



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA DİNİ İNANÇ VE MANEVİYATIN DEPRESYON DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Eda Özge YAZGAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ**

2014- ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA
DİNİ İNANÇ VE MANEVİYATIN DEPRESYON
DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Eda Özge YAZGAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ**

2014- ANKARA

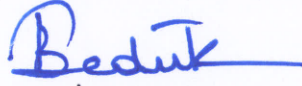
Kabul ve Onay

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

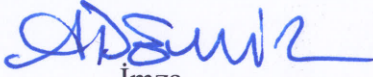
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 02/09/2014



İmza

Prof. Dr. Tülin BEDÜK
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

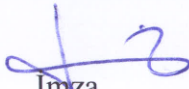
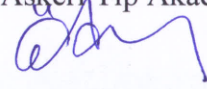


İmza

Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ
(Danışman)
Ankara Üniversitesi

İmza

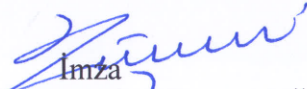
Doç. Dr. Özlem ASLAN
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



İmza

Yard. Doç Dr. Funda ÖZDEMİR

Ankara Üniversitesi



İmza

Yard. Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU

Başkent Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	viii
Simgeler Kısaltmalar	ix
Çizelgeler	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Genel Bilgiler	4
1.2.1. Kanserin Tanımı	4
1.2.2. Kanserin Tarihçesi	6
1.2.3. Kanserin Epidemiyolojisi	7
1.2.4. Kanserin Evrelendirilmesi	9
1.2.5. Kanserin Tedavisinde Kemoterapi	9
1.2.5.1. Kemoterapinin Yan Etkileri	11
1.2.6. Kanserde Depresyon	17
1.2.7. Kanserde Yaşam Kalitesi	19
1.2.8. Dini İnanç ve Maneviyat	21
1.2.8.1. Hemşirelik Bakımında Spiritualite	26
2. GEREÇ YÖNTEM	30
2.1. Araştırmanın Şekli	30
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	30
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
2.4. Araştırma Soruları	33
2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	33
2.6. Verilerin Toplanması	34
2.7. Veri Toplama Aracı	35
2.7.1. Hasta Tanıtım Formu	36

2.7.2.	Dini İnanç ve Maneviyat	36
2.7.2.1.	Ok-Dini Tutum Ölçeği	36
2.7.2.2.	Spiritüel Yaşam Soruları	37
2.7.3.	Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0)	37
2.7.4.	Beck Depresyon Envanteri	40
2.8.	Ön Uygulama	41
2.9.	Uygulama	42
2.10.	Veri Analizi	42
2.11.	Etik İlkeler	43
2.12.	Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.	BULGULAR	45
3.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tanıtıcı Özellikleri	45
3.1.1	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamalar	48
3.2.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Dini İnanç/Maneviyata İlişkin Bulgular	49
3.2.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	50
3.2.2.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşamına ilişkin Bulgular	54
3.3.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanına İlişkin Bulgular	62
3.4.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarına İlişkin Bulgular	67
3.4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular	67
3.4.2.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular	70
3.4.3.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular	77
3.4.4.	Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi	83
3.4.5.	Hastaların BDE Puanının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi	84

4.	TARTIŞMA	87
4.1.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	87
4.1.2.	Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Değerlendirilmesi	88
4.1.3.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamaların Değerlendirilmesi	89
4.2.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grupta Dini İnanç/Maneviyata İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	90
4.2.1.	Dini Tutum Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	90
4.2.2.	Spitirüel Yaşama İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	92
4.3.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Puanlarının Değerlendirilmesi	96
4.4.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi	99
4.4.1.	Hastaların EORTC QLQ-30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	99
4.4.2.	Hastaların EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	101
4.4.3.	4.4.3. Hastaların EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının	103
4.4.4.	Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği puanlarının EORTC QLQ-C30 puanları ile ilişkisinin Değerlendirilmesi	105
4.4.5.	Hastaların BDE puanlarının EORTC QLQ-C30 puanları ile ilişkisinin Değerlendirilmesi	106
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	107
5.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	107
5.1.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanına İlişkin Sonuçlar	108
5.1.2.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spitirüel Yaşamına ilişkin Sonuçlar	109
5.1.3.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanına İlişkin Sonuçlar	111
5.1.4.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarına İlişkin Sonuçlar	112
5.1.4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanına İlişkin Sonuçlar	112
5.1.4.2.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar	113
5.1.4.3.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar	114
5.2.	Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının EORTC QLQ-C30 Puanlarıyla İlişkisi ile İlgili Sonuçlar	115

5.3.	Hastaların BDE Puanının EORTC QLQ-C30 Puanlarıyla İlişkisi ile İlgili Sonuçlar	116
5.4.	Öneriler	116
ÖZET		118
SUMMARY		120
KAYNAKLAR		122
EKLER		137
EK-1A	Onam Formu (Hasta)	137
EK-1B	Onam Formu (Sağlıklı)	138
EK-2A	Tanıtım Formu (Hasta)	139
EK-2B	Tanıtım Formu (Sağlıklı)	140
EK-3A	Ok-Dini Tutum Ölçeği Spiritüel Yaşam Soruları	141
EK-3B	Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0) Beck Depresyon Envanteri	144
EK-4	Ok-Dini Tutum Ölçeği İzin Belgesi	148
EK-5	Etik Kurul İzin Belgesi	149
EK-6	Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi	150
EK-7	Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi	151
EK-8	Gazi Üniversitesi Gazi Hastanesi İzin Belgesi	152
EK-9	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İzin Belgesi	153
EK-10	Hastaların Aldığı Kemoterapi Protokolleri	154
ÖZGEÇMİŞ		156

ÖNSÖZ

Tez çalışmasının yöntem ve içerik planlanmasında, yürütülmesinde, istatistiksel analizlerinde desteğini ve emeğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayten DEMİR- ZENCİRCİ'ye,

Tezin yürütülmesi için gerekli izinleri sağlamış olan araştırmanın yürütülmesini sağlayan kurumlara ve araştırmaya katılarak destek veren tüm katılımcılara,

Hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve yüksek lisans eğitimim boyunca sabır ve anlayış gösteren başta babam Halil YAZGAN ve annem Medine YAZGAN olmak üzere aileme,

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, tezin her aşamasında manevi destekte bulunan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS: American Cancer Society/ Amerikan Kanser Derneği

BDE: Beck Depresyon Envanteri.

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü.

EORTC QLQ: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Core Questionnaire/ Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

F: Varyans analizi test istatistiği

KPS: Karnofsky Performans Skalası

Max.: Maksimum

Min.: Minimum

n: Örneklem sayısı

p: Önemlilik derecesi

r: Kolerasyon katsayısı

SS: Standart sapma

t: İki ortalama arasındaki farkın test istatistiği

TC: Türkiye Cumhuriyeti.

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization.

X^2 : Kuruskal Wallis Varyans analizi test istatistiği

χ^2 : ki kare analizi

$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama

Z: Man Whitney U testi istatistiği

ÇİZELGELER

Çizelge 2.7.3.1.	EORTC QLQ-C30 Puanlarının Dağılımları ve Cronbach α Katsayıları	40
Çizelge 3.1.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özellikleri	46
Çizelge 3.1.2.	Hastaların Tıbbi Özellikleri	47
Çizelge 3.1.1.1	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamalar	49
Çizelge 3.2.1.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının Karşılaştırılması	52
Çizelge 3.2.1.2.	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	53
Çizelge 3.2.2.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşama İlişkin İfadelerinin Karşılaştırılması	60
Çizelge 3.3.1.	Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Puanının Karşılaştırılması	64
Çizelge 3.3.2.	Kanser Hastalarının Tıbbi Özellikleri ile Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	66
Çizelge 3.4.1.1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Genel Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması	68
Çizelge 3.4.1.2.	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Genel Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması	69
Çizelge 3.4.2.1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	71
Çizelge 3.4.2.2.	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	75

Çizelge 3.4.3.1.a.	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	79
Çizelge 3.4.3.1.b	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	82
Çizelge 3.4.4.1	Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanlarının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi	84
Çizelge 3.4.5.1.	Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının İlişkisi	85

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser tüm Dünya'da etkisini her geçen gün arttıran önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yılı verilerine göre Dünya çapında 14,1 milyon yeni kanser vakasının olduğu, 8,2 milyon kişinin kanser nedeniyle öldüğü ve 32,6 milyon (5 yıl içinde tanı konmuş) kişinin de kanserle yaşadığı belirtilmektedir (WHO, 2012). 2030 yılına ilişkin yapılan tahminler ise o yıl için 27 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, aynı yıl 17 milyon kişinin kanser nedeniyle öleceği, kanser tanısı almış birey sayısının ise 75 milyona yükseleceğidir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Tarihi milattan önce 3000'li yıllara dayanan kanser hastalığı o günden bu güne ölümcül etkisini sürdürmeye devam etmekte, gelecekte de bu etkinin büyüyerek artması tahmin edilmektedir. Mortalite ve morbiditesi çok yüksek olan kanser hastalığının oluşmasında; sigara, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi birçok etmenin üzerinde önemle durulmaktadır (World Health Organization-WHO, 2010). Tedavisinde birçok olumlu gelişmenin olduğu kanser hastalığı hala "ölümcül" hastalık olma durumunu korumakta ve herkes için bir risk oluşturmaktadır (American Cancer Society-ACS, 2014). Kanser hastalığı tanısı beraberinde uzun ve zorlu bir tedavi sürecini getirmektedir. Tanı aşamasından terminal döneme kadar yaşamı tehdit etmenin yanı sıra; hastaya ve çevresine fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden de ciddi zarar vermektedir.

Hastalık, hastayı bütünüyle etkileyen onun homeostatik dengesini bozan bir durumdur. Sözü edilen hastalığın kanser olması, bu hastalığın çoğu kez ölümle anılması hastada ortaya çıkan bu olumsuz etkileri arttırmakta, kayıp duygusu ve

psikolojik tepkileri de beraberinde getirmektedir (Evcili ve Bekar, 2013; Gültekin ve ark., 2011; Tavoli ve ark., 2007). Kanser tanısı almış olan birey, tedavinin her aşamasında çok sayıda problemle karşı karşıyadır. Kanser ve tedavi nedeniyle ortaya çıkan yan etkiler hastaların yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşürmektedir. Yaşamı tehdit eden hastalığı olan, kayıp ve korku yaşayan birey hastalığıyla başetmek ve tedaviye uyum sağlayabilmek için başetme mekanizmalarını harekete geçirir. Bu süreçte hasta için maneviyatı ve dini başetme mekanizmaları daha fazla önem kazanır. Maneviyat ve din sıklıkla aynı anlama gelen kavramlar olarak birbirinin yerine kullanılsa da, maneviyat dini uygulamaları da içeren daha kapsamlı bir alandır (National Cancer Institute, 2012; Kostak, 2007). Maneviyat, dinden farklı olarak daha çok bireysel ve iradi nitelikler taşır; oysa din paylaşılan inançlar ve ritüelleri içeren bir sistemi ifade etmektedir (Koenig, 2004; William ve Sternthal, 2007).

Kanser hastalarının olumlu başetme mekanizmaları kullanmasını sağlamak, tedaviye uyumunu sürdürmek ve yaşam kalitesini yükseltmek, sunulan hemşirelik bakımının temel amaçlarındandır. Bu süreçte hastalığa bağlı kayıp ve ölüm korkusu yaşayan hastanın hastalığı nasıl algıladığı, karşılaştığı güçlüklerle nasıl başa çıkmaya çalıştığı ve nelerden güç aldığını bilmek hastayı tanımak ve destek olmak açısından son derece önem taşır (Ateşçi ve ark., 2003). Maneviyat; sağlık, hastalık, ölüm, ölüm sonrası yaşam gibi konularda bireye algı, yorumlama ve anlamlandırma kabiliyeti kazandırabilmektedir. Bu bakımdan hastanın spiritüel yönlerinin değerlendirilmesi önemli hale gelmektedir. Spiritüel değerler, hastanın beden ve ruh sağlığını olumlu yönde etkileyerek iyi hissetmesini sağlayabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007).

Her bireyin spiritüel/manevi bir yönü vardır. Ancak spiritüel sağlığın algılanması, bireyden bireye farklılık gösterir. Bunun yanı sıra maneviyat, hastalık durumunda daha büyük önem kazanabilir (Kostak, 2007). Bu nedenle hemşire hastaların sorunlarıyla başetmesi ve hastalığa uyumunu ele alırken, maneviyat ve

dini inancı göz ardı etmemelidir. Çünkü maneviyat ve din, kişinin günlük yaşantısından, yaşamdan ne beklediğine kadar birçok alanda farklı düzeyde etki sahibi olabilmektedir. Yeme alışkanlıklarından, tıbbi tedavinin kabulüne kadar kişinin sağlığını belirleyen birçok davranışında, maneviyat ve dinin etkisi görülebilir (Mayers, 2000; Kostak, 2007; Kathryn ve Skevington, 2010; Yılmaz, 2011).

Maneviyatın değer, inanç, güven, dini başetme gibi faktörlerle; yaşamı tehdit eden hastalıklarla başetme sürecinde önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Kanseri hastalarında yapılan araştırmalar; maneviyatı güçlü olan kişilerin hastalığa uyumunun iyi olduğunu gösterdiği gibi, güçlü dini inancın duygusal destekten sonra en önemli hastalıkla başetme mekanizması olduğunu belirtmektedir (Meyerowitz, 2000; Evcili ve Bekar, 2013).

Spiritüel yaklaşım/bakım üzerine yapılan araştırma sayısı son zamanlarda artış göstermesine rağmen, ülkemizde hemşirelik bakımına net bir biçimde yansıtılamamıştır. Bu duruma maneviyatın soyut ve geniş bir alana hakim olmasının neden olduğu düşünülmektedir (Linda ve ark., 2006; Küçük, 2012). Oysa bireye bütüncül yaklaşma onun maneviyatını da değerlendirebilme ile mümkündür.

Spiritüel bakım sunulurken öncelikle hastanın spiritüel yaşamına ilişkin bilgi edinilir ve gereksinimleri belirlenir. Spiritüel gereksinimler belirlenirken hemşire aktif bir dinleyici olmalı ve soruna hassasiyetle yaklaşmalıdır. Bireyin maneviyat ile ilgili sorulara verdiği yanıtların yanısıra, hareketleri, sözlü ifadeleri, çevresi ile iletişimi de spiritüel gereksinimlerini ortaya koyabilir (Küçük, 2012).

Hastaya uygulanması planlanan spiritüel bakım; hastayı dinlemek, onunla empati kurmak, dürüst ve yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemek, hastanın kendini ifade edebilmesini sağlamakla mümkündür. Hemşire hastanın yaşamında meydana gelen değişikliklere karşı başetme yöntemi olarak gerçekçi bir umut

duygusu geliştirmeyi hedeflemelidir (Linda ve ark., 2006). Hastada umut ve olumlu başetme mekanizmaları geliştirilirken, sosyal destek mekanizmaları harekete geçirilebilir. Bireylerin destek mekanizmaları birbirinden farklı olmakla beraber; diğerk aile bireyleriyle iletişime geçmek, arkadaşlarıyla vakit geçirmek, insanlar için birşeyler yapabilmek, ibadet etmek, dini kitap okumak, bu destek mekanizmalarından bazılarıdır.

Kanser hastalığının tedavi sürecinde istenen; hastanın tedavisine uyumlu ve olumlu başetme yöntemleri geliştirmiş, oluşan yeni ruhsal sorunlarla başedebilmiş olmasıdır. Spiritüel gereksinimleri karşılanan bireyin problemi algılama, çözüm önerisi getirme ve uygulama becerisi artmış olacağından umudu desteklenecektir. Gerçekçi, umut duygusu gelişmiş hastalığı ile olumlu başetme mekanizmaları geliştiren birey, tedavisi ve kendisi ile ilgili sorumlulukları alabilecek duruma gelir. Hastanın tedavi sürecine katılımı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi bu şekilde mümkün olabilecektir (Phelps ve ark., 2009).

Bu alışma: Kemoterapi alan kanser hastalarının, dini inanç ve maneviyatlarının yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Kanserın Tanımı

Kanser, hücre büyümesi ve çoğalmasında rol oynayan genlerde meydana gelen mutasyon ve anormal aktivasyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır (Guyton ve Hall, 2006). Normal koşullarda mitozdan önce, DNA zincirleri eşleşmekte ve anormal DNA zincirleri düzeltme işleminden geçirildikten sonra, mitoz gerçekleşmektedir. Bu kalıtsal önlemlere karşın yeni oluşan hücrenin düşük olasılıkla mutant olma

ihhtimali bulunmaktadır. Çok sayıda kanser vakasına bu mutant özellikteki hücrenin neden olduğu düşünölmektedir. Bunun beraberinde kanser, sonradan mutasyona uğrayan hücreler aracılığıyla ortaya çıkabilmektedir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006). Sonradan meydana gelen gen mutasyonları oluşma olasılığını, bazı fizik ve biyolojik faktörlerin yanısıra bir takım kimyasal maddeler de arttırabilmektedir. Vücutta mutasyona uğrayan çok sayıda hücrenin ancak çok küçük bir bölümü, kansere neden olmaktadır. Mutasyon geçiren hücrelerin, normal hücrelere oranla, yaşamlarını sürdürmeleri güçtür. Bu hücrelerin çoğunda aşırı büyümeye engel olan, geri bildirim kontrol mekanizmaları bulunur (Guyton ve Hall, 2006). Mutasyona uğrayıp, kanser riski oluşturacak hücrelerin birçoğu, hastalık meydana getirmeden, bağışıklık sistemi tarafından yok edilir. Kanser oluşturabilecek etkiyi meydana getirebilmek için çok sayıda onkogenin aynı anda aktif olması gerekir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006). Bu nedenle, mutasyona uğrayan onkogenlerin bir bölümü, kanser oluşumunda etkili olmaktadır (Guyton ve Hall, 2006; Aliustaoğlu, 2009).

Gen mutasyonlarının ortaya çıkmasına neden olan; kimyasal, fiziksel ve biyolojik faktörlerin bazıları şu şekildedir;

1. Gen mutasyonuna neden olan fiziksel etmenler, genellikle mekanik olarak tahrişe neden olabilecek irritan maddelerin etkinliğiyle ortaya çıkmaktadır. Buna örnek olarak; bazı besinlerin gastrointestinal sistemdeki tahriş edici etkisi sonucu ortaya çıkan, gastrointestinal sistem tümörleri gösterilebilir (Guyton ve Hall, 2006).
2. Mutasyon yaratma eğilimindeki bazı kimyasal maddelerin kimyasal etkileri sonucu da gen mutasyonları meydana gelmektedir. Bu maddelerden çeşitli anilin boyalarının kansere neden olduğu belirlenmiştir. Bunun yanısıra sigara; içeriğinde bulunan kimyasallar nedeniyle, öncelikli kanser etyolojisidir (Guyton ve Hall, 2006).
3. Günlük hayatta kullanımı hızla yaygınlaşan iyonize edici ışınların da kanser oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. Bu ışınlar, doku hücrelerinde

yüksek derecede reaktif iyon oluşturup, DNA sarmalını koparma yoluyla gen mutasyonu oluşturur (Guyton ve Hall, 2006).

4. Virüsler; salgıladığı enzimler aracılığıyla DNA ve RNA'nın yapısına etki ederek veya DNA virüslerinin kendilerine ait olan DNA sarmalıyla doğrudan kromozomlara yerleşmesi sonucunda, mutasyona neden olabilirler (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006).
5. Tüm bu etmenlerin yanı sıra birçok vakada gözlenen kalıtsal eğilim, hastalığın meydana gelmesinde etkili olabilmektedir. Kalıtsal eğilimi olan kişilerin, kalıtsal genomlarında bir veya daha fazla mutasyona uğramış gen bulunmaktadır. Bu kişilerde, ek olarak meydana gelen az sayıda gen mutasyonu dahi kansere neden olabilmektedir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006).

1.2.2. Kanser Tarihçesi

Tıp tarihinde, kanser hastalığına bakıldığında, bu hastalığın geçmişinin insanlık tarihi kadar eski olduğu, tümörlerle ilgili ilk tanımlamalara Mısır papirüslerinde, Babil çivi yazısı ve tabletlerinde, eski Hint yazmalarında rastlandığı belirtilmektedir (Atıcı, 2007). Örneğin; Edwin Smith Papirüsü'nde (M.Ö.3000), meme kanseri ile ilgili tanımlamalar yapılmış, Ebers Papirüsü'nde (M.Ö.1500) yumuşak doku tümörlerinden, deri, uterus, mide ve rektumda kanser oluşabileceğinden söz edilmiştir. Bu tümörler, tedavi edilirken, ölümcül durumların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Babil tabletlerinde ise tümörler ve tümörlerin çıkarılması işlemi anlatılmıştır (Papac, 2001; Hadju, 2011a).

Antik Yunan dönemine gelindiğinde (M.Ö. 460-375) Hipokrat, "kanser" terimini ilk defa, organizmada şifa bulmayan yeni yapılar için kullanmıştır. Hipokrat, vücut yüzeyinde büyüyen, ülser olan, kırmızı, sıcak ve diğerlerinden farklı karakterdeki şişliklerden bahsederken; ağrısını yengeç ısırığına ve kanserli dokunun çevresindeki damarları, yengece benzetmesi nedeniyle Latince yengeç anlamına gelen “karkinoma” adını kullanmıştır (Hadju, 2011a). Hipokrat, tümörün

ortaya çıkış nedenini, vücutta kara safra birikmesi olarak görmüş ve bu hastaların tedavisinde lavman, hamam ve kan alma yöntemlerini kullanmıştır (Papac, 2001; American Cancer Society, 2009; Hadju, 2011b). Eski Roma’da Galen (M.S. 200), kanser hastalığına ilişkin olarak tümörleri sınıflamıştır ve malign tümörleri ayırt etmiştir (Hadju, 2011c).

Aydınlanma döneminde, William Harvey (1578-1657), kan dolaşımını bugünküne yakın olarak tanımlamış, kara safraya ilişkin görüşleri çürütmüştür. Ambroise Pare (1510-1590), memedeki malign tümörlerin yayılımını açıklamıştır. Morgagni (1682-1771), 700 kişinin otopsisini yapıp, bu ölümlerin 17 tanesinin kansere bağlı geliştiğini açıklamış, günümüzde bilinen birçok kanser türünü tanımlamıştır (Hadju, 2012a).

19. Yüzyıl’ın başlarında, kanser araştırmaları yaygınlık kazanmıştır. Kanserde tanı, tedavi ve kanseri önleme çalışmalarında önemli adımlar atılmış, kanserle ilgili araştırmalar hızla artmıştır (Papac, 2001; Hadju, 2012b).

1.2.3 Kanserın Epidemiyolojisi

Kanserın çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2010) verileri, dünyada her yıl 12 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıktığını belirtmektedir. Kansere bağlı nedenlerden dolayı her yıl 7 milyon insanın öldüğü ve 25 milyon insanın kanserle yaşadığı bildirilmektedir (WHO, 2010). Dünya genelindeki ölüm nedenleri arasında, kanser nedeniyle ölümlerin oranı % 13 gibi ciddi bir düzeydedir (DSÖ, 2008). Doğumda beklenen yaşam süresi ve dünya nüfusundaki artış dikkate alındığında, kanserden kaynaklanan ölümlerin başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere artması beklenmektedir (DSÖ, 2008).

2012 yılında dünya çapında 14,1 milyon yeni kanser vakasının olduğu, 8,2 milyon kişinin kanser nedeniyle öldüğü ve 32,6 milyon (5 yıl içinde tanı konmuş)

kişisinde kanserle yaşadığı belirlenmiştir. Yeni kanser vakalarının %57'sinin (8 milyon), kanser ölümlerinin %63'ünün (5,3 milyon) ve 5 yıllık yaygın kanser vakalarının %48'inin (15,6 milyon) az gelişmiş bölgelerde meydana geldiği görülmektedir (WHO, 2012).

Genel kanser insidansına bakıldığında erkeklerde (her 100.000'de 205) kadınlara oranla kanser görülme sıklığının (her 100.000 de 165) %25 daha yüksek olduğu görülmüştür. Dünyanın farklı bölgelerinde erkeklerde kanser insidansı 5 kata kadar farklılık göstermektedir. Bu sayı Batı Afrika'da her 100.000 de 79 iken, Avusturalya/Yeni Zellanda da 365'tir. Kadınlarda ise kanser insidansı Güney Orta Asya'da her 100.000 de 103 iken, Kuzey Amerika'da 295'tir (WHO, 2012).

Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society-ACS, 2012b) verilerine göre Amerika'da 1.638.910 yeni kanser vakası olduğu ve kanserden ölümlerin toplamda 577.190 kişi olduğu belirtilmiştir. Amerika'da Son 50 yılda ölüm nedenleri incelendiğinde kalp hastalıkları, inmelere enfeksiyonlardan kaynaklanan ölümlerde ciddi oranda bir azalma görülürken, kanser nedeniyle ölümlerin sadece %5 azaldığı görülmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Center for Health, 2011) verilerine göre gelecekte kanser hastalığının birinci ölüm nedeni olacağı düşünülmektedir.

Avrupa'da 2006 yılında 3.191.600 kanser vakası saptanmış, 1.703.000 kişi kanser nedeniyle ölmüştür. En sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu, kanser kaynaklı ölümlerde de akciğer kanserinin ilk sırada olduğu belirtilmiştir (Ferlay et al., 2007).

Genel istatistikler ışığında, 2030 yılına ilişkin tahminlerde, dünya nüfusunun 8,7 milyara yükseleceği, o yıl için 27 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, aynı yıl 17 milyon kişinin kanser nedeniyle öleceği öngörülmektedir. Yine 2030 yılı için, son beş yıl içinde kanser tanısı almış birey sayısının 75 milyona yükseleceği tahmini yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Türkiye'de de yıllara göre kanser insidansları incelendiğinde, Dünya'daki durumdan farklı olmadığı görülmektedir. Ülkemizde 2000 yılında yüz binde 64,43 olan kanser görülme sıklığının, 2002'de yüz binde 133,78'e, 2005 yılında ise yüz binde 173,85'e yükseldiği görülmektedir. Erkeklerde kanser görülme sıklığı 2002 ve 2005 yılları arasında %9,7, kadınlarda ise %8,6'dır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

1.2.4. Kanserın Evrelendirilmesi

Kanserde evrelendirmeyi, tümörün çapı, lenf düğümlerine yayılımı, uzak metastazın varlığı belirler (Durak, 2012, Omerod, 2005; Tüzüner, 2002). Kanserın evresinin bilinmesi, uygun tedavi yaklaşımını belirlemek ve ortak bir dil oluşturmak açısından önemlidir. Evrelendirme, kanserın türüne göre farklılık gösterse de yaygın olarak Amerikan Kanser Komitesi tarafından hazırlanan TNM evrelendirme sistemi kullanılmaktadır. TNM evreleme sistemi, klinik bir evrelendirme sistemidir. T: tümörün yerini, N: lenf nodu tutulumunu, M: metastazı olup olmadığını ifade etmektedir. Lokal olan tümörün yaygınlığını, "T" ifade eder; T₁, T₂, T₃, T₄ tümör yaygınlığındaki artmayı gösterir. N₀, lenf nodu tutulumunun olmadığını, N₁, N₂, N₃ lenf nodu tutulumunun arttığını göstermektedir. M₀, metastazın yokluğunu temsil derken, M₁, uzak metastaz olduğunu ifade etmektedir (Durak, 2012; Omerod, 2005; International Union Against Cancer, 2009).

TNM sınıflamasında, bazı kanser türleri T_{1a}, T_{1b}, N_{2a}, N_{2b} şeklinde alt gruplara da ayrılabilenkte, bu alt gruplar; Evre 1, Evre 2, Evre 3 ve Evre 4 olarak sınıflandırılmaktadır (Omerod, 2005; International Union Against Cancer, 2009).

1.2.5. Kanserın Tedavisinde Kemoterapi

Kanser tanısı almış olan hastanın tedavisi; küratif ve palyatif olmak üzere iki amaç etrafında planlanır. Palyatif tedavide hastalığın tamamen tedavi edilmesinin

mümkün olmadığı durumlarda; hastalığın gerilemesi, ilerlemesinin durdurulması, yaşam süresinin uzatılması veya yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır. Küratif tedavide ise palyatif tedavinin aksine hastalığın tamamen yok edilmesi amaçlanır (Gündoğan, 2006; Onat,2008).

Hasta için uygun tedavi belirlenirken, hastaya en çok yarar sağlayacak tedaviyi seçmek ana amaçtır. Kanser hastalarına uygulanan tedavi biçimleri; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve biyolojik tedavi (immünoterapi ve gen tedavisi) olmak üzere dört gruptur (Üstüner ve Taş, 2011).

Kemoterapinin bulunması, 1940'lı yıllarda sitotoksik bir ajan olan Nitrogen Mustard'ın etkilerinin farkedilmesiyle başlar. İlk olarak, Dr. Alexander mustard gazına maruz kalan askerlerde lökopeni saptanması bilgisinden yola çıkarak, nitrogen mustard ile lenfomalı hastalarda başarılı sonuçlar elde etmiştir (İçli, 1997; Atıcı, 2007).

Radyoterapi ve cerrahinin uygulanamadığı, lösemi ve lenfoma gibi tanıları olan hastalarda veya yaygın metastazı olan hastalarda daha çok kemoterapi kullanılmaktadır. Kemoterapi hastaların etkin profilaktik ve sistemik tedaviden yarar görebilmeleri için sıklıkla kullanılan bir tedavi biçimidir (İçli, 1997).

Kanserde kemoterapinin amacı sağlıklı hücelere zarar vermeden maling hücrenin büyüme ve çoğalmasını durdurmak ve onları yok etmektir (İçli, 1997). Ancak antineoplastik ilaçların kanser hücresine olan seçicilikleri azdır. Bunun nedeni maling hücrenin normal hücre ile nitelik olarak benzer özellikler göstermesidir. Kemoterapi ilaçları maling hücelere zarar vermek için hızla bölünen hücreleri hedef alırken, vücutta hızla çoğalan (kemik iliği hücreleri, bağırsak ve ağız mukozası hücreleri, saç folikülleri, testis epitelyumu, fetüs ve embriyo hücreleri gibi) normal hücelere de zarar verip, bu normal hücrelerin de çoğalmalarını engellemektedir (Erkurt ve ark., 2009).

Kemoterapide amaç; kanseri tedavi etmek, tedavi mümkün olmadığı durumlarda yaşam süresini uzatmak, rahatlığı sağlamak ve tümöre bağlı semptomları hafifletip tümörün etkisini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır (Freter ve Perry, 2008).

Kemoterapi profilaktik amaçla adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Adjuvan kemoterapi, tümörün tamamının çıkarılmasının ardından verilen ek tedavidir. Uzak metastazları kontrol etmek amacıyla uygulanır. Neoadjuvan kemoterapi ise tümör cerrahi yolla çıkarılmadan önce kanser hücrelerinin yayılmasını ve çoğalmasını önlemek amacıyla uygulanan kemoterapidir (Dougherty ve Baily, 2001; Freter ve Perry, 2008).

1.2.5.1. Kemoterapinin Yan Etkileri

Yorgunluk: Yorgunluk kemoterapi alan hastalarda, sıklıkla ortaya çıkan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktördür. Uygulanan ilacın türü, dozu ve uygulama şekli gibi faktörler, hastanın yaşadığı yorgunluğu etkileyebilmektedir. Kemoterapi hastalarında ortaya çıkan yorgunluğun nedeni, bir veya birden fazla etkiyle, doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıkmaktadır. Yorgunluk, kemoterapi tedavisinin yan etkilerinden kaynaklanarak doğrudan ortaya çıkabildiği gibi beslenme bozuklukları, anemi, hareketsizliğe bağlı fiziksel etmenler ve depresyon gibi psikososyal etmenlerle dolaylı biçimde de ortaya çıkabilir (Karakoç, 2008).

Bulantı-Kusma: Kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarda çok sık karşılaşılan bir diğer sorun bulantı-kusmadır. Uygulanan kemoterapik ajanın türüne bağlı olarak bulantı-kusma şiddeti değişse de kemoterapik ajanların çoğunun ortak yan etkilerindendir (Üstüner ve Taş, 2011).

Kemoterapiye bağlı olarak gelişen bulantı-kusma şikayeti, gastrointestinal sistem mukozasının enterokromafin hücrelerinden salınan serotoninin vagal sinir uçları ve serotonin reseptörleri aracılığıyla stimüle edilerek, beyin sapındaki kusma

merkezini uyarması sonucu ortaya çıkmaktadır (Sorrell, 2005; Üstüner ve Taş, 2011). Bulantı-kusma şikayetini en fazla arttıran ilaçların Sisplatin, Dakarbazin, Siklofosamid, Streptozotosin ve Karmustin olduğu bilinmektedir (Mandel, 2012a). Bulantı-kusma, sıklıkla akut olarak, tedaviyle birkaç dakika içinde ve tedaviden sonraki 1-2 saat içinde ortaya çıkmaktadır (Sorrell, 2005).

Mukozit: Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, tümörün gelişmesini engellemek amacıyla hızlı çoğalan hücreleri hedef almaktadır. Mukoza hücreleri de hızlı çoğaldıklarından kemoteröpatik ajandan olumsuz etkilenmektedir (Çavuşoğlu, 2007). Kemoterapinin mukoza epitel hücrelerinde ortaya çıkardığı bu zarar sonucunda, mukoza epitel hücrelerinde meydana gelen inflamatuvar yanıt mukozittir. Ağızdan başlayıp anüse kadar olan gastrointestinal mukozanın bütününde ortaya çıkan bir durumdur (Sorrell, 2005; Çavuşoğlu, 2007). Geç farkedilen ve tedavi edilmeyen durumlarda ağırlı ülserasyonlar, hemoraji ve ikincil enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır (Rubenstein ve ark., 2004; Sorrell, 2005).

Mukozit, hastada enfeksiyon gelişmesine neden olması, yetersiz beslenmeye neden olması, hastanede kalış süresini uzatması, narkotik analjezik kullanımına neden olması ve hastanın ağrı yaşaması gibi sonuçları da beraberinde getirdiğinden hastanın yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkileyen bir komplikasyondur (Rubenstein ve ark., 2004; Yılmaz, 2007).

Ağrı: Kanserde ağrı, hastalığın oluşumu ve tedavi süresince hastaların günlük yaşantılarını ciddi şekilde etkileyen bir sorundur. Kanser hastalarının yaşadığı ağrının ortalama %80'i doğrudan tümöre bağlı ortaya çıkmaktadır. Tümörün yumuşak dokuya infiltrasyonu, lenfödem, tümör nekrozu, sinir sistemi, kan damarları ve lenf dokunun kompresyonu sonucu tümör direk olarak ağrıya neden olmaktadır (Edirne, 2012).

Hastalarda meydana gelen ağrının diğer nedeni tedavi sürecidir. Kanser hastalarının %19'u uygulanan tedavinin yan etkileri nedeniyle ağrı yaşamaktadır.

Kanser hastalarının tedavi süresince geçirdiği cerrahi operasyonlar ve radyoterapinin yan etkilerine (cilt yanıkları, gastrointestinal kramplar, radyasyon fibrozu, mukozit gibi) bağlı olarak hastada ağrı şikayeti ortaya çıkabildiği gibi kemoterapinin yan etkilerine (ekstravazasyon, gastrointestinal distres, mukozit, pankreatit, ekstravazasyon, periferik nöropati, aseptik kemik nekrozu, kardiyomiyopati gibi) bağlı olarak da hastada ağrı şikâyeti ortaya çıkabilmektedir (Edirne, 2012).

Nöropati: Nöropati, kemoterapi alan kanser hastalarında sıklıkla ortaya çıkan bir diğer yan etkidir. Nöropati, kemoteröpotik ajanın kan sinir bariyerini geçerek, arka kök ganglionları ve periferik aksonları etkilemesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Nöropatinin semptomları, uygulanan kemoterapatik ajana ve etkilenen sinir lifine göre değişmekle beraber hastalarda iğnelenme, karıncalanma, saplanma, uyuşma, yanma, kas çekilmesi, kesi hissi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Perry, 2008). Uygulanan kemoterapi türü ve kür sayısına bağlı olarak şikayetler artmakta, etkilenen motor lifi bağlı olarak ellerde ve ayaklarda güçsüzlüklere neden olabilmektedir. Sık olmamakla birlikte kemoteröpatik ajanın otonom sinir sistemini etkilemesi durumunda ortostatik hipotansiyon, konstipasyon ve miksiyonda zorlanma gibi şikayetler ortaya çıkabilmektedir (Lavoie ve ark., 2008, Saklı ve Demir-Zencirci, 2013). Hastada nöropati sonucu ortaya çıkan bu şikayetler, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Dispne: Kanser hastalarının hastalıkla ilişkili ya da tedavinin yan etkileri nedeniyle dispne şikayeti yaşadığı bilinmektedir. Tümörün hava yolunu tıkaması, kanserin primer ya da metastatik olarak pulmoner parankimayı tutması gibi direkt hastalığa bağlı nedenler dispneye neden olabilir. Bununla beraber hastanın tedavi süresince yaşadığı anemi, pnömoni, pulmoner emboli ve kemoterapiye bağlı olarak gelişen diğer pulmoner hastalıklar da dispne şikayetine neden olabilmektedir (Akyolcu, 2002). Dispne şikayeti olan hastalarda yorgunluk, bitkinlik, umutsuzluk ve tükenmişlik hissi meydana gelmekte ve bu durum hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır (Connolly ve O'Neill 1999; Krishnasamy ve ark., 2001; Akyolcu, 2002). Kanser hastalarında yapılan bir araştırmada, akciğer kanseri olan hastalarda

%37, meme kanseri olan hastalarda ise %30 oranında dispne görüldüğü belirtilmiştir (Paice, 1999; Akyolcu, 2002).

İştahsızlık: Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarında sık rastlanan semptomlardan biri de iştahsızlıktır. Kanser hastalarında % 63 oranında kilo kaybı gözlenirken, hastaların %22'sinde kaşeksiye bağlı ölümler ortaya çıkmaktadır (Laviano and Meguid, 1996). Kilo kaybı ve kaşeksinin meydana gelmesinde beslenme bozuklukları ve iştahsızlık semptomu önemli rol oynamaktadır.

Kemoterapi tedavisi alan kanser hastasında iştahsızlık görülmesinin birçok nedeni vardır. Kemoterapinin gastrointestinal sistem üzerindeki olumsuz etkileri (mukozit, bulantı-kusma, tümöre bağlı gastrointestinal obstrüksiyonlar gibi) doğrudan iştahsızlığa neden olabilirken; ağrı, depresyon ve yorgunluk gibi problemler de iştahsızlık semptomuna neden olabilmektedir (Kızılcı, 1999; Şendir, 2006; Sadırlı ve Ünsar, 2009)

Konstipasyon: Konstipasyon, kanser hastalarında %45-60 gibi yüksek bir oranda ortaya çıkan bir komplikasyondur (Mandel, 2012b). Kemoterapi alan kanser hastalarında ortaya çıkan kabızlık şikayetinin birçok nedeni vardır. Uygulanan kemoteröpatik ajanın direk yan etkisine bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi hastaya uygulanan analjezikler, antikolinergikler, diüretikler, antiemetikler, antispazmotikler gibi çok sayıda ilacın yan etkisine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (Sorrell, 2005; Mandel, 2012b).

Uygulanan ilaçların yanı sıra tümörün bağırsakta meydana getirdiği tıkanıklıklar, sinir sisteminde meydana gelen hasarlar nedeniyle ortaya çıkan spinal kord basısı, sakral pleksusların invazyonu da konstipasyona neden olmaktadır. Hastalık ve kemoterapi sürecinin, hastada meydana getirdiği değişikliklerin (hareketsizlik, beslenme bozukluğu, sıvı alınımda azalma, kas güçsüzlüğü, depresyon) de konstipasyon şikayetini arttırdığı bilinmektedir (Sorrell, 2005; Mandel, 2012a).

Diyare: Kemoterapi sonucu ortaya çıkan ince bağırsaktaki sekresyon ve emilim dengesi bozuklukları sonucunda, diyare ortaya çıkmaktadır. Bu sekresyon ve emilim dengesinde meydana gelen bozulma, kemoterapinin intestinal sistem mukozasına verdiği ciddi hasarın sonucudur. Diyarenin şiddeti ve süresi, uygulanan kemoteropatik ajanın türüne, dozuna ve uygulanma sıklığına bağlı olarak değişebilmektedir (Sorell, 2005).

Kemoterapi alan hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan beslenme bozuklukları, sıvı alımında yetersizlik, hareketsizlik ve psikosoyal etkiler nedeniyle de gastrointestinal sistem aktivitelerinde değişiklik olmakta, bunun sonucu olarak da diyare ortaya çıkabilmektedir (Üstüner ve Taş, 2011).

Nötropeni: Kemoteropatik ajanlar kanserli hücreye zarar vermek için uygulanırken, vücudun diğer hücrelerini de olumsuz etkileyebilmekte ve normal hücrelere zarar verebilmektedir. Bölünme hızı yüksek olan kemik iliği hücreleri de kemoterapinin bu etkilerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Kemoterapinin bir yan etkisi olarak kemik iliği baskılanmaktadır. Kemik iliğinin baskılanması ile birlikte hastada; anemi, trombositopeni ve lökopeni gibi hasta için ölümcül risk taşıyan durumlar ortaya çıkmaktadır (Gönderen ve Kapucu, 2009).

Saç dökülmesi: Kemoterapinin sıklıkla karşılaşılan önemli yan etkilerinden biri saç dökülmesidir. Hastada hayati bir tehlike oluşturmamasına karşın, hastaların sosyal ve psikolojik durumunu, tedaviye uyumunu ciddi şekilde etkilemektedir (Sorrell, 2005). Kemoterapi kaynaklı saç dökülmesi, genellikle geçici olarak ortaya çıkmaktadır. İlaç verildikten sonra iki hafta içinde yaygın ve ani saç dökülmesi başlar (Sorrell, 2005; Aydemir, 2012). Saç dökülmesi homojen olarak görülür. Saç dökülmesi, birçok kemoteropatik ajanın ortak yan etkisidir. Kemoterapi uygulaması bittikten sonra 4-6 hafta içinde saçlar yeniden çıkmaktadır. Bütün saçların yeniden çıkması, 1-2 yıl sürmektedir (Sorrell, 2005).

Tırnak yapısında değişiklik: Kemoterapi sonrası sıklıkla karşılaşılan bir diğer durum tırnak yapısındaki değişikliklerdir. Tırnaklarda lateral ve longitudinal bantlar şeklinde, hiperpigmentasyon ortaya çıkmaktadır. Tırnaklarda meydana gelen hiperpigmentastoyona, Bleomisin, Adriyamisin, Daunarubisinle kullanan hastalarda daha sık rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra Bleomisin, Hidrosiüre kullanan hastalarda tırnakların incilmesi, bombeleşmesi, yatağından ayrılması ve hemotom gibi şikâyetler daha sık görölmektedir (Aydemir, 2012).

Anksiyete: Korku, kaygı, sıkıntı ve belirsizlik gibi duyguların hakim olduğu kanser tanısı almış hastalarda, anksiyete sık rastlanan bir sorundur (Sheldon ve ark., 2006; Keith ve ark., 2007). Kanser tanısı almış olan hastaların %30'unda kronik anksiyete gözlenirken, son dönem kanser hastalarında anksiyete oranının %50'nin üzerine çıktığı bilinmektedir (Keith ve ark., 2007; Aydoğan ve ark., 2012).

Kanser hastalarının anksiyete yaşamalarına neden olabilecek birçok faktör vardır. Ölüm korkusu, stres, yaşam kalitesinin azalması, sosyal izolasyon, benlik algısında bozulma, tedavi sürecinin belirsizliği gibi duygusal faktörlerin yanında kemoteröpatik ajanlarında anksiyeteye neden olabileceğı belirtilmektedir (Tokgöz ve ark., 2006; Sheldon ve ark., 2006).

Cinsel Yaşamda Değişiklik: Kanser hastalığının kendisi veya tedavisinde kullanılan kemoteröpatik ajanlar, seks ve üreme fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilmektedir. Tümör tedavisinde kullanılan ilaçlar, erkeklerde tedavi süresine bağılı olarak değişmekle birlikte geçici veya kalıcı azospermiye, kadınlarda erken menapoza ve bazı durumlarda ise steriliteye yol açabilmektedir (Mandel, 2012b).

1.2.6. Kanserde Depresyon

Sağlığın kaybı bireyi biyolojik, duygusal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen, onu hasta rolüne büründüren bir olgudur. Bireyi olumsuz etkileyen bu yeni duruma adaptasyon süreci ve hastalığına yüklediği anlam, bireyin homeostatik dengesini bozarak duygusal tepkilerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Hastalık sonucunda bireyde ortaya çıkan bu duygusal tepkiler hastanın psikososyal durumuna, hastalığın türüne ve hastaya göre değişiklik göstermektedir (Kelleci ve ark., 2009; Karaçetin ve ark., 2010).

Kanser hastalığı yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılandığı için tedavisindeki gelişmelere rağmen hala korkulan bir hastalık olmaya devam etmektedir (ACS, 2012a). Kanser hastalığının algısı ve yaşamı tehdit ediyor olması hastada önemli duygusal tepkilerin meydana gelmesine neden olmakta ve birçok psikolojik problemi de beraberinde getirmektedir. Tedavi sürecinde kanser hastalarının depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar yaşayabildiği bilinmektedir (Pasquini ve Biondi, 2007).

Kanser tanısı alan bireyde ilk olarak şaşkınlık ve şok durumu gözlenir. Sonrasında durumu algılama yoluna giden hasta bu duruma inanamaz ve inkar eder, öfkeye kapılır ve üzüntü yaşar. Bu karmaşık duyguların hakim olduğu yas süreci sonrasında birkaç hafta içinde hasta yeni duruma uyum için çabalar, savaşıma isteği ve umut kazanır. Bazı durumlarda yas süreci uzayabilir ve hastada depresyon görülebilir (Mete ve Önen, 2001). Depresyon sürecinde hastada umutsuzluk, beslenme bozukluğu ve buna bağlı kilo kaybı, uyku bozukluğu, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, mutsuzluk, intihar eğilimi gibi belirtiler gözlenmektedir (ACS, 2013). Bu belirtiler çoğu zaman kemoterapinin yan etkileriyle karıştırılmakta ve farkedilememektedir.

Kanser hastalarının önceden psikiyatrik bir hastalığının olması, benlik saygısının düşük olması, yoğun duygusal stres yaşaması ve sosyal destek

sistemlerinin yetersiz olması depresyon için risk oluşturmaktadır (Ateşçi ve ark., 2003). Bunun yanısıra yapılan araştırmalar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum, kanser ve tedavi türü, tedavinin yan etkileri gibi faktörlerin de kanser hastalarında depresyon görülme sıklığını etkilediğini göstermektedir (Ateşçi ve ark., 2003; Kutlu ve ark., 2011; Suzuki ve ark., 2011).

Literatürde kanser hastalarında, %20-%50 sıklığında depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Massie, 2004; Pasquini ve Biondi, 2007). Chochinow ve arkadaşları (2000) terminal dönemde olduğunu bilen hastaların, bilmeyenlerden üç kat daha fazla depresyon yaşadığını belirtmektedir. Kanser hastalarında depresyon riskini arttıran faktörlerin; yetersiz sosyal destek, duygusal stres, benlik saygısının düşüklüğü ve kansere eşlik eden fiziksel hastalıklar olduğu bilinmektedir (Savrun, 1999).

Kanser hastalarında depresyonu değerlendirmede yaygın olarak, Brief Symptom Envanteri (BSE-Brief Symptom Inventory-BSI), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) ve bizim de çalışmamızda kullandığımız; Beck Depresyon Envanteri-BDE (Beck Depression Inventory-BDI) kullanılmaktadır (Massie, 2004; Pasquini ve Biondi, 2007).

Hasta bakımından sorumlu olan hemşire sadece fizyolojik sorunlara odaklanmamalı depresyonun belirti ve bulgularını takip etmelidir (Mete ve Önen, 2001). Hastanın depresyon yaşadığının farkedilmesi durumunda sağlık ekibinin diğer üyeleri bilgilendirilmeli, hastanın psikolojik yardım alması sağlanmalıdır. Ekip ile işbirliği içinde hastanın sosyal destek mekanizmaları belirlenmeli yakınları ile de işbirliği kurularak, hastaya destek olunmalıdır. Hastaya bütüncül bir bakım sunan hemşire, bu süreçte hastayı manevi ve dini yönünü ile birlikte ele almalıdır (ACS, 2013).

1.2.7. Kanserde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sağlık dışında insanla ilgilenen pek çok alanın konusu olmuştur. Kavramsal olarak net bir tanımlama yapılmamasına karşın yaşam kalitesi ile ilgili yorumlar eski tarihlere dayanmaktadır. Örneğin; Aristo yazılarında iyi bir yaşam sürdürebilmek için insanların gereksinimlerine değinmiştir (Osterfeld, 1994).

Yaşam kalitesi kavramını, çok yönlü olması nedeniyle net bir tanımda birleştirmek güçtür. Kavram ilk kez E. L. Thorndike tarafından; sosyal çevrenin bireye yansıyan şekli olarak tanımlanmıştır (Hadaway ve Roof, 1978, Öksüz ve Malhan, 2005). Bu tanımlamanın ardından, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi açısından; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları olarak tanımlanmıştır (Testa ve Simonson, 1996; Grant ve Dean, 2012). Son dönemde ise yaşam kalitesi kavramı genel olarak hastanın var olan fonksiyon düzeyi ile ilgili algısı ve bu durumdan aldığı doyumu ifade etmektedir (Granz, 1994; Testa ve Simonson, 1996; Öksüz ve Malhan, 2005).

Sağlık alanında son yıllarda yaşam kalitesi ile ilgili araştırmaların arttığı görülmektedir. Yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen hastalıklardan birinin de kanser hastalığı olduğu bilinmektedir. Kanser tedavisi konusundaki gelişmeler ve yenilikler, kanser hastalarının yaşam süresindeki artış, kemoterapi ve diğer tedavilere bağlı hastaların yaşadığı problemler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kanser hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili araştırmaların da arttığı görülmektedir (Grant ve Dean, 2012).

Kanserde yaşam kalitesi; genel sağlık durumunu, fiziksel işlevselliği, semptomların ciddiyetini, hastanın psikososyal uyumunu ve yaşamdan aldığı tatmini ifade etmektedir. Yapılan araştırmalar, kanser hastalığı ve tedavisinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Boyle ve Levin, 2008; Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanser hastalarında yaşam kalitesini arttırmak tedavinin temel amaçları arasında yer almaktadır (Penson ve ark., 2006). Bunun

yanısıra hastanın yaşam kalitesinin yüksek oluşu, tedaviye uyumunu da arttıracaktır (Grant ve Dean, 2012).

Yaşam kalitesini değerlendirmede geliştirilmiş çok sayıda ölçek kullanılmaktadır. Kansere Tedavisinin İşlevsel Değerlendirilmesi-Genel Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G)), Kısa Form-36 (Short Form 36 (SF-36)), Nighthingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ) ve bizim çalışmamızda kullanmış olduğumuz, Avrupa Kansere Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Core Questionnaire-EORTC QLQ-30) bu ölçeklerden bazılarıdır. EORTC QLQ yaşam kalitesini birçok boyutta ele alması ve detaylı semptom değerlendirmesi gibi özellikleriyle sık kullanılan bir ölçektir (Jones ve ark., 2006; Penson ve ark., 2006).

Bireyin yaşam kalitesi ölçülürken çok yönlü değerlendirme yapılmaktadır (Granz, 1994; Testa ve Simonson, 1996; Penson ve ark., 2006). Birey değerlendirilirken;

- ✓ *Fiziksel fonksiyonları* (hastanın öz bakım aktivitelerini ve fonksiyonlarını yapıp yapamadığı),
- ✓ *Rol fonksiyonları* (hastanın evdeki, iş yerindeki ve aile içindeki rollerini ve sorumluluklarını yerine getirip getiremediği),
- ✓ *Psikolojik ve bilişsel fonksiyonları* (yaşamdan doyum alma, anksiyete, korku, depresyon, beden imajı, baş etme, algı, eğlenme, iyimserlik, yorum ve önceki deneyimleri),
- ✓ *Sosyal fonksiyonları* (hastanın aile ve arkadaş ilişkileri, sosyal destek sistemleri gibi),
- ✓ *Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomları* (İştah, yorgunluk, uyku, dinlenme, ağrı, bulantı-kusma, alopesi, impotans gibi semptomlar ile maddi zorluk yaşama durumu) değerlendirmektedir (Penson ve ark., 2006).

Yaşam kalitesinin alt boyutları da göz önünde bulundurulduğunda kanser hastasının yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen çok sayıda faktör olduğunu saptamak güç değildir. Hastalık ve tedaviye bağlı oluşan semptomlar, anksiyete, bireyin kendisi ve çevresi ile ilgili kaygıları, beden imajındaki değişimler yaşam kalitesini olumsuz etkilerken (Pınar ve ark., 2008; Bifulco ve ark., 2011), sosyal destek sistemlerinin yeterli olması, konforu, iyileşme inancı, ekonomik yeterliliği gibi faktörler olumlu yönde etkileyebilmektedir (Zeng ve ark., 2011).

Yapılan çalışmalarda, kanser hastalığının ve tedavisinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Zeng ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, hastaların çoğunun tedaviye bağlı iştahsızlık, uykusuzluk, konstipasyon gibi fiziksel semptomlar yaşadığı belirtilmektedir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, kadınların genel yaşam kalitesinin etkilendiği, en çok etkilenen fonksiyonların duygusal ve sosyal fonksiyonlar olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik bakımında birey fiziksel, psikososyal, spiritüel ve kültürel bileşenleri ile birlikte ele alınmalıdır. Hastanın bakımında primer sorumluluk üstlenen hemşire, hastanın genel iyilik halinin iyileşmesi, yaşadığı fonksiyon kayıplarının onarılması, tedaviye uyumunun arttırılarak yaşam kalitesinin iyileşmesini hedeflemelidir. Kanser hastalarında tedavi sürecinde meydana gelen olumsuzlukların giderilmesi hemşirelik bakımın önemli bir parçasıdır. Bu nedenle yaşam kalitesinde iyileşme bekleniyorsa, birey holistik bir yaklaşımla ele alınmalı, bu anlayış bakıma yansımalıdır (Grant ve Dean, 2012; Korkut-Owen ve Owen, 2012).

1.2.8. Dini İnanç ve Maneviyat

Maneviyat/spiritüelitate çok çeşitli anlamlarda kullanılan subjektif bir kavram olmasından ötürü karmaşık ve belirli olmayan özellikler taşımaktadır (William ve Sternthal, 2007; Yılmaz, 2011). Spiritüelitate kavramının soyutluğu kavramı net biçimde tanımlamayı zorlaştırmaktadır. En genel haliyle, spiritüelitate; bireyin

konumunu, ilişkilerini, varoluşunu anlamlandıran, yaşamın anlamına ilişkin görüşlerini içeren karmaşık ve soyut bir alanı ifade etmektedir (Berk, 2010; Korkut-Owen ve Owen, 2012).

Spiritüel kavramı yaşamı anlamlandırma ile ilgilidir. Doğa, sanat, müzik, sosyal ilişkiler gibi birçok alanda bireye yaşamı anlamlandırmayla ilgili esin veren her türlü yaşantıyı ifade eder (Berk, 2010; Korkut- Owen ve Owen, 2012). Spiritüel iyilik hali ise yaşamın amacını anlamaya çalışmak, yaşamın daha büyük güçlerle paylaştığı bağlantıların farkına varmak gibi süreçleri barındırır. Spiritüel iyilik hali iyi olan bireyler, kendini gerçekleştirir, iç huzurunu sağlar ve yaşamdan doyum alır (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Oldukça geniş bir alanı kapsayan sipritüalite/maneviyat kavramı, günlük yaşantıda genellikle dini inançla aynı anlamda kullanılmaktadır (William ve Sternthal, 2007; Berk, 2010; Korkut-Owen ve Owen, 2012).

Maneviyat ve din sıklıkla aynı anlama gelen kavramlar olarak birbirinin yerine kullanılsa da, aralarında bazı farklılıklar vardır. Maneviyat dini uygulamaları da içeren daha kapsamlı bir alandır (Hatch ve ark., 1998; Kostak, 2007; National Cancer Institue, 2012). Maneviyat daha çok bireysel ve iradi nitelikler taşıırken, din paylaşılan inançlar ve ritüellerle bir topluluktaki bağlantıları içeren bir sistemi ifade etmektedir (Koenig, 2004).

Din metafizik değerlere ya da tanrı fikrine yer veren, inananlara bir yaşam biçimi öngören inanç sistemi, ibadet ve uygulama yoludur (Küçük, 2012). Din daha çok geleneksel, kutsal ve doğa üstü ile ilişkili davranış ve inançları ifade etmektedir (William ve Sternthal, 2007). Maneviyat/spiritüalite, din ile ilişkili olabilse de dini inanç ve ritüellerle sınırlandırılmayacak düzeyde kapsamlıdır. Güçlü dini inançlara bağlılık göstermeyen bireyler de, spiritüel bir boyuta sahip olabilir (Çetinkaya ve ark., 2007). Sipritüel yaşam değerlendirilirken maneviyatı oluşturan her bir etmen sorgulanmalıdır. Bireyin manevi yaşantısı; değer, inanç, bağışlayıcılık, kullanılan dini başetme yöntemi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Küçük, 2012).

Manevi değerler: Bireyin yaşadığı durumdan ne ölçüde etkilendiği, bu duruma verdiği değerle birebir ilişkilidir. Hastalık, bireyin yaşamını tehdit eden, fonksiyonlarında bozulmaya yol açan ve kriz durumu olarak algılanabilen bir süreçtir. Kanser gibi yaşamı tehdit eden ve bireyde ölüm korkusu oluşturabilen hastalığa sahip bireylerde manevi değerler daha çok ön plana çıkabilmektedir (Yılmaz ve Okyay, 2009). Bu noktada sipritüel yaşam sorgulanırken, bireyin sahip olduğu değerler ve yaşamındaki bu olumsuz süreci nasıl değerlendirdiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bağışlayıcılık: Bireyin hastalık, ölüm düşüncesi, cezalandırılma, kabullenme gibi kavramlara yaklaşımını değiştiren bağışlayıcılığı, sosyal yaşantı ve ilişkilerinde de etkili olmaktadır. Genel anlamıyla bağışlama; hak etmediği halde yaşatılan bir olumsuzluğa karşın suçluyu cezalandırmaktan vazgecip ona merhamet etmektir (Kara, 2009). Bağışlayıcılık literatürde dini ve psikolojik yönleriyle ele alınmaktadır.

Dini öğretiler beraberinde uyulması zorunlu kuralları ve bu kurallara uyulmadığı takdirde cezalandırmayı getirir. Bağışlama, birçok dinde karşılık bulan ortak bir kavram olmasına karşın, bağışlama-bağışlanma durumu dinlere göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Yahudilik'te bağışlama eylemden olumsuz etkilenen ile suçlu arasında olurken, yani mağdurun suçluyu affetmesinden oluşurken, İslam'da bağışlanmanın tövbeyle mümkün olduğu bilinmektedir. Psikolojide ise bağışlama, haksızlığa uğrayan kişinin olumsuz duygulardan sıyrılması olarak değerlendirilir (Kara, 2009). Bağışlama öfke, kırgınlık gibi olumsuz duygulardan kurtularak bireyin huzurlu olmasını sağlamaktadır (Kara, 2009; Yılmaz ve Okyay, 2009).

İnanç: Bireyin bir görüş, düşünce, öğretisi veya dine inanması anlamını taşır. Bireyin maneviyatının önemli bir parçasını oluşturan inançları, yaşama biçimi ve tutumunu etkileyebildiği gibi sağlık ve hastalığa yönelik algılarına ve davranışlarına da etki eder. Örneğin; hastalığı Tanrı'nın kullarını sınamak için

vermiş olduğuna inanan birey hastalıkla başetme yoluna giderken, hastalığın bir ceza olduğuna inan birey derin ızdırap yaşayabilmektedir. Dini inançtan bağımsız olarak yaşadığı hastalık nedeniyle öleceğine inanan birey, bu süreçte tedavi olmaktan kaçınabilir (Küçük, 2012). Hastaların maneviyatlarına ilişkin değerlendirme yaparken, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin kararları bütünüyle etkileyebileceği düşünülen inançlar göz ardı edilmemelidir.

Olumlu Olumsuz Dini Başetme: Birey dini başetme yöntemi kullanırken, üç farklı eğilim gösterebilir. İlk olarak; birey kişisel bir yönelim göstererek olumsuz durumu çözmede dini bir yardıma gerkeksinim duymadan, bireysel imkanlarını ortaya koyar. Bu durum dine karşıt olma anlamı taşımaz, sadece bireyin problem çözmede kendi denetimini sağlaması anlamını taşır (Pargament, 2005; Batman, 2008). Olumsuzluklar karşısında bireyin dini başetme sergilerken gösterdiği ikinci eğilim; erteleme, kaçış olabilir. Birey bu yaklaşımında problem çözümüne katılmayı reddeder. Sorunların çözüm kaynağını tanrı olarak görür. Hiçbir çözüm girişiminde bulunmayan birey için çözümü sunacak tek kaynak tanrıdır. Üçüncü olarak; birey sorunlarına çözüm getirirken tanrı ile işbirliği yapma eğitimi gösterebilir. Birey ve dini başa çıkma yöntemlerini de kullanarak problem çözümünde Tanrı ile birlikte çalışmakta böylece aktif olarak sürece katılmaktadır (Batman,2008; Pargament, 2005).

Aktif başetme sürecini yalnız yaşayan bireyler kontrol edilemeyen durumlarla karşılaştığında, çaresizlik ve öfke gibi olumsuz duygular yaşayabilir. Buna karşılık başetmede tanrıyla işbirlikçi bir eğilim gösteren bireyin, başedemediği olumsuz durumlar karşısında daha az sıkıntı duyabileceği varsayılmaktadır (Batman,2008; Pargament, 2005).

Din ile kendini iyi hissetme ve mental sağlık arasındaki ilişkiler, 2000 yılına kadar 700'ü aşkın araştırmaya konu olmuştur. Bu çalışmaların yaklaşık 500'ü kendini iyi hissetme ve mental sağlık ile din arasındaki ilişkilerin olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalarda dini inanç ve uygulamaların,

depresyonu azalttığı (93 çalışmadan 60'ı), intihar oranlarını düşürdüğü (68 çalışmadan 57'si), madde bağımlılığını azalttığı (120 çalışmadan 98'i), yaşamı anlamlı ve amaçlı hale getirdiği (16 çalışmadan 15'i), evlilikte memnuniyeti ve istikrarı arttırdığı (38 çalışmadan 35'i), yüksek sosyal destek sağladığı (20 çalışmadan 19'u) yönünde verilere ulaşılmıştır. Yine bu araştırmalarda, dini inanç ve uygulamalar, fiziksel bakımdan; bağışıklık sistemini güçlendirme (5 çalışmadan 5'i), kalp hastalıklarını azaltma (11 çalışmadan 7'si), kan basıncının düşük düzeyde olması (23 çalışmadan 14'ü), kolesterolün düşük düzeyde olması (3 çalışmadan 3'ü), sigara içme oranının azalması (25 çalışmadan 23'ü) gibi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Koeingh'in literatür taraması sonucunda ulaştığı sonuçlardan kanser ile ilgili araştırmaların sonuçları da dikkat çekicidir. 2000 yılından önce yapılan 7 çalışmadan 5'inde dini inanç ve uygulamalar, kanser hastalıklarına bağlı ölüm oranlarını düşürme ile ilişkilendirilmiştir (Koenig, 2004).

Literatürde, din ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında, pozitif bir ilişkinin varlığını ileri süren çok sayıda araştırma mevcuttur (Williams ve Sternthal, 2007; Hill ve ark., 2006; Musick ve ark., 2004). En genel haliyle din, tedaviyi aksatacak zararlı davranışları yasaklayarak ya da hastalığa yol açacak davranışların önüne set çekerek ölüm ya da hastalık risklerini azaltabilmektedir. Din, bireyi bir destek grubu içerisine yerleştirerek ihtiyaç halinde bireye yardım sunulmasını sağlayabilmektedir. Ayrıca stresli yaşam koşulları ile yüzleşmede, bireye yardımcı olabilecek tutumları geliştirebilecek bir perspektif sunabilmektedir (Jarvis ve Northcott, 1987).

Kanser ve din arasındaki bağlantıları ele alan araştırmaları gözden geçiren Ahmadi (2007), hem din hem de maneviyatın kanser hastalarında anksiyeteyi azaltma, umudu arttırma, yaşam memnuniyetini yükseltme, kendini iyi hissetmeyi sağlama yönündeki pozitif etkilerine değinmiştir. Çifçi'nin (2007) dinin hastalıkla başetmeye etkisi konulu çalışmasında; kanser hastalığının evrelemesine paralel olarak, dini başetme tarzlarına başvurma sıklığının da arttığı belirtilmektedir. Bu çalışmaya katılan, kanserin üçüncü ve dördüncü evresinde bulunan hastaların tamamının, başetme yöntemi olarak dini kullandıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmalar daha çok, dini inanç ve uygulamalar ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki pozitif ilişkiye odaklansa da, dinin sağlık açısından, negatif etkilerinin de olabileceği gözden uzak tutulmamalıdır. Williams ve Sternthal (2007) dini katılımın faydalı sosyal ilişkilere teşvik etmesine rağmen, dinin teşvik ettiği ilişkilerin stres kaynağı olabileceğini de belirtmektedir. Normlardan sapanlar, din adamları ve cemaat tarafından eleştiri konusu olabilmektedir. Dini beklentilere cevap verememek ya da dini kaygılarla başa çıkamamak da hastalığa neden olabilmektedir. Bunların yanı sıra tıbbi bakım yerine, tamamen inancın şifasına yönelmek de negatif bir etki olarak karşımıza çıkabilmektedir (Pargament, 2005).

1.2.8.1. Hemşirelik Bakımında Spiritüallite

Her bireyin spiritüel/manevi bir yönü vardır. Ancak spiritüel sağlığın algılanması, bireyden bireye farklılık gösterir. Bunun yanı sıra maneviyat, hastalık durumunda daha büyük önem kazanabilir (Kostak, 2007). Spiritüallite; sağlık, hastalık, ölüm, ölüm sonrası yaşam gibi konularda bireye algı, yorumlama ve anlamlandırma kabiliyeti kazandırabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007). Bu bakımdan hastanın spiritüel yönlerinin değerlendirilmesi önemli hale gelmektedir. Hastaların spiritüel değerleri, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilmekte, kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilmektedir

Spiritüallite/maneviyat, hastalık ve tedavi sürecinde devamlı olumlu sonuçlar doğuracak bir alan değildir. Bu bakımdan spiritüel distres, yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sistemindeki bozulmaları ifade etmektedir. Empati, dinleme, etkili iletişim, spiritüel değerlere hassasiyet gösterme gibi uygulamalar, spiritüalliteyi temel bakım ile uyumlu hale getirmeye yardımcı olabilmekte ve spiritüel distresi azaltabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007).

Kanserin toplumda, ölümcül bir hastalık olduğu yönündeki algılar, kanser tanısı aldıktan sonra hastanın manevi yönünü gündeme getirerek önem

kazanmasına yol açmaktadır. Kanser hastalığının tedavi sürecinde hastadan beklenen; hastanın tedavisine uyumlu olması, olumlu başetme yöntemleri geliştirmiş olması, bu süreçte yeni ruhsal sorunların oluşmasını engellemesi ve yaşam kalitesinin yüksek olmasıdır (Phelps ve ark., 2009).

Gelinen bu noktada hastayı sadece fiziksel olarak ele almak, bütüncül anlayışla sağlık bakımı verilmesi esasına uygun değildir. Bütüncül anlayışla verilen sağlık bakımı, bireyi sadece fiziksel olarak değil; aynı zamanda sosyal, kültürel, ruhsal, manevi bakımdan bir bütün olarak ele almayı gerektirir. Bu yaklaşım, bireyleri kendine özgü nitelikler taşıyan dolayısıyla birbirinden farklı özelliklere sahip varlıklar olarak görür (Kostak, 2007). Bu bakımdan, hastaların sorunlarıyla başa çıkması ve hastalığına uyumu ele alınırken, maneviyat ve dini inanç göz ardı edilemez. Çünkü maneviyat ve din, kişinin günlük yaşantısından, yaşamdan ne beklediğine kadar birçok alanda farklı düzeyde etki sahibi olabilmektedir. Yeme alışkanlıklarından, tıbbi tedavinin kabulüne kadar kişinin sağlığını belirleyen birçok davranışında, maneviyat ve dinin etkisi görülebilir (Mayers, 2000; Kostak, 2007; Kathryn ve Skevington, 2010; Yılmaz, 2011).

Yapılan araştırmalar bireyin yaşantısında manevi değerlerinin öneminin büyük olduğunu ortaya koymakta özellikle kanser hastalığı gibi yaşamı tehdit eden durumlarda maneviyatın önem kazandığına değinmektedir. Buna karşın ülkemizde spiritle bakımın hastaya yansıtılması konusunda gelinen nokta konunun öneminin çok gerisinde kalmaktadır. Bu durumun spiritüel yaşantının soyut ve karmaşık olması, hemşirelik bakımının fiziksel gereksinim ve hastalığı tedavi etmekle sınırlı tutulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Yılmaz ve Okyay, 2009).

Kanser tanısı alan hastanın bakımını üstlenen hemşire hastanın spiritüel gereksinimlerine öncelik vermelidir. Bu öncelikle hastanın spiritüel yaşamına ilişkin bilgi sahibi olma ve bu alandaki gereksinimleri belirlemekle mümkün olur. Spiritüel gereksinimler bireyin yoksunluğunu azaltacak, manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir. Hastanın spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesi,

hastayla etkileşim içinde olunan süreçte devam eder. Gereksinimler doğrudan soru-cevap yöntemiyle belirlendiği gibi, dolaylı olarak gözlem yoluyla da belirlenebilir. Yöntem seçimi ne olursa olsun spiritüel gereksinimler belirlenirken hemşire aktif bir dinleyici olmalı ve soruna hassasiyetle yaklaşmalıdır (Küçük, 2012). Konuyla ilgili hastaya yöneltilen soruların açık uçlu olmasına özen gösterilmeli hastanın mahremiyetini de içeren bu bilgilerin saklı tutulacağına ilişkin güvence verilmelidir. Bireyin maneviyatı ile ilgili sorulara verdiği yanıtların yanısıra, hareketleri, sözlü ifadeleri, çevresi ile iletişimi değerlendirilmeli, dikkat çeken durumlar kaydedilmelidir (Küçük, 2012). Çünkü bu ifadeler çoğu zaman spiritüel gereksinimleri ortaya koyan ipuçlarıdır.

Kanser hastasının spiritüel gereksinimleri belirlendikten sonra konuya ilişkin hemşirelik tanıları belirlenir. Anksiyete, umutsuzluk, güçsüzlük, spiritüel distres, bireysel başetmede yetersizlik bu durumda belirlenebilen hemşirelik tanılarından sadece birkaçıdır (Stark ve House, 2000; Keith ve ark., 2007). Uygun hemşirelik tanısı belirlendikten sonra amaçlar belirlenmeli ve bu amaçlara ulaşma yolunda planlama yapılmalıdır. Spiritüel problemlere ilişkin yapılan planlama öncelikle sorunun kaynağını belirleme ve bu kaynakla başetme veya sorunun nedenini ortadan kaldırma yönünde yapılmalıdır. Örneğin; hastada problem olarak ele alınan umutsuzluk ve öfke gibi durumların nedenini belirlemek öncelikli hedef olmalıdır (Dedeli Karadeniz, 2009).

Sorun ve amaçlar belirlenip, yapılacak hemşirelik girişimleri planlandıktan sonra hemşirelik bakımının uygulama aşamasına geçilir. Bu aşamada hastayı dinlemek, karşılaştığı sorunla ilgili empati yapmak, dürüst ve yargılayıcı olmayan bir tutum sergileyerek, hastanın başetme yöntemlerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastanın duygularını ifade etmesi durumunda hastaya olumlu geri bildirim verilmelidir. Kanser hastasının yaşamında meydana gelen değişiklikleri gerçekçi bir şekilde tanımlaması ve duruma karşı olumlu tutum geliştirmesi için desteklenmesi, çaresizlikle başetme yöntemi olarak gerçekçi bir umut duygusu geliştirmesi sağlanmalıdır. Bu aşamadan sonra seçim yapma ve karar verme gücünde meydana gelen artış, olumlu başetmeyi arttırmaktadır (Kocaman, 2006; Küçük, 2012).

Hastaya geçmiş yaşantısında olumlu başetme gösterdiği deneyimleri varsa bunlar hatırlatılır. Bunun yanı sıra çevresinde olumlu başetme yöntemi geliştirmiş bireylerle iletişim kurması sağlanır. Hastadan her ne kadar kendi kararlarını kendisi verebilecek güçte olması beklense de bunu yapabilmesinde destek mekanizmalarının etkileri göz ardı edilmemelidir. Bu destek mekanizmaları bireyden bireye değişiklik gösterebilmekle birlikte; diğer aile bireyleriyle iletişime geçmek, arkadaşlarıyla vakit geçirmek, insanlar için birşeyler yapabilmek, ibadet etmek, dini kitap okumak, bireyde harekete geçirilecek destek mekanizmalarına örnektir (Arıkan, 2004; Çavdar, 2011; Küçük, 2012). Belirlenen soruna ilişkin yapılan hemşirelik girişimlerinin ardından hastadan geri bildirim alınmalı, sözel ve sözsüz mesajları değerlendirilmeli, bakımın amacına ulaşp, ulaşmadığı belirlenmelidir.

Kanser hastalığının tedavi sürecinde istenen; hastanın tedavisine uyumlu, olumlu başetme yöntemleri geliştirmiş, bu süreçte yeni ruhsal sorunların oluşmasıyla başa çıkmış olmasıdır. Spiritüel gereksinimleri karşılanan bireyin problemi algılama, çözüm önerisi getirme ve uygulama becerisi artmış olur, böylelikle umutsuzluğa kapılmaz (Kocaman, 2008). Gerçekçi umut duygusu gelişmiş, hastalığı ile olumlu başetme mekanizmaları geliştiren birey; tedavisi ve kendisi ile ilgili sorumlulukları alabilecek duruma gelir. Hastanın tedavi sürecine katılımı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi bu şekilde mümkün olabilecektir (Pheps ve ark., 2009).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kemoterapi alan kanser hastalarının dini inanç ve maneviyatının yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve analitik olarak yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Kanser hastası olan gruba ulaşmak için araştırmanın Ankara'da bulunan devlet üniversitesi hastanelerinde yapılması planlandı. Araştırmaya izin veren, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütüldü.

Araştırma, kanser hastası olmayan gruba ulaşmak için, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı, basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen, Altındağ Sacit Yazıcı Aile Sağlığı Merkezi ve Çankaya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde günde ortalama 40 hastanın, üç hemşire ve iki hekim tarafından günlük bakım ve tedavileri yapılmaktadır. On üç hasta kapasiteli olan ünite, kemoterapi ilaçları, kabinde hemşireler tarafından hazırlanmaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde dört hemşire ve iki hekim tarafından günde ortalama 35 hastanın, günlük bakım ve tedavileri yapılmaktadır. Günde ortalama 20-25 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır. Ünitenin hasta kapasitesi 15'tir. Ünitenin bir odasında kabin bulunmakta ve kemoterapi ilaçları hemşireler tarafından hazırlanmaktadır.

Gazi Üniversitesi Gazi Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde günde ortalama 40 hastanın, iki hekim ve beş hemşire tarafından günlük bakım ve tedavileri yapılmaktadır. Yirmi hasta kapasiteli olan ünite, günde ortalama 30-35 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır. Kemoterapi ilaçları kabinde hemşireler tarafından hazırlanmaktadır.

Altındağ Dr. Sacit Yazıcı Aile Sağlığı Merkezi'nde; dört aile hekimi, iki hemşire, bir ebe ve bir sağlık memuru hizmet vermektedir. Günde ortalama 120 birey muayene edilmektedir. Altındağ İlçesi'nde ikamet eden ve bu aile sağlığı merkezine kayıtlı veya bölgeye misafir olarak gelen bireylere hizmet verilmektedir.

Çankaya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi; günde ortalama 100 bireye, iki hemşire, bir sağlık memuru ve üç hekim tarafından hizmet vermektedir. Merkezde, Çankaya'da ikamet eden ve bu sağlık merkezine kayıtlı veya bölgeye misafir olarak gelen bireylere hizmet verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmadaki kanser hastası olan grubun evrenini 02.04.2013-27.03.2014 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama

Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, tıbbi onkoloji gündüz tedavi birimlerine kemoterapi almaya gelen hastalar oluşturdu.

Araştırmadaki kanser hastası olmayan grubun evrenini 16.09.2013-28.02.2014 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Altındağ Dr. Sacit Yazıcı Aile Sağlığı Merkezi ve Çankaya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde giden bireyler oluşturdu.

Araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının seçim kriterleri:

- ✓ Karnofsky Performans puanın ≥ 50 olan,
- ✓ 3 ve 4. Evre Kanser tanısı olan,
- ✓ Kemoterapi tedavisi almakta olan,
- ✓ 18 yaş ve üstü olan,
- ✓ Okuma yazma bilen,
- ✓ Dini inancı olan,
- ✓ Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- ✓ Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar olarak belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan kanser hastası olmayan bireylerin seçim kriterleri:

- ✓ Kanser tanısı olmayan,
- ✓ 18 yaş ve üstü olan
- ✓ Okuma yazma bilen,
- ✓ Dini inancı olan,
- ✓ Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- ✓ Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler olarak belirlendi.

2.4. Araştırma Soruları

- ✓ Kanser hastalarının dini inanç ve maneviyatı yaşam kalitesi ve depresyon düzeyini etkiler mi?
- ✓ Kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri, dini tutum puanlarını etkiler mi?
- ✓ Kanser hastalarının tıbbi özellikleri, dini tutum puanlarını etkiler mi?
- ✓ Kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi puanları arasında farklılık var mıdır?
- ✓ Kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile yaşam kalitesi puanları arasında farklılık var mıdır?
- ✓ Kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri, depresyon puanlarını etkiler mi?
- ✓ Kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile depresyon puanları arasında farklılık var mıdır?
- ✓ Kanser hastalarının yaşam kalitesi puanları ile dini tutum puanları arasında ilişki var mıdır?
- ✓ Kanser hastalarının depresyon puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki var mıdır?
- ✓ Kanser hastası olmayan bireyler ile kanser hastalarının depresyon puanları arasında farklılık var mıdır?
- ✓ Kanser hastası olmayan bireyler ile kanser hastalarının dini tutum puanları arasında farklılık var mıdır?

2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Kanser hastası olan grubun bağımlı değişkenleri; dini tutum, depresyon ve yaşam kalitesi puanlarıdır. Kanser hastası olmayan grubun bağımlı değişkenleri; dini tutum ve depresyon puanlarıdır.

Bağımsız değişkenler; araştırmaya katılan kanser hastası olan ve olmayan bireylerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, dini, medeni durumu, doğduğu coğrafi bölge, ailesindeki kişi sayısı, ailesindeki çocuk sayısı, yaşadığı yer, sosyal güvencesi, soy geçmişindeki kanser öyküsü, şifa aramak için başvurduğu uygulamalardır. Bunlara ek olarak hasta bireylerin tanısı, uygulanan kemoterapi kür sayısı, kemoterapide kullanılan ilaçlar bağımsız değişkenlerdir.

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 02.04.2013-27.03.2014 tarihleri arasında toplandı. Kanser hastası olan gruba ait veriler; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji gündüz tedavi birimlerine haftada iki gün gidilerek toplandı.

Kanser hastası olmayan gruba ait veriler, Altındağ Dr. Sacit Yazıcı Aile Sağlığı Merkezi ve Çankaya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne haftada iki gün gidilerek, bu merkezlere sağlık hizmeti için başvuru yapan bireylerden toplandı.

Araştırmaya katılacak bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam (Bkz. Ek-1A ve Ek-1B), alındı. Anket formunda (Bkz, Ek-2A ve Ek-2B) yer alan sosyodemografik sorular araştırmacı tarafından bireylere yöneltildi ve kaydedildi. Kanser hastası olan bireylerin hastalık tanısı, hastalığın evresi, alınan kemoterapi türü ve kür sayısı araştırmacı tarafından, hasta dosyasından öğrenilerek kaydedildi. Dini tutum (Bkz, Ek-3A), depresyon (Bkz, Ek-3B) ve yaşam kalitesi ölçekleri (Bkz, Ek-3B), kanser hastası olan bireyler tarafından dolduruldu. Dini tutum ve depresyon ölçeklerini ise kanser hastası olmayan bireyler doldurdu. Ölçeklerin doldurulması işlemi kanser hastası olan grupta grupta yaklaşık 40 dakika, kanser hastası olmayan grupta yaklaşık 25 dakika sürdü. Kanser hastası olan grupla görüşme yapılırken, hastanın hastalığını bilmeme olasılığı göz önünde bulundurularak, gerekli durumlarda kanser kelimesi yerine “bu hastalık” ifadesi kullanıldı.

2.7. Veri Toplama Aracı

Çalışmada, kanser hastası olan ve olmayan gruba uygulanmak üzere, iki veri toplama aracı kullanıldı. Kanser hastası olan grupla yüz yüze görüşme yapılarak, Karnofsky Performans Skalası'nda (KPS) 50 ve üzeri puan alanlar çalışmaya dahil edildi (Schag ve ark., 1984).

Kanser hastası olan gruba uygulanacak anket formu, dört bölümden oluştu.

Bölüm -1-

Kişisel bilgi formu

Bölüm- 2-

OK-Dini Tutum Ölçeği

Sipritüel yaşam soruları

Bölüm-3-

Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-C30 (VERSION 3.0)

Bölüm-4-

Beck Depresyon Ölçeği

Kanser hastası olmayan gruba uygulanacak Anket formu üç bölümden oluştu.

Bölüm -1-

Kişisel bilgi formu

Bölüm- 2-

OK-Dini Tutum Ölçeği

Sipritüel yaşam soruları

Bölüm-3-

Beck Depresyon Ölçeği

2.7.1. Tanıtım Formu

Birinci bölümde tanıtım formu yer aldı (Bkz. Ek-2A, Ek-2B). Bu bölümde katılımcının yaşı, eğitim durumu, mesleği, doğduğu coğrafi bölge, haneye giren aylık ortalama geliri, ailesindeki kişi sayısı, sürekli yaşadığı yer, sosyal güvencesi, ev sahipliği durumu ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri yer aldı (Molassiotis ve ark., 2005; Akyüz ve ark., 2007; Fouladbakhsh ve Stommel, 2010; Nazik ve ark., 2012). Kanser hastası olan grubun anketinde (Bkz. Ek-2A) ise bu bilgilere ek olarak hastanın tanısı, hastalığının evresi, kemoterapi kür sayısı, kemoterapi ilacının türü gibi hastalığa yönelik sorular yer aldı.

2.7.2. Dini İnanç ve Maneviyat

2.7.2.1. Ok-Dini Tutum Ölçeği

Dini inanç ve maneviyat ile ilgili bölümde (Bkz. Ek-3A) ilk olarak Üzeyir Ok'a ait olan *Ok-Dini Tutum Ölçeği* yer almaktadır. *Ok-Dini Tutum Ölçeği*, tutumların sosyal psikolojide vurgulanan üç ögesi (bilgi, duygu ve davranış) dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bilişsel boyutla kişinin dinle ilgili genel görüşünün nasıl olduğu, davranışsal boyutla kişinin davranışlarının dini değerler tarafından ne düzeyde yönlendirildiği ve duygusal boyutla kişide dinin duyguya hitap eden yönünün ne düzeyde etkilendiği ölçülmektedir. Bu üç bileşene ek olarak, ölçülmek istenen tutumun din olması nedeniyle boyutlara bir de Tanrı ile ilişkili Tanrı inancı boyutu eklenmiştir. Araştırmada kullanılan bu ölçek tanrı inancı olan kanser hastası olan ve olmayan bireylere uygulanmıştır.

Ölçekte her bölümde iki ifade olmak üzere toplamda 8 ifade yer almaktadır (Ok, 2011). Her ifade için sırayla; "hiç katılmıyorum (1 puan), az katılıyorum (2 puan), yarı yarıya katılıyorum (3 puan), çoğuna katılıyorum (4 puan), tamamına katılıyorum (5 puan)" seçenekleri bulunmaktadır. Seçenekler likert tipidir. Ölçekten toplam puana ulaşılırken, öncelikle ilk iki soru ters kodlanarak, diğer altı ifadeye verilen cevaplarla toplanmaktadır. Bulunan toplam puan soru sayısına bölünerek ölçeğin puan ortalaması elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması dini tutumun arttığını ifade etmektedir (Ok, 2011).

Ok-Dini Tutum Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği çalışması, 930 ve 388 üniversite öğrencisini kapsayan iki farklı çalışmayla yapılmıştır. Ölçeğin %81 ve %91 oranında iç tutarlığa sahip olduğu bulunmuştur (Ok, 2011).

Bu çalışmada, Ok-Dini Tutum Ölçeği'nin cronbach α katsayısının 0,926 olduğu belirlenmiştir. Dini tutum puanlarının, ortalama $4,163 \pm 0,79$ (Min:1, Max:5) olduğu saptandı.

2.7.2.2. Spiritüel Yaşam Soruları

Anketin dini inanç ve maneviyat bölümünde (Bkz. Ek-3A) ikinci olarak, 18 adet soru bulunmaktadır. Bu sorularda kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini inanç ve uygulamalarına yönelik soruların yanında maneviyatlarına ilişkin sorulara da yer verilmiştir. Bu bölümde sorulan sorular bireyin maneviyatının belirleyicileri olan; manevi değerleri, inancı, affetme durumu, manevi uygulamaları olumlu ve olumsuz dini başa çıkma yöntemleri konusunda bilgi almaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu sorular sağlık araştırmalarında kullanmak için Fetzer Enstitüsü tarafından hazırlanmış olan, çok boyutlu dini ve manevi ölçümler adlı soru formunda kullanılan ölçüm soruları referans alınarak, oluşturulmuştur (Multidimensional Measurement of Religiousness /Spirituality for Use in Health Research, 2003).

2.7.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0)

EORTC QLQ-C30, genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler (fiziksel, rol, bilişsel, duygusal, sosyal) ve semptom skalası (yorgunluk, ağrı, bulantı/kusma, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, maddi zorluk) olmak üzere üç alt boyut ve 30 soru içermektedir (Aaronson ve ark., 1993; Kaya, 2006). Ölçek sorularının ilk 28'i dördümlük likert tipidir. Verilen cevaplar; hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) olarak değerlendirilmektedir. İlk 28 sorudan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 29. ve 30. soruları genel yaşam kalitesi alanını oluşturan sorulardır. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan geçen haftaki genel sağlığını ve 30. sorusunda geçen haftaki hayat kalitesini 1'den 7'ye kadar verilmiş olan puanlar çok kötü (1 puan), ..., çok iyi (7 puan) ile değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümden alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük, yüksek puanlar ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Schwarz ve Hinz, 2001; Kaya, 2006; Cankurtaran ve ark., 2007; Altıparmak ve ark., 2011). Ölçekte yer alan sorulardan; fiziksel fonksiyonları 1., 2., 3., 4., ve 5.; rol fonksiyonları 6. ve 7.; duygusal fonksiyonları 21., 22., 23. ve 24.; bilişsel fonksiyonları 20. ve 25.; sosyal fonksiyonları 26. ve 27.; genel yaşam kalitesini 29. ve 30. sorular değerlendirmektedir. Semptom skalasında, yorgunluk 10., 12. ve 18.; bulantı/ kusma 14. ve 15.; ağrı 9. ve 19.; dispne 8.; uykusuzluk 11.; iştahsızlık 13.; konstipasyon 16.; diyare 17.; maddi zorluk 28. maddelerde değerlendirilmektedir (Cankurtaran ve ark., 2007).

Özetle ölçek üç temel alt boyuttan oluşmaktadır. Her temel alt boyut, aynı zamanda kendi içerisinde alt boyutlar içermekle birlikte, ölçeğin tamamında toplam 15 alt boyut bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 2.7.3.). Ölçeğin puanlaması yüzölçüm sistemine göre yapılmaktadır. Her bir alt boyuttan 0-100 arasında değişen puanlar alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüzölçüm sistemde karşılığını bulmaya yönelik uygulanan formüller aşağıdaki gibidir (Yüce, 2012).

Ham Puan	$= (I_1 + I_2 + I_3 + \dots + I_n) / n$
Genel Yaşam Kalitesi	$= \{ (Ham\ Puan - 1) / Dağılım\ Aralığı \} \times 100$
Fonksiyonel İşlevler	$= \{ 1 - ((Ham\ Puan - 1) / Dağılım\ Aralığı) \} \times 100$
Semptom Skalası	$= \{ (Ham\ Puan - 1) / Dağılım\ Aralığı \} \times 100$

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, aralıklı olarak EORTC QLQ-C30'u değişik versiyonlar ile yenilemektedir. Türkiye'de Güzelant ve arkadaşları ölçeğin 2.0 versiyonunun Türkçe geçerlik ve güvenirliğini, akciğer kanserli hastalar üzerinde yapmışlardır. Bu çalışmada, ölçeğin cronbach α katsayısı $>0,70$ olarak belirlenmiştir (Güzelant ve ark., 2004). EORTC QLQ' nun 3.0 versiyonunun oluşturulması amacıyla Cankurtaran ve arkadaşları (2007), 114 değişik türde kanser hastası üzerinde EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0'ın Türkçe geçerlik ve güvenirliğini çalışmıştır. İlgili çalışmada ölçeğin cronbach α katsayısının 0,56 ila 0,85 arasında değiştiği bildirilmiştir. Alt başlıkların cronbach α katsayıları incelendiğinde; genel yaşam kalitesi 0,81, fiziksel fonksiyon 0,81, rol fonksiyon 0,83, duygusal fonksiyon 0,85, sosyal fonksiyon 0,74, bilişsel fonksiyon 0,56 olarak belirtilmiştir. Bulantı, kusma gibi diğer semptomların güvenirlik katsayısının $>0,70$ olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, ölçeğin Türk toplumu için kullanımının uygun olduğu ileri sürülebilir (Cankurtaran ve ark., 2007).

Bu çalışmada elde edilen EORTC QLQ-C30 puanlarının dağılımları ve cronbach α katsayıları çizelge 2.7.3.1.'de sunuldu.

Çizelge 2.7.3.1. EORTC QLQ-C30 Puanlarının Dağılımları ve Cronbach α Katsayıları

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları	Sorular	$\bar{X}$	SS	Min.	Max.	Cronbach α
Genel Yaşam Kalitesi	29, 30	54,52	23,82	0	100	0,953
Fonksiyonel İşlevler						0.893
Fiziksel Fonksiyon	1-5	50,50	20,50	0	100	0,879
Rol Fonksiyon	6,7	46,04	24,07	0	100	0,917
Duygusal Fonksiyon	21-24	54,62	24,47	0	100	0,927
Zihinsel Fonksiyon	20, 25	71,41	20,15	0	100	0,381
Sosyal Fonksiyon	26, 27	43,62	23,16	0	100	0,890
Semptom Skalası						0,823
Yorgunluk	10,12, 18	59,08	19,14	0	100	0,757
Bulantı- Kusma	14, 15	34,08	24,22	0	100	0,773
Ağrı	9, 19	48,12	28,56	0	100	0,874
Dispne	8	25,75	32,88	0	100	-
Uykusuzluk	11	48,16	30,44	0	100	-
İştah Kaybı	13	48,08	29,88	0	100	-
Konstipasyon	16	44,50	29,24	0	100	-
Diare	17	15,66	25,50	0	100	-
Maddi Zorluk	28	48,41	32,05	0	100	-
TOPLAM						0,851

2.7.4. Beck Depresyon Envanteri

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Bu versiyonlar Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Hisli, 1989). Bu araştırmada Hisli tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. BDE'nin üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayısının 0.80 olduğu belirtilmektedir (Hisli, 1989). BDE'de 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastanın uygulama günü de dahil

olmak üzere, son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. BDE on beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilmektedir (Hisli, 1989).

BDE'de toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok", 10–16 ise "hafif depresyon", 17–23 ise "orta düzeyde depresyon", 24 ve daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirilmektedir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli, 1989).

Bu çalışmada, BDE'nin cronbach α katsayısının 0,913 olduğu belirlendi. Depresyon puanlarının ise ortalama 14,10±10,22 (Min:0, Max:55) olduğu saptandı.

2.8. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla 20.02.2013-16.03.2013 tarihleri arasında Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, tıbbi onkoloji gündüz tedavi birimlerine başvuran kemoterapi alan üçüncü ve dördüncü evre kanser tanısı olan 30 hastaya ön uygulama yapıldı. Kanser hastası olmayan grupta ise anket formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 29.08.2013-12.09.2013 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çankaya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Altındağ Dr. Sacit Yazıcı Aile Sağlığı Merkezlerine gelen 30 birey üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen veriler doğrultusunda, kanser hastası olan ve olmayan gruba uygulanacak anket formlarında gerekli düzenlemeler yapılarak uygulamaya başlandı.

Ön uygulamaya alınan bireyler, araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra bu kişilerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Ön uygulamaya alınan katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi.

2.9. Uygulama

Uygulama 02.04.2013-27.03.2014 tarihleri arasında Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, tıbbi onkoloji gündüz tedavi birimlerine başvuran kanser hastası olan 400 birey üzerinde gerçekleştirildi. Bu çalışmada; 116 hasta uygulamaya katılmayı reddettiği, 47 hasta ise çalışmayı yarım bıraktığı (halsizlik, bulantı kusma, ağrı vs sorunlar nedeniyle) için katılım oranı %71,04'dür.

Kanser hastası olmayan grup için düzenlenmiş olan veri toplama formu (EK-2B) ile 16.09.2013-28.02.2014 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çankaya ve Altındağ'da bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine gelen kanser hastası olmayan 400 birey üzerinde gerçekleştirildi. Bu çalışmada, 123 katılımcı çalışmaya katılmayı reddettiği, 55 katılımcı çalışmayı yarım bıraktığı için katılım oranı %73,6'dır.

2.10. Verilerin Analizi

Uygulama süresince toplanan kanser hastası olan ve olmayan bireylere ait veriler kodlanarak SPSS (Statistical package for social sciences for Windows 16.0) paket programı ile değerlendirildi. Kanser hastası olan ve olmayan gruba ilişkin tanımlayıcı verilerin sayı ve yüzde dağılımlarının, ortalamalarının ve standart sapmalarının belirlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanıldı.

Verilerin niteliği göz önünde bulundurularak, grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda, homojen dağılım gösteren verilerde karşılaştırma yapmak için Tek Yönlü Varyans Analizi, homojen dağılımın olmadığı durumlarda ise Kruskall Wallis Varyans Analizi uygulandı. İki grubu karşılaştırmak için homojen dağılım olduğu durumlarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student *t* testi) homojen dağılımın olmadığı durumlarda Mann Whithney U testi uygulandı. Kanser hastası olan ve olmayan gruba ilişkin sayı ve yüzde dağılımlı verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemliliği yaratan grubu saptamak için satır ki karesi kullanıldı.

Üç ve daha fazla sayıda değişkene sahip olan gruplarda, veriler homojen olduğunda, farkı yaratan grubu bulmak için Tukey testi; veriler homojen olmadığında ise Kruskall Wallis Varyans Analizi sonrasında gruplar arasındaki farkı belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulandı. Çeşitli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini saptamak için korelasyon analizi yapıldı.

2.11. Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurul'undan 588 sayılı ve 27/09/2012 tarihli kurul kararı ile izin (Bkz Ek-5) alındı. T.C. Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden araştırmanın yapılabilmesi için gereken izin B.30.2.ANK.0H1.00.00.44-6852 sayılı, 04.12.2012 tarihli kararı (Bkz Ek-6) ile alındı. T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Başhekimliğinden araştırmanın yapılabilmesi için gereken izin B.30.2.GÜN.0.H1.02.00/544 sayılı, 29.11.2012 tarihli kararı (Bkz Ek-8) ile alındı. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından araştırmanın yapılabilmesi için gereken izin B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/7704 sayılı, 17.12.2012 tarihli kararı (Bkz Ek-7) ile alındı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğünden araştırmanın kanser olmayan grupta yürütülmesi için gereken izin 67350377/799/66580 sayılı, 27/06/2013 tarihli kararı (Bkz Ek-9) ile alındı. Çalışmaya katılan, kanser hastası olan ve olmayan

grupta yer alan kişilere çalışma hakkında açıklama yapıldıktan sonra, yazılı bilgilendirilmiş onamlar alındı.

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada; dini inanç ve maneviyatın hassas ve mahrem bir konu olması ve kemoterapi yan etkilerinin çalışmaya katılımı olumsuz etkileyebileceği için araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edildi. Kanseri hastası olmayan grubun yaş ortalamasının kanseri hastası olan grubun yaş ortalaması ile benzer olmaması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Bu araştırmanın bulguları sadece üzerinde çalışılan gruba genellenebilir.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; çalışmaya katılan 400 kanser hastası ve 400 kanser hastası olmayan bireyden veri toplama formu kullanılarak elde edilen bulgular sunuldu.

3.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan kanser hastalarının yaş ortalamasının $55,32 \pm 11,63$ yıl ($n=400$, Min: 18, Max: 85), kanser hastası olmayan bireylerin yaş ortalamasının $35,09 \pm 14,44$ yıl ($n=400$, Min: 18, Max: 87), ailede yaşayan kişi sayısının $3,48 \pm 1,49$ kişi ($n=800$, Min:1, Max:14) olduğu belirlendi.

Çizelge 3.1.1.'de araştırmada yer alan bireylere ilişkin sosyodemografik bulgulara yer verildi. Araştırmaya katılan kanser hastası olan bireylerin %62'sinin Ankara'da ikamet ettiği, %38'inin tedavi nedeniyle Ankara'ya geldiği belirlendi. Hastaların %61,2'sinin kadın, %38,8'inin erkek, %92,2'sinin evli olduğu saptandı. Araştırmada yer alan hasta bireylerin %57,2'sinin ilköğretim, %28,3'ünün ortaöğretim, %14,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptandı. Kanser hastası olan bireylerin %52'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %9,2'sinin memur olduğu, %65'inin İç Anadolu Bölgesi'nden olduğu belirlendi. Araştırmada yer alan kanser hastası olan bireylerin çoğunun (%99) sağlık güvencesinin SGK olduğu, %83,5'inin kendi evinde yaşadığı, %30,2'sinin de soy geçmişinde kanser öyküsü olduğu saptandı.

Kanser hastası olmayan grubu oluşturan bireylerin ise %55,6'sının Altındağ, %44,4'ünün ise Çankaya 'da ikamet ettiği, % 74,5'inin kadın, %50,5'inin evli olduğu, belirlendi. Kanser hastası olmayan bireylerin; %23,8'inin ilköğretim, %39,8'inin ortaöğretim %36,5 inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptandı. Kanser hastası olmayan bireylerin %47,4'ünün çalışmadığı, %31'inin memur olduğu

belirlendi. Kanser hastası olmayan bireylerin %60,8'inin doğduğu bölgenin İç Anadolu Bölgesi olduğu, çoğunun sosyal güvencesinin SGK olduğu, %67,5'inin kendi evinde yaşadığı, %27,5'inin soy geçmişinde kanser öyküsü olduğu belirlendi.

Çizelge 3.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan	
	n	%	n	%
Yer (n=400)				
İbni Sina	155	38,8	-	-
Cebeci	159	39,8	-	-
Gazi	86	21,5	-	-
İlçe (n=400)				
Altındağ	-	-	222	55,6
Çankaya	-	-	178	44,4
Sürekli Yaşanan Şehir (n=800)				
Ankara	248	62	400	100
Diğer	152	38	-	-
Cinsiyet (n=800)				
Kadın	245	61,2	298	74,5
Erkek	155	38,8	102	25,5
Medeni Durum (n=800)				
Evli	369	92,2	202	50,5
Bekar	31	7,8	198	49,5
Eğitim Durumu (n=800)				
İlköğretim	229	57,2	95	23,8
Ortaöğretim	113	28,3	159	39,8
Yüksek Öğretim	58	14,5	146	36,5
Meslek (n=800)				
Çalışmıyor	208	52	190	47,4
Emekli	111	27,8	23	5,8
İşçi	44	11	63	15,8
Memur	37	9,2	124	31
Doğduğu Bölge (n=800)				
İç Anadolu Bölgesi	260	65	243	60,8
Karadeniz Bölgesi	68	17	30	7,5
Doğu Anadolu Bölgesi	39	9,8	69	17,2
Akdeniz Bölgesi	10	2,5	14	3,5
Marmara Bölgesi	9	2,2	19	4,8
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	8	2	12	3
Ege Bölgesi	6	1,5	13	3,2
Sosyal Güvence (n=800)				
SGK	396	99	390	97,5
Yeşilkart	4	1	10	2,5

Çizelge 3.1.1.Devam. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan	
	n	%	n	%
Ev sahibi (n=800)				
Olan	334	83,5	270	67,5
Olmayan	66	16,5	130	32,5
Soy geçmişte kanser öyküsü (n=800)				
Yok	279	69,8	290	72,5
Var	121	30,2	110	27,5

Çizelge 3.1.2.'de Kanser hastası olan gruba ilişkin tıbbi özellikler verildi. Hastaların %23,4'ünün jinekolojik kanser, %17,5'inin meme kanseri, %15,5'inin akciğer kanseri, %14,8'inin kolorektal kanser, %14,5'inin gastrointestinal sistem kanseri tanısıyla izlendiği hastaların hastalıklarının %52,5'inin üçüncü evre, %47,5'inin dördüncü evre olarak sınıflandırıldığı belirlendi. Hastaların %23,5'inin iki kür, %10,5'inin ise yedi kür ve daha fazla sayıda kemoterapi aldığı saptandı. Uygulanan kemoterapi türü olarak ilk sırada Platin bazlı tedaviler (%57,2) yer alırken, son sırada Doxorubicine bazlı tedavilerin (%3,3) yer aldığı saptandı.

Çizelge 3.1.2. Hastaların Tıbbi Özellikleri (n=400)

Tıbbi Özellikler	n	%
Tıbbi Tanıları		
Jinekolojik Kanser	94	23,4
Meme Kanseri	70	17,5
Akciğer Kanseri	62	15,5
Kolorektal kanser	59	14,8
Gastrointesnal Kanser	58	14,5
Baş Boyun Kanseri	20	5
Lenfoma	15	3,8
Sarkoma	12	3
Üriner Sistem Kanseri	10	2,5

Çizelge 3.1.2.Devamı Hastaların Tıbbi Özellikleri (n=400)

Tıbbi Özellikler	n	%
Hücre Evrelendirme		
Evre 3	210	52,5
Evre 4	190	47,5
Kemoterapi Kür Sayısı		
2. kür	94	23,5
3. kür	99	24,8
4. kür	66	16,5
5. kür	38	9,5
6. kür	61	15,2
7. kür ve üzeri	42	10,5
Kemoterapi Türü		
Platin bazlı tedavi	229	57,2
Fluorouracil bazlı tedavi	64	16
Taxane bazlı tedavi	64	16
Hedefe yönelik tedavi	30	7,5
Doxorubicine bazlı tedavi	13	3,3

3.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamalar

Çizelge 3.1.1.1.'de görüldüğü gibi hastaların %82,8'sinin dua edip, namaz kıldığı, %0,8'inin kurşun döktürdüğü, %5,5'inin türbe ziyareti yaptığı, %9,8'inin adak ve kurban adadığı, %0,8'inin hocaya gittiği, %0,5'inin muska kullandığı, %2,2'sinin nazarlık kullandığı, %14,5'inin aktara gittiği %0,8'inin ocağa gittiği ve %12,8'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği belirlendi.

Kanser olmayan bireylerin %72,5'inin dua edip namaz kıldığı, %6,2'sinin kurşun döktürdüğü, %13,8'inin türbe ziyareti yaptığı % 22,2'sinin adak ve kurban adadığı, %9,2'sinin hocaya gittiği, %4'ünün muska kullandığı, %13,5'inin nazarlık kullandığı, %23,5'inin aktara danıştığı, %3,5'inin ocağa gittiği ve %11,5'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği saptandı.

Çizelge 3.1.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamalar

Dini ve Kültürel Uygulamalar	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan	
	n	%	n	%
<i>Dua /Namaz</i>				
Evet	331	82,8	290	72,5
Hayır	69	17,2	72,4	27,5
<i>Kurşun döktürme</i>				
Evet	3	0,8	25	6,2
Hayır	397	99,2	375	93,8
<i>Türbe ziyareti</i>				
Evet	22	5,5	55	13,8
Hayır	978	94,5	345	86,2
<i>Adak/kurban adama</i>				
Evet	39	9,8	89	22,2
Hayır	361	90,2	311	44,8
<i>Din görevlisine/hocaya gitme</i>				
Evet	1	0,8	37	9,2
Hayır	399	99,2	363	90,8
<i>Muska kullanma</i>				
Evet	2	0,5	16	4
Hayır	398	99,5	384	96
<i>Nazarlık kullanma</i>				
Evet	9	2,2	54	13,5
Hayır	391	97,8	346	86,5
<i>Aktara danışma</i>				
Evet	58	14,5	94	23,5
Hayır	342	85,5	306	76,5
<i>Ocağa gitme*</i>				
Evet	3	0,8	14	3,5
Hayır	397	99,2	386	96,5
<i>Kutsal sulardan içme (zem zem)</i>				
Evet	51	12,8	46	11,5
Hayır	349	87,2	354	88,5

*Halk doktoru (mistik güçleri olan ve kutsal bir soydan geldiğine inanılan kişilerin evi)

3.2. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Dini İnanç/Maneviyata İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Ok-Dini Tutum Ölçeği ve spiritüel yaşama ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.2.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Ok-Dini Tutum Ölçeği genel puan ortalamasının kanser hastası olan bireylerde ($\bar{x} \pm SS=4,32 \pm 0,59$), kanser hastası olmayan bireylerde ($\bar{x} \pm SS=4,00 \pm 0,92$) olduğu saptandı. Kanser hastası olan bireylerin dini tutumlarının kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($Z=4193$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.2.1.1.'de kanser hastası olan ve olmayan grupta cinsiyet ile Ok-Dini Tutum Ölçeği puanları karşılaştırıldı. Kadın hastaların ($\bar{x} \pm SS=4,42 \pm 0,52$) dini tutumlarının erkek hastalardan ($\bar{x} \pm SS=4,17 \pm 0,66$) daha olumlu olduğu belirlendi ($Z=3,577$, $p=0,0001$). Kanser hastası olmayan bireylerde ise cinsiyet ile dini tutum arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($t=1,768$, $p=0,078$). Ayrıca kanser hastası olan kadınların ($\bar{x} \pm SS=4,42 \pm 0,52$) dini tutumlarının kanser hastası olmayan kadınlardan ($\bar{x} \pm SS=4,05 \pm 0,9$) daha olumlu olduğu ($Z=4,242$, $p=0,0001$), kanser hastası olan erkeklerin ($\bar{x} \pm SS=4,17 \pm 0,66$) dini tutumlarının da kanser hastası olmayan erkeklerden ($\bar{x} \pm SS=3,86 \pm 0,95$) daha olumlu olduğu ($Z=2,156$, $p=0,031$) belirlendi.

Kanser hastası olan bireylerin medeni durumları ile dini tutum puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ancak Kanser hastası olmayan bireylerde evli olanların ($\bar{x} \pm SS=4,12 \pm 0,89$) dini tutumlarının bekarlardan ($\bar{x} \pm SS=3,87 \pm 0,94$) daha olumlu olduğu saptandı ($t=2,686$, $p=0,008$).

Hem kanser hastası olan ($X^2=58,644$, $p=0,0001$) hem de kanser hastası olmayan ($X^2=22,334$, $p=0,0001$) bireylerde eğitim durumunun Ok-Dini Tutum Ölçeği'nden alınan puanları etkilediği saptandı. Yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda, farklılığın ilköğretim mezunu kanser hastalarının ($\bar{x} \pm SS=4,51 \pm 0,49$) ve kanser hastası olmayan bireylerin ($\bar{x} \pm SS=4,28 \pm 0,76$) dini tutumlarının diğer eğitim düzeyindeki bireylerin tutumuna göre daha olumlu olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,0001$).

Kanser hastası olan ($X^2=35,492$, $p=0,0001$) ve kanser hastası olmayan ($X^2=18,304$, $p=0,0001$) grupta yer alan bireylerin meslekleri ile dini tutumları arasındaki farklılığın önemli olduğu belirlendi. Bu farklılığın Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda, çalışmayan kanser hastası olan ($\bar{x} \pm SS=4,49 \pm 0,47$) ve kanser hastası olmayan ($\bar{x} \pm SS=4,20 \pm 0,82$) bireylerin dini tutumlarının diğerlerinden daha olumlu olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,0001$).

Ayrıca çalışmayan kanser hastası olan bireylerin dini tutumları ile çalışmayan kanser hastası olmayan bireylerin dini tutumları arasındaki farkın önemli olduğu, çalışmayan kanser hastalarının dini tutumlarının ($\bar{x} \pm SS=4,49 \pm 0,47$) daha olumlu olduğu belirlendi ($Z=2,842$, $p=0,004$).

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerde soy geçmişinde kanser olma durumu ile dini tutumları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ancak soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=4,37 \pm 0,54$) dini tutumlarının, soy geçmişinde kanser öyküsü olan kanser tanısı almamış bireylerden ($\bar{x} \pm SS=3,85 \pm 1$) daha olumlu olduğu belirlendi ($Z=3,790$, $p=0,0001$). Benzer şekilde; soy geçmişinde kanser öyküsü olmayan kanser hastalarının ($\bar{x} \pm SS=3,85 \pm 1$) dini tutumlarının da soy geçmişinde kanser öyküsü olmayan kanser tanısı almamış bireylerden ($\bar{x} \pm SS=4,06 \pm 0,88$) olumlu olduğu saptandı ($Z=2,570$, $p=0,010$).

Çizelge 3.2.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Ok- Dini Tutum				Değerlendirme
	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		
	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet (n=800)					
Kadın	245	4,42±0,52	298	4,05±0,9	Z=4,242* p=0,0001
Erkek	155	4,17±0,66	102	3,86±0,95	Z=2,156* p=0,031
Değerlendirme		Z=3,577* P=0,0001		$t=1,768^{**}$ p=0,078	
Medeni Durumu (n=800)					
Evli	369	4,33±0,59	202	4,12±0,89	$Z=1,645^{*}$ p=0,100
Bekar	31	4,25±0,55	198	3,87±0,94	$Z=1,725^{*}$ p=0,085
Değerlendirme		$t=0,734^{**}$ p=0,463		$t=2,686^{**}$ p=0,008	
Eğitim Durumu (n=800)					
İlköğretim	229	4,51±0,49	95	4,28±0,76	$Z=1,777^{*}$ p=0,076
Ortaöğretim	113	4,19±0,6	159	4,09±0,84	$Z=0,003^{*}$ p=0,997
Yüksek Öğretim	58	3,87±0,62	146	3,72±1,02	$Z=0,095^{*}$ p=0,924
Değerlendirme		$X^2=58,644^{***}$ p=0,0001		$X^2=22,334^{***}$ p=0,0001	
Meslek (n=800)					
Çalışmıyor	208	4,49±0,47	190	4,20±0,82	Z=2,842* p=0,004
İşçi	44	3,99±0,58	63	3,85±0,81	$Z=0,663$ p=0,507
Memur	37	4,17±0,66	124	3,78±1,04	$Z=1,656^{*}$ p=0,098
Emekli	111	4,19±0,67	23	3,89±0,94	$Z=1,155^{*}$ p=0,248
Değerlendirme		$X^2=35,492^{***}$ p=0,0001		$X^2=18,304^{***}$ p=0,0001	
Soy geçmişte kanser öyküsü (n=800)					
Var	121	4,37±0,54	110	3,85±1	Z=3,790* p=0,0001
Yok	279	4,30±0,61	290	4,06±0,88	$Z=2,570^{*}$ p=0,010
Değerlendirme		$Z=1,380^{*}$ p=0,168		$t=2,020^{**}$ p=0,054	

*Man Whitney U analizi uygulandı.

**Student t testi uygulandı.

*** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.2.1.2.'de hastaların tıbbi özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği puanları karşılaştırıldı. Hastaların tıbbi tanıları, hastalık evreleri, alınan kemoterapi sayısı ve kemoterapi ilaç türü ile Ok-Dini Tutum Ölçeği puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Çizelge 3.2.1.2. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Ok- Dini Tutum	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları (n=400)		
Meme Kanseri	70	4,34±0,49
Gastrointesnal Kanseri	58	4,36±0,59
Üriner Sistem Kanseri	10	4,11±0,79
Sarkoma	12	4,06±0,74
Jinekolojik Kanseri	94	4,46±0,46
Akciğer Kanseri	62	4,27±0,63
Baş Boyun Kanseri	20	4,20±0,72
Lenfoma	15	4,33±0,63
Kolorektal kanser	59	4,24±0,68
Değerlendirme		$X^2=7,053^*$ $p=0,531$
Hücre Evrelendirme (n=400)		
Evre 3	210	4,32±0,57
Evre 4	190	4,33±0,62
Değerlendirme		$t=0,239^{**}$ $p=0,812$
Kemoterapi Kür Sayısı (n=400)		
2. kür	94	4,28±0,66
3. kür	99	4,37±0,59
4. kür	66	4,22±0,57
5. kür	38	4,29±0,58
6. kür	61	4,45±0,46
7. kür ve üzeri	42	4,33±0,61
Değerlendirme		$X^2=5,606^*$ $p=0,346$
Kemoterapi Türü (n=400)		
Fluorouracil bazlı tedavi	64	4,18±0,65
Platin bazlı tedavi	229	4,35±0,60
Taxane bazlı tedavi	64	4,41±0,50
Doxorubicine bazlı tedavi	13	4,06±0,61
Hedefe yönelik tedavi	30	4,38±0,49
Değerlendirme		$F=2,040^{***}$ $p=0,088$

*Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

** Studen t testi uygulandı.

*** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

3.2.2. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşamına ilişkin Bulgular

Çizelge 3.2.2.1.'de spiritüel yaşamlarına ilişkin değerlendirme yapmak amacıyla kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Hayata bakışım tamamen dinime bağlıdır*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %76,5'i "katılıyorum", %8,3'si "emin değilim", %15,2'si "katılmıyorum" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %55,8'i "katılıyorum", %14,8'i "emin değilim", %29,5'i "katılmıyorum" şeklinde yanıt verdi. Kanser hastası olan ve olmayan grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=38,521$, $p=0,0001$). Bu farklılığın; "katılıyorum" yanıtını veren kanser hastalarının sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=13,023$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Dinime bağlı olmama rağmen hayatta başka diğer şeyler de önemlidir.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %70,5'i "katılıyorum", %22,7'si "emin değilim", %6,8'i "katılmıyorum" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %77,7'si "katılıyorum", %11,5'i "emin değilim", %29,5'i "katılmıyorum" şeklinde yanıt verdi. Kanser hastası olan ve olmayan grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=19,856$, $p=0,0001$). Bu farklılığın "emin değilim" şeklinde yanıt veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=14,781$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*İnancım doğru ile yanlış ayırt etmemde bana yardımcı olur*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %94,2'si "katılıyorum", %5,2'si "emin değilim", %0,6'sı "katılmıyorum" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %78'i "katılıyorum", %11,2'si "emin değilim", %10,8'i "katılmıyorum" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu ($X^2=52,215$, $p=0,0001$) belirlendi. Bu farkın "katılmıyorum" yanıtını veren kanser hastası

olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=37,356$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?*” sorusuna hasta gruptaki katılımcıların %0,5’i "hiç", %13’ü "biraz", %86,5’i "oldukça çok" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %8’i "hiç", %22,8’i "biraz", %69,2’si "oldukça çok" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=44,749$, $p=0,0001$). Kanser hastası olan ve olmayan grup arasındaki bu farkın "hiç" yanıtını veren kanser olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara oranla fazla olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=26,471$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Ahirete inanıyor musunuz?*” sorusuna hasta gruptaki katılımcıların %92,7’si “evet”, %0,8’i "hayır", %6,5’i “kararsızım” şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %79,2’si "evet", %9,8’i "hayır", %11’i "kararsızım" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=39,724$, $p=0,0001$). Bu farkın "hayır" şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=30,857$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Yaptığım yanlışlardan ötürü kendimi affettim.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %43,2’si "her zaman", %55,8’i "bazen", %1’i "asla" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %22’si "her zaman", %73’ü "bazen", %5’i "asla" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=47,593$, $p=0,0001$). İki grup arasındaki bu farkın "her zaman" yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylere oranla fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=27,682$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Bana zarar vermiş olan birilerini affettim.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %47,8’i "her zaman", %49,7’si "bazen", %2,5’i "asla" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %17’si "her zaman", %74,8’i "bazen", %8,2’si "asla" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=90,796$, $p=0,0001$). Bu farkın; "her zaman" yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylere göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=58,413$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Allah’ın beni affedeceğini bilirim.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %60,5’i "her zaman", %39,2’si "bazen", %0,3’ü "asla" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %48,8’i "her zaman", %46’sı "bazen", %5,2’si "asla" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu ($X^2=25,375$, $p=0,0001$), bu farkın "asla" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hasta bireylere göre daha fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=18,182$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Cami gibi başka özel bir yerde ne sıklıkla dua ediyorsun?*” sorusuna hasta gruptaki katılımcıların %4,5’i "en az haftada bir kez", %19,3’ü "en az ayda bir kez", %76,2’si "ayda birden az" veya hiç şeklinde yanıt verirken, hasta olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %16,2’si "en az haftada bir kez", %28,2’si "en az ayda bir kez", %55,5’i "ayda birden az veya hiç" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=46,508$, $p=0,0001$). Bu farkın soruya "en az haftada bir kez", yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre daha fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=26,614$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Radyoda veya televizyonda ne sıklıkla dini bir program dinlersin veya izlersin?*” sorusuna hasta gruptaki

katılımcıların %39'u "en az haftada bir kez", %32'si "en az ayda bir kez", %29'u "ayda birden az veya hiç" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %26,2'si "en az haftada bir kez", %22,8'i "en az ayda bir kez", %51'i "ayda birden az veya hiç" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=40,417$, $p=0,0001$). Bu farkın "ayda birden az veya hiç" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=24,200$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Kuran veya diğer dini kaynakları ne sıklıkla okursun?*” sorusuna hasta gruptaki katılımcıların %19'u "en az haftada bir kez", %13,8'i "en az ayda bir kez", %67,2'si "ayda birden az veya hiç" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %23,8'i "en az haftada bir kez", %22,5'i "en az ayda bir kez", %53,8'i "ayda birden az veya hiç" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=16,584$, $p=0,0001$). Bu farkın "en az ayda bir kez", yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylere göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=8,448$, $p=0,004$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Evinde ne sıklıkta dua okunur?*” sorusuna hasta gruptaki katılımcıların %38,8'i "en az günde bir kez", %21'i "en az haftada bir kez", %40,2'si "sadece özel durumlarda" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %28,2'si "en az günde bir kez", %11,5'i "en az haftada bir kez", %60,2'si "sadece özel durumlarda" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=33,610$, $p=0,0001$). Bu farkın; soruya "sadece özel durumlarda" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($X^2=15,920$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Ben hayatımın daha büyük bir ruhsal gücün parçası olduğunu düşünürüm.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %22’si "evet", %39,5’i "biraz", %38,5’i "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %29,8’i "evet", %44’ü "biraz", %26,2’si "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=14,883$, $p=0,001$). Bu farkın; ifadeye "hayır" şeklinde yanıt veren hastaların sayısının aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=9,270$, $p=0,002$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Zor zamanları atlatmada Allah’dan yardım alırım.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %75,2’si "evet", %24,5’i "biraz", %0,3’ü "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %59,8’i "evet", %32,5’i "biraz", %7,8’i "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=39,735$, $p=0,001$). Bu farkın; "hayır" şeklinde yanıt veren hastaların sayısının aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=28,125$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Kriz durumlarında Allah’ı rehber güç ve destek olarak görürüm.*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %76,5’i "evet", %22’si "biraz", %1,5’i "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %60,8’i "evet", %31,2’si "biraz", %8’i "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=31,446$, $p=0,0001$). Bu farkın; "hayır" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının aynı yanıtı veren hastalara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=17,789$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Sıkıntılı zamanların Allah’ın beni günahlarımdan veya manevi eksikliğimden dolayı cezalandırması olarak görüyorum*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %3’ü "evet", %14,8’i

"biraz", %82,2'si "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %12,8'i "evet", %46,2'si "biraz", %41'i "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=1,444$, $p=0,0001$). Bu farklılığın; "evet" şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının aynı yanıtı veren hasta bireylerden fazla olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=55,223$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Allah'ın beni terk edip etmeyeceğini merak ediyorum*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %1'i "evet", %16,2'si "biraz", %82,8'i "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %5,8'i "evet", %18,5'i "biraz", %75,7'si "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($X^2=15,190$, $p=0,001$). Bu farkın "evet" şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin aynı yanıtı veren hastalardan fazla olmasından kaynaklandığı belirlendi ($X^2=13,370$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Bir durumdan anlam çıkarmayı veya bir şeye karar vermeyi Allah'a güvenmeden yapmaya çalışırım*” ifadesine hasta gruptaki katılımcıların %3,5'i "evet", %16'sı "biraz", %80,5'i "hayır" şeklinde yanıt verirken, kanser hastası olmayan gruba yöneltilen aynı ifadeye bireylerin %9,2'si "evet", %28'i "biraz", %62,8'i "hayır" şeklinde yanıt verdi. İki grubun yanıtları arasındaki farkın önemli olduğu ($X^2=32,261$, $p=0,0001$) bu farklılığın "biraz" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının aynı yanıtı veren hastalardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirtildi ($X^2=13,091$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.2.2.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşama İlişkin İfadelerinin Karşılaştırılması

Sipirütüel Yaşam	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		Değerlendirme
	n	%	n	%	
Hayata bakışım tamamen dinime bağlıdır					
Katılıyorum	306	76,5	223	55,8	$X^2=38,521^*$ $p=0,0001$
Emin değilim	33	8,3	59	14,8	
Katılmıyorum	61	15,2	118	29,5	
Dinime bağlı olmama rağmen hayatta başka diğer şeyler de önemlidir.					
Katılıyorum	282	70,5	311	77,7	$X^2=19,856^*$ $p=0,0001$
Emin değilim	91	22,7	46	11,5	
Katılmıyorum	27	6,8	43	10,8	
İnancım doğru ile yanlış ayırt etmemde bana yardımcı olur.					
Katılıyorum	377	94,2	312	78	$X^2=52,215^*$ $p=0,0001$
Emin değilim	21	5,2	45	11,2	
Katılmıyorum	2	0,6	43	10,8	
Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?					
Hiç	2	0,5	32	8	$X^2=44,749^*$ $p=0,0001$
Biraz	52	13	91	22,8	
Oldukça çok	346	86,5	277	69,2	
Ahirete inanıyor musunuz?					
Evet	371	92,7	317	79,2	$X^2=39,724^*$ $p=0,0001$
Hayır	3	0,8	39	9,8	
Kararsız	26	6,5	44	11	
Yaptığım yanlışlardan ötürü kendimi affettim.					
Herzaman	173	43,2	88	22	$X^2=47,593^*$ $p=0,0001$
Bazen	223	55,8	292	73	
Asla	4	1	20	5	
Bana zarar vermiş olan birilerini affettim.					
Herzaman	191	47,8	68	17	$X^2=90,796^*$ $p=0,0001$
Bazen	199	49,7	229	74,8	
Asla	10	2,5	33	8,2	
Allah'ın beni affedeceğini bilirim.					
Herzaman	242	60,5	195	48,8	$X^2=25,375^*$ $p=0,0001$
Bazen	157	39,2	184	46	
Asla	1	0,3	21	5,2	
Cami gibi başka özel bir yerde ne sıklıkla dua ediyorsun?					
En az haftada birkez	18	4,5	65	16,3	$X^2=46,508^*$ $p=0,0001$
En az ayda bir kez	77	19,3	113	28,2	
Ayda birden az veya hiç	305	76,2	222	55,5	

*Ki-kare testi uygulandı.

Çizelge 3.2.2.1. Devam. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşama İlişkin İfadelerinin Karşılaştırılması

Sipirütüel Yaşam	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		Değerlendirme
	n	%	n	%	
Radyoda veya televizyonda ne sıklıkla dini bir program dinlersin veya izlersin?					
En az haftada birkez	156	39	105	26,2	$X^2=40,417^*$ $p=0,0001$
En az ayda bir kez	128	32	91	22,8	
Ayda birden az veya hiç	116	29	204	51	
Kuran veya diğer dini kaynakları ne sıklıkla okursun?					
En az haftada birkez	76	19	95	23,8	$X^2=16,584^*$ $p=0,0001$
En az ayda bir kez	55	13,8	90	22,5	
Ayda birden az veya hiç	269	67,2	215	53,8	
Evinde ne sıklıkta dua okunur?					
En az günde bir kez	155	38,8	113	28,2	$X^2=33,610^*$ $p=0,0001$
En az haftada bir kez	84	21	46	11,5	
Sadece özel durumlarda	161	40,2	241	60,2	
Ben hayatımın daha büyük bir ruhsal gücün parçası olduğunu düşünürüm.					
Evet	88	22	119	29,8	$X^2=14,883^*$ $p=0,001$
Biraz	158	39,5	176	44	
Hayır	154	38,5	105	26,2	
Zor zamanları atlattırma Allah'dan yardım alırım.					
Evet	301	75,2	239	59,8	$X^2=39,735^*$ $p=0,0001$
Biraz	98	24,5	130	32,5	
Hayır	1	0,2	31	7,8	
Kriz durumlarında Allah'ı rehber güç ve destek olarak görürüm.					
Evet	306	76,5	243	60,8	$X^2=31,446^*$ $p=0,0001$
Biraz	88	22	125	31,2	
Hayır	6	1,5	32	8	
Sıkıntılı zamanların Allah'ın beni günahlarımdan veya manevi eksikliğimden dolayı cezalandırması olarak görüyorum.					
Evet	12	3	51	12,8	$X^2=1,444^*$ $p=0,0001$
Biraz	59	14,8	185	46,2	
Hayır	329	82,2	164	41	
Allah'ın beni terkedip etmeyeceğini merak ediyorum.					
Evet	4	1	23	5,8	$X^2=15,190^*$ $p=0,001$
Biraz	65	16,2	74	18,5	
Hayır	331	82,8	303	75,7	

*Ki-kare testi uygulandı.

Çizelge 3.2.2.1. Devam. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Spiritüel Yaşama İlişkin İfadelerinin Karşılaştırılması

Sipirütüel Yaşam	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		Değerlendirm e
	n	%	n	%	
Bir durumdan anlam çıkarmayı veya bir şeye karar vermeyi Allah'a güvenmeden yapmaya çalışırım.					
Evet	14	3,5	37	9,2	X ² =32,261* p=0,0001
Biraz	64	16	112	28	
Hayır	322	80,5	251	62,8	

*Ki-kare testi uygulandı.

3.3. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.1.'de kanser hastası olan ve olmayan gruptaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar karşılaştırıldı.

Bu çalışmada, hastaların depresyon puan ortalamasının $18,53 \pm 9,15$ (Min:0, Max:55) olduğu, kanser hastası olmayan gruptaki bireylerin depresyon puan ortalamasının $9,68 \pm 9,28$ (Min:0, Max:53) olduğu saptandı. Hasta bireylerin depresyon puanlarının kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($t=13,576$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.3.1.'de kanser hastası olmayan kadınların ($\bar{x} \pm SS=10,24 \pm 8,94$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan erkeklerden ($\bar{x} \pm SS=8,01 \pm 10,08$) daha yüksek olduğu ($t=2,102$, $p=0,036$), hastalarda ise cinsiyet ile depresyon durumu arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$) saptandı. Ayrıca kanser hastası olan kadınların ($\bar{x} \pm SS=18,78 \pm 8,71$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan kadınlardan ($\bar{x} \pm SS=10,24 \pm 8,94$) yüksek olduğu ($t=11,201$, $p=0,001$) ve kanser hastası olan erkeklerin ($\bar{x} \pm SS=18,12 \pm 9,81$) de depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan erkeklerden ($\bar{x} \pm SS=8,01 \pm 10,08$) yüksek olduğu ($t=7,984$, $p=0,0001$) belirlendi.

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerde, medeni durum ile depresyon puanları arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$). Kanser hastası olan evli bireylerin ($\bar{x}\pm SS=18,39\pm 9,06$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan evli bireylerden ($\bar{x}\pm SS=8,96\pm 9,41$) yüksek olduğu belirlendi ($t=11,725$, $p=0,0001$). Kanser hastası olan bekarların ($\bar{x}\pm SS=20,12\pm 10,12$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan bekar bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=10,41\pm 9,11$) yüksek olduğu saptandı ($t=5,437$, $p=0,0001$).

Hastaların eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$). kanser hastası olmayan bireylerin eğitim durumları ile depresyon düzeyi arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($X^2=8,422$, $p=0,015$). Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda kanser hastası olmayan bireylerde ortaya çıkan bu farklılığın, yükseköğretim düzeyinde olan bireylerin depresyon düzeyinin ($\bar{x}\pm SS=8,50\pm 8,25$) diğer bireylerin depresyon düzeyinden düşük olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,004$). İlköğretim mezunu kanser hastalarının ($\bar{x}\pm SS=19,27\pm 9,94$) depresyon düzeyinin, ilköğretim mezunu kanser hastası olmayan bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=12,29\pm 10,83$) yüksek olduğu ($t=6,000$, $p=0,0001$), ortaöğretim mezunu kanser hastalarının ($\bar{x}\pm SS=18,12\pm 9,34$) depresyon düzeyinin, ortaöğretim mezunu kanser hastası olmayan bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=9,20\pm 8,92$) yüksek olduğu ($t=7,967$, $p=0,0001$) belirlendi. Yükseköğretim mezunu hastaların ($\bar{x}\pm SS=16,37\pm 9,36$) depresyon düzeyinin de yükseköğretim mezunu kanser hastası olmayan bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=8,50\pm 8,25$) yüksek olduğu belirlendi ($t=5,913$, $p=0,0001$).

Kanser hastası olan ($F=2,189$, $p=0,089$) ve olmayan ($X^2=6,730$, $p=0,081$) bireylerin meslekleri ile depresyon puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi. Çalışmayan hastaların ($\bar{x}\pm SS=19,53\pm 9$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan, çalışmayan bireylerinkinden ($\bar{x}\pm SS=10,07\pm 8,91$) yüksek olduğu ($t=10,524$, $p=0,0001$), işçi hastaların ($\bar{x}\pm SS=18,52\pm 9,59$) depresyon düzeyinin de kanser hastası olmayan işçi bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=12,04\pm 12,34$) yüksek olduğu ($t=2,917$, $p=0,004$) belirlendi. Ayrıca memur hastaların ($\bar{x}$

$\pm SS=16,24\pm 8,90$) depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan memur bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=7,90\pm 7,88$) yüksek olduğu ($t=5,478$, $p=0,001$), emekli hastaların ($\bar{x}\pm SS=17,40\pm 9,18$) da depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan emekli bireylerin depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=9,52\pm 8,27$) yüksek olduğu ($t=3,806$, $p=0,0001$) saptandı.

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ile depresyon puanları arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Soy geçmişinde kanser öyküsü olan kanser hastalarının depresyon puanlarının ($\bar{x}\pm SS=17,50\pm 8,54$), soy geçmişinde kanser öyküsü olan kanser hastası olmayan bireylerin depresyon puanlarından ($\bar{x}\pm SS=9,28\pm 7,96$) yüksek olduğu belirlendi. ($t=7,544$ $p=0,001$). Soy geçmişinde kanser öyküsü bulunmayan hastaların depresyon puanlarının ($\bar{x}\pm SS=18,97\pm 9,38$) da, soy geçmişinde kanser öyküsü bulunmayan kanser hastası olmayan bireylerin depresyon puanlarından ($\bar{x}\pm SS=9,83\pm 9,74$) yüksek olduğu belirlendi ($t=11,392$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.3.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Depresyon				Değerlendirme
	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		
	n	$\bar{x}\pm SS$	N	$\bar{x}\pm SS$	
Cinsiyet (n=800)					
Kadın	245	18,78±8,71	298	10,24±8,94	$t=11,201^*$ $p=0,001$
Erkek	155	18,12±9,81	102	8,01±10,08	$t=7,984^*$ $p=0,0001$
Değerlendirme	$t=0,708^*$ $p=0,480$		$t=2,102^*$ $p=0.036$		

* Student t testi uygulandı.

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

*** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.3.1. Devam. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Depresyon				Değerlendirme
	Kanser Hastası Olan		Kanser Hastası Olmayan		
	n	$\bar{x} \pm SS$	N	$\bar{x} \pm SS$	
Medeni Durumu (n=800)					
Evli	369	18,39±9,06	202	8,96±9,41	$t=11,725^*$ $p=0,0001$
Bekar	31	20,12±10,12	198	10,41±9,11	$t=5,437^*$ $p=0,0001$
Değerlendirme	$t=1,013^*$ $p=0,312$		$t=1,569^*$ $p=0,118$		
Eğitim Durumu (n=800)					
İlköğretim	229	19,27±9,94	95	12,29±10,83	$t=6,000^*$ $p=0,0001$
Ortaöğretim	113	18,12±9,34	159	9,20±8,92	$t=7,967^*$ $p=0,0001$
Yüksek Öğretim	58	16,37±9,36	146	8,50±8,25	$t=5,913^*$ $p=0,0001$
Değerlendirme	$F=2,490^{**}$ $p=0,084$		$X^2=8,422^{***}$ $p=0,015$		
Meslek (n=800)					
Çalışmıyor	208	19,53±9	190	10,07±8,91	$t=10,524^*$ $p=0,0001$
İşçi	44	18,52±9,59	63	12,04±12,34	$t=2,917^*$ $p=0,004$
Memur	37	16,24±8,90	124	7,90±7,88	$t=5,478^*$ $p=0,0001$
Emekli	111	17,40±9,18	23	9,52±8,27	$t=3,806^*$ $p=0,0001$
Değerlendirme	$F=2,189^{**}$ $p=0,089$		$X^2=6,730^{***}$ $p=0,081$		
Soy geçmişte kanser öyküsü (n=800)					
Var	121	17,50±8,54	110	9,28±7,96	$t=7,544^*$ $p=0,001$
Yok	279	18,97±9,38	290	9,83±9,74	$t=11,392^*$ $p=0,0001$
Değerlendirme	$t=1,478^*$ $p=0,140$		$t=0,528^*$ $p=0,598$		

* Student t testi uygulandı.

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

*** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

**** Mann Whitney U analizi uygulandı.

Çizelge 3.3.2.'de kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile depresyon puanları karşılaştırıldı. Hastaların tıbbi tanıları ile depresyon puanları arasındaki farkın,

önemli olduğu belirlendi ($X^2=25,476$, $p=0,001$). Ortaya çıkan farklılığın ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; kolorektal kanser tanısıyla tedavi alan hastaların depresyon düzeylerinin ($\bar{x}\pm SS=15,72\pm 6,72$), diğer gruplardan düşük olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,001$). Hastalık evresi dört olan hastaların depresyon düzeylerinin ($\bar{x}\pm SS=21,46\pm 9,97$), evre üç olan hastaların depresyon düzeyinden ($\bar{x}\pm SS=15,87\pm 7,41$) daha yüksek olduğu belirlendi ($Z=5,746$, $p=0,001$). Kanser hastalarının aldıkları kemoterapi kür sayıları ve ilaç türleri ile depresyon düzeyleri arasındaki farkın, önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini tutumları ile depresyon düzeyleri arasında ilişki olmadığı saptandı ($r=0,043$, $p=0,226$).

Çizelge 3.3.2. Kanser Hastalarının Tıbbi Özellikleri ile Depresyon Puanının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Depresyon	
	n	$\bar{X}\pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları (n=400)		
Meme Kanseri	70	19,45±7,24
Gastrointesnal Kanser	58	19,68±9,78
Üriner Sistem Kanseri	10	22,40±10,20
Sarkoma	12	22,16±14,76
Jinekolojik Kanser	94	16,65±9
Akciğer Kanseri	62	17,77±9,75
Baş Boyun Kanseri	20	23,20±10,22
Lenfoma	15	23,86±8,10
Kolorektal kanser	59	15,72±6,72
Değerlendirme	$X^2=25,476^*$ $P=0,001$	
Hücre Evrelendirme (n=400)		
Evre 3	210	15,87±7,41
Evre 4	190	21,46±9,97
Değerlendirme	$Z =5,746^{**}$ $p=0,0001$	

* Kruskal Wallis Varyans analizi uygulandı.

** Mann Whitney U analizi uygulandı.

*** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.3.2. Devam. Kanser Hastalarının Tıbbi Özellikleri ile Depresyon Puanının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Depresyon	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Kemoterapi Kür Sayısı (n=400)		
2. kür	94	18,89±9,43
3. kür	99	19,77±9,73
4. kür	66	18,13±10,02
5. kür	38	19,34±8,36
6. kür	61	16,91±7,66
7. kür ve üzeri	42	17±8,19
Değerlendirme	F=1,096*** P=0,362	
Kemoterapi Türü (n=400)		
Fluorouracil bazlı tedavi	64	17,25±9,55
Platin bazlı tedavi	229	18,35±9,21
Taxane bazlı tedavi	64	20,15±9,45
Doxorubicine bazlı tedavi	13	18,30±9,29
Hedefe yönelik tedavi	30	19,20±6,87
Değerlendirme	F=0,879*** P=0,476	

* Kruskal Wallis Varyans analizi uygulandı.

** Mann Whitney U analizi uygulandı.

*** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

3.4 . Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarına İlişkin Bulgular

3.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.4.1.1.'de hasta gruptaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile Genel Yaşam Kalitesi puanı karşılaştırıldı.

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleği ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı, saptandı ($p>0,05$). Ancak soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların genel yaşam kalitesinin ($\bar{x}$

$\pm SS=60,39\pm 24,08$) soy geçmişinde kanser öyküsü olmayanlardan ($\bar{x}\pm SS=51,97\pm 23,29$) yüksek olduğu belirlendi ($t=3,290$, $p=0,001$).

Çizelge 3.4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Genel Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Genel Yaşam Kalitesi	
	N	$\bar{x}\pm SS$
Sürekli Yaşanan Şehir (n=400)		
Ankara	248	54,16±23,98
Diğer	152	55,09±23,62
Değerlendirme	t =0,379* p=0,705	
Cinsiyet (n=400)		
Kadın	245	53,34±24,38
Erkek	155	56,29±22,87
Değerlendirme	t=1,182* p=0,238	
Medeni Durumu (n=400)		
Evli	369	54,26±24,03
Bekar	31	57,52±21,33
Değerlendirme	t=0,731* p=0,465	
Eğitim Durumu (n=400)		
İlköğretim	229	54,11±24,12
Ortaöğretim	113	55,53±24,74
Yüksek Öğretim	58	54,52±20,95
Değerlendirme	F=0,141** p=0,868	
Meslek (n=400)		
Çalışmıyor	208	52,44±24,79
İşçi	44	55,30±23,09
Memur	37	60,58±16,74
Emekli	111	56,08±24,04
Değerlendirme	X ² = 3,174*** p =0,366	
Soy geçmişte kanser öyküsü (n=400)		
Var	121	60,39±24,08
Yok	279	51,97±23,29
Değerlendirme	t=3,290* p=0,001	

* Student t testi uygulandı.

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

*** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

**** Mann Whitney U analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.1.2.'de kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile genel yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldı.

Kanser hastalarının tıbbi tanıları, alınan kemoterapi kür sayıları ve ilaç türleri ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Kanser hastalarının hastalık evreleri ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın önemli olduğu; hastalık evresi üç olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=58,65 \pm 22,60$) genel yaşam kalitesinin, dördüncü evre hastalardan ($\bar{x} \pm SS=49,95 \pm 24,35$) daha yüksek olduğu saptandı ($t=3,720$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.4.1.2. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Genel Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Genel Yaşam Kalitesi	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları		
Meme Kanseri	70	56,78 $\pm$ 21,57
Gastrointestinal Kanseri	58	53,59 $\pm$ 23,93
Üriner Sistem Kanseri	10	47,50 $\pm$ 26,65
Sarkoma	12	51,38 $\pm$ 26,07
Jinekolojik Kanseri	94	55,14 $\pm$ 26,38
Akciğer Kanseri	62	52,55 $\pm$ 24,07
Baş Boyun Kanseri	20	55 $\pm$ 23,16
Lenfoma	15	44,44 $\pm$ 23,28
Kolorektal kanser	59	58,05 $\pm$ 21,32
Değerlendirme		F= 0,780* p=0,620
Hücre Evrelendirme		
Evre 3	210	58,65 $\pm$ 22,60
Evre 4	190	49,95 $\pm$ 24,35
Değerlendirme		t=3,702** p=0,0001
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı		
2. kür	94	55,23 $\pm$ 23,94
3. kür	99	51,85 $\pm$ 24,61
4. kür	66	56,18 $\pm$ 25,28
5. kür	38	52,63 $\pm$ 22,01
6. kür	61	59,15 $\pm$ 22,44
7. kür ve üzeri	42	51,58 $\pm$ 22,78
Değerlendirme		F=0,966* p=0,439
Kemoterapi Türü		
Fluorouracil bazlı tedavi	64	55,72 $\pm$ 23,65
Platin bazlı tedavi	229	55,09 $\pm$ 23,81
Taxane bazlı tedavi	64	51,56 $\pm$ 25,58
Doxorubicine bazlı tedavi	13	55,76 $\pm$ 17,47
Hedefe yönelik tedavi	30	53,33 $\pm$ 23,63
Değerlendirme		F=0,346* p=0,847

* Student t testi uygulandı.

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

3.4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.4.2.1.'de kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-30'un fonksiyonel işlevler skalası alt boyutları puanları karşılaştırdı.

Kanser hastalarının cinsiyetleriyle ölçeğin bilişsel fonksiyon alt boyutundan aldığı puanlar arasındaki farkın önemli olduğu ($t=4,963$, $p=0,0001$); erkeklerin ($\bar{x} \pm SS=77,52 \pm 18,76$) bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmanın, kadınlardan ($\bar{x} \pm SS=67,55 \pm$) daha fazla olduğu belirlendi.

Kanser hastalarının medeni durumları ve eğitim durumları ile fonksiyonel işlevler skalası alt boyutlarından aldığı puanlar arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kanser hastalarının mesleği ile ölçeğin fiziksel, rol, duygusal ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldığı puanlar arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0,05$) buna karşın meslek ile bilişsel fonksiyon puanı arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($F=8,483$, $p=0,0001$). Tukey testi sonucunda; bu farkın emeklilerin ($\bar{x} \pm SS=76,72 \pm 18,70$) bilişsel fonksiyonlarının daha kötü olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,0001$).

Soy geçmişinde kanser öyküsü olan kanser hastalarının ($\bar{x} \pm SS=54,54 \pm 20,18$), soy geçmişinde kanser öyküsü olmayanlardan daha fazla fiziksel fonksiyon kaybı yaşadığı belirlendi ($t=2,618$, $p=0,009$). Ayrıca soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ile rol fonksiyon puanları arasındaki farkın, önemli olduğu soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=51,23 \pm 24,73$) daha fazla rol fonksiyon kaybı yaşadığı belirlendi ($t=2,870$, $p=0,004$). Fakat soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ile fonksiyonel işlevler skalasının duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyon alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çizelge 3.4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Fonksiyonel İşlevler					
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet (n=400)						
Kadın	245	49,63±20,68	47,55±24,25	54,93±23,73	67,55±20,08	44,82±24,38
Erkek	155	51,87±20,20	43,65±23,66	54,13±25,68	77,52±18,76	41,72±21,01
Değerlendirme		$t=1,064^*$ $p=0,288$	$t=1,579^*$ $p=0,115$	$t=0,315^*$ $p=0,735$	$t=4,963^*$ $p=0,0001$	$Z=0,721^{**}$ $p=0,471$
Medeni Durumu (n=400)						
Evli	369	50,31±20,47	45,88±24,08	54,60±24,35	71,77±19,85	44,08±23,25
Bekar	31	52,68±21,03	47,84±24,24	54,83±26,33	67,20±23,36	38,17±21,59
Değerlendirme		$t=0,618^*$ $p=0,537$	$t=0,435^*$ $p=0,664$	$t=0,051^*$ $p=0,960$	$t=1,212^*$ $p=0,226$	$t=1,366^*$ $p=0,173$
Eğitim Durumu (n=400)						
İlköğretim	229	48,90±19,69	47,23±24,52	56,69±24,81	69,43±20,10	45,12±23,91
Ortaöğretim	113	51,44±21,84	44,10±24,49	52,13±23,66	73,00±20,08	40,41±23,23
Yüksek Öğretim	58	54,94±20,53	45,11±21,40	51,29±24,27	76,14±19,77	43,96±19,42
Değerlendirme		$F=2,185^{***}$ $p=0,114$	$F=0,690^{***}$ $p=0,502$	$F=1,949^{***}$ $p=0,144$	$F=3,094^{***}$ $p=0,056$	$F=1,577^{***}$ $p=0,208$

* Student t testi uygulandı,

** Mann Whitney U analizi uygulandı.

*** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.2.1. Devam. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Fonksiyonel İşlevler					
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Meslek (n=400)						
Çalışmıyor	208	48,65±20,55	46,95±24,27	55,52±24,05	66,66±20,13	44,15±24,61
İşçi	44	53,63±22,77	43,56±27,65	51,70±23,81	76,51±17,72	39,01±20,63
Memur	37	57,29±20,15	47,29±24,06	49,09±24,82	76,12±21,35	40,54±23,08
Emekli	111	50,45±19,18	44,89±22,33	55,93±25,38	76,72±18,70	45,49±21,19
Değerlendirme		F=2,283*** p=0,079	F=0,371*** p=0,774	F=1,037*** p=0,376	F=8,483*** p=0,0001	F=1,077*** p=0,358
Soy geçmişte kanser öyküsü						
Var	121	54,54±20,18	51,23±24,73	55,02±25,4	70,38±22,3	44,35±23,42
Yok	279	48,74±20,42	43,78±23,46	54,45±24,11	71,86±19,17	43,3±23,07
Değerlendirme		t=2,618* p=0,009	t=2,870* p=0,004	t=0,216* p=0,829	Z=0,453** p=0,664	t=0,413* p=0,680

*Student t testi uygulandı,

** Mann Whitney U analizi uygulandı.

***Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.2.2.'de kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un fonksiyonel işlevler skalası alt boyut puanları karşılaştırıldı.

Yapılan değerlendirmelerde; kanser hastalarının tıbbi tanılarıyla, fonksiyonel işlevlerin fiziksel fonksiyon alt skalasından aldığı puanlar arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($F=2,765$, $p=0,006$). Tukey testi sonucunda farkın; jinekolojik kanserli hastaların fonksiyonel işlevlerinin ($\bar{x}=56,59\pm21,96$), meme kanserli hastalardan ($\bar{x}=45,71\pm17,73$) daha kötü olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,020$).

Kanser hastalarının tıbbi tanılarıyla rol fonksiyon puanları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($X^2=30,759$, $p=0,0001$). Bu farklılığın ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; baş boyun kanseri olan hastaların rol fonksiyonlarının ($\bar{x}\pm SS=31,66\pm16,13$) diğer kanserlere sahip hastalardan daha iyi düzeyde olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,006$).

Kanser hastalarının tıbbi tanıları ile fonksiyonel işlevlerin duygusal ve bilişsel alt boyut puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı ($p>0,05$) ancak hastaların tıbbi tanılarıyla sosyal fonksiyon alt skalasından aldığı puanlar arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($X^2=40,357$, $p=0,0001$). Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; sosyal fonksiyon alt boyutundaki bu farklılığın, baş boyun kanseri olan hastaların sosyal fonksiyonlarının ($\bar{x}\pm SS=27,5\pm17,33$) kanser tanısı alan diğer hastalara göre daha iyi olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,001$).

Kanser hastalarının hastalık evreleriyle, fonksiyonel işlev puanları karşılaştırıldı. Hastalık evresi ile fiziksel fonksiyon ($t=7,160$, $p=0,0001$), rol fonksiyon ($t=5,445$, $p=0,0001$), bilişsel fonksiyon ($t=2,767$, $p=0,006$) ve sosyal fonksiyon ($t=4,916$, $p=0,0001$) puanları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Yapılan değerlendirmelerde hastalık evresi üç olan hastaların fiziksel ($\bar{x}\pm SS=57,07\pm18,71$), rol ($\bar{x}\pm SS=52,06\pm23,07$), bilişsel ($\bar{x}\pm SS=74,04\pm20,02$) ve sosyal ($\bar{x}\pm SS=48,88\pm22,5$) fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirlendi. Ancak hastaların hastalık evreleri ile duygusal fonksiyon puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kanser hastalarının aldığı kemoterapi sayısı ile fiziksel, rol, duygusal ve bilişsel fonksiyon puanı arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$), ancak sosyal fonksiyon puanı ile alınan kemoterapi kür sayısı arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. ($F=3,003$, $p=0,011$). Farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; sosyal fonksiyon alt boyutundaki farkın, altıncı kür kemoterapiyi alan hastaların ($\bar{x}=51,91\pm25,47$) sosyal fonksiyonlarının, üçüncü kür kemoterapi alan hastaların sosyal fonksiyonlarından ($\bar{x}=39,05\pm21,04$) daha kötü olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Kanser hastalarının aldığı kemoterapi ilacı ile fonksiyonel işlev puanları arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Çizelge 3.4.2.2. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Fonksiyonel İşlevler					
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları						
Meme Kanseri	70	45,71±17,73	44,52±21,55	53,45±21,44	67,38±20,74	42,38±19,17
Gastrointesnal Kanseri	58	48,5±18,47	45,68±21,3	55,74±25,46	72,41±20,12	41,37±20,04
Üriner Sistem Kanseri	10	58,66±28,07	46,66±17,21	52,5±26,65	75±14,16	33,33±13,6
Sarkoma	12	38,33±20,32	37,5±27,63	47,22±23,39	70,83±24,74	29,16±17,58
Jinekolojik Kanseri	94	56,59±21,96	55,49±27,47	58,68±26,03	67,90±21,05	53,72±29,54
Akciğer Kanseri	62	48,06±20,52	41,66±24,09	54,43±25,05	74,73±20,41	43,54±21,62
Baş Boyun Kanseri	20	51±19,01	31,66±16,13	43,33±27,65	75±16,66	27,5±17,33
Lenfoma	15	45,33±23,39	33,33±21,82	50±22,04	68,88±18,75	30±14,36
Kolorektal kanser	59	53,22±18,95	47,45±21,84	55,5±22,72	76,27±18,1	44,91±18,89
Değerlendirme		F=2,765* p=0,006	X²=30,759** p=0,0001	F=1,117* p=0,350	F=1,527* p=0,146	X²=40,537** p=0,0001
Hücre Evrelendirme						
Evre 3	210	57,07±18,71	52,06±23,07	56,58±24,79	74,04±20,02	48,88±22,5
Evre 4	190	43,22±19,96	39,38±23,44	52,45±23,99	68,5±19,94	37,8±22,52
Değerlendirme		t=7,160*** p=0,0001	t=5,445*** p=0,0001	t=1,689*** p=0,092	t=2,767*** p=0,006	t=4,916*** p=0,0001

*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

*** Student t testi uygulandı.

Çizelge 3.4.2.2. Devam Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Fonksiyonel İşlevler					
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı						
2. kür	94	51,70±21,45	44,14±23,91	54,43±25,21	71,09±18,80	41,48±23,66
3. kür	99	48,88±21,98	42,59±24,07	50,84±24,98	69,86±22,29	39,05±21,04
4. kür	66	46,56±18,43	46,46±22,36	57,57±22,10	72,97±21,43	45,45±24,02
5. kür	38	47,89±17,86	46,05±21,72	54,6±25,08	70,61±18,75	40,35±20,36
6. kür	61	55,08±21,42	50,27±26,43	58,06±23,32	72,40±19,21	51,91±25,47
7. kür ve üzeri	42	53,49±17,63	51,58±24,91	54,36±26,30	72,61±19,06	47,22±21,43
Değerlendirme		F=1,596* p=0,160	F=1,355* p=0,240	F=0,906* p=0,477	F=0,270* p=0,929	F=3,003* p=0,011
Kemoterapi Türü						
Fluorouracil bazlı tedavi	64	52,5±20,1	45,57±21,87	51,56±24,02	73,95±19,44	44,79±20,11
Platin bazlı tedavi	229	51,49±21,52	45,63±24,68	55,96±25,20	71,61±19,73	44,25±24,37
Taxane bazlı tedavi	64	46,35±19,05	46,09±24,44	53,51±24,96	69,01±22,58	40,62±23,91
Doxorubicine bazlı tedavi	13	54,87±15,9	51,28±26,75	54,48±23,72	78,2±18,49	44,87±20,84
Hedefe yönelik tedavi	30	45,55±16,7	47,77±23,04	53,33±19,15	66,66±19,57	42,22±19,44
Değerlendirme		F=1,535* p=0,191	F=0,214* p=0,931	F=0,474* p=0,755	F=1277* p=0,278	F=0,385* p=0,819

*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

** Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

*** Student t testi uygulandı

3.4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.4.3.1a’da kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30’un semptom skalası alt boyut puanları karşılaştırıldı.

Kanser hastalarının tıbbi tanılarıyla dispne semptomu puanı arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($X^2=72,010$ $p=0,0001$). Ortaya çıkan farklılığın ise Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; kolorektal kanser tanısı olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=15,25 \pm 26,49$) daha az dispne semptomu yaşamalarından kaynaklandığı saptandı ($p=0,0001$).

Kanser hastalarının tıbbi tanılarıyla, uykusuzluk semptomundan aldığı puanlar arasındaki farkın da önemli olduğu belirlendi ($F=2,320$ $p=0,019$). Tukey testi sonucunda bu farkın; meme kanseri olan hastaların ($\bar{x}=57,61 \pm 27,75$), jinekolojik kanser tanısı alan hastalardan ($\bar{x}=42,19 \pm 29,80$) daha fazla uykusuzluk yaşamalarından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,034$).

Semptom skalasının iştahsızlık semptomundan alınan puanlar ile hastaların tıbbi tanıları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($F=2,966$, $p=0,003$). Tukey testi sonucunda bu farkın; gastrointestinal kanser tanısı olan hastaların ($\bar{x}=55,74 \pm 31,46$), jinekolojik kanser tanısı olan hastalardan ($\bar{x}=36,17 \pm 29,19$) daha fazla iştahsızlık yaşamamasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,002$).

Kanser hastalarının hastalık evreleriyle semptom skalasının puanları karşılaştırıldığında hastalık evresiyle yorgunluk ($t=5,520$, $p=0,0001$), bulantı-kusma ($t=2,176$, $p=0,030$), ağrı ($t=2,194$, $p=0,029$), dispne ($Z=4,565$, $p=0,0001$), uykusuzluk ($t=3,496$, $p=0,001$) ve iştahsızlık ($t=4,689$, $p=0,0001$) semptom puanı arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi.

Dördüncü evre olan hastaların yorgunluk ($\bar{x} \pm SS=64,44 \pm 17,71$), bulantı-kusma ($\bar{x} \pm SS=36,84 \pm 24,05$), ağrı ($\bar{x} \pm SS=51,4 \pm 27,82$), dispne ($\bar{x} \pm SS=34,03 \pm 35,95$),

uykusuzluk ($\bar{x} \pm SS = 53,68 \pm 31,16$) ve iştahsızlık ($\bar{x} \pm SS = 55,26 \pm 28,35$) semptomlarının 3. evre olan hastaların semptomlarından daha fazla olduğu saptandı.

Kanser hastalarının aldığı kemoterapi kőr sayıları ile semptom puanları karşılaştırıldığında; kemoterapi kőr sayısı ile yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne ve uykusuzluk semptom puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi.

Kanser hastalarının aldığı kemoterapi kőr sayısı ile iştahsızlık puanları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($F=3,198$, $p=0,008$). Tukey testi sonucunda; iştahsızlık alt boyutundaki farkın, dördüncü kőr kemoterapi alan hastaların iştahsızlık semptomlarının ($\bar{x} = 54,54 \pm 31,28$), altıncı kőr kemoterapi alan hastalardan ($\bar{x} = 38,79 \pm 28$) daha fazla olmasından kaynaklandığı saptandı ($p=0,033$).

Çizelge 3.4.3.1a. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Semptom Skalası						
		Yorgunluk	Bulantı-Kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları							
Meme Kanseri	70	63,17±16,11	39,28±21,24	54,28±25,48	23,8±30,1	57,61±27,75	47,14±28,08
Gastrointestinal Kanseri	58	61,49±15,74	35,91±22,25	43,67±29,09	16,09±27,38	42,52±34,64	55,74±31,46
Üriner Sistem Kanseri	10	53,33±14,62	30±24,59	51,66±28,81	16,66±32,39	40±30,63	50±28,32
Sarkoma	12	68,51±16,97	43,05±29,69	62,5±27,63	30,55±33,2	55,55±25,94	52,77±33,20
Jinekolojik Kanseri	94	52,95±23,18	28,72±25,21	43,97±26,53	16,66±24,31	42,19±29,8	36,17±29,19
Akciğer Kanseri	62	62,72±19,92	36,29±25,52	48,11±30,79	55,91±35,07	54,30±29,71	51,61±29,98
Baş Boyun Kanseri	20	58,88±14	28,33±24,83	55±30,15	46,66±41,03	51,66±36,63	56,66±36,03
Lenfoma	15	62,22±15,6	37,77±23,95	63,33±32,24	20±32,85	51,11±27,79	51,11±30,51
Kolorektal kanser	59	56,12±18,5	32,20±24,14	42,09±28,42	15,25±26,49	43,5±27,16	51,97±24,18
Değerlendirme		$X^2=14,492^*$ $p=0,070$	$F=1,572^{**}$ $p=0,131$	$F=2,294^{**}$ $p=0,051$	$X^2=72,010^*$ $p=0,0001$	$F=2,320^{**}$ $p=0,019$	$F=2,966^{**}$ $p=0,003$
Hücre Evrelendirme							
Evre 3	210	54,23±19,13	31,58±24,17	45,15±28,96	18,25±27,86	43,17±28,95	41,58±29,8
Evre 4	190	64,44±17,71	36,84±24,05	51,4±27,82	34,03±35,95	53,68±31,16	55,26±28,35
Değerlendirme		$t=5,520^{***}$ $p=0,0001$	$t=2,176^{***}$ $p=0,030$	$t=2,194^{***}$ $p=0,029$	$Z=4,565^{****}$ $p=0,0001$	$t=3,496^{***}$ $p=0,001$	$t=4,689^{***}$ $p=0,0001$

* Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

*** Student t testi uygulandı.

**** Mann Whitney U analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.3.1a.Devam Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Semptom Skalası						
		Yorgunluk	Bulantı-Kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı							
2. kür	94	58,86±20,07	34,04±24,91	48,22±29,47	30,14±35,61	44,68±29,95	52,12±28,31
3. kür	99	61,50±19,71	32,65±24,84	52,35±29,16	30,63±36,48	56,90±31,31	47,81±30,55
4. kür	66	60,94±17,88	37,62±22,89	44,44±29,57	23,23±31,47	43,43±33,57	54,54±31,28
5. kür	38	58,77±16,72	38,59±23,28	48,68±24,62	25,43±30,44	54,38±23,78	52,63±27,54
6. kür	61	55±21,12	31,42±23,19	43,71±27,58	19,12±27,52	43,71±27,58	38,79±28
7. kür ve üzeri	42	57,14±16,19	31,74±25,71	49,6±28,15	18,25±25,71	43,65±29,89	38,88±30,28
Değerlendirme		F=1,085** p=0,368	F=0,838** p=0,523	F=0,970** p=0,436	X ² =6,588* P=0,253	F=3,034** p=0,011	F=3,198** p=0,008
Kemoterapi Türü							
Fluorouracil bazlı tedavi	64	58,68±19,94	34,11±23,77	46,35±27,77	18,22±27,81	46,35±28,86	54,16±27,53
Platin bazlı tedavi	229	58,8±19,59	33,77±24,62	45,85±29,38	27,21±34,22	47,16±31,03	48,32±30,32
Taxane bazlı tedavi	64	6,06±19,96	34,37±25	50,26±27,93	28,64±32,99	51,56±30,24	45,83±29,99
Doxorubicine bazlı tedavi	13	57,26±17,47	26,92±26,82	58,97±25,1	17,94±32,24	48,71±32,24	41,02±30,89
Hedefe yönelik tedavi	30	60,74±12,62	38,88±20,68	60±23,4	27,77±31,66	52,22±29,92	41,11±29,92
Değerlendirme		F=0,146** p=0,965	F=0,588** p=0,671	F=2,309** p=0,057	F=1,291** p=0,273	F=0,450** p=0,772	F=1,352** p=0,250

* Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı

** Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

*** Student t testi uygulandı.

**** Mann Whitney U analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.3.1b'de kanser hastalarının tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un semptom skalası alt boyut puanları karşılaştırıldı.

Tıbbi tanıları, kemoterapi ilaç türleri ve kür sayısı ile konstipasyon semptomu arasındaki ilişkinin önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$). Ancak hastalık evresinin konstipasyon semptomunu etkilediği, dördüncü evre olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=50,87 \pm 27,57$) üçüncü evre ($\bar{x} \pm SS=38,73 \pm 29,57$) olanlardan daha fazla konstipasyon şikayeti yaşadığı belirlendi ($t=4,236$, $p=0,0001$).

Hastaların tıbbi tanısıyla diare semptomu puanları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($X^2=16,247$, $p=0,039$). Ortaya çıkan farklılığın ise Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; baş boyun kanseri olan hastaların daha az diare şikayeti yaşamalarından ($\bar{x} \pm SS=8,33 \pm 23,87$) kaynaklandığı saptandı ($p=0,039$).

Hastaların hastalık evresi ve kemoterapi kür sayısı ile diare semptom puanı arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$) ancak aldığı kemoterapi ilacının türü ile diare semptomu puanı arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($X^2=12,303$, $p=0,015$). Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile ortaya çıkan bu farkın, Taxane bazlı tedavi alan hastaların daha az diare semptomu ($\bar{x} \pm SS=9,37 \pm 19,21$) yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,006$).

Hastaların tıbbi tanıları, alınan ilaç türü ve kür sayısı ile maddi zorluk semptomu arasındaki ilişkinin önemli olmadığı ancak evre dört olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=52,45 \pm 32,39$) daha fazla maddi zorluk yaşadığı saptandı ($t=2,411$, $p=0,016$).

Çizelge 3.4.3.1.b. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Semptom skalası			
		Konstipasyon	Diare	Maddi zorluk
	n	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastaların Tıbbi Tanıları				
Meme Kanseri	70	45,71±29,03	18,09±27,61	54,28±33,65
Gastrointestinal Kanseri	58	42,52±29,80	21,26±27,71	51,14±32,57
Üriner Sistem Kanseri	10	46,66±23,30	13,33±23,30	46,66±23,30
Sarkoma	12	38,88±23,92	19,44±33,20	61,11±31,24
Jinekolojik Kanseri	94	40,42±30,47	9,21±20,39	43,61±32,06
Akciğer Kanseri	62	47,84±26,73	12,36±18,34	42,47±31,46
Baş Boyun Kanseri	20	43,33±28,81	8,33±23,87	51,66±38,19
Lenfoma	15	55,55±29,99	17,77±24,77	44,44±27,21
Kolorektal Kanseri	59	46,32±31,57	22,59±31,22	50,28±29,92
Değerlendirme		F=0,737* p=0,659	X ² =16,247** p=0,039	F=1,199* p=0,298
Hücre Evrelendirme				
Evre 3	210	38,73±29,57	13,96±23,41	44,76±31,38
Evre 4	190	50,87±27,57	17,54±27,57	52,45±32,39
Değerlendirme		t=4,236*** p=0,0001	Z=1,005**** p=0,315	t=2,411*** p=0,016
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı				
2. kür	94	45,39±30,07	17,37±27,96	44,32±34
3. kür	99	44,44±29,35	14,14±25,23	53,19±32,61
4. kür	66	42,92±28,5	14,64±23,48	49,49±33,71
5. kür	38	42,98±29,92	16,66±26,56	50,87±31,70
6. kür	61	44,26±27,02	15,84±24,04	45,35±28,56
7. kür ve üzeri	42	46,82±32,14	15,87±25,75	46,82±28,56
Değerlendirme		F=0,129* p=0,986	F=0,187* p=0,967	F=0,937* p=0,457

*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

**Kruskal Wallis Varyans analizi uygulandı.

***Student t testi uygulandı.

****Mann Whitney U analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.3.1.b. Devam. Kanser Hastalarının Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Semptom skalası			
		Konstipasyon	Diare	Maddi zorluk
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kemoterapi Türü				
Fluorouracil bazlı tedavi	64	46,35±29,46	23,95±31,68	44,79±30,98
Platin bazlı tedavi	229	43,66±29,53	14,11±23,56	48,90±32,66
Taxane bazlı tedavi	64	44,79±30,41	9,37±19,21	51,04±33,05
Doxorubicine bazlı tedavi	13	28,20±29,95	12,82±28,99	43,58±36,98
Hedefe yönelik tedavi	30	53,33±20,71	24,44±30,23	48,88±25,86
Değerlendirme		$X^2=6,956^{**}$ P=0,138	$X^2=12,303^{**}$ P=0.015	F=0,39* p=0,810

*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

** Kruskal Wallis Varyans analizi uygulandı.

*** Student t testi uygulandı.

**** Mann Whitney U analizi uygulandı.

3.4.4 . Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi

Çizelge 3.4.4.1. 'de kanser hastalarının Ok-Dini Tutum Ölçeği puanının EORTC QLQ-C30 puanları ile ilişkisi verildi. Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeğinden aldığı puanlar ile rol fonksiyon ($r=0,144$, $p=0,004$) ve duygusal fonksiyon ($r=0,168$, $p=0,001$) puanları arasında pozitif yönde zayıf, ağrı ($r=-0,103$, $p=0,039$) ve iştahsızlık ($r=-0,102$, $p=0,042$) semptom puanları arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeğinden aldığı puanlar ile maddi zorluk semptomu ($r=0,134$, $p=0,007$) puanı ve genel yaşam kalitesi puanı ($r=-0,098$ $p=0,049$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı.

Çizelge 3.4.4.1. Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi *

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları		Ok dini tutum ölçeği
Fiziksel fonksiyon	r	0,000
	p	0,995
Rol fonksiyon	r	0,144
	p	0,004
Duygusal fonksiyon	r	0,168
	p	0,001
Zihinsel fonksiyon	r	-0,002
	p	0,963
Sosyal fonksiyon	r	0,065
	p	0,197
Yorgunluk	r	-0,013
	p	0,791
Bulantı-Kusma	r	-0,086
	p	0,084
Ağrı	r	-0,103
	p	0,039
Dispne	r	-0,088
	p	0,079
Uykusuzluk	r	-0,063
	p	0,212
İştahsızlık	r	-0,102
	p	0,042
Konstipasyon	r	-0,034
	p	0,493
Diare	r	-0,005
	p	0,924
Maddi zorluk	r	0,134
	p	0,007
Genel Yaşam Kalitesi	r	0,098
	p	0,049

*Sperman Kolerasyon Analizi uygulandı.

3.4.5. Hastaların BDE Puanının EORTC QLQ-C30 Puanları ile İlişkisi

Çizelge 3.4.5.1.'de kanser hastalarının BDE puanı ile EORTC QLQ-C30 puanları arasındaki ilişki verildi. Hastaların depresyon puanı ile yaşam kalitesi fonksiyon skalası puanı arasında ilişki olduğu belirlendi. Hastaların depresyon puanı ile fiziksel fonksiyon ($r=-0,597$, $p=0,0001$), rol fonksiyon ($r=-0,554$, $p=0,0001$), duygusal fonksiyon ($r=-0,481$, $p=0,0001$), zihinsel fonksiyon ($r=-0,490$, $p=0,0001$)

ve sosyal fonksiyon ($r=-0,527$, $p=0,0001$) puanı arasında; negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı.

Kanser hastalarının depresyon puanı ile yaşam kalitesi semptom skalası puanları arasında ilişki olduğu belirlendi. Depresyon puanı ile yaşam kalitesinin yorgunluk ($r=0,553$, $p=0,0001$), bulantı-kusma ($r=0,330$, $p=0,0001$), ağrı ($r=0,428$, $p=0,0001$), dispne ($r=0,323$, $p=0,0001$), uykusuzluk ($r=0,456$, $p=0,0001$), iştahsızlık ($r=0,457$, $p=0,0001$) ve konstipasyon ($r=0,271$, $p=0,0001$) semptom puanı arasında, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi. Depresyon puanı ile maddi zorluk semptom puanı arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu ($r=0,188$, $p=0,0001$), diare semptom puanıyla ise ilişkili olmadığı ($p>0,05$) belirlendi. Hastaların depresyon puanı ile genel yaşam kalitesi yorgunluk alt boyutundan aldığı puan arasında, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ($r=-0,591$, $p=0,0001$).

Çizelge 3.4.5.1. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının İlişkisi*

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları		BDE
Fiziksel fonksiyon	r	-0,597
	p	0,0001
Rol fonksiyon	r	-0,554
	p	0,0001
Duygusal fonksiyon	r	-0,481
	p	0,0001
Zihinsel fonksiyon	r	-0,490
	p	0,0001
Sosyal fonksiyon	r	-0,527
	p	0,0001
Yorgunluk	r	0,553
	p	0,0001
Bulantı-Kusma	r	0,330
	p	0,0001
Ağrı	r	0,428
	p	0,0001
Dispne	r	0,323
	p	0,0001

*Sperman Kolerasyon Analizi uygulandı.

Çizelge 3.4.5.1. Devam. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının İlişkisi*

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları		BDE
Uykusuzluk	r	0,456
	p	0,0001
İştahsızlık	r	0,457
	p	0,0001
Konstipasyon	r	0,271
	p	0,0001
Diare	r	0,098
	p	0,050
Maddi zorluk	r	0,188
	p	0,000
Genel Yaşam Kalitesi	r	-0,591
	p	0,0001

*Sperman Kolerasyon Analizi uygulandı.

4. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya katılan 400 kanser hastası ve 400 kanser hastası olmayan bireyden veri toplama formu kullanılarak elde edilen bulgular tartışıldı.

4.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kanser hastası olan bireylerin yaş ortalamasının $55,32 \pm 11,63$ yıl ($n=400$, Min: 18, Max: 85) olduğu belirlendi. İleri yaşın kanser için risk faktörü olduğu (DSÖ, 2008) ve tüm kanser türlerinde tanı konan hastaların %78,5'inin 55 yaş üzerinde olduğu belirtilmektedir (ACS, 2012b). Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermiştir.

Araştırmada yer alan kanser hastası olmayan bireylerin yaş ortalamasının $35,09 \pm 14,44$ yıl ($n=400$, Min: 18, Max: 87) olduğu belirlendi. TÜİK (2012) verilerinde ülkemiz nüfusunun yarısının 30 yaşın altında olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmaya katılan kanser olmayan bireylerin yaş ortalamasının literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kanser hastası olan bireylerin %61,2'sinin, kanser hastası olmayan bireylerin ise % 74,5'inin kadın olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1). TÜİK (2013) verilerine göre ülkemizde nüfusun %49,8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyete göre kanser görülme sıklığına bakıldığında da ülkemizde erkeklerde kanser görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (TÜİK, 2012). Araştırmamıza katılan kanser hastası olan ve olmayan kadınların sayısının erkeklerden fazla olması tesadüfi olabilir.

Araştırmaya katılan kanser hastası olmayan bireylerin %50,5'inin, kanser hastası olan bireylerin ise %92,2'sinin evli olduğu saptandı. Araştırmadaki hasta bireylerin %57,2'sinin ilköğretim, %28,3'ünün ortaöğretim, %14,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.1). TÜİK (2012) verilerinde ülkemizde ilkokul mezunlarının oranının ortaokul ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada hastaların eğitim durumu Türkiye'deki bireylerin eğitim durumları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmadaki kanser hastası olan bireylerin %52'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %9,2'sinin memur olduğu, kanser hastası olmayan bireylerin %47,4'ünün çalışmadığı, %31'inin memur olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1). Türkiye'deki kadınların iş gücüne katılım oranı erkeklerin yarısından azdır (TÜİK 2012). Araştırmamızda çalışmayanların fazla olması kadın sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir.

4.1.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızdaki hastaların; %23,4'ünün jinekolojik kanser, %5'inin baş-boyun kanseri, %3,8'inin lenfoma tanısıyla izlendiği belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.2). Ülkemizde kadınlarda meme kanseri, kolorektal kanser ve tiroit kanseri sık görülürken erkeklerde; akciğer kanseri, prostat kanseri ve mesane kanserinin sık görüldüğü belirtilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2009). Araştırmaya katılan hastaların tanılarının literatürden farklı olduğu görülmektedir.

Araştırmamızdaki kanser hastalarının hastalıklarının %52,5'inin üçüncü evre, %47,5'inin dördüncü evre olarak sınıflandırıldığı, hastaların %23,5'inin iki kür, %10,5'inin ise yedi kür ve üzeri kemoterapiyi aldığı saptandı. Uygulanan kemoterapi türü olarak ilk sırada Platin bazlı tedavilerin (%57,2), son sırada ise doxorubicine bazlı tedavilerin (%3,3) yer aldığı belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.2).

4.1.3. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Tıbbi Uygulamalar Dışında Şifa Aramak için Yaptığı Dini ve Kültürel Uygulamaların Değerlendirilmesi

Bu araştırmada; kanser hastası olan bireylerin %82,8'sinin dua edip, namaz kıldığı, %0,8'inin kurşun döktürdüğü, %5,5'inin türbe ziyareti yaptığı, %9,8'inin adak ve kurban adadığı, %0,8'inin hocaya gittiği, %0,5'inin muska kullandığı, %2,2'sinin nazarlık kullandığı, %14,5'inin aktara gittiği, %0,8'inin ocağa gittiği ve %12,8'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.1.1.). Amerikan Kanser Birliği tarafından kanser hastalarında yapılan bir araştırma; hastaların %61,4'ünün dini uygulamaları, %44,3'ünün rahatlatma tekniklerini, %40,1'inin besin desteğini ve %15'inin de meditasyonu tamamlayıcı tedavi olarak kullandığı belirlenmiştir (Gansler ve ark., 2008). Benzer şekilde Nazik ve arkadaşlarının (2012) jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı araştırmada da hastaların tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak bitkisel ürün kullanımı ve dini uygulamaları daha fazla tercih ettiği belirtilmiştir. Literatürde kanserde tamamlayıcı tedavi olarak bitkisel ürün kullanımı ve dini uygulamaların yaygın olduğunu belirten başka araştırmalar da yer almaktadır (Uçan ve ark., 2008; Can ve ark., 2009; Üstündağ, 2013).

Bu araştırmadaki kanser hastası olmayan bireylerin; %72,5'inin dua edip namaz kıldığı, %6,2'sinin kurşun döktürdüğü, %13,8'inin türbe ziyareti yaptığı, %22,2'sinin adak ve kurban adadığı, %9,2'sinin hocaya gittiği, %4'ünün muska kullandığı, %13,5'inin nazarlık kullandığı, %23,5'inin aktara danıştığı, %3,5'inin ocağa gittiği ve %11,5'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.1.1.). Araştırmamızda; kutsal yer ziyareti yapma oranı kanser hastası olmayan daha yüksekken, dua etme oranının kanser hastalarında daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum hastaların hastalık ve tedavi sürecine bağlı semptomlar ve fiziksel fonksiyon kayıpları yaşamasına bağlı olabilir.

4.2. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grupta Dini İnanç/Maneviyata İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde, dini tutum ve spiritüel yaşama ilişkin elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

4.2.1. Dini Tutum Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu araştırmada kanser hastası olan bireylerin dini tutumunun kanser hastası olmayan bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($Z=4193$, $p=0,0001$). Üstündağ (2013) kanser hastalarında yaptığı araştırmada; hastaların %92,2'sinin şifa aramak için dini ve kültürel uygulamalara başvurduğunu belirtmiştir. Literatürde kanser hastalarında dini uygulamaların fazla olduğunu belirten başka araştırmalar da yer almaktadır (Uçan ve ark., 2008; Nazik ve ark., 2012).

Araştırmamızda kanser hastası olan ve olmayan bireylerin cinsiyeti ile dini tutumu karşılaştırıldı. Kanser hastası olan kadınların dini tutumlarının hasta erkeklerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Sağlıklı bireylerde cinsiyetin dini tutumu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Ayrıca hasta kadınların ve erkeklerin dini tutumlarının sağlıklı kadınlar ve sağlıklı erkeklerden daha olumlu olduğu ($p<0,05$) belirlendi (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.). Bu araştırmanın bulgusuna benzer olarak öğrencilerle yapılan başka bir araştırmada “sosyal hayatta dinin etkisini hissetme” bakımından erkek ve kız öğrenciler arasında farklılık olmadığı belirtilmiştir (Yapıcı ve Zengin, 2003). Sağlıklı bireylerde yapılan bir başka araştırmada da cinsiyetin dini tutumu etkilemediği belirtilmektedir (Çınar, 2013). Literatürde, dini yönelimler açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığını belirten başka çalışmalar da bulunmaktadır (Cirhinlioğlu, 2006; Cirhinlioğlu, 2010). Ancak literatürde kanser hastalarında cinsiyet ile dini tutum arasındaki ilişkiyi belirten araştırmalara rastlanılmamıştır.

Bu araştırmada kanser hastası olan bireylerin medeni durumunun dini tutumunu etkilemediği ($p>0,05$) ancak kanser hastası olmayan bireylerden evli olanların dini tutumlarının bekarlardan daha olumlu olduğu saptandı ($p=0,008$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.). Uysal'ın (1995) sağlıklı bireylerde dini tutum ve davranış özellikleri ile ilgili olarak yaptığı çalışmada bulgumuza benzer şekilde evli bireylerin dini inancının bekarlardan daha fazla olduğu ve daha fazla ibadet ettiği belirtilmektedir.

Araştırmamızda kanser hastası olan ve olmayan sağlıklı bireylerin eğitim durumu ile dini tutumları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı. Kanser hastası olan ve olmayan ilköğretim mezunu bireylerin dini tutumlarının diğer eğitim düzeyindeki bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.). Bu sonuca benzer şekilde Phelps ve arkadaşlarının (2009) kanser hastalarında yaptığı araştırmada toplam eğitim yılı arttıkça dini başa çıkma yöntemi kullanmada azalma olduğu belirtilmektedir. Kuzgun ve Sevim'in (2004) araştırmasında da İlköğretim düzeyindeki bireylerin dini yöneliminin lise ve üniversite düzeyindeki bireylerden daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Acar ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi düştükçe dindarlık oranında artış olduğu, öğrenim düzeyi yüksek gruplarda dindarlık oranında azalma olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda kanser hastası olan ve olmayan bireylerin mesleklerinin dini tutumlarını etkilediği saptandı. Kanser hastası olan ve olmayan çalışmayan bireylerin dini tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Ayrıca çalışmayan kanser hastalarının dini tutumunun kanser hastası olmayan çalışmayan bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,004$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.). Bireylerin bulunduğu sosyal sınıf, almış olduğu eğitim, ekonomik durum gibi değişkenlere göre dini tutum ve davranışlarının değişebileceği belirtilmektedir (Kurt, 2009).

Bu araştırmada, kanser hastalarının tıbbi özellikleri ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumunun dini tutumu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$), (Bkz. Çizelge 3.2.1.1. ve Bkz. Çizelge 3.2.1.2.). Phelps ve arkadaşlarının (2009) ileri evre kanser hastalarıyla yaptığı araştırmada; bizim bulgumuzdan farklı olarak hastaların tıbbi tanılarıyla olumlu dini başa çıkma yöntemi kullanma durumları arasında fark olduğu, özellikle akciğer ve kolon kanseri olan hastaların daha olumlu dini baş etme yöntemi kullandığı belirtilmiştir.

4.2.2. Spiritüel Yaşama İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Spiritüel değerlere ilişkin kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Hayata bakışım tamamen dinime bağlıdır.*” ifadesine “*katılıyorum*” yanıtını veren kanser hastalarının sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu “*Dinime bağlı olmama rağmen hayatta başka diğer şeyler de önemlidir.*” ifadesine “*emin değilim*” şeklinde yanıt veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu belirlendi ($p=0,0001$). “*İnancım doğru ile yanlışı ayırt etmemde bana yardımcı olur*” ifadesine “*katılmıyorum*” şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastalarından fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Bu ifadelerden yola çıkarak, kanser hastası olma durumunun bireylerin spiritüel değerlerini etkilediği, hasta grubun spiritüel değerlerinde inancın etkin olduğu görölmektedir. Hastalık durumu bireyin yaşamını tehdit eden, fonksiyonlarında bozulmaya yol açan ve kriz durumu olarak algılanabilen bir süreçtir. Kanser gibi yaşamı tehdit eden ve bireyde ölüm korkusu oluşturabilen hastalığa sahip bireylerde manevi değerler daha çok ön plana çıkabilmektedir (Yılmaz ve Okyay, 2009). Literatürde kanser hastalarının yaşantılarında maneviyatlarının önemli bir yerinin olduğu belirtilmektedir (Daştan ve Buzlu, 2010; Puchalski, 2012; Lin veBauer-Wu, 2003). Bireylerde manevi değerlerine olan bağlılığın, kanserle baş etme mekanizmasını güçlendirdiği, hastaların algıladığı sosyal

desteği arttırdığı ve hastanın stresle başetmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Cotton ve ark. 1999; Puchalski 2001).

Spiritüel inançlarına ilişkin kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen *“Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?”* sorusuna *"hiç"* yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren kanser hastalarına oranla fazla olduğu *“Ahirete inanıyor musunuz?”* sorusuna da *"hayır"* şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren kanser hastalarına göre fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Katılımcıların bu ifadelerinden, kanser hastası olma durumunun spiritüel inançlarını etkilediği ve kanser hastalarının manevi inançlarında daha çok dinin etkin olduğu saptandı. Bu bulguyla ilişkili olarak Hsiao ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında hastaların; hayatta kalmak, umut beslemek ve huzurlu olmak, hayata anlam verebilmek, daha fazla sevmek ve sevilmek, huzurlu ölüm için destek almak gibi spiritüel gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Meme kanseri olan hastalarda yapılan çalışmada da benzer şekilde; hastalarda inancın duygusal desteği, sosyal desteği ve yaşama anlam katma yeteneğini yükselterek, hastalıkla baş etmeyi olumlu etkilediği belirtilmektedir. (Feher ve Maly, 1999). Ayrıca literatürde terminal dönem hastalarında maneviyatın psikososyal iyiliği arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Lin ve Bauer-Wu, 2003).

Maneviyatın önemli bir parçası olan affetme ile ilgili olarak bireylere yöneltilen; *“Yaptığım yanlışlardan ötürü kendimi affettim.”* ve *“Bana zarar vermiş olan birilerini affettim.”* ifadelerine *"her zaman"* yanıtı veren kanser hastalarının aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$). *“Allah'ın beni affedeceğini bilirim.”* ifadesine *"asla"* yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren kanser hastalarına göre daha fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Moadel ve arkadaşları (1999) araştırmasında kanser hastalarının %43'ünün iç huzuru bulma konusunda yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bağışlayıcılık iç huzuru sağlayarak bireyin maneviyatını olumlu etkileyecektir. Konu ile ilgili olarak Romero ve arkadaşları (2006) da affetmenin bir parçası olan maneviyatın/inancın, yaşam kalitesini iyileştirdiğini saptamıştır. Bağışlama, haksızlığa uğrayan kişinin olumsuz

duygulardan sıyrılması olarak değerlendirilir. Bağışlama öfke, kırgınlık gibi olumsuz duygulardan kurtulmak için etkin bir yol olacaktır (Kara, 2009; Yılmaz ve Okyay, 2009).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba dini uygulamaları hakkında yönlendirilen; “*Cami gibi başka özel bir yerde ne sıklıkla dua ediyorsun?*” sorusuna “*en az haftada bir kez*”, yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren kanser hastalarına göre daha fazla olduğu ($p=0,0001$), “*Radyoda veya televizyonda ne sıklıkla dini bir program dinlersin veya izlersin?*” sorusuna “*ayda birden az veya hiç*” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastalarına göre fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). “*Kuran veya diğer dini kaynakları ne sıklıkla okursun?*” sorusuna “*en az ayda bir kez*”, yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylere göre fazla olduğu ($p=0,004$), “*Evinde ne sıklıkta dua okunur?*” sorusuna “*sadece özel durumlarda*” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastalarına göre fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Dini kitap okuma ve camiye gitme gibi dini uygulamaların diğer uygulamaların aksine kanser hastalarında daha az olmasının nedeni hastaların tedavi yan etkilerine (yorgunluk, uykusuzluk, ağrı gibi) ve güçsüzlüğüne bağlı olabilir. Literatürde manevi uygulamaları daha fazla olanların iyilik hali ve yaşam doyumunun daha yüksek olduğu, depresyon ve anksiyete semptomlarının daha az yaşandığı belirtilmektedir (Culliford, 2002; Levine ve Targ, 2002; Thoresen, 1999).

Dini/spiritüel başetmeye ilişkin yaklaşımlarını belirlemek için kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Ben hayatımın daha büyük bir ruhsal gücün parçası olduğunu düşünürüm.*” ve “*Zor zamanları atlatmada Allah'dan yardım alırım.*” ifadelerine “*hayır*” şeklinde yanıt veren kanser hastalarının sayısının aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). “*Kriz durumlarında Allah'ı rehber güç ve destek olarak görürüm.*” ifadesine “*hayır*” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının aynı yanıtı veren hastalara oranla daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Dini uygulamalar ve olumlu dini başetme yanıtları genel olarak değerlendirildiğinde

kanser hastalarının kanser hastası olmayanlara oranla daha fazla olumlu dini başetme yöntemi kullandığı görülmektedir. Ancak kanser hastası olan bireylerin "Zor zamanlarımı atlattımda Allah'tan yardım alırım." ifadesine verdiği "hayır " yanıtının kanser hastası olmayan bireylerden fazla olması, hastanın kişisel bir yönelim göstererek olumsuz durumu çözmede dini bir yardıma gerkeksinim duymadan bireysel imkanlarını ortaya koyduğunu gösterebilmektedir. Bu durum dine karşıt olma anlamından çok, sadece hastaların sorunlarının çözümünde kendi denetimini sağlamaya çalıştığı anlamına gelmektedir (Batman,2008; Pargament, 2005). Ancak sadece kendini aktif başetme sürecine dahil eden bireylerde kontrol edilemeyen durumlarla karşılaştıklarında çaresizlik öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Buna karşılık birey başa çıkmada Tanrı'yla işbirlikçi bir eğilim gösteren dini inancı ile paylaşılmış bir kontrol duygusunu hisseden bireyin, başedemediği olumsuz durumlar karşısında daha az sıkıntı duyabileceği düşünülmektedir (Batman,2008; Pargament, 2005). Olumlu dini ve manevi başetme ile ilgili Phelps ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında; kanser hastalarında baş etme yöntemi olarak olumlu dini başetme yönteminin kullanıldığı belirtilmiştir. Bu hastaların yaşam kalitesinin diğer hastalardan iyi olduğu ifade edilmiştir (Phelps ve ark., 2009). Literatürde olumlu başetme yöntemi kullanan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Romeo ve ark., 2006, Levine ve Targ, 2002).

Olumsuz Dini/sipritüel başetmeye ilişkin bireylere yöneltilen *"Sıkıntılı zamanların Tanrı'nın beni günahlarımdan veya manevi eksikliğimden dolayı cezalandırması olarak görüyorum"* ve *"Allah'ın beni terk edip etmeyeceğini merak ediyorum"* ifadesine "evet" şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin aynı yanıtı veren hastalardan fazla olduğu belirlendi ($p=0,0001$). *"Bir durumdan anlam çıkarmayı veya bir şeye karar vermeyi Allah'a güvenmeden yapmaya çalışırım"* ifadesine de "biraz" yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerin aynı yanıtı veren hastalardan yüksek olduğu belirtildi ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Olumsuz dini başetmeye ilişkin verilen yanıtlarda, kanser hastası olmayan bireylerde olumsuz dini başetme kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde bireylerin hastalıkla baş etme sürecinde olumlu ve olumsuz manevi inançsal basetme

yöntemleri kullandığını belirten araştırmalar bulunmaktadır (Daştan ve Buzlu, 2010; Romeo ve ark., 2006, Levine ve Targ, 2002). Cotton ve arkadaşları (1999) hastaların maneviyatı, yaşam kalitesi ve hastalığa uyumu arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Aynı araştırmada maneviyat ile savaşma ruhu ve kadercilik arasında pozitif bir ilişki, çaresizlik/umutsuzluk, anksiyete ve inkar arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir.

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, kanser hastası olan bireylerin depresyon düzeyinin orta ($\bar{x} \pm SS=18,53 \pm 9,15$) (Min:0, Max:55) olduğu, kanser hastası olmayan gruptaki bireylerin depresyon düzeyinin düşük ($\bar{x} \pm SS=9,68 \pm 9,28$) olduğu saptandı. kanser hastası olan bireylerin depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($t=13,576$, $p=0,0001$). Hisli (1989), depresyon puanı 10-16 arasında olan bireylerin hafif, 17-23 arasında olan bireylerin orta şiddette depresyona sahip olduğunu belirtmektedir. Bu araştırmada, ortalama depresyon puanına bakıldığında genel bir ifadeyle hastaların orta şiddette, sağlıklıların da hafif düzeyde depresyon yaşadığı söylenebilir. Bu sonuca benzer şekilde Ell ve arkadaşları (2005) meme ve jinekolojik kanser tanısı almış hastaların %62'sinin orta şiddette depresyon yaşadığını saptamıştır. Minagawa ve arkadaşları (1996) terminal dönem kanser hastalarında %53 oranında psikiyatrik bozukluk olduğunu belirtmiştir. Literatürde araştırmamızın bulgularına benzer şekilde kanser hastalarında depresyonun sık yaşanan bir durum olduğunu belirten başka araştırmalarda yer almaktadır (Suzuki ve ark., 2011, Marangoz, 2014).

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında; aradaki farkın önemli olduğu, kanser hastası olan bireylerin depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan bireylerden daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.3.1). Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Derogatis ve arkadaşlarının (1988) 215 kanserli hastada yaptığı araştırmada,

hastalarda %13 sıklıkta major depresyon gözleendiği, kanser hastalarında yapılan bir başka araştırmada da hastaların %55,1'inin anksiyete ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir (Suzuki ve ark., 2011). Kutlu ve arkadaşlarının (2011) kanser hastalarında yaptığı araştırmada hastaların %47,1'inin normal, %21,6'sının hafif, %18,6'sının orta şiddette, %12,7'sinin şiddetli depresif belirti gösterdiği saptanmıştır. Literatürde kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının fazla olduğunu bildiren başka araştırmalar da yer almaktadır (Kutlu ve ark., 2011; Ateşçi ve ark., 2003).

Bu araştırmada; kanser hastası olmayan kadınların depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan erkeklerden daha yüksek olduğu, hastalarda ise cinsiyet ile depresyon düzeyi arasındaki farkın, *önemli olmadığı saptandı (Bkz. Çizelge 3.3.1)*. Ateşçi ve arkadaşları (2003) kanser hastası olan kadınların daha fazla depresyon yaşadığını belirlemiştir. İleri evre kanser hastalarında yapılan bir başka çalışmada da kadın hastalarda erkek hastalara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Grow ve ark., 2005).

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerde; medeni durumun depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi (Bkz.Çizelge 3.3.1). Kaplan ve Miner'in 2000 yılında ileri evre beyin tümörü olan hastalarda yaptığı araştırmada, çalışmamızın aksine evli bireylerde depresyon düzeyinin daha yüksek görüldüğü belirtilmiştir (Kaplan ve Miner, 2000).

Bu çalışmada; eğitim durumunun kanser hastalarında depresyon düzeyini etkilemediği, kanser hastası olmayan bireylerin depresyon düzeyini ise etkilediği belirlendi. kanser hastası olmayan bireylerden yükseköğretim düzeyinde olanların depresyon düzeyinin, kanser hastası olmayan diğer bireylerden düşük olduğu saptandı (p=0,004) (Bkz.Çizelge 3.3.1). Literatürde, eğitim durumunun depresyon düzeyini etkilemediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Ell ve ark., 2005).

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin sahip olduğu mesleğin depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi (Bkz.Çizelge 3.3.1). Araştırmamızın sonuçlarından farklı olarak, Bagley'in (1973) yaptığı araştırmada mesleki statü yükseldikçe depresyon görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir.

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ile depresyon düzeyi arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı (Bkz. Çizelge 3.3.1). Liu ve Cau'nun (2014) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin soy geçmişinde kanser öyküsü olmayan hastalardan önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların tıbbi tanılarına göre depresyon düzeyinin farklılık gösterdiği belirlendi. Kolorektal kanser tanısı olan hastaların depresyon düzeyinin diğer hastalardan düşük olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.3.2). Ell ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, bulgumuza benzer şekilde meme kanseri olan hastaların depresyon düzeyinin jinekolojik kanserli hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde benzer şekilde hastalık tanısının depresyon düzeyini değiştirdiğini belirten çok sayıda araştırma ile karşılaşılmaktadır (Molassiotis ve ark., 2000; Bodurka-Bevers ve ark., 2000). Ancak Petersen ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, bizim bulgumuzun aksine hastaların tıbbi tanıları ile depresyon düzeyleri arasında fark olmadığı belirtilmiştir.

Dördüncü evre kanser hastalarının depresyon düzeyinin, evre üç olan hastalardan yüksek olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.3.2). Bulgumuzla benzer şekilde, Groot ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, ileri evre hastaların daha fazla endişe ve stress yaşadığı belirtilmiştir. Literatürde hastalık evresinin depresyon düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar da yer almaktadır (Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Frumovitz ve ark., 2005).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ve ilaç türünün depresyon düzeyini etkilemediği saptandı (Bkz. Çizelge 3.3.2). Beser ve Öz'ün çalışmasında (2003) da kemoterapi tedavisinin uzamasının anksiyete ve depresyon düzeyinin artmasına neden olduğu ifade edilmiştir.

4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 2.7.3.1.'de de görüldüğü gibi genel yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamasının $54,52 \pm 23,82$ olduğu, fonksiyonel işlevler alt boyutunda hastaların daha çok zihinsel, duygusal ve fiziksel fonksiyonlarının etkilendiği belirlendi. Semptomlar skalasında ise, hastaların daha çok yorgunluk, maddi zorluk, ağrı, uykusuzluk, gibi sorunlar yaşadığı saptandı. Araştırmamızın sonuçlarına benzer şekilde; Matulonis ve arkadaşları (2008) kanser hastalarının duygusal fonksiyonlarının daha çok etkilendiğini, Beser ve Öz (2003) de kemoterapi alan lenfomalı hastaların sosyal ve zihinsel fonksiyon kaybı, maddi zorluk ve yorgunluk gibi problemleri daha sık yaşadığını belirtmiştir. Greimel ve arkadaşları (2009) kanser hastalarının duygusal fonksiyonlarda kötüleşme, uykusuzluk, ağrı ve yorgunluk gibi olumsuz semptomları daha fazla yaşadığını saptamıştır.

4.4.1. Hastaların EORTC QLQ-30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda hastalarda cinsiyetin genel yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.1.1). Bulgumuza benzer olarak literatürde cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (Yıldız, 2006; Armstrong ve ark., 2006). Bulgumuzdan farklı olarak, Arslan ve Bölükbaşı (2003) erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan yüksek olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızda hasta bireylerin medeni durumunun genel yaşam kalitesini etkilemediği saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.1.1). Bu bulguya benzer olarak literatürde medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini belirten araştırmalar da bulunmaktadır (Lis ve ark., 2006; Armstrong ve ark., 2006).

Bu araştırmada eğitim düzeyi ile genel yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, eğitim düzeyinin genel yaşam kalitesini etkilemediği saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.1.1). Bu sonuca benzer şekilde Lis ve arkadaşlarının (2006) kanser hastalarında yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilenmediği belirtilmiştir. Literatürde çalışmamızla benzer şekilde kanser hastalarının eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilenmediğini belirten başka çalışmalar da bulunmaktadır (Reis ve ark., 2006; Üstündağ, 2013). Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Güner ve arkadaşları (2006) kanser hastalarının eğitim seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğünü saptamıştır.

Hastaların meslekleri ile genel yaşam kalitesi arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.1.1). Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Reis ve arkadaşlarının (2006) kanser hastalarında yaptığı araştırmada, hastaların çalışma durumlarıyla yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı belirtilmiştir.

Bu araştırmada; soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların genel yaşam kalitesinin soy geçmişinde kanser öyküsü olmayanlardan yüksek olduğu belirlendi ($p=0,001$), (Bkz. Çizelge 3.4.1.1). Literatürde sonucumuza benzer bir araştırma bulgusuna rastlanamamıştır. Soy geçmişinde kanser öyküsü olan bireylerin tedavi süreci hakkında daha detaylı bilgi sahibi olmaları ve hasta olan yakınlarının hastalık ve tedavi aşamasında olumlu gelişmeler deneyimlemiş olması, bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabilir.

Hastaların tıbbi özellikleri ile genel yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, hastaların tıbbi tanıları, alınan kemoterapi sayıları ve ilaç türlerinin genel yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi. Ancak hücre evrelendirmesi üç olan hastaların

genel yaşam kalitesinin, dördüncü evre hastalardan daha iyi olduğu belirlendi ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.4.1.2). Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde literatürde ileri evre hastaların yaşam kalitesinin diğer hastalara göre daha düşük olduğunu belirten çalışmalar yer almaktadır (Can ve ark., 2009; Üstündağ, 2013). Kang ve arkadaşları (2012) ise çalışmamızın aksine hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir.

4.4.2. Hastaların EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Hastaların cinsiyetine göre ölçeğin bilişsel fonksiyon alt boyutundan aldığı puanının değiştiği, erkeklerin bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmanın kadınlardan daha fazla olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.2.1). Çalışmamıza benzer şekilde, Altıparmak ve arkadaşları da (2011) erkek kanser hastalarının bilişsel fonksiyon puanının kadınlardan yüksek olduğunu belirtmiştir.

Hastaların mesleğinin fiziksel, rol, duygusal ve sosyal fonksiyon durumunu etkilemediği ($p>0,05$) buna karşın meslek ile bilişsel fonksiyon arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi. Emeklilerin bilişsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu saptandı ($p=0,0001$). (Bkz. Çizelge 3.4.2.1). Pınar ve arkadaşlarının (2008) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, meslek sahibi olan kişilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda hastaların tıbbi özellikleri ile fonksiyonel işlev puanları karşılaştırıldığında; hastaların tıbbi tanılarının fiziksel fonksiyon puanlarını etkilediği belirlendi. Jinekolojik kanserli hastaların fonksiyonel işlevlerinin, meme kanserli hastalardan daha kötü olduğu saptandı ($p=0,020$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Greimel ve arkadaşları (2002) jinekolojik kanserli hastaların tedavi sürecinde sosyal fonksiyon kaybı yaşadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada çalışmamızdaki bulguların aksine kemoterapi sürecindeki meme kanserli hastaların fiziksel fonksiyon puanının jinekolojik kanserli hastalara oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Hastaların tıbbi tanılarıyla rol fonksiyon durumları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Bu durumun tümörün bulunduğu ve yayıldığı organlara bağlı olarak farklı fonksiyon kayıpları yaratmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada; hastaların tıbbi tanıları duygusal ve bilişsel fonksiyonları arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0,05$), ancak hastaların tıbbi tanılarıyla sosyal fonksiyonları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Sosyal fonksiyon alt boyutunda meydana gelen bu farklılığın, baş boyun kanseri olan hastaların sosyal fonksiyonlarının daha iyi olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,001$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Greimel ve arkadaşlarının (2002) meme, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada kemoterapi sürecinde meme kanserli hastaların fiziksel fonksiyon puanının jinekolojik kanserli hastalara oranla daha yüksek olduğu, jinekolojik kanser tanısı olan hastaların daha fazla sosyal fonksiyon kaybı yaşadığı belirlendi.

Hastaların hastalık evreleriyle, fonksiyonel işlev puanları karşılaştırıldığında, hastalık evresi ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon durumları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Hastalık evresi üç olan hastaların fiziksel, rol, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirlendi. Ancak hastalık evresinin duygusal fonksiyon durumunu etkilemediği saptandı ($p>0,05$), (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Çalışmamızın bulgularına benzer, Can ve arkadaşları (2009) ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitesinin diğer evrelerdeki hastalara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın aksine Kang ve arkadaşları (2012) hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir.

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile fiziksel, rol, duygusal ve bilişsel fonksiyonları arasındaki farkın, önemli olmadığı ($p>0,05$) ancak sosyal fonksiyon ile alınan kemoterapi kür sayısı arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Altı kür kemoterapi alan hastaların sosyal fonksiyonlarının üç kür kemoterapi hastalardan

daha kötü olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Çalışmamıza benzer şekilde literatürde kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin etkilendiğini, sosyal fonksiyonların daha kötü olduğunu belirten çalışmalar yer almaktadır (Carter ve ark., 1997; Yeşilbalkan ve ark., 2005).

4.4.3. Hastaların EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, hastaların tıbbi tanısının dispne semptomunu etkilediği akciğer kanseri olan hastalarda dispne semptomunun daha fazla görüldüğü belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a). Kanser hastalarında yapılan bir araştırmada en çok akciğer kanseri (%37) ve meme kanseri olan hastalarda (%30) dispne semptomu görüldüğü belirtilmiştir. (Akyolcu, 2002).

Araştırmamızda hastaların tıbbi tanılarıyla iştahsızlık semptomu yaşamaları arasındaki farkın önemli olduğu bu farkın; gastrointestinal kanser tanısı olan hastaların, jinekolojik kanser tanısı olan hastalardan daha fazla iştahsızlık semptomu yaşamalarından kaynaklandığı saptandı ($p=0,002$) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a). Bu durumun gastrointestinal sistemde olan tümörlerin bu sistemde meydana getirdiği daralma ve tıkanma gibi sorunların iştahsızlık semptomunu arttırmasıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların hastalık evresiyle yaşanan semptomlar karşılaştırıldığında; hastalık evresiyle yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık semptomları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Dördüncü evre olan hastaların yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk ve iştahsızlık semptomlarını 3. evre olan hastalardan daha fazla yaşadığı saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a), (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b). Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde literatürde ileri evre hastaların yaşam kalitesinin diğer evrelerdeki hastalara göre daha düşük olduğu, hastaların büyük bir çoğunluğunun ağrı şikayeti

olduğu saptanmıştır (Can ve ark., 2009; Üstündağ, 2013, Elçigil, 2010; Mercadante ve Vitrano, 2010; Potter ve Higginson, 2004). Ayrıca kanser hastalığının son evrelerinde dispne ve buna eşlik eden yorgunluğun, yaygın olarak görülen bir semptom olduğu bilinmektedir (Coyle at al., 1990; Çavdar, 2011; Reuben ve Mor, 1986). İştahsızlık semptomunun ilk evre hastalarda %50 oranında görünmesine karşın ileri evrede bu oranın %75'e çıktığı belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2011). Kang ve arkadaşları (2012) ise çalışmamızın aksine hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir. Literatürde hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirten başka araştırmalar da bulunmaktadır (Greimel ve ark., 2002).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayıları ile iştahsızlık yaşama durumları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Dört kür kemoterapi alan hastaların iştahsızlık semptomlarının altı kür kemoterapi alan hastalardan daha fazla olduğu saptandı (p=0,033) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a). Çalışmamıza benzer şekilde Lakusta ve arkadaşlarının (2001) kemoterapi tedavisi alan kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin de düştüğü belirtilmektedir.

Hastaların tıbbi tanılarıyla diyare semptomu puanları arasındaki farkın, önemli olduğu, baş boyun kanseri olan hastaların daha az diyare şikayeti yaşadığı saptandı (p=0,039) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b). Somalı ve arkadaşlarının (2005) kemoreterapi alan kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, diyare semptomunun diğer semptomlara oranla daha yaygın gözlemlendiği belirlenmiştir.

Hastaların hastalık evresi ve kemoterapi kür sayısı ile diyare semptom puanı arasındaki farkın önemli olmadığı (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b), ancak alınan kemoterapi ilacının türünün diyare semptomunu etkilediği, Taxane bazlı tedavi alan hastaların daha az diyare semptomu yaşadığı belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b). Can ve arkadaşlarının (2009) ve Üstündağ'ın (2013) yaptığı çalışmalarda da, taxane bazlı

tedavi alan hastalarda sosyal iyilik halinin doxorubicin ve fluorouracil bazlı tedavi alanlara oranla daha kötü olduğu belirtilmiştir.

Hastaların tıbbi tanıları, aldığı ilaç türüne kür sayısı ile maddi zorluk semptomu arasındaki ilişkinin önemli olmadığı ancak evre dört olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=52,45 \pm 32,39$) daha fazla maddi zorluk yaşadığı saptandı ($t=2,411$, $p=0,016$) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b). Dördüncü evre olan hastaların daha fazla maddi zorluk yaşamasının nedeni tedavi sürecinin uzaması, tedavi ve bakım gereksinimleri ile ilgili harcamaların artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.4.4. Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği puanlarının EORTC QLQ-30 puanları ile ilişkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların dini tutumları ile rol fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu, bu durumda dini tutumun duygusal ve rol fonksiyonu olumsuz etkilediği belirlendi. Hastaların dini tutumları ile ağrı ve iştahsızlık semptomu arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Bu durum ağrı ve iştahsızlık semptomu daha az olan bireylerin dini tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Ayrıca genel yaşam kalitesi yüksek olan hastaların dini tutumlarının daha olumlu olduğu hastaların dini tutumları ile genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.6).

Phelps ve arkadaşlarının (2009) kanser hastalarında yaptığı araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun hastalıkla başetme yöntemi olarak olumlu dini başetme yöntemi kullandıkları belirtilmiştir. Olumlu başetme yöntemi kullanan bu hastaların yaşam kalitelerinin diğer hastalardan iyi olduğu belirtilmiştir (Phelps ve ark., 2009). Literatürde, din ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında pozitif bir ilişkinin varlığını ileri süren çok sayıda araştırma mevcuttur (Williams ve Sternthal, 2007; Hill ve ark., 2006; Musick ve ark., 2004).

4.4.5. Hastaların BDE puanlarının EORTC QLQ-30 puanları ile ilişkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların depresyon düzeyleri ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, duygusal fonksiyon, zihinsel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve yorgunluk semptomu arasında, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.7). Literatürde bulgumuza paralel olarak hastalarda yaşanan psikolojik sorunların fiziksel durum, duygusal iyilik hali, sosyal ilişkiler, hastalık uyumu ve rolleri etkilediği, depresyonun hastada tedavi sürecinde ortaya çıkan semptomları artırarak, yaşam kalitesini düşürdüğü ifade edilmektedir (Kutlu ve ark., 2011; Lee ve ark.,2010).

Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık ve konstipasyon semptomlarının da arttığı, aralarında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi. Depresyon düzeyi ile maddi zorluk semptomu arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu, diare semptomuyla ise ilişkili olmadığı belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.7). Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde literatürde de hastanın kanser ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesinin bireyin anlama ve kavrama düzeyini etkilediğini, başetme becerilerinin azaldığını, sosyal destek almada zorlandığını, hastalıkla savaşıma ve tedaviye uyumunun azaldığını bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (Valente ve Saunders, 1997; Jorum, 1996; Petti, 1998; Kutlu ve ark., 2011).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde kemoterapi alan kanser hastalarının, dini inanç ve maneviyatın yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla 400 kanser hastası ve 400 kanser hastası olmayan bireyden elde edilen verilere ilişkin sonuçlar sunuldu.

5.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmaya katılan hasta bireylerin yaş ortalamasının $55,32 \pm 11,63$ yıl kanser hastası olmayan bireylerin yaş ortalamasının $35,09 \pm 14,44$ yıl olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %61,2'sinin kanser hastası olmayan bireylerin ile % 74,5'inin kadın olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %92,2'sinin, kanser hastası olmayan bireylerin ise %50,5'inin evli olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.1).

Araştırmadaki kanser hastalarının %57,2'sinin ilköğretim, %28,3'ünün ortaöğretim, %14,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu, kanser hastası olmayan bireylerin ise %23,8'inin ilköğretim, %39,8'inin ortaöğretim %36,5 inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptandı. Bu araştırmadaki hasta bireylerin %52'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %9,2'sinin memur olduğu, kanser hastası olmayan bireylerin de %47,4'ünün çalışmadığı, %31'inin memur olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1).

Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin çoğunun sağlık güvencesinin SGK olduğu belirlendi. Araştırmada yer alan kanser hastalarının %30,2'sinin, kanser hastası olmayan bireylerin ise %27,5'inin soy geçmişinde kanser öyküsü olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1).

Hastaların %23,4'ünün jinekolojik kanser, %17,5'inin meme kanseri, %15,5'inin akciğer kanseri, %14,8'inin kolorektal kanser, %14,5'inin gastrointestinal

kanser tanısıyla izlendiği belirlendi. Kanser hastası olan bireylerin hastalıklarının %52,5'inin üçüncü evre, %47,5'inin dördüncü evre olarak sınıflandırıldığı belirlendi. Hastaların %23,5'inin iki kür, %10,5'inin ise yedi kür ve daha fazla sayıda kemoterapi aldığı saptandı. Uygulanan kemoterapi türü olarak ilk sırada Platin bazlı tedaviler (%57,2) yer alırken, son sırada Doxorubicine bazlı tedavilerin (%3,3) yer aldığı saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.2).

Araştırmaya katılan hastaların şifa aramak için %82,8'inin dua edip namaz kıldığı, %0,8'inin kurşun döktürdüğü, %5,5'inin türbe ziyareti yaptığı, %9,8'inin adak ve kurban adadığı, %0,8'inin hocaya gittiği, %0,5'inin muska kullandığı, %2,2'sinin nazarlık kullandığı, %14,5'inin aktara gittiği, %0,8'inin ocağa gittiği ve %12,8'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1.1).

Kanser hastası olmayan bireylerin şifa aramak için %72,5'inin dua edip namaz kıldığı, %6,2'sinin kurşun döktürdüğü, %13,8'inin türbe ziyareti yaptığı % 22,2'sinin adak ve kurban adadığı, %9,2'sinin hocaya gittiği, %4'ünün muska kullandığı, %13,5'inin nazarlık kullandığı, %23,5'inin aktara danıştığı, %3,5'inin ocağa gittiği ve %11,5'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği saptandı (Bkz. Çizelge 3.1.1.1).

5.1.1. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanına İlişkin Sonuçlar

Araştırmaya katılan hasta bireylerin dini tutumlarının kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($Z=4193$, $p=0,0001$).

Kadın hastaların dini tutumlarının erkek hastalardan daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Sağlıklı bireylerde cinsiyetin dini tutumu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Ayrıca hasta kadınların ve erkeklerin dini tutumlarının sağlıklı kadınlar ve sağlıklı erkeklerden daha olumlu olduğu ($p<0,05$) belirlendi (Bkz.

Çizelge 3.2.1.1). Bu araştırmada hasta bireylerin medeni durumunun dini tutumunu etkilemediği ($p>0,05$) ancak sağlıklı bireylerden evli olanların dini tutumlarının bekarlardan daha olumlu olduğu saptandı ($p=0,008$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1).

Araştırmamızda hem hasta hem de sağlıklı bireylerin eğitim durumu ile dini tutumları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı. İlköğretim mezunu kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini tutumlarının diğer eğitim düzeyindeki bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1).

Araştırmamızda kanser hastası olan ve olmayan bireylerin mesleklerinin dini tutumlarını etkilediği saptandı. Çalışmayan kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Ayrıca çalışmayan hasta bireylerin dini tutumunun çalışmayan kanser hastası olmayan bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,004$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1).

Bu araştırmada, hastaların tıbbi özellikleri ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumunun dini tutumu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1) ve (Bkz. Çizelge 3.2.1.2).

5.1.2 Kanser Hastası Olan ve Olmayan Grubun Sıpitirüel Yaşamına ilişkin Sonuçlar

Spiritüel değerlere ilişkin kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Hayata bakışım tamamen dinime bağlıdır.*” ifadesine “*katılıyorum*” yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu “*Dinime bağlı olmama rağmen hayatta başka diğer şeyler de önemlidir.*” ifadesine “*emin değilim*” şeklinde yanıt veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu belirlendi ($p=0,0001$). “*İnancım doğru ile yanlış ayırt etmemde bana yardımcı olur*” ifadesine “*katılmıyorum*” şeklinde yanıt veren sağlıklıların, aynı yanıtı veren hastalardan fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$) (Bkz.

Çizelge 3.2.2.1). Bu sonuçlardan yola çıkarak kanser hastası olma durumunun bireylerin spiritüel değerlerini etkilediği, hasta grubun spiritüel değerlerinde inancın etkin olduğu belirlendi.

Spiritüel inançlarına ilişkin kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?*” sorusuna “hiç” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren hastalara oranla fazla olduğu “*Ahirete inanıyor musunuz?*” sorusuna da “hayır” şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren hastalara göre fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). Katılımcıların bu ifadelerinden, kanser hastası olma durumunun spiritüel inançlarını etkilediği ve hasta grubun manevi inançlarında daha çok dinin etkin olduğu saptandı.

Affetme ile ilgili olarak bireylere yöneltilen; “*Yaptığım yanlışlardan ötürü kendimi affettim.*” ve “*Bana zarar vermiş olan birilerini affettim.*” ifadelerine “her zaman” yanıtını veren hastaların aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$). “*Allah'ın beni affedeceğini bilirim.*” ifadesine “asla” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren hasta bireylere göre daha fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1).

Kanser hastası olan ve olmayan gruba dini uygulamaları hakkında yönlendirilen; “*Cami gibi başka özel bir yerde ne sıklıkla dua ediyorsun?*” sorusuna “en az haftada bir kez”, yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin, aynı yanıtı veren hastalara göre daha fazla olduğu ($p=0,0001$), “*Radyoda veya televizyonda ne sıklıkla dini bir program dinlersin veya izlersin?*” sorusuna “ayda birden az veya hiç” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre daha fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1). “*Kuran veya diğer dini kaynakları ne sıklıkla okursun?*” sorusuna “en az ayda bir kez”, yanıtını veren hastaların sayısının, aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylere göre daha fazla olduğu ($p=0,004$), “*Evinde ne sıklıkta dua okunur?*” sorusuna

"sadece özel durumlarda" yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının, aynı yanıtı veren hastalara göre daha fazla olduğu saptandı ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1).

Dini/spiritüel başetmeye ilişkin yaklaşımlarını belirlemek için kanser hastası olan ve olmayan gruba yöneltilen “*Ben hayatımın daha büyük bir ruhsal gücün parçası olduğunu düşünürüm.*” ve “*Zor zamanları atlatmada Allah'dan yardım alırım.*” ifadelerine “hayır” şeklinde yanıt veren hastaların sayısının aynı yanıtı veren kanser hastası olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). “*Kriz durumlarında Allah'ı rehber güç ve destek olarak görürüm.*” ifadesine “hayır” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin sayısının aynı yanıtı veren hastalara oranla daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1).

Olumsuz Dini/spiritüel başa çıkmaya ilişkin bireylere yöneltilen “*Sıkıntılı zamanların Tanrı'nın beni günahlarımdan veya manevi eksikliğimden dolayı cezalandırması olarak görüyorum*” ve “*Allah'ın beni terk edip etmeyeceğini merak ediyorum*” ifadesine “evet” şeklinde yanıt veren kanser hastası olmayan bireylerin aynı yanıtı veren hastalardan fazla olduğu belirlendi ($p=0,0001$). “*Bir durumdan anlam çıkarmayı veya bir şeye karar vermeyi Allah'a güvenmeden yapmaya çalışırım*” ifadesine de “biraz” yanıtını veren kanser hastası olmayan bireylerin aynı yanıtı veren hastalardan yüksek olduğu belirtildi ($p=0,0001$) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1).

5.1.3. Kanser Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanına İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada, hastaların depresyon düzeyinin orta ($\bar{x} \pm SS = 18,53 \pm 9,15$) olduğu, kanser hastası olmayan gruptaki bireylerin depresyon düzeyinin düşük ($\bar{x} \pm SS = 9,68 \pm 9,28$) olduğu saptandı. Kanser hastası olan ve olmayan grupta yer alan bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında aradaki farkın önemli olduğu, hasta

grupta yer alan bireylerin depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan grupta yer alan bireylerden daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,0001$).

Bu araştırmada; kanser hastası olmayan kadınların depresyon düzeyinin kanser hastası olmayan erkeklerden daha yüksek olduğu ($p=0,036$), hastalarda ise cinsiyet ile depresyon düzeyi arasındaki farkın, önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Bkz. Çizelge 3.3.1).

Hastaların eğitim durumu depresyon düzeyini etkilemezken, kanser hastası olmayan bireylerde etkilediği belirlendi. Kanser hastası olmayan bireylerden yükseköğretim düzeyinde olanların depresyon düzeyinin, diğer sağlıklı bireylerden düşük olduğu saptandı ($p=0,004$) (Bkz. Çizelge 3.3.1). Kanser hastası olan ve olmayan bireylerin medeni durumunun, mesleğinin ve soy geçmişinde kanser öyküsü olmasının depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi. ($p>0.05$) (Bkz. Çizelge 3.3.1).

Kolorektal kanser tanısı olan hastaların depresyon düzeyinin diğer hastalardan düşük olduğu, hücre evresi dört olan hastaların depresyon düzeyinin, evre üç olan hastalardan yüksek olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.3.2). Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ve ilaç türünün depresyon düzeyini etkilemediği saptandı

5.1.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarına İlişkin Sonuçlar

5.1.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanına İlişkin Sonuçlar

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleği ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ancak soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların genel yaşam kalitesinin soy

geçmişinde kanser öyküsü olmayanlardan yüksek olduğu belirlendi ($t=3,290$, $p=0,001$) (Bkz. Çizelge 3.4.1.1).

Hastaların tıbbi tanıları, alınan kemoterapi kür sayıları ve ilaç türleri ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 3.4.1.2.). Hastaların hastalık evreleri ile genel yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın, önemli olduğu; hastalık evresi üç olan hastaların genel yaşam kalitesinin, dördüncü evre hastalardan daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,0001$), (Bkz. Çizelge 3.4.1.2.).

5.1.4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel İşlevler Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un fonksiyonel işlevler skalası alt boyut puanları karşılaştırdı.

Hastaların cinsiyetleriyle ölçeğin bilişsel fonksiyon alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farkın önemli olduğu, erkeklerin bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmanın kadınlardan daha kötü olduğu belirlendi. Hastaların mesleğinin fiziksel, rol, duygusal ve sosyal fonksiyon durumunu etkilemediği ($p>0,05$) buna karşın meslek ile bilişsel fonksiyon arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi. Emeklilerin bilişsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu saptandı ($p=0,0001$).

Araştırmamızda hastaların tıbbi özellikleri ile fonksiyonel işlev puanları karşılaştırıldığında; hastaların tıbbi tanılarının fiziksel fonksiyon puanlarını etkilediği belirlendi. Jinekolojik kanserli hastaların fonksiyonel işlevlerinin, meme kanserli hastalardan daha kötü olduğu saptandı ($p=0,020$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Hastaların tıbbi tanılarıyla rol ve sosyal fonksiyon durumları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Sosyal fonksiyon alt boyutunda meydana gelen bu farklılığın, baş boyun kanseri olan hastaların sosyal fonksiyonlarının daha

iyi olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,001$). Bu araştırmada; hastaların tıbbi tanıları duygusal ve bilişsel fonksiyonları arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2).

Hastaların hastalık evreleriyle, fonksiyonel işlev puanları karşılaştırıldığında, hastalık evresi ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon durumları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Hastalık evresi üç olan hastaların; fiziksel, rol, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirlendi. Ancak hastalık evresinin duygusal fonksiyon durumunu etkilemediği saptandı ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile fiziksel, rol, duygusal ve bilişsel fonksiyonları arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0,05$), ancak sosyal fonksiyon ile alınan kemoterapi kür sayısı arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. Altı kür kemoterapi alan hastaların sosyal fonksiyonlarının üç kür kemoterapi alan hastalardan daha kötü olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.2.2). Hastaların aldığı kemoterapi ilacı ile fonksiyonel işlev puanları arasındaki farkın, önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

5.1.4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Bu araştırmada, hastaların tıbbi tanılarının dispne semptomunu etkilediği akciğer kanseri olan hastalarda dispne semptomunun daha fazla görüldüğü belirlendi.

Araştırmamızda hastaların tıbbi tanılarıyla iştahsızlık semptomu yaşamaları arasındaki farkın önemli olduğu bu farkın; gastrointestinal kanser tanısı olan hastaların, jinekolojik kanser tanısı olan hastalardan daha fazla iştahsızlık semptomu yaşamalarından kaynaklandığı saptandı ($p=0,002$) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a). Bu araştırmada hastaların hastalık evreleriyle yaşadığı semptomlar karşılaştırıldığında hastalık evresiyle, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, konstipasyon iştahsızlık semptomları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi. Dördüncü evre

olan hastaların yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk ve iştahsızlık semptomlarının 3. evre olan hastaların semptomlarından daha fazla olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.a ve Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile iştahsızlık semptomu yaşama durumları arasındaki farkın, önemli olduğu belirlendi. Dört kür kemoterapi alan hastaların iştahsızlık semptomlarının altı kür kemoterapi alan hastalardan daha fazla olduğu saptandı ($p=0,033$) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b). Hastaların tıbbi tanılarıyla diyare semptomu puanları arasındaki farkın önemli olduğu, baş boyun kanseri olan hastaların daha az diyare şikayeti yaşadığı saptandı ($p=0,039$), (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b).

Hastaların hastalık evresi ve kemoterapi kür sayısı ile diyare semptom puanı arasındaki farkın önemli olmadığı, ancak alınan ilacın diyare semptomunu etkilediği, Taxane bazlı tedavi alan hastaların daha az diyare semptomu yaşadığı belirlendi (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b).

Hastaların tıbbi tanısı, aldığı ilaç ve kür sayısı ile maddi zorluk semptomu arasındaki ilişkinin önemli olmadığı ancak evre dört olan hastaların ($\bar{x} \pm SS=52,45 \pm 32,39$) daha fazla maddi zorluk yaşadığı saptandı ($t=2,411$, $p=0,016$) (Bkz. Çizelge 3.4.3.1.b).

5.2. Hastaların Ok-Dini Tutum Ölçeği Puanının EORTC QLQ-C30 Puanlarıyla İlişkisi ile İlgili Sonuçlar

Hastaların dini tutumları ile rol fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanları arasında pozitif yönde zayıf, ağrı ve iştahsızlık semptomu arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların dini tutumları ile maddi zorluk semptomu ve genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Bkz. 3.4.4.1).

5.3. Hastaların BDE Puanının EORTC QLQ-C30 Puanlarıyla İlişkisi ile İlgili Sonuçlar

Hastaların depresyon düzeyleri ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, duygusal fonksiyon, zihinsel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve yorgunluk semptomu arasında; negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (Bkz. 3.4.5.1).

Hastaların depresyon düzeyleri ile yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık ve konstipasyon semptomları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi. Depresyon düzeyi ile maddi zorluk semptomu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu, diyare semptomuyla ise ilişki olmadığı belirlendi (Bkz. 3.4.5.1).

5.4. Öneriler

Kemoterapi alan kanser hastalarının, dini inanç ve maneviyatın yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- 1) Hastaların spiritüel bakıma gereksinimi olduğu saptandığı için, hemşirenin hastanın bu gereksinimine yönelik hemşirelik yaklaşımı geliştirmesi, hastanın gereksinimi olduğu durumda gerekli spiritüel yaklaşımı kullanması,
- 2) Spiritüel yaşam hastanın yaşam kalitesini etkilediği için, gereksinim duyulan hastalara yönelik spesifik bakımın geliştirilmesi, hastalıkla başetmedeki rolünün desteklenerek güçlendirilmesi,
- 3) Hemşirenin/sağlık personelinin spiritüel bakıma gereksinimi olan hastalara uygun bakımı planlaması ve uygulaması için konunun hizmet içi eğitim programlarında ele alınması,
- 4) Kemoterapi alan hastaların yaşadığı semptomların sıklığı nedeniyle, semptom açısından takip edilmesi, yaşanan semptomların kayıt altında tutulması, değerlendirilmesi, bakım ve izlemlerinin yapılması,

- 5) Hastaların spiritüel yaşamlarını,dini tutumlarını, yaşam kalitelerini ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin farklı olması nedeniyle, kanser hastasına bakım veren hemşirelerin, bakım verirken hastaların bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurması,
- 6) Kanser hastalarının, dini inançve maneviyatlarının yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisinin belirlenmesi için daha geniş kitle ve merkezlerde çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi

Tanımlayıcı, kesitsel ve analitik nitelikte olan bu araştırma, kemoterapi alan kanser hastalarının dini/manevi inançlarının, yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Ankara'da bulunan üç üniversite hastanesi ve iki aile sağlığı merkezinde kanser hastası olan ve olmayan olmak üzere iki grupta yürütüldü. Araştırmadaki hasta grubun örneklemini; 02.04.2013-27.03.2014 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü üniversite hastanelerinin, tıbbi onkoloji gündüz tedavi birimlerine kemoterapi almak için gelen, Karnofsky Performans puanı ≥ 50 olan, üç ve dördüncü evre kanser tanısı olan, 18 yaş ve üstü okuma yazma bilen, dini inancı olan, anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, 400 hasta oluşturdu. Araştırmadaki sağlıklı grubun örneklemini de, 16.09.2013-28.02.2014 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerine giden kanser tanısı olmayan, 18 yaş ve üstü, okuma yazma bilen dini inancı olan, anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 400 birey oluşturdu.

Çalışmada veriler araştırmacı tarafından kanser hastası olan ve olmayan bireyler için hazırlanan yarı yapılandırılmış bir anket formu, spiritüel yaşama ilişkin sorular, Ok-Dini Tutum Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Hasta grubta bu sorulara ek olarak, Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-C30 (VERSION 3.0) de uygulandı. İstatistiksel analizlerde parametrik testlerden, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test), tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA), Tukey testi; non parametrik testlerden, Mann Whithney U testi, Kruskall Wallis varyans analizi, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulandı. Kanser hastası olan ve olmayan gruba ilişkin sayı ve yüzde dağılımlı verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Çeşitli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini saptamak için korelasyon analizi yapıldı.

Araştırmadaki sağlıklı bireylerin %74,5'inin kadın, %50,5'inin evli olduğu, %23,8'inin ilköğretim, %39,8'inin ortaöğretim ve %36,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %61,2'sinin kadın, %92,2'sinin evli olduğu, %57,2'sinin ilköğretim, %14,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptandı. Bu hastaların %23,4'ünün jinekolojik kanser, %17,5'inin meme kanseri, %15,5'inin akciğer kanseri, %14,8'inin kolorektal kanser, %14,5'inin gastrointestinal sistem kanseri, tanısıyla izlendiği belirlendi. Hücre sınıflaması açısından; hastalıkların %52,5'inin üçüncü evre, %47,5'inin dördüncü evre olarak sınıflandırıldığı, hastaların %23,5'inin iki kür, %10,5'inin ise yedi kür ve daha fazla sayıda kemoterapi aldığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların şifa aramak için %82,8'inin dua edip namaz kıldığı, %5,5'inin türbe ziyareti yaptığı, %9,8'inin adak ve kurban adadığı, %0,8'inin hocaya gittiği, %0,5'inin muska kullandığı, %2,2'sinin nazarlık kullandığı, %14,5'inin aktara gittiği, %0,8'inin ocağa gittiği ve %12,8'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği, sağlıklı bireylerin ise şifa aramak için %72,5'inin dua edip namaz kıldığı, %13,8'inin türbe ziyareti yaptığı, %22,2'sinin adak ve kurban adadığı, %9,2'sinin hocaya gittiği, %4'ünün muska kullandığı,

%13,5'inin nazarlık kullandığı, %23,5'inin aktara danıştığı, %3,5'inin ocağa gittiği ve %11,5'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği saptandı.

Kadın hastaların dini tutumlarının erkek hastalardan daha olumlu olduğu ($p=0,0001$), sağlıklı bireylerde ise cinsiyetin dini tutumu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Bu araştırmada hasta bireylerin medeni durumunun dini tutumunu etkilemediği ($p>0,05$) ancak sağlıklı bireylerden evli olanların dini tutumlarının bekarlardan daha olumlu olduğu saptandı ($p=0,008$). İlköğretim mezunu kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini tutumlarının diğer eğitim düzeyindeki bireylerden daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Bu araştırmada kanser hastası olan ve olmayan bireylerin mesleğinin dini tutumunu etkilediği, çalışmayan kanser hastası olan ve olmayan bireylerin dini tutumunun daha olumlu olduğu belirlendi ($p=0,0001$). Hasta bireylerin dini tutumunun sağlıklı bireylerden daha olumlu olduğu ($p=0,0001$), hasta olma durumunun bireylerin siritüel değerlerini etkilediği ve hastaların siritüel değerlerinde inancın etkin olduğu belirlendi.

Bu çalışmadaki hastaların depresyon düzeyinin orta, sağlıklı bireylerin depresyon düzeyinin düşük olduğu ve hastalığın depresyon düzeyini etkilediği belirlendi ($p=0,0001$). Kanser hastası olan ve olmayan bireylerde medeni durumun, mesleğin ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumunun depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Ayrıca kolorektal kanser tanısı olan hastaların depresyon düzeyinin diğer hastalardan düşük, hücre evresi dört olan hastaların depresyon düzeyini evre üç olan hastalardan yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmamızda hastaların daha çok zihinsel, duygusal ve fiziksel fonksiyonlarının kötü olduğu, yorgunluk, maddi zorluk, ağrı, uykusuzluk, gibi sorunlar yaşadığı ancak cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve mesleğin genel yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Bu araştırmada olumlu dini tutuma sahip olan hastaların yaşam kalitesinde duygusal ve rol fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirlendi. Dini tutumu olumlu olan hastaların daha az ağrı ve iştahsızlık semptomu yaşadığı saptandı. Ancak dini tutumun olumlu olmasının depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, dini inanç, kanser, maneviyat, yaşam kalitesi

SUMMARY

Determining the Role of Religious Belief/Spirituality on Coping with the Disease in Cancer Patients on Chemotherapy

This, descriptive, cross-sectional and analytical study was made to determine the effects of religious belief / spirituality on life quality and depression levels in cancer patients on chemotherapy.

Research was conducted in three university hospitals and two family health centers in Ankara with two groups: cancer patients and non-cancer individuals. The sample of patient group in the study consisted of 400 patients who came to medical oncology day treatment units of university hospitals in where the research was conducted, to receive chemotherapy between April 2nd, 2013- March 27th, 2014 with Karnofsky performance score ≥ 50 , with third and fourth stage cancer diagnosis, 18 year old or above, literate, religious, without neurological and psychiatric disorders preventing to fill the survey, volunteered for the study. The sample of non-cancer group in the study also consisted of 400 people in family health centers, in where the research was conducted between September 16th, 2013-February 28th, 2014, without cancer diagnosis, 18 year old or above, literate, , literate, religious, without neurological and psychiatric disorders preventing to fill the survey, volunteered for the study.

In this study semi-structured questionnaire prepared by researchers for patients and non-cancer subjects, questions about spiritual life, Ok-Religious Attitude Scale and Beck Depression Inventory were applied to collect data. In addition to these questions in the patient group, the EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale (version 3.0) was also used. For statistical analysis parametric tests, the significance of the difference between two average test (t-test), one-way analysis of variance (one way ANOVA), Tukey test and non-parametric tests, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis analysis of variance, Mann-Whitney U test with a Bonferroni correction was applied. Chi-square test was used for comparing of number and percentage distribution data relating to Patients and non-cancer subject. Correlation analysis was performed to determine the relation between various parameters.

It is determined that 74.5% of the non-cancer subjects in the study were women, 50.5% were married, 23.8% were primary school, 39.8% were secondary school and 36.5% were college graduates. 61.2% of patients participated in the study were women, 92.2% were married, 57.2% primary school, while 14.5% were found to be college graduates. It is found that of these patients, 23.4% were followed-up for gynecologic cancer diagnosis, 17.5% breast cancer, 15.5% lung cancer, 14.8% colorectal cancer of, 14.5% gastrointestinal tract cancer. For cell classification; diseases classified as 52.5% third stage, 47.5% fourth stage, it is found that 23.5% of patients received two cures of chemotherapy, whereas 10.5% received seven cures of chemotherapy.

It is determined that for healing 82.8% of the patients prayed and performed their prayers, 5.5% visited shrines, 9.8% given offerings and sacrifices, 0.8% went to preachers, 0.5 % wore amulets, 2.2 % used talismans, %14.5 consulted herbalists, %0.8 visited healers and %12.8 drank holy water. 72.5 % of the non-cancer subjects prayed and performed their prayers, 13.8% visited shrines, 22.2% given offerings and sacrifices, 9.2% went to preachers, 4% wore amulets, 13.5% used talismans, 23.5% consulted herbalists, 3.5% visited healers, 11.5% drank holy water.

It is found that female patients' religious attitudes was more positive than of male patients was ($p = 0.0001$), in non-cancer subjects gender did not influence the religious attitude ($p > 0.05$). In this study, patients' marital status did not affect religious attitudes ($p > 0.05$), but for non-cancer subjects married individuals' religious attitudes were found to be more positive than unmarried individuals ($p = 0.008$). For both patients and non-cancer individuals primary school graduates' religious attitudes were found to be more positive than other levels of education ($p = 0.0001$). In this study, It is found that profession of the patients and non-cancer individuals influence the religious attitude unemployed patients and non-cancer individuals' religious attitude were more positive ($p = 0.0001$). It is found that patients' religious attitudes were more positive from non-cancer individuals ($p = 0.0001$), being sick effects individual's spiritual values and beliefs of the patients were determined to be effective in spiritual values.

It is determined that depression level of patients in this study was medium, non-cancer individuals' depression level was low and that sickness effects depression level. ($p = 0.0001$). It is determined that Patients' and non-cancer individuals' marital status, occupational status, and family history of cancer do not effect depression level ($p > 0.05$). In addition, depression levels of the patients with colorectal cancer diagnosis was lower than other patients, and the depression level of patients with cell stage four were higher than of the patients with cell stage three.

In our study, it was determined that, patients' mental, emotional and physical functions were mostly bad, they had problems such as fatigue, financial difficulties, pain, insomnia however, gender, marital status, educational level and occupation was determined not to have influence on the overall quality of life ($p > 0.05$).

In this study, it was determined that in the life quality, emotional and role functions were worse in patients with positive religious attitude. It was determined that patients with positive religious attitudes feel less pain and distaste. However it was revealed that positive religious attitude has no effect on depression level.

Key words: Cancer, depression, life quality, religious belief, spirituality

KAYNAKLAR

- AARONSON, N. K., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M., CULL, A., DUEZ, N.J., FILIBERTI, A., FLECHTNER, H., FLEISHMAN, S. B., DE HAES, J.C.J.M., KAASA, S., KLEE, M., OSOBA, D., RAZAVI, D., ROFE, P. B., SCHRAUB, S., SNEEUW, K., SULLIVAN, M. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, **85**: 366-376
- ACAR, N. V., YILDIRIM, İ., ERGENE, T. (1996). Bireylerin dindarlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, **12**:45-46.
- AKYOLCU, N. (2002). Kanserli Hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **6(1)**:1-8
- AKYÜZ, A., DEDE, M., ÇETİNTÜRK, A., YAVAN, T., YENEN, M.C., SARICI, S.U., DİLEK, S. (2007). Self application of complementary and alternative medicine by patients with gynecologic cancer. *Gynecol Obstet Invest.*, **64(2)**: 75-81.
- ALİUSTAOĞLU, M. (2009). Temel kanser fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, **22(3)**: 46-49.
- ALTIPARMAK, S., FADİLOĞLU, Ç., GÜRSOY, Ş.T., ALTIPARMAK, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, **50(2)**: 95-102.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. (2009). History of cancer. Update: 6.08.2012 Erişim: [<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>] , Erişim Tarihi: 15.07.2013.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2012a). Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta: ACS. ErişimTarihi:[<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>]. Erişim Tarihi: 19.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY. (2012b). History of cancer. Update: 6.08.2012 Erişim: [<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>].Erişim Tarihi: 29.09.2013.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2013). Anxiety, fear and depression. Erişim: [<http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/emotionalsideeffects/anxietyfearanddepression/index>]. Erişim Tarihi: 11.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2014). Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta: ACS. Erişim:[<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>]. Erişim Tarihi: 20.04.2014

- ARMSTRONG, T., COHEN, M.Z., HESS, K.R., MANNING, R., LEE, E.L.T., MIN, J., TAMAYO, G., BAUMGARTNER, K., YUNG, A., GILBERT, M. (2006). Complementary and alternative medicine use and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal of Pain And Symptom Management*, **32**:148-154
- ARSLAN, S., BÖLÜKBAŞI, N. (2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6**:38-47
- ATEŞÇİ, F.Ç., OĞUZHANOĞLU, N.K., BALTALARLI, B., KARADAĞ, F., ÖZDEL, O., KARAGÖZ, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **14**: 145-152.
- ARIKAN, K. (2004). Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim*, **17**: 77-86
- ATICI, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **22(4)**: 197-204.
- AYDEMİR, E. H. (2012). Kanser Hastasında Dermatolojik Sorunlar. *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: N. M. Mandel, H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- AYDOĞAN, Ü., DOĞANER, Y.Ç., BORAZAN E., KÖMÜRCÜ, Ş., KOÇAK, N., ÖZTÜRK, B., ÖZET, A., SAĞLAM K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, **16(2)**: 55-60.
- BAGLEY, C. (1973). Occupational class and symptoms of depression. *Social Science & Medicine*, **7(3)**: 327-340
- BATMAN E. (2008). Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkmada Kader İnancının Rolü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana
- BERK, P.M (2010). Letting the light in: Transforming your pain into power. Erişim: [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=R5FU9WnwdpwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Berk+2010+spirituality&ots=OFDKse6Vl1&sig=tJFbig_kBV7QlMqv2r3LG0rw#v=onepage&q&f=false]. Erişim Tarihi:08.08.2014
- BESER, N. G., ÖZ, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **7(1)**: 47-58
- BIFULCO, G., DE ROSA, N., TORNESELLO, M.L., PICCOLI, R., BERTRANDO, A., LAVITOLA, G., MORRA, I., DI SPIEZIO SARDO, A., BUONAGURA, F.M., NAPPI, C. (2011). Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors og gynecology early stage cancers. *Gynecologic Oncology*, **124**: 444-451
- BODURKA-BEVERS, D., BASEN-ENGQUIST, K., CARMACK, C.L., FITZGERALD, M.A., WOLF, J.K., DE MOOR, C., GERSHENSON, D.M. (2000). Depression,

anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, **78**: 302-308

BOYLE, P., LEVIN, B. (2008). World Cancer Report, IARC. Erişim: [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wcr/2008/wcr_2008.pdf], Erişim:13.08.2013

CAN, G., EROL, O., AYDINER, A., TOPUZ, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, **13**:287-294

CANKURTARAN, E.S., ÖZALP, E., ÖZER, S., AKBIYIK, D.I., BOTTOMLEY, A (2007). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer Patients. *European Journal of Cancer Care*, **17(1)**: 98-104.

CARTER, J.R., CHEN, M.D., FOWLER, J.M., CARSON, L.F., TWİGGS, L.B. (1997). The effect of prolonged cycles of chemotherapy on quality of life in gynaecologic cancer patients. *J Obstet Gynaecol Res*, **23**: 197-203

CHOCHINOW, H.M.,TATARYN, D.J.,WILSON, K.G.,ENNS, M.,LANDER, S. (2000). Prognostic awerness and terminally ill. *Phychosomatics*, **41**:500-504

CİMİLLİ, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler, *Duygudurum Dizisi*, **4**:157-168

CİRİNİLİOĞLU, F. G. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Utanç Eğilimi, Dini Yönelimler, Benlik Kurguları ve Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkiler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

CİRİNİLİOĞLU, F. G. (2010). Dini yönelimler ve önyargı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **7 (1)**:1366-1384.

CONNOLLY, M., O'NEİLL, J. (1999). Teaching a research-based approach to the management of breathlessness in patients with lung cancer. *Eur J Cancer Care*, **8(1)**: 30-36.

COTTON, S. P., LEVINE, E. G., FITZPATRICK, C. M., DOLD, K. H., TARG, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, **8(5)**: 429-438.

COYLE, N., ADELHARDT, J., FOLRY, K. M., PORTENOY, R. K. (1990). Character of terminal illness in the advanced cancer patient: Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, **5(2)**:83-93

CULLIFORD, L . (2002). Spirituality and clinical care. *BMJ*, **325(7378)**: 1434-1435.

- ÇAVDAR, İ. (2011). Kanserli hastaların terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, **26(3)**:142-147
- ÇAVUŞOĞLU, H. (2007). Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri*, **27(3)**: 398-406.
- ÇETİNKAYA, B., ALTUNDAĞ, S., AZAK, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **8(1)**: 47-50.
- ÇINAR, R. (2013). Turizm Bölgesinde Yaşayan 18-25 Yaş Arası Gençlerin Dinî Tutum Ve Davranışları: Kuşadası Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Sosyolojisi Bilim Dalı
- ÇİFÇİ, A. (2007). Hastalıklarla başa çıkmada dinin rolü: kanser örneği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- DASTAN, N. B., BUZLU, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri vemanevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3(1)**: 73-78
- DEDELİ, Ö., KARADENİZ, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, **21(2)**:45-53
- DEROGATIS, L.R., MORROW, G.R., FETTING, J., PENMAN, D., PIASETSKY, S., SCHMALE, A. M., HENRICH, M., CARNICKE, C.L.M. (1988). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, **249(6)**:751-7
- DOUGHERTY, L., BAILY, C. (2001). Chemoteraphy. In:*Cancer Nursing Care and Context*, Ed.:J. Corner, C. Bailey, London:Bleckwell science ltd. p.: 179-222
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ. (2008). Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu 2008. Ed.: Boyle P, Levin B, Fransa: Naturoprint,p.:27 Erişim: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97892832004237-tur-p1-104.pdf.] Erişim Tarihi:30.07.2013
- DURAK, H. (2012). Kanserde patoloji. İçinde: *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: N. M. Mandel, H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 91-99.
- EDİRNE, S. (2012). Kanser Ağrıları ve Tedavisi. İçinde: *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: N. M. Mandel, H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s.: 519-532.
- ELÇİGİL, A. (2010). Akciğer kanserinde Terminal Dönem Sorunları in:*Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım*, Editör:Adnan Aydın, Gülbeyaz Can, ÇATI GRAFİL LTD.ŞTİ. s.:149-163

- ELL, K., SANCHEZ, K., VOURLEKIS, B., LEE, P.J., JOHNSON, M.D., LAGOMASINO, I., MUDERSPACH, L., RUSSELL, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **23**: 3052-3060
- ERKURT, M., KUKU, İ., KAYA, E., AYDOĞDU, İ. (2009) Kanser kemoterapisi ve böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **16**:63-68
- EVCİLİ, F., BEKAR, M. (2013). Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **1**: 21-28
- FEHER, S., MALY, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*, **8**(5):408-416
- FERLAY, P., AUTIER, M., BONIOL, M., HEANUE, M., COLOMBET, P.B. (2007). Estimates of cancer incidence and mortality in euope in 2006. *Annals of Oncology*,**18**:581-592
- FOULADBAKSH, J.M., STOMMEL, M. (2010). Gender, symptom experience and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population. *Oncol Nurs Forum*, **37**(1): 7-15.
- FRETER, C.E.,PERRY, M.C. (2008). Princibles of chemotherapy. In: *The Chemotherapy Source Book*. 4nded. Ed.:M.C. Perry, Philedelpia; Lipincot Wiliams& Wilkings p.:30-37
- FRUMOVITZ, M., SUN, C.C., SCHOVER, L.R., MUNSELL, M.F., JHINGRAN, A., WHARTON, J.T., EIFEL, P., BEVERS, T.B., LEVENBACK, C.F., GERSHENSON, D.M. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, **23**: 7428-7436
- GANSLER, T., KAW, C., CRAMMER, C., SMITH, T. (2008). A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors. *Cancer*, **113**:1048-1057
- GÖNDEREN, H.S., KAPUCU, S. (2009). Nötropenik hastada nötropeni değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **16**(1): 69-75.
- GRANT, M.M., DEAN, G.E. (2012). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives*. 3rd Ed. Ed.: C. R. King, P. S. Hinds. USA: Jones and Bartlett. Chapter 1
- GRANZ, P. A. (1994). Quality of life and patient with cancer individual and policy implicatons. *Cancer Supplement*, **74**(4):1445-1451.

- GREIMEL, E., THIEL, I., PEINTINGER, F., CEGNAR, I., PONGRATZ, E. (2002). Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecologic Oncology*, **85**: 140-147
- GREIMEL, E.R., WINTER, R., KAPP, K.S., HAAS, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, **18**: 476-482
- GROOT, J.M., MAH, K., FYLES, A., WINTON, S., GREENWOOD, S., DEPETRILLO, A.D., DEVINS, A.D. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer*, **15**: 918-925
- GROW, E. K., DAHL, A. A., MOUM, T., FOSSA, S. D. (2005). Anxiety, Depression and Quality of Life in Caregivers of Patients with Cancer in Late Palliative Phase, *Annals of Oncology* 16: 1185-1191
- GUYTON, A.C., HALL, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. 11. Baskı. Çev. Ed.: H. Çavuşoğlu, B. Ç. Yeğen. İstanbul: Nobel. s.: 1023-1024
- GÜLEÇ, G., BÜYÜKKINACI, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3(2)**: 343-367.
- GÜLTEKİN, M., ÖZGÜL, N., OLCAYTO, E., TUNCER, M., (2011). Kanser ve Kanser risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **8(1)**: 57-61
- GÜNDOĞAN N. Ü. (2006). Tıbbi Fizyoloji. Ed.:C. A. Guyton, J. E. Hall, Çev. Ed.: Çavuşoğlu H., Yeğen Ç.B., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, Bölüm 3.
- GÜNER, P., IŞIKHAN, V., KÖMÜRCÜ, S., SUNAY, I., ÖZTÜRK, P., ARPACI, F., ÖZET, A. (2006). Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. *Oncology Nursing Forum*, **33**:1171-1176
- GÜZELANT, A., GÖKSEL, T., ÖZKÖK, S., TASBAKAN, S., AYSAN, T., BOTTOMLEY, A., (2004). The European for Research And Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and Reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*, **13(2)**: 135-144.
- HADAWAY, C. K., ROOF, W.C. (1978). Religious commitment and the quality of life in American society. *Review of Religious Research*, **19(3)**:295-307.
- HADJU, L.S. (2011a). A note from history: landmark in history of cancer, Part 1. *Cancer*, **117(5)**: 1097-1102.
- HADJU, L.S. (2011b). A note from history: landmark in history of cancer, Part 2. *Cancer*, **117(5)**: 2811-20.

- HADJU, L.S. (2011c). A note from history: landmark in history of cancer, Part 3. *Cancer*, **117(5)**: 1155-68.
- HADJU, L.S. (2012a). A note from history: landmark in history of cancer, Part 4. *Cancer*, **118(20)**: 4914-28.
- HADJU, L.S. (2012b). A note from history: landmark in history of cancer, Part 5. *Cancer*, **119(8)**:1450-66.
- HSIAO, Y-H., CHOU, M-C., FOWLER, C., MASON, J. T., MAN, Y-G. (2010). Breast cancer heterogeneity: mechanisms, proofs, and implications. *Journal of Cancer*, **1**: 6-13
- HATCH, ROBERT, L.; BURG, MARY ANN; NABERHAUS, DEBRA S.; HELLMICH, LINDA, K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: Development and testing of a new instrument. *The Journal of Family Practice*, Vol 46(6): 476-486.
- HILL, T. D., BURDETTE, A.M., ELLISON, C. G., MUSICK, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, **42(4)**: 309-312.
- HİSLİ, N. (1989). Beck Depression Inventory for university students validity and reliability. *Psikoloji Dergisi*, **7**: 3-13
- INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. (2009). TNM classification of malignant tumors. Ed:L.H. Sobin, M. Gospodarowicz, C.Wittekind. Germany: A John Wiley Sons, Ltd. Publication.
- İÇLİ, F. (1997). Tıbbi Onkoloji. Ankara: Anıtip A. Ş.Tıp kitapları.
- JARVIS, G. K. & NORTHCOTT, H. C. (1987). Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc. Sci. Med.*, **25(7)**: 813-824.
- JONES, G.L., LEDGER, W., BONNETT, T.J., RADLEY, S., PARKINSON, N., KENNEDY, S.H. (2006). The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of life: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **194**: 26-42
- JORUM, E. A. (1996). Quality of life in survivors of hogkins' disease. *Quality of Life Research*, **5(5)**: 257-267
- KANG, E., YANG, E.J., KIM, S.M., CHUNG, Y., HAN, S.A., KU, D.H., NOM, A.J., YANG, J.H., KIM, S.W. (2012). Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in korean breast cancer patients: a descriptive study. *Support Care Cancer*, **20**:461-473

- KAPLAN, C. P., MİNER, M. E. (2000). Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Inj*, **14(3)**: 251-259.
- KARA, E. (2009). Dini ve Psikolojik Açıdan Bağışlayıcılığın Terapötik Değeri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **2(8)**:221-229
- KARAÇETİN, G., DOĞANGÜN, B., KOCABAŞOĞLU, N. (2010). Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ile ilgili bir gözden geçirme. *New Symposium Journal*, **48(4)**:292-298
- KARAKOÇ, T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(8)**: 99-118.
- KATHRYN, A. & SKEVINGTON, M. (2010). Spiritual, religious and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of Theoretical Models. *British Journal of Health Psycholog*, **15(4)**: 729-748.
- KAYA, E. (2006). Larenks kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KELLEÇİ, M., AYDIN, D., SABANCIOĞULLARI, S., DOĞAN, S.(2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri, *Klinik Psikiyatri*, **12**:90-98
- KIZILCI, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3(2)**:18-26
- KOCAMAN, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11(1)**: 101-112
- KOENIG, G. K. (2004). Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, **97(12)**: 1194-1200.
- KORKUT- OWEN, F., OWEN, D. W. (2012). İyi hali yıldız modeli, uygulaması ve değerlendirilmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, **9**: 24-33
- KOSTAK, M. A. (2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6)**: 105-115.
- KRISHNASAMY, M., CORNE, J., BREDİN, M., PLANT, M., BAILEY, C. (2001). Cancer nursing practice development: understanding breathlessness. *J Clin Nursing*, **10(1)**:103-108.
- KURT, A.(2009). Dindarlığı etkileyen faktörler.*Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. **18(2)**:1-26

- KUTLU, R., ÇİVİ, S., BÖRÜBAN, M.C., DEMİR, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniv. Tıp Derg.*, **27**: 149-153
- KUZGUN,Y., SEVİM S.A. (2004). Kadınların çalışmasına karşı tutum ve dini yönelim arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **37(1)**: 14-27
- KÜÇÜK, L. (2012). Bakımda spiritual yaklaşım. İçinde: *Hemşirelik Esasları*, Ed:T. Atabek Astı, A. Karadağ Akademi Yayıncılık, p.:1136-1145
- LAKUSTA, C.M., ATKINSON, M.J., ROBINSON, J.W., NATION, J., TAENZER, P.A., CAMPO, M.G. (2001). Quality of life in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, **81**: 490-495
- LAVIANO, A., MEGUID, M.N.(1996). Nutritional issues in cancer management. *Nutrition*, **12**:358-371
- LAVOİE, S.E.M., COHEN, J.A., PETT, M.A., BECK, S.L. (2011). The validity of neuropathy and neuropathic pain measures in patients with cancer receiving taxanes and platinums. *Oncol Nurs Forum* **38**: 2
- LEE, J. I., KIM, S. H., TAN, A. H., KIM, H. K., JANG, H. W., HUR, K. Y., KIM, J. H., KIM, K. W., CHUNG, J. H., KIM, S. W. (2010). Decreased health related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health Qual Life Outcomes*, **15(8)**:101
- LEVINE, E. G., TARG, E. (2002). Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther*, **1**: 166-174.
- LIS, C.G., CAMBRON, J.A., GRUTSCH, J.F., GRANICK, J., GRUPDA, D. (2006). Self reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. *Supportive Care in Cancer*, **14**:193-199
- LIN, H. R., BAUER-WU, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, **44(1)**: 69-80.
- LIU, Y., CAO, C. (2014). The relationship between family history of cancer coping style psychological distress. *Pak J Med Sci*, **30(3)**: 507-510
- MANDEL, N. M. (2012a). Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sorunlar. İçinde: *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: , N. M. Mandel, H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 183-198.
- MANDEL, N. M. (2012b). Kemoterapiye Bağlı Geç Yanetkiler. İçinde: *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: , N. M. Mandel, H. Onat. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 441-446.

- MARANGOZ, Ç. (2014). Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- MASSIE, M.J. (2004). Prevalence of depression in patient with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, **32**: 57-71
- MATULONIS, U.A., KORNBLITH A., LEE, H., BRAYN, J., GIBSON, C., WELLS, C., LEE, J., SULLIVAN, L., PENSON, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*, **18**: 1183-1193
- MERCADANTE S, VITRANO V. (2010). Pain in patients with lung cancer: Pathophysiology and treatment. *Lung Cancer*, **68(1)**:10-15
- MERKLE, C. J., LOESCHER L.J. (2005). Biology of cancer. *In: Cancer Nursing Principles and Practice*. Ed.: S. L. Groenwald, United State of America: Jones and Bartlett Publishers, p.: 3-25.
- METE, H.E., ÖNEN, Ö. (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*, **4**: 184-191
- MEYEROWITZ, B. E., FORMENTI, S. C., ELL, K. O., LEEDHAM, B. (2000). Depression Among Latina Cervical Cancer Patients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **19(3)**: 352-371.
- MINAGAWA H, UCHITOMI Y, YAMAWAKI S, ISHITANI, K. (1996). Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer*, **78**: 1131-1137
- MOADEL, A., MORGAN, C., FATONE, A., GRENNAN, J., CARTER, J., LARUFFA, G., SKUMMY, A., DUTCHER, J. (2000). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, **8(5)**: 378-385
- MOLASSIOTIS, A., CHAN, C.W.H., YAM, B.M.C., CHAN, S.J. (2000). Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers. *Support Care Cancer*, **8**: 414-422
- MOLASSIOTIS, A., ORTEGA, P., PUT, D., HUMMERSTON, S., SCOTT, J.A., PANTELL, V., GUDMUNSDATTIR, G., SELWEKEROWA, S., PATIRAKI, E., KEARNEY, N. (2005). Use of CAM cancer patients; European survey. *Ann Oncol.*, **16(4)**: 655-63.
- MULTIDIMENSIONAL MEASUREMENT OF RELIGIOUSNESS/SPIRITUALITY FOR USE IN HEALTH RESEARCH. (2003). A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Erişim:[http://www.seminare-ps.net/RelPsy/Fetzer_Multidimens_Measurement_Religiousness.pdf] Erişim Tarihi: 8.8.2012.

- MUSICK, M. A., HOUSE, J. S., WILLIAMS D. R. (2004). Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **45(2)**: 198-213
- MYERS, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, **5(1)**: 56-67.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. (2012). Spirituality in cancer care. National Institute of Health. Erişim Tarihi: 18.07. 2014.
- NAZİK, E., NAZİK, H., APİ, E. (2012). Complementary and alternative medicine use by gynecologic oncology patients in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **13**:21-25
- OK Ü. (2011). Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlilik Çalışması, *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, **8(2)**: 528-549.
- OMEROD, K., F. (2005). Diagnostic Evaluation, Classification, and Stagging. In: *Cancer Nursing Principles and Practice*, Ed.: S. L. Groenwald, United State of America: Jones and Bartlett Publishers, p.: 153-180.
- ONAT, H. (2008). Kanser hastalarına yaklaşım. İçinde: *İç Hastalıkları Onkoloji*, Ed.: H. Onat. Nobel Tıp Kitabevleri, p.: 1-6
- OSTERFELD, E. (1994). Aristotle on the good life and quality of life. In: *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Ed.: L. Nordenfelt. Amsterdam: KluwerAcademic Publishers. p.:19-34
- ÖKSÜZ E., MALHAN, S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: BaşkentÜniversitesi.Erişim:[http://www.ergunoksuz.com/pubs/sbyk_kalitemetri.pdf]. Erişim Tarihi:08.08.2014
- PAPAC, J.R. (2001). Origins of cancer therapy. *Yale Journal of Biology and Medicine*, **74(6)**: 391-398.
- PARGAMENT, K. I. (2005), Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme. (Çev. A. U. Mehmedoğlu), *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi* **5(1)**: 279-313.
- PASQUINI, M., BIONDI, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, **3**: 1-9
- PENSON, R.T., WENZEL, L.B., VERGOTE, I., CELLA, D. (2006). Quality of life considerations in gynecologic cancer. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, **95**: 247-257

- PERRY, M.C. (2008). Sciencefic basis of cancer chemotherapy. In: *The Chemotherapy Source Book*. 4nded. Ed.:M.C. Perry. Philedelpia; Lipincot Wiliams& Wilkings, p: 1-7
- PETERSEN, R.W., GRAHAM, G., QUINLIVAN, J.A. (2005). Psychologic changes after gynecologic cancer. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, **31**: 152-157
- PETTI, H. G. (1998). Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*, **108**:147-52.
- PHELPS, A. C., MACIEJEXSKI, P., NILSSON, M., BALBONI, T. A., WRIGHT, A. A., PAULK, A. E., TRICE, E., SCHRAG, D., PETEET, J. R., BLOCK, S. D., PRIGERSON, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life prololing care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, **301**(11)
- PINAR, G., ALGIER, L., ÇOLAK, M., AYHAN, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *UHOD*, **3**: 141-149
- POTTER, J., HIGGINSON, I. (2004). Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. *Lung Cancer*, **43**(3): 247-257
- PUCHALSKI, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *BUMC (Baylor University Medical Center) Proceedings*, **14**(4): 352-357
- PUCHALSKI, C. M. (2012) Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology* ;**23**(3): 49-55.
- REIS, N., COSKUN, A., BEJI, N.K. (2006). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2**: 25-35
- REUBEN, D.B., MOR, V. (1986). Dyspnea in Terminally III Cancer Patients. *Chest*, **89**(2): 234-236
- ROMERO, C., KALIDAS, M., ELLEDGE, R., CHANG, J., LISCUM, K. R., FRIEDMAN, L. C. (2006). Self- forgiveness,spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, **29** (1): 29-36.
- RUBENSTEIN, E. B., PETERSON, D. E., SCHUBERT, M., KEEFE, D., MCGUIRE, D., EPSTEIN, J. (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer* 2004;**100**(9): 2026-2046.
- SADIRLI, S. K., ÜNSAR, S.(2009). Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ): türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**(11):79-95

- SAKLI, K., DEMİR-ZENCİRCİ, A. (2013). Taksan ve platin alan hastalarda periferik nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: Sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **1**: 61-73
- SAVRUN, M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 11-17
- SCHAG, C. C., HEINRICH, R. L. , GANZ, P. A. (1987). Karnofsky performance status revised: reliability, validity and guidelines. *J. Clin. Oncol.*, **2(3)**: 187-193.
- SCHWARZ, R. & HINZ, A. (2001). Reference data for quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *European Journal Of Cancer*, **37(11)**: 1345-1351.
- SHELDON, L.K., SWANSON, S., DOLCE, A., MARSH, K., SUMMERS, J. (2006). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Oncology Nursing Forum*, **12(5)**: 798-792.
- SOMALI, I., ÖZTOP, İ., FÜZÜN, M., KÜPELİOĞLU, A., OBUZ, F., SOYTÜRK, M., YILMAZ, U. (2005). 1993-2002 Yılları arasında kolorektal kanserli hastalara uygulanan 5-fluorourasil temelli adjuvan tedavi sonuçları. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **15(1)**: 29-36
- SORRELL, D.C. (2005). Chemotherapy toxicities and management. In: *Cancer Nursing Principles and Practice*, Ed.: S. L. Groenwald United State of America: Jones and Bartlett Publishers, p. : 413-457.
- STARK, D.P., HOUSE A.(2000). Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*, **83(10)**: 1261-1267.
- SUZUKI, N., NINOMIYA, M., MARUTA, S., HOSONUMA, S., NISHIGAYA, Y., KOBAYASHI, Y., KIGUCHI, K., ISHIZUKA, B. (2011). Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. *J Obstet Gynaecol Res.*, **37**: 800-808.
- ŞENDİR, M. (2006). Mide Kanseriinde Beslenme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(2)**: 76-84
- TAVOLI, A., MOHAGHEGHI, M.A., MOZTAZERI, A., ROSHAN, R., TAVOLI, Z., OMİDVARİ, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter?. *BMC Gastroenterology*, **7**:28.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2009). Morbidite. İçinde: *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Ed.: S. Mollahaliloğlu, B. Başaran, Z. Eryılmaz, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

- TESTA, M. A., SIMONSON, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *N Eng J Med*, **334**(13): 835-840.
- THORESEN , C. (1999). Spirituality and health: Is there a relationship? *J Health Psychol*, **4**: 291-300.
- TOKGÖZ, G., YALUĞ, İ., ÖZDEMİR, S., YAZICI, A., UYGUN, K., AKER, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium*, **46**:51-61
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2012). Türkiye istatistik yılı 2012. Ankara: Türkiye istatistik kurumu matbaası
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2013). İstatistiklerle Kadın 2013. Erişim; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> Erişim Tarihi:10.08.2014
- TÜZÜNER, N. (2002). Patoloji. İçinde: *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*, Ed.: H. Onat, N. M. Mandel. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s.: 61-64.
- UÇAN, Ö., PEHLİVAN, S., OVAYOLU, N. (2008). The use of complementary and alternative therapies in cancer patients. *American Journal of Clinical Oncology*, **31**:589–594
- UYSAI, V. (1995). İslami dindarlık üzerine bir pilot çalışma İslami Araştırmalar, **8**(3-4): 262-271
- ÜSTÜNDAĞ, S. (2013). Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- ÜSTÜNER, Z., TAŞ, F.(2011). Kanser Tedavi Prensipleriİçinde: *İç Hastalıkları Onkoloji*, Ed.: H. Onat. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, p.: 43-67
- VALENTE, S. M., SAUNDERS, J. M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nurs* **20**(3):168-77
- WHO(2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim:[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx]. Erişim Tarihi: 11.08.2014
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Ed.: A. Alwan. Italy: WHO
- WILLIAMS, D. R. & STERNTHAL, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Siprituality and Health*,**186**(10): 47-50

- YAPICI, A. VE ZENGİN, S. (2003). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin dinin etkisini hissetme düzeyleriyle psiko-sosyal uyumları arasındaki ilişki. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (3): 65-127
- YEŞİLBALKAN, Ö.U., AKYOL, A.D., ÇETİNKAYA, Y., ALTIN, T., ÜNLÜ, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **21**: 13-31
- YILDIZ, İ. (2006). Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tıp kullanımı. Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı.
- YILMAZ, B., ERDEM, D., KEMAL, Y. (2011). Kanser hastalarında beslenme. *İç Hastalıkları Dergisi*, **18**:133-143
- YILMAZ, M. (2011). Holistik bakımının bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14(2)**: 61-69.
- YILMAZ, M. Ç. (2007). Mukozit yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Uluslararası*
- YILMAZ, M., OKYAY, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **3**:41-52
- YÜCE, D. (2012). Kanser hastalarında yaşam kalitesi belirleyicileri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- ZENG, Y. C., L. I, D., LOKE, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences*, **12**: 296-302

EKLER

EK-1A

ONAM FORMU

(Hasta için)

Çalışmanın Başlığı: *Kemoterapi Alan Hastalarda Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi*

Araştırmacılar: Eda Özge YAZGAN, Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ (Tez Danışmanı)

Yukarıdaki araştırmacılar tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci ve İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi “Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran ve Tıbbi Onkoloji Servislerinde yatan hastalar üzerinde Kemoterapi Alan Hastalarda Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi” konulu bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada Kemoterapi alan hastalarda dini inanç/maneviyatın hastalıkla baş etmedeki rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma hastalar üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Hastalar sadece araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecek, form araştırmacılar tarafından doldurulacaktır.

Araştırmacıların dolduracağı formda sadece hastanın tıbbi durumuna ilişkin bilgi ile dini inanç, depresyon, performans ve yaşam kalitesi ölçeğine verecekleri yanıtlar sorgulanacaktır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtladı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı bildirmek üzere araştırmacıyı arayabileceğimi biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih	:
Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası	:
Tanığın Adı-Soyadı ve İmzası	:
Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası	: Eda Özge YAZGAN
Çalıştığı Kurum	: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Böl. Yüksek Lisans öğrencisi
Tel. No	: 05062258448, 05325497927

EK-1B

ONAM FORMU

(Kanser hastası olmayan grup için)

Çalışmanın Başlığı: *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi*

Araştırmacılar: Eda Özge YAZGAN, Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ (Tez Danışmanı)

Yukarıdaki araştırmacılar tarafından Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci ve İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi “Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran ve Tıbbi Onkoloji Servislerinde yatan hastalar üzerinde Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi” konulu bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç/maneviyatın hastalıkla baş etmedeki rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. **Ancak kanser hastası olanlarla sağlıklı bireylerin karşılaştırılabilmesi için**, hasta olmayan grubunda verilerine gereksinim vardır. Bu nedenle Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Altındağ ve Çankaya Toplum Sağlığı Merkezine başvuran bireylere ait kişisel bilgi, dini inanç, ve depresyon düzeyine ilişkin bilgiler de toplanacaktır.

Bu çalışma sağlıklı bireyler üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Sağlıklı bireyler sadece anket formunu yanıtlayacaktır.

Bireyin dolduracağı formda; kişisel bilgi, dini inanç, ve depresyon ölçeğine verecekleri yanıtlar sorgulanacaktır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtladı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı bildirmek üzere araştırmacıyı arayabileceğimi biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih :

Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası :

Tanığın Adı-Soyadı ve İmzası :

Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası : Eda Özge YAZGAN

Çalıştığı Kurum :Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Böl. Yüksek Lisans öğrencisi

Tel. No : 05062258448, 05325497927

EK-2A

Kemoterapi Alan Hastalarda Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi (Hasta Grubu)Tarih:

(Sayın Araştırmacı, formu doldurmaya başlamadan önce tedavinin kapsam ve amacını anlatarak, çalışmaya katılım konusunda bireyin bilgilendirilmiş onamını alınız.)

BÖLÜM 1. HASTA TANITIM FORMU (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

Karnofsky Performans skalası puanı: _____

Adı soyadı: _____ Protokol no: _____ Anket no: _____

Yaş: _____

Cinsiyet: Kadın (____) Erkek (____)

Primer tanı: _____ (Dosyadan yazılacak)

Hastalığın evresi: _____ (Dosyadan yazılacak -Patoloji raporundan)

Eğitim durumu: _____

Meslek: _____

Dini: _____

Medeni durum: a) Evli b)Bekar

Doğduğunuz coğrafi bölge:

☐ İç Anadolu ☐ Marmara ☐ Doğu Anadolu ☐ Karadeniz

☐ Ege ☐ Güneydoğu Anadolu ☐ Akdeniz

Haneye giren aylık ortalama gelir: _____

Ailedeki kişi sayısı: _____

Sürekli yaşanan yer: _____

Sosyal güvence: _____

Kendi eviniz mi: _____

Ailenizde bu hastalığa sahip başka biri var mı? **E/H**

Tanı	Yakınlık derecesi	Şu anki durumu

Şu ana kadar bu hastalık için aldığınız tedaviyi anlatır mısınız? _____

Şu an hangi tedaviyi alıyorsunuz? _____

Tıbbi tedaviye güveniyor musunuz? **E/H**

Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için aşağıdaki uygulamalardan hangilerine başvurduunuz?

☐ Dua/Namaz	☐ Kurşun döktürme	☐ Türbe ziyareti	☐ Tedavi büyüsü yaptırma
☐ Adak/ kurban adama	☐ Hocaya gitme	☐ Muska yaptırma	☐ Nazarlık Kullanma
☐ Aktara gitme	☐ Ocağa gitme	☐ Kutsal su içme (Zem zem)	☐ Diğer _____

EK-2B

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi (Kanser Hastası Olmayan Grup)

Tarih:

(Sayın Araştırmacı, formu doldurmaya başlamadan önce tedavinin kapsam ve amacını anlatarak, çalışmaya katılım konusunda bireyin bilgilendirilmiş onamını alınız.)

BÖLÜM 1. HASTA TANITIM FORMU (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

Adı soyadı: _____ Protokol no: _____ Anket

no: _____

Yaş: _____

Cinsiyet: Kadın (____) Erkek (____)

Eğitim durumu: _____

Meslek: _____

Dini: _____

Medeni durum: a) Evli b) Bekar

Doğduğunuz coğrafi bölge:

☐ İç Anadolu

☐ Marmara

☐ Doğu Anadolu

☐ Karadeniz

☐ Ege

☐ Güneydoğu Anadolu

☐ Akdeniz

Haneye giren aylık ortalama gelir: _____

Ailedeki kişi sayısı: _____

Sürekli yaşanan yer: _____

Sosyal güvence: _____

Kendi eviniz mi: _____

Ailenizde kanser tanısı alan biri var mı? **E/H**

Tanı	Yakınlık derecesi	Şu anki durumu

Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için aşağıdaki uygulamalardan hangilerine başvurdunuz?

☐ Dua/Namaz	☐ Kurşun döktürme	☐ Türbe ziyareti	☐ Tedavi büyüsü yaptırma
☐ Adak/ kurban adama	☐ Hocaya gitme	☐ Muska yaptırma	☐ Nazarlık Kullanma
☐ Aktara gitme	☐ Ocağa gitme	☐ Kutsal su içme (Zem zem)	☐ Diğer _____

EK-3A

BÖLÜM 2. :OK-Dini Tutum Ölçeği, Sıpritüel Yaşam Soruları

Hastanın herhangi bir dini inancı yoksa, ☐ Dini tutum ölçeğini ve sorularını boş bırakınız.

DİNİ TUTUM ÖLÇEĞİ

No	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	<i>Dinin gereksiz olduğunu düşünüyorum</i>					
2	<i>Dini inancın insanlara yararından çok zararı olduğunu düşünüyorum</i>					
3	<i>Ezan, dua veya ayet gibi dinî okumaları dinlediğimde duygulanırım</i>					
4	<i>Dinî etkinliklere katıldığımda gerçekten zevk alırım</i>					
5	<i>Yaşantımın dini değerlere uygun olup olmadığına dikkat ederim.</i>					
6	<i>İnanıldığı dinin gereklerini yerine getirmeye çalışırım</i>					
7	<i>Zor zamanlarda Allah'ın bana yardım ettiğini düşünüyorum.</i>					
8	<i>Allah'ın bana çok yakın olduğunu hissediyorum</i>					

SİPRİTÜEL YAŞAM SORULARI

- Hayata bakışım tamamen dinime bağlıdır
 - Katılıyorum
 - Emin değilim
 - Katılmıyorum
- Dinime bağlı olmama rağmen hayatta başka diğer şeyler de önemlidir.
 - Katılıyorum
 - Emin değilim
 - Katılmıyorum
- İnancım doğru ile yanlış ayırt etmemde bana yardımcı olur.
 - Katılıyorum
 - Emin değilim
 - Katılmıyorum
- Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?
 - Hiç
 - Biraz
 - Oldukça çok

5. Ahirete inanıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kararsız
6. Yaptığım yanlışlardan ötürü kendimi affettim.
- a) Her zaman
 - b) Bazen
 - c) Asla
7. Bana zarar vermiş olan birilerini affettim.
- a) Her zaman
 - b) Bazen
 - c) Asla
8. Allah'ın beni affedeceğini bilirim.
- a) Her zaman
 - b) Bazen
 - c) Asla
9. Cami gibi başka özel bir yerde ne sıklıkla dua ediyorsun?
- a) En az haftada bir kez
 - b) En az ayda bir kez
 - c) Ayda birden az veya hiç
10. Radyoda veya televizyonda ne sıklıkla dini bir program dinlersin veya izlersin?
- a) En az haftada bir kez
 - b) En az ayda bir kez
 - c) Ayda birden az veya hiç
11. Kuran veya diğer dini kaynakları ne sıklıkla okursun?
- a) En az haftada bir kez
 - b) En az ayda bir kez
 - c) Ayda birden az veya hiç
12. Evinde ne sıklıkta dua okunur?
- a) En az günde bir kez
 - b) En az haftada bir kez
 - c) Sadece özel durumlarda
13. Ben hayatımın daha büyük bir ruhsal gücün parçası olduğunu düşünürüm.
- a) Evet
 - b) Biraz
 - c) Hayır

14. Zor zamanları atlatmada Allah'dan yardım alırım.

- a) Evet**
- b) Biraz**
- c) Hayır**

15. Kriz durumlarında Allah'ı rehber güç ve destek olarak görürüm

- a) Evet**
- b) Biraz**
- c) Hayır**

16. Sıkıntılı zamanların Allah'ın beni günahlarımdan veya manevi eksikliğimden dolayı cezalandırması olarak görüyorum

- a) Evet**
- b) Biraz**
- c) Hayır**

17. Allah'ın beni terkedip etmeyeceğini merak ediyorum

- a) Evet**
- b) Biraz**
- c) Hayır**

18. Bir durumdan anlam çıkarmayı veya bir şeye karar vermeyi Allah'a güvenmeden yapmaya çalışırım

- a) Evet**
- b) Biraz**
- c) Hayır**

EK-3B

BÖLÜM 3: Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-30 -VERSION 3.0); Beck Depresyon Envanteri

a) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-30 -VERSION 3.0)

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en doğru cevabı işaretleyiniz.

No	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?				
2	<u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?				
3	Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanırmısınız?				
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?				
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?				
Geçtiğimiz hafta zarfında:					
6	İşiniz veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mı?				
7	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mı?				
8	Nefes darlığı çektiniz mi?				
9	Ağrınız oldu mu?				
10	Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?				
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?				
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?				
13	İştahınız azaldı mı?				
14	Bulantınız oldu mu?				
15	Kustunuz mu?				
16	Kabız oldunuz mu?				
17	İshal oldunuz mu?				
18	Yoruldunuz mu?				
19	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?				
20	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?				
21	Gerginlik hissettiniz mi?				
22	Endişelendiniz mi?				
23	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?				
24	Bunalıma girdiniz mi?				
25	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?				
26	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?				

27	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?				
28	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>maddi zorluğa</u> düşmenize yol açtı mı?				
29	Geçen haftaki <u>sağlığınıza</u> genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz? 1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi				
30	Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> nasıl değerlendiriyorsunuz? 1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi				

b) Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 madde yer almaktadır. Lütfen her maddenin karşısındaki cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan şikkı işaretleyiniz.

No	Beck Depresyon Ölçeği
1	a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2	a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3	a) Kendimi başarısız görmüyorum. b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6	a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum c) Cezalandırılmayı bekliyorum d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7	a) Kendimden hoşnutum b) Kendimden pek hoşnut değilim c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum.

8	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam. c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim. d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10	a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum. c) Şu sıralarda her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11	a) Her zamankinden daha sinirli değilim. b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum. c) Çoğu zaman sinirliyim. d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12	a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim. b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim. c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim. d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13	a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum. b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum. c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d) Artık hiç karar veremiyorum.
14	a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum. b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum. c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum. d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15	a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum. c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum. d) Hiç çalışamıyorum.
16	a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum. b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum. c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum. d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17	a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum. b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum. c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum. d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18	a) İştahım eskisinden pek farklı değil. b) İştahım eskisi kadar iyi değil. c) Şimdilerde iştahım epey kötü. d) Artık hiç iştahım yok.

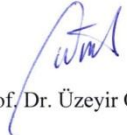
19	a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum. b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim. c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim. d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20	a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. b) Son zamanlarda ağrı, sıızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var. c) Ağrı, sıızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

EK-4

15.07.2014

İlgili Makama,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Eda Özge YAZGAN'a yüksek lisans tezinde kullanması için, 2011 yılında Prof. Dr. Üzeyir OK tarafından geliştirilen "Ok-Dini Tutum" ölçeğinin kullanım izni verilmiştir.


Prof. Dr. Üzeyir OK

EK-5

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 27/09/2012

Toplantı Sayısı : 134

Karar Sayısı : 588

588-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi **Eda Özge Yazgan**'ın, "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi" konulu tezine ilişkin 13/08/2012 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Eda Özge Yazgan**'ın "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç/Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi" konulu tezinde araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.





T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı :B.30.2.ANK.0.H1.00.00 044-6852 04 Aralık 2012

Ankara

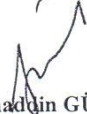
Konu :

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 20.11.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.42.00.00-6662 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Eda Özge YAZGAN'ın "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç /Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi" konulu tez projesinin çalışmasını, Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr.Bahadır GÜZEL
Başhekim

EK-7



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/7704
Konu : Eda Özge YAZGAN'ın Tez Çalışması Hk.

28555 17.12.2012

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 20.11.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.42.00.00 - 6661 sayılı yazımız.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Eda Özge YAZGAN'ın tez projesini Fakültemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr. Şehsuvar ERTÜRK
Dekan

EK-8



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00
Konu :

1542

29.11.2012

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İLGİ: 20.11.2012 tarih ve 6663 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Eda Özge YAZGAN'ın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez projesini Hastanemiz Onkoloji Bilim Dalı'nda yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa BENEKLİ
Başhekim

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA

Tel : 0.312 202 50 90
Fax : 0.312 223 05 28

Gazi.Form.016.00

1403/00



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi

ANKARA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi:18.02.2013 tarihli ve 51381736/1102/ 8792 sayılı yazınız.

İliniz Ankara Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Ana Bilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arş. Gör.Eda Özge YAZGAN sorumluluğunda; İliniz Altındağ ve Çankaya'daki Toplum Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-65 yaş arasındaki kişilerin kontrol grubu olarak planlanan araştırmaya dahil edilerek "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç /Maneviyatın Hastalıkla Baş Etmedeki Rolünün Belirlenmesi" konulu ekte bulunan araştırma izin talebi hususunda Kurumumuz görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

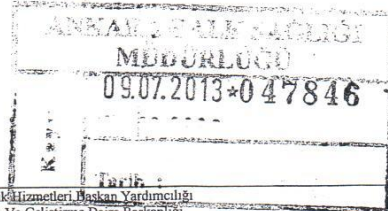
Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyon tarafından yapılan değerlendirilmesinde; Araştırmanın adı, amaç ve kapsamı dikkate alındığında kontrol grubu gerekliliği ve kontrol grubunun sağlık merkezine gelme şartı da olmayacağından sağlık merkezinden toplanması tartışmalı bulunmuş olup, kontrol grubuna gerek olmadan da çalışmanın yapılabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca kontrol grubu olarak belirlenen katılımcıların mevcut uygulamada sağlık hizmeti sunumunda doğrudan halk ile ilişkisi bulunmayan Toplum Sağlığı Merkezlerinden seçilmesinin uygun olmadığı, sağlıklı gönüllülerin Aile Sağlığı Merkezlerin den toplanabileceği değerlendirilmiş olup araştırmacının kararı doğrultusunda istenildiği şekilde sağlıklı gönüllülere ulaşılabileceği değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmeler kapsamında yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalarak araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı



Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı
Aile Hekimliği Eğitim Ve Geliştirme Daire Başkanlığı
Prof.Dr.Nusret Fişek Caddesi NO:41 Giriş Kat No:14 Yenışehir/Ankara/Türkiye

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: A. ÇAĞDAŞ
Tel : (312) 565 59 76
Faks: (312) 565 59 75

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden Belge Num.:67350377/799/66580 ve Barkod Num.:1576224 bilgileriyle erişebilirsiniz.

EK-10**Hastaların Aldığı Kemoterapi Protokolleri**

Sınıflandırma adı	Alınan İlaçlar
<i>Fluorouracil bazlı tedavi</i>	
	Gemcitabine+Cisplatin
	Folinik asit+5-Fluorouracil +Oxaliplatin
	Fluorouracil
	5-Fluorouracil+Cisplatin
	Gerialan
	Methotraksat
	Gemcitabine
	5-Fluorouracil+Irinotecan+Altuzan
	5-Fluorouracil+Siklofomid+Adrimicin
	Methotraksat+ 5-Fluorouracil
	Cytarabin+Hydrea
	5-Fluorouracil+Carboplastin+Taxotere
	Vincristin+Cisplatin
	5-Fluorouracil+Folinik asit+Oxaliplatin
	Cisplatin+5-Fluorouracil+Folinik asit
	Adriamicin+Cisplatin
	Mitoxantrane
<i>Platin bazlı tedavi</i>	
	Oxaliplatin
	Cisplatin+Taxolan
	Carboplatin+Taxolan
	Cisplatin+Xeloda
	Cisplatin
	Rituximab+Siklofomid+Dokorubicin+Vinkristin+Prednizon
	Carboplatin
	Oxaliplatin+Xeloda
	Cisplatin+Bleocin+Etoposid
	Cisplatin+Adriamicin
	Sisplatin+5-Fluorouracil+Dosetaxel
<i>Taxan bazlı tedavi</i>	
	Taxolan+Herceptin
	Cisplatin+Etoposid
	Adriamicin+Paclitaxel
	Paclitaxel
	Taxol+Zameta
	Paclitaxel+Herceptin
	Paclitaxel+Carboplatin
	Vincristine+Adriamicin+Dexametazone
	Taxotere
	Bevacizumab+Irinotecan
	Campto+Altuzan
	Retuximab+Vincristine+Siklofomid
	Adriamicin+Vincristin+Etoposid
	Etoposid
	Adriamicin+Bleomicin+Vinblastin+Dacarbazine
	Cetuximab+Dacarbazine
	Vincristine+Cytrabin

Ek-10 Devam

Alınan Kemoterapi Tedavilerinin Sınıflandırması

Sınıflandırma adı	Sınıflandırılan tedavi türü
<i>Doxorubicin bazlı tedavi</i>	Siklofomid+Adriamicin
	Adriamicin
	Adriamicin+Bleocin
	Adriamicin+Cisplatin+Siklofomid
	Siklofomid
	Endoksan+Dacarbazine
	Adriamicin+Endoksan
<i>Hedefe yönelik tedavi</i>	
	Herceptin
	Topoquetan
	Cetuximab
	Velcade
	Dacogen

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel bilgiler

Adı: Eda Özge

Soyadı: YAZGAN

Doğum yeri ve tarihi: MALATYA/28.01.1987

Uyruğu: T.C:

Medeni durumu: Bekâr

İletişim adresi ve telefonu: edaozgeyazgan@hotmail.com /05062258448

II. Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce

2006-2010 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2001-2005 Turgut Özal Anadolu Lisesi/MALATYA

1993-2001 Kemal Özalper İlköğretim Okulu/MALATYA

III. Ünvanı

Araştırma Görevlisi

IV. Mesleki deneyimi

2010-2011 T. C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Ankara Seyranbağları
Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Hemşire)

2011-2012 T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji
Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi(Hemşire)

2012-..... Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
(Araştırma Görevlisi)

V. Üye olduğu bilimsel Kuruluşlar

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, (2012- ...)

VI. Bilimsel İlgi Alanları

VII. Bilimsel etkinlikleri

"II. Ulusal ve I. Uluslararası Akdeniz Padiyatri Hemşireliği Kongresi"Hacettepe
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2009, Ankara
(Katılımcı)

"Göç ve Kadın Sempozyumu "Hacettepe Üniversitesi HÜKSAM, 2010, Ankara(Katılımcı)

"9. Uluslararası katılımlı-ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi"2010, Ankara (Katılımcı)

"Uluslararası Katılımlı 2. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi",2012,İstanbul (Katılımcı)

"Araştırma Kursu"Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği,2012, Ankara (Katılımcı)

"Temel İstatistik Kursu" Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği,2013, Ankara (Katılımcı)

"Klinik Uygulamalarda Rehberlik Sempozyumu" Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2013, Ankara (Düzenleme Kurulu)

"Ulusal Akademik Yayıncılık" ULAKBİM,2013,Ankara (Katılımcı)

"2. Ulusal Geriatrik HematolojiKongresi" Geriatrik Hematolojik Onkoloji Hemşireliği Kursu 2013, Ankara (Katılımcı)

"İstatistik Kursu" Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği,2014, Ankara (Katılımcı)

VIII. Diğer Bilgiler