



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARININ SPİRİTÜEL
İYİLİK HALLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE UMUTSUZLUK
ÜZERİNE ETKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Güler MERCAN UĞUR

Ankara, 2025

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARININ SPİRİTÜEL İYİLİK
HALLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Güler MERCAN UĞUR

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. İsmail KASIM

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Erhan ŞİMŞEK

Ankara, 2025

KABUL ve ONAY



BEYAN

Bu tez çalışmasının tamamının benim tarafımdan gerçekleştirildiğini, tezin planlanmasından yazım aşamasına kadar olan süreçte patent ve telif haklarını ihlal edecek etik dışı herhangi bir davranışta bulunmadığımı belirtirim. Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde topladım. Yararlanılan tüm eserleri uygun şekilde atıfta bulunarak kaynak gösterdim ve kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadım. Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu beyan ederim.

Dr. Güler MERCAN UĞUR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım kıymetli hocalarım Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet KESKİN'e, tezimi hazırlama sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle destek olan yardımcı tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erhan ŞİMŞEK'e ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru UĞRAŞ'a

Araştırmanın fikir ve uygulanabilirliği kısmında bana ilham olan değerli hocam Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya, planlanmasında, yürütülmesinde, veri toplanma sürecinde ve her aşamasında sabır ve anlayışla beni destekleyen, yönlendiren, cesaretlendiren, desteğine ihtiyaç duyduğumda bir kere bile beni geri çevirmeyen, tez asistanı olmaktan mutluluk duyduğum sevgili danışman hocam Doç. Dr. İsmail KASIM'a uzmanlık eğitimi süresince birlikte çalıştığım tüm hocalarıma, baş asistanlarıma, asistan arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli anneme, babama, ve çok kıymetli kardeşlerime, tezimin görüntü kalitesi üzerinde çalışan günün her saatinde ulaşip varlığını esirgemeyen sevgili mimar arkadaşım Helin Çınar İMİR'e teşekkürlerimi sunarım. ,

Dr. Güler MERCAN UĞUR

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser	5
2.1.1 Kanserin Tanımı	5
2.1.2 Kanserin Etiyolojisi	5
2.1.3 Kanserin Epidemiyolojisi	6
2.1.4 Kanserde Tanı.....	10
2.1.5 Kanser ve Birinci Basamak Sağlık Hizmet İlişkisi	13
2.2. Spiritualite / Maneviyat	16
2.2.1 Spiritualite Tanımı.....	16
2.2.2 Kanser Tanılı Bireyde Spiritualite.....	18
2.2.3 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ).....	20
2.3. Psikolojik Dayanıklılık	21

2.3.1	Psikolojik Dayanıklılık Tanımı	21
2.3.2	Kanser Tanılı Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık	25
2.3.3	Spirituel İyilik Halin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi.....	26
2.3.4	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ).....	27
2.4.	Umutsuzluk.....	28
2.4.1	Umut ve Umutsuzluğun Tanımı	28
2.4.2	Kanser Tanılı Hastada Umutsuzluk.....	29
2.4.3	Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	32
2.5.	Araştırmanın Aile Hekimliğindeki Yeri	32
3.	MATERYAL VE YÖNTEM.....	36
3.1.	Araştırmanın Özellikleri	36
3.2.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.3.	Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	37
3.4.	Verilerin Toplanması	38
3.5.	Veri Toplama Araçları	38
3.5.1	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ).....	38
3.5.2	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ).....	40
3.5.3	Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	41
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.7.	Çalışmanın Sınırlılıkları.....	44
3.8.	Çalışmanın Veri Toplama Araçlarının Uygulanabilirlik İzinleri.....	44
4.	BULGULAR	46
4.1.	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	46

4.2.	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.3.	Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	63
4.4.	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	66
4.5.	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Toplam Puanlarının Birbiri ile ve Alt Boyut Puanları ile Arasındaki İlişki	77
4.6.	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	78
4.7.	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	78
5.	TARTIŞMA	81
5.1.	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	81
5.2.	Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	87
5.3.	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	90
5.4.	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	99
5.5.	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	102
5.6.	Spiritül İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	104
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	105
7.	KAYNAKLAR.....	111
8.	EKLER.....	130
	Ek-1. Anket Formu	130
	Ek-2a. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)	133

Ek-2b. Spiritüel (Manevi) İyi Oluş Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale)	136
Ek-2c. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	138
Ek-3. Etik Kurul Onay Formu	140
Ek-4a. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Kullanım İzni	143
Ek-4b. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Kullanım İzni.....	144
9. ÖZGEÇMİŞ.....	145



ÖZET

Kanser Hastalarının Spiritüel İyi Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi

Amaç: Kanser tanısı alan bireyler, hastalık sürecinde tıbbi, sosyal, psikolojik ve ekonomik birçok sorunla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kanserle mücadele sürecinde bireyin spiritüel ihtiyaçlarında da artış gözlenebilmektedir. Bu ihtiyaçları karşılanmayan onkolojik hastalar, kanser ve tedavilerinin neden olduğu psikososyal yan etkilerden daha çok etkilenmekte ve psikolojik dayanıklılıklarında düşüş izlenebilmektedir. Kanser tanısı alan bireyler için stresle mücadelede önemli sosyal destek sistemleri bulunmaktadır. Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız kanserli hastaların sosyal destek mekanizmalarını ve bu mekanizmalardan etkilenme düzeylerinin psikolojik dayanıklılık, spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk seviyelerini ölçen ölçekler üzerinden tespiti ayrıca sosyal destek mekanizmalarının birbirleriyle etkileşimlerini ve bu mekanizmaları olumlu veya olumsuz etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, prospektif gözlemsel tipte kesitsel bir anket çalışması olup 20/03/2024-15/08/2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Palyatif Servise başvuran 18-85 yaş arası yetişkin grubundaki kanser tanısı almış 309 hasta ile rastgele kontrolsüz çalışılmıştır. Çalışmada; Anket formu, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %41,4'ü erkek, %58,6'sı kadındır. Bireylerin yaş ortalamasının $56,90 \pm 12,03$ yıl olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %5,2'si bekar, %86,4'ü evli, %8,4'ü boşanmıştır. Bireylerin %12,3'ü çalışmakta, %87,7'si çalışmamaktadır. Bireylerin %39,8'i ilkökul mezunu, %10,4'ü ortaokul mezunu, %24,6'sı lise mezunu, %18,7'si üniversite ve üzeri mezunu iken, %6,5'i mezun

değildir. Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması $101,21 \pm 6,67$ 'dir. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyut puan ortalamaları Kendilik Algısı $18,34 \pm 2,46$, Gelecek Algısı $11,62 \pm 2,49$, Yapısal Stil $13,16 \pm 2,85$, Sosyal Yeterlilik $19,05 \pm 2,33$, Aile Uyum $18,89 \pm 3,39$, Sosyal Kaynaklar $20,15 \pm 3,07$ olduğu belirlenmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması $15,44 \pm 3,88$, minimum puan 1,0, maksimum puan 19 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması $131,94 \pm 10,44$ 'tür. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Aşknlık $73,23 \pm 6,38$, Doğa ile Uyum $34,82 \pm 0,80$, Anomi $17,87 \pm 6,27$ olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin hissettikleri umutsuzluk ve streten kaçış mekanizması olarak kullandıkları spiritüel kaynaklı spiritüel iyi oluş düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Spiritüel iyi oluş düzeyi artan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri de artmaktadır. Bu durum, manevi kaynakların (psikolojik dayanıklılık ve spiritüel iyi oluşun), stres (umutsuzluk) ile baş etmede koruyucu bir işlev gördüğünü desteklemektedir. Kanser gibi stres yükü fazla olan bir kronik hastalık için streten korunma mekanizmalarının hastaların hayatına entegre edilmesi hastalara oldukça fayda sağlayacaktır. Bu doğrultuda sağlık politikalarının sadece biyomedikal tedavi süreçlerine değil, hastaların biopsikososyal ve spiritüel ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılması, bütüncül sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır. Bütüncül hasta yaklaşımı ilkesi çerçevesinde, kanser hastalarının sadece fiziksel tedavi süreçleri değil; psikolojik ve spiritüel gereksinimleri de sistematik olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Dayanıklılık, Psikolojik, Spiritüel, Umutsuzluk,

ABSTRACT

Spiritual Well-Being Of Cancer Patients On Psychological Resilience And Hopelessness

Objective: Individuals diagnosed with cancer may face many medical, social, psychological and economic problems during the course of the disease. An increase in the individual's spiritual needs can also be observed during the fight against cancer. Oncological patients whose needs are not met are more affected by the psychosocial side effects caused by cancer and its treatments, and a decrease in their psychological resilience can be observed. There are important social support systems for individuals diagnosed with cancer in the fight against stress. Our aim in conducting this study is to determine the social support mechanisms of cancer patients and the level of their being affected by these mechanisms through scales measuring psychological resilience, spiritual well-being and hopelessness levels, and also to determine the interactions of social support mechanisms with each other and the factors that affect these mechanisms positively and/or negatively.

Materials and Methods: Our study is a single-center, prospective observational cross-sectional survey study, and was conducted in a randomized, uncontrolled manner with 309 adult patients aged 18-85 years who were diagnosed with cancer and who applied to Ankara Bilkent City Hospital Oncology Service Outpatient Chemotherapy Unit and Palliative Service between 20/03/2024 and 15/08/2024. In the study, a questionnaire form, Spiritual Well-Being Scale (SWS), Psychological Resilience Scale (PSS) and Beck Hopelessness Scale (BHS) were used.

Results: Of the individuals participating in the study, 41.4% were male and 58.6% were female. The average age of the individuals was determined to be 56.90 ± 12.03 years. 5.2% of the individuals were single, 86.4% were married, and 8.4%

were divorced. 12.3% of the individuals were working, and 87.7% were unemployed. 39.8% of the individuals were primary school graduates, 10.4% were secondary school graduates, 24.6% were high school graduates, 18.7% were university graduates or above, and 6.5% were not graduates. The total average score of the individuals on the Psychological Resilience Scale was 101.21 ± 6.67 . The mean scores of the sub-dimensions of the Psychological Resilience Scale were determined as Self-Perception 18.34 ± 2.46 , Future Perception 11.62 ± 2.49 , Structural Style 13.16 ± 2.85 , Social Competence 19.05 ± 2.33 , Family Cohesion 18.89 ± 3.39 , Social Resources 20.15 ± 3.07 . The mean score of the Beck Hopelessness Inventory was determined as 15.44 ± 3.88 , the minimum score was 1.0, and the maximum score was 19. The total mean score of the Spiritual Well-Being Scale of individuals was 131.94 ± 10.44 . When the mean scores of the Spiritual Well-being Scale sub-dimensions were examined, it was determined that Transcendence was 73.23 ± 6.38 , Harmony with Nature was 34.82 ± 0.80 , and Anomie was 17.87 ± 6.27 .

Conclusion: It has been determined that the spiritual well-being levels of individuals with high hopelessness levels, which they use as an escape mechanism from the hopelessness and stress they feel, also increase. The psychological resilience levels of patients with increased spiritual well-being also increase. This supports the idea that spiritual resources (psychological resilience and spiritual well-being) serve a protective function in coping with stress (hopelessness). Integrating stress protection mechanisms into the lives of patients for a chronic disease with a high stress load such as cancer will be very beneficial to patients. In this direction, restructuring health policies to include not only biomedical treatment processes but also biopsychosocial and spiritual needs of patients will increase the effectiveness of holistic health services. Within the framework of the principle of a holistic patient approach, not only the physical treatment processes of cancer patients; their psychological and spiritual needs should also be systematically evaluated.

Keywords: Family Practice, Hopefulness, Psychological, Resilience, Spirituality

SİMGİ ve KISALTMALAR DİZİNİ

BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	: Global Cancer Statistics (Küresel Kanser İstatistikleri)
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KT	: Kemoterapi
Max.	: Maksimum
Min.	: Minimum
Ort±SS	: Ortalama±Standart Sapma
PDÖ	: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
RT	: Radyoterapi
SİÖÖ	: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paketler)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. <i>Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kansere Türünün Dağılımı</i>	8
Tablo 2.2 <i>Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kansere Türünün Dağılımı</i>	9
Tablo 2.3 <i>Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Risk Faktörleri</i>	23
Tablo 2.4 <i>Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Koruyucu Faktörleri</i>	24
Tablo 4.1 <i>Bireylerin Demografik Özellikleri</i>	47
Tablo 4.2 <i>Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Dağılımı</i>	49
Tablo 4.3 <i>Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları</i>	52
Tablo 4.4 <i>Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanları Arasındaki İlişki</i>	53
Tablo 4.5 <i>Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması</i>	54
Tablo 4.6 <i>Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puan Dağılımı</i>	63
Tablo 4.7 <i>Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanlarının Karşılaştırılması</i>	64

Tablo 4.8 Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanları Arasındaki İlişki	66
Tablo 4.9 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Dağılımı	67
Tablo 4.10 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları	70
Tablo 4.11 Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 4.12 Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanları Arasındaki İlişki	76
Tablo 4.13 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 *Kadınlarda En Çok Görülen 10 Kanser Türünün Yaşa Göre Standartlaştırılmış Hızları 7*

Şekil 2.2 *Erkeklerde En Çok Görülen 10 Kanser Türünün Yaşa Göre Standartlaştırılmış Hızları 8*

1. GİRİŞ

Kanser; bünyesinde endişe, çaresizlik, umutsuzluk, terk edilme ve ölüm kaygısı gibi duygu ve düşünceleri taşıyan; hem bedensel, hem ruhsal, hem de psiko-sosyal açıdan bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken bir hastalık çeşididir (Kızılcı, 1999; Ünsal, 2021).

Kanser tanısı alan birçok hasta, hastalık ve tedavisi ile baş edebilmek için spiritualiteyi bir güç kaynağı olarak kullanmaktadır (Canada et al., 2008a). Spiritualite; maneviyat, din, inanç gibi kavramlar ile ilişki kurularak günümüze kadar çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. İlk başta insan yaşamının psikolojik tarafını tanımlamak, daha ileriki dönemlerde ise din adamlarının görev tanımlarını belirlemek amaçlı kullanılmıştır. Günümüzde ise, 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 (Surbone & Baider, 2010a). 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 (Çınar & Eti Aslan, 2017a; Halıcı Kurtulan & Kararımak, 2016; Rohde et al., 2017). Spiritüel bakımın kanser hastalarının psikolojilerini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Kaçal & Demirsoy, 2018; Visser et al., 2010).

Kanserli hastaların hayat kalitesi; fizyolojik gereksinimler de dahil olmak üzere, ruhsal, duygusal ve psiko-sosyal gereksinimlerine tesir eden uzun dönem tedavilerden negatif etkilenmektedir. Fizyolojik gereksinimler; spiritüel ve psikososyal gereksinimlerle kıyaslandığında daha somut bir kavram olması nedeniyle ölçümü ve değerlendirilmesi psikososyal ve spiritüel ihtiyaçlara binaen daha kolaydır. Bu sebeple hastaların bakım ve tedavisinde ilk olarak fizyolojik ihtiyaçlar değerlendirilmektedir. Soyut bir kavram olan spiritüel ve psikososyal ihtiyaçlar ise

değerlendirilme zorluğu nedeniyle genellikle göz ardı edilmektedir. Kanseri tanısı almış olmak, hastalık ve tedavi sebebiyle ortaya çıkan semptomlar, hayatını kontrol edemeyeceği düşüncesi ve hastalığın prognozunu ilerleyişinin belli olmayışı, hastaların belirsizlikle mücadele etmelerine neden olmakta ve bu durum psikolojilerini olumsuz etkilemektedir (Asi Karakaş, 2007; Ripamonti et al., 2012).

Kanser hastalarında ortaya çıkan fiziksel aktivite sınırlılığı, bedensel görüntüde bozulma, sosyal aktivitelerde kısıtlılık, hasta yakınlarının olumsuz yaklaşımları gibi etkenler umutsuzluğun artışının nedeni olarak görülmektedir. Umutsuzluğu artan hasta günlük hayatında pasifleşir, depresyon ve intihar gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Karadağlı & Alpar, 2017; Mersin et al., 2018). Kişi mortal bir hastalığa yakalanmış olmanın verdiği psikolojiyle umutsuzluğa daha kolay kapılabilmektedir (Atan, Özer, & Turan, 2020). Bilakis umut düzeyi yüksek olan hastalarda hastalıklı günlerin daha kısa sürdüğü gözlemlenmektedir (M.-L. Chen, 2003). Tüm bu çeşitli stres kaynaklarıyla baş başa kalan kanser hastalarının deneyimledikleri bu ağır koşullar altında psikolojik dayanıklılık düzeyinin, kişiyi koruyan mühim bir unsur olduğu belirtilmektedir (Kararınmak, 2006; Terzi, 2008).

Bireyin günlük hayatında hastalıktan asgari düzeyde etkilenmesini sağlamak için; toplumsal, iş ya da öğrenim hayatının devamını sağlamak hastada ortaya çıkabilecek psikolojik travmanın kontrolünde fayda sağlayacaktır (Karabulutlu & Karaman, 2015; Küçükkaya & Erçel, 2019).

Bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, yaşama umutlarının ve spiritüel iyilik hallerinin benimsedikleri sağlık tutumlarını etkilediği düşünülmektedir. Stresle baş etmede koruyucu olan tüm bu destek mekanizmalarının, hastalara düzenli sağlık sunumunda bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerince uygulanması öngörülebilmektedir. Tüm bu psiko-destek mekanizmaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli takip alanı olan diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalık evrelerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinin devamlılığında, hastaların bu süreçlere toleransını artırabilmektedir.

Özellikle hastaların kronik hastalıklarının doktorları tarafından sıkça takip edildiği birinci basamak sağlık hizmet sunumunda, hastaların sağlık temelli spiritüel duygu ve düşüncelerini hekimlerine açması, hasta hekim arasındaki iletişim bağına güçlendirebilir (Isaac et al., 2016).

Spiritüelitenin, psikolojik dayanıklılık düzeyinin ve bireyin yaşama duyduğu umut düzeyinin; Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından tanımlanan aile hekimliği disiplindeki çekirdek yeterliklerinden olan bütüncül yaklaşım, kapsayıcı yaklaşım, kişi merkezli bakım ve birinci basamak yönetimi anlayışına katkı sağladığı düşünülmektedir (*WONCA EUROPE 2023 Edition*, n.d.)

Bu araştırmanın çalışılmasındaki amaç; kanserli hastaların sosyal destek mekanizmalarını ve bu mekanizmalardan etkilenme düzeylerinin psikolojik dayanıklılık, spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk seviyelerini ölçen ölçekler üzerinden tespiti ayrıca sosyal destek mekanizmalarının birbirleriyle etkileşimlerini ve bu mekanizmaları olumlu veya olumsuz etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Genel olarak, spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk arasındaki ilişkiler; kanser hastalarının tedavi sürecinde sadece fiziksel değil; psikolojik, sosyal ve manevi destek ihtiyacını da ön plana çıkarmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar sağlık sunucularının ve kanserli hasta yakınlarının; kanser hastalarının psikolojik, sosyal ve manevi destek ihtiyacı üzerine yeterli eğilimi göstermediklerini düşündürmektedir. Çalışmamız bu boşlukların doldurulması amacıyla çalışılmış olup sağlık hizmetlerinin bütüncül bakış açısıyla yapılandırılması üzerine eğilip, kanser hastalarının bu ihtiyaçlarına etkili şekilde yanıt verebilmenin stresle mücadelede destek mekanizmalarını kanserli hastaların bünyelerine kazandırmanın en etkin yolu olduğu düşünülmektedir.

Mevcut literatürde, ülkemizde kanser hastalarının spiritüel iyilik hâli, psikolojik dayanıklılığı ve umutsuzluk düzeylerinin birlikte ele alındığı kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu eksiklikten hareketle gerçekleştirilen bu araştırma, ilgili alana yeni ve bütüncül veriler sunmayı amaçlamaktadır. Çalışma, ayaktan

kemoterapi alan kanser hastalarında spiritüel iyilik hâlinin, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk üzerindeki etkisini belirlemek üzere planlanmış ve yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1 Kanserin Tanımı

Kanser, hücrelerin bulundukları dokuda kontrolsüz biçimde büyüyerek bir doku kitlesi oluşturmasıyla birlikte bazı durumlarda oluşan bu kitlenin hücrelerinin vücudun farklı bölgelerine de yayıldığı bir hastalık grubunun genel adıdır (*GLOBOCAN 2022*, n.d.; Türkiye Kanser Enstitüsü, 2025; World Health Organization, 2022).

Sağlıklı dokularda görülen; düzenli hücre bölünmesi ve hücre farklılaşması programlarının bozulmasına ve hücrelerin kontrol dışı davranışlarının neden olduğu genetik değişimler kanserin en önemli nedenleri arasındadır. Bu değişimler sonucu hücre gruplarının çoğalmasını ve büyümesini destekleyen etmenler artmakta, aynı zamanda da hastalıklı hücrelerin doğal yollar ve bağışıklık sistemi tarafından yok edilmesini sağlayan etkenler azalmaktadır. Tüm bu nedenler kaynaklı kanser hücreleri genel anlamda doku fizyolojisini kontrol eden dış etmenlere duyarsız olmaktadır (Türkiye Kanser Enstitüsü, 2025).

2.1.2 Kanserin Etiyolojisi

Kanser gelişiminde etkili olan risk faktörleri arasında yaş ve cinsiyet gibi bireysel özelliklerin yanı sıra; aile öyküsü, tütün ve alkol kullanımı, aşırı kilo, kırmızı ve işlenmiş etin sık tüketimi, yetersiz meyve-sebze alımı, lif ve kalsiyum açısından düşük beslenme, fiziksel hareketsizlik, ultraviyole (UV) ve iyonizan radyasyona maruz kalma ile bazı onkogenik virüslerin varlığı yer almaktadır (*Türkiye Kanseri İstatistikleri*, 2020; Yokuş & Çakır, 2012).

Kanserle ilişkili ölümlerin yaklaşık üçte biri; tütün kullanımı, yüksek beden kitle indeksi, yetersiz meyve-sebze tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği ve artan alkol tüketimi gibi önlenabilir risk faktörlerine dayanmaktadır. Bu faktörler arasında

özellikle tütün, kanser ölümlerinin yaklaşık %22'sinden sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülen vakaların %25 ila %30'u, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve hepatit gibi kanserle ilişkili kronik enfeksiyonlarla bağlantılıdır (*Türkiye Kanser İstatistikleri*, 2020).

2.1.3 Kanser in Epidemiyolojisi

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisi olan kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra mortalite sebepleri arasında dünya genelinde ikinci sırada yer almaktadır (World Health Organization, 2022).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) aracılığıyla çıkarılan GLOBOCAN 2022 kanser insidansı ve mortalite tahminlerine göre 2020 senesinde dünyada 20 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 9,7 milyon kanser kaynaklı ölüm olduğu bildirilmiştir (*GLOBOCAN 2022*, n.d.).

Akciğer kanseri ve kadınlarda meme kanseri, dünya çapında en sık görülen kanserlerdir (sırasıyla toplam yeni vakaların %12,4'ünü ve %11,6'sını oluşturur), bunları kolorektal kanser (%9,6), prostat kanseri (%7,3) ve mide kanseri (%4,9) takip eder (World Health Organization, 2022).

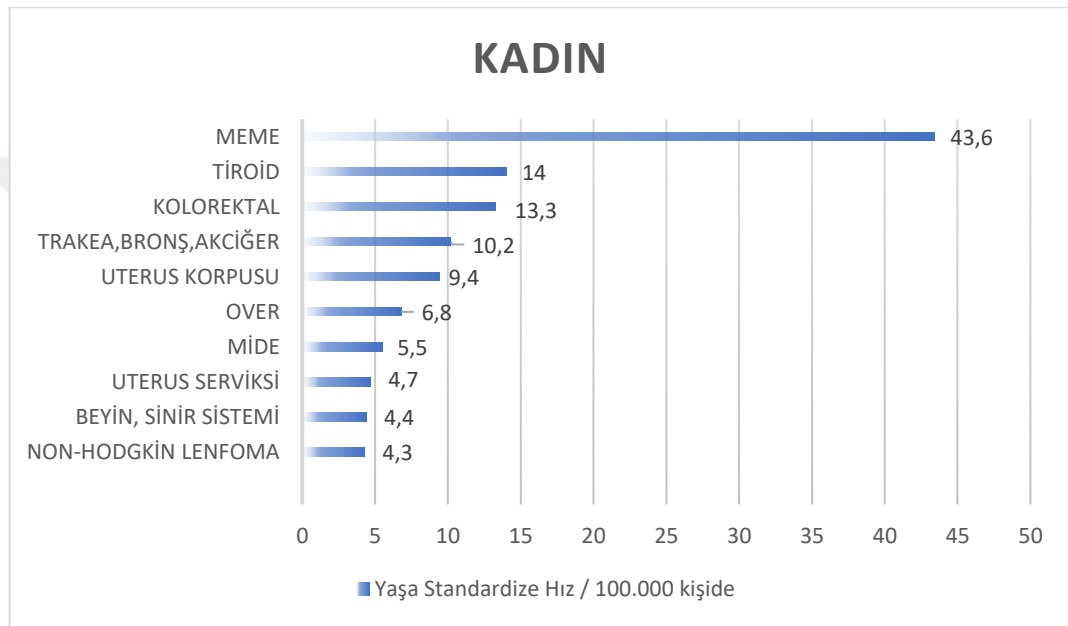
Akciğer kanseri aynı zamanda dünya çapında kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir (%18,7). Bunu kolorektal kanser (%9,3), karaciğer kanseri (%7,8), meme kanseri (%6,9) ve mide kanseri (%6,8) ile takip eder (World Health Organization, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2020 verilerine baktığımızda;

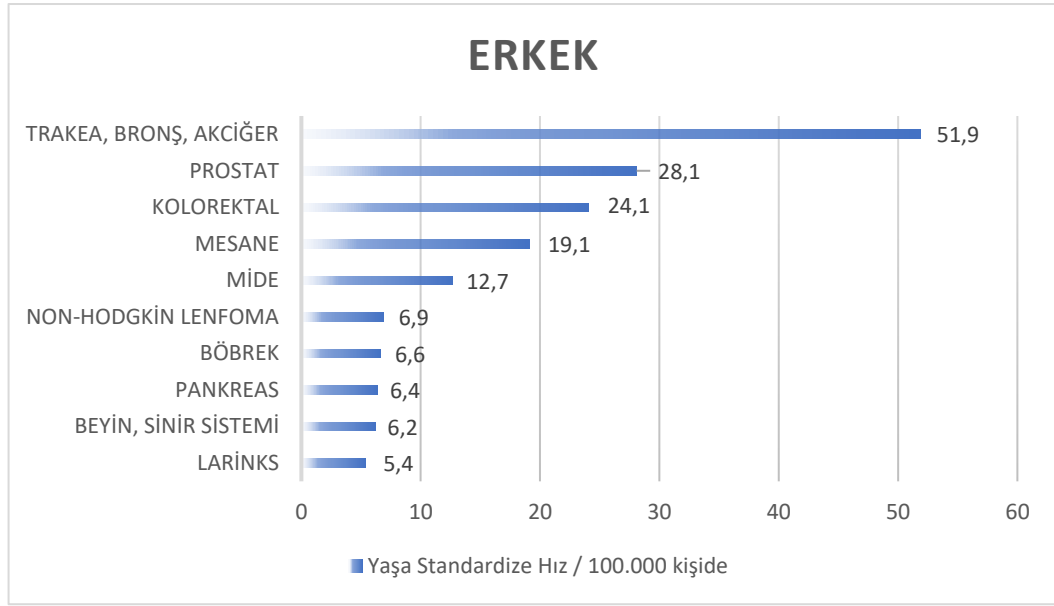
Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türleri sırayla; meme, tiroid, kolorektal, akciğer, serviks kanserleri iken, dünya genelinde bu sıralamanın; meme, kolon, akciğer kanserleri olarak değiştiği gözlemlenmektedir (World Health Organization, 2022).

Türkiye’de erkeklerde en sık görülen kanser türleri sırasıyla; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri olduğu, dünya genelinde de ilk üç sıranın değişmediği görülmektedir (World Health Organization, 2022).

2020 Yılı ülkemizde kadınlarda ve erkeklerde görülen ilk 10 kanser türü yaşa göre hızları Şekil 2.1 ve Şekil 2.2’de gösterilmiştir. Ülkemizde kadınlarda ve erkeklerde görülen ilk 5 kanser türünün dünya verileri ile karşılaştırılması Tablo 2.1 ve Tablo 2.2’de belirtilmiştir (*Türkiye Kanser İstatistikleri*, 2020).



Şekil 2.1 Kadınlarda En Çok Görülen 10 Kanser Türünün Yaşa Göre Standartlaştırılmış Hızları



Şekil 2.2 *Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanser Türünün Yaşa Göre Standartlaştırılmış Hızları*

Tablo 2.1. *Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı*

	Türkiye*	Dünya
1	Meme	Meme
2	Tiroit	Kolorektal
3	Kolorektal	Akciğer
4	Akciğer	Uterus Serviksi
5	Uterus Korpusu	Tiroit

*Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2020

***Kaynak:** Türkiye Kanser İstatistikleri 2020

Tablo 2.2 *Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kansere Türünün Dağılımı*

	Türkiye*	Dünya
1	Akciğer	Akciğer
2	Prostat	Prostat
3	Kolorektal	Kolorektal
4	Mesane	Mide
5	Mide	Karaciğer

*Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2020

***Kaynak:** Türkiye Kansere İstatistikleri 2020

Şu an dünyanın en kalabalık ülkesi olan Hindistan’da ağız kanserlerinin kanser kaynaklı ölümlerin çoğundan sorumlu olması dikkate değer bir istisna olarak ortaya çıkıyor. Rapor ayrıca Hindistan’da akciğer kanseri vakalarındaki artışa da ışık tutuyor. Bunun başlıca nedeni sigara içmek olsa da kısmen hava kirliliğiyle de bağlantılı olabildiğini savunuyor. IARC (Kansere Gözetim Şubesi) Başkanı Dr. Freddie Bray’in vurguladığı kanser tablosundaki bir diğer önemli değişiklik; kırmızı et oranından yüksek beslenme, alkol tüketimi ve hareketsiz yaşam gibi daha batılı yaşam tarzları nedeniyle artık tüm gelişmişlik kategorilerinde yaygın olan kolorektal kanser vakalarındaki artışın tespiti (Alaybay & İlktay, 2025; Sharma et al., 2018).

En sık teşhis edilen kanserlerin çoğu, sigara ve alkol tüketimi gibi risk faktörlerine maruziyetin azaltılmasıyla önlenabilir. İnsan papilloma virüsü ve hepatit B’ye karşı aşılama, sırasıyla serviks kanserini ve karaciğer kanserini önlemeye yardımcı olabilir. Dahası, meme, kolorektal ve serviks kanserleri de dahil olmak üzere birçok kanser artık rutin olarak taranabilir ve erken tespit edilip tedavi edildiğinde artık yüksek sağ kalım oranlarına sahiptir (GLOBOCAN 2022, n.d.).

2.1.4 Kanserde Tanı

Kanser tanısı; klinik muayene, radyoloji, laboratuvar ve patoloji incelemeleri ile yapılmaktadır (“Front Matter”, 2020).

2.1.4.1 Hastanın Öyküsü

Tanı sürecinde hastadan elde edilen bilgiler, tüm hastalıklar için kritik bir öneme sahiptir. Ayrıntılı tıbbi öykü, semptomların başlangıç zamanı, tümörün fark edilme şekli ve büyüme hızı gibi klinik açıdan önemli verilerin elde edilmesini sağlar. Hastanın şikayetlerinin süresi, lezyonun büyüme hızı, geçirdiği yapısal veya işlevsel değişiklikler ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri — örneğin solunum veya yutma güçlüğü, tat alma bozuklukları, nörolojik semptomlar (hissizlik, karıncalanma vb.), ağrı, kanama, ateş, bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi bulgular — dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın yaşam tarzına ilişkin bilgiler, özellikle tütün ve alkol gibi alışkanlıklar, kapsamlı bir şekilde sorgulanmalıdır (American Cancer Society, 2025).

2.1.4.2 Demografik Değerlendirmeler

Tümörlerin görülme sıklığı yaşa göre değişiklik göstermektedir; pek çok tümör tipi belirli yaş aralıklarında daha yaygınken, örneğin karsinomlar çocukluk çağında oldukça nadir görülmektedir. Cinsiyet de birçok kanser türünün insidansını etkileyen önemli bir faktördür; Bazı kanserler yalnızca erkeklerde görülürken (örneğin prostat kanseri), bazıları ise yalnızca kadınlarda (örneğin rahim kanseri) görülmektedir.

Cinsellik ve doğurganlık öyküsü de kanser riskini etkileyebilir. Özellikle çok partnerli kadınlarda serviks kanserine, doğum yapmamış veya emzirmemiş kadınlarda ise meme kanserine daha sık rastlanmaktadır.

Coğrafi faktörler ve beslenme alışkanlıkları da bazı malignitelerin gelişiminde rol oynar. Yaşanılan bölgenin çevresel koşulları ve yöresel diyet alışkanlıkları, hastalıkların ortaya çıkışını etkileyebilmektedir.

Günlük yaşam alışkanlıkları da kanser etiyolojisinde önemli yer tutar. Tütün kullanımı; akciğer, mesane, pankreas, ağız ve larinks kanserleriyle, alkol tüketimi ve kronik ağız içi travmaları (örneğin yanak ısırma) çeşitli kanser türleriyle ilişkilendirilmiştir.

Kişisel sağlık geçmişi de dikkate alınmalıdır; örneğin Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonu sonrasında lenfoma gelişme riski artabilir. Aile öyküsü de önemlidir; bazı kanser türleri ve multipl endokrin neoplazi (MEN) sendromları kalıtsal yatkınlık gösterebilir.

Mesleki maruziyetler de risk oluşturabilir. Özellikle kimyasallarla çalışan bireylerde ya da madencilik gibi özel sektörlerde görev yapanlarda, mesleğe özgü bazı kanser türlerinin gelişme olasılığı artmaktadır.

2.1.4.3 Klinik İnceleme

Klinik değerlendirme sürecinde, ilk olarak klasik fizik muayene yöntemlerinden olan inspeksiyon ve palpasyon uygulanır. Bu ön değerlendirmeyi takiben, tümörün yapısal özellikleri detaylı biçimde incelenmelidir. Tümörün lokalizasyonu, eğer dışarıdan gözlenebiliyorsa rengi, kıvamı, şekli ve boyutu gibi fiziksel özellikleri değerlendirilmelidir. Lezyonun tekil mi yoksa multipl yapıda mı olduğu, çevre dokularla olan ilişkisi (hareketli ya da çevre dokulara yapışık) ve eğer mukoza ile örtülüyse yüzeyin görünümü (soluk, hiperemik, ülserli vb.) dikkatlice gözlemlenmelidir. Özellikle santral lezyonlarda, ekspansiyon derecesi ve palpasyonla hissedilen krepitasyon gibi bulgular değerlidir. Muayenenin sonunda mutlaka bölgesel lenf nodları kontrol edilmelidir. Tümörlerin büyük bölümü ağrısız seyretmekle birlikte, sinir kökenli tümörler veya sinir yapılarına bası yapan ya da onları infiltre

eden lezyonlar spontan ya da palpasyonla tetiklenen ağrıya neden olabilir. (World Health Organization, 2022).

2.1.4.4 Görüntüleme Yöntemleri ve Radyolojik Tanı

Tanısal radyolojide (radyo-diagnostik) tümörün yerine ve türüne göre çeşitli yöntemler uygulanır (Linn-Watson, 2014). Bu yöntemler;

- Konvansiyonel radyografi
- Lenfanjiyografi
- Anjiyografi
- Ultrasonografi
- Manyetik rezonans görüntüleme
- Bilgisayarlı tomografi
- Pozitron Emisyon Tomografisi

2.1.4.5 Laboratuvar İncelemeleri

Bazı kanserlerin tanısında tümör belirteçlerinin saptanması önem kazanır (Akdağ, 2023; Alanbay et al., 2011; Passek et al., 2019; Sokoll & Chan, 2020).

Tümörlerin ayak izlerinin saptanmasında kullanılanlar;

- Onko-fetal antijenler: Karsinoembriyonik antijen (CEA), Alfa-fetoprotein (AFP)
- Özgün antijenler: Prostat spesifik antijen (PSA), CA 19,9, CA 125
- Enzimler: Plasental alkalın fosfataze, Prostatik asid fosfataze, Alkalın fosfataze (Regan), Laktat dehidrogenaz, Monoklonal immunoglobulin
- Hormonlar:
- Histamin
- Tümör angiogenesis faktörü (TAF)

- Vazoaktif peptidler [Serotonin (5-HT)]
- Sitokinler (osteoklast aktivasyon faktörü)
- Prostaglandinler
- Tümörlerin ürettiği ektojik hormonlar: Human koryonik gonadotropin (Hcg), Parathormon, ACTH, Antidiüretik hormon (ADH), Eritropoietin

2.1.5 Kanser ve Birinci Basamak Sağlık Hizmet İlişkisi

2.1.5.1 Birinci Basamakta Kanser Taramaları

Kanserle etkin mücadelede, toplumsal farkındalığın artırılması, halkın bilinç düzeyinin yükseltilmesi ve düzenli tarama programlarının uygulanması temel stratejiler arasında yer almaktadır. Bu kapsamda, ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerileri doğrultusunda, üç temel kanser türüne yönelik tarama çalışmaları yürütülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin dördüncü maddesi ile kanser taramaları da aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları arasına alınmıştır (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2013). Taraması yapılan kanserler:

Kadınlara yönelik meme kanseri tarama programı kapsamında, bireylere her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamaları konusunda danışmanlık sağlanmakta, yılda bir klinik meme muayenesi yapılmakta ve 40–69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mammografi çekilmektedir.

Serviks kanseri taraması çerçevesinde ise 30–65 yaş grubundaki kadınlara beş yılda bir HPV-DNA testi uygulanmaktadır.

Kolorektal kanser taramaları hem kadınlara hem de erkeklere yönelik olarak yürütülmekte olup, 50–70 yaş arasındaki bireylerde iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılmakta; ayrıca aynı yaş aralığındaki bireylere on yılda bir kolonoskopi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

2.1.5.2 Birinci Basamakta Kansere Bağlı Ağrı Tedavisi

Kanser hastalarında semptomatik ağrının yönetimindeki temel hedef, ağrının mümkün olan en kısa sürede hafifletilmesi ve yeniden ortaya çıkmasının önlenmesidir. Adjuvan ilaç tercihleri, ağrının tipi ve şiddetine bağlı olarak belirlenmekte olup, tedavinin her aşamasında hem non-opioid hem de opioid ajanların kullanımına başvurulabilmektedir (Arslan et al., 2013).

Genellikle tedaviye ilk olarak parasetamol veya NSAİİ gibi opioid içermeyen analjeziklerle başlanmakta, bu ilaçlar tek başlarına ya da kombine şekilde uygulanmaktadır. Ancak ağrı yeterli düzeyde kontrol altına alınamazsa, tedavi ikinci basamağa geçirilerek daha güçlü analjezikler kullanılmaktadır (Ripamonti et al., 2011).

2.1.5.3 Birinci Basamakta Palyatif Bakım

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yürürlüğe konulan beş yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında, palyatif bakımın planlanması ve uygulanması temel hedef başlıklarından biri olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, 2010 yılında PALYA-TÜRK projesi hayata geçirilmiştir. Söz konusu proje, iki temel yaklaşıma dayanmaktadır: birincisi, opioid erişiminin artırılması; ikincisi ise toplum temelli palyatif bakım modelinin uygulanabilirliğinin sağlanmasıdır. Ülkemizde uygulanması planlanan Palya-Türk projesinin esasını birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına karar verilmiştir (Utku et al., 2017). Palyatif bakım merkezleri organizasyon modelinin birinci seviyesinde; aile hekimleri ve evde sağlık hizmeti birimleri bulunmaktadır (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015).

2.1.5.4 Kanser Tanısında Birinci Basamağın Rolü

Kanserle mücadelede başarının en önemli belirleyicilerinden biri, hastalığın erken evrede tespit edilmesidir (Şahin, 2015). Bu süreçte, aile hekimliği birimlerinin işlevi oldukça kritik olup; birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas kurduğu noktayı temsil eder. Aynı zamanda koruyucu sağlık uygulamaları aracılığıyla hastalıkların önlenmesine katkı sağlarken, erken tanının konulmasına da olanak tanımaktadır (Kringos, 2013).

Yaklaşık iki bin kişilik nüfusu kapsayan bir aile hekimliği biriminde, her yıl ortalama sekiz bireye kanser tanısı konulmakta ve bu vakalardan dördü kanser nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Günümüzde kanserin hem insidansında hem de prevalansında belirgin bir artış eğilimi olduğu öngörülmektedir. Kanser tanısı alan bireyler, diğer hastalara kıyasla aile hekimine yaklaşık iki kat daha sık başvurmakta; semptomlarında kötüleşme olduğunda ise bu durumu öncelikle onkologlardan ziyade aile hekimlerine iletmektedirler (Sisler et al., 2004).

Sadece onkologlar tarafından takip edilen hastalar, koruyucu bakım hizmetlerinden daha az faydalanmakta ve kanser dışı kronik hastalıkları, mevcut rehberlere uygun şekilde yeterince izlenmemektedir. İlerlemiş evre hastalığı olan bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında düzenli takibi, acil sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltmakta ve hastaların evde yaşamını sürdürme ve vefat etme isteklerinin gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır (Burge et al., 2003).

Kanser tanısı almış hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında, ilgili alanlara dikkat edilmesi büyük önem taşımaktadır. Hastaların, özellikle hastalığın kendisi veya tedavi süreçlerinin neden olduğu çeşitli şikayetlerine yönelik çözümler sunmak, hekimin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, palyatif bakım yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Kanser hastalarına palyatif destek, bu alanda eğitim almış tüm hekimler tarafından sağlanabilmektedir ("Cancer Care during the Last Phase of Life," 1998). Uzun süreli hasta-hekim ilişkisi kuran aile hekimleri ise bu süreci etkin biçimde yönetebilecek yetkinliktedir. Yapılan araştırmalar, kanser hastalarının yaşam kalitesinin; aile hekimlerinin genel tıbbi sorunlara yönelik destekleri, bilgilendirme hizmetleri ve hasta ile ailesine sağladıkları duygusal destek aracılığıyla anlamlı şekilde arttığını ortaya koymuştur (McWhinney et al., 1990; Sisler et al., 2004).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının, hastalara bütüncül ve kişi odaklı yaklaşımları; tüm hastalarını biyopsikososyal açıdan kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri ve hastalarla kurdukları uzun süreli ilişkiler, yaşam kalitesinin artırılmasında kritik bir rol oynamaktadır (McWhinney et al., 1990).

2.2. Spiritualite / Maneviyat

2.2.1 Spiritualite Tanımı

Spiritualite, maneviyat, din, inanç benzeri kavramlar ile bağlantı oluşturularak günümüze kadar çeşitli anlamlarda kullanılmıştır (Ayhan & Öz, 2022; Erişen & Sivrikaya, 2017; Ölmez & Karadağ, 2022a). İlk olarak insan hayatının psikolojik yönünü tanımlamak, ilerleyen zamanlarda ise din adamlarının yetki tanımlarını belirlemek amaçlı kullanılmıştır. Tarihte hastaları tedavi eden kurum ve kişilerin, aynı zamanda dini ve spiritüel olarak da bir misyonlarının olduğu ve insanların hastalıkları ve bu hastalıkların iyileşme sürecini spiritüel ve dini kavramlar ile de anlamlandırdığı görülmektedir (Kremer et al., 2009). Her ne kadar çoğunluğa göre spiritüalite dini tatbikatları ifade etse de daha kapsamlı bir nosyon olarak önümüze çıkmaktadır (Astrow et al., 2001). “Nefes almak”, “canlı olmak” manalarına gelen spiritualite, Latince kökenli “spiritus”tan türetilmiş olup hayatı hissetmek ve anlamlandırmak olarak tanımlanabilir (Surbone & Baider, 2010b).

Literatür incelendiğinde spiritualitenin insani bir boyut olduğu ve her bireyin yaşamının mükemmelliği, bilinci, hassasiyeti ve anlamı ile ilişkilendirilen içsel bir olgu olduğu görülmektedir. Bu kavram, Tanrı'ya ya da daha üstün bir varlığa inanmak ve başkalarıyla iletişim kurmakla açıklanmaktadır (Moosavi et al., 2019). Bu nedenle spiritualite, insan yaşamında, aşkınlık anlamının deneyimlenmesi şeklinde de tanımlanabilir. Aşkınlık unsuru, şahsın tanrıyla arasındaki bağ olabileceği gibi kişinin inanç ve değerleri ölçüsünde, yaşamına anlam ve amaç veren doğa, sanat, aile gibi konular ile ilgili de olabilir (Richardson, 2014).

Spiritüalite, kim olduğunu ve kim olma arzusunu idrak etme, şahsını tanıma yolculuğu veya süreci olarak da tanımlanabilir. Spiritüalite bireyseldir lakin öte yandan başka kişilerle ve çevresindeki dünya ile bağlantılı olmaya dayanır, çoğunlukla şahsın yaşam amacını ve hayatın anlamını arama ile ilgili ilerleyen süreci kapsar (Richardson, 2014).

Spiritualite tanımlandırılırken, yaşamın manasını arama, aşkınlık, kesin gerçeği veya en yüce olanı aramak, evrenin gizemine saygı ve takdir gibi birçok boyutu içeren tanımlamalar kullanılmıştır (Hill et al., 2000). Spiritualite; bilişsel, deneyimsel ve davranışsal yönleri içinde barındırır. Bilişsel yön, yaşadığımız inanç ve değerlerin yanı sıra anlam, amaç ve hakikat arayışımızı içermektedir. Deneyimsel yön umut, sevgi, bağlantı, iç huzur ve rahatlık duygularını içermekte ve iç kaynaklarımızın sevgi verme ve alma yeteneğimizi, sevgi ruhunu ve kendimizle olan ilişkimizin önemini yansıtmaktadır. Davranışsal yön, manevi inançlarımızı ve içsel manevi farkındalığımızı nasıl ifade ettiğimizi veya bunlara göre hareket ettiğimizi içermektedir (Nilsson, 2022).

Spiritüalite ile din arasındaki ilişki ve karşılıklı bağımlılık sıkça tartışılan konular arasındadır. Din, toplumun biçimsel yapısını kapsamanın yanı sıra bireyin Tanrı'ya ilişkin içsel inançlarını da içerir; bunun yanında, sosyal bağlamda dini mekanlara katılım ve dini gruplara üyelik gibi faaliyetleri de içine alır. Özellikle Müslüman ve Hristiyan mezheplerinde, Allah, aile ve doğayla ilgili emirler, spiritüalite ile din arasındaki yakın bağı ortaya koymaktadır (Moosavi et al., 2019). Din genellikle organize bir topluluk içinde uygulanırken, dua veya meditasyon gibi bireysel pratiklerle kurum dışı özel deneyimler de barındırır. Bu nedenle, din terimi yalnızca örgütlü yapı, dini bağlılık veya katılımı sınırlı değildir; merkezinde “aşkınlık” kavramı etrafında şekillenen ortak inançlar ve uygulamalar yer almaktadır (Elhag et al., 2022). Spiritüalite, dine benzer yönler taşımakla birlikte, bazı dini geleneklerin ötesinde daha geniş bir kapsamı ifade eder. Din, inançlar, etik değerler ve ritüellerle toplumsal bir kurumsallığa sahipken; spiritüalite bireysel, ritüelsiz ve esnek bir yapıya sahiptir; inanç, etik ve ahlak gibi unsurlar var olabilir ya da olmayabilir, yaratıcıya inanma zorunlu değildir. Dinin kuralları standartlaştırılabilirken, spiritüalite bireysel olması nedeniyle ölçülmesi ve standartlaştırılması zordur (Mingir, 2022) .

İnsanlar yaşamları boyunca karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmek için kişisel deneyimlerinden ve manevi, ahlaki, kültürel değerlerden yararlanırlar. Manevi boyut, fiziksel, sosyal ve duygusal yönler kadar önemlidir ve bu boyutlar birbirini etkiler. Önemli kriz dönemlerinde sunulan spiritüel bakım, bireylerin üzüntü, korku, yalnızlık, çaresizlik, stres ve acı gibi duygularıyla baş etmelerine yardımcı olur, ibadet

ve ritüellerle rehberlik sağlar ve varoluşlarına anlam kazandırır (Kökcü & Kutlu, 2020). Sağlık literatüründe maneviyat, yüce bir güce bağlanma, yaşamda anlam ve amaç bulma, dua, meditasyon, fiziksel olmayan şifa yöntemleri, iç huzur ve mutluluk duygusu olarak tanımlanmaktadır (Büyükbayram et al., 2022). Dini uygulamalar ve manevi inançlar, çeşitli kronik hastalıklarla başa çıkma mekanizmalarını etkiler. Kronik hastalık taşıyan birçok hasta için din ve maneviyat, hastalık deneyimlerinin önemli ve kişisel boyutlarıdır ve başa çıkmada etkili stratejiler sunar (Abu et al., 2018).

Spiritüel iyilik, bireyin yaşamındaki tehditler ve değişimlerle başa çıkma yeteneğinin bir göstergesidir. Genel insan sağlığının temel bir bileşeni olarak kabul edilir ve kişinin kendisiyle, başkalarıyla, çevresiyle ilişkileri ve /veya aşkınlık olmak üzere dört boyutta kendini gösterir. Bu iyilik hali, içsel başa çıkma kapasitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini düzenlemeye yönelik benzersiz bir ifadesidir. Hastaların olumsuz duygularını hafifletmede ve yaşamın anlamı ile amacını yeniden keşfetmede önemli rol oynar (Li et al., 2022). Pakistan’da hepatit C tanısı alan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, manevi inançların hastalıkla başa çıkmada olumlu etkileri olduğu ve hastaların dua yoluyla bu süreci destekledikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada, manevi inançların dikkatleri ağrıdan başka yönlelere çekmede etkili olduğu tespit edilmiştir (Sohail, 2020). Bütün bunlara rağmen, günümüzde spiritüalite kavramının net bir tanımı konusunda hâlâ ortak bir görüş birliği sağlanamamıştır (Zumstein-Shaha et al., 2020).

2.2.2 Kanser Tanılı Bireyde Spiritualite

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısı, bireyde hem fiziksel acıya hem de varoluşsal düzeyde krizlere yol açabilir. Bu bağlamda, maneviyat bireyin genel sağlık durumunun temel bileşenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (C. Chen et al., 2023).

Spiritüel iyilik hali, ruhsal ve bedensel sağlığı dış etkenlerin olumsuz etkilerine karşı koruyarak, bireyin stresle baş etme kapasitesini artırmaktadır. Bu durum, ruhsal dengeyi sürdürme ve psikolojik yıpranmayı azaltma açısından koruyucu bir işlev görmektedir. Ayrıca spiritüel iyilik, kanser hastalarında hastalık sürecinin her

aşamasında ortaya çıkabilecek kriz dönemlerinin yönetilmesine katkı sağlamakta; sabır, direnç ve uyum becerilerini güçlendirerek ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır (Demirci et al., 2016).

Maneviyat ve dini inanç, bireylerin kanserden korunma konusundaki sağlık davranışları ve tutumları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Tanı alma süreciyle baş etme, tedavi seçeneklerini değerlendirme ve karar verme süreçlerinde maneviyat önemli bir rol oynamaktadır. Her ne kadar dini inanç ve maneviyat, kanserle mücadelede olumlu katkılar sunsa da; tanı sonrası ilahi varlığa yönelik inanç eksikliği bazı bireylerde anlam arayışında zorluklara, cezalandırılma hissine ve manevi boşluğa neden olabilmektedir (Balkan & Oskay, 2023). Kanser tedavisi sürecinde hastaların yaşam kalitesi hem fiziksel hem de psikolojik düzeyde olumsuz etkilenmektedir. Tedaviye bağlı olarak birçok hastada yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, bulantı ve kusma gibi fiziksel belirtiler gözlenirken; zihinsel düzeyde anksiyete, stres ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu tür sorunlarla başa çıkmada etkili yöntemlerden biri de manevi bakımdır. Araştırmalar, manevi desteğin daha az psikolojik problem, daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları, sosyal destek kaynaklarına daha fazla erişim ve daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Anisa et al., 2018; Otuzoğlu, 2020). Nitekim bir onkoloji kliniğinde yatan 406 hasta ile yürütülen çalışmada, katılımcıların manevi yönelim düzeyleri arttıkça olumlu dini başa çıkma stratejilerinin kullanımında da artış olduğu ve buna bağlı olarak stres düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, manevi yönelim ile hissedilen genel sağlık durumu arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların, iyileşme amacıyla dua ettikleri, günlük dini ritüellere katıldıkları, adak adadıkları ve din görevlileriyle görüştükleri belirtilmiştir (Harbali & Koç, 2022).

İleri evre kanser tanısı almış bireylerle yürütülen bir çalışmada, hastalıkla baş etme sürecinde manevi inançlarına daha fazla yönelen katılımcıların depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Manalo et al., 2023). Spiritüalizm, din ve maneviyat ile bedensel ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen kapsamlı bir meta-analizde; PubMed, PsycInfo, CINAHL ve Cochrane veri tabanlarında yer alan 101 çalışma ve 32.000'den fazla erişkin kanser hastasının verileri değerlendirilmiş ve bu unsurlar ile sağlık çıktıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu

rapor edilmiştir. Ayrıca, söz konusu ilişkinin sosyodemografik ya da klinik değişkenlerden etkilenmediği ve bu nedenle belirli bir hasta grubuna özgü olmadığı vurgulanmıştır (Jim et al., 2015).

Din ve maneviyatın hangi yönlerinin kanser hastalarının fiziksel sağlığı üzerinde etkili olduğunu araştıran çalışmalarda, en sık incelenen değişkenin manevi iyi oluş düzeyi olduğu; bunu sırasıyla dini başa çıkma ve manevi çatışmaların izlediği görülmüştür. Genel bulgular, maneviyatın kanser hastalarının fiziksel sağlık durumu ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, klinik uygulamalarda manevi boyutu da içeren müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesinin, kanser hastalarının yaşam kalitesi ve genel sağlığını olumlu yönde etkileyebileceğine işaret etmektedir (Almaraz et al., 2022).

Geriatrik onkoloji hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise, bireylerin dini tutumları ve manevi iyi oluş düzeylerinin, hastalığa verdikleri psikolojik tepkiler üzerinde anlamlı etkiler oluşturduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, dini tutum ve yüksek manevi iyilik hali; mücadele etme gücünü artırırken, umutsuzluk, kaçınma, kadercilik ve inkâr gibi pasif başa çıkma stratejilerinin görülme sıklığını azaltmaktadır (Yavuz & Koç, 2023). Sonuç olarak, birçok kanser hastasının hem hastalıkla hem de tedavi süreciyle başa çıkabilmek için spiritualiteyi önemli bir psikososyal destek kaynağı olarak kullandığı görülmektedir (Canada et al., 2008b).

Spiritualite, kanser veya diğer kronik hastalıklarla mücadele eden hastalarda hayat kalitesini iyileştirmek için hastaların tolerasyon, adaptasyon ve dayanıklılıklarını olumlu düzeyde destekleyen bir unsurdur (Kavradım & Özer, 2014a). Nitekim günümüze bakıldığında spiritüel bakım, kanser hastalarının psikolojilerini olumlu yönde etkilediği kanıtlanmıştır (Kaçal & Demirsoy, 2018; Visser et al., 2010).

2.2.3 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)

Araştırmamızda Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri bölümünde 2017 yılında Ekşi ve Kardaş tarafından geliştirilen “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır

(Ekşi & Kardaş, 2017a). Bu ölçek yetişkinlerin spiritüel iyi olma hallerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçekte;

- İlahi bir güce olan bağlılığı tanımlayan “aşkınlık”

-Kişinin etrafındaki doğa ile olan uyumunu tanımlayan “doğayla uyum” ve

-Hayatta amaçsızlık ve anlamsızlık duygusunu ifade eden “anomi” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

2.3.1 Psikolojik Dayanıklılık Tanımı

Psikolojik dayanıklılık, bireyin zorlu yaşam koşullarına karşı sağlıklı bir zihinsel dengeyi sürdürebilme ve stresli deneyimlerden sonra toparlanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, özsaygı, gerçekçi iyimserlik ve bilişsel esneklik gibi bireysel niteliklerle yakından ilişkilidir (Iudolph, 2019). Psikolojik dayanıklılık, kişilerin kriz anlarında veya travmatik süreçlerde etkili başa çıkma becerileri sergilemelerini sağlayan dinamik bir yapıdır. Zaman içerisinde değişkenlik gösterebilmekte olup, bireysel özellikler kadar çevresel faktörlerden de etkilenecek gelişebilmektedir (Basım & Çetin, 2011; Yıldırım & Gürsu, 2021) Bu yetinin gelişiminde erken dönem yaşantıların etkisi büyüktür. Özellikle çocuklukta yaşanan stresli olaylara karşı gösterilen tepkiler, bireyin ileriki yaşamında psikolojik dayanıklılığının temelini oluşturmaktadır. Olumsuz yaşam olaylarıyla baş etmeye yönelik gösterilen çaba, zamanla bireyde daha güçlü başa çıkma mekanizmalarının gelişmesini sağlayabilir (Kavi & Karakale, 2018). Dayanıklılık araştırmalarını motive eden temel sorulardan biri, benzer stres faktörlerine maruz kalan bireylerden bazılarının neden daha hızlı toparlanabildiğidir. Güncel kuramsal yaklaşımlar, psikolojik dayanıklılığı sabit bir özellikten ziyade, bireyin stresli yaşam olaylarına verdiği tepkiler doğrultusunda şekillenen ve uyum sağlayıcı süreçler içeren dinamik bir yapı olarak ele almaktadır (IJntema et al., 2023). Bu bağlamda psikolojik dayanıklılığın anlaşılabilmesi için risk ve koruyucu faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk faktörleri, bireyin sağlıklı gelişimini olumsuz

etkileyen koşulları ifade ederken; koruyucu faktörler bu etkileri dengeleyerek bireyin uyumunu kolaylaştıran unsurlar olarak tanımlanır (S. Akyüz, 2016).

Psikolojik dayanıklılığın gelişiminde etkili olan risk faktörleri üç temel başlıkta toplanmaktadır:

1. Kişisel risk faktörleri; prematüre doğum, düşük bilişsel kapasite, kronik hastalık öyküsü, yetersiz akademik başarı gibi bireysel etmenler.

2. Ailevi risk faktörleri; aile içi şiddet, ihmal, boşanma, ebeveynin düşük eğitim düzeyi veya kronik hastalığı, bağımlılık öyküsü gibi aile ortamını tehdit eden durumlar.

3. Çevresel risk faktörleri; yoksulluk, savaş, doğal afetler, yetersiz beslenme, akran zorbalığı, evsizlik gibi travmatik yaşam koşulları (Atay, 2019; Ülker Tümlü & Recepoğlu, 2013).

Bu faktörlerle başa çıkabilen bireylerde dayanıklılık daha güçlü bir şekilde gelişmekte, bu da onları ileriki yaşamda karşılaşılabilecekleri stresörlere karşı daha hazırlıklı ve dirençli hale getirmektedir.

Tablo 2.3'te literatürde psikolojik dayanıklılık konulu araştırmalarda tanımlanmış risk faktörlerinden söz edilmiştir (S. Akyüz, 2016; Kavi & Karakale, 2018; Sağlam, 2012; Sürücü, 2023; Yalçın, 2015).

Tablo 2.3 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Risk Faktörleri

Bireysel Risk Faktörleri	Ailesel Risk Faktörleri	Çevresel Risk Faktörleri
• İlk çocuk olmak • Cinsiyet • Kronik hastalık varlığı • Ruhsal hastalık varlığı • Akademik başarısızlık • Adölesan dönemde anne olmak • Erken doğum • Olumsuz hayat şartları • Özgüven yetersizliği • Kendini iyi ifade edememek • Olumsuzluklarla başa çıkamamak • Zeka geriliği • İletişim becerilerinin kötü olması • Kaygılı kişilik yapısında olmak	• Geniş aile yapısında olmamak • Ebeveynlerin kronik ve/veya psikolojik hastalığının olması • Ebeveyn uyuşturucu kullanımı • Ebeveynlerin ayrı yaşaması • Ebeveynlerden birini yada ikisini erken kaybetme • Tek ebeveyn ile yaşam • Ebeveynin sert disiplin uygulaması veya disiplinsiz olması • Kardeş sayısının fazla olması • Düşük ebeveyn eğitim seviyesi • Ebeveynlerin çocuklarıyla iyi ilişkiler kuramaması	• Çocuk ihmali ve istismarı • Düşük sosyo-ekonomik durum • Ailevi felaketler • Fakirlik • Yeterli beslenememe • Sosyal şiddet varlığı • Terör saldırısı, savaş, doğal afetler ve göç etmek gibi sosyal stresörlerin varlığı • Evsiz kalmak • İşinin olmaması • Toplum önyargısı ve sosyal leke • Toplumsal şiddet • Bir etnik gruba mensup olmak

Psikolojik dayanıklılık, tek bir değişkene indirgenemeyen; bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu ve dinamik bir yapıdır. Bu yapı, bireyin kişisel özelliklerine ve içinde bulunduğu koşullara bağlı olarak farklılık gösterebilir. Psikolojik olarak dirençli bireyler, belirli ortak nitelikler taşımaktadır. Bu nitelikler arasında güçlü benlik algısı, yüksek özsaygı ve öz yeterlilik düzeyi, olumlu bir öz imaj, içsel kontrol odağı, geleceğe dair umutlu bir bakış açısı ve etkili başa çıkma stratejilerine hâkimiyet sayılabilir.

Ayrıca, dayanıklılığı destekleyen temel unsurlar arasında bireyin ruhsal sağlamlığı kadar, ailevi destek ve sosyal çevreden sağlanan dışsal destek sistemleri de önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler birlikte değerlendirildiğinde, psikolojik dayanıklılığın yalnızca bireysel bir özellik değil; aynı zamanda sosyal ilişkilerle beslenen ve yaşam deneyimleriyle şekillenen bir uyum kapasitesi olduğu anlaşılmaktadır (Balmer et al., 2014).

Tablo 2.4'te literatürde psikolojik dayanıklılık üzerine yapılmış çalışmalarda tanımlanmış koruyucu faktörlerden bahsedilmiştir (S. Akyüz, 2016; Kavi & Karakale, 2018; Sağlam, 2012; Sürücü, 2023; Yalçın, 2015).

Tablo 2.4 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Koruyucu Faktörleri

İçsel Faktörler	Dışsal Faktörler
• Etkili problem çözme becerisi • Olumlu duygu durumu • Pozitif kişilik özellikleri • Akademik başarıya yatkınlık • Özerklik • Yüksek bilişsel kapasite • Benlik saygısı • Öz yeterlilik • Geleceğe yönelik olumlu beklentiler • Mizah anlayışı • İçsel kontrol odağı • Duygularını düzenleyebilme becerisi • Empati yetisi • Bireyin yaşamı üzerinde kontrol hissine sahibi olması	• Ebeveynlerin hayatta ve birlikte olması • Sağlıklı iletişim kurulabilen ebeveynlerin olması • Olumlu anne-çocuk ilişkisi • Huzurlu ve düzenli ev ortamı • Ebeveynlerin eğitilmiş olması • Okul hayatına destek sunulması • Güvenilir arkadaş çevresinin olması • Sıcak akrabalık ilişkileri • Spor, kültür, sanat ve eğlence etkinliklerine erişim imkanının olması • Ev dışında da sosyal destek sağlayan güvenilir yetişkinlerin varlığı • Yüksek sosyo-ekonomik düzey • Bireyin geçmiş yaşam deneyimleri • Maneviyat

2.3.2 Kanser Tanılı Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık

Kanser, bireylerin yaşamlarında psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik düzeyde ciddi zorluklara yol açmaktadır. Tanı alan hastalarda, geleceğe dair yoğun kaygı, yalnızlık ve çaresizlik duyguları ön plana çıkarken, hastalığı kabullenme süreci de sıklıkla zorlayıcı olabilmektedir. Özellikle kemoterapi gibi tedavi süreçleri; bulantı, kusma, saç dökülmesi ve oral mukozit gibi fiziksel semptomların yanı sıra; kişilik değişiklikleri, depresyon, öfke, anksiyete ve tedaviye uyum zorlukları gibi psikolojik etkiler yaratabilmektedir (Hintistan et al., 2015). Bu tür stresörlerin yoğun yaşandığı durumlarda, bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyi önemli bir koruyucu faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Kararımak, 2006; Terzi, 2008). Kanserın doğası gereği oluşan fiziksel ve duygusal semptomlara, belirsiz hastalık seyri ve bilgi eksikliği gibi etkenler de eklendiğinde, hastaların psikolojik olarak zorlandığı görülmektedir (Asi Karakaş, 2007; Ripamonti et al., 2012). Bu bağlamda psikolojik dayanıklılık; bireyin stresli yaşam olaylarıyla baş edebilme, psikolojik bütünlüğünü koruyabilme ve kriz durumlarında toparlanabilme kapasitesini ifade eder (Basım & Çetin, 2011).

Dirençli bireylerin, travmatik olaylardan daha az etkilenecek uyum sağlayabildiği, olumsuzlukları fırsata çevirebildiği ve etkili başa çıkma yolları geliştirebildiği belirtilmektedir. Psikolojik dayanıklılık; bilişsel esneklik, olumlu duygulanım ve etkili baş etme stratejileri gibi faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Hastalık sürecinde bu yetenek, depresyon ve kaygı gibi olumsuz psikolojik belirtileri azaltmakta; sosyal destek, yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite ile ise olumlu bir bağ kurmaktadır (Macía et al., 2020; Salman, 2017). Onkolojik hastalarda psikolojik dayanıklılığın yüksek olması, problem çözme becerilerinin daha gelişmiş olmasına ve stresle daha etkili mücadele etmelerine katkı sağlamaktadır (S. Akyüz, 2016; Aşut, 2020).

Min ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığın duygusal sıkıntıları azaltabileceği ve metastatik hastalarda bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Psikososyal müdahalelerin, bu bağlamda, dayanıklılığı artırmada etkili olabileceği vurgulanmıştır (Min et al., 2013).

Benzer şekilde, meme kanserli bireylerde yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığın artmasının depresyon düzeylerini azalttığı ve bu bağlamda danışmanlık ve eğitimin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tadayon et al., 2018).

Çin’de küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarıyla yürütülen bir başka çalışmada ise psikolojik dayanıklılığın; öz yeterlilikten olumlu, yaş ve kabullenme isteğinden ise olumsuz etkilendiği görülmüştür. Öz yeterliliğin psikolojik dayanıklılığı etkileyen en güçlü değişken olduğu bildirilmiştir (Chen, 2020).

Anksiyete ve depresyonun tedavi sürecine adaptasyonu olumsuz etkilediği, uyku bozuklukları, sosyal ilişkilerde zorluk, tedavi maliyetlerinde artış ve iyileşmenin gecikmesi gibi sonuçlara yol açtığı da bilinmektedir. Psikolojik dayanıklılık, bu zorlu tedavi sürecinde hem tedaviye uyumu artırmakta hem de yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek iyileşmeyi desteklemektedir (Ölmez & Karadağ, 2022b).

2.3.3 Spiritüel İyilik Halin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi

Smith ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, spiritüel iyilik halinin bireylerde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını, olumlu duygulanımı, yaşam doyumunu, aile bağlarını ve sosyal destek düzeyini artırdığı; dolayısıyla psikolojik dayanıklılığı destekleyen önemli bir unsur olduğu ortaya konmuştur (Smith et al., 2013).

Kavas (2014), spiritüel iyilik halinin, kanser hastalarında olumlu bir yaşam perspektifinin gelişmesine katkı sağladığını; bireylerin benlik farkındalıklarını artırarak bu durumu daha anlamlı bir yaşam sürdürebilme noktasında avantaj olarak kullandıklarını belirtmiştir (Kavas, 2014).

Bazı araştırmalarda, spiritüel iyilik halinin psikolojik dayanıklılığı etkileyen belirleyici faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin Kavak ve arkadaşlarının (2021), terminal dönem gastrointestinal kanser hastalarıyla yürüttükleri araştırmada, spiritüel iyilik halindeki artışın psikolojik dayanıklılığı da olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Kavak et al., 2021). Benzer biçimde, Çınar ve Eti Aslan (2017) ile Visser ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmalarda da spiritüel bakımın hastaların ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir (Çınar & Eti

Aslan, 2017b; Visser et al., 2010). Bu bulgular, spiritüel iyilik halinin psikolojik dayanıklılık üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Kavak et al., 2021).

Albayrak ve Kurt'un (2016) meme kanserli bireylerle yürüttükleri çalışmada ise, yüksek düzeyde spiritüel iyilik hali gösteren bireylerin daha düşük depresyon seviyelerine sahip olduğu ve stresli durumlarla başa çıkmada daha etkili stratejiler kullandıkları tespit edilmiştir (Albayrak & Kurt, 2016).

Gonzalez ve arkadaşları (2014), spiritüel iyilik halinin kanser hastalarının psikolojik iyilik hallerini geliştirdiğini ampirik bulgularla desteklemiştir (Gonzalez et al., 2014; Smith et al., 2013). Benzer şekilde, Fombuena ve arkadaşlarının (2016) ileri evre hastalık süreci yaşayan palyatif bakım hastalarıyla gerçekleştirdikleri araştırmada da spiritüel iyilik hali ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fombuena et al., 2016).

Tuck ve Anderson (2014) ise, ruhsal zorluklar yaşayan bireylerde iyileşme sürecinde spiritüalite ve psikolojik dayanıklılığın birbirini destekleyen temel unsurlar olduğunu vurgulamıştır (Tuck & Anderson, 2014).

2.3.4 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen psikolojik dayanıklılık ölçeği, Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Basım & Çetin, 2011; Friborg et al., 2005).

Toplam 33 maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini değerlendirmeye yönelik kapsamlı bir araç olup altı alt boyuttan meydana gelmektedir;

- Gelecek algısı
- Kendilik algısı
- Yapısal stil
- Sosyal yeterlilik

-Aile uyumu

-Sosyal kaynaklar

Friborg ve ekibi, psikolojik dayanıklılığı tanımlarken başlangıçta belirledikleri on altı farklı özelliği beş temel faktörde toplamışlardır; kişisel yeterlik, sosyal yeterlik, kişisel yapı, aile uyumu ve toplumsal uyum. Kişisel yeterlik; bireyin kendine olan güveni, özsaygısı ve öz sevgisini ifade etmektedir. Sosyal yeterlik ise, bireyin sosyal etkileşimlere açıklığını ve sosyal ortamlarda aktif olma isteğini kapsamaktadır. Kişisel yapı; bireyin günlük yaşamını düzenleme, planlama ve yönetme becerileriyle ilişkilidir. Aile uyumu; bireyin ailesiyle kurduğu destekleyici ilişkileri ve iş birliği düzeyini ifade ederken, toplumsal uyum ise bireyin arkadaşları ve çevresinden sağladığı sosyal destek ile ilgilidir. Bu beş temel boyut birlikte ele alındığında, bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyi hakkında bütüncül bir değerlendirme yapılabilir (Friborg et al., 2005).

2.4. Umutsuzluk

2.4.1 Umud ve Umutsuzluğun Tanımı

Türk Dil Kurumu'nun Güncel Türkçe Sözlüğü'nde "umut" kavramı; "ummaktan doğan güven duygusu, ümit ve gerçekleşmesi beklenen ya da gerçekleşeceğine inanılan şey" şeklinde tanımlanmaktadır (Taylor, 2003).

Umud, bireyin yaşamla ilgili beklentiler geliştirmesine olanak tanıyan, sürecin olumlu seyretmesi halinde devamlılığını koruyan ve bireye güç veren bir duygudur. Bu duygu, kişiyi cesaretlendirerek hastalık karşısında daha dirençli bir tutum sergilemesine katkı sağlar (Mersin et al., 2018).

İnsanın doğasında var olan umud duygusu; yalnızlık, sıkıntı ve acı gibi zorlayıcı yaşam koşullarıyla başa çıkmada önemli bir kaynak olarak kabul edilmektedir. Umud, bireyin motivasyonunu artırarak ulaşmak istediği hedeflere yönelmesine yardımcı olur (Kelleci, 2005). Snyder ve arkadaşlarına (2003) göre umud; bireyin hedeflerini zihinsel olarak yapılandırması, bu hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirmesi ve bu

stratejileri uygulamaya devam etme güdüsünü sürdürmesiyle ilişkilidir (Snyder et al., 2003). İnsan yaşamının temel psikolojik gereksinimlerinden biri olan umut; bireyin geleceğe uyum sağlamasında destekleyici bir rol oynar. Kişiyi gelecekle ve yaşamıyla bağ kurma fırsatı sunarak yaşamına anlam kazandırır. Bu bağlamda umut, bireyin olumlu beklentilerini yansıtan, ileriye dönük düşünce yapısını besleyen ve doğasında var olan dinamik bir güç olarak tanımlanabilir (Kavradım & Özer, 2014b; Proserpio et al., 2015).

Diğer yandan, bireyin yaşamda ulaşmayı hedeflediği amaçlar karşısında olumsuz duygular geliştirmesi ve beklentilerine dair inancını kaybetmesi, “umutsuzluk” kavramıyla tanımlanmaktadır.

2.4.2 Kanser Tanılı Hastada Umutsuzluk

Kanser tanısı alan bireyler, hastalık sürecine uyum sağlama aşamasında farklı davranışsal ve duygusal tepkiler sergileyebilmektedir (Herth & Cutcliffe, 2002). Amerikan Psikoloji Derneği’nin (APA) verilerine göre; beden imajı ve fizyolojik yapının bozulması, sosyal desteğin yetersizliği, tanı sonrası gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, olumsuz yaşam deneyimleri, hastalığa ilişkin negatif inançlar, izolasyon, uzun süren stres, tedavi süreçlerinin zorluğu ve fiziksel aktivite kısıtlılığı gibi çok sayıda sorunla karşılaşılabilir (Ağır, 2007). Tüm bu olumsuzluklara rağmen bazı bireyler, özellikle “umut” gibi pozitif duygular geliştirerek sürece daha sağlıklı uyum sağlayabilmekte, bu da iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Nitekim umut, kanserin neden olduğu kayıplar, belirsizlikler ve acılar karşısında bireyin direncini artıran temel psikolojik kaynaklardan biridir (ÇeliK, 2018). Liu ve arkadaşlarının yaptığı prospektif bir çalışmada da, umut gibi psikososyal kaynakların beden imajı ile ilgili yaşanan sıkıntıları zaman içerisinde azaltabileceği belirlenmiştir (Liu et al., 2016).

Umut; kanserle yaşayan bireylerin yaşam enerjisini destekleyen, belirsizlik ve çaresizlik gibi duygularla mücadelede etkili olan ve kişinin hastalığa karşı uyumunu güçlendiren önemli bir etkidir (Duggleby et al., 2013). Literatürde, umut düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye daha kolay uyum sağladıkları, daha uzun yaşadıkları

ve hastaliksız dönemlerin daha uzun sürdüğü yönünde bulgular mevcuttur (Aslan, 2007).

Rustøen ve arkadaşlarının çalışmasında, 65 yaş ve üzeri bireylerin genç hastalara kıyasla daha düşük umut düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Rustøen et al., 2018). Esbensen ve arkadaşları ise yaşlı kanser hastalarının hastalığı genellikle umut kaybı ve yaşamdan zevk alamama duygularıyla ilişkilendirdiğini belirtmiştir (Esbensen et al., 2008). Bu süreçte birey, ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya olmanın psikolojik yüküyle birlikte umutsuzluğa kolayca kapılabilmektedir (Atan, Özer, & Turan, 2020).

Umut sadece hasta için değil, hasta yakınları açısından da etkili bir başa çıkma stratejisi olarak tanımlanmaktadır (Işık, 2014). Tanı anından itibaren hem hastada hem de yakın çevresinde bir kriz süreci başlamaktadır. Bu dönemin yönetimi, bireyin ve ailesinin hastalıkla baş etme becerilerine göre şekillenmektedir (Kayış et al., 2018). Türkiye’de yapılan çalışmalar, hasta yakınlarında anksiyete, depresyon, belirsizlik, çaresizlik, sosyal izolasyon ve rol çatışması gibi psikososyal sorunların yaygın olduğunu ortaya koymuştur (Karakartal, 2017). Wakiuchi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; hasta yakınlarında çaresizlik, umutsuzluk ve kaygı görüldüğü kanısına varılmıştır (Wakiuchi et al., 2015). Bu sorunlara rağmen, yakınlar hastaya destek olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, hastaların umut düzeylerinin belirlenmesi ve sürdürülebilirliğinin desteklenmesi, tedavi sürecinde kritik bir öneme sahiptir (Wakiuchi et al., 2015; Yıldız et al., 2017).

Umut düzeyi, bireyin hastalıkla baş etme yetisini ve tedaviye uyumunu doğrudan etkilemektedir. Umutsuzluk durumunda ise; depresyon, anksiyete ve tedaviye direnç gibi sonuçlar gelişebilir (Ferrell et al., 2015; D. Yildirim et al., 2024). Umutsuzluk düzeyinin artması; hastanın beklentileri, suçluluk ve terk edilmişlik hislerini yoğunlaştırarak tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (M.-L. Chen, 2003).

Kanser, kronik bir hastalık olarak bireyde panik, karamsarlık, stres, suçluluk ve umut gibi karmaşık duygulara yol açabilmektedir. Bu süreçte umut, bireyin

tedaviye devam etmesini ve hastalıkla etkin bir şekilde başa çıkmasını sağlayan güçlü bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Williams, 2001a). Umut düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, tedaviye olan motivasyonlarının arttığı bildirilmektedir. Öte yandan, kontrol kaybı, isteksizlik ve hayal kuramama gibi unsurlar, umutsuzlukla ilişkilendirilmekte ve bireyin yaşamdan uzaklaşmasına yol açabilmektedir (Özben, 2008). Ölüm gerçeğiyle yüzleşme sürecinde umut, hem hastalar hem de yakınları açısından giderek daha zor sürdürülebilir bir hâl alabilir (Ferrell et al., 2015).

Bireyin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, yaşam deneyimleri, bilgi düzeyi ve inanç yapısı hastalık algısını ve başa çıkma biçimini şekillendirmektedir (Kavradım & Özer, 2014b). Hastalığın seyri olumluya döndükçe, hastalarda tedaviye uyum artmakta ve umutsuzluk, değersizlik gibi duygularda azalma görülmektedir. Ancak tedavi sürecinin uzunluğu, belirsizlik, fiziksel aktivite kısıtlılığı, beden imajındaki bozulmalar, sosyal kısıtlamalar ve hasta yakınlarının duygusal yükleri umutsuzluk düzeyini artırabilmektedir (Williams, 2001b). Ancak tedavi sürecinin uzunluğu, belirsizlik, fiziksel aktivite kısıtlılığı, beden imajındaki bozulmalar, sosyal kısıtlamalar ve hasta yakınlarının duygusal yükleri umutsuzluk düzeyini artırabilmektedir. Umutsuzluk düzeyi arttıkça pasifleşme, depresyon ve hatta intihar riski artabilmektedir (Karadağlı & Alpar, 2017; Mersin et al., 2018). Buna karşılık umut düzeyi yüksek bireylerin hastalıklı gün sayılarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (M.-L. Chen, 2003).

Kanser tanısı alan bireyler, bir yandan tedavi sürecini takip etmeye çalışırken, diğer yandan günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye devam etmektedir. Umut düzeyinin yüksek olması, bu bireylerin yaşam kalitelerinin artmasına doğrudan katkı sunmaktadır (Kavradım & Özer, 2014c).

Kanser hastalığı, birey için bir yaşam krizi oluşturmakta; sağlık, sosyal yaşam, eğitim ve iş hayatından uzaklaşma duygusu yaratabilmektedir. Bu süreçte bireyin hastalığı kabullenme şekli ve bu durumdan nasıl etkilendiği oldukça önemlidir (Kayış et al., 2018).

Hastanın hastalığından en az düzeyde etkilenecek yaşamına devam etmesini sağlamak, sosyal ve mesleki rollerini sürdürebilmesine olanak tanımak, gelişebilecek psikolojik travmaların önlenmesinde fayda sağlamaktadır (Karabulutlu & Karaman, 2015; Küçükkaya & Erçel, 2019).

2.4.3 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), ilk olarak 1974 yılında Beck ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması ise Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmasında; yaş aralığı 15 ile 65 arasında değişen, normal bireylerin yanı sıra psikiyatrik bozukluğu olanlar ve fiziksel hastalıklara (kanser, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi) sahip toplam 373 kişilik bir örneklem kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, BUÖ'nün Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir (Beck et al., 1974; Durak & Palabıyıkoglu, 1994).

Toplam 20 maddeden oluşan ölçek, doğru–yanlış biçiminde yanıtlanmaktadır ve üç alt boyuttan oluşmakla birlikte, değerlendirme genel toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Alt boyutlardan ayrı ayrı puan alınmamakta; bireyin verdiği her bir yanıtın puanlanması sonucunda elde edilen toplam skor ile kişinin umutsuzluk düzeyi belirlenmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, bireyin umutsuzluk düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçek, bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini, umuda dair düşüncelerini ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Türkiye’de yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha) 0.86 olarak bulunmuştur ve bu değer, ölçeğin güvenilir bir psikometrik araç olduğunu desteklemektedir (Seber et al., 1993).

2.5. Araştırmanın Aile Hekimliğindeki Yeri

Bireylerin spiritüel iyilik hallerinin, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve yaşama karşı duydukları umudun, benimsedikleri sağlık tutumlarını etkilediği düşünülmektedir. Stresle baş etmede koruyucu olan bu destek mekanizmalarının,

hastalara düzenli sağlık sunumunda bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerince uygulanmasının yarar sağlanacağı düşünölmektedir. Tüm bu psiko-destek mekanizmaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli takip alanı olan diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalık evrelerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinin devamlılığında, hastaların bu süreçlere toleransını artırabilmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda çalışmamızda yer verilen destek mekanizmalarının uygulanmasında fayda vardır.

Özellikle hastaların kronik hastalıklarının doktorları tarafından sıkça takip edildiği birinci basamak sağlık hizmet sunumunda, hastaların sağlık temelli spiritüel duygu ve düşöncelerini hekimlerine açması, hasta hekim arasındaki iletişim bağını güçlendirebilir (Isaac et al., 2016).

Spiritüalitenin, psikolojik dayanıklılık düzeyinin ve bireyin yaşama duyduğu umut düzeyinin; Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından tanımlanan aile hekimliği disiplinindeki çekirdek yeterliklerinden olan bütöncöl yaklaşım, kapsayıcı yaklaşım, kişi merkezli bakım ve birinci basamak yönetimi anlayışına katkı sağlanacağı düşünölmektedir (*WONCA EUROPE 2023 Edition*, n.d.).

Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan bütöncöl yaklaşım disiplini; birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarımızı, hastalıklarının teşhisi açısından değerlendirirken spiritüel inanışlarıyla, psikolojik dayanıklılıklarıyla da ele alınmasının gerekliliğini savunmaktadır. Bütöncöl yaklaşım modeli hastaların kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan bir psikososyal model kullanabilme yetilerini içerir. Hastaların sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutları ile ele alır (*WONCA Europe 2023 Revizyon*, n.d.).

Hekimin hasta ve yakınlarının spiritüel hikayesini alması ve hastanın manevi durumunu değerlendirmesi hasta ve doktor açısından birçok avantajlar sağlayabilir. Bunların başında uzun süreli sağlıklı bir hasta doktor iletişimi kurulması, hekime empatik dinleme fırsatı sağlayarak hastanın desteklenmesi, ileriki karşılaşmalarda kullanılmak üzere bunların kaydedilmesi, hastaların manevi değerlerinin tedavi planlarına dahil edilmesi ve toplumun geleneksel manevi değerlerinin hastaların genel

iyilik hallerinin güçlendirilmesi bağlamında kullanılması gelmektedir (İsmail Kasım & Adem Özkara, 2019).

Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan kapsayıcı yaklaşım disiplini; sağlığın geliştirilmesi, korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilme ve koordine edebilme yetilerini içerir. Çalışmamızda ele aldığımız kanser hastalığından örnekle, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun en etkin alanlarından biri olan kanser taramaları ile kanserden korunma veya erken evrede tanı alma şansı kapsayıcı yaklaşım modelinin önemli yetilerini içerir. Ayrıca kanser hastalarının ileri evrede ihtiyaç duydukları palyasyon ve rehabilitasyonun sağlanması ve yönetilebilmesi de en az erken tanı kadar önemli bir husus olup bu durum birinci basamak sağlık hizmet sunucularına bu hususta duyulan ihtiyacın temel göstergelerindendir (*WONCA Europe 2023 Revizyon*, n.d.).

Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan kişi merkezli bakım disiplini; hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme yetisini içerir. Çalışmamızda ele aldığımız grup olan kanser hastalığının süreci; fiziksel bozuklukların yanında ruhsal çökkünlük ve benzeri birçok stressel faktörleri de beraberinde getiren bir süreci kapsadığını görmekteyiz. Hastalar kimi zaman hastalığın tedavisinden ziyade tedavinin yan etkileri olan ruhsal çökkün durumlar için kolay ve sürekli erişim sağlandığını düşündükleri aile hekimlerini tercih edebilmektedir. Bu çerçevede kişi merkezli bakım yaklaşımı, aile hekimliği pratiğinde hasta ile gerçekleştirilen görüşme sürecinde hastanın özerkliğine saygı gösterilmesini ve etkin bir hekim-hasta ilişkisinin kurulmasını olanaklı kılar. Aile hekimi ile hasta arasında her kurulan temas, zamanla gelişen bir klinik öykünün yapı taşlarını oluşturur; her görüşme ise önceki karşılaşmalara dayalı ortak bir deneyimin üzerine inşa edilir. Bu süreklilik içinde şekillenen bireysel ilişki, aile hekiminin sahip olduğu etkili iletişim becerileriyle daha da anlam kazanır. Nitekim bu bağlamda gelişen etkileşim, yalnızca bilgi alışverişiyle sınırlı kalmaz; aynı zamanda çalışmamızda ele alınan kanser hastalarının stresle başa çıkma süreçlerinde önem arz eden spiritüalite, psikolojik dayanıklılık ve umut gibi destekleyici mekanizmalarla örtüşen, iyileştirici bir işlev de üstlenir (*WONCA Europe 2023 Revizyon*, n.d.).

Çalışmamızda aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan birinci basamak yönetim disiplinin önemi ise; acil durumlar dışında da birçok normal durumlarda aile hekimliğinin hasta için ilk temas noktası olmasıdır. İlk temas noktası olma özelliğini etkin kullanabilen bir birinci basamak sağlık sunucusu, kanser tarama zamanı gelen veya geçmekte olan hastaları ilk temasta tespit edip taramaların uygulanmasını sağlaması halinde kanserden hem korunma hem de erken tanı alma aşamalarında kilit nokta olduklarını unutmamaları gerektiğini düşünmekteyiz. Bu nedenle birinci basamak hizmet sunucularının, kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engelin bulunmamasını sağlamaları gerektiğini düşünmekteyiz. Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı bu disiplinin önemli başka yetilerindendir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin sürekli arttığı günümüz koşullarında, aile hekimleri, hasta ile kurdukları iş birliğine dayalı ilişki sayesinde hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de kaynakların verimli kullanımında öncelikleri belirleme açısından özgün bir konumda yer almaktadır. Bu bağlamda, yalnızca kendi uygulamalarında değil, aynı zamanda meslektaşlarının da maliyet-etkin yaklaşımlar benimsemelerinde rol oynayabileceklerinin farkında olmaları önem arz etmektedir. Bununla birlikte, bireysel düzeyde bir hastanın talepleri ve gereksinimleri ile toplumun bütünsel sağlık ihtiyaçları arasında zaman zaman bir çelişki ya da öncelik çatışması yaşanabilmektedir. Bu gibi durumlarda, aile hekiminin dengeleyici ve yönlendirici rolü sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kritik bir değer taşımaktadır. Bu hususta aile hekiminin nüfusuna kayıtlı kronik hastalıklara sahip olmayan veya kronik hastalıklara sahip olup ikinci basamağı gereksiz kullanan hastalarının tespitini sağlamaları bu durumu bunu hastaya etkin bir dille aktarmaları açısından önemli bir iş düşmektedir. Böylece ikinci basamağa daha çok ihtiyaç duyan çalışma hastalarımız olan kanser hastaları gibi hastalık sahiplerinin ikinci basamağa daha kolay erişim sağlamalarındaki rolleri azımsanmayacak kadar ehemmiyetli olacaktır (*WONCA Europe 2023 Revizyon, n.d.*)

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Çalışmamız tek merkezli, gözlemsel tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 20/03/2024-15/08/2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Palyatif Servisine başvuran 18-85 yaş arası yetişkin grubundaki kanser tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. 18 yaş altındaki bireylerin karar verme süreçleri, psikolojik ve nörolojik olarak hala gelişim aşamasında olmasından ve kanser tanı-takip-tedavi gibi sağlıkla ilgili kararları ebeveyn etkisiyle almalarından; 85 yaş üstü bireylerin ise bilişsel süreçlerde yaşa bağlı değişimlerin olabilmesinden ve farklı sağlık sorunlarının devreye girebilme ihtimalinden bu yaş grupları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Katılımcılar arasında herhangi bir gruplandırma yapılmamıştır.

Gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara belirlenen tarihlerde anket formu uygulanmıştır. G-Power 3.1.9.7 programı ile çalışma öncesi yapılan analizde ulaşılan 0,95 güç ve orta etki büyüklüğü, 0,05 hata payı için toplam katılımcı sayısı 210 kişi olarak hesaplanmış olup 50 kişi Palyatif Servisi, 50 kişi Onkoloji Servisi geri kalan katılımcılar Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran hastalardan seçilmesi planlanmıştır. %10 güvenlik payı ile yapılacak çalışmada 250 katılımcıya ulaşılması planlanmıştır.

Yine aynı program ile yapılan çalışma sonrası ulaşılan güç tespitinde ulaşılan güç $(1-\beta)$ % 99,22 olarak bulunmuştur.

Çalışma süresi boyunca palyatif ve onkoloji servisinden kendilerine çalışmaya katılmayı teklif ettiğimiz hastalardan hiçbiri katılmak istememiştir. Ayaktan kemoterapi ünitesinden ise 309 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmamızdaki tüm hastalar, onkoloji hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi altında olan katılımcılardan rastgele kontrolsüz seçim ile elde edilmiştir. Ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi almak için günü birlik yatışı yapılan 309 hastaya yüz yüze anket formu ve ölçekler uygulanmıştır. Bu sebeple çalışmamız 309 kişi üzerinden değerlendirmeye alınmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri:

- 18-85 yaş aralığında olma,
- Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvurmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma.
- Okuma yazma biliyor olup anket yanıtlama hususunda yeterli bilişsel ve kognitif fonksiyona sahip olma
- Kanser tanısı almış olma

Dahil edilmeme kriterleri:

- İletişim engeline sahip olmak,
- 18 yaş altı ve 85 yaş üstü olmak,
- Okuma yazma bilmeyen hastalar,
- Kanser tanısı olmaması
- Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu gerek mental yorgunluk gerekse uzun dönem tedavinin vermiş olduğu bedensel ve zihinsel yıpranma kaynaklı anket yanıtlamada isteksiz olup formu imzalamayan ve çalışmaya katılmaya onay vermeyen bireyler

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı asistan hekim tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket katılımcılara yüz yüze görüşme metoduyla gerçekleştirildi. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan; Dr. Selami KARDAŞ'tan, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr Hamdullah Nejat BASIM'dan ölçeklerinin kullanılabilmesi için yazarlar ile mail aracılığıyla görüşülerek gerekli izin alınmıştır.

Araştırmada;

- Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir, çalışma durumu, sağlık güvence varlığı, kronik hastalıklar, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, bakım vericisi, kanser tipi, tanı konma süresi, kanser evresi, metastaz varlığı, KT/RT kür sayısı)
- Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
- Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
- Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanıldı.

3.5.1 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Friborg ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Basım & Çetin, 2011; Friborg et al., 2005). Ölçeğin bu çalışmada kullanımı için Prof. Dr. Hamdullah Nejat Basım ile iletişime geçilmiş ve e-posta yoluyla gerekli kullanım izni alınmıştır. Toplam 33 maddeden oluşan ölçek; yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olmak üzere toplam altı boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır.

Bu boyutlara göre maddelerin dağılımı;

-Gelecek algısı: 2, 8, 14 ve 20'nci maddelerden (toplam 4 madde) oluşmaktadır. Gelecek Algısı minumum 4 maksimum 20 puan alınabilmekte olup bireylerin gelecekte beklenenlerinin tespitini sağlayan soruları kapsamaktadır.

-Kendilik algısı: 1, 7, 13, 19, 28 ve 31'inci maddelerden (toplam 6 madde) oluşmaktadır. Kendilik Algısı alt boyutundan minumum 6 maksimum 30 puan alınabilmekte olup bireylerin olaylar karşısında verecekleri tepkileri ve kendi karakterlerinin bilincinde olma durumlarının tespitini sağlayan soruları kapsamaktadır.

-Yapısal stil: 3, 9, 15 ve 21'inci maddelerden (toplam 4 madde) oluşmaktadır. Yapısal Stil minumum 4 maksimum 20 puan alınabilmekte olup bireylerin iş ve ev yaşantısındaki dakik olmalarından tutun düzenli alışkanlıklarının varlığı da dahil olmak üzere zamanı nasıl harcadılarının tespiti sağlayan soruları kapsamaktadır

-Sosyal yeterlilik: 4, 10, 16, 22, 25 ve 29'uncu maddelerden (toplam 6 madde) oluşmaktadır. Sosyal Yeterlilik alt boyutundan minumum 6 maksimum 30 puan alınabilmekte olup başka insanlarla paylaşım ölçülerinin tespitini sağlayan soruları kapsamaktadır.

-Aile uyumu: 5, 11, 17, 23, 26 ve 32'nci maddelerden (toplam 6 madde) oluşmaktadır. Aile Uyumu alt boyutundan minumum 6 maksimum 30 puan alınabilmekte olup aile ile uyumun tespitini sağlayan soruları kapsamaktadır.

-Sosyal kaynaklar: 6, 12, 18, 24, 27, 30 ve 33'üncü maddelerden (toplam 7 madde) oluşmaktadır. Sosyal Kaynaklar alt boyutundan minumum 7 maksimum 35 puan alınabilmekte olup bireylerimizin aile ve arkadaşlarından alabildikleri sosyal desteğin durumunu ölçmek amaçlı olan soruları kapsamaktadır.

Her bir madde, beşli Likert tipi bir ölçekle (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum) değerlendirilmekte olup, toplam puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. Puan arttıkça bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir. Her alt boyuttan alınan yüksek puan, bireyin ilgili alanda daha yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin uygulanmasında, katılımcılardan her bir maddeye ne ölçüde katıldıklarını belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca, yanıtlayıcıların aşinalık ve önyargı etkisinden uzak değerlendirme yapabilmeleri amacıyla olumlu ve olumsuz ifadeler ölçek içinde dengeli biçimde dağıtılmıştır. Bu çalışmada, değerlendirme biçimi olarak yüksek puanın yüksek dayanıklılığa işaret ettiği yöntem tercih edilmiştir (Ek-2a).

3.5.2 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)

2017 yılında Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümünde, Prof. Dr. Halil Ekşi'nin danışmanlığında Selami Kardaş'ın doktora tezi kapsamında geliştirilen Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, yetişkin bireylerin spiritüel iyi olma düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek, bireylerin kendi değerleri, anlamlandırmaları ve yaşamı yorumlayış biçimleri doğrultusunda; kişisel, toplumsal ve aşkın yönleriyle hayatı nasıl algıladıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır (Ekşi & Kardaş, 2017b). Bu çalışmanın detayları, *Spiritual Psychology and Counseling* dergisinin 2017 yılı 2(1) sayısında yayımlanarak literatüre kazandırılmıştır.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan; Dr. Selami Kardaş'tan ölçeğinin kullanılabilmesi için yazar ile mail aracılığıyla görüşülerek gerekli izin alınmıştır.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, üç alt boyuttan oluşan toplam 29 maddelik, beşli Likert tipi bir ölçektir. Katılımcılardan, her bir ifadeye “1 = Bana hiç uygun değil” ile “5 = Bana tamamen uygun” arasında bir puan vermeleri istenmektedir.

Alt boyutlar ve madde dağılımı şu şekildedir:

- Aşkınlık (İlahi bir güce bağlılık): 15 madde (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29)
- Doğayla Uyum: 7 madde (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28)
- Anomi (Amaçsızlık, anlamsızlık, boşluk hissi): 7 madde (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26)

Toplam puan hesaplanırken, anomi alt boyutuna ait maddeler ters puanlanmakta ve diğer maddeler doğrudan puanlanmaktadır. Bu yönüyle anomi alt boyutunun, spiritüel iyi oluşun karşıtı olan bir kavramı temsil ettiği söylenebilir (Ekşi & Kardaş, 2017a). Ölçekten en düşük 29, en yüksek 145 puan alınabilmekte olup, puan arttıkça bireyin spiritüel iyi oluş düzeyi de yükselmektedir. Değerlendirme sırasında hem alt boyutların hem de toplam puanın ortalaması alınarak analiz yapılmaktadır.

Spiritüel iyi oluş ölçeğinde alt boyut olarak bulunan günlük hayatta çok sık kullanılmayan iki terimin tanımlarına bakıldığında:

Aşkınlık (Transcendence) kişinin içinde bulunduğu zaman ve mekanın dışına çıkarak hayatı daha geniş bir bakış açısı ile algılama, evrendeki kutsal olanı arama ve bağlantılı olma hissi ve kapasitesi olarak tanımlanabilir. Aşkınlık aynı zamanda bireyin davranışlarını yönlendiren ve yaptığı seçimleri etkileyebilen içsel bir motivasyon kaynağıdır (Piedmont, 1999).

Anomi ise kişinin kendi ihtiyaçlarına duyarsız olduğu, kişisel hedeflerine ulaşmayı zor olarak gördüğü kendini boşlukta hissetme durumu, amaçsızlık ve güçsüzlük hissinin ağır bastığı ve hayatın anlamsız olduğu algısını ifade eden bir durum olarak tanımlanır (Ekşi et al., 2020; Teymoori et al., 2016).

Bu bağlamda, spiritüel iyi oluş puanı yüksek olan bireylerin aşkınlık ve doğayla uyum açısından daha olumlu değerlendirmelere sahip olduğu, ancak anomi puanlarının düşük olduğu, dolayısıyla olumsuz ruh hallerinden daha uzak oldukları kabul edilmektedir (Ekşi & Kardaş, 2017b).

3.5.3 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini, motivasyon düzeylerini ve umutsuzluk algılarını ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma kapsamında; psikiyatrik bozukluğu olan bireyler ile kanser, epilepsi ve kronik böbrek yetmezliği gibi fiziksel rahatsızlıklara sahip 15–65 yaş aralığında toplam 373 bireyden oluşan bir örneklem grubu kullanılmıştır (Beck et al., 1974; Durak & Palabıyıkoglu, 1994). Yapılan analizler sonucunda BUÖ’nün

Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir (Ek-2c). Ayrıca Seber ve arkadaşları tarafından yürütülen geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında, ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur ve yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu doğrulanmıştır (Seber et al., 1993).

BUÖ, 20 maddeden oluşan ve doğru-yanlış (evet-hayır) yanıt seçenekleri içeren bir ölçektir. Ölçekte doğrudan alt boyutlara puan verilmemekte; bunun yerine, her bir maddeye verilen yanıtlar üzerinden elde edilen toplam puan dikkate alınarak bireyin umutsuzluk düzeyi hesaplanmaktadır.

Puanlama sistemi şu şekildedir:

- Umutsuzluğu temsil eden yanıtlara 1 puan,
- Umut içeren yanıtlara ise 0 puan verilmektedir.

Ancak, 1., 3., 5., 6., 8., 10., 13., 15. ve 19. maddeler ters puanlanmaktadır. Çünkü bu maddeler umut belirtisi taşıdığı için “Evet” yanıtı bu maddelerde 0 puan, “Hayır” yanıtı ise 1 puan olarak değerlendirilir. Böylece ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 20 arasında değişmektedir. Puan arttıkça umutsuzluk düzeyi de yükselmektedir.

Her ne kadar toplam puan üzerinden değerlendirme yapılsa da, ölçek üç temel alt temayı kapsamaktadır (Öztunç et al., 2013)

1. Geleceğe Dair Duygular ve Beklentiler: 1., 3., 7., 11. ve 18. Maddeler
 2. Motivasyon Kaybı: 2., 4., 9., 12., 14., 16., 17. ve 20. Maddeler
 3. Umut: 5., 6., 8., 10., 13., 15. ve 19. maddeler
- Beck Umutsuzluk Ölçeği genel toplam puan aralığı:

Ölçekten elde edilen toplam puanlar aşağıdaki şekilde değerlendirilir (Duman et al., 2009; Ünlü et al., 2022).

- 0–3 puan: Normal aralık
- 4–8 puan: Hafif düzeyde umutsuzluk
- 9–14 puan: Orta düzeyde umutsuzluk
- 15–20 puan: Yoğun düzeyde umutsuzluk

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada demografik değişkenlerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerlerinden yararlanılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri, grafiksel yöntemler ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; değişkenlerin dağılımına göre Ortalama $\pm$ Standart Sapma ve Medyan (Minimum–Maksimum) şeklinde ifade edilmiştir.

İkiden fazla kategorik yapıya sahip değişkenler olan meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, kanser türü, tanı süresi ve kanser evresi gibi gruplara göre;

- Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) toplam puanı ve alt boyutları (Kendilik Algısı, Gelecek Algısı, Yapısal Stil, Sosyal Yeterlilik, Aile Uyumu, Sosyal Kaynaklar),
- Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) toplam puanı ve
- Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) toplam puanı ve alt boyutları (Aşkınlık, Doğayla Uyum, Anomi)

arasındaki farkları belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlı fark saptanan durumlarda ikili gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli post-hoc analiz uygulanmıştır.

İki kategorili değişkenler olan cinsiyet, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik hastalık durumu ve nüks varlığı gibi değişkenlere göre yukarıda belirtilen ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise Mann–Whitney U testi tercih edilmiştir.

Yaş, çocuk sayısı, kemoterapi kür sayısı ve radyoterapi gün sayısı gibi sürekli değişkenler ile PDÖ, BUÖ ve SİÖÖ puanları arasındaki ilişkiler, ayrıca bu ölçeklerin kendi aralarındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ve Microsoft Excel 2007 programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Çalışmanın Sınırlılıkları

Palyatif Servis kuruluş amacı nedeniyle kanser tanılı hastalar için terminal dönem hastalarının yatışının sağlandığı servis olması kaynaklı hastalarımızın bazılarının ileri yaşta olmalarının getirdiği geriatrik sorunlardan olan alzheimer, demans tarzında mental bozukluk tanılarının mevcudiyeti, bazılarının ise ileri evre kanserin neden olduğu beyin metastazı kaynaklı mental durumlarında dalgalanmaların mevcut olduğu, oryantasyon ve kooperasyon bozukluklarının görülmesi ve çoğu hastamızın sedatif durumda olması nedeniyle, acı ve ağrı ile mücadele etmeleri kaynaklı çalışmamızın hasta toplama aşamasında mevcut sorunları olan hastalarımız çalışmaya dahil edilememiştir.

Onkoloji servisi ise kemoterapi almış ve kemoterapi kaynaklı hastaneye yatışın sağlanmasının gerektiği acil durumlar nedenli yatan hastaların olduğu veya kanser hastalığı sürecinde ilerleme olmuş mevcut genel durumunda bozulma olan hastaların müdahalesinin yapıldığı servis olup nötrofil ve diğer savunma hücrelerinin ciddi düşüşünün gerçekleştiği hastaların sepsis veya enfeksiyon bulaş riskini engellemek adına onkoloji servisinde de hasta toplama aşamamız sekteye uğramıştır.

Ayaktan kemoterapi ünitesinde ise kemoterapinin allerjik ve anaflaktik yan etkilerini önlemek amaçlı verilen antihistaminik ilaçların oluşturduğu sedasyonun mental durumu etkileme olasılığı çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

3.8. Çalışmanın Veri Toplama Araçlarının Uygulanabilirlik İzinleri

- Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan; Dr. Selami Kardaş'tan, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr Hamdullah Nejat Basım'dan ölçeklerinin kullanılabilmesi için yazarlar ile mail aracılığıyla görüşülerek gerekli izin alınmıştır.

-Araştırmanın yapılabilmesi için; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 No’lu Tıbbi Araştırmalar Bilimsel ve Etik Değerlendirme Kurulu’nun 20,03,2024 tarih ve 2-24-74 sayılı kararı ile etik açıdan uygunluk onayı alınmıştır.

-Çalışmanın yürütülebilmesi için; Onkoloji Servis, Palyatif Servis ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi sorumlu hocalarından gerekli izin yazıları alınmıştır.

- Araştırma öncesinde, katılımcılara çalışmanın amacı, beklenen yararları ve görüşmenin süresi hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmış; katılımcılardan hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır.

- İnsan katılımcıların yer aldığı tüm bilimsel araştırmalarda olduğu gibi bu çalışmada da “bilgilendirilmiş onam” ilkesi doğrultusunda, bireylerin haklarının korunmasına azami özen gösterilmiştir. Araştırma sürecinde ayrıca, “insan onuruna saygı” etik ilkesi temel alınmış; katılımcılara, kendilerine ait verilerin üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı açık bir şekilde ifade edilmiştir. Tüm katılımcıların kişisel bilgilerinin gizliliği sağlanmış, bu doğrultuda “gizlilik ilkesi” titizlikle uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 128'i erkek 181'i kadın olmak üzere 309 katılımcı dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortancası 56,90 olarak bulundu. Meslek dağılımlarına baktığımızda bireylerin %41,2'si (n=127) ev hanımı, %22,3'ü (n=69) serbest meslek, %9,7'si (n=30) memur, %24,9'u (n=77) emekli, %0,6'sı (n=2) öğrenci, %1,3'ü (n=4) diğer mesleklere sahip olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %5,2'si (n=16) bekar, %86,4'ü (n=267) evli, %8,4'ü (n=26) boşanmıştır. Bireylerin %12,3'ü (n=38) çalışmakta, %87,7'si (n=271) çalışmamaktadır. Bireylerin %39,8'i (n=123) ilköğretim mezunu, %10,4'ü (n=32) ortaokul mezunu, %24,6'sı (n=76) lise mezunu, %18,7'si (n=58) üniversite ve üzeri mezunu iken, %6,5'i (n=20) okuma yazma bilmeyenlerdir. Sağlık güvencesi olan 301 (%97,4) birey, kronik hastalığı olan 151 (%48,9) birey bulunmaktadır. Çocuğu olan 284 birey (%91,9) tespit edilmiştir ve bu bireylerin 29'unun (%10,2) 1 çocuğu, 108'inin (%38,0) 2 çocuğu, 81'inin (%28,5) 3 çocuğu, 36'sının (%12,7) 4 çocuğu, 30'unun (%10,6) 5 çocuk ve üzerindedir. Bireylerin %80,9'u (n=250) eşi ile yaşıyor, %13,9'u (n=43) çocuk/akraba, %5,2'si (n=16) yalnız yaşamaktadır. B verici varlığı olan 299 birey (%96,8) bulunmaktadır. Bireylerin 185'nin (%59,9) B vericisi eş, 113'nün (%36,6) çocuk/akraba, 1'nin (%0,3) bakıcı olduğu belirlenmiştir. Kanser tipi dağılımlarına baktığımızda bireylerin %13,3'ünde (n=41) hematolojik, %18,1'inde (n=56) meme, %13,3'ünde (n=41) akciğer, %5,5'inde (n=17) pankreas, %5,8'inde (n=18) mesane/prostat/renal, %19,4'ünde (n=60) kolorektal, %13,3'ünde (n=41) jinekolojik, %6,5'inde (n=20) mide/özefagus, %4,8'inde (n=15) diğer kanser tipleri bulunduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %53,7'sinde (n=166) kanser tanı süresi 1 hafta, %16,8'inde (n=52) 2-3 hafta, %20,4'ünde (n=63) 1 ay, %9,1'inde (n=28) 2 ay ve üzerindedir. Kanser evrelerinde ise bireylerin %11,0'inde (n=34) evre-1, %15,5'inde (n=48) evre-2, %30,7'sinde (n=95) evre-3, %31,1'inde (n=96) evre-4 olduğu belirlenmiştir. Nüks varlığı olan 151 birey (%48,9) bulunmaktadır. Ortalama KT K Sayısı $6,47 \pm 8,88$, ortalama RT G Sayısı

4,30±10,18'dir. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Bireylerin Demografik Özellikleri

		n (%)
Cinsiyet	Erkek	128 (41,4)
	Kadın	181 (58,6)
Yaş	<i>Ort±SS</i>	56,90±12,03
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	59,0 (18-83)
Meslek	Ev hanımı	127 (41,2)
	Serbest meslek	69 (22,3)
	Memur	30 (9,7)
	Emekli	77 (24,9)
	Öğrenci	2 (0,6)
	Diğer	4 (1,3)
Medeni Hal	Bekar- Eşi ölmüş	16 (5,2)
	Evli	267 (86,4)
	Boşanmış	26 (8,4)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	38 (12,3)
	Çalışmıyor	271 (87,7)
Eğitim Durumu	Okuma-yazma bilmeyen	20 (6,5)
	İlkokul mezunu	123 (39,8)
	Ortaokul mezunu	32 (10,4)
	Lise mezunu	76 (24,6)
	Üniversite ve üzeri mezunu	58 (18,7)
Sağlık Güvencesi	Evet	301 (97,4)
	Hayır	8 (2,6)
Kronik Hastalık	Evet	151 (48,9)
	Hayır	158 (51,1)
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	25 (8,1)
	Var	284 (91,9)

Tablo 4.1 (devam) Bireylerin Demografik Özellikleri

		n (%)
Çocuk Sayısı	1 çocuk	29 (10,2)
	2 çocuk	108 (38,0)
	3 çocuk	81 (28,5)
	4 çocuk	36 (12,7)
	5 çocuk ve üzeri	30 (10,6)
Kiminle Yaşam	Eş	250 (80,9)
	Çocuk/akraba	43 (13,9)
	Yalnız	16 (5,2)
Bakım Verici Varlığı	Evet	299 (96,8)
	Hayır	10 (3,2)
Bakım Verici Kimliği	Yok	10 (3,2)
	Eş	185 (59,9)
	Çocuk/akraba	113 (36,6)
	Bakıcı	1 (0,3)
Kanser Tipi	Hematolojik	41 (13,3)
	Meme	56 (18,1)
	Akciğer	41 (13,3)
	Pankreas	17 (5,5)
	Mesane/Prostat/Renal	18 (5,8)
	Kolorektal	60 (19,4)
	Jinekolojik	41 (13,3)
	Mide/Özefagus	20 (6,5)
	Diğer	15 (4,8)
Kanser Tanı Süresi	1 hafta	166 (53,7)
	2-3 hafta	52 (16,8)
	1 ay	63 (20,4)
	2 ay ve üzeri	28 (9,1)
Kanser Evresi	Evre yok	36 (11,7)
	Evre-1	34 (11,0)
	Evre-2	48 (15,5)
	Evre-3	95 (30,7)
	Evre-4	96 (31,1)

Tablo 4.1 (devam) Bireylerin Demografik Özellikleri

		n (%)
Nüks/metastaz Varlığı	Evet	151 (48,9)
	Hayır	158 (51,1)
KT Kür Sayısı	<i>Ort±SS</i>	6,47±8,88
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	4,0 (0-78)
RT Gün Sayısı	<i>Ort±SS</i>	4,30±10,18
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	0,0 (0-60)

4.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Her bir alt boyuttan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğu göz önüne alındığında tablo 2'ye göre çalışmamızdaki popülasyonun Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 101,21±6,67 iken alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.2' de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Dağılımı

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
PDÖ-Kendilik Algısı	18,34±2,46	18,0 (10-28)
PDÖ-Gelecek Algısı	11,62±2,49	12,0 (4-20)
PDÖ-Yapısal Stil	13,16±2,85	12,0 (4-20)
PDÖ-Sosyal Yeterlilik	19,05±2,33	18,0 (14-26)
PDÖ-Aile Uyum	18,89±3,39	20,0 (6-26)
PDÖ-Sosyal Kaynaklar	20,15±3,07	19,0 (11-32)
PDÖ-Toplam	101,21±6,67	101,0 (76-119)

Erkek bireylerin PDÖ Toplam puan ortalaması $102,19 \pm 7,09$, kadın bireylerin PDÖ Toplam puan ortalamasının $100,52 \pm 6,28$ olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre bireylerin PDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,495$, $p=0,013$). (Tablo 4.5).

Çalışan bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puan ortalaması $12,37 \pm 2,32$, çalışmayan bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puan ortalaması $11,52 \pm 2,50$ 'dir. Çalışma durumuna göre bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,190$, $p=0,029$). (Tablo 4.5).

Okuma-yazma bilmeyen bireylerin PDÖ-Sosyal Kaynaklar puan ortalaması $20,00 \pm 2,94$, ilkokul mezunu bireylerin $20,37 \pm 2,83$, ortaokul mezunu bireylerin $18,66 \pm 2,49$, lise mezunu bireylerin $20,54 \pm 3,38$, üniversite ve üzeri bireylerin $20,03 \pm 3,29$ 'tur. Eğitim durumuna göre bireylerin PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,858$, $p=0,012$). (Tablo 4.5).

PDÖ Sosyal Kaynaklar puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Ortaokul mezunu—Lise mezunu, Ortaokul mezunu—İlkokul mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,017$, $p=0,017$). (Tablo 4.3).

Sağlık güvencesi durumuna göre bireylerin PDÖ-Kendilik Algısı, PDÖ-Yapısal Stil, PDÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,024$ $p=0,046$ $p=0,030$). Sağlık güvencesi olan bireylerin PDÖ-Kendilik Algısı, PDÖ-Yapısal Stil, PDÖ-Toplam puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir. (Tablo 4.5).

Kronik hastalık durumuna göre bireylerin PDÖ-Yapısal Stil, PDÖ-Sosyal Kaynaklar, PDÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,014$ $p=0,037$ $p=0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerin PDÖ-Yapısal Stil, PDÖ-Sosyal Kaynaklar, PDÖ-Toplam puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir. (Tablo 4.5).

Eşi ile yaşayan bireylerin PDÖ-Aile Uyumu puan ortalaması $19,12 \pm 3,18$, çocuk/akraba ile yaşayanların $18,77 \pm 3,15$, yalnız yaşayanların $15,63 \pm 5,26$ 'dır. Kiminle yaşama durumuna göre bireylerin PDÖ-Aile Uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,012$, $p=0,030$). Ayrıca kiminle yaşama durumuna göre bireylerin PDÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,334$, $p=0,042$). (Tablo 4.5).

PDÖ Aile Uyum puanları bakımından Kiminle Yaşam ikili karşılaştırmalarda Yalnız—Eş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.026$). (Tablo 4.3).

PDÖ Toplam puanları bakımından Kiminle Yaşam ikili karşılaştırmalarda Çocuk/akraba—Eş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.026$). (Tablo 4.3).

Diğer değişkenlerin PDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre PDÖ-Aile Uyumu puanları ile “Bakım Verici Varlığı”, “Kanser Tipi” “Kanser Evresi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,017$ $p=0,035$ $p=0,006$). (Tablo 4.3).

PDÖ Aile Uyum puanları bakımından Kanser Tipi ikili karşılaştırmalarda Pankreas—Hematolojik, Akciğer—Mide/Özefagus, Akciğer—Jinekolojik, Akciğer—Hematolojik, Akciğer—Mesane/Prostat/Renal, Meme—Hematolojik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.013$, $p=0.035$, $p=0.024$, $p=0.002$, $p=0.041$, $p=0.032$). (Tablo 4.3).

PDÖ Aile Uyumu puanları bakımından Kanser Evresi ikili karşılaştırmalarda Evre yok—Evre-2, Evre yok—Evre-3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.003$, $p=0.028$) (Tablo 4.3).

Kanser evresine göre bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,027$). Ayrıca Bakım Verici Kim olmasına göre PDÖ-Sosyal Kaynaklar ve PDÖ-Toplam puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,011$ $p=0,002$). (Tablo 4.5).

PDÖ Gelecek Algısı puanları bakımından Kanser Evresi ikili karşılaştırmalarda Evre yok—Evre-1, Evre-3—Evre-1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.007$, $p=0.012$). (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

**Eğitim Durumu-PDÖ Sosyal Kaynaklar	p*
Ortaokul mezunu—Lise mezunu	0,017
Ortaokul mezunu—İlkokul mezunu	0,017
**Kiminle Yaşam-PDÖ Aile Uyum	p*
Yalnız—Eş	0,026
** Kiminle Yaşam-PDÖ Toplam	p*
Çocuk/akraba—Eş	0,026
**Kanser Tipi- PDÖ Aile Uyum	p*
Pankreas—Hematolojik	0,013
Akciğer—Mide/Özefagus	0,035
Akciğer—Jinekolojik	0,024
Akciğer—Hematolojik	0,002
Akciğer—Mesane/Prostat/Renal	0,041
Meme—Hematolojik	0,032
**Kanser Evresi- PDÖ Gelecek Algısı	p*
Evre yok—Evre-1	0,007
Evre-3—Evre-1	0,012
** Kanser Evresi- PDÖ Aile Uyumu	p*
Evre yok—Evre-2	0,003
Evre yok—Evre-3	0,028

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir

Yaş ile PDÖ-Gelecek Algısı puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,135$ $p=0,018$). Yaş ile PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,161$ $p=0,005$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş		Çocuk Sayısı		KT Kür Sayısı		RT Gün Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PDÖ- Kendilik Algısı	0,010	0,865	-0,002	0,972	0,002	0,968	0,062	0,281
PDÖ- Gelecek Algısı	-0,135	0,018	0,062	0,300	0,036	0,525	-0,039	0,496
PDÖ- Yapısal Stil	-0,016	0,783	0,031	0,598	-0,099	0,082	-0,048	0,396
PDÖ- Sosyal Yeterlilik	-0,102	0,072	-0,102	0,087	-0,070	0,219	-0,051	0,375
PDÖ- Aile Uyumu	-0,015	0,794	0,067	0,260	0,027	0,631	-0,094	0,100
PDÖ- Sosyal Kaynaklar	0,161	0,005	0,041	0,489	-0,017	0,771	-0,006	0,923
PDÖ- Toplam	0,004	0,939	0,070	0,239	-0,031	0,583	-0,065	0,253

r: Spearman İlişki Katsayısı

Tablo 4.5 Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Cinsiyet							
Erkek	18,01±2,29	11,77±2,33	13,50±2,85	19,23±2,32	19,10±3,46	20,57±3,53	102,19±7,09
	18,0 (10-24)	12,0 (8-20)	13,0 (7-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	20,0 (11-32)	102,5 (76-119)
Kadın	18,58±2,56	11,51±2,60	12,92±2,83	18,92±2,34	18,74±3,34	19,85±2,67	100,52±6,28
	18,0 (13-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	19,0 (8-23)	19,0 (12-28)	101,0 (82-119)
	z=1,800 p=0,072	z=0,923 p=0,356	z=1,452 p=0,147	z=0,444 p=0,657	z=1,090 p=0,276	z=1,751 p=0,080	z=2,495 p= 0,013
Meslek							
Ev hanımı	18,45±2,58	11,39±2,72	12,91±2,85	18,92±2,49	18,81±3,08	20,07±2,57	100,56±6,71
	18,0 (13-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	19,0 (8-23)	19,0 (15-28)	101,0 (82-119)
Serbest meslek	18,38±2,31	11,77±2,19	13,70±2,79	19,14±2,14	19,23±3,65	20,12±3,37	102,33±6,64
	18,0 (14-24)	12,0 (8-16)	13,0 (8-20)	18,0 (15-26)	20,0 (6-26)	20,0 (11-32)	103,0 (76-119)
Memur	17,90±1,95	12,10±3,02	12,73±2,46	19,50±2,57	19,37±2,77	19,17±3,60	100,77±6,97
	18,0 (14-22)	12,0 (5-20)	12,0 (8-20)	18,0 (14-26)	20,0 (14-22)	18,5 (12-27)	99,0 (91-118)
Emekli	18,26±2,60	11,62±2,19	13,06±2,93	19,04±2,19	18,52±3,86	20,81±3,26	101,31±6,50
	18,0 (10-28)	12,0 (7-17)	12,0 (7-20)	18,0 (14-26)	20,0 (7-23)	19,0 (13-30)	101,0 (86-113)

z:Mann-Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Meslek							
Diğer	19,00±2,19 18,5 (16-22)	12,33±0,82 12,0 (12-14)	15,50±3,08 16,0 (12-20)	18,67±1,63 18,0 (18-22)	19,00±3,09 19,5 (14-22)	18,67±2,87 19,0 (14-23)	103,17±6,71 104,5 (90-108)
	$\chi^2=1,798$ p=0,773	$\chi^2=3,917$ p=0,417	$\chi^2=6,669$ p=0,154	$\chi^2=1,750$ p=0,782	$\chi^2=2,366$ p=0,669	$\chi^2=7,816$ p=0,099	$\chi^2=7,107$ p=0,130
Medeni Hal							
Bekar-Eşi ölmüş	17,38±2,65 17,0 (14-24)	12,38±1,96 12,0 (10-18)	12,44±2,99 12,0 (8-17)	20,00±2,16 20,0 (18-25)	18,81±3,41 19,5 (11-22)	19,31±4,73 19,0 (11-29)	100,31±6,06 101,0 (90-113)
Evli	18,39±2,48 18,0 (10-28)	11,57±2,55 12,0 (4-20)	13,16±2,89 12,0 (4-20)	19,01±2,38 18,0 (14-26)	18,99±3,28 20,0 (6-26)	20,25±2,94 19,0 (14-32)	101,37±6,83 102,0 (76-119)
Boşanmış	18,50±2,02 18,0 (14-22)	11,65±2,17 12,0 (8-16)	13,58±2,25 12,0 (11-19)	18,88±1,82 18,0 (14-22)	17,92±4,35 19,0 (8-22)	19,58±3,18 19,5 (13-27)	100,12±5,26 101,0 (90-108)
	$\chi^2=4,336$ p=0,114	$\chi^2=1,066$ p=0,587	$\chi^2=1,359$ p=0,507	$\chi^2=3,559$ p=0,169	$\chi^2=0,643$ p=0,725	$\chi^2=2,230$ p=0,328	$\chi^2=1,495$ p=0,474

z:Mann-Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	18,18±2,06	12,37±2,32	13,58±2,73	19,66±2,77	19,79±2,66	19,34±2,98	102,92±6,43
	18,0 (14-22)	12,0 (5-20)	12,0 (8-20)	18,0 (14-26)	20,5 (13-26)	19,0 (12-26)	103,0 (91-119)
Çalışmıyor	18,37±2,51	11,52±2,50	13,10±2,86	18,97±2,26	18,76±3,46	20,26±3,07	100,97±6,68
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-23)	19,0 (11-32)	101,0 (76-119)
	z=0,224 p=0,823	z=2,190 p= 0,029	z=0,723 p=0,470	z=1,411 p=0,158	z=1,366 p=0,172	z=1,538 p=0,124	z=1,442 p=0,149
Eğitim Durumu							
Okuma-yazma bilmeyen	18,85±2,48	11,65±3,10	12,65±3,39	18,60±3,10	19,00±2,85	20,00±2,94	100,75±6,27
	18,0 (14-24)	12,0 (8-20)	12,5 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (12-22)	19,0 (16-28)	100,5 (91-113)
İlkokul mezunu	18,21±2,41	11,61±2,55	13,07±2,95	18,74±2,16	18,85±3,40	20,37±2,83	100,86±7,19
	18,0 (13-28)	12,0 (4-16)	12,0 (6-18)	18,0 (14-26)	20,0 (6-23)	20,0 (14-29)	102,0 (76-119)
Ortaokul mezunu	18,63±2,46	11,72±2,75	13,34±2,74	19,25±2,37	19,75±2,74	18,66±2,49	101,34±5,85
	18,0 (14-24)	12,0 (5-19)	12,0 (8-19)	18,0 (14-24)	21,0 (14-22)	18,5 (15-24)	101,5 (88-114)
Lise mezunu	18,38±2,67	11,51±2,24	13,28±2,75	19,42±2,13	18,87±3,67	20,54±3,38	102,00±6,82
	18,0 (10-24)	12,0 (4-18)	12,0 (7-20)	18,0 (16-26)	19,5 (7-26)	19,5 (11-32)	102,0 (86-119)

z: Mann-Whitney U Testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Eğitim							
Üniversite ve üzeri mezunu	18,24±2,33	11,72±2,40	13,26±2,66	19,28±2,57	18,48±3,48	20,03±3,29	101,02±5,94
	18,0 (14-24)	12,0 (7-20)	12,5 (8-20)	18,0 (14-26)	19,0 (8-23)	19,0 (12-27)	101,0 (88-118)
	$\chi^2=2,931$ p=0,569	$\chi^2=0,532$ p=0,970	$\chi^2=0,473$ p=0,976	$\chi^2=6,465$ p=0,167	$\chi^2=3,081$ p=0,544	$\chi^2=12,858$ p= 0,012	$\chi^2=2,078$ p=0,721
Sağlık Güvencesi							
Evet	18,39±2,46	11,62±2,49	13,22±2,82	19,03±2,33	18,94±3,34	20,13±3,04	101,34±6,67
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	19,0 (11-32)	102,0 (76-119)
Hayır	16,50±1,85	11,50±2,78	10,88±3,09	19,75±2,66	17,13±4,67	20,88±4,22	96,63±4,98
	17,0 (13-18)	12,0 (8-16)	10,5 (8-16)	18,0 (18-25)	17,0 (11-22)	19,0 (18-29)	96,0 (90-104)
	$z=2,264$ p= 0,024	$z=0,096$ p=0,924	$z=1,997$ p= 0,046	$z=0,599$ p=0,549	$z=0,940$ p=0,347	$z=0,128$ p=0,898	$z=2,172$ p= 0,030
Kronik Hastalık							
Evet	18,53±2,51	11,58±2,49	13,49±2,93	19,33±2,55	18,92±3,46	20,46±3,05	102,30±6,70
	18,0 (14-28)	12,0 (4-20)	13,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (7-26)	20,0 (12-28)	103,0 (82-119)
Hayır	18,16±2,41	11,66±2,49	12,84±2,73	18,78±2,08	18,86±3,33	19,85±3,07	100,17±6,48
	18,0 (10-28)	12,0 (5-20)	12,0 (7-20)	18,0 (14-25)	19,5 (6-23)	19,0 (11-32)	100,5 (76-117)
	$z=1,104$ p=0,270	$z=0,525$ p=0,599	$z=2,459$ p= 0,014	$z=1,311$ p=0,190	$z=0,236$ p=0,813	$z=2,090$ p= 0,037	$z=3,413$ p= 0,001

Tablo 4.5 (devam) *Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması*

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Çocuk Durumu							
Yok	17,80±2,63	12,12±2,26	13,00±3,44	19,72±1,95	18,80±3,83	19,12±4,15	100,56±5,69
	18,0 (14-24)	12,0 (8-18)	12,0 (8-20)	20,0 (18-25)	20,0 (8-22)	19,0 (11-29)	101,0 (90-113)
Var	18,39±2,44	11,58±2,51	13,17±2,79	18,99±2,36	18,90±3,35	20,24±2,95	101,27±6,75
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	19,0 (13-32)	101,5 (76-119)
	z=1,481	z=0,828	z=0,517	z=1,811	z=0,226	z=1,813	z=0,620
	p=0,138	p=0,408	p=0,605	p=0,070	p=0,821	p=0,070	p=0,635
Kiminle Yaşam							
Eş	18,39±2,50	11,59±2,56	13,22±2,88	19,07±2,28	19,12±3,18	20,28±2,89	101,67±6,68
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	19,0 (14-32)	102,0 (76-119)
Çocuk/akraba	17,95±2,36	11,79±2,17	12,98±2,67	18,53±2,54	18,77±3,15	19,40±3,79	99,42±5,92
	18,0 (14-24)	12,0 (8-18)	12,0 (6-17)	18,0 (14-25)	19,0 (11-23)	19,0 (11-29)	99,0 (89-113)
Yalnız	18,63±2,06	11,69±2,36	12,63±2,87	20,13±2,28	15,63±5,26	20,19±3,62	98,88±7,40
	18,0 (14-22)	12,0 (8-16)	12,0 (7-19)	20,0 (18-26)	17,5 (7-22)	19,0 (13-27)	100,5 (86-111)
	$\chi^2=2,704$	$\chi^2=0,119$	$\chi^2=1,332$	$\chi^2=5,131$	$\chi^2=7,012$	$\chi^2=4,167$	$\chi^2=6,334$
	p=0,259	p=0,942	p=0,514	p=0,077	p= 0,030	p=0,124	p= 0,042

z:Mann-Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Bakım Verici Varlığı							
Evet	18,35±2,50	11,63±2,51	13,16±2,85	19,06±2,35	18,99±3,31	20,15±3,05	101,33±6,66
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	19,0 (11-32)	101,0 (76-119)
Hayır	18,20±0,42	11,40±2,07	13,20±2,78	18,70±1,70	16,00±4,52	20,20±3,82	97,70±6,25
	18,0 (18-19)	12,0 (8-14)	12,0 (11-19)	18,0 (16-22)	17,0 (7-21)	19,5 (15-27)	99,0 (88-105)
	z=0,119	z=0,204	z=0,468	z=0,214	z=2,392	z=0,078	z=1,566
	p=0,905	p=0,838	p=0,640	p=0,830	p=0,017	p=0,937	p=0,117
Bakım Verici Kim							
Eş	18,39±2,43	11,77±2,32	13,09±2,89	19,21±2,27	19,31±3,06	20,54±3,03	102,31±6,69
	18,0 (10-28)	12,0 (5-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-26)	19,0 (14-32)	102,0 (76-119)
Çocuk/akraba	18,27±2,63	11,43±2,78	13,24±2,79	18,78±2,43	18,47±3,64	19,50±2,99	99,69±6,31
	18,0 (13-28)	12,0 (4-20)	12,0 (6-20)	18,0 (14-26)	19,0 (8-23)	19,0 (11-29)	101,0 (82-112)
	z=0,466	z=0,940	z=0,667	z=1,081	z=1,610	z=2,553	z=3,024
	p=0,641	p=0,347	p=0,505	p=0,280	p=0,107	p=0,011	p=0,002

z:Mann-Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Kanser Tipi							
Hematolojik	18,24±2,66 18,0 (14-24)	11,44±2,36 12,0 (5-16)	13,76±2,56 13,0 (6-20)	18,83±2,48 18,0 (14-26)	19,88±3,23 21,0 (8-26)	19,71±3,38 19,0 (11-30)	101,85±6,84 102,0 (86-119)
Meme	18,70±3,04 18,0 (13-28)	12,04±2,50 12,0 (4-19)	12,59±2,72 12,0 (6-20)	19,04±2,59 18,0 (14-26)	18,66±2,99 18,5 (12-23)	19,73±2,41 19,0 (15-27)	100,75±6,88 101,0 (88-119)
Akciğer	18,46±1,75 18,0 (14-22)	11,17±3,02 11,0 (8-20)	12,80±2,55 12,0 (8-19)	19,32±2,61 18,0 (14-26)	17,66±3,62 18,0 (7-23)	20,00±2,95 19,0 (15-27)	99,41±7,24 101,0 (86-118)
Pankreas	17,88±1,99 18,0 (15-22)	12,12±2,29 12,0 (8-16)	13,71±3,12 13,0 (8-20)	18,94±2,25 18,0 (15-25)	16,88±4,87 18,0 (8-22)	21,65±4,15 22,0 (13-29)	101,18±6,93 103,0 (85-113)
Mesane/Prostat/ Renal	17,94±1,95 18,0 (14-21)	12,56±2,28 12,0 (8-16)	13,61±2,93 13,5 (8-20)	19,50±2,68 18,0 (16-24)	19,56±2,95 20,5 (12-22)	20,06±2,92 19,5 (15-27)	103,22±6,01 103,0 (91-117)
Kolorektal	18,37±1,94 18,0 (13-22)	11,57±2,37 12,0 (5-20)	12,93±3,04 12,5 (4-19)	19,07±1,99 18,0 (14-25)	18,92±3,44 20,0 (6-23)	20,42±3,27 19,0 (14-32)	101,27±6,56 101,0 (76-114)
Jinekolojik	18,73±2,36 18,0 (13-22)	10,98±2,39 11,0 (4-16)	13,41±3,05 14,0 (7-19)	18,83±2,49 18,0 (14-26)	19,29±3,18 20,0 (8-23)	19,54±2,50 19,0 (15-25)	100,78±6,56 101,0 (82-115)
Mide/Özefagus	17,05±3,30 18,0 (10-22)	11,95±2,09 12,0 (8-16)	13,15±2,94 14,0 (7-17)	18,90±1,41 18,0 (18-22)	19,55±2,89 21,0 (13-22)	22,05±3,03 22,0 (18-28)	102,65±4,64 102,0 (92-112)
Diğer	18,53±2,87 18,0 (14-24)	11,67±2,82 12,0 (8-18)	13,67±2,99 12,0 (8-20)	19,33±1,95 18,0 (18-22)	19,80±2,62 21,0 (14-22)	19,80±3,29 19,0 (16-27)	102,80±7,35 104,0 (87-113)
	$\chi^2=6,976$ p=0,539	$\chi^2=14,453$ p=0,071	$\chi^2=8,290$ p=0,406	$\chi^2=1,692$ p=0,989	$\chi^2=16,556$ p=0,035	$\chi^2=12,751$ p=0,121	$\chi^2=7,118$ p=0,524

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Tanı Kanser Süresi							
1 hafta	18,42±2,37	11,58±2,49	12,95±2,93	19,17±2,49	18,83±3,20	20,03±2,86	100,98±6,46
	18,0 (13-28)	12,0 (4-20)	12,0 (6-20)	18,0 (14-26)	19,0 (7-23)	19,0 (12-28)	101,0 (82-118)
2-3 hafta	18,08±2,97	11,46±2,03	13,75±3,12	18,83±1,86	19,25±3,66	20,92±3,33	102,29±5,61
	18,0 (10-25)	12,0 (8-16)	14,0 (4-20)	18,0 (14-26)	21,0 (8-22)	20,0 (14-32)	101,5 (87-119)
1 ay	18,40±2,49	11,67±2,69	13,33±2,42	18,81±1,97	18,75±3,29	20,22±3,46	101,17±6,91
	18,0 (13-24)	12,0 (5-20)	12,0 (8-19)	18,0 (14-25)	20,0 (8-23)	19,0 (11-30)	102,0 (86-116)
2 ay ve üzeri	18,25±1,92	12,07±2,88	12,93±2,65	19,29±2,89	18,89±4,18	19,25±2,65	100,68±8,95
	18,0 (14-22)	12,0 (5-18)	12,0 (8-19)	18,0 (14-26)	19,5 (6-26)	19,0 (13-24)	102,0 (76-119)
	$\chi^2=0,075$ p=0,995	$\chi^2=1,468$ p=0,690	$\chi^2=3,734$ p=0,292	$\chi^2=0,622$ p=0,891	$\chi^2=2,240$ p=0,524	$\chi^2=4,287$ p=0,232	$\chi^2=1,293$ p=0,731
Kanser Evresi							
Evre yok	18,36±2,17	11,19±2,42	13,58±3,44	18,58±2,78	20,42±2,90	20,78±3,12	102,92±5,94
	18,0 (14-23)	11,5 (5-16)	14,5 (4-19)	18,0 (14-26)	22,0 (11-26)	19,0 (16-30)	102,0 (91-119)
Evre-1	18,00±2,23	12,94±3,16	13,62±2,73	19,85±2,89	18,65±3,18	20,15±3,08	103,21±7,39
	18,0 (13-22)	12,0 (5-20)	12,5 (8-20)	19,0 (14-26)	18,5 (13-23)	19,0 (15-27)	104,0 (88-116)
Evre-2	18,31±2,69	11,85±2,54	13,13±2,30	19,08±2,50	17,96±3,63	20,79±2,89	101,13±7,63
	18,0 (13-26)	12,0 (4-16)	12,0 (8-20)	18,0 (14-25)	18,0 (8-22)	21,0 (15-28)	102,0 (86-119)
Evre-3	18,52±2,02	11,46±2,26	12,85±2,69	19,16±2,06	18,68±3,39	20,13±3,29	100,80±5,38
	18,0 (13-24)	12,0 (6-20)	12,0 (7-19)	18,0 (14-26)	20,0 (7-22)	19,0 (11-32)	101,0 (86-114)

Tablo 4.5 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	PDÖ-Kendilik Algısı	PDÖ-Gelecek Algısı	PDÖ-Yapısal Stil	PDÖ-Sosyal Yeterlilik	PDÖ-Aile Uyumu	PDÖ-Sosyal Kaynaklar	PDÖ Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Kanser Evresi							
Evre-4	18,30±2,91	11,35±2,33	13,16±3,04	18,82±2,06	19,07±3,36	19,61±2,86	100,32±7,15
	18,0 (10-28)	12,0 (4-16)	13,0 (6-20)	18,0 (14-26)	20,0 (6-23)	19,0 (13-28)	101,0 (76-118)
	$\chi^2=1,516$ p=0,824	$\chi^2=10,977$ p= 0,027	$\chi^2=3,929$ p=0,416	$\chi^2=8,722$ p=0,068	$\chi^2=14,372$ p= 0,006	$\chi^2=6,988$ p=0,137	$\chi^2=5,946$ p=0,203
Nüks/Metastaz Varlığı							
Evet	18,30±2,67	11,38±2,55	13,18±2,70	18,91±2,29	18,67±3,37	20,18±3,14	100,62±6,82
	18,0 (10-28)	12,0 (4-20)	12,0 (6-19)	18,0 (14-26)	19,0 (6-23)	19,0 (13-32)	101,0 (76-118)
Hayır	18,39±2,25	11,85±2,42	13,14±2,98	19,18±2,38	19,10±3,39	20,12±3,01	101,78±6,49
	18,0 (13-25)	12,0 (5-20)	12,0 (4-20)	18,0 (14-26)	20,0 (7-26)	19,0 (11-30)	102,0 (86-119)
	z=0,646 p=0,518	z=1,173 p=0,241	z=0,255 p=0,799	z=0,846 p=0,397	z=1,509 p=0,131	z=0,015 p=0,988	z=1,307 p=0,191

z:Mann-Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

4.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması $15,44 \pm 3,88$, minimum puan 1,0, maksimum puan 19 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puan Dağılımı

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
BUÖ	$15,44 \pm 3,88$	17,0 (1-19)

Çalışan bireylerin BUÖ puan ortalaması $16,82 \pm 2,72$, çalışmayan bireylerin BUÖ puan ortalaması $15,25 \pm 3,98$ 'dir. Çalışma durumuna göre bireylerin BUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,767$, $p=0,006$) (Tablo 4.7).

Nüks/Metastaz varlığı olan bireylerin BUÖ puan ortalaması $14,92 \pm 4,26$, Nüks/Metastaz varlığı olmayan bireylerin BUÖ puan ortalaması $15,94 \pm 3,40$ 'tır. Nüks/Metastaz varlığına göre bireylerin BUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,594$, $p=0,009$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

		BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ) PUANI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	15,18±4,02	16,0 (1-19)	z=1,230	0,219
	Kadın	15,62±3,77	17,0 (2-19)		
Meslek	Ev hanımı	15,39±3,94	17,0 (2-19)	$\chi^2=3,897$	0,420
	Serbest meslek	14,87±4,45	16,0 (1-19)		
	Memur	16,03±3,79	17,0 (3-19)		
	Emekli	15,66±3,33	17,0 (3-19)		
	Diğer	17,33±1,21	17,5(16-19)		
Medeni Hal	Bekar-eşi ölmüş	15,94±5,00	18,0 (3-19)	$\chi^2=4,168$	0,124
	Evli	15,47±3,72	17,0 (1-19)		
	Boşanmış	14,81±4,73	17,0 (4-19)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16,82±2,72	17,0 (3-19)	z=2,767	0,006
	Çalışmıyor	15,25±3,98	17,0 (1-19)		
Eğitim Durumu	Okuma-yazma bilmeyen	15,45±3,33	16,0 (4-18)	$\chi^2=6,737$	0,150
	İlkokul mezunu	14,80±4,42	17,0 (1-19)		
	Ortaokul mezunu	15,47±3,97	16,0 (4-19)		
	Lise mezunu	15,87±3,31	17,0 (3-19)		
	Üniversite ve üzeri mezunu	16,21±3,30	17,0 (3-19)		

z:Mann Whitney U Testii, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.7 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

		BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ) PUANI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z ; χ^2	p
Sağlık Güvencesi	Evet	15,46±3,84	17,0 (1-19)	z=0,155	0,877
	Hayır	14,75±5,20	17,0 (4-19)		
Kronik Hastalık	Evet	14,91±4,22	16,0 (3-19)	z=2,294	0,022
	Hayır	15,95±3,45	17,0 (1-19)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	15,40±4,94	17,0 (3-19)	z=1,324	0,185
	Var	15,44±3,78	17,0 (1-19)		
Kiminle Yaşam	Eş	15,52±3,61	17,0 (1-19)	$\chi^2=0,630$	0,730
	Çocuk/akraba	14,95±5,08	17,0 (3-19)		
	Yalnız	15,50±4,35	17,0 (2-19)		
Bakım Verici Varlığı	Evet	15,48±3,82	17,0 (1-19)	z=0,829	0,407
	Hayır	14,30±5,38	16,0 (2-19)		
Bakım Verici Kimliği	Eş	15,64±3,55	17,0 (1-19)	z=0,061	0,951
	Çocuk/akraba	15,20±4,25	17,0 (3-19)		
Kanser Tipi	Hematolojik	16,00±3,54	17,0 (3-19)	$\chi^2=15,00$	0,059
	Meme	15,68±3,84	17,0 (3-19)		
	Akciğer	14,37±4,40	16,0 (2-18)		
	Pankreas	15,76±3,34	17,0 (4-18)		
	Mesane/Prostat/ Renal	14,72±4,04	16,0 (4-19)		
	Kolorektal	14,92±4,34	16,0 (1-19)		
	Jinekolojik	15,78±3,65	17,0 (3-19)		
	Mide/Özefagus	17,20±1,19	17,5 (14-19)		
	Diğer	15,27±4,27	16,0 (4-19)		

z: Mann Whitney U Testii, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.7 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

		BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ) PUANI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z ; χ^2	p
Tanı Kanser Süresi	1 hafta	15,19±4,14	17,0 (2-19)	$\chi^2=2,968$	0,397
	2-3 hafta	16,54±2,15	17,0 (8-19)		
	1 ay	15,11±4,10	16,0 (3-19)		
	2 ay ve üzeri	15,64±4,03	17,0 (1-19)		
Kanser Evresi	Evre yok	15,81±3,14	17,0 (4-18)	$\chi^2=3,733$	0,443
	Evre-1	15,94±3,79	17,5 (5-19)		
	Evre-2	15,73±3,25	17,0 (3-19)		
	Evre-3	15,45±3,87	17,0 (3-19)		
	Evre-4	14,97±4,43	17,0 (1-19)		
Nüks Varlığı	Evet	14,92±4,26	16,0 (1-19)	$z=2,594$	0,009
	Hayır	15,94±3,40	17,0 (3-19)		

z :Mann Whitney U Testii, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.8 Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Puanları Arasındaki İlişki

	YAŞ		Çocuk Sayısı		KT Kür Sayısı		RT Gün Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BUÖ	-0,075	0,189	-0,055	0,355	0,063	0,270	-0,088	0,121

r :Spearman İlişki Katsayısı

4.2. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması 131,94±10,44'tür. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Aşkınlık

73,23±6,38, Doğa ile Uyum 34,82±0,80, Anomi 17,87±6,27 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 *Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Dağılımı*

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
SİÖÖ-Aşkınlık	73,23±6,38	75,0 (23-75)
SİÖÖ-Doğa ile Uyum	34,82±0,80	35,0 (29-35)
SİÖÖ-Anomi	17,87±6,27	17,0 (7-35)
SİÖÖ-Toplam	131,94±10,44	134,0 (59-145)

Erkek bireylerin SİÖÖ-Anomi puan ortalaması 16,84±5,89, kadın bireylerin SİÖÖ-Anomi puan ortalamasının 18,60±6,45'tir. Cinsiyete göre bireylerin SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,289$, $p=0,022$). (Tablo 4.11)

Ev hanımı bireylerin SİÖÖ-Toplam puan ortalaması 131,06±9,58, serbest meslek sahibi olan bireylerin 131,81±10,76, memur bireylerin 133,27±10,78, emekli bireylerin 132,66±11,63, diğer meslek sahibi bireylerin 136,00±6,72'dir. Mesleklere göre bireylerin SİÖÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,500$, $p=0,021$). (Tablo 4.11)

Ayrıca mesleklere göre bireylerin SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=21,148$, $p<0,001$). Meslek gruplarında en yüksek SİÖÖ-Anomi puan ortalaması 19,57±6,60 ile ev hanımı olan bireylerde, en düşük SİÖÖ-Anomi puan ortalaması ise 14,00±3,52 ile diğer meslek sahibi olan bireylerdedir. (Tablo 4.11)

SİÖÖ Anomi puanları bakımından meslek ikili karşılaştırmalarda Memur—Ev hanımı, Emekli—Ev hanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,010$, $p=0,004$). SİÖÖ Toplam puanları bakımından meslek ikili

karşılaştırmalarda Ev hanımı—Emekli, Ev hanımı—Memur arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,008$, $p=0,027$). (Tablo 4.10).

Bekar-Eşi ölmüş bireylerin SİÖÖ-Doğa ile Uyum puan ortalaması $34,44\pm1,41$, evli bireylerin $34,85\pm0,74$, boşanmış bireylerin $34,73\pm0,83$ 'tür. Medeni duruma göre bireylerin SİÖÖ-Doğa ile Uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,450$, $p=0,024$). (Tablo 4.11)

SİÖÖ Doğa ile Uyum puanları bakımından medeni hal ikili karşılaştırmalarda Bekar—Evli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,036$). (Tablo 4.10).

Çalışma durumuna göre bireylerin SİÖÖ-Aşkınlık ve SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan bireylerin SİÖÖ-Aşkınlık ve SİÖÖ-Anomi puan ortalaması çalışan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca çalışan bireylerin SİÖÖ-Toplam puan ortalaması $134,31\pm10,16$, çalışmayan bireylerin SİÖÖ-Toplam puan ortalaması $131,60\pm10,46$ olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre bireylerin SİÖÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,608$, $p=0,009$). Eğitim durumuna göre bireylerin SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=30,649$, $p<0,001$). (Tablo 4.11)

Eğitim düzeyi arttıkça SİÖÖ-Anomi puan ortalaması azalmaktadır. Ayrıca eğitim durumuna göre bireylerin SİÖÖ-Aşkınlık ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). (Tablo 4.11)

SİÖÖ Anomi puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Üniversite ve üzeri—Ortaokul mezunu, Üniversite ve üzeri—İlkokul mezunu, Üniversite ve üzeri—Okuma yazma bilmeyenler, Lise mezunu—İlkokul mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,019$, $p<0,001$, $p=0,002$, $p=0,031$) (Tablo 4.10).

SİÖÖ Aşkınlık puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Üniversite ve üzeri— Okuma yazma bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,026$). (Tablo 4.10).

Kronik hastalığı olan bireylerin SİÖÖ-Anomi puan ortalaması $18,75\pm6,34$, kronik hastalığı olmayan bireylerin SİÖÖ-Anomi puan ortalaması $17,04\pm6,11$ 'dir. Kronik hastalık durumuna göre bireylerin SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,149$, $p=0,032$). (Tablo 4.11)

Kanser tipine göre bireylerin SİÖÖ-Doğa ile Uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=20,516$, $p=0,009$). Kanser tipi Mide/Özefagus olan bireylerin SİÖÖ-Doğa ile Uyum puan ortalaması $35,00\pm0,00$ ile en yüksek iken, kanser tipi mesane/prostat/renal olan bireylerin SİÖÖ-Doğa ile Uyum puan ortalaması $34,11\pm1,94$ ile en düşüktür. (Tablo 4.11)

SİÖÖ doğa ile uyum puanları bakımından kanser tipi ikili karşılaştırmalarda Mesane/Prostat/Renal—Meme, Mesane/Prostat/Renal—Akciğer, Mesane/Prostat/Renal—Hematolojik, Mesane/Prostat/Renal—Kolorektal, Mesane/Prostat/Renal—Mide/Özefagus arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,011$, $p=0,011$, $p=0,004$, $p=0,002$, $p=0,005$). (Tablo 4.10).

Kanser tanı süresi 1 hafta olan bireylerin SİÖÖ-Aşkınlık puan ortalaması $72,69\pm7,92$, 2-3 hafta olanların $74,02\pm2,77$, 1 ay olanların $73,92\pm5,01$, 2 ay ve üzeri olanların $73,39\pm2,13$ olduğu belirlenmiştir. Kanser tanı süresine göre bireylerin SİÖÖ-Aşkınlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,909$, $p=0,003$) (Tablo 4.11)

SİÖÖ Aşkınlık puanları bakımından kanser tanı süresi ikili karşılaştırmalarda 2 ay ve üzeri—1 hafta, 2 ay ve üzeri—1 ay, 2 ay ve üzeri—2-3 hafta arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,011$, $p=0,004$, $p=0,004$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

**Meslek-SİÖÖ Anomi	p*
Memur—Ev hanımı	0,010
Emekli—Ev hanımı	0,004
** Meslek-SİÖÖ Toplam	p*
Ev hanımı—Emekli	0,008
Ev hanımı—Memur	0,027
** Medeni Hal-SİÖÖ Doğa ile Uyum	p*
Bekar—Evli	0,036
** Eğitim Durumu-SİÖÖ Aşkınlık	p*
Üniversite ve üzeri—Okuma-yazma bilmeyen	0,026
** Eğitim Durumu-SİÖÖ Anomi	p*
Üniversite ve üzeri—Ortaokul mezunu	0,019
Üniversite ve üzeri—İlkokul mezunu	<0,001
Üniversite ve üzeri—Mezun değilim	0,002
Lise mezunu—İlkokul mezunu	0,031
** Kanseri Tipi-SİÖÖ Doğa ile Uyum	p*
Mesane/prostat/Renal—Meme	0,011
Mesane/prostat/Renal—Akciğer	0,011
Mesane/prostat/Renal—Hematolojik	0,004
Mesane/prostat/Renal—Kolonorektal	0,002
Mesane/prostat/Renal—Mide/Özefagus	0,005
** Kanseri Tanı Süresi-SİÖÖ Aşkınlık	p*
2 ay ve üzeri—1 hafta	0,011
2 ay ve üzeri—1 ay	0,004
2 ay ve üzeri—2-3 hafta	0,004

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir

Tablo 4.11 *Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması*

	SİÖÖ-Aşkınlık	SİÖÖ-Doğa Uyum	ile	SİÖÖ-Anomi	SİÖÖ-Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)		Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Cinsiyet					
Erkek	72,42±8,35 75,0 (23-75)	34,78±0,99 35,0 (29-35)		16,84±5,89 16,5 (7-35)	132,36±11,46 135,0 (75-145)
Kadın	73,80±4,44 75,0 (36-75)	34,84±0,64 35,0 (31-35)		18,60±6,45 18,0 (7-35)	131,64±9,69 133,0 (59-145)
	z=0,869 p=0,385	z=0,258 p=0,797		z=2,289 p=0,022	z=1,855 p=0,064
Meslek					
Ev hanımı	74,34±2,04 75,0 (60-75)	34,87±0,59 35,0 (31-35)		19,57±6,60 19,0 (7-35)	131,06±9,58 133,0 (59-145)
Serbest meslek	73,06±6,29 75,0 (31-75)	34,68±1,12 35,0 (29-35)		17,93±6,19 17,0 (7-35)	131,81±10,76 134,0 (76-145)
Memur	71,90±8,64 75,0 (36-75)	34,93±0,25 35,0 (34-35)		15,57±6,12 15,0 (7-35)	133,27±10,78 135,5 (94-145)
Emekli	72,02±9,46 75,0 (23-75)	34,86±0,74 35,0 (30-35)		16,22±5,19 16,0 (7-30)	132,66±11,63 135,0 (75-145)
Diğer	73,83±2,04 75,0 (70-75)	34,17±2,04 35,0 (30-35)		14,00±3,52 14,0 (10-19)	136,00±6,72 138,0 (123-141)
	$\chi^2=6,461$ p=0,167	$\chi^2=3,047$ p=0,550		$\chi^2=21,148$ p<0,001	$\chi^2=11,500$ p=0,021
Medeni Hal					
Bekar-Eşi ölmüş	73,12±3,03 75,0 (66-75)	34,44±1,41 35,0 (30-35)		17,69±8,28 16,0 (7-35)	131,87±9,88 134,0 (109-145)
Evli	73,17±6,78 75,0 (23-75)	34,85±0,74 35,0 (29-35)		17,92±6,15 18,0 (7-35)	132,10±9,85 134,0 (75-145)
Boşanmış	73,92±2,41 75,0 (64-75)	34,73±0,83 35,0 (31-35)		17,54±6,41 16,5 (7-31)	130,31±15,78 134,0 (59-145)
	$\chi^2=2,699$ p=0,259	$\chi^2=7,450$ p=0,024		$\chi^2=0,657$ p=0,720	$\chi^2=0,072$ p=0,965

Tablo 4.11 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	SİÖÖ-Aşkınlık	SİÖÖ-Doğa ile Uyum	SİÖÖ-Anomi	SİÖÖ-Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	71,84±7,74 74,5 (36-75)	34,76±0,94 35,0 (30-35)	14,29±5,63 13,0 (7-35)	134,31±10,16 137,0 (94-145)
Çalışmıyor	73,42±6,16 75,0 (23-75)	34,83±0,78 35,0 (29-35)	18,38±6,21 18,0 (7-35)	131,60±10,46 134,0 (59-145)
	z=3,479 p=0,001	z=0,302 p=0,762	z=4,066 p<0,001	z=2,608 p=0,009
Eğitim Durumu				
Okuma-yazma bilmeyen	74,90±0,45 75,0 (73-75)	35,00±0,00 35,0 (35-35)	20,35±6,16 20,0 (7-32)	131,55±6,37 132,0 (118-145)
İlkokul mezunu	73,32±6,80 75,0 (23-75)	34,84±0,79 35,0 (29-35)	19,41±6,48 19,0 (7-35)	130,76±10,67 133,0 (75-145)
Ortaokul mezunu	73,25±6,86 75,0 (36-75)	34,94±0,25 35,0 (34-35)	19,03±6,58 17,5 (7-31)	131,16±9,53 134,5 (94-145)
Lise mezunu	74,09±2,15 75,0 (60-75)	34,75±0,88 35,0 (31-35)	16,64±5,62 16,5 (7-31)	133,24±10,86 135,0 (59-145)
Üniversite ve üzeri mezunu	71,33±9,13 75,0 (33-75)	34,72±1,00 35,0 (30-35)	14,74±5,02 15,0 (7-35)	133,31±10,95 137,0 (92-145)
	$\chi^2=11,368$ p=0,023	$\chi^2=4,017$ p=0,404	$\chi^2=30,649$ p<0,001	$\chi^2=12,692$ p=0,013
Sağlık Güvencesi				
Evet	73,23±6,45 75,0 (23-75)	34,81±0,81 35,0 (29-35)	17,78±6,20 17,0 (7-35)	132,02±10,47 134,0 (59-145)
Hayır	73,12±2,85 74,5 (67-75)	35,00±0,00 35,0 (35-35)	21,37±8,29 19,5 (9-35)	128,75±9,60 131,5 (109-139)
	z=1,493 p=0,135	z=0,772 p=0,440	z=1,339 p=0,181	z=1,234 p=0,217

Tablo 4.11 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	SİÖÖ-Aşkınlık	SİÖÖ-Doğa ile Uyum	SİÖÖ-Anomi	SİÖÖ-Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Kronik Hastalık				
Evet	74,09±3,82	34,90±0,50	18,75±6,34	131,77±9,58
	75,0 (33-75)	35,0 (31-35)	18,0 (7-35)	133,0 (59-145)
Hayır	72,39±8,03	34,74±1,00	17,04±6,11	132,10±11,23
	75,0 (23-75)	35,0 (29-35)	17,0 (7-35)	134,0 (75-145)
	z=1,860 p=0,063	z=1,085 p=0,278	z=2,149 p=0,032	z=1,317 p=0,188
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Yok	73,36±3,21	34,64±1,15	18,36±8,00	131,64±8,89
	75,0 (64-75)	35,0 (30-35)	16,0 (7-35)	134,0 (109-145)
Var	73,22±6,59	34,83±0,76	17,83±6,12	131,96±10,58
	75,0 (23-75)	35,0 (29-35)	17,5 (7-35)	134,0 (59-145)
	z=0,423 p=0,672	z=1,095 p=0,274	z=0,274 p=0,784	z=0,321 p=0,748
Kiminle Yaşam				
Eş	73,07±6,99	34,84±0,77	17,79±6,06	131,82±11,03
	75,0 (23-75)	35,0 (29-35)	18,0 (7-35)	134,0 (59-145)
Çocuk/akraba	74,02±2,05	34,77±0,89	18,46±7,46	132,32±8,08
	75,0 (66-75)	35,0 (30-35)	17,0 (7-35)	135,0 (109-145)
Yalnız	73,62±3,01	34,69±1,01	17,50±6,43	132,81±5,82
	75,0 (64-75)	35,0 (31-35)	16,0 (10-35)	134,0 (117-140)
	$\chi^2=0,681$ p=0,712	$\chi^2=1,461$ p=0,482	$\chi^2=0,309$ p=0,857	$\chi^2=0,004$ p=0,998
Bakım Verici Varlığı				
Evet	73,42±5,79	34,83±0,74	17,79±6,22	132,22±9,96
	75,0 (23-75)	35,0 (30-35)	17,0 (7-35)	134,0 (59-145)
Hayır	67,60±15,74	34,40±1,89	20,40±7,65	123,60±19,15
	75,0 (31-75)	35,0 (29-35)	20,0 (12-35)	129,5 (76-140)
	z=0,421 p=0,674	z=0,491 p=0,624	z=1,020 p=0,308	z=1,594 p=0,111

Tablo 4.11 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	SİÖÖ-Aşkınlık	SİÖÖ-Doğa ile Uyum	SİÖÖ-Anomi	SİÖÖ-Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Bakım Verici Kimliği				
Eş	73,35±6,34 75,0 (23-75)	34,86±0,67 35,0 (30-35)	17,49±5,91 18,0 (7-35)	132,71±9,29 134,0 (75-145)
Çocuk/akraba	73,52±4,79 75,0 (36-75)	34,79±0,84 35,0 (30-35)	18,34±6,69 17,0 (7-35)	131,33±10,98 134,0 (59-145)
	z=0,827 p=0,409	z=1,343 p=0,179	z=0,777 p=0,437	z=1,265 p=0,206
Kanser Tipi				
Hematolojik	74,44±1,26 75,0 (69-75)	34,98±0,16 35,0 (34-35)	17,36±5,97 17,0 (7-35)	134,05±5,79 135,0(117-145)
Meme	73,93±2,44 75,0 (64-75)	34,86±0,67 35,0 (31-35)	18,19±7,09 18,0 (7-32)	132,59±7,35 134,0(114-145)
Akciğer	72,49±9,48 75,0 (23-75)	34,93±0,34 35,0 (33-35)	18,80±5,84 18,0 (7-35)	130,61±11,22 133,0 (75-145)
Pankreas	73,59±2,62 75,0 (67-75)	34,53±1,18 35,0 (31-35)	20,12±7,24 19,0 (8-35)	130,00±9,21 131,0(109-144)
Mesane/Prostat/ Renal	69,44±11,86 74,5 (31-75)	34,11±1,94 35,0 (29-35)	17,50±5,37 18,0 (7-28)	128,06±15,56 132,5 (76-145)
Kolorektal	72,23±9,18 75,0 (33-75)	34,92±0,64 35,0 (30-35)	17,67±6,21 17,5 (7-32)	131,48±12,08 134,5 (92-145)
Jinekolojik	73,95±2,96 75,0 (60-75)	34,80±0,68 35,0 (32-35)	16,73±6,57 16,0 (7-35)	132,24±14,18 135,0 (59-145)
Mide/Özefagus	74,10±3,38 75,0 (60-75)	35,00±0,00 35,0 (35-35)	17,25±4,53 18,5 (9-24)	133,85±6,12 133,5(117-143)
Diğer	74,33±1,39 75,0 (70-75)	34,53±1,30 35,0 (30-35)	18,20±6,76 18,0 (7-29)	132,67±7,11 134,0(122-145)
	$\chi^2=10,463$ p=0,234	$\chi^2=20,516$ p=0,009	$\chi^2=4,361$ p=0,823	$\chi^2=5,792$ p=0,671

Tablo 4.11 (devam) Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	SİÖÖ-Aşkınlık	SİÖÖ-Doğa ile Uyum	SİÖÖ-Anomi	SİÖÖ-Toplam
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)
Tanı Kanser Süresi				
1 hafta	72,69±7,92 75,0 (23-75)	34,77±0,91 35,0 (29-35)	18,38±6,40 18,0 (7-35)	130,64±12,31 133,0 (59-145)
2-3 hafta	74,02±2,77 75,0 (64-75)	34,75±0,97 35,0 (30-35)	16,00±6,19 17,0 (7-30)	134,77±7,20 135,0(115-145)
1 ay	73,92±5,01 75,0 (36-75)	35,00±0,00 35,0 (35-35)	18,22±5,97 18,0 (7-35)	132,69±8,09 134,0 (94-145)
2 ay ve üzeri	73,39±2,13 74,0 (66-75)	34,82±0,61 35,0 (32-35)	17,57±5,98 16,0 (8-32)	132,64±6,49 132,5(118-143)
	$\chi^2=13,909$ p=0,003	$\chi^2=5,955$ p=0,114	$\chi^2=5,102$ p=0,164	$\chi^2=4,532$ p=0,209
Kanser Evresi				
Evre yok	72,75±6,69 75,0 (36-75)	34,92±0,50 35,0 (32-35)	17,17±6,61 17,0 (7-35)	132,50±9,94 134,0 (94-145)
Evre-1	73,21±6,35 75,0 (38-75)	34,79±0,88 35,0 (30-35)	17,79±5,55 18,0 (8-31)	132,20±8,85 133,5 (94-143)
Evre-2	73,73±2,87 75,0 (60-75)	34,69±1,01 35,0 (31-35)	18,54±6,38 18,0 (7-31)	131,87±7,39 133,5(114-145)
Evre-3	72,88±7,59 75,0 (31-75)	34,78±0,91 35,0 (29-35)	17,70±6,32 17,0 (7-35)	131,96±10,75 134,0 (76-145)
Evre-4	73,51±6,32 75,0 (23-75)	34,89±0,61 35,0 (30-35)	18,00±6,38 17,0 (7-35)	131,64±12,19 134,0 (59-145)
	$\chi^2=6,471$ p=0,167	$\chi^2=3,594$ p=0,464	$\chi^2=1,370$ p=0,849	$\chi^2=1,129$ p=0,890
Nüks Varlığı				
Evet	73,13±6,96 75,0 (23-75)	34,86±0,64 35,0 (30-35)	18,09±6,48 17,0 (7-35)	131,42±11,53 134,0 (59-145)
Hayır	73,32±5,79 75,0 (31-75)	34,78±0,93 35,0 (29-35)	17,66±6,08 17,0 (7-35)	132,44±9,30 134,0 (76-145)
	z=1,173 p=0,241	z=0,599 p=0,549	z=0,410 p=0,682	z=0,485 p=0,627

z:Mann Whitney U Testii, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Yaş ile SİÖÖ-Aşknlık puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,140$ $p=0,014$).

Çocuk Sayısı ile SİÖÖ-Aşknlık, SİÖÖ-Doğa ile Uyum ve SİÖÖ-Anomi puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,138$ $p=0,020$, $r=0,130$ $p=0,028$, $r=0,122$ $p=0,040$).

KT Kür Sayısı ile SİÖÖ-Doğa ile Uyum puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,142$ $p=0,013$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Yaş, Çocuk Sayısı, KT Kür Sayısı, RT Gün Sayısı ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş		Çocuk Sayısı		KT Kür Sayısı		RT Gün Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SİÖÖ-Aşknlık	0,140	0,014	0,138	0,020	0,064	0,260	-0,004	0,948
SİÖÖ-Doğa ile Uyum	0,109	0,056	0,130	0,028	0,142	0,013	-0,002	0,968
SİÖÖ-Anomi	0,033	0,561	0,122	0,040	0,036	0,529	0,085	0,136
SİÖÖ-Toplam	0,013	0,817	-0,034	0,569	0,009	0,868	-0,069	0,225

r: Spearman İlişki Katsayısı

4.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Toplam Puanlarının Birbiri ile ve Alt Boyut Puanları ile Arasındaki İlişki

PDÖ-Toplam puanı ile SİÖÖ-Aşkılık ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.124$; $p=0.029$, $r=0.151$; $p=0.008$).

PDÖ-Toplam puanı ile SİÖÖ-Anomi puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.121$; $p=0.034$).

BUÖ puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.586$; $p<0.001$).

BUÖ puanı ile SİÖÖ-Anomi puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.622$; $p<0.001$).

PDÖ-Kendilik Algısı puanı ile SİÖÖ-Anomi puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.113$; $p=0.048$).

PDÖ-Kendilik Algısı puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.115$; $p=0.044$).

PDÖ-Aile Uyumunu ile PDÖ-Toplam, BUÖ ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.302$; $p<0.001$, $r=0.208$; $p<0.001$, $r=0.326$; $p<0.001$).

PDÖ-Aile Uyumunu ile SİÖÖ-Anomi puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.286$; $p<0.001$) (Tablo 4.13).

4.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

PDÖ-Kendilik Algısı puanı ile PDÖ-Toplam puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,395$ $p<0,001$).

PDÖ-Gelecek Algısı puanı ile PDÖ-Toplam puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,355$ $p<0,001$).

PDÖ-Yapısal Stil puanı ile PDÖ-Toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,467$ $p<0,001$).

PDÖ-Yapısal Stil puanı ile PDÖ-Sosyal Yeterlilik puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,325$ $p<0,001$).

PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı ile PDÖ-Sosyal Yeterlilik puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,403$ $p<0,001$).

PDÖ-Aile Uyumı ile PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,170$ $p=0,003$) (Tablo 4.13).

4.5. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

SİÖÖ-Aşkınlık puanı ile SİÖÖ-Doğa ile Uyum ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,304$ $p<0,001$, $r=0,287$ $p<0,001$).

SİÖÖ-Doğa ile Uyum puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,205$ $p<0,001$).

SİÖÖ-Anomi puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,919$ $p<0,001$) (Tablo 4.13).



Tablo 4.13 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları

	PDÖ- Kendilik Algısı	PDÖ- Gelecek Algısı	PDÖ- Yapısal Stil	PDÖ- Sosyal Yeterlilik	PDÖ- Aile Uyumu	PDÖ- Sosyal Kaynaklar	PDÖ- Topla m	BUÖ	SİÖÖ- Aşkınlık	SİÖÖ- Doğa ile Uyum	SİÖÖ- Anomi	SİÖÖ- Toplam
PDÖ-Kendilik Algısı	r 1.000 p .											
PDÖ-Gelecek Algısı	r 0.027 p 0.640	1.000 .										
PDÖ-Yapısal Stil	r 0.027 p 0.631	-0.010 0.865	1.000 .									
PDÖ-Sosyal Yeterlilik	r 0.085 p 0.135	0.059 0.300	-0.041 0.468	1.000 .								
PDÖ-Aile Uyumu	r -0.040 p 0.484	-0.086 0.132	0.076 0.185	-0.108 0.058	1.000 .							
PDÖ-Sosyal Kaynaklar	r 0.025 p 0.661	-0.001 0.988	0.051 0.372	0.047 0.410	-0.170 0.003	1.000 .						
PDÖ-Toplam	r 0.395 p <0.001	0.355 <0.001	0.467 <0.001	0.325 <0.001	0.302 <0.001	0.403 <0.001	1.000 .					
BUÖ	r -0.046 p 0.419	-0.024 0.676	-0.026 0.646	0.008 0.883	0.208 <0.001	0.005 0.930	0.042 0.466	1.000 .				
SİÖÖ- Aşkınlık	r 0.089 p 0.118	-0.018 0.752	0.034 0.549	-0.032 0.574	0.107 0.059	0.033 0.562	0.124 0.029	0.071 0.213	1.000 .			
SİÖÖ-Doğa ile Uyum	r -0.012 p 0.834	0.022 0.702	-0.018 0.750	-0.086 0.129	0.089 0.117	0.040 0.483	0.065 0.257	0.030 0.601	0.304 <0.001	1.000 .		
SİÖÖ-Anomi	r 0.113 p 0.048	0.022 0.695	-0.088 0.122	-0.021 0.717	-0.286 <0.001	-0.007 0.899	-0.121 0.034	-0.622 <0.001	-0.026 0.649	-0.042 0.467	1.000 .	
SİÖÖ-Toplam	r -0.115 p 0.044	-0.016 0.785	0.073 0.203	0.019 0.736	0.326 <0.001	0.006 0.912	0.151 0.008	0.586 <0.001	0.287 <0.001	0.205 <0.001	-0.919 <0.001	1.000 .

r: Spearman İlişki Katsayısı

5. TARTIŞMA

5.1. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması 101,21 bulunmuştur. Ölçeğe göre puan artışı, bireyin psikolojik açıdan dayanıklı olduğunu göstermektedir. Çalışmada alınan puana bakıldığında popülasyondaki bireylerin psikolojik açıdan dayanıklı grupta yer aldıkları düşünülmektedir. Eren, yaptığı araştırmada hematolojik hastaların psikolojik dayanıklılık ölçek puanını $132,38 \pm 20,74$ olarak, Akyüz, yaptığı çalışmada meme kanseri olan hastaların psikolojik dayanıklılık ölçek puanını $130,91 \pm 18,26$, Yalçın ise meme kanserli hastalar üzerine yaptığı çalışmada bireylerin psikolojik dayanıklılık ölçek puanını $123,68 \pm 17,45$ olarak tespit etmiştir (M. Akyüz et al., 2017; Eren, 2019; Yalçın, 2015). Puan sonuçları benzerlik göstermekle beraber bu araştırmada daha düşük puan elde edilmiştir. Araştırmanın görece puan düşüklüğünü; ele alınan hastaların farklı kanser türlerine sahip olması, tedavilerin tek tip kanser hastalarına göre agresif seyretmesi, prognozun daha kötü olması gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada erkeklerin psikolojik dayanıklılık toplam puan yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alpay tarafından 2024'te ayaktan kemoterapi uygulanan kanserli hastalar üzerinde, Çakır'ın 2019'da cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da erkeklerin psikolojik dayanıklılık toplam puanının yüksek olması çalışmayı destekler niteliktedir (Alpay, 2024; Çakır, 2019). Alpay ve Çakır'ın çalışmasındaki sosyo demografik verilerin ve ele alınan kanser türlerinin bu çalışmadakine benzer olması anlamlı sonucu oluşturduğu düşünülmektedir. Yapılan mevcut araştırma bulguları kadınların stresli durumlarda, erkeklere göre psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğunu belirtmektedir (Masood et al., 2016). Çalışmadaki kadınların dayanıklılık düşüklüğünü; Türk toplumunda aile birliğinin devamlılığının sağlanması hususunda kadın ve erkeğe atfedilen geleneksel roller hasebiyle, kadının kanser dahi olsa ev işleri

gibi fiziksel yüklerin ve diğer sorumluluklarının değişmemesinin ve kadınların geride bıraktıklarına kimlerin bakacağı hususundaki duygusal yaklaşımının yıpratıcı etkisinin erkeğe göre fazla oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikolojik dayanıklılığı yükselten dış destek sistemler; bireylerin zorlukların üstesinden gelme mücadelelerine destek olabilecek olan arkadaşlar, öğretmenler, komşular ve diğer kişileri kapsayabilmektedir. Ayrıca zor durumlar karşısında destekleyici bir eğitim çevresine ve sosyal etkileşim ile iş birliği gerektiren hobilere sahip olmak gibi, kişinin yanında aile dışından birilerinin varlığının da bu süreçte önemli olduğu öne sürülmektedir (Çetin, 2011).

Araştırmada çalışma durumuna göre bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puanları arasında çalışan lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışmada çalışan bireylerin PDÖ-Gelecek Algısı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alpay tarafından 2024'te ayaktan kemoterapi uygulanan kanserli hastalar üzerinde, Çakır'ın 2019'da kolorektal kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, psikolojik dayanıklılık üzerinde çalışma durumunun etkisiz olması çalışmanın aksini göstermektedir (Alpay, 2024; Çakır, 2019). Bu farklılığı çalışmadaki örneklemin yüksek öğrenim gören bireyler bakımından fazla oluşuna ve çalışan birey yüzdesinin de daha fazla olmasına bağlanabilir. Yüksek sosyo ekonomik gruptaki hastaların dayanıklılığı yükselten faaliyetlere yaşamlarında daha fazla yer verme ihtimali bu çalışmadaki dayanıklılık-gelecek algısı puanını yükseltmiş olabileceğini düşündürmektedir. Alpay'ın örneklem grubundaki hastaların %60,5'inin Çakır'ın %62,1'inin gelirinin giderinden az olması, çalışma durumunda bile gelecek olan gelirin yine giderlere harcanacağını ve dayanıklılığı artıran faaliyetlere ulaşımın yine engelleneceği düşünülebilir. Çalışmayı destekler nitelikte başka bir literatür bulunamamıştır.

Çalışmada eğitim durumuna göre bireylerin PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanları kıyasında, ortaokul mezunlarının PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanının diğerlerine göre anlamlı düşük bulunması istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. Çalışmada sosyal kaynaklar olarak nitelen kavram; bireyin hayatında önemli bir yere sahip olan

annesi, babası, kardeşi, arkadaşı, sevgilisi, öğretmeni ve onu gelişim açısından etkileyen diğer tüm bireyleri kapsadığı düşünülebilir. Çalışmadaki hastaların ortaokul döneminde sosyal kaynaklar açısından nasıl bir eksikliğe maruz kaldıkları ve bu puan düşüklüğüne nelerin sebep olduğunu açıklayamamaktadır.

Kronik hastalık durumuna göre bireylerin PDÖ-Yapısal Stil, PDÖ-Sosyal Kaynaklar, PDÖ-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin toplam puan ortalaması $102,30 \pm 6,70$ olup kronik hastalığı olmayanlara göre yüksektir. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinden alınabilecek puanın 33-165 arasında olduğu ve puanın artmasıyla psikolojik dayanıklılığın da arttığı düşünüldüğünde, çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik dayanıklılıkları orta düzeyin (99 puan) üstünde bulunmuştur. Bu çalışma kronik hastalık varlığının hastaya dayanıklılık kazandırdığını desteklemektedir. Literatü incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük-orta arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Çuhadar ve arkadaşlarının 2014'te kök hücre nakli yapılan hastalar ve hastaların yakınları üzerinde yaptıkları araştırmada, Özdemir ve arkadaşlarının 2019'da ve yine Karadağ ve arkadaşlarının 2019'da başka hemodiyaliz hastaları üzerinde, Şentürk ve arkadaşlarının 2024'te kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyin üstünde olduğunu belirtmişlerdir (Çuhadar et al., 2016; Karadag et al., 2019; Ozdemir, 2019; Şentürk et al., 2024). Bu çalışma da dahil olmak üzere örnek verilen çalışmaların mevcut verilerine bakıldığında kronik hastalığa sahip bireylerin, olmayanlara göre daha yüksek puan almalarını yani psikolojik açıdan daha dayanıklı çıkmış olmalarını; kronik hastalık sahibi bireylerin stres ve hastalık oluşturan unsurlarla mücadele etme yöntemlerini tecrübe edip psikolojik dayanıklılık özelliklerini bünyelerine kazandırmış olmalarına bağlanabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları kaynaklı maruz kaldıkları yaşamsal zorlukların kendilerine edindirdikleri kazanımlar ile hayatlarını idame ederken gerek iş yerinde gerek toplu alanlarda gerekse evde karşılaştıkları olası riskleri hesaplayarak günlerini iyi planlaması, hastalıklarını ve yaşamını yönetme ve organize etme becerisini kronik hastalığı olmayan bir bireye göre daha etkili yapması beklenebilir ve bu durum çalışmanın verilerinden olan pdö-yapısal stil alt boyutu

açısından neden yüksek puan alındığını açıklar niteliktedir. Kronik hastalığa sahip bireyler yaşamlarını idame ederken çoğunlukla sosyal destek kaynaklarına ihtiyaç duyabilmektedirler. Bireylerin kronik hastalık kaynaklı çevreye bağımlılığı arttıkça ihtiyaçlarına binaen yeni sosyal destek kaynaklarının oluşumuna daha muhtaç hale gelebilmektedirler. Bireyin ailesinde veya ailesi haricinde edindiği sosyal destek kaynakları, bireyin yaşamına daha olumlu açıdan bakmasını ve başına gelen stresli olaylarla daha kolay mücadele etmesini sağlamak amacıyla artış gösterebilir. Bu durum bu çalışmadaki kronik hastalığı olan bireylerin sosyal kaynaklar açısından kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek olmasını açıklayabilmektedir.

Çalışmada eşleriyle yaşayan bireylerin hem PDÖ-Toplam puanları hem PDÖ-Sosyal Kaynaklar alt boyut puanları çocuk ve akraba ile yaşayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Eş yakınlığının getirdiği duygusal bağın, bireyin kendini daha güvende hissetmesini sağlamasına ve stresle daha kolay başa çıkmasına böylece hastaların psikolojik dayanıklılıklarını yükseltmesine olanak sağladığı düşünülmektedir. Aileyi birbirine bağlayan unsurun ebeveynler olduğu düşünüldüğünde eş birlikteliği olan ailelerin sosyal kaynakları oluşturan çocukların da aileye katılımını artıracak ve sosyal kaynak puanını yükselteceği düşünülmektedir. Bu çalışmadan sonuçla bireylerin tanıdık yakın çevrelerinden uzaklaştıkça psikolojik dayanıklılık kaybına uğradıkları söylenebilir.

Çalışmanın diğer değişkenlerinin PDÖ puan karşılaştırmasına bakıldığında, yapılan karşılaştırmalara göre PDÖ-Aile Uyum puanları ile “Bakım Verici Varlığı”, “Kanser Tipi” “Kanser Evresi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Çalışmada “Bakım Verici Varlığı”nın ‘Aile Uyum’ alt boyutu incelemesinde; bakım vericisi olmayanın aileye uyum hususunda görülen puan düşüklüğü bu istatistiksel anlamlı farklılığı oluşturduğu düşünülmektedir. Çalışmadaki hastaların bakım vericilerinin çoğunun aileden olması, aile uyumu alt boyutu açısından bu istatistiksel anlamlılığı oluşturduğu düşünülmektedir.

PDÖ Aile Uyum puanları bakımından Kanseri Tipi ikili karşılaştırmalarında pankreas, akciğer ve meme kanserine sahip kişilerin aile uyumu alt boyutundan aldıkları düşük puan bu istatistiksel anlamlı farklılığı oluşturduğu göstermektedir. Mortalitesi yüksek olan kanserlere yakalanan hastaların diğer kanserlere göre daha ağır kemoterapi alışları ve bu kemoterapinin yol açtığı bedensel imaj bozuklukları hastalarda sosyal geri çekilmeye sebep olabilmektedir. Hastaların daha ağır cerrahi tedaviler geçirmeleri, mastektomi olan hastaların evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceğı korkusu, bitmeyen nüks oranları ve uzun tedavi süreçleri bu hastaları sosyal ilişkilerini sürdürebilmeleri için gerekli enerjiyi bulmakta zorlamakta ve ailelerine en çok ihtiyaç duydukları anlarda ise istedikleri desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Tüm bu durumlar hastaları hem bedensel hem de mental olarak aşırı yıpratmakta olup hastaların geleceğı umutla bakmalarını engellediğinden aileye ve hayata uyumlarının sekteye uğraması bu çalışmadaki mortalitesi yüksek kanserlere yakalanan hastalardaki aile uyumu puan düşüklüğünü açıklar niteliktedir. Isparta’da psikiyatri ve radyasyon onkoloji öğretim üyelerince meme kanserli hastaların aile uyumu üzerine yaptıkları bir çalışmada ele aldıkları olguların %93,3’ünde hastalık süresinden bağımsız olarak aile işlevi genel fonksiyonlarının bozulmuş olduğu sonucuna varılan bu çalışma, bu çalışmayı destekler niteliktedir (Atay, Kaya, Yalçın, Ünal, 2015). Bu çalışmada ele alınan hastalardan meme kanserli hasta varlığının bu benzerliğe yol açtığı düşünülmektedir. Kanseri hastalarının eşlerinin duygusal destek açısından en önemli kaynak olduğu ve sağlıklı iletişim kuramadıklarında stres düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (Lichtman et al., 1987).

PDÖ Aile Uyumu puanları bakımından Kanseri Evresi ikili karşılaştırmalarda Evre yok—Evre-2, Evre yok—Evre-3 arasında; herhangi bir evre sınıflaması bulunmayan (evre yok) kanserli hastaların aile uyumu alt boyutundan aldıkları yüksek puanın istatistiksel anlamlı bir farkın oluşmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadaki evreleme sistemi olmayan kanserler, evreleme sistemine sahip olan kanserlere oranla daha hafif seyreden daha hafif kemoterapi dozları alan genelde hastaları öldürmeyip ölene kadar tedavi ve kontrol sirkülasyonu ile devam eden, hastaların o hastalıkla yaşamalarına alışmaları gerektiğı söylenen multiple myelom gibi monoklonal gamaopatinin olduğu hematopoetik çoğalmaların görüldüğü

hastalardan oluşmaktaydı. Tedavi süreçlerinin daha az yıkıma sebebiyet verdiği bu kanserli hastaların psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan aile uyumundan aldıkları yüksek puanı; bedensel ve ruhsal daha az çökkünlük yaşayıp daha az aile içi çatışma yaşamalarına, daha uzun bir kronik hastalık sürecini kapsamaması nedeniyle aile ile daha uzun beraberlik süreci geçirmelerine ve böylece aile ile ilişkilerinin, aile uyumunun evreleme sistemine sahip kanser vakalarına göre daha yüksek olmasına bağlanabilir. Literatür araştırmasında evreleme sistemi olmayan kanserlerin dayanıklılığı üzerine yapılan bir çalışmaya rastlanılamadığından kıyaslama yapılamamıştır.

Çalışmadaki PDÖ-Gelecek Algısı puanları bakımından Kanser Evresi ikili karşılaştırmasında Evre yok—Evre-1, Evre-1—Evre-3 arasında; Evre-1 olarak tanı konulan hastaların PDÖ-Gelecek Algısı puanlarının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Evre yok—Evre-1 kıyasında Evre-1’e sahip hastaların daha yüksek gelecek algısı içerisinde olmasının temel sebeplerinden birisinin, evresi olmayan gruptaki hastaların tanı belirsizliğinden kaynaklı hastalıklarını kafalarında tam oturtamamalarından duydukları endişenin gelecek planlarına olumsuz yansımaları olduğu düşünülmektedir. Kanser her ne kadar kötü bir hastalık olarak nitelendirilse de tanısı ve evresi kesinleşmiş olan hastanın hastalığı kabullenme ve gelecek planları üzerinde değişiklik yapma gücünün, evresi belli olmayan bir kansere göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Evre-1—Evre-3 arasında; Evre-1 olarak tanı konulan hastaların PDÖ-Gelecek Algısı puanlarının yüksekliğini; Saraç’ın 2022’de babasının larinks kanseri teşhisini almasından ölümüne kadar olan süreçte ailece yaşadıklarının Elizabeth Kübler Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabını derinden incelemesine neden olduğu çalışmasında; Elizabeth Kübler Ross’un ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri; İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklinde beş evreye ayırdığını belirttiği çalışma ile açıklanabilmektedir (Kübler-Ross & Uşşaklı, 2010; Saraç, 2022). Bu araştırma sonucunda da Evre-1’de genel anlamda inkâr, öfke ve pazarlık aşamaları görülürken evre ilerledikçe depresyon ve kabullenme süreçlerine girildiği görülmekteydi. Ayrıca Evre-1’deki hastaların daha düşük doz

kemoterapi almaları Evre-3'teki hastalara oranla daha az fiziksel yıkıma uğramaları hayatsal faaliyetlerine daha hızlı tolerasyon göstermelerini sağlamakla birlikte, Evre-1 de daha fazla tedavi imkanının varlığı ve kür ihtimallerinin Evre-3'e kıyasen yüksek olması Evre-1 hastalarının gelecek algısının yüksek olmasını açıklar niteliktedir. Atay'ın kemoterapi gören kanser hastalar ile yaptığı araştırmada ise son evre kanser hastalarının kemoterapi semptomlarını daha derin yaşadığı buna bağlı olarak da psikolojik dayanıklılıklarında düşüş görüldüğü sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada ele alınan kanser türlerinin Atay'ın çalışmasında ele aldığı kanserlerle aynı olması nedeniyle benzer sonuçların elde edildiği düşünülmektedir (Atay, 2019).

5.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden maksimum 20, minimum 0 puan alınabilmekte olup ölçekten alınan puanın artması umutsuzluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Çalışmanın Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması $15,44 \pm 3,88$ 'dir. Çalışma hastalarının yüksek düzeyde umutsuzluğa sahip oldukları söylenebilir. Mystakidou ve ark. (2008) ve Somasundaram ve ark. (2016), Atan ve ark. (2020) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların BUÖ puan ortalamasını sırasıyla $9,93 \pm 7,38$, $12,37 \pm 7,06$ ve $11,63 \pm 5,34$ olarak saptanan çalışmalar, bu çalışmaya benzer çalışmalardandır (Mystakidou et al., 2008; Somasundaram & Devamani, 2016; Atan, Özer, & BahçeciOğlu Turan, 2020). Mystakidou ve arkadaşlarının 2008'de sadece ileri kanser hastaları üzerinde çalışma yapmış olması bu çalışma örneklemindeki hastaların çoğunun da Evre 3-4'ten olması ayrıca yaş ortalamasının aynı olması, Somasundaram ve arkadaşlarının 2016'da palyatif bakımla tedavi edilen kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmanın hem örneklemindeki kanser hastalarının bu çalışmadaki gibi 18-85 yaş arasından rastgele seçilmiş olması hem de bu çalışmada ele alınan hastaların çoğunun da Evre 3-4'ten olması palyatif bakıma yakın olan ileri evre hastalardan olması çalışmaların umutsuzluk bakımından neden sonuç benzerliği sağladığını düşündürmektedir. Atan ve arkadaşlarının 2020'de kanser hastaları üzerinde yaptıkları araştırmanın umutsuzluk düzey benzerliğini bu çalışmada ele aldığı örneklem grubundaki ilk 3 kanser olan kolon, akciğer ve meme kanserinin her iki çalışmada da en yüksek ilk 3'te olması ve mortalitesinin yüksekliğinin yıkıma umutsuzluğa daha

çok neden olmasına bağlanabilmektedir. Örnekleme kanser hastaları olup BUÖ puan ortalamasının bu çalışmadan düşük olduğu tespit edilen çalışmalar da bulunmaktadır. Madani ve ark.(2019), Yıldırım ve ark. (2009) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada BUÖ puan ortalaması sırasıyla $5,93\pm4,71$, $5,20\pm4,39$ olarak saptanmıştır (Madani et al., 2018; Y. Yıldırım et al., 2009). Bu çalışmada BUÖ puanının benzer çalışmalara kıyasla yüksek olmasının ve çalışmadaki hastaların daha umutsuz olmasını; Madani ve arkadaşlarının 2019'da çalışmayı İran'da yapmış olmalarından İran kültürel yapılarının umutsuzluğa daha az meyilli olabilme ihtimalinden, çalışmalarındaki mortalitesi yüksek kanserlerin toplam yüzdelerinin bu çalışmaya oranla daha düşük olmasına bağlanabilir. Yıldırım ve ark. (2009) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, umutsuzluk düzey düşüklüğünü bu çalışmadaki hastalara oranla daha genç hastalar olmalarına (47,64 yaş), genç hastaların yaşam enerjilerinin yüksekliğinin umut düzeylerini de yükseltebilme ihtimalinden ve bu çalışmadaki çalışan hasta yüzdeliğinin daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Metastaz ve nüks açısından her grupta ayrı hasta bulmanın zorluğu ve metastaz ve nükslerin ayrı ayrı tespit edilebileceği hasta dosyalarına erişme olanağının mümkün olmaması nedeniyle çalışma hastalarının metastaz ile nüks durumlarının tespiti ancak hasta beyanlarının anket yansımalarıyla sağlanabilmektedir. Lakin hastalarının çoğunun nüks ile metastaz ayrımını yapamayacak bilgi düzeyinde olduklarının fark edilmesi üzerine metastaz ve nüks aynı kategori altında değerlendirilmiştir. Çalışmada Metastaz/Nüksü olan bireylerin BUÖ puan ortalaması $14,92\pm4,26$, Metastaz/Nüksü olmayan bireylerin BUÖ puan ortalaması $15,94\pm3,40$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya göre metastazı/nüksü olan hastaların daha umutlu olduğu tespit edilmiştir. Literatür taramasında bu çalışmayı destekleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu çalışmada aksi sonuçlar elde edilse de metastazın kanser hastaları üzerinde yalnızlığa ve umutsuzluğa neden olduğu bilinmektedir (Mystakidou et al., 2009; Pehlivan et al., 2012). Doğan ve arkadaşlarının ileri evre akciğer kanser hastaları üzerine yaptıkları çalışma, metastazı olan hastalarda umutsuzluk düzeyinin yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Doğan et al., 2021). Doğan ve arkadaşlarının çalışmalarını akciğer kanseri gibi mortalitesi yüksek olan tek tip bir kanser üzerine yoğunlaştırmış olmaları, metastazlı hastalarının yüksek umutsuzluk

düzeyine sahip olmasına neden olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada kür sağlanmış veya düşük evrelerde kanser tanısı almış olup çalışma hayatına devam eden hastaların yaşamlarının rutin seyrinde metastaz/nüks ile karşılaşmış olmaları onları çalışma hayatından uzaklaştırmış olabilir. Bu çalışmada da çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla daha umutsuz oldukları tespit edilmiştir. Daha önce bir işte çalışıyor olan hastaların metastaz veya nüks ile çalışamaz hale gelmesi çalışmadaki metastaz/nükslü bireylerin umut düzeyindeki meydana gelen artışı açıkladığı düşünülmektedir.

Çalışan bireylerin BUÖ puan ortalaması $16,82 \pm 2,72$, çalışmayan bireylerin BUÖ puan ortalaması $15,25 \pm 3,98$ 'dir. Çalışan bireylerin umutsuzluk düzeylerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Çalışan bireylerin daha umutsuz olduğu tespit edilmiştir. Fadiloğlu ve arkadaşlarının meme kanserli hastalar, Demirel ve arkadaşlarının ise metastazlı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların çalışma durumlarının umutsuzluk üzerine etkisiz olduğu tespit edilmiştir (Demirel et al., 2015; Fadiloğlu et al., 2006). Demirel ve arkadaşlarının 2015'te metastaz durumuna göre kanser hastalarının umutsuzluk düzeylerini ölçtüğü çalışmada; çalışmayan ve metastazlı olmayan hastaların yüzdelerinin bu çalışmadan daha yüksek olması ayrıca çalışma durumunun da metastazın da umutsuzluğu etkilemiyor olup bu çalışmada çalışmanın umutsuzluğu artırdığı, metastazın ise azalttığı sonucuna ulaşılmasıyla açıklanabilmektedir. Fadiloğlu'nun çalışmasında çalışmanın sadece meme kanseri ve sadece kadın cinsiyeti üzerinde çalışılmış olması bu çalışma ile arasındaki farklılığı oluşturmuş olabilir. Bu çalışmadaki çalışan kanser hastalarının umutsuzluk düzeyinin yüksekliğini; kanser hastalarında, kanser tedavisinin olumsuz etkileriyle birlikte işini kaybetme, iş bulamama korkusu, çalışmak için kendinde yeterli gücü bulamama, dikkatini işe verememe ve çalışma hayatında başarısızlık gibi düşüncelere bağlanabilmektedir.

Frankl nazi kamplarında yaşadığı tecrübelerini aktardığı "İnsanın Anlam Arayışı" adlı kitabında kampta yaşadıkları bütün zorluklara, acı ve ölümlere rağmen hayatı anlamlı ve amaçlı kılan unsurun insanın elinden alınamayan ruhsal ve spiritüel özgürlük olduğunu ve bu tür aktivitelerin büyük bir rahatlama kaynağı oluşturduğunu

ifade etmektedir (Frankl, 2018). Spiritüalite, zorluklara karşı sağlam duruş sergilemede önemli katkısı olan bir baş etme sürecidir. Spiritüel baş etme stratejileri özellikle “insanların sınırlarını zorlayan” durumlarda etkili olmaktadır (Pargament et al., 2005).

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeyleri olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Ata'nın 2018'de kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığının umutsuzluk üzerinde etkisiz olduğu tespit edilmiştir (Ata, 2018). Ata'nın çalışmasının, bu çalışmadan çoklu sosyo demografik veri farklılığı (çalışan birey, yaş, mortalitesi yüksek kanser oran farklılığı) sonuç farklılığını oluşturduğu düşünülmektedir.

5.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatür taramasında bu çalışmada kullanılan Ekşi ve Kardaş tarafından 2017'de Türkçe'ye kazandırılan; 3 alt boyutlu (Anomi, Aşkınlık, Doğa ile uyum) Yetişkinlerde Spiritüel İyi Oluş ölçeğini kanser hastaları üzerinde kullanan herhangi bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Kanser hastaları üzerine yapılan ve spiritüaliteyi ölçen çalışmaların çoğunda; Aktürk ve arkadaşlarının 2017'de ülkemize kazandırdıkları ve 3 alt boyutu olan (Anlam, Barış ve İnanç), Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp 12) kullanılmıştır. Alt boyutların farklılığı nedeniyle literatürde kanser hastalarıyla yapılan spiritüalite ölçümünü FACIT-Sp 12 ile yapan çalışmaların sonuçlarını bu çalışma ile kıyasladığımızda alt boyutlar açısından değerlendirilme yapılamamıştır.

Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması $131,94 \pm 10,44$ 'tür. Araştırmadaki bireylerin spiritüel açıdan yüksek bireyler oldukları tespit edilmiştir. Yıldırım ve Kes'in araştırmasında (2021) SİÖÖ toplam puan ortalaması $113,17 \pm 14,98$; Duran ve arkadaşlarının (2022) araştırmasında $122,70 \pm 16,75$; Korkut ve arkadaşlarının (2023) araştırmasında $108,19 \pm 25,84$ olarak bulunmuştur (Aydın Yıldırım & Kes, 2022; S. Duran et al., 2020; Korkut et al., 2024). Literatürdeki araştırmalarla benzer şekilde bu çalışmada hastaların spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Bu araştırma ve bahse konu edilen çalışmalar, bireylerin kültürel

özellikleri ve yaşadıkları coğrafyaların benzer olduğu çalışmalardır. Bu çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğunun dinine bağlı oluşu ve hastalık sürecini kadereci bir yaklaşımla ele almalarının spiritüel iyi oluş düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu düşünülebilir.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Aşknlık 73,23±6,38, Doğa ile Uyum 34,82±0,80, Anomi 17,87±6,27 olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki hastaların, SİÖÖ alt boyutlarından en yüksek puanı aşknlık (doğa üstü gücün varlığına inanmak) alt boyutundan, en düşük puanı ise anomi (bunalım, boşluk hali) alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Hastalar her şeyden üstün ilahi bir varlığın varlığına inandıklarında (aşknlık), spiritüel iyi oluş düzeylerinde artış olduğu gözlenmektedir. Anomi alt boyutun maddelerine bakıldığında “hayata dair hoşnutsuzluk hissederim”, “hayattan zevk almam”, “hayatın amacını bulabilmiş değilim” şeklinde olumsuz ifadeler bulunmaktadır. Yani anomi alt boyutundan elde edilen yüksek puanlar hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin iyi olmadığını göstermektedir (Gencer et al., 2021). Spiritüalitenin strese karşı koruyan destek mekanizmalarından biri oluşu göz önünde bulundurulduğunda; çalışmaya dahil edilen bireylerin mücadele ettiği kanser gibi bir stresörün varlığı hastaları bu stresörden korumaya iten ilahi bir gücün varlığını ifade eden Aşknlık alt boyutundan yüksek puan almaya sevk etmiş olabilmektedir. Aşknlık alt boyutu spiritüaliteyi besleyen, anomi ise spiritüel iyi oluşu kötü etkileyen bir alt boyut olduğundan, stresörlerle mücadelede spiritüaliteden destek alan bireyin aşknlık alt boyutundan yüksek, anomi alt boyutundan düşük puan alması beklenilmesi gereken bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların SİÖÖ-Anomi puan ortalamasının erkeklere göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı farklılığı oluşturmuştur. Kadınların Anomi puan yüksekliği, spiritüel iyi oluş düzeyinin erkeklere göre daha düşük olduğunu gösterir. Anomi alt boyutundan elde edilen yüksek puanlar hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin iyi olmadığını göstermektedir. Türk toplumunda kadınların kanser tanısı almış olmaları ne yazık ki toplumsal sosyal rollerinden vazgeçebilecekleri veya ailedeki sorumluluklarında azalma olacağı anlamına gelmemektedir. Daha önce ev ve

iş yerindeki sorumluluklarla mücadele eden kadının, kanser tanısı alması ile kendisine bir şey olması durumunda geride kalan aile bireylerine ne olacağı belirsizliği ile ekstra mücadele etmek zorunda kalması çalışmamızdaki kadınların anomi puan yüksekliğine neden olduğu düşünülmektedir.

Mesleklere göre bireylerin SİÖÖ-Toplam ve SİÖÖ-Anomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmadaki bu istatistiksel anlamlı farklılığı sağlayan unsur; en düşük SİÖÖ-Toplam puanın ev hanımlarında, en yüksek SİÖÖ-Anomi puanının ise yine ev hanımlarında oluşunun tespitidir. Anomi (bunalım, boşluk hissi), SİÖÖ puanını düşüren ve spiritüel iyilik oluşu olumsuz etkileyen bir alt boyuttur. Çalışmanın ev hanımı olan bireylerinde görülen bu anlamlı anomi puan yüksekliği SİÖÖ'deki toplam puan düşüklüğünü de açıkladığı düşünülmektedir. Ev hanımı hastalarında bunalım ve yaşamlarında hissettikleri boşluk hissi arttıkça spiritüel iyi oluşlarında da ciddi düşüş görüldüğü söylenebilir. Cinsiyete dayalı iş bölümünün cinsiyet bağımlı değişmesi toplumda eşitsizliklere sebep olmakla birlikte (Özaydınlık, 2014), yemek pişirme, temizlik, çamaşır yıkama gibi rutin işlerin (Sayer, 2010), erkeklere oranla kadınların sorumluluğu ile ilişkilendirildiği (Hoshino et al., 2016; Lachance-Grzela & Bouchard, 2010) ve çalışmayan kadınlara ev ve aile ile ilgili konularda hala daha fazla sorumluluk yüklendiği bilinmektedir (Perales et al., 2015). Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek depresif belirtilerin tespit edilmesi, evdeki çoklu rollerin yükü ile açıklanmaktadır (Patel et al., 1999). Bu kapsamda, ev hanımlarında anomi puan düzeyinin daha yüksek görülmesi, çalışan kadınlara ve erkeklere kıyasla ev ve/veya aile içi rollerde beklentilerin daha yüksek olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada çalışan bireylerin SİÖÖ-Toplam puan ortalaması çalışmayan bireylere göre yüksek çıkmış olup çalışmayan bireylerin SİÖÖ-Aşkılık ve SİÖÖ-Anomi puan ortalaması ise çalışan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışan bireylerin genel spiritüel iyilik halleri çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayan bireylerin SİÖÖ-Aşkılık ve SİÖÖ-Anomi puan ortalaması çalışan bireylere göre daha yüksektir. Araştırmanın örneklemini, kanser hastaları olup özellikle tedavi aldıkları

süreçte çalışmak isteseler dahi çalışamaz halde olmaları nedeniyle hem kemoterapinin yan etkileri olan psikolojik bunalım ve fiziksel görüntü bozukluklarıyla mücadele edip hem de çalışma ortamlarından uzak kalmalarının verdiği buhran ile yaşamlarında hissettikleri boşluk, anlamsızlık-amaçsızlık, işe yaramazlık duyguları anomi alt boyuttan aldıkları puan yüksekliğindeki artışı açıkladığı düşünülmektedir. Çalışma ortamından çekilen hasta, hayatında oluşan boşlukla mücadelede yaşamı anlamlı ve amaçlı kılmaya araç olan ilahi veya doğa üstü bir gücün varlığına inanmanın rahatlatıcı etkisine ihtiyaç duyabilir veya bunu acılarından kaçış yöntemi olarak kullanabilir bu çalışmadaki çalışmayan hastaların aşkınlık alt boyutundan aldıkları puan yüksekliğinin bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmadaki çalışan bireylerin SİÖÖ-Toplam puan ortalamasının çalışmayan bireylere göre yüksek oluşunu literatürde destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalarda bir işte çalışma durumunun spiritüel iyi oluşu etkilediği ve bir işte çalışmanın spiritüel iyi oluşu artırdığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir (Ata, 2018; Ayhan & Öz, 2022; Gültekin, 2018). Ata'nın 2018'de kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışma örneklemindeki hastaların kanser olması, eğitim durum bakımından bu çalışmaya benzer şekilde ilkokul mezunlarının çoğunlukta olması, teşhis konulan hasta çoğunluğunun bu çalışmadaki gibi 0-6 aylık dönemde olması, hastaların çoğunluğunun evre 3-4 tanılı hastalar olması, ele alınan kanser türlerini de benzer olması ve hastaların çoğunluğunun çalışmayan kesimden olması, Ayhan ve Gültekin'in çalışmalarındaki çoklu sosyo demografik benzerliklerin benzer sonuçlara sebep olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadaki kanser hastalarının, çalıştıkları ortamlardaki sağlıklı bireylerle olan etkileşimleri sonucu iyi ilişkiler kurma, konuşma, yaratıcılık, tecrübe kazanma gibi manevi ihtiyaçlarını karşılamada çalışma ortamının sunduğu fırsatları değerlendirip kişisel bir doyuma erişip böylece spiritüel iyilik düzeylerini yüksek tuttukları düşünülmektedir. Özdemir ve Karataş'ın Koah hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada araştırmaya dahil edilen bireylerin çalışma durumları ile SİÖÖ toplam puanı arasında ilişki tespit edilmemiştir bu durumu çalışmalardaki hasta gruplarının farklılığından kaynaklandığını, çalışmayan kanser hastalarında oluşan yüksek anomik duygu varlığını çalışma ortamının düşürdüğü söylenebilmektedir (Özdemir & Karataş, 2024).

Çalışmadaki bireylerin SİÖÖ Aşkınlık puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Üniversite ve üzeri—Okuma yazma bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. SİÖÖ Anomi puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Üniversite ve üzeri—Ortaokul mezunu, Üniversite ve üzeri—İlkokul mezunu, Üniversite ve üzeri— Okuma yazma bilmeyenler, Lise mezunu—İlkokul mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça aşkınlık ve anomi alt boyut puan ortalamasının azaldığı, toplam spiritüel iyi oluş puanlarının arttığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça anomi puan ortalamasının azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu istatistiksel anlamlılığı üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerin anomi puan ortalamasındaki ciddi düşüş sağlamaktadır. Çalışmada eğitim düzey artışı hastaların boşlukta kaybolma hissini, yaşamda anlamsızlık ve amaçsızlıklarını ifade eden anomiyi azalttığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan kanser hastalarının stresle baş etme yöntemi olarak edindikleri eğitim deneyimlerini kullanmaları, sorunlarının farkındalığını artırıp çözüm bulmak için destek noktalarına erişim sağlamaları anomi alt boyuttan aldıkları düşük puanı açıklar niteliktedir.

Çalışmadaki bireylerin SİÖÖ Aşkınlık puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarda Üniversite ve üzeri—Okuma yazma bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışmadaki bireylerin eğitim düzeyi arttıkça aşkınlık puan ortalamasının azalması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu istatistiksel anlamlılığı üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerin aşkınlık puan ortalamasındaki ciddi düşüş sağlamaktadır. Bu çalışma sonucunda eğitim düzeyinde artış olan hastaların ilahi-doğa üstü bir gücün varlığına olan inançlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastalarımızın Anomi alt boyutundan daha düşük puan alması yaşamlarında daha az anlamsızlık-amaçsızlık ve boşluk hissettiklerini göstermektedir. Spiritüel bir baş etme mekanizması olduğundan daha az duygusal stresle baş eden bu grup hastaların boşlukla mücadele için sığınması gereken doğa üstü varlıklara daha az ihtiyaç duyması

aşkınlık puan düşüklüğünü açıkladığı düşünülmektedir. Çalışmadaki bireylerin eğitim düzeyi arttıkça spiritüel iyi oluş puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeylerindeki bu artışın hastaların yaşamlarındaki spiritüel iyi oluş düzeylerini de artırdığı söylenebilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların anomi alt boyuttan aldıkları düşük puan bile spiritüel artışı destekler niteliktedir. Özdemir ve Karataş'ın Koah hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada araştırmaya dahil edilen bireylerin eğitim durumu ile SİÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise ve üstü eğitim seviyesinde olan bireylerin okuryazar olmayan bireylere göre SİÖÖ toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özdemir & Karataş, 2024). Yılmaz ve Kara'nın kronik hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021). Kapıkıran ve arkadaşlarının araştırmasında okuma yazma bilmeyen bireylerde spiritüel refah düzeyinin en düşük seviyede olduğu ifade edilmiştir (Kapıkıran et al., 2021). Literatürdeki tüm bu araştırma sonuçlarının birbirini desteklemesi ve bu çalışma ile ortak yanı, bir stresör olan kronik hastalık mevcudiyetine bağlanabilmektedir. Eğitim seviyesindeki artışla birlikte bilgi donanım düzeyinin arttığı, ekonomik refahın yükseldiği, yaşam kalitesinin arttığı ve bunlara bağlı olarak spiritüel oluş düzeyinin yükseldiği düşünülmektedir. Çalışmamızın aksine Dalcalı ve ark.'nın 2021'de onkolojik hastalar üzerine FACIT-Sp 12 ölçeğiyle yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça maneviyata yönelimin azaldığını tespit etmişlerdir (Dalcalı et al., 2021; Kavalalı Erdoğan, 2019). Çalışmaya dahil edilen bireylerin yüksek çoğunluğunun okuma yazma bilmeyenlerden ve ilköğretim okur yazarlığı olan bireylerden seçilmiş olması ayrıca bu çalışma ölçeğinden farklı bir ölçek olan FACIT-Sp 12 ölçeğinin kullanılmış olması bu çalışmadan farklı sonuçlar elde etmelerine neden olabilmektedir. Alpay'ın 2024'te FACIT-Sp 12 ölçeği ile onkolojik hastalar üzerine yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin spiritüel/manevi iyilik durumuna etkisinin olmadığını tespit etmesi bu çalışmanın aksini destekler niteliktedir (Alpay, 2024). Alpay'ın çalışmasındaki mevcut farklılığı bu çalışmanın ölçeğinden farklı bir ölçek olan FACIT-Sp 12 ölçeği ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada kronik hastalığı olan bireylerin SİÖÖ-Anomi ortalama puan yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip bireylerin spiritüalitenin anomi alt boyutundan aldıkları bu yüksek puan hastaların yaşamlarındaki anlamsızlık, amaçsızlık ve yaşamlarındaki boşluk hissinin artmışlığının göstergesidir. Çalışmadaki hastalar için kanser tek başına bile yeterli fiziksel ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olurken buna ek başka kronik hastalık varlığı hastaların duyduğu ağrıyı, duygusal ve fiziksel yorgunluğu daha derinden hissetmelerine neden olup hayata karşı bezgin/anomik hissetmelerine neden olabilmektedir. Alpay'ın 2024'te Ata'nın 2018'de FACIT-Sp 12 ölçeği ile onkolojik hastalar üzerine yaptığı çalışmada, bu çalışmanın aksine kronik hastalık varlığının spiritüel iyilik düzeyini etkilemediği saptanmıştır (Alpay, 2024; Ata, 2018). Alpay'ın ve Ata'nın çalışmasındaki bu farklılığı bu çalışma ölçeğinden farklı bir ölçek olan FACIT-Sp 12 ölçeği ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada kanser hastalarının tanı konma sürelerinin SİÖÖ-Aşkınlık alt boyutu açısından kıyaslanmasında kanser tanı süresi iki ay ve üzeri olan hastaların SİÖÖ-Aşkınlık puan ortalamalarında görülen düşüklük istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum tanı konma süresi iki ay ve üzeri olan hastaların ilahi/doğa üstü gücün varlığına olan inançlarında düşüklüğe neden olmaktadır. Çalışmamızda Aşkınlık alt boyut harici Anomi, Doğa ile uyum alt boyutlarında ve SİÖÖ-Toplam puanda istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. FACIT-Sp 12 spiritüel ölçeğindeki Anlam boyutu; anlamlı hayatı tabir ederken, SİÖÖ'deki Anomi; anlamsız hayatı ifade etmektedir. FACIT-Sp 12 spiritüel ölçeğinin Anlam alt boyutu ölçek toplam puanı ile düz toplanıp, Anlam boyutundan alınan puan artışı spiritüel iyilik düzeyini de artırırken, bu çalışmada kullanılan SİÖÖ alt boyutu olan Anomi, SİÖÖ ile ters puanlanıp spiritüel iyilik oluşu olumsuz etkilemektedir. Ata tarafından 2018'de, Hendricks-Ferguson'un 2008'de FACIT-Sp 12 spiritüel ölçeği ile kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmalarında; teşhis konulma zamanına göre spiritüel iyi oluş düzeyi kıyaslamasında; teşhis konulma zamanı uzayan hastaların FACIT-Sp 12'nin Anlam alt boyutundan daha düşük puan aldıklarının gözlenmiştir (Ata, 2018; Hendricks-Ferguson, 2008). Ata'nın kullandığı ölçekteki Anlam alt boyutundan alınan düşük puan SİÖÖ'deki Anomi alt boyutundan yüksek puan almaya tekabül ettiği

düşünülmektedir. O zaman Ata ve Hendricks-Ferguson'un ayrı ayrı yaptıkları çalışmada ulaşılan; teşhis konulma zamanı uzayan hastaların Anlam alt boyutundan düşük puan almaları, SİÖÖ-Anomi alt boyutundan yüksek puan alacaklarına yorulabilir. Böylece Ata ve Hendricks-Ferguson'un çalışmasına göre teşhis zamanı uzayan hastaların hayatlarında anlamsızlık duygusunda artış yaşandığı söylenebilir. Bu çalışmada ise SİÖÖ-Anomi alt boyutu açısından istatistiksel anlamlılık yoktur. Farklılığı kullanılan ölçeklerin farklılığına ve kültürel yapı farklılığına bağlanabilmektedir.

Yaş ile SİÖÖ-Aşkınılık puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kapıkıran ve arkadaşlarının abdominal cerrahi planlanan hastalar üzerine yaptıkları araştırmasında 65 yaş üstü bireylerin; Kömürcü ve Kuzu'nun diyaliz hastaları üzerine yaptıkları çalışmada 50 yaş üstü bireylerin diğerlerine göre spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kapıkıran et al., 2021; Kömürcü & Kuzu, 2022). Benzer şekilde Fradelos'un son evre böbrek hastaları üzerine yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Fradelos, 2021). Özdemir ve Karataş'ın Koah hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada araştırmaya dahil edilen bireylerin yaşları ile SİÖÖ toplam puanı arasında ilişki tespit edilememiştir (Özdemir & Karataş, 2024). Bu farklılığı bu çalışmadaki hastaların kanser olup ölüm gerçeğine yakın olmalarına bağlanabilmektedir. Ölüm düşüncesi gibi bir stresöre maruz kalan çalışma hastalarının bu stresörle mücadelede ilahi güçten dayanak almaları ve aşkınlıklarının artışı beklenen bir durumdur. Yaşlılık döneminde spiritüalite, bu dönemde meydana gelen değişimler, hastalıklar ve yaşanan zorluklarla baş etmede önemli bir etkiye sahiptir (Yüksel et al., 2021). Yaş ilerledikçe hayatın doğal akışında meydana gelen eşin ya da yakın arkadaşların vefatı, emekli olma, rol değişiklikleri, kronik veya ölümcül hastalıkların tanısını alma gibi hadiseler bireylerin stres düzeyini artırıp ruhsal sıkıntıların oluşmasına neden olabilmektedir. Yaşlılıkta yaşanan kayıplarla baş etmede dini ve manevi eğilimler önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin yaş aldıkça yaşadıkları kayıpların yerine spiritüalitel aşkınlığı koymaları yaşama tutunmalarına yardımcı olabilmektedir. Bireylerin bu dönemsel sıkıntılarla mücadelesinde üstün bir güce sığınması, onunla iletişime geçerek yardım

istemesi ve bu süreci atlatmada rehberlik umması maneviyatın olumlu bir biçimde kullanıldığını ve yaş ilerledikçe manevi iyi oluşun alt boyutu olan aşkının bu nedenle yükseldiği düşünülmektedir.

Çocuk Sayısı ile SİÖÖ-Aşkınlık, Doğa ile Uyum ve Anomi puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çocuk bakımının maddi manevi sorumluluk barındırması çalışma hastalarının spiritüalitenin Anomi (bezmişlik) alt boyutu açısından yüksek puan almalarını açıklayabildiği düşünülmektedir. Spiritualite bireyin yaşamının anlam ve amaç arayışını da kapsamaktadır, çocuk sahibi olmak çoğu birey için hayatlarının en büyük amacı olabilmektedir. Bu çalışmadaki kanser hastalarını da hayata bağlayan önemli faktörlerden birisi çocuk sahibi olmalarıydı. Lakin çocuk sayısının çokluğuyla birlikte öldükten sonra çocuklarının refahlarının devamlılığının sağlanmasından endişe duyan hastaların çocuk sayısı ile korele olarak Anomi alt boyuttan aldıkları puan artışı beklenen bir gerçektir bu durumla baş etmede bir destek mekanizması olan; aşkınlık, yani çocuklarını koruyacak bir ilahi gücün varlığına inanç ise aşkınlık alt boyutundan alınan puan yüksekliğini açıkladığı düşünülmektedir. Özellikle kemoterapi alınan süreçte hastaların topluma karışması enfeksiyon yönünden riskli olduğundan, hastaların açık alana çıkmasını sağlayacak bir sosyal destek kaynağı olan çocuk varlığı hastaların doğayla uyum puanında yüksekliğe neden olduğu düşünülmektedir.

KT Kür Sayısı ile SİÖÖ-Doğa ile Uyum puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kemoterapi alınan süreçte hastaların topluma karışması enfeksiyon yönünden riskli olmaktadır bu süreçte hastaların toplumdan izole kalmamaları açısından ve kemoterapinin ruhsal bunalısını doğa yürüyüşleri ile atmak isteyen hastaların kemoterapi kür sayısı arttıkça açık alana kaçışlarının artması, hastaların hem doğa ile geçirdikleri süreyi hem de doğayla uyum puanlarını artırdığı düşünülmektedir. Literatürde, bu çalışmada kullanılan Yetişkinler için Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin kanser hastaları üzerine uygulandığı bir çalışmaya rastlanılmadığından bu çalışmadaki kanser ve süreçleri hakkındaki bulguların kıyaslanacağı verilere de ulaşılammıştır. Bu çalışma SİÖÖ'nün kanser hastalarına uygulandığı literatürdeki ilk çalışmadır.

5.4. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

PDÖ-Toplam puanı SİÖÖ-Toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada psikolojik açıdan dayanıklı bireylerin, spiritüel iyi oluş bakımından da yüksek düzeyde olduklarını, kanser hastalarının kanserle mücadelede destek mekanizmaları olan hem psikolojik dayanıklılığı hem de spiritüaliteyi kullandıkları söylenebilmektedir. Koral ve Çırak'ın 2021'de meme kanserli sağ kalan hastalar üzerinde, Ölmez ve Karadağ'ın 2022'de ayaktan kemoterapi alan kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarda, bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olan psikolojik dayanıklılık puanının artması ile spiritüel iyi oluş puanının arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Koral & Çirak, 2021; Ölmez & Karadağ, 2022c). Literatürdeki bu çalışmaların kanser hastaları üzerinde yapılmış olması, kanser hastalarının da stresle mücadelede psikolojik dayanıklılık ve spiritüaliteyi kullanmış olmaları bu çalışma ile olan benzerliklerindendir.

BUÖ puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada BUÖ puanı yükseldikçe de hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinde yükseklik görüldüğü tespit edilmiştir. Spiritüalite stresle mücadelede destek mekanizmalarından biri olduğundan umutsuzluk düzeyi yükselen hastaların tüm bu düşüncel streslerle mücadelede spiritüaliteyi kullanması ve spiritüel iyi oluş düzeylerinde yükseklik görülmesi beklenen bir durumdur.

PDÖ-Toplam puanı ile; SİÖÖ-Anomi puanı arasında çok zayıf düzeyde negatif yönlü SİÖÖ-Aşkınlık ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hastaların; spiritüel iyi oluşu olumsuz etkileyen ve SİÖÖ-Toplam puanı ile ters toplanan anomi (bezmişlik) düzeylerinde düşüklük olduğu, spiritüel iyi oluşu olumlu etkileyen aşkınlık (doğa üstü güce inanç) ve toplam spiritüel iyi oluş düzeylerinde yükseklik olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hastaların, anomi (bezmişlik, amaçsızlık) düzeyi düşük tespit

edilmiştir. SİÖÖ-Toplam puanı ile ters toplanan Anomi alt puan düşüklüğü, puanı direkt SİÖÖ-Toplam puana eklenen aşkınlık düzeyi yüksek olan hastaların, SİÖÖ-Toplam bakımından yüksek puan almaları beklenen bir sonuçtur. Yani aşkınlığı yüksek, anomisi düşük olan hastaların spiritüel iyi oluş düzey yüksekliği kaçınılmazdır.

BUÖ puanı ile; SİÖÖ-Anomi puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönlü, SİÖÖ-Toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. BUÖ'den alınan yüksek puan yüksek umutsuzluğun göstergesidir. Çalışmadaki bireylerin BUÖ puanı yükseldikçe yani umutsuzluk düzeyleri arttıkça; spiritüel iyi oluşu olumsuz etkileyen SİÖÖ-Anomi (bezmişlik, amaçsızlık) puanının kuvvetle düştüğü tespit edilmiştir. Çalışma hastalarının neredeyse tamamına yakınının en az 1 tane çocuğunun olduğu görülmektedir. Kimi insanlar için çocuk varlığı hayatın esas amaçlarından olabilmektedir. Çalışmanın çoğunluğunu kadın cinsiyet oluşturduğu göz önüne alındığında, kadın hastaların yaşamlarının amacının çocukları olması beklenen bir durumdur. Hayatlarının amacını anlamını bulan kişilerin de SİÖÖ-Anomi (amaçsızlık, anlamsızlık) alt boyut puanından da düşük almaları, öldüklerinde çocuklarına kimlerin bakacağını endişesinden kaynaklı umutsuzluk düzeylerinde yükseklik görülmesi oldukça olasıdır.

PDÖ-Kendilik Algısı puanı ile; SİÖÖ-Anomi puanı arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü, ile SİÖÖ-Toplam puanı arasında ise çok zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada bireylerin spiritüel iyilik halin alt boyutu olan anomik (bezmişlik) durumun artışı, pdö- kendilik algısının artışı desteklediği sonucuna ulaşılmıştır. Yani kişilerin hayata karşı anlamsızlık, amaçsızlık ve boşlukta olma hissi (anomik durumu) arttıkça, tüm bu olumsuzluklarla mücadele etme gücünün (kendilik algısının) de arttığı tespit edilmiştir. Bazı kişiler, yaşamlarındaki sorunlardan kurtulma ve daha çabuk toparlanma imkânını kendi kendine sağlayarak ruh sağlığını koruma olanağına erişebilmektedirler. Bunun sonucunda ise stres oluşturan sorunlarla baş etme gücünü kazanmakta ve hayatına odaklanma sorunuyla daha az mücadele ettiği düşünülmektedir. Çalışmadaki bireylerin stresle mücadele etme (kendilik algısı) durumu arttıkça spiritüel iyi oluş düzeylerinde düşüklük

meydana geldiği tespit edilmiştir. Anomi alt boyut puanı ile SİÖÖ-Toplam puanı ters puanlanır yani anomi puanı SİÖÖ-Toplam puanından çıkarılır. Anomi puanı artan bireyin spiritüel iyi oluşunun düşmesi beklenir. Çalışmada kendilik algısı artan bireyin, anomi puan artışı da beklenen bir durum idi. Böylece PDÖ-Kendilik Algı puan yüksekliğinin, SİÖÖ-Toplam puanını düşürmesi olasıdır. Literatürde, bu çalışmada kullanılan Yetişkinler için Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutlarının birlikte kanser hastaları üzerine uygulandığı bir çalışmaya rastlanılamamıştır. SİÖÖ ile PDÖ'nün de aynı çalışmada kullanıldığı bir çalışma da bulunmadığından SİÖÖ ve PDÖ'nün alt boyut etkileşimini inceleyecek ve kıyas yapılacak herhangi bir veriye de ulaşıl原因amıştır. Bu çalışma Yetişkinler için Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutlarının birlikte kanser hastaları üzerine uygulandığı literatürdeki ilk çalışmadır.

PDÖ-Aile Uyumı ile BUÖ ve SİÖÖ-Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü, SİÖÖ-Anomi puanı arasında ise zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada ele alınan hastalardan PDÖ-Aile Uyum puanı yüksek olan hastaların; spiritüel iyi oluşun alt boyutu olan Anomi (bezmişlik) puanında düşüş olduğu, spiritüel iyi oluş düzeyinin ve umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu, görülmüştür. PDÖ-Aile Uyumı iyi olan hastalar yaşamının amacı olarak aileyi, evladı görebilmektedir bu nedenle aile uyumu iyi olan hastaların hayattan duydukları amaçsızlık anlamsızlık olarak ifade edilen Anomiden düşük puan alınması beklenebilen bir neticedir. Anomi alt boyutu spiritüel iyi oluşu olumsuz etkileyen bir alt boyuttur. Aile uyumu yüksek olan hastaların Anomi alt boyutundan düşük puan alışları dolaylı olarak spiritüel iyi oluş puanını artırıp spiritüel iyi oluşu yükseltmektedir. Çalışma hastalarından aile uyumu yüksek olan ailesiyle bağları güçlü olan hastaların öldükten sonra çocuklarına kimin bakacağını daha fazla dert etmelerinin umutsuzluk düzeylerini yükselteceği beklenen bir sonuçtur. Sevim'in 2018'de kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada PDÖ-Aile uyumu boyutu ile Hert Umut Ölçeğini kullandığı çalışmada umut ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hert Umut Ölçeğini kullanıldığı bu çalışmada, puanlar arttıkça umut düzeyinin de artması beklenmektedir (Sevim, 2018). Sevim'in çalışmasından farklı olarak bu çalışmadaki kanser türleri bakımından daha

mortal kanserlerin çalışmaya dahil edilmesi ve bu çalışmada da bu mortal kanserlere yakalananların varlığı çalışma hastalarının umutsuzluk düzeyinin yüksekliğini açıklar niteliktedir.

5.5. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

PDÖ-Aile Uyumunu ile PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada dayanıklılık alt boyutlarının kendi içlerinde kıyasında aile uyumu yüksek olan veya aile uyumunda sorun yaşamayan bireylerin; sosyal kaynaklarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Bireyin yakın çevresini oluşturan aile bireyleri, arkadaşları, sevgilisi; bireyin sosyal kaynaklarını oluşturmaktadır. Çalışmadaki Aile uyumu puanı yüksek olan kanser hastalarına stresle mücadelede çoğu zaman sosyal kaynaklar olarak sadece aile desteğinin kendilerine yeterli geldiği söylenebilmektedir. Kanserle mücadelede kanser hastalarımızın aileden başkasına sığınmayı uygun görmemeleri ve tedavi oldukları süreçte kemoterapinin enfeksiyon riskini artırmasından kaynaklı yakın arkadaşlarıyla görüşmeleri azaltmaları aralarındaki arkadaşlık bağlarının zayıflamasına böylece sosyal kaynaklarda düşüş görülmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Sevim'in 2018'de kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada PDÖ-Aile uyumu boyutu ile PDÖ-Sosyal kaynaklar arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sevim, 2018). Sevim'in çalışmasının emekli ve ev hanımı birey yüzdesinin ayrıca çalışmayan birey yüzdesini bu çalışmaya oranla daha az olması, bu çalışmadan yaş ortalaması olarak da düşük yaş ortalamasında olması ayrıca bu çalışmadaki hastaların kanser türleri bakımından daha mortal kanserlere yakalananların varlığı çalışmadaki hastaları daha eve kapanık hale getirmiş olup sosyal kaynaklarda düşüklüğe neden olmuş olabilir.

PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı ile PDÖ-Sosyal Yeterlilik puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü; PDÖ-Aile Uyumunu ile arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışma; hastaların sosyal kaynaklarını oluşturan sevgilisinde, aile bireylerinde, arkadaşlarında, görülen artışın

yakın çevresiyle sosyalleşme becerisi (sosyal yeterlilik) üzerinde de olumlu etki bırakacağını tespit etmiştir. Çalışmada PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı yüksekliği hastaların PDÖ-Aile Uyum puanında düşüklüğe neden olacağı tespit edilmiştir. Hastaların sosyal kaynaklarını; sevgilisi, aile bireyi, arkadaşları ve yakın çevresini oluşturan herkes oluşturabilmektedir bu nedenle sosyal kaynakları oluşturan sevgili veya arkadaş artışı bireyin aile ile geçireceği vakti kısıtlayıp aile uyumunu sekteye uğratmış olabileceği düşünülmektedir. Sevim'in 2018'de kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada PDÖ-Sosyal Kaynaklar puanı ile; PDÖ-Sosyal Yeterlilik ve PDÖ-Aile Uyum ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Sevim, 2018). Sevim'in çalışmasının kanser hastaları üzerinde yapılmış olması ve kanser hastalarının sosyal kaynakların artışıyla sosyal yeterlilik artışının genelde benzer olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sevim'in çalışmasının bu çalışmadan farklı olan sosyal kaynakların artışının aile uyumunun artışını desteklemesini ise; artan sosyal kaynakların aile bireylerinden oluşan bir artış olabileceği düşünülmektedir.

PDÖ-Yapısal Stil puanı ile PDÖ-Sosyal Yeterlilik puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmada; bireylerin gününü iyi planlama becerisinde (yapısal stil) görülen artışın, yakın çevresiyle sosyalleşme becerisinde (sosyal yeterlilik) de minimal artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin gününü iyi planlaması, o günden zamansal olarak iyi verim alması hem çalışmaya hem ihtiyaçlarını gidermeye hem de sosyalleşmeye vakit ayırabileceği söylenebilir. Sevim'in 2018'de kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada PDÖ-Yapısal stil boyutu ile PDÖ-Sosyal yeterlilik boyutu arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Sevim, 2018). Sevim'in çalışmasındaki hastaların PDÖ-Yapısal stil boyut puanı 3,98 bu çalışmanın PDÖ-Yapısal stil boyut puanı 13,16 olması çalışmada ele alınan hastaların Sevim'in hastalarına oranla günlerini daha iyi planlayan ve sosyal aktivitelere daha fazla vakit ayırabilen hastalar olduğu, farklılığın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

PDÖ-Toplam puanı ile; PDÖ-Gelecek Algısı, PDÖ-Kendilik Algısı ve PDÖ-Aile Uyum puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü, PDÖ-Yapısal Stil puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit

edilmiştir. Psikolojik dayanıklılığın tüm alt boyutlarından alınan yüksek puan PDÖ-Toplam puan artışına da sebep olduğundan alt boyutlardaki yüksek puanlar ile toplam dayanıklılık arasında pozitif feedback durumu mevcuttur. Tüm alt boyut puanları ile PDÖ-Toplam puanı arasında pozitif korelasyon beklenen bir sonuçtur.

5.6. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada SİÖÖ-Toplam puanı ile SİÖÖ-Aşkılık puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, SİÖÖ-Doğa ile Uyum arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, SİÖÖ-Anomi puanı ile negatif yönde çok yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır. SİÖÖ'nün; Aşkılık (doğa üstü güce inanç), Doğa ile uyum alt boyutlarından alınan puanlar SİÖÖ-Toplam puanına direkt eklenirken, Anomi (bezmişlik) alt boyutundan alınan puan ise SİÖÖ-Toplam puanıyla ters toplanır yani SİÖÖ-Toplam puanından çıkarılır. SİÖÖ'nün; Aşkılık, Doğa ile uyum alt boyutları spiritüel iyi oluş düzeyini yükseltirken, Anomi alt boyutu spiritüel iyi oluş düzeyini olumsuz etkilemektedir. Bu araştırmanın da SİÖÖ'nün kanser hastaları üzerinde denenmişliğini göstermek açısından literatüre spiritüalite açısından yeni veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Bu çalışma, kanser tanısı almış bireylerin psikososyal durumlarını inceleyerek spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk arasındaki ilişkileri analiz etmiştir. Bulgular, bu üç değişkenin birbiriyle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bağlantılı olduğunu göstermiştir.
2. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin hissettikleri umutsuzluk ve stresten kaçış mekanizması olarak kullandıkları spiritüalite kaynaklı spiritüel iyi oluş düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Spiritüel iyi oluş düzeyi artan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri de artmaktadır. Bu durum, manevi kaynakların (psikolojik dayanıklılık ve spiritüel iyi oluşun), stres (umutsuzluk) ile baş etmede koruyucu bir işlev gördüğünü desteklemektedir. Psikolojik dayanıklılık ile spiritüel iyi oluş arasındaki ilişki ise bireyin içsel gücünü yalnızca bilişsel değil, inançsal kaynaklarla da yükseltebileceğini göstermektedir. Bütüncül hasta yaklaşımı ilkesi çerçevesinde, kanser hastalarının sadece fiziksel tedavi süreçleri değil; psikolojik ve spiritüel gereksinimleri de sistematik olarak değerlendirilmelidir.
3. Sağlık güvencesi bulunan bireylerin daha dayanıklı olduğu gözlenmiştir. Bu yalnızca tıbbi erişim değil, aynı zamanda bireyin kendini değersiz hissetmediği, sistem tarafından korunduğu duygusuyla açıklanabilir. Bu nedenle sağlık politikaları, psikososyal anlamda da güven inşa edici olmalıdır.
4. Kronik hastalık geçmişi olan bireylerde yapısal stilin güçlü olması, düzenli bir yaşam pratiğinin psikolojik dayanıklılığı desteklediğini düşündürmektedir. Bu nedenle bu bireylerin günlük planlama becerilerini sürdürebilmeleri için sosyal destek mekanizmalarıyla çevrenmeleri önemlidir. Kronik hastalığı olan bireylerde psikolojik dayanıklılığın göstergesi olan yapısal stil, güçlü olmasına rağmen spiritüel açıdan ruhsal tükenmişlik ve anlamsızlık duygusu (anomi) daha yoğun yaşanmaktadır. Bu bireylerde psikoeğitim temelli grup terapileriyle anomie duygusunu azaltıcı müdahaleler öncelikli hale getirilmelidir.

5. Kronik hastalık izlemlerinde, spiritüel ve duygusal destek mekanizmalarının yapılandırılmış biçimde ele alınması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini yükseltebilir. Kronik hastalığın düzenli takip edildiği birinci basamakta; birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, psikolojik dayanıklılık, spiritüel iyilik hali ve umutsuzluk gibi psikososyal faktörler konusunda bilgilendirilmeli; hastaların bu yönlerini değerlendirme becerisine sahip olmalıdır.

6. Eşi tarafından bakım verilen hastalarda psikolojik dayanıklılığı destekleyen aile uyumu belirgin biçimde yüksektir. Bu yakınlığın getirdiği duygusal bağ, bireyin psikolojik olarak kendini daha güvende hissetmesini ve stresle daha kolay başa çıkmasını sağlamaktadır.

7. Mortalitesi yüksek kanser türlerine sahip bireylerde beden imajı bozulmasının ruhsal geri çekilmeye sebebiyet verip aile uyumunda sorunlara neden olduğu gözlemlenmiştir. Hastalıkla birlikte gelen fiziksel değişim, kişinin toplumsal görünürlüğünü ve benlik algısını zedeleyebilmektedir.

8. Psikolojik dayanıklılık düzeyi, bireyin yaşamla baş etme becerisinin bir göstergesi olarak ele alındığında, cinsiyet, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve sosyal destek unsurları gibi faktörlerle yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle kadınlar, çalışmayan bireyler ve sağlık güvencesi olmayan hastalar dayanıklılık açısından daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır.

9. Spiritüel İyi Oluş, Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluk ölçekleri, sağlık hizmetlerinde tarama amaçlı kullanılabilir. Böylece müdahale gerektiren bireyler erken dönemde tespit edilerek profesyonel destek sunulabilir

10. Umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu bireylerde, özellikle iş yaşamına devam edenlerin iş-yaşam dengesi açısından daha kırılgan olduğu gözlenmiştir. Çalışma hayatına devam eden bireyler, dışarıdan işlevsel görünseler de, içsel olarak yetersizlik

hissi yaşamaktadır. Bu durum, çalışmanın her zaman psikolojik olarak koruyucu olmadığını, aksine ruhsal yükü artırabileceğini hastayı umutsuzluğa sevk edebileceğini göstermektedir. Çalışan bireylerin umutsuzluk düzeylerinin yüksek olması, yaşamlarını idame ettirme çabalarının ağır bir psikolojik bedel doğurduğunu düşündürmektedir. İş ve hastalık arasındaki gerilim, ruhsal direnci olumsuz etkileyebilmektedir. Bu grup için iş güvencesi, esnek çalışma modelleri ve psikososyal destek önlemleri önem taşımaktadır. Çalışan bireylerde yüksek spiritüel iyi oluş düzeyinin umutsuzlukla birlikte seyretmesi, manevi gücün psikolojik yükü her zaman dengeleyemediğini göstermektedir. İnanç tek başına bir koruma duvarı oluşturmayabilir. Bu nedenle çalışan kanser hastalarına yönelik esnek çalışma modelleri ve psikososyal destek uygulamaları önerilmelidir.

11. Sosyal destek unsurlarının özellikle aile üyelerinin ve eşlerin bakım verici olarak yer almasının psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiği, ancak bazı durumlarda umutsuzluk üzerinde yeterince etkili olamadığı görülmektedir. Bu durum, aile uyumunun umut duygusu üzerindeki etkisinin karmaşık yapısını ortaya koymaktadır. Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, özellikle eşle yaşamının avantajları ve bakım verici varlığının olumlu etkileri göz önüne alınarak, yalnız yaşayan hastalar için sosyal dayanışma modelleri teşvik edilmelidir.

12. Aile uyumu yüksek olan bireylerde aynı zamanda umutsuzluk düzeyinin de yükselmesi, güçlü sosyal bağların duygusal yükü de artırabileceğini düşündürmektedir. Yakın ilişkiler her zaman koruyucu olmayabilir; bazen de kırılganlığı artırabilir.

13. Kanser erken tanısında aile hekimliği birimlerinin oynadığı rol, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmakta; birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen taramaların, toplum temelli kanser mücadelesinde vazgeçilmez bir araç olduğunu göstermektedir.

14. Kanserin evresi, tanı süresi, kanser tipi gibi tıbbi değişkenler, bireyin psikososyal durumunu doğrudan etkilemektedir. Erken evrede olan hastalar, hem geleceğe yönelik daha pozitif algılara sahip olmakta hem de genel olarak daha yüksek dayanıklılık göstermektedir. Bu pozitiflik, sadece biyolojik tedavi sürecinin değil, aynı zamanda umudu besleyen bir yaklaşımla bütüncül desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Tanı süresi iki ay ve üzeri olan bireylerde spiritüel aşkınlık inancının zayıfladığı gözlenmiştir. Sürecin uzaması, bireyin başlangıçtaki manevi motivasyonunu köreltebilmekte, inanç sistemini sorgulatabilmektedir.

15. Birinci basamakta kanser taramaları ve birinci basamakta palyatif bakım ile ruhsal destek uygulamalarının entegrasyonu güçlendirilerek, hastaların erken tanı alma ve destekleyici hizmetlere ulaşma oranı artırılmalıdır.

16. Birinci basamakta çalışan hekimlerin, erken tanı sonrası hastanın tedavi süreci boyunca psiko-sosyal açıdan da izlenmesi gerektiği konusunda farkındalıkları artırılmalı; bu amaçla takip algoritmaları geliştirilmelidir. Ayrıca erken tanı sonrası psikososyal destek sağlayacak programların geliştirilmesi, hastaların umutsuzluk düzeylerini azaltmaya, spiritüel iyi oluşlarını ve dayanıklılıklarını artırmaya katkı sağlayacaktır.

17. Tanı süresi uzun ve ileri evre hastalar, psikolojik açıdan daha kırılgan oldukları için öncelikli müdahale grubunda değerlendirilmelidir. Bu bireyler için özel izlem protokolleri geliştirilmeli ve ruh sağlığı uzmanları ile iş birliği içinde yürütülmelidir.

18. Aile hekimlerinin kanser hastalarıyla sürdürülebilir bir iletişim kurması, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda duygusal destek açısından da tedavi sürecine önemli katkılar sağlamaktadır; bu bağlamda iletişim becerilerini güçlendirecek seminer ve atölye çalışmaları düzenlenmelidir.

19. Spiritüel iyi oluşun alt boyutlarından olan “aşkınlık” (doğüstü bir varlığa inanç) puanlarının, hastaların maneviyatla baş etme biçimini yansıttığı; “anomi” (boşluk

hissi) puanlarının ise yaşam doyumu ve ruhsal çözölme ile ilişkili olduğu görölmüştür. Kadın hastaların bu alanda daha kırılgan olduğu tespit edilmiştir. Kadın bireylerde yüksek anomi puanları, toplumsal rollerin ve beklentilerin yükü altında bireyin anlam arayışında zorlandığını ortaya koymaktadır. Bu durum, kadınlara yönelik ruhsal desteklerde anlam temelli terapilere ağırlık verilmesini gerektirir.

20. Kadın hastaların yaşadığı ruhsal yük, yalnızca hastalığın getirdiğı zorluklarla değil; aynı zamanda üzerine yüklenen toplumsal rollerin baskısıyla da derinleşmektedir. Kendi bakım ihtiyaçlarını geri plana atarak çevresine yönelen kadınların dayanıklılığı ve spiritüel iyi oluş düzeyleri zayıflamakta; bu durum destek sistemlerinin toplumsal cinsiyet duyarlılığıyla yeniden inşa edilmesi gerektiğini göstermektedir. Erkek ve kadın hastaların ihtiyaçlarının farklılık gösterebileceğı göz önünde bulundurularak, cinsiyete duyarlı psiko-sosyal destek yaklaşımları geliştirilmelidir.

21. Ev hanımı hastaların yaşamlarında gözlemlenen boşluk ve anlamsızlık hissi (anomi), görünmeyen emeğin takdir görmemesiyle ilişkilendirilebilir. Bu bireylerin üretken hissetmeleri için anlamlı sosyal katılım fırsatlarına erişimleri artırılmalıdır. Özellikle kadın hastalarda psikolojik dayanıklılık düşüklüğü, spiritüel iyi oluş düzey düşüklüğü ve spiritüaliteyi olumsuz etkileyen anomi (bezmişlik) alt boyut düzeylerinin yüksekliği dikkate alınarak, toplumsal rollerin yeniden değerlendirilmesi ve kadınlara özel psikososyal destek modellerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

22. Eğitim düzeyinin artışıyla birlikte spiritüel iyi oluş genel düzeyinde artış gözlense de, aşkınlık inancı ve anomi duygusu gibi alt boyutlarda düşüşler ve karmaşık etkileşimler gözlemlenmiştir. Eğitimli bireylerin anlam arayışlarında daha bireysel ve sorgulayıcı yaklaştığı düşünülebilir. Eğitim düzeyi arttıkça bireyler daha fazla sorgulayıcı hale gelmekte ve geleneksel inanç sistemleri ile çatışma yaşayabilmektedir. Bu da yüksek eğitimli bireylerde daha bireysel ancak karmaşık bir anlam arayışını gündeme getirmektedir. Eğitim düzeyine uygun spiritüel destek yaklaşımlarının planlanması; bireylerin anlam arayışlarına uygun, kişiselleştirilmiş

yaklaşımlar geliştirilmesini gerektirmektedir. Eğitim düzeyi düşük bireyler için bilgilendirme programları ve destekleyici grup terapileri sunulmalı; yaşamın anlamı, değerleri ve inanç sistemleri üzerinden bireylerin içsel kaynakları desteklenmelidir.

23. İleri yaş grubundaki bireylerde gözlemlenen yüksek aşkınlık puanı, yaşamın son dönemlerine yaklaşıldıkça manevi değerlere olan yönelimin arttığını göstermektedir. Bu yönelim, varoluşsal hazırlığın bir parçası olarak okunabilir.

24. Çocuk sayısı fazla olan bireylerde yaşamın daha anlamlı kurgulandığı, bireyin kendisini yalnız hissetmediği ve sorumluluk duygusunun ruhsal yapıyı desteklediği gözlemlenmiştir.

25. Bazı psikolojik alt boyutlar birbiriyle çelişkili ilişkiler göstermektedir. Örneğin, yapısal stil (günü planlama) ile sosyal yeterlilik arasında olumlu bir ilişki varken, aile uyumu ile sosyal kaynaklar arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir. Bu durum, bireyin yaşam biçimi ve çevresiyle kurduğu dengenin çok boyutlu olduğunu göstermektedir.

26. Genel olarak, spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk arasındaki ilişkiler, kanser hastalarının tedavi sürecinde sadece fiziksel değil; psikolojik, sosyal ve manevi destek ihtiyacını da ön plana çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bütüncül bakış açısıyla yapılandırılması, bu ihtiyaçlara etkili şekilde yanıt verebilmenin anahtarıdır.

27. Bu çalışmadan elde edilen bulguların farklı merkezlerde ve daha geniş örneklem gruplarında doğrulanması, genellenebilirliği artırmak adına önemlidir.

7. KAYNAKLAR

- Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., & Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Quality of Life Research*, 27(11), 2777–2797. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>
- Ağır, M. (2007). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel çarpıtma düzeyleri ile problem çözme becerileri ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki* [Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. <https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/42800.pdf>
- Akdag, G. (2023). Kolorektal kanserlerde prognostik faktörler. In *Kolorektal Kanserler* (p. 58). https://www.researchgate.net/publication/373556003_Bolum_6_Kolorektal_Kanserlerde_Prognostik_Faktorler
- Akyüz, M., Özcan, A., & Ünal, S. (2017). *Meme kanseri tanılı hastalarda dindarlık düzeyi ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin araştırılması*. 28, 6–7. <https://avesis.inonu.edu.tr/yayin/4537d022-7230-4c6a-b796-6abbc60b567e/akyuz-m-ozcan-c-unal-s-meme-kanseri-tanili-hastalarda-dindarlik-duzeyi-ile-psikolojik-dayaniklilik-arasindaki-iliskinin-arastirilmesi>
- Akyüz, S. (2016). *Kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan ve açılmayan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Alanbay, İ., Çoksüer, H., & Ercan, C. M. (2011). Jinekolojik onkolojide tümör belirteçleri: Literatür derleme. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.18229/ktd.06939>
- Alaybay, B., & İlkaç, H. Y. (2025). Kolorektal kanser ve beslenme: Diyet müdahalelerine bir bakış. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), Article 1.
- Albayrak, A., & Kurt, E. (2016). Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 41–81. <https://doi.org/10.21054/deuifd.282804>
- Almaraz, D., Saiz, J., Moreno Martín, F., Sánchez-Iglesias, I., Molina, A. J., & Goldsby, T. L. (2022). What aspects of religion and spirituality affect the physical health of cancer patients? A systematic review. *Healthcare*, 10(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>

- Alpay, Y. (2024). *Ayaktan kemoterapi uygulanan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve yaşam kalitesinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/2270/discover?rpp=10&filtertype_0=author&filtertype_1=iso&filter_0=Alpay%2C+Yasemin&filter_relational_operator_1=equals&filter_1=tur&filter_relational_operator_0=equals&filtertype=has_content_in_original_bundle&filter_relational_operator=equals&filter=true
- American Cancer Society. (2025). *Cancer facts & figures 2025*.
- Anisa, N. R., Erika, K. A., & Rachmawaty, R. (2018). Nurse's Spiritual Care Competencies to Patient with End Stage Breast Cancer. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 7, 268. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v7i4.14742>
- Arslan, D., Tatli, A. M., & Uyeturk, U. (2013). Cancer-related pain and treatment. *Abant Medical Journal*, 2(3), 256–260. <https://doi.org/10.5505/abantmedj.2013.85856>
- Asi Karakaş, S. (2007). *Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi* [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. <https://atauni.edu.tr/yuklemeler/7dcf8d63fc7a002e3eed975045fe3d5f.pdf>
- Aslan, Ö. (2007). Kanserli hastalarda umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 18.
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *The American Journal of Medicine*, 110(4), 283–287. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00708-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00708-7)
- Aşut, G. (2020). *Covid-19 pandemisi sırasında tedavi almakta olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler* [Tıpta uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Ata, G. (2018). *Onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=W9jkXWa8SXHhhsyTKqX1TA&no=Ic15hKaTFiEV1v2C-kd_4A
- Atan, G., Özer, Z., & BahçeciOğlu Turan, G. (2020). Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(2), 266–274. <https://doi.org/10.16899/jcm.649645>

- Atan, G., Özer, Z., & Turan, G. B. (2020). Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.16899/jcm.649645>
- Atay. (2019). *Kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve hayatın anlamının yaşanan semptomlar üzerine etkisi / The effect of psychological resilience and meaning of life on the symptoms experienced in cancer patients undergoing chemotherapy treatment.* https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=h3-plbJOOV6ojtlMenXg&no=02QT6jMZTcRxVJLn_YgHPA
- Atay, Kaya, Yalçın, Ünal. (2015). Meme kanseri olgularında aile işlevleri ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 06(05). <https://doi.org/10.4328/JCAM.2343>
- Aydın Yildirim, T., & Kes, D. (2022). Relation between coping with pain & spiritual wellbeing in chronic pain living individuals. *Social Work in Public Health*, 37(2), 158–167. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1991543>
- Ayhan, D., & Öz, H. S. (2022). Yetişkin bireylerde ölüm algısının manevi iyi oluş üzerine etkisi. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3), Article 3. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1110155>
- Balkan, E., & Oskay, Ü. (2023). Jinekolojik kanser hastası ve ailesinin psiko-sosyal bakımında sağlık profesyonelinin rolü. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1111161>
- Balmer, G. M., Pooley, J. A., & Cohen, L. (2014). Psychological resilience of western Australian police officers: Relationship between resilience, coping style, psychological functioning and demographics. *Police Practice and Research*, 15(4), 270–282. <https://doi.org/10.1080/15614263.2013.845938>
- Basım, H. N., & Çetin, F. (2011). *Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması.* *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(2):104-14. https://baskent.edu.tr/~nbasim/yetiskinler_icin_psikolojik_dayaniklilik_olcegi.html
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Burge, F., Lawson, B., & Johnston, G. (2003). Family Physician Continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care: *Medical Care*, 41(8), 992–1001. <https://doi.org/10.1097/00005650-200308000-00012>

- Büyükbayram, Buyukbayram, Z., Aksoy, M., Department of Nursing Fundamentals, Siirt University, Faculty of Health Sciences, Siirt, Turkey, Sayan, G., & Department of Emergency, Siirt Education and Research Hospital, Siirt, Turkey. (2022). Analysis of the spiritual orientations and the hopelessness levels of the patients diagnosed with COVID-19: A cross-sectional study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 30(2), 182–189. <https://doi.org/10.54614/FNJN.2022.21068>
- Çakir, H. (2019). *Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. <http://hdl.handle.net/20.500.11787/649>
- Canada, A. L., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H., & Schover, L. R. (2008a). A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*, 17(9), 908–916. <https://doi.org/10.1002/pon.1307>
- Canada, A. L., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H., & Schover, L. R. (2008b). A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*, 17(9), 908–916. <https://doi.org/10.1002/pon.1307>
- ÇeliK, M. (2018). *Kanser hastalarında umut ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://avesis.deu.edu.tr/yonetilen-tez/60e7ce5c-cf6e-4e24-87ac-3ce026151b6a/kanser-hastalarinda-umut-ve-yorgunluk-arasindaki-iliskinin-incelenmesi>
- Çetin, F. (2011). Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13(3), Article 3.
- Chen. (2020). *Psychological resilience of patients with bladder cancer after radical cystectomy and urinary diversion: A cross-sectional study*. <https://doi.org/10.1002/pon.5770>
- Chen, C., Sun, X., Liu, Z., Jiao, M., Wei, W., & Hu, Y. (2023). The relationship between resilience and quality of life in advanced cancer survivors: Multiple mediating effects of social support and spirituality. *Frontiers in Public Health*, 11, 1207097. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1207097>
- Chen, M.-L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: A role for cognition. *Cancer Nursing*, 26(1), 61.
- Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017b). Spiritualism and nursing: The importance of spiritual care in intensive care patients. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.037>

- Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017a). Spiritualism And Nursing: The Importance Of Spiritual Care In Intensive Care Patients. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.037>
- Çuhadar, D., Tanriverdi, D., Pehlivan, M., Kurnaz, G., & Alkan, S. (2016). Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 112–121. <https://doi.org/10.1111/ecc.12219>
- Dalcalı, B. K., Durgun, H., & Can, Ş. (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.812182>
- Demirci, H., Budak, E., Taymur, İ., Aşkın, R., & Bozkurt, H. (2016). Palyatif bakım ve ölümlüyle yüzleşme. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), Article 3.
- Demirel, A. C., Altınbaş, M., Taşyürek, Z., Aşık, N., & Aslan, K. (2015). Metastaz durumuna göre kanser hastalarının yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 5, Article 5.
- Doğan, E., Özçelik, H., & Güven, Ş. D. (2021). *İleri evre akciğer kanseri hastalarının palyatif bakım gereksinimleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. <http://acikerisim.nevsehir.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11787/6031>
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D., & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5), 661–670. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004>
- Duman, S., Taşğın, Ö., & Özdağ, S. (2009). Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Spor Yöneticiliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 11(3), ss. 27-32.
- Durak, A., & Palabıyıkoglu, R. (1994). BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI*. *Kriz Dergisi*, 2(2), Article 2. https://doi.org/10.1501/Kriz_00000000071
- Duran, K., & Sarandöl, A. (2022). Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48(3), 349–355. <https://doi.org/10.32708/uutfd.1159556>
- Duran, S., Avci, D., & Esim, F. (2020). Association between spiritual well-being and resilience among Turkish hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3097–3109. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01000-z>

- Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017a). Spiritual Well-Being: Scale Development and Validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), Article 1. <https://dergipark.org.tr/en/pub/spiritualpc/issue/29971/323508>
- Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017b). Spiritual Well-Being: Scale Development and Validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), Article 1. <https://dergipark.org.tr/en/pub/spiritualpc/issue/29971/323508>
- Ekşi, H., Kermen, U., Dinçer, F., & Musa, H. (2020). Investigating teachers' happiness in the contexts of spiritual well-being and stress in Turkey. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(1), 10–23. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1710828>
- Elhag, M., Awaisu, A., Koenig, H. G., & Mohamed Ibrahim, M. I. (2022). The Association Between Religiosity, Spirituality, and Medication Adherence Among Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Religion and Health*, 61(5), 3988–4027. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01525-5>
- Eren, B. (2019). *Hematoloji hastalarında psikolojik sağlamlık ve etkileyen faktörler* [masterThesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü]. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/214153>
- Erişen, M., & Sivrikaya, S. K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), Article 3.
- Esbensen, B. A., Swane, C. E., Hallberg, I. R., & Thome, B. (2008). Being given a cancer diagnosis in old age: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 393–405. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.004>
- Fadıloğlu, Ç., Cantilav, Ş., Yıldırım, Y. K., & Tokem, Y. (2006). Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başetme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(2), Article 2.
- Ferrell, B., Coyle, N., & Paice, J. A. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th edition). Oxford University Press.
- Fombuena, M., Galiana, L., Barreto, P., Oliver, A., Pascual, A., Soto-Rubio, A., Fombuena, M., Galiana, L., Barreto, P., Oliver, A., Pascual, A., & Soto-Rubio, A. (2016). Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience and social network. *Journal of Health Psychology*, 21(12), Article 12. <https://doi.org/10.1177/1359105315586213>
- Fradelos, E. C. (2021). Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. *The Scientific World Journal*, 2021, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2021/6636854>

- Frankl, V. E. (2018). *İnsanın anlam arayışı* (S. Budak, Trans.; 43. Auflage). Okuyan Us.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29–42. <https://doi.org/10.1002/mpr.15>
- Front Matter. (2020). In *Abeloff's Clinical Oncology* (pp. i–iii). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47674-4.00124-9>
- Gencer, N., Obuz, A. T., & Babahanoğlu, R. (2021). Üniversite Öğrencilerinde Spiritüel İyi Oluş ve Toplumsal Cinsiyet Algısı. *Hitit İlahiyat Dergisi*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.14395/hid.951202>
- GLOBOCAN 2022: Latest global cancer data shows rising incidence and stark inequities | UICC. (n.d.). Retrieved September 16, 2024, from <https://www.uicc.org/news/globocan-2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark-inequities>
- Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., Espinoza, R., & Talavera, G. A. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2393–2400. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2>
- Gültekin, A. (2018). *Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki*. [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ZEJ8IGh395NPXotVGIUGLg&no=NCGIyGxPdy-PTbtwXBgv3g>
- Halıcı Kurtulan, M., & Kararımak, Ö. (2016). Examination of the relationship among death anxiety, spirituality, religious orientation and existential anxiety. *Spiritual Psychology and Counseling*, 1(2). <https://doi.org/10.12738/spc.2016.2.0007>
- Harbali, S. M., & Koç, Z. (2022). Psychosocial problems in relation to spiritual orientation and religious coping among oncology Muslim patients. *Cancer Nursing*, 45(2), 120–131.
- Hendricks-Ferguson, V. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), 385–401; discussion 402–407. <https://doi.org/10.1177/0193945907303045>
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002). The concept of hope in nursing 6: Research/education/policy/practice. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 11(21), 1404–1411. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.21.12277>

- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Jr., M. E. M., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51. https://www.academia.edu/10290641/Conceptualizing_Religion_and_Spirituality_Points_of_Commonality_Points_of_Departure
- Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., & Güner, S. G. (2015). Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), Article 1.
- Hoshino, A., Amano, S., Suzuki, K., & Suwa, M. (2016). Relationships between depression and stress factors in housework and paid work among Japanese women. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.03.001>
- İsmail Kasım & Adem Özkara. (2019). Aile hekimliğinde spiritüel yaklaşımın ruh sağlığı üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 10(6), 31–35.
- IJntema, R. C., Schaufeli, W. B., & Burger, Y. D. (2023). Resilience mechanisms at work: The psychological immunity-psychological elasticity (PI-PE) model of psychological resilience. *Current Psychology*, 42(6), 4719–4731. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01813-5>
- Isaac, K. S., Hay, J. L., & Lubetkin, E. I. (2016). Incorporating spirituality in primary care. *Journal of Religion and Health*, 55(3), 1065–1077. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0190-2>
- Işık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 11(3), ss. 58-64.
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760–3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>
- Kaçal, Z., & Demirsoy, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.31832/smj.379635>
- Kapikiran, G., DemiR, B., Bülbüloğlu, S., & Saritaş, S. (2021). The effect of spiritual well-being on surgical fear in patients scheduled to have abdominal surgery. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(2), 229–238. <https://doi.org/10.33457/ijhsrp.930665>

- Karabulutlu, E. Y., & Karaman, S. (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), Article 3. <https://doi.org/10.17681/hsp.84549>
- Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., & Erunal, M. (2019). The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.469>
- Karadağlı, F., & Alpar, Ş. E. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), Article 3. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.315331>
- Kararımk, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(26), Article 26. <https://doi.org/10.17066/pdrd.22262>
- Karakartal, D. (2017). Tedavi Sürecindeki Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 3(2), Article 2.
- Kavak, F., Özdemir, A., & Dural, G. (2021). The Relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. *Current Psychology*, 40(4), 1788–1794. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0116-0>
- Kavalalı Erdoğan, T. (2019). *Onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algisi ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Kavas, E. (2014). Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Journal of Turkish Studies*, 9(Volume 9 Issue 2), 905–905. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.6161>
- Kavi, E., & Karakale, B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), Article 17. <https://doi.org/10.31199/hakisderg.391826>
- Kavradım, S. T., & Özer, Z. C. (2014a). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.5455/cap.20130901084242>
- Kavradım, S. T., & Özer, Z. C. (2014b). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.5455/cap.20130901084242>

- Kavradım, S. T., & Özer, Z. C. (2014c). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.5455/cap.20130901084242>
- Kayış, A., Selamet, Türk, N., & Şahin, E. (2018, March 21). *Kanser tanılı sağlık profesyonellerine bakım veren onkoloji hemşirelerinin duygu ve düşüncelerinin incelenmesi [Sözlü Sunum]*. 7. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi, Aydın, Türkiye. <https://slideplayer.biz.tr/slide/14035010/>
- Kelleci, M. (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 41–47.
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18–26.
- Kökcü, Ö. D., & Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), Article 1.
- Kömürcü, C., & Kuzu, A. (2022). The effect of social support and spiritual well-being on posttraumatic growth in dialysis patients and their caregivers. *Karya Journal of Health Science*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1090841>
- Koral, L., & Cirak, Y. (2021). The relationships between fear of cancer recurrence, spiritual well-being and psychological resilience in non-metastatic breast cancer survivors during the COVID-19 outbreak. *Psycho-Oncology*, 30(10), 1765–1772. <https://doi.org/10.1002/pon.5727>
- Korkut, S., Ülker, T., & Saatçi, G. (2024). The Power of Spiritual Well-Being: Its Relationship with Pain Intensity, Pain Management, and Pain Catastrophizing in Individuals with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 25(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.09.004>
- Kremer, H., Ironson, G., & Kaplan, L. (2009). The fork in the road: HIV as a potential positive turning point and the role of spirituality. *AIDS Care*, 21(3), 368–377. <https://doi.org/10.1080/09540120802183479>
- Kringos, D. S. (2013). Avrupa’da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları. *Turkish Journal of Family Practice*, 17(4), 165–179. <https://doi.org/10.2399/tahd.13.00165>
- Kübler-Ross, E., & Uşşaklı, E. (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine: Ölmek doktorlara, hemşirelere, din adamlarına ve ölenlerin ailelerine ne öğretmelidir?* (1st ed). APRIL Yayıncılık.

- Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), Article 3.
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kara, F. Ş. (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 318–325. <https://doi.org/10.1111/ppc.12566>
- Lachance-Grzela, M., & Bouchard, G. (2010). More on the gendered division of household labor: A response to commentators. *Sex Roles*, 63(11–12), 801–806. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9885-0>
- Li, J., Xue, L., & Pan, H. (2022). Social support and spiritual well-being of patients with esophageal cancer aged over 50 years: The mediating role of rumination. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.805380>
- Lichtman, R. R., Taylor ,Shelley E., & and Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 47–74. https://doi.org/10.1300/J077v05n03_03
- Linn-Watson, T. (2014). *Radiographic Pathology*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Liu, J., Griva, K., Lim, H., Tan, J., & Mahendran, R. (2016). A longitudinal study of the protective effect of hope on reducing body image distress in cancer patients. *Taylor & Francis*. <https://scholarbank.nus.edu.sg/handle/10635/140890>
- Iudolph, P. L., Angela M. Kunzler, Jutta Stoffers-Winterling, Isabella Helmreich, Klaus Lieb. (2019, December). *Interventions to promote resilience in cancer patients*. Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. <http://ouci.dntb.gov.ua/en/works/7qMOOd57/>
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLOS ONE*, 15(7), e0236572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Madani, H., Pourmemari, M., Moghimi, M., & Rashvand, F. (2018). Hopelessness, perceived social support and their relationship in iranian patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 314–319. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_5_18
- Manalo, M. F., Ng, S., Ozdemir, S., Malhotra, C., Finkelstein, E. A., Ong, K.-D., & Teo, I. (2023). Quality of life and psychological distress of patients with advanced cancer in the Philippines. *Quality of Life Research*, 32(8), 2271–2279. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03389-y>

- Masood, A., Masud, Y., & Mazahir, S. (2016). Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. *Burns*, 42(2), 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.10.006>
- McWhinney, I. R., Hoddinott, S. N., Bass, M. J., Gay, K., & Shearer, R. (1990). Role of the family physician in the care of cancer patients. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 36, 2183–2186.
- Mersin, S., Demiralp, M., & Öz, F. (2018). Yaşlı bireylerin kendilerine ve yaşamlarına ilişkin öz değerlendirmeleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), Article 40. <https://doi.org/10.21560/spcd.v18i38117.360161>
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2013). *Aile hekimliği uygulama yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Min, J.-A., Yoon, S., Lee, C.-U., Chae, J.-H., Lee, C., Song, K.-Y., & Kim, T.-S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2469–2476. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1807-6>
- Mingir, V. T. (2022). *Kanserli çocukların ebeveynlerinin spirütüel iyi oluş düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi]. <https://hdl.handle.net/11499/45669>
- Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., & Akbari, M. E. (2019). Consequences of Spiritual Care for Cancer Patients and Oncology Nurses: A Qualitative Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 137–144. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_37_18
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 17(2), 145–151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00825.x>
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Athanasouli, P., Galanos, A., Anna, P., & Vlahos, L. (2009). Illness-related hopelessness in advanced cancer: Influence of anxiety, depression, and preparatory grief. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.04.008>
- Nehir, S., Tavşanlı, N. G., Özdemir, Ç., & Akyol, T. (2019). A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(2), 115–131. <https://doi.org/10.1177/0030222817704336>

- Nilsson, H. (2022). Spiritual self-care management for nursing professionals: A holistic approach. *Journal of Holistic Nursing*, 40(1), 64–73. <https://doi.org/10.1177/08980101211034341>
- Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022a). Ayaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.31832/smj.1075527>
- Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022b). Ayaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.31832/smj.1075527>
- Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022c). Ayaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki. *Sakarya Medical Journal*. <https://doi.org/10.31832/smj.1075527>
- Otuzoğlu, M. (2020). Kanser Hastalarının Manevi Gereksinimlerini Değerlendirmeye İlişkin Ölçek Çalışmalarının İncelemesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.16899/jcm.591105>
- Özaydınlık, Y. D. D. K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye’de kadın ve eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 33, Article 33. <https://doi.org/10.21560/spcd.03093>
- Özben, Ş. (2008). Yaşlılarda umutsuzluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, Article 23.
- Özdemir, Ç., & Karataş, G. (2024). KOAH hastalarında yorgunluk düzeyi ve spiritüel iyi oluş. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1775–1784. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1410214>
- Ozdemir, N. (2019). The relationship between perceived social support, psychological resilience and happiness levels of hemodialysis patients. *Annals of Medical Research*, 26(10), 2286. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2019.09.523>
- Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S., & Erdoğan, S. (2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, 14(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23534797/>
- Oztunc, G., Yesil, P., Paydas, S., & Erdogan, S. (2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 571–578. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.1.571>
- Pargament, K. I., Magyar-Russell, G. M., & Murray-Swank, N. A. (2005). The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. *Journal of Social Issues*, 61(4), 665–687. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00426.x>

- Passek, K., Zulauf, N., Ohlendorf, D., Bendels, M. H., Bauer, J., Volante, G., & Oremek, G. M. (2019). Tumormarker Humanes Choriongonadotropin (HCG) in der diagnostik von hodentumoren. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 69(2), 94–96. <https://doi.org/10.1007/s40664-018-0277-6>
- Patel, V., Araya, R., De Lima, M., Ludermit, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1461–1471. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00208-7)
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1137-5>
- Perales, F., Baxter, J., & Tai, T. (2015). Gender, justice and work: A distributive approach to perceptions of housework fairness. *Social Science Research*, 51, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.12.010>
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality*, 67(6), 985–1013. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00080>
- Proserpio, T., Ferrari, A., Vullo, S. L., Massimino, M., Clerici, C. A., Veneroni, L., Bresciani, C., Casali, P. G., Ferrari, M., Bossi, P., Galmozzi, G., Pierantozzi, A., Licitra, L., Marceglia, S., & Mariani, L. (2015). Hope in cancer patients: The relational domain as a crucial factor. *Tumori Journal*, 101(4), 447–454. <https://doi.org/10.5301/tj.5000366>
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 150–159. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>
- Ripamonti, C. I., Bandieri, E., & Roila, F. (2011). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 22, vi69–vi77. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr390>
- Ripamonti, C. I., Santini, D., Maranzano, E., Berti, M., Roila, F., & ESMO Guidelines Working Group. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 7, vii139-154. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds233>
- Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017). Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 40(3), 209–216. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000385>

- Rustøen, T., Lerdal, A., Gay, C., & Kottorp, A. (2018). Rasch analysis of the Herth Hope Index in cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1025-5>
- Sağlam, H. (2012). *Lösemi tanısıyla izlenen 15-18 yaş grubu adölesanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=0EDUOMpm2QSCK0q0GXs8Jw&no=qc33YxbIs2Hsrw50zoLdTg>
- Şahan Uslu, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81–90.
- Şahin, S. (2015). Kanserde erken tanı ve tarama programları. *Ege Tıp Dergisi*, 54. <https://doi.org/10.19161/etd.344147>
- Salman, F. (2017). *Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=YGfDGz3PQLKUOUv-LHDxXQ&no=H8gXyJuP4JsNfaXu4mvqew>
- Saraç, Y. (2022). Ölüme ve ölmeye dair ölümsüz bir eser: Elisabeth Kübler-Ross’un “Ölüm ve Ölmek Üzerine” kitabı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 9(3), 114–119.
- Sayer, L. C. (2010). Trends in Housework. In J. Treas & S. Drobnič (Eds.), *Dividing the Domestic* (pp. 19–38). Stanford University Press. <https://doi.org/10.11126/stanford/9780804763578.003.0002>
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), Article 3. https://doi.org/10.1501/Kriz_00000000045
- Şentürk, S. G., Amasya, D. B., & Sarı, Z. N. (2024). Kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetimi ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), Article 2. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1381184>
- Sevim. (2018). *Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=eIVcgF4HULubaoRM-xww9w&no=yGh8PwWfnU9dF8VvhKC5nQ>
- Sharma, S., Satyanarayana, L., Asthana, S., Shivalingesh, K. K., Goutham, B. S., & Ramachandra, S. (2018). Oral cancer statistics in India on the basis of first report of 29 population-based cancer registries. *Journal of Oral and*

Maxillofacial Pathology: JOMFP, 22(1), 18–26.
https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_113_17

- Şirin, T. (2019). Evli çiftlerin spiritüel iyi oluşları ile evlilik doyumlari arasındaki ilişki. *EKEV Akademi Dergisi*, 77, Article 77.
- Sisler, J. J., Brown, J. B., & Stewart, M. (2004). Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 50, 889–896.
- Smith, L., Webber, R., & DeFrain, J. (2013). Spiritual Well-Being and Its Relationship to Resilience in Young People: A Mixed Methods Case Study. *SAGE Open*, 3(2), 215824401348558. <https://doi.org/10.1177/2158244013485582>
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 122–139. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.122.21854>
- Sohail, M. M. (2020). Belief in God's help during hepatitis C: A qualitative study on muslim patients in Pakistan. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 928–945. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0700-5>
- Sokoll, L. J., & Chan, D. W. (2020). Chapter 44—Tumor markers. In W. Clarke & M. A. Marzinke (Eds.), *Contemporary practice in clinical chemistry (fourth edition)* (pp. 779–793). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815499-1.00044-2>
- Somasundaram, R., & Devamani, K. (2016). A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 135. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179606>
- Surbone, A., & Baider, L. (2010a). The spiritual dimension of cancer care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 73(3), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.03.011>
- Surbone, A., & Baider, L. (2010b). The spiritual dimension of cancer care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 73(3), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.03.011>
- Sürücü, E. (2023). *Meme kanseri tanısı almış olan kadınlarda psikolojik dayanıklılığı geliştirmeye yönelik müdahalelerin etkinliği: Sistematik derleme ve meta-analiz* [Doktora tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/5062?locale-attribute=en>

- Tadayon, M., Dabirizadeh, S., Zarea, K., Behrooz, N., & Haghhighizadeh, M. H. (2018). Investigating the relationship between psychological hardiness and resilience with depression in women with breast cancer. *The Gulf Journal of Oncology*, 1(28), 23–30.
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in turkish patients with cancer: *Cancer Nursing*, 28(3), 236. <https://doi.org/10.1097/00002820-200505000-00013>
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*, 26(4), 260.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Kanser taramaları*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(29), Article 29. <https://doi.org/10.17066/pdrd.34849>
- Teymoori, A., Jetten, J., Bastian, B., Ariyanto, A., Autin, F., Ayub, N., Badea, C., Besta, T., Butera, F., Costa-Lopes, R., Cui, L., Fantini, C., Finchilescu, G., Gaertner, L., Gollwitzer, M., Gómez, Á., González, R., Hong, Y. Y., Jensen, D. H., ... Wohl, M. (2016). Revisiting the Measurement of Anomie. *PLOS ONE*, 11(7), e0158370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158370>
- Tuck, I., & Anderson, L. (2014). Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(4), 277–282. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.885623>
- Türkiye Kanser Enstitüsü. (2025). *Kanser nedir?* Türkiye Kanser Enstitüsü. <https://tke.tuseb.gov.tr>
- Türkiye kanser istatistikleri. (2020). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri.html>
- Ülker Tümlü, G., & Receptoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Journal of Higher Education and Science*, 3(3). <https://doi.org/10.5961/jhes.2013.078>
- Ünlü, H., Balanlı, O. F., Yüceant, M., Erbaş, M. K., & Karahan, M. (2022). Spor Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin pozitif ve negatif duygu, sürekli umut ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi: Tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.5336/sportsci.2021-85008>

- Ünsal, T. (2021). *Çalışan kadınların stres düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık ve prososyal davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. <https://hdl.handle.net/11363/4799>
- Utku, E. Ş., Hacikamiloğlu, E., Boztaş, G., Keklik, K., & Gültekin, M. (2017). Türkiye’de palyatif tedavi ve bakım organizasyonu ve uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji - Özel Konular*, 10(3), 240–244.
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 19(6), 565–572. <https://doi.org/10.1002/pon.1626>
- Wakiuchi, J., Marchi, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 202–208. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
- Williams, G. M. (2001a). Mechanisms of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assessment. *Toxicology*, 166(1–2), 3–10. [https://doi.org/10.1016/s0300-483x\(01\)00442-5](https://doi.org/10.1016/s0300-483x(01)00442-5)
- Williams, G. M. (2001b). Mechanisms of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assessment. *Toxicology*, 166(1–2), 3–10. [https://doi.org/10.1016/s0300-483x\(01\)00442-5](https://doi.org/10.1016/s0300-483x(01)00442-5)
- WONCA EUROPE 2023 Edition. (n.d.).
- WONCA Europe 2023 revizyon. (n.d.).
- World Health Organization. (2022). *Cancer today*. <https://gco.iarc.who.int/today/>
- Yalçın, Y. (2015). *Meme kanseri tanısı almış hastaların teşhisten önce stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi*.
- Yalçın, Y. (2015). *Meme kanseri tanısı almış hastaların teşhisten önce stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=RM31RIMx7r9ImgjpOu7P1A&no=04znGtEzcS8aKjXuKKqcVg>
- Yavuz, D., & Koç, Z. (2023). Religious attitude, spirituality and mental adjustment in Turkish geriatric oncology patients. *Psycho-Oncology*, 32(7), 1030–1037. <https://doi.org/10.1002/pon.6144>
- Yildirim, D., Çiriş Yıldız, C., Ozdemir, F., Harman Özdoğan, M., & Can, G. (2024). Effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, depression,

and psychological well-being in patients with cancer: A single-blinded randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 47. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001173>

Yildirim, Y., Serto, O. O., Uyar, M., Fadiloglu, C., & Uslu, R. (2009). Hopelessness in Turkish cancer inpatients: The relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.01.001>

Yıldırım, S., & Gürsu, O. (2021). Yetişkinlerde dindarlık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi. *Turkish Academic Research Review*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.30622/tarr.865014>

Yıldız, H. N., Subaşı, H. G., & Tekin, S. (2017). Kansere Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(2), Article 2. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tebd/issue/28536/296410>

Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kansere biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 7–18.

Yüksel, M. Y., Akgün, N., & Öztürk, E. (2021). İleri yetişkinliğe geçiş döneminde bulunan bireylerde başarılı yaşlanma, hayatın anlamı ve spiritüel iyi oluş ilişkisi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.46414/yasad.949912>

Zumstein-Shaha, M., Ferrell, B., & Economou, D. (2020). Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 48. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>

8. EKLER

Ek-1. Anket Formu

“Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Palyatif Servisi, Onkoloji Servisi ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesindeki Kanser Hastalarının Spiritüel İyi Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğa Etkisi” Araştırması Anket Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen “Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Palyatif Servisi, Onkoloji Servisi ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesindeki Kanser Hastalarının Spiritüel İyi Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğa Etkisi” isimli tez çalışmamıza davet ediyoruz.

Çalışmamızın amacı Palyatif Servisi, Onkoloji Servisi ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran hastaların maneviyat (spiritualite) düzeylerinin hastalık hususundaki psikolojik dayanıklılıkları ve umutsuzluğa olan etkileri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamak veya istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişi ile paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz araştırma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Lütfen size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru olan şıkkı işaretleyiniz.

Anketimiz 100 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 15 dk sürecektir. Anketle ilgili sorularınızı tarafımıza danışabilirsiniz.

Sosyodemografik Veri Anketi

Çalışmamıza katılmak ister misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır
Telefon numaranız:	
Varsa mail adresiniz:	

1. Yaşınız:	
2. Cinsiyetiniz	☐ Erkek ☐ Kadın
3. Mesleğiniz:	☐ Ev hanım ☐ Serbest meslek ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Öğrenci ☐ Diğer.....
4. Medeni haliniz	☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış
5. Çalışma durumunuz	☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum
6. Eğitim durumunuz:	☐ Herhangi bir öğretim kurumundan mezun değilim ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ve üstü
7. Sağlık güvenceniz var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
8. Kronik bir hastalığınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
9. Çocuk sayınız:	
10. Kiminle yaşıyorsunuz?	☐ Eş ☐ Çocuk-Akraba ☐ Yalnız ☐ Bakıcı
11. Bakım vericiniz var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
12. Bakım vericiniz kimdir?	

Ek-1 (devam) Sosyodemografik Veri Anketi

13. Kanser tipiniz nedir?	☐ Hematolojik ☐ Meme ☐ Akciğer ☐ Pankreas ☐ Prostat-mesane-renal ☐ Kolorektal ☐ Jinekolojik ☐ Mide özefagus ☐ Diğer
14.Tanı konma süreniz:	
15. Kanser evreniz:	
16.Metastazınız/ Nüks var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
17.Kemoterapi/ Radyoterapi kür sayı:	

Ek-2a. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım 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, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile- üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni ...						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama

Ek-2a (devam) Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir									
Kolayca yapabildiğim								Yapmakta zorlandığım	
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...									
Birbirinden bağımsız								Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş	
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...									
Zayıftır								Güçlüdür	
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...									
Çok fazla güvenmem								Tamamen güvenirim	
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...									
Belirsizdir								İyi düşünülmüştür	
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...									
Günlük yaşamımda yoktur								Günlük yaşamımı kolaylaştırır	
22. Yeni insanlarla tanışmak ...									
Benim için zordur								Benim iyi olduğum bir konudur	
23. Zor zamanlarda, ailem ...									
Geleceğe pozitif bakar								Geleceği umutsuz görür	
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...									
Bana hemen haber verilir								Bana söylenmesi bir hayli zaman alır	
25. Diğerleriyle beraberken									
Kolayca gülerim								Nadiren gülerim	
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:									
Birbirlerini desteklemez biçimde								Birbirlerine bağlı biçimde	
27. Destek alırım									
Arkadaşımdan/aile üyelerinden								Hiç 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	

Ek-2a (devam) Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

30. İhtiyacım olduğunda ...									
Bana yardım edebilecek kimse yoktur							Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır		
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...									
Başa çıkmaya çalışırım							Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır		
32. Ailemde şunu severiz ...									
İşleri bağımsız olarak yapmayı							İşleri hep beraber yapmayı		
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...									
Yeteneklerimi beğenirler							Yeteneklerimi beğenmezler		

Ek-2b. Spiritüel (Manevi) İyi Oluş Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale)

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	1)	2)	3)	4)	5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	1)	2)	3)	4)	5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	1)	2)	3)	4)	5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	1)	2)	3)	4)	5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	1)	2)	3)	4)	5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	1)	2)	3)	4)	5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	1)	2)	3)	4)	5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	1)	2)	3)	4)	5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseddiğine inanırım.	1)	2)	3)	4)	5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	1)	2)	3)	4)	5)
11.	Hayattan zevk almam.	1)	2)	3)	4)	5)

Ek-2b (devam) Spiritüel (Manevi) İyi Oluş Ölçeği (Spiritual Well-Being Scale)

12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	1)	2)	3)	4)	5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	1)	2)	3)	4)	5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	1)	2)	3)	4)	5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	1)	2)	3)	4)	5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	1)	2)	3)	4)	5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	1)	2)	3)	4)	5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	1)	2)	3)	4)	5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	1)	2)	3)	4)	5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	1)	2)	3)	4)	5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	1)	2)	3)	4)	5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	1)	2)	3)	4)	5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	1)	2)	3)	4)	5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	1)	2)	3)	4)	5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	1)	2)	3)	4)	5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	1)	2)	3)	4)	5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	1)	2)	3)	4)	5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	1)	2)	3)	4)	5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	1)	2)	3)	4)	5)

Ek-2c. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()

Ek-2c (devam) Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

Ek-3. Etik Kurul Onay Formu

Araştırmamız Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 No'lu Tıbbi Araştırmalar Bilimsel ve Etik Değerlendirme Kurulu'nun 20.03.2024 tarih ve 2-24-74 sayılı kararı ile etik açıdan uygun görülmüştür.

TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU (TABED) KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kanser Hastalarının Spiritüel İyilik Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğa Etkisi				
TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU (TABED)						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hatice SELÇUK				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Erdiñ ÇETİNKAYA	Genel Cerrahi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Deniz SÖZMEN CILIZ	Radyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ	Aile Hekimliği	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ferhat İÇME	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Atakan TANAÇAN	Kadın Doğum (Perinatoloji)	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Metin YİĞİT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Cihangir DOĞU	Yoğun Bakım	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Enes Seyda ŞAHİNER	İç Hastalıkları	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Damla ERGİNTÜRK ACAR	Göz Hastalıkları	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Elif AKÇAY	Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hatice SELÇUK
İmza: 



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

2 NOLU
TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU
(TABED) BAŞKANLIĞI'NA

Sayı : TABED 2-24 - 74

74-no'lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması planlanan
"Kanser Hastalarının Spiritüel İyilik Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğa
Etkisi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

20/03/2024

Prof. Dr. Hatice SELÇUK
Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara

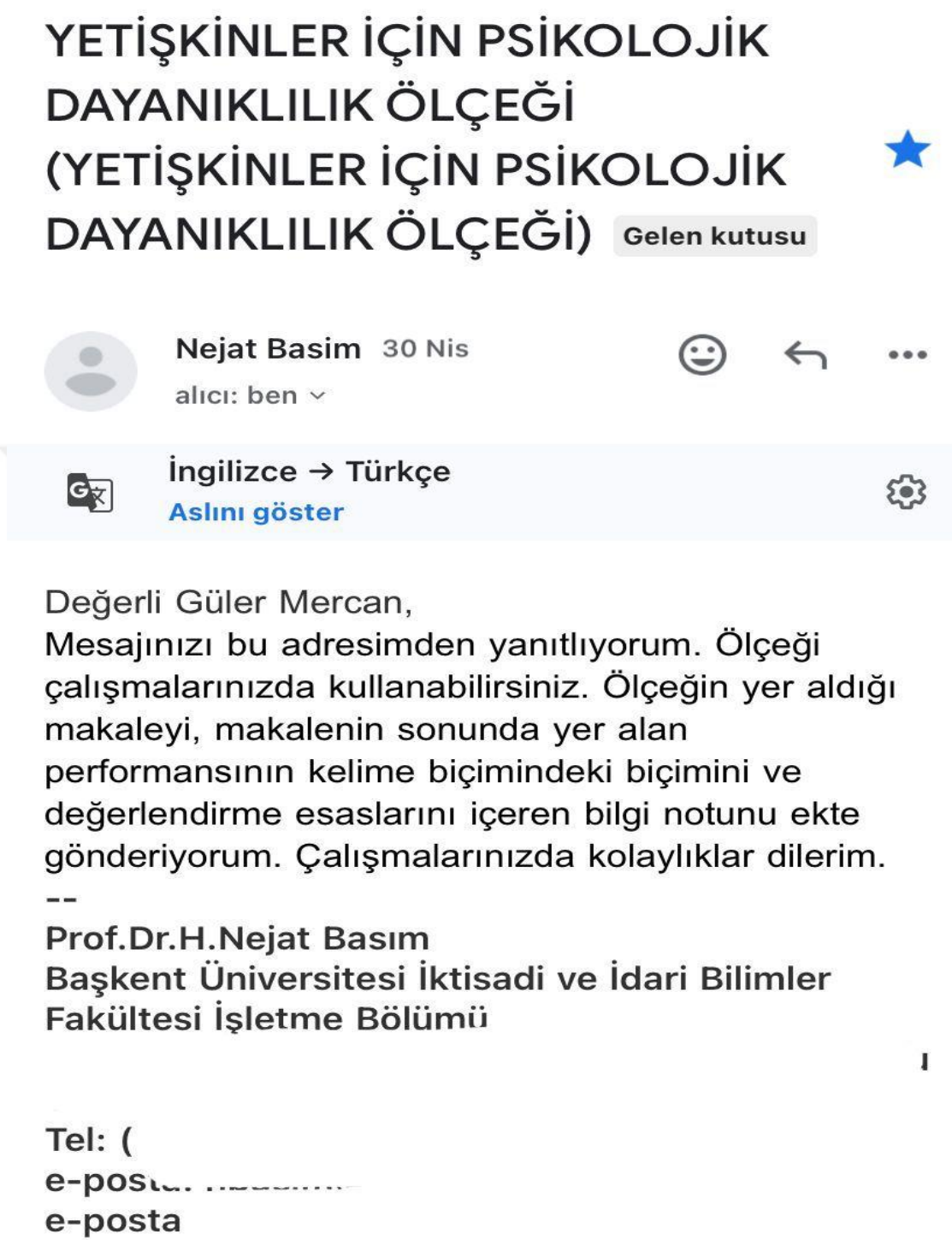
Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili : 772 998 / 772 999

2 NOLU
TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU (TABED) KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Hastalarının Spirüel İyilik Hallerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Umutsuzluğa Etkisi
-----------------------	---

ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Tıbbi Araştırmalar Bilimsel Ve Etik Değerlendirme Kurulu (TABED)			
AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara			
TELEFON	0312 552 66 00			
FAKS	0312 552 99 82			
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Doç. Dr. İsmail KASIM			
SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	RETROSPEKTİF ☐	PROSPEKTİF ☒	ANKET ☐	DİĞER ☐
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐
DİĞER DEĞİŞİKLİKLER:	Dr. Güler MERCAN'ın Tez Çalışması			
Karar No: TABED 2/74/2024	Tarih: 20.03.2024			
KARAR				
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hatice SELÇUK



Kanser hastalarında spiritüel iyilik hallerinin psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluğa etkisi çalışmamızda

Gelen kutusu



ben 3 May 2024

alıcı: selamikardas v



Değerli hocam ankara yıldırım beyazıt üniversitesi aile hekimliği kliniği asistanıyım etik kurula basvurmayı düşündüğümüz "Kanser hastalarında spiritüel iyilik hallerinin psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluğa etkisi" adlı tez çalışmamızda siz değerli hocalarımız tarafından oluşturulan spiritüel iyilik hali ölçeğinizi kullanmayı isteriz. İstegimizin tarafınızca olumlu olması durumunda teşekkürlerimizi şimdiden sunarız.



Selami Kardaş 4 May 2024

alıcı: ben v



Merhabalar hocam,
Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:
<https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi>
Ölçeğin kendisi de (Türkçe) linkte yüklü word dosyasında, oradan alıp kullanabilirsiniz.
Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

9.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : MERCAN UĞUR, Güler

Uyruğu : T.C.

Doğum Yeri/Tarih :

Medeni Durum :

Telefon :

e-posta :