğini yapmış olduğunuz Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ni (Resilience Scale for Adults) Onkoloji Anabilim dalında yapmak istediğim yüksek lisans tezimde kullanabilir miyim? Teşekkür ediyorum. İzin veriyorsanız ölçeğin kullanabileceğim son halini mail atabilirsiniz çok sevinirim.

Saygılarımla



ÖLÇEK İZİNİ



Gelen Kutusu x



Nurşen Girgin

9 Ara 2018 Paz 19:25



Sayın Aktürk; geçerlilik-güvenirliliğini yapmış olduğunuz Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni (Spiritual Well-Being Scale) Onkoloji anabilim dalında yapmak istediğim y



ÜMMÜHAN AKTÜRK

< [Redacted] >

9 Ara 2018 Paz 19:29



Alıcı: ben ▾

Ölçeği kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar

9 Ara 2018 Paz, saat 19:25 tarihinde Nurşen Girgin [Redacted] şunu yazdı:

...

↩ Yanıtla

➡ Yönlendir

