T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN SPİRİTÜALİTE, ANKSİYETE, DEPRESYON VE AİLE SOSYAL DESTEK ALGISI İLE İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Derya YILMAZ

Çankırı 2022

KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN SPİRİTÜALİTE, ANKSİYETE, DEPRESYON VE AİLE SOSYAL DESTEK ALGISI İLE İLİŞKİSİ

Derya YILMAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Doktor Öğretim Üyesi Sevcan TOPTAŞ KILIÇ

Çankırı 2022

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 198202014 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Derya YILMAZ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Anksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı ile İlişkisi " başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı:	**Unvan Adı SOYADI** **……. Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Unvan Adı SOYADI** **……. Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Unvan Adı SOYADI** **……. Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi: **(Varsa)**	**Unvan Adı SOYADI** **……. Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi: **(Varsa)**	**Unvan Adı SOYADI** **……. Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Unvan Adı SOYADI
Enstitü Müdür

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Anksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı ile İlişkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Derya YILMAZ

ÖN SÖZ

Tez danışmanım olarak çalışmanın oluşturulması, planlanması, yürütülmesi, sonuçların yorumlanması ve yol gösterici katkılarından dolayı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevcan Toptaş Kılıç'a

Psikiyatri Hemşireliği eğitimim boyunca bana katkı sağlayan hocalarıma

Çalışmanın uygulanmasına izin veren hastane yönetimine, bölüm hocalarına, ve hemşirelerine

Çalışmaya gönüllü olarak katılan bütün hastalara

Bu süreçte yardımları ve destekleri için çalışma arkadaşlarıma ve Özlem ablama

Tez çalışmalarım süresince her zaman olduğu gibi özverili yaklaşımları ve manevi destekleri ile en değerli varlıklarım olan eşim Mehmet Yılmaz'a kızlarım İpek ve İnci'me

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca desteğini üzerimden eksik etmeyen ve beni her konuda cesaretlendiren sevgili anneme, babama, kardeşim ve Aybars'a

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **ii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iii**
ÖN SÖZ ..... **iv**
İÇİNDEKİLER ..... **v**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **vii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
ÖZET ..... **x**
SUMMARY ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemler 4
1.2. Hipotezler 4
1.3. Sınırlılıklar 4
1.4. Sayıltılar 5
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Kanser 6
2.1.1. Kanser ve epidemiyoloji 6
2.1.2. Kanser hastalığında biyopsikososyal sorunlar ve yaşam kalitesi 7
2.2. Kanser Hastalarında Depresyon, Anksiyete 10
2.3. Kanser ve Spiritüalite 15
2.4. Kanser Hastalığı Sürecinde Aile Sosyal Destek Algısı 17
2.5. Kanser Süreci ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği 20
3. MATERYAL VE YÖNTEM **22**
3.1. Araştırmanın Amacı 22
3.2. Araştırmanın Soruları 22
3.3. Araştırmanın Şekli 22
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer Özellikleri ve Zaman 22
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 23
3.6. Etik Onay 24
3.7. Verilerin Toplanması 24
3.8. Veri Toplama Araçları 25
3.8.1. Tanıtıcı bilgi formu 25
3.8.2. "EORTC QLQ-C30 version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği 26
3.8.3. FACIT-Sp-version 4: Manevi iyilik hali ölçeği 26
3.8.4. Genel sağlık anketi-12 27
3.8.5. Kanser hastası sosyal destek ölçeği (KHSDÖ) 27
3.9. Verilerin Analizi 28
4. BULGULAR **30**
5. TARTIŞMA **47**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **51**
KAYNAKLAR **54**

EKLER **71**
EK 1: Etik kurul onayı 71
EK 2: Onam Formu 72
EK 3: Hasta Tanıtıcı Özellikler 73
EK 4: EORTC-QLQ-C30 (versiyon 3.0) Ölçeği 75
EK 5: Manevi İyilik Hali Ölçeği (FACIT- SP- 12) 77
EK 6: Genel Sağlık Anketi-12 Ölçeği 78
EK 7: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği 80
EK 8: Ankara Şehir Hastanesi İzin 85
EK 9: EORTC -QLQ -C30 Ölçeği İzin 86
EK 10: Genel Sağlık anketi Ölçeği 12 İzin 87
EK 11: FACIT SP 12 Version 4. Ölçeği İzin 88
EK 12 : Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği İzin 89
ÖZGEÇMİŞ **90**

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

QOL	**:** Quality of Life
WHO	**:** World Health Organization
IARC	**:** International Agency for Research on Cancer
GLOBOCAN	**:** Global Cancer Observatory
DSM	**:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KLP	**:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
EORTC-QLQ-C30	**:** European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
GSA	**:** Genel Sağlık Anketi
KHSDÖ	**:** Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği
NCI	**:** National Cancer Institute
FACIT	**:** The Functional Assessment of Chronic İllness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1: Kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....**31**
Çizelge 4.2: Kanser tanısı almış bireylerin hastalığa ilişkin değişkenleri.....**33**
Çizelge 4.3: Ölçek ortalama düzeyleri **34**
Çizelge 4.4: Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişki.....**36**
Çizelge 4.5: Sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**39**
Çizelge 4.6: Sosyal destek algısı ile anksiyete/depresyon arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**42**
Çizelge 4.7: Spiritüel/manevi iyilik ile anksiyete/depresyon arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**45**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.1: 1. Model. Sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**38**
Şekil 4.2: 2. Model. Sosyal destek algısı ile anksiyete/depresyon arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**41**
Şekil 4.3: 3. Model. Spiritüel/manevi iyilik ile anksiyete/depresyon arasında yaşam kalitesinin aracı rolü.....**44**

KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN SPİRİTÜALİTE, ANKSİYETE, DEPRESYON VE AİLE SOSYAL DESTEK ALGISI İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

YILMAZ, Derya. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Anksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı ile İlişkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2022. Bu çalışma kanser hastalarının yaşam kalitesinin spiritüalite, anksiyete/depresyon ve algılanan aile sosyal destek ile ilişkisini araştırmak için tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desen kullanılarak yapılmıştır. Araştırma 15 Şubat – 21 Mayıs 2022 tarihleri arasında,yüzyüze veri toplama yöntemi ile Ankara'da bulunan bir hastanede onkoloji tedavisi alan 304 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, EORTC-QLQ-C30 Version. 3.0 Yaşam Kalitesi Ölçeği, FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyilik Ölçeği), Genel Sağlık Anketi, (GSA-12) ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sıklık analizleri ile birlikte korelasyon analizi kullanılmıştır. Kanser tanısı alan bireylerin yaşam kalitesinin spiritüalite, anksiyete-depresyon, aile sosyal destek algısında aracı rolü için elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. "Proccess Macro Analizi" ile aracılık rolü test edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; sosyal destek algısının manevi iyilik üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu ve yaşam kalitesinin aracı rolü kısmi olarak saptanmıştır. Aynı zamanda sosyal destek algısının depresyon-anksiyete üzerinde anlamlı ve negatif ilişki saptanmış yaşam kalitesinin aracı rolü kısmi aracı olarak bulunmuştur. Ve son olarak manevi iyiliğin depresyon- anksiyete üzerinde anlamlı negatif yönlü bulunmuş yaşam kalitesi kısmi aracı rolü olarak saptanmıştır. Bu bulgular ışığında hastaların yaşam kalitesine yönelik planlanan müdahalelerde hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri değerlendirilmeli ve aile sosyal destek algısı, spiritüel/manevi iyiliği geliştirmeye yönelik yaklaşımların benimsenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Yaşam kalitesi, Spirirtüalite, Anksiyete, Depresyon, Aile sosyal destek

THE RELATIONSHIP QUALİTY OF LİFE THE CANCER PATIENTS WITH SPIRITUALITY, ANXIETY, DEPRESSION AND FAMILY SOCIAL SUPPORT PERCEPTION

SUMMARY

YILMAZ, Derya. The Relationship Quality of Life the Cancer Patients with Spirituality, Anxiety, Depression and Family Social Support Perception, (Master Thesis), Çankırı, 2022. This study was conducted by using descriptive and correlational design to research for relationship of cancer patients' quality of life with spirituality, anxiety, depression and perceived family social support. The participants were 304 patients who were taking oncology treatment in a hospital in Ankara. The data was gathered by using face-to-face data collecting method between 15th January and 21st May in 2022. In data collection process, Introductory Information Form, EORTC-QLQ-C30 Version. 3.0 Qaulity of Life Scale, FACIT-Sp-12 (Version 4) (Spiritual Well-being Scale), General Health Survey, (GSA-12) and Cancer Patient Social Support Scale (CPSSS) were used and analyzed with frequency and correlation analysis methods. The data, regarding intermediary role quality of life were analyzed by using SPSS. Intermediary role was tested with "Process Macro Analysis". According to results of the study, it was stated that social support perception had a positive-significant effect on spiritual well-being and was also determined the intermediary role quality of life partially. Furthermore, it was detected that social support perception had a negative-significant correlation with depression-anxiety and quality of life had a partial intermediary role. Finally, spiritual well-being had a negative-significant correlation with depression-anxiety and quality of life was found to have a partial intermediary role. In the life of these findings, it is suggested that anxiety level of patients should be considered and approaches related to the development of spiritual well-being and family social support perception should be implemented.

Key words: Cancer, Quality of life, Spirituality, Anxiety, Depression, family social support

1. GİRİŞ

Kanser tedavisindeki ilerlemeler genel olarak kanser hastalarının yaşam beklentilerinin uzamasına yardımcı olmuştur. Bu nedenle, kanser hastalarının yaşam kalitesi (QOL), kanser tedavisinin giderek daha önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda hastaların yaşam kalitesi ile kanser sağkalımı arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir (De Aguiar ve diğerleri, 2014; Montazeri, 2009). Literatürde kanser hastalığı sürecinde yaşam kalitesi olumlu ve olumsuz düzeylerde etkileyen faktörleri belirlemek için raporlanmış çalışmalar bulunmaktadır. Kanser tanısı almış bireylerde hastalığın her evresinde fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi alanlarda bozukluklar görülme olasılığı yüksektir (Lee ve diğerleri, 2018). Hintistan ve ark. (2015) yılında yapmış oldukları çalışmada; araştırma kapsamına alınan hastaların en fazla yorgunluktan (%97.5) yakındığını belirlemiştir (Hintistan ve diğerleri,2015). Yapılan diğer bir çalışmada ise en sık görülen üç problemin yorgunluk, nefes darlığı ve uykusuzluk olduğu saptanmıştır (Seven ve diğerleri 2013). Literatüre bakıldığında yaşanılan ağrı düzeyinin hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir (Kurt, 2015). Yamagishi ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada, kanser hastalarında ağrı ciddi bir sorun olarak saptanmıştır (Yamagishi ve diğerleri, 2012). Başka bir çalışma da Genç ve ark. (2017) araştırmaya dahil edilen hastalarda %54.9 da şiddetli ağrı tespit edilmiştir (Genç ve diğerleri, 2017). Kanser tanısı almış bireylerde en sık görülen psikososyal sorunlar anksiyete, depresif belirtiler, korku olarak belirtilmiştir(Lehto ve diğerleri, 2015). Villoria ve ark 2021 yılında Şilili kanser hastalarında anksiyete ve depresyonu analiz etmek için yaptıkları çalışmada anksiyete (%11,7) ve depresyon (%5,3) olarak belirlenmiştir (Villoriai ve diğerleri 2021). Yeh ve ark (2019) jinekolojik kanser tanısı almış kadın hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, fiziksel semptomların fazla olmasının kaygı ve depresyonu arttırdığı sonuçlarına ulaşmıştır (Yeh ve diğerleri, 2019). Yukarıda bahsedilen yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörleri azaltmak için kanser

hastalarının yaşam kalitesine katkıda bulunan çeşitli faktörler arasında, maneviyat giderek artan bir ilgi görmüştür (Bovero ve diğerleri, 2016).

Geniş anlamda, maneviyat, insanların kendi kültürel alanlarında kendileriyle, diğerleriyle veya daha yüksek bir güçle nasıl bağlantı kurduklarına ek olarak, yaşamdaki anlamlarını ve amaçlarını nasıl buldukları olarak tanımlanır (Puchalski, 2012). Hasta değerlendirmesi ve tedavi planlaması ile ilgili olarak biyopsikososyal-ruhsal model kavramı önerilmiş ve kabul edilmiştir (Sulmasy, 2002). Modelde, maneviyatın insanlığın özündeki geleneksel biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile birlikte var olduğu düşünülmektedir. Buna göre, yüksek düzeyde bir maneviyatın kanser hastalarında iyilik hali üzerinde koruyucu rol oynadığı gösterilmiştir. Birçok çalışma, maneviyatı ölçen ölçeklerde daha yüksek puanların daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve ağrı, yorgunluk gibi kanserle ilişkili semptomların varlığından bağımsız olarak yaşamda daha fazla keyif ve huzura katkıda bulunduğunu göstermiştir (De Visser ve diğerleri, 2010). Ayrıca spiritüel bakım hastalar arasında klinik olarak önemli bir ihtiyaç olarak belgelenmiştir (Puchalski, 2012). Ferrell (2007), kanser hastalarının %88'inin tedavi kararlarında maneviyatın önemli bir husus olduğunu bildirdiğini vurgulamıştır (Ferrell, 2007). Johnson ve ark.(2011) manevi inancı yüksek olan hastaların umut düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Johnson ve diğerleri, 2011) Spiritüalite, kanserden muzdarip bireyler için, belirli bir dereceye kadar depresyona karşı koruyucu etkiler sağlayarak özellikle önemli görünmektedir (McClain ve diğerleri, 2003). Spiritüalite kavramı dindarlıkla sınırlı değildir. Aksine, hayatın anlamını ve amacını ve ayrıca bir barış duygusunu kapsar. Anlam ve barış, ruhsal iyilik halini oluşturan ayrı yapılar olarak kabul edilir. Maneviyatta daha yüksek anlam ve huzurun daha iyi yaşam kalitesi puanına sahip olmayı umut ve başa çıkma puanlarını artırdığını bunun aksine kaygı ve depresyonu azalttığını belirten bir rapor vardır (Steward-Brown ve diğerleri, 2015). Majda ve ark (2022) yapmış oldukları bir çalışmada kişilerin spiritüel boyutunun fiziksel, sosyal, işlevsellik ile pozitif yönde bir ilişki olmasına rağmen ağrı duygusal ve fiziksel yorgunluk ve hastalık semptomları ile negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Majda ve diğerleri, 2022). Başka bir çalışmada spiritüel iyilik halinin yaşam kalitesi ile pozitif, depresyon belirtileri ile negatif ilişkisi saptanmıştır (Ortega ve diğerleri, 2021). Maneviyat, kanser hastasının tatmin edici sosyal ilişkileri sürdürme ve yaşam kalitesinin kritik bir yönü olan başkalarıyla anlamlı bir şekilde bağlantılı hissetme kapasitesine katkıda bulunabilir (Sherman ve diğerleri, 2015).

Kanser tanısı almış bireylerde yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir diğer faktör sosyal destektir.

Kanser tanısı almış bireylerin fiziksel, bilişsel, ve duygusal alanlardaki ihtiyaçları artmış olmasına rağmen tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönemde bu ihtiyaçlar yeterli düzeyde karşılanmayabilir. Sosyal destek bu aşamada tanı ve tedavinin oluşturduğu yan etkilerin azaltılmasında ve iyileştirilmesinde önemli bir rol oynar. (Kadambi ve diğerleri, 2020) Araştırmalar sosyal desteğin kanser tanısı almış bireylerde fiziksel ve psikososyal sağlığın, duygusal uyumun ve genel sağkalım üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (Usta, 2012, Nausheen ve diğerleri, 2009). Ülkemizde Tuna (1993) 89 kanser hastası ile yaptığı bir çalışmada, hastaların yakınlarından destek görme durumunu incelediğinde; hastaların birinci sırada eşlerinden (%67.1), ikinci sırada ise çocuklarından (%35.8) destek aldığı saptanmıştır. Yine bu çalışmada aile desteğinde ve sevgisinde azalmanın hastalarının %21 ini şiddetli derecede etkilediği ve bu nedenle daha fazla kaygı ve depresyon yaşadığı bulunmuştur (Tuna, 1993).

Rokach ve arkadaşları (2012) kanser hastaları ve bakım verenlerin yalnızlıkla başetme stratejileri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, sosyal destek düzeyinin yüksek olması hastaların yalnızlık düzeylerini düşürdüğünü ve yalnızlıkla baş etme stratejilerini geliştirdiğini ortaya koymuştur (Rokach ve diğerleri, 2012).

Öztunç ve arkadaşları (2013) akciğer kanseri hastaların sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri ile ilgili araştırmasında algılanan sosyal desteği yüksek olan kanser hastalarının umutsuzluk seviyelerinin düşük olduğunu bulmuştur (Öztunç ve diğerleri, 2013).

Kanser tedavisinde tek hedefin kanser hastalığını ortadan kaldırmak olmadığı, kanser sürecinde yaşam kalitesinin artırılmasının önemli bir hedef olduğu bilgisinden yola çıkarak sağlık profesyonellerinin kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflemeleri gerekmektedir. Bu bağlamda düşünüldüğünde kanser hastalarında psikososyal durumu ve beklenen sonuçları tam olarak değerlendirmek için, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditeler, sosyal destek, spiritüalite/maneviyat değerlendirmeleri yaşam kalitesi modellerine dâhil edilmelidir. Literatürde kanser hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete-depresyon, spiritüalite ve algılanan sosyal desteğin arasındaki ilişkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma kanser hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi ile spiritüalite, depresyon anksiyete ve aile sosyal desteği ile ilişkisini ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma deseni olarak planlanmıştır.

1.1. Problemler

Kanser hastalarıyla yaptığımız bu çalışmada,

1- Kanser tanısı almış hastaların spiritüalite, depresyon, anksiyete, aile sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

2- Kanser tanısı almış hastaların spiritüalite, depresyon, anksiyete ve aile sosyal destek arasındaki ilişki de yaşam kalitesinin aracı rolü var mıdır?

1.2. Hipotezler

H0: Kanser hastalarının spiritüalite, depresyon, anksiyete, aile sosyal destek arasındaki ilişkide yaşam kalitesinin aracı rolü yoktur.

H1: Kanser hastalarının spiritüalite, depresyon, anksiyete, aile sosyal destek arasındaki ilişkide yaşam kalitesinin aracı rolü vardır.

1.3. Sınırlılıklar

- Çalışmanın tek merkezde yapılıyor olmasından dolayı elde edilen sonuçlar sadece bir grupla sınırlandırılır.
- Sosyal destek algısı, hastanın ihtiyaç duyduğu zamana ve zor koşullara bağlı olarak bireysel olarak değişebilir. Hastane ortamı gibi desteğe ihtiyaç duydukları bir ortamda hastalardan veri toplanması çalışmanın sınırlılığıdır.
- Kanser türü, evresi, medeni durum gibi özelliklerde homojenitenin sağlanamaması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır. Araştırmalar yaşam kalitesi gibi değişkenlerin kanser evresi, kanser türü veya tedavi yanıtları arasında farklılık gösterebileceğini bulmuştur.

- Komorbiditelerden kaynaklanan hastalık yükü veya etkilenen performans durumu gibi diğer faktörler sonuçları etkileyebilse de, bu faktörler modelimize dahil edilmemiştir.
- Kesitsel bir çalışma olduğu için sadece yapıldığı döneme ilişkin cevaplar alındığından, bireyin tanıyı aldığı andan itibaren tedavisinin bittiği dönem sonrasına ilişkin verileri içermemektedir.

1.4. Sayıltılar

Araştırmaya katılan kanser tanısı almış tüm hastaların araştırmada kullanılan veri toplama aracının yanıtlamasında sorulara, içtenlikle ve doğru cevap verdikleri varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanser ve epidemiyoloji

Kanser, vücuttaki bazı hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyüdüğü ve vücudun diğer bölgelerine yayılmasıdır. Kanser dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Siegel, Miller ve Jemal, 2015). Kanser hastalığı, dünyanın her ülkesinde ölüm nedenleri arasında en önde gelen ve artan yaşam beklentisinin önünde önemli bir engeldir. Dünya sağlık örgütü (WHO) 2019 yılındaki verilerine göre kanser, 183 ülkenin 112'sinde 70 yaş öncesi ölümlerin, birinci veya ikinci önde gelen nedenlerindendir. 23 ülkede ise üçüncü ve dördüncü sırada yer almaktadır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından üretilen GLOBOCAN 2020 küresel kanser istatistiklerinin verilerinde kanser insidansı ve mortalite verilerine dayanarak, dünyada meme kanseri(%11,7), en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır. Bunu akciğer (%11,4), prostat (%7,3) melanom(6,2) ve kolon(%6,0) kanserleri izledi. Erkekler arasında 2020 yılında teşhis edilen en yaygın üç kanser; akciğer (%14.3'i), prostat (%14.1'i), kolorektum (%10.6'u) iken, kadınlar arasında en sık rastlanan üç kanser ise; meme (%24.5), kolorektal (%9.4), akciğerdir (%8.4) (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne ve diğerleri, 2021) Kanser artış hızının bu hızda devam etmesi durumunda, dünya nüfusunun artış hızı ve yaşlı nüfusa bağlı olarak 2025 yılında yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser tanısı olacağı bildirilmiştir. (Ferlay ve diğerleri., 2015).

Türkiye'de en sık görülen 5 ölüm sebebinin 1965'ten başlayarak yıllar içindeki seyri incelendiğinde kanserin 1990'a kadar kalp ve damar sistemi hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarından sonra en sık görülen 3. ölüm sebebi iken 1990 yılından itibaren enfeksiyon hastalıklarının önüne geçerek en sık görülen 2. ölüm sebebi haline geldiği görülmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014). Türkiye İstatistik Kurumunun 2009-2016 yılları arası ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde ilk

sırayı dolaşım sistemi hastalıkları (%39.5) almaktadır. İkinci sırada ise, tümör kaynaklı ölümler (%20.8) olduğu görülmüştür (Akturan, Gümüş, Özer, Balandız ve Erenler, 2019). Sağlık Bakanlığının 2017 yılında yayınlamış olduğu Türkiye Kanser İstatistiklerinin raporuna göre erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü trakea-bronş-akciğer, prostat, kolerektal, mesane ve mide; kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü ise meme, tiroit, kolerektal, trakea-bronş-akciğer ve uterus kanseridir (Şencan ve Keskinkılıç, 2017).

2.1.2. Kanser Hastalığında Biyopsikososyal Sorunlar ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde kanser hastalığı fiziksel ve ruhsal sorunların da dâhil olduğu, iyileşme, ilerleme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum sıkıntıları oluşturan kronik bir hastalık olarak bilinmektedir. (Kim ve diğerleri, 2006). Kanser tanısı almış bireylerde tanı ve tedavi aşamalarında ruhsal bozuklukların görülme olasılığı yüksek olup (Kutlu ve diğerleri, 2011), psikolojik zorlanma görülmesi (McMillan ve diğerleri, 2005; Çivi ve diğerleri, 2011) sonucu zorlu bir başa çıkma sürecini beraberinde getirdiği literatürde belirtilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanser tanısı almış bireylerin bu süreçle başa çıkmada; hastalığın türü, şiddeti, belirtileri, hastalığın prognozu gibi hastalığın medikal faktörleri yanında bireyin önceki hastalıklara karşı uyumu, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon seviyesi, kişiliği ve sorunlarla başa çıkma biçimi, kültürel ve dinsel tutumları, psikososyal desteklerinin de etkili olabileceği söylenmektedir (Boyle ve Levin, 2008). Bu değişimler hem bireysel faktörlerin farklılığından hem de sürecin aşamasına göre farklılaşmaktadır (Ülger ve diğerleri, 2014; Sarıkoç, Demiralp, 2014).

Bireyler tanıyı aldığı an, tedavi ve tedavi sonrası süreçte birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Literatürde hastaların tanı döneminde; öfke, kayıp beklentisi, tedavi seçenekleri ve doktor seçimi konusunda kararsızlık yaşama, ölüm anksiyetesi, kişiler arası ilişkilerde ve rol performansında değişim, ekonomik sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Ayrıca kanser tanısının konulması ile ortaya çıkan varoluşsal çatışma ve kanserin hastaların biyopsikososyal işlevleri üzerindeki etkisi, anksiyete ve depresyon yaşama olasılıklarını artırıp süreci stresli hale getirebilir (Kavradim, Özer, 2014; Öz, 2015; Heidari, Mardani, 2016). Olası anksiyete ve depresyon yaşantısı

hastaların daha kötü bir yaşam kalitesi yaşamalarına sebep olup hastalığın prognozunu da olumsuz etkileyebilir (Yıldırım 2020; Daştan ve Buzlu, 2018).

Tedavi döneminde yaşanan güçlükler; tedaviden ya da hastalığın kendisinden kaynaklanan semptom (Dirik ve Yastıbaş, 2018) yönetimi konusunda bilgisizlik, hastane bürokratik işlerinde yaşanan güçlük, beden imajında değişim, sürece uyumda güçlük ve dolayısıyla anksiyete yaşama sorunu, hastalığın kontrol altına alınamayacağına ilişkin yoğun düşünce durumu yan etkilerden dolayı rol performansında değişim ve cinsel problemler, bu süreçte aileye yük olacağı algısından dolayı suçluluk ilgili sorunlar olarak sıralanabilir (Ülger ve diğerleri, 2014; Bultz, Carlson, 2005; Bergerot, Mitchell, Ashing, Kim, 2017; Endo ve diğerleri, 2018).

Tedavi bittikten sonra artık kontrol aşamasına geçilen dönemde ise nüks korkusu, kanser tehdidini hatırlatıcılar, ailenin sürece ilişkin endişesi, ekonomik sorunlar uyumu ve hastanın yaşam kalitesini bozabilen faktörlerdir (Wolff ve diğerleri, 2005; Fitch ve diğerleri, 2018; Lehto ve diğerleri, 2015).

Bilindiği gibi kanser hastalığının tedavileri; hastalığının iyileştirilmesi, yaşam süresinin uzamasını ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflemektedir (Çetin, 2014). Kanser tedavilerinde önemli derecede gelişmeler görülmektedir. Tüm bu gelişmelere rağmen kanser tedavilerinde kullanılan yöntemler sağlıklı hücre ve dokulara da zarar verebileceğinden hastalık ya da tedaviden kaynaklanan ağrı, iştahsızlık, malnütrisyon, sarkopeni, kaşeksi, tat almada değişiklikler, bulantı, kusma, alopesi, mukozit, ishal, kabızlık, uykusuzluk gibi semptomlar tedavi sürecinde aksamalara ve kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemeye sebep olmaktadır (Lehto, Helander, Taari,Arooma,2015; De Sousa, Sonavane, Mehta, 2012; Schmid, Wiskemann, Steindorf, 2018).

Hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan bu sorunlar sadece yaşam kalitesini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda bireyin aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerini de etkilemektedir (Ülker ve diğerleri, 2014). Yaşam kalitesi öznel bir algı olmasına rağmen, fiziksel ve ruhsal sağlık, ekonomik şartlar, bireyin kendini algılaması ve memnuniyeti, deneyimleri ve bulunduğu durumu kabul görmesi gibi birçok etkenden etkilenmektedir (Göktaş, 2008). Birçok araştırmacıya göre yaşam kalitesi "bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları"

olarak tanımlanmaktadır (Adler, Page,2008; Ho, Gernaat, Hartman, Verkooijen, 2018). Günümüzde onkoloji tedavisi artık sadece farmakolojik tedavi ile değil eş zamanlı olarak yaşam kalitesini ölçülebilir şekilde etkileyecek bütüncül bakımın planlanmasına ve sağlanmasına odaklanmaktadır (Ho ve diğerleri, 2018).

Yaşam kalitesi, çoğunlukla bireysel ihtiyaçlar, inançlar, değerler ve tutumlar tarafından belirlenen kişisel bir duygudur; üstelik zamanla değişebilen bir algıdır. Young ve Longman'a (1983) göre fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerin tatmin edilmesi yaşamı kaliteli kılarken, (Young ve Longman, 1983) Tam'a (1998) göre ise öznel iyi olma hali kaliteli yaşamın anahtarıdır (Tam, 1998). Literatürde yaşam kalitesinde, genel sağlık durumunu, yetenek durumunu, rahatlık hissini, ruhsal ve ekonomik durumu içeren tüm özelliklerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Siegrist ve Junge, 1989). Kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi literatürde önemi her geçen gün anlaşılmaktadır. Hastanın biricikliğinin öneminin kavranmasıyla hastalığa değil hastaya yönelik bir tedavi yaklaşımı ile ele alınması; bu sürecin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Lewandowska ve diğerleri, 2020).

Literatürde kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara bakıldığında; Li ve ark. kanser hastaları ile yapmış oldukları, çalışmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hayatta kalmanın güçlü ve bağımsız bir göstergesi olarak tanımlanmıştır (Li ve diğerleri, 2012). Slowik-Gabryelska (2004); tarafından, primer akciğer kanseri tanısı olan hastalarla yapılan çalışmada hastaların yarısından fazlasında tedavi yan etkilerinin genel fiziksel aktiviteyi azalttığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucu çıkmıştır (Slowik Gabryelska, 2004). Nayak MG ve ark. (2017) ye göre çalışmaların sonuçlarında kanserden kaynaklanan tipik semptomlar nedeniyle yaşam kalitesinde önemli bir azalma olduğunu göstermektedir (Nayak MG ve diğerleri, 2017). Lampic ve ark.(2003)'nın yaptığı bir çalışmada hastaların ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, depresif duygulanım, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, günlük işlerini yapmada aksaklıklar ve sosyal izolasyon yaşadıkları, hastalık ve tedavi süresince sosyal ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çektikleri ortaya konmuştur (Lampic ve diğerleri, 2003). Kanser tanısı almanın, bireyde şiddetli öfke ve kaygı duygularını hissettirebileceği ve travmatik bir olay olarak algılanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca tanı almanın duygusal yükü hastaların yeni durumla başa çıkmalarını zorlayarak ruhsal bozukluklara yol

açabileceği bilinmektedir. Bu durumun da bireylerde anksiyete ve depresyon belirtileri yaşamalarına yol açabileceği rapor edilmiştir. (Pitman ve diğerleri, 2018). Bireyin yaşadığı bu sorunlar onların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Lewandowska ve diğerleri, 2020; Hamer ve diğerleri, 2007; Ecclestone, 2016; Firkins, Hansen, Dressnack, Dieckmann, 2020; Hams ve diğerleri, 2019; Groarke, Curtis, Skelton, Groarke,2020; Sarıcı, 2021).

2.2. Kanser Hastalarında Depresyon, Anksiyete

Fiziksel bir hastalık olan kanser, aynı zamanda ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da beraberinde taşıyan kronik bir hastalıktır (Ripamonti,Santini ve Maranzano, 2012). Kanser tanısı almak ve/veya tedavi sürecinde yapılanlar ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olan patolojik süreçler beyin işlevlerinin bozulmasına yol açabilmektedir. Bu durum bireyde psikiyatrik sorunların gelişmesi ile sonuçlanabilmektedir. Bunların yanında hastalığın birey için nasıl anlamlandırıldığı faktörü de bu sürecin gelişmesine katkı sağlayabilir (Uğur, 2014). Kanser hastalığı olan bireylerde karşılaşılan psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın doğasına, kullanılan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak değişebilmektedir (Güner, Şar ve Pehlivan, 2018). Kanser hastalığı olan bireylerin psikiyatrik komorbiditeye sahip olup olmadıklarıyla ilgili ulusal ve uluslararası literatürde hastaların yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye sahip oldukları belirtilmiştir. Bunların ise uyum bozuklukları, depresyon ve anksiyete olduğu bildirilmiştir (Steven ve Kenneth, 2012). Çalışmalar, kanser hastalığı olan bireylerde psikiyatrik bozuklukların hastalığa eşlik etmesinin kanser prognozunda önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Fagundes, Lindgren ve Kiecolt-Glaser, 2013; Gray ve diğerleri, 2014; Park ve diğerleri, 2018). Kanser tanısı konulduğundan itibaren hastalığın tüm sürecinde tedavi edilmeyen anksiyete ve depresyonun, hastanın semptom yönetimini zorlaştırarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Kutlu, Çivi1, Börüban ve Demir, 2011). Dolayısıyla bu süreçte yalnızca kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale gibi tedavi seçenekleri yeterli olmamakta ve hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi ile tedaviye psikososyal müdahalelerin eklenmesi önemlidir (Tuncay, 2010). Literatürde, bu bilgiyi destekleyerek süreci etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesinin hastanın yaşam kalitesini etkileyeceği vurgulanmıştır. (Berard, 2001; Ateşci ve diğerleri, 2003).

Diğer taraftan da kanser sürecinde yaşanan duygusal zorlukların sağlık ekibi ve halk tarafından normalleştirildiği için hala net bir şekilde tespit edilip tedavi edilemediği bildirilmiştir (Carr ve Steel, 2013). Bunun sonucu olarak da hastalar kansere ek olarak bir de psikiyatrik sorunlarla başa çıkmaya çalışmakta bu durumda olumsuz yaşam kalitesi ile sonuçlanmaktadır. Literatürde bu bilgi ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinin sonucu anksiyete, kanser tanı ve tedavi sürecinde gelişebilen ve fark edilmediğinde tedavisiz kalabilen bir durum olduğudur. (Marrs, 2006) Yapılan bir metaanaliz çalışmasında hastaların % 10.3'ü anksiyete bozukluğu için klinik kriterleri karşılamakta ve % 19.4'ü uyum bozukluğu yaşamaktadır (Mitchell, 2011). Yapılan başka bir çalışmada ise, anksiyete bozukluklarının yaygınlığı, iki yıldan uzun bir süredir kanserle yaşayan hastalarda % 17.9, strese neden olan faktörlerin de etkisiyle ve/veya genel durumun kötüleşmesiyle daha da yüksek olduğu saptanmıştır. (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul ve Symonds, 2013; Tang, 2016). Götze ve ark 2020 yılında kanser tanısı almış 5 ve 10 yıl gibi uzun süreli hayatta kalanlarda depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada kanser hastalığından kurtulanların sırasıyla %17 orta ile %9 şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri yaşadığı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha yüksek depresyon ve anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır. (Götze ve diğerleri, 2020) Villoria ve ark 2021 yılında Şilili kanser hastalarında anksiyete ve depresyonu analiz etmek için yaptıkları çalışmada anksiyete (%11,7) ve depresyon (%5,3) olarak belirlenmiştir. Kadınlarda, orta eğitimli hastalarda, çalışmayan hastalarda ve yaşlılarda depresyon daha sık olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada anksiyete genç ve işsiz hastalarda daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Villoria**,** Lara ve Salcedo, 2021). Yeh ve ark 2019 jinekolojik kanser tanısı almış kadın hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada fiziksel semptomların fazla olması kaygı ve depresyonu arttırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Yeh**,** Huang ve Lu, 2019). Ilie ve ark 2019 da yapmış oldukları çalışmada prostat kanseri tanısı almış erkek hastaların hiç kanser tanısı almamış erkek hastalarla karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete semptomları prostat kanseri tanısı almış olan hastalarda istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur (Ilie ve diğerleri, 2019). Yang ve ark 2014 de yapmış oldukları çalışmada serviks kanseri hastalarında tanıdan sonraki 4- 6 aylık dönemde evre 2 olan hastalarda, anksiyete anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (Yang, Liu ve Wang, 2014). Kanser hastalığı olan bireylerde baş etme yeteneklerinin

etkisiz kaldığı bir durumda yaşanan ve anksiyete bozukluğu başlığı altında incelenen akut stres bozukluğu da görülebilmektedir (Beesley ve diğerleri, 2013). Kanser hastalarının anksiyete yaşamalarının nedenleri literatürde çeşitli araştırma sonuçları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan bir araştırma sonucuna göre kanser teşhisinin, aynı zamanda, ölüm tehdidin geçtiğini gösteren "güvenlik sinyali" bulunmadığı için, sık sık uyum sağlamaya çalıştıkları gerçek ve devam eden bir tehdit oluşturduğu söylenmektedir (McLoone ve diğerleri, 2012). Anksiyetenin görülmesine neden olan başka bir faktör de, ileri evre kanser hastalarının genellikle ölüm ile ilgili endişelerini tartışmak için bir istek dile getirmeleri, ancak genellikle sağlık çalışanları veya aile bireylerinde ölümle ilgili tartışmalarda bulunma konusundaki algılanan isteksizlikten dolayı bunu yapma fırsatlarının olmamasıdır (Grumann ve Spiegel, 2003). Ayrıca, prognozu kötü olan kişilerin, daha sonra anksiyete ile ilişkili olan, karşılanmamış varoluşsal ihtiyaçlara sahip olma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (Hodgkinson ve diğerleri, 2007). Hastalarda anksiyete düzeyini etkileyen bir diğer faktöründe hastaların kansere verdikleri anlam olduğu söylenmektedir. Düşük düzeyde anksiyete hastalarda öğrenmeye ve eyleme geçmeye, hastanın tıbbi yardım almasına ve tedavi ekibinin önerilerine uymasına yardım ederken (Kocaman, 2008) yüksek düzeyde olması ve uzun sürmesi bireyin işlevselliğini bozmasına neden olmaktadır (Alacacıoğlu ve diğerleri, 2007). Bu bilgilerden yola çıkarak kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir.

Kanser sürecinde sık görülen psikiyatrik sorunlardan bir diğeri de depresyondur (Torre ve diğerleri, 2012). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı insidanslar elde edilmiştir. Ateşci ve ark. (2003)'nın çalışmalarında kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk oranını %28.7 olarak saptamıştır (Ateşci ve diğerleri, 2003). Krebber ve ark.(2014) yaptıkları meta-analiz çalışmasında, depresyon prevalansının %8-24 arasında olduğu bildirilmiştir (Krebber ve diğerleri, 2014). Kutlu ve ark. (2011)' çalışmasından ise bu oran %12,7 şiddetli depresyon olarak bildirilmiştir (Kutlu, Çivi, Börüban ve Demir, 2011). Mitchell ve ark.(2013) tarafından yapılan 70 çalışmanın (n = 10,071) meta analizinde tüm kanser tiplerinde (ICD, DSM ölçütleri) depresyon prevalansı % 16.3 olarak ve majör depresif bozukluk prevalansını ise % 6 olarak tespit etmişlerdir (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul ve Symonds, 2013). Jimenez-Fonseca, ve ark 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada; Kadınlar ve genç bireyler, erkeklere ve yaşlılara göre daha endişeli ve

depresif bulunmuştur. Çalışan katılımcıların, emeklilerden daha fazla kaygı yaşadığı, bekâr kişiler, evli veya birliktelikleri olan kişilerden daha fazla depresyon belirtileri göstermiştir. Umut, iyimserlik, sosyal desteğin varlığı, erkek ve yaşlı olmanın, daha düşük anksiyete ve depresyon riski ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Jimenez-Fonseca ve diğerleri, 2018). Göl ve Hacıhasanoğlu 2017 yılında yapmış oldukları kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunda depresyon belirlenmiş olup, fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu, depresyon puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır (Göl ve Hacıhasanoğlu, 2017).

Kanserde anksiyete ve depresyonun görülme nedenlerine yönelik açıklamalar hala net değildir. Hastalığın kendisinden ve /veya tedavisinin bir sonucu mu yoksa süreçte yaşanan psikososyal sorunlardan mı kaynaklandığı tam olarak ayrıştırılmamıştır (Miller ve Massie, 2006). Kanserde depresyon açısından başlıca risk faktörleri psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşüklüğü, tanı sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, kötü fiziksel şartlar, eş ve yakın akraba kaybı olarak sıralanabilir (Breitbart ve diğerleri, 2000). Kanser türünün, evresinin depresyonla ilişkisine bakılan çalışma sonuçları ise şu şekildedir: Tan ve ark (2014) araştırmasında, kanser evresinin depresyonla ilişkisinin belirsiz olduğu bildirilirken (Tan, Beck, Li ve Leslie, 2014), bu çalışmanın aksine kanser tanısı konan kişilerde, özellikle erken tanı aşamasında depresyon ve anksiyete yaygın olduğunu tespit eden araştırmalar bulunmaktadır (Krebber ve diğerleri, 2014; Mahendran, Lim, Tan, Kua ve Griva,2016; Ciaramella ve Poli,. 2001). Kanser tanısı alanlarda depresyonun görülmesinde bir diğer risk faktörü ise hastada anksiyetenin olmasıdır (Khalil ve diğerleri, 2016). Ayrıca ağrı (Romero-Reyes ve Salvemini, 2016) ve yorgunluk (Levkovich, Cohen, Pollack, Drumea ve Fried, 2016) gibi semptomların kanser hastalarında görülmesi depresyon için risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (Hong ve Tian, 2014; Schneider ve Moyer, 2010; Phillips ve diğerleri, 2008). Jia ve ark. (2017)'de gerçekleştirmiş oldukları sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında depresyonun tüm kanser türlerinde zayıf ve pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucunu tespit etmişlerdir (Jia, Li, Liu, Zhao ve Leng, 2017). Depresyon sadece yaygın olmakla kalmayıp kanser hastalarında çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (Nelson,2003). Ağrıya karşı hassasiyetin artırmasına (Gagliese, Gauthier ve Rodin,2007) cinsel fonksiyon kaybının

yaşamalarına (Akyol ve diğerleri, 2015) hastaların yaşam kalitesinin kötüleştirmesine (Higginson ve Costantini, 2008), tedaviye uyumun azalmasına (Mathes, Pieper, Antoine ve Eikermann, 2014), intihar riskinin artmasına (Jia , Li , Liu, Zhao ve Leng, 2017), kişilerarası ve aile ile iletişimde zorluklar yaşanmasına (Pei-Ling, Hsiu-Hung ve Fan-Hao, 2015), aileye psikolojik bir yük olmakta (Pitceathly ve Maguire 2003) ve hastanede kalış süresinin uzatılmasına neden olmaktadır (Rhondali, Chirac, Laurent, Terra ve Filbet, 2014). Ayrıca depresyonun sağlık sistemine maliyetinin olduğu da bilinmektedir (Pinquart ve Duberstein,2010). Örneğin, tedavi edilmemiş depresyon tanısı olan hastalarda,kanser tedavisine karşı uyumsuzluk ve aile ya da diğer sosyal destek sistemlerinden geri çekilme gibi olumsuz baş etme davranışlarını benimseme riskini artırmaktadır (Carlson ve Bultz,2004). Kanserde depresyon belirtilerinin görülmesine rağmen hekimler tarafından hastalara tanı konulamamakta, dolayısıyla tedavi edilememektedir. Bu durumun nedeni, hekimler tarafından belirtilerin yetersiz değerlendirilmesi, kanserde depresyonun normalleştirilmesi, hekimlerin psikososyal belirtileri açıklamada yaşadığı güçlükler olarak sıralanabilir (Husson, Mols, Van de ve Poll-Franse,2011). Kanser hastalarında depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi hastaların yaşam kalitesinin olumlu yönde etkileyeceği düşünüldüğünden önemli bulunmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak onkolojide psikososyal müdahalelerin hastaların psikolojik sıkıntılar ile başa çıkabilmesine yardımcı olması hususunda önemli olacağı düşünülmektedir. Literatürde bu konuda yapılan sistematik derlemeler ve meta-analizler ile kanser hastalarında depresyon için psikoterapinin etkinliğini rapor edilmiştir. (Fann ve diğerleri, 2008) Faller ve ark. (2013) erişkin kanser hastalarında hem bireysel psikoterapi hem de grup terapisinin hafif ve orta düzeyde duygusal sıkıntı ve yaşam kalitesi üzerine etkilere sahip olduğunu bulmuştur (Faller ve diğerleri, 2013). Yapılan diğer çalışmalarda genel olarak kanser hastalığı olan bireylerde davranışsal ve eğitim odaklı girişimlerin, semptomları hafiflettiği ve depresyonu azalttığı bulunmakla beraber bunların zaman alması ve enerji gerektirmesi nedeniyle uzun süre hastaların devam edememesine yol açtığı da belirtilmiştir (Hart ve diğerleri, 2012; Oestergaard ve Moldrup, 2011; Kwekkeboom, Cherwin, Lee ve Wanta,2010; Sheinfeld Gorin, ve diğerleri, 2012). Yukarıda belirtilen çalışmaların aksine, Okuyamama ve ark. ’nın 2017 yılında yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise, klinik olarak depresyon tanısı konan hastalarda psikoterapinin etkinliğini destekleyen yüksek kaliteli

kanıtların bulunmadığı ifade edilmiştir (Okuyama, Akechi, Mackenzie ve Furukawa, 2017).

Yukarıdaki bilgiler göz önüne alındığında kanser tanısı alan bireylerde anksiyete-depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülürken, spiritüel alanın iyileştirilmesinin ve sosyal destek algısının olumlu olması halinde yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği bilinmektedir.

2.3. Kanser ve Spiritüalite/Maneviyat

Spiritiüalite/Maneviyat ilk başlarda dine bağlı inanışlar ve uygulamalarla ilişkili olarak tanımlanırken günümüzde daha geniş bir anlam ifade etmektedir (Mei Bai ve diğerleri, 2016; Anthony, 2004). Spiritüalite, bireyin dini inancına bakmaksızın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri kapsayan insana yaşama gücü veren itici bir güç, her zaman din yoluyla ifade edilemeyen evrensel bir terim olarak tanımlanmaktadır (Hyman, 2006). Hemşirelik literatüründe maneviyat; dini bir bağlılığın ötesinde yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etme olarak tanımlanmaktadır (Anderson, 2009). Spiritualite çok çeşitli anlamlarda kullanılabilen subjektif bir kavram olmasından dolayı karmaşık, anlaşılması zor ve soyut bir kavramdır, fakat kavrama ilişkin tanımların ortak noktası, yaşamı bir "anlam" ve "amaç" ile algılamaktır (Yılmaz, 2011).

Manevi değer ve inançların, yaşamı tehdit eden hastalıkların önlenmesinde, cerrahi yaraların iyileşmesinde, bireyin mental sağlığı ve fiziksel hastalıklar ile başa çıkmasında olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Maneviyatın bireyler üzerinde sağlık ve hastalıkla ilgili davranışlarını sorgulamasına, değişikliklere uyum sağlamasına, sorunları aşmak için beceri kazanmasına yardımcı olmak ve iyileşme sürecinde gerekli olan umudunu ve gücünü bulmasına yardımcı olması açısından olumlu etkilere sahip olduğu bilinmektedir. İnsanın maneviyat ile ilgili gereksinimleri, daha çok ihtiyaç duyulduğunda ve kriz durumlarında ortaya çıkmaktadır (McSherry ve Ross, 2002; Koeing,2010). Hayatlarını değiştiren ümitsiz ya da çaresiz hissettiği olaylar sırasında insanlar genellikle rahatlık, umut ve stresten kurtulmak için maneviyata yönelirler. Özellikle hastalık krizi gibi olumsuz durumun değiştirilemediği ya da sorunların çözümlenemediği durumlarda maneviyatla ilgili uygulamalar yararlı olabilmektedir (Callister, Bond, Matsumura ve Mangum, 2004). Böylelikle, maneviyat bireylerin kriz zamanlarını anlamlandırmasına da yardımcı

olabilmektedir (Fukuyama, 2003). Bir kriz dönemi de olan kanser tanıyı aldıktan sonra bireylerin yaşamlarını yeni bir bakış açısıyla değerlendirmeye başlamasına yol açar (Monareng,2012). Tanı aşamasında bireylerin kendilerine sordukları "Niçin ben?", "Yaradan beni cezalandırıyor mu?" soruları aslında manevi destek ihtiyaçlarını göstermektedir (Büssing, 2010). Biyopsikososyal varlık olan insan bir bütün olarak vardır. Bu nedenle, bir birey hastalık gibi bir kriz dönemiyle karşılaştığında süreçten bir bütün olarak etkilenmesi kaçınılmaz olmaktadır (Erickson, 2007).

Literatürde kanser hastalığı olan bireylerin spiritüalite/maneviyatı hakkında niteliksel (Grant, 2004; Kruizinga ve diğerleri, 2016) ve niceliksel birçok çalışma yapılmıştır(Bovero ve diğerleri, 2016; Mystakidou ve diğerleri., 2007; Nelson ve diğerleri, 2009; Piderman ve diğerleri, 2014). Yapılan diğer araştırmalarda, araştırmacılar yaşam kalitesi, anksiyete yönetimi, kendine yolculuk ve özellikle bu yeni duruma uyum ile spiritüalite/maneviyat arasında anlamlı pozitif yönde korelasyonlar bulmuştur (Agarwal ve diğerleri, 2013; M. Bai ve diğerleri, 2015; Gültekin ve diğerleri, 2008; Yeter ve diğerleri, 2009; Uçar,2017). Yetişkin kanser hastalarının çalışmalarından elde edilen bulgular, spiritüel iyilik hali ile adaptif baş etme gibi çeşitli psikolojik iyilik hali göstergeleri ile stres, depresyon ve kaygı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunduğunu göstermektedir (Kandasamy ve diğerleri, 2011). Literatürde, maneviyat ya da bireyin manevi yönünün daha yüksek olmasının fiziksel ve mental sağlık üzerine olumlu etkileri olduğu ve subjektif iyi olma, düşük ağrı düzeyi, anksiyeteyi azaltma, umut ve pozitif duygu durumu, yüksek öz saygı, sosyal yeterlilik, yaşamın amacı ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu (Hematti ve diğerleri, 2015; Jim, ve diğerleri, 2015; Pustejovsky ve diğerleri, 2015; Sephton, ve diğerleri, 2001; Sherman ve diğerleri, 2015), manevi yönleri güçlü olan ve dini ibadetlere katılan kanser veya buna benzer ağır hastalıkları olan hastaların bedensel sancılarında azalma ve hastalıklarıyla daha barışık oldukları tespit edilmiştir (Yazgan, 2014). Terminal dönem kanser hastaları ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %72'sinin manevi bakım gereksinimi olduğu, sağlık bakım hizmeti sırasında bu gereksinimlerin çok az karşılandığı ortaya çıkmıştır (Balboni ve diğerleri, 2007). Balboni ve ark. (2007) ileri evre kanser hastalarının manevi desteklerinin araştırıldığı çalışma da manevi gereksinimler olarak aile bireyleri ile beraber olmak (%80,2) ve sık aralıklarla dua etmek (%50) şeklinde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların %26'sı

manevi gereksinimlerinden en az birinin karşılanmadığını, en sık karşılanmayan manevi gereksinimin ise dini törenlere katılmak (%21,1) olduğunu belirtmişlerdir (Balboni ve diğerleri, 2007). Dedeli ve ark (2015)'nin yaptığı bir çalışmada kanser hastaları, ölüm ile ilgili konuşma (%100), huzurlu ve hoşnut hissetme (%94,8), birinin kendisine refakat etmesi (%93,5), başka birileri tarafından kendisi için dua edilmesi (%52,2) ve şefkat ve nezaket görme (%54,3) şeklinde manevi destek ihtiyaçlarını iletmiştir (Dedeli ve diğerleri, 2015).

2.4. Kanser Hastalığı Sürecinde Aile Sosyal Destek Algısı

Sosyal destek konusu ilk ele alındığı günden günümüze kadar ki süreçte farklı tanımlarla ifade edilmiştir. Carl Roger 1950'li yıllarda sosyal desteği, terapötik ilişkilerinin içeriğine benzeterek empati, dürüstlük, olumlu ve yargısız bakış ve yaklaşım olarak ifade ederken, Cassel ise 1974 yıllarında, bir baş etme kaynağı olarak görüp, kaygı oluşturan çevresel koşullar altındaki kişiyi koruyarak, sosyal bağlardaki kopmaları engeller ve hastalıklara karşı yatkınlığın artmasına engel olur ifadeleri ile tanımlamışlardır (Akt Yılmaz, 2014). Sosyal destek kişinin çevresinde güvenebileceği bireyler yolu ile sosyal kaynaklarından yararlanma derecesidir ve bireyi fiziksel olduğu kadar ruhsal tehlikelere karşı da koruyan bir mekanizmadır. Sosyal destek bireyin sağlıklı olmasını ve sağlığının korunmasını sağlar. Bireye emosyonel, bilişsel ve maddi yardım verilerek gerçekleştirilen kişilerarası ilişkilerin bütünüdür. Birey tarafından algılanan sosyal destek ise kişinin sosyal çevresinden gördüğü desteğin kişiye verdiği manevi doyum olarak değerlendirilmektedir. Sosyal desteğin eksikliği veya yokluğu kişilerin üzerindeki stresi arttırır, birçok olumsuzluğa neden olur. Stresle karşılaşan birey sosyal destek kaynaklarına yönelerek destek arar (Yiğitbaş ve diğerleri, 2019; Aksoy ve Çevik 2021). Sosyal destek; duygusal destek, araçsal destek, bilgi ve güven desteği olmak üzere farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Duygusal destek, bireyin stres faktörü ile ruhsal olarak baş edebilmesine ve bu sayede dayanabilme gücünün artmasına katkı sağlar. Bireye sorumlu olduğu günlük işlerinde gereksinim duyduğu fiziksel yardım araçsal destek ile sağlanır. Bilgi ve güven desteği ise benzer durumu yaşayan diğer insanların bu durumla nasıl baş edebildiği, çevrelerinden aldıkları tavsiyelerle hastalık sürecine ait sorunlarını nasıl çözebildiği ve hastalığa dair kontrollü olma düzeyini nasıl artırabildiği konularında yardımcı olur (Aksoy ve Çevik, 2021). Sosyal destek

bireyin sevildiğini, değerli olduğunu, toplum tarafından kabul gördüğünü hissettirdiği ve bireyi stresin olumsuz getirilerinden koruduğu için şekli ve kaynağı bakımından önemlidir. Literatürde bireylerin sosyal destek kaynakları arasında aile, akrabalar, arkadaşlar, bağlı olunan grup ve yaşanılan toplum yer almaktadır. Bu kaynaklar sosyal ilişkilerinin kurulmasını, şekillenmesini sağlar. Bireyin bu kaynaklar ile iletişimi ve etkileşimindeki değişiklikler, bireyin kaynaklardan aldığı sosyal destek seviyelerinin farklı olmasına yol açar. Sosyal destek kaynakları güçlü ve sosyal destek düzeyi yüksek olan kişiler daha mutlu ve üretken olurlar (Çetinkaya ve Korkmaz, 2019).

Algılanan sosyal destek, bireylerin birbirleriyle kurdukları sosyal ilişkilerin bireyin kendisi tarafından kaynakların ne derece destek verdiğine dair gözlemini tanımlar. Algılanan sosyal desteğin yüksek olması; kişinin çevresindeki ilişkilerin fazla olmasından daha çok, bu ilişkilerin kaliteli olmasını ve kişinin gereksinim duyduğu anda nitelikli kaynaklara ulaşabilmesini ifade eder. Algılanan sosyal destek; strese neden olan faktörlerin ortadan kalkmasında, bu sayede kişilerin psikolojik durumlarının gelişmesinde etkilidir (Yıldız ve Dirik, 2019).

Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından ise sosyal destek, kanser tanısı almış bireylere psikolojik, fiziksel ve finansal yardım sağlamak için ihtiyaç duyulduğunda mevcut olan bir aile, arkadaşlar, komşular ve toplum üyelerinden oluşan bir ağ olarak tanımlanmıştır. Bilindiği üzere sosyal desteğin bileşenleri; duygusal, araçsal, bilgi ve güven (Usta,2012; Özyurt,2007) olmakla birlikte kanser gibi kronik hastalıklarda bunun önemi ortadadır (Usta,2022). Kanser hastasına sosyal destek sağlayanlar genellikle aile, akraba, arkadaşları gibi yakın çevresi ve doktor, hemşire, sağlık personeli gibi mesleklerden oluşan sağlık ekibidir. Hastanın ailesinden, yakın çevresinden ve sağlık ekibi üyelerinden gördüğü maddi ya da manevi desteğin artması kanser sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırır ve bu durum sağ kalım oranlarına yansıyabilir. Literatürde, sosyal destek sistemlerinin stresli olaylar yaşayan bireyler için çok önemli koruyucu faktörler olduğunu ifade edilmektedir (Migerode, Buysee ve Brondeel, 2012). Özellikle kanser tanısı almış hastalar için, sosyal destek, kansere bağlı stresi azaltmada önemli bir rolü olan faktördür (Kim, Han ve Shaw, 2010). Bireyin algıladığı sosyal desteğin, stresli olaylar karşısında bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik anlayışı ile ilişkilendirilebilir (Kroenke, Quesenberry ve Kwan, 2013). Literatürde kanser ile sosyal destekle ilgili

çalışmalara bakıldığında; Meme kanseri olan 584 genç kadının 12,5 yıl boyunca takip edilerek sosyal desteğin sağ kalım üzerine etkisinin incelendiği araştırmaya göre tanı alınmasını takip eden dönemde aile ve arkadaşlarla teması daha yüksek olanların daha düşük mortalite riski ile karşı karşıya olduğu gösterilmiştir (Chou ve diğerleri. 2012). Sosyal desteği düşük olan kişilerin, kan ve idrarında yüksek katekolamin seviyeleri görülmüştür. Bu durum kanser patogenezinde etiyolojik bir faktör olarak tanımlanmıştır (Idahl ve diğerleri. 2018). Amerika'da 2004-2008 yılları arasında kanser tanısı alan bir milyonun üzerinde sayıda hastanın incelendiği epidemiyolojik çalışmada bekâr hastaların evli hastalara göre metastatik kanser gelişimi, yetersiz tedavi alma ve kanser kaynaklı ölüm açısından daha yüksek risk altında oldukları bulunmuştur (Aizer ve diğerleri, 2013). Bu çalışma kanser tanı, tedavi ve sağ kalımında sosyal desteğin olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Araştırmalar sosyal desteğin kanser tanısı almış bireyler de fiziksel sağlık, var olan duruma karşı uyum, iyilik hali, yaşam kalitesi ve genel sağ kalımı üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermektedir (Usta,2012; Nausheen, Gidron, Peveler, Moss-Morris, 2009; Dedeli, Fadıloğlu ve Uslu, 2008; Gonzalez ve diğerleri, 2016; Aksoy ve Çevik 2021). Çalışmalar kanser hastalığından kurtulan kişilerde sosyal desteğin artırılmasının, depresyon ve anksiyete semptomlarının etkilerini azaltarak yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediğini rapor etmiştir (Huang, 2013; Ng, Mohammed, 2015). Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının cerrahi tedavi sürecinde, algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek olanların ameliyat sonrası hastanede kalış sürelerinin azaldığını bildirilmektedir (Krampe ve diğerleri, 2018; Adogwa ve diğerleri, 2017). Rokach ve arkadaşları (2013) kanser hastaları ve bakım verenlerin yalnızlıkla baş etme stratejileri ile ilgili yaptıkları çalışmada, yüksek sosyal destek düzeyinin hastaların yalnızlık düzeylerini azalmaya ve yalnızlıkla baş etme stratejilerini geliştirdiğini ortaya koymuştur (Rokach, Findler, Chin, Lev ve Kollender,2013). Gonzalez Tejada ve ark (2016), Kolorektal kanser hastalarında sosyal destek, fonksiyonel durum ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde değişiklik ile anksiyete ve depresyondaki değişiklikler arasındaki ilişki isimli 957 koleraktal kanseri hasta ile yaptıkları çalışmada, sosyal destek artıkça fiziksel, bilişsel ve sosyal işlevsellikte ve uykusuzlukta iyileşmeler görüldüğü, kaygı ve depresyonda azalmalar olduğu belirlenmiştir (Gonzalez-Saenz de Tejada ve diğerleri, 2016). Zhang ve ark (2017) yılında meme kanseri hastalarda sosyal desteğin aracı rolünün araştırılması

isimli çalışmalarında; daha güçlü sosyal desteğe sahip katılımcılar, daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Zhang, Zhao, Cao ve Ren, 2017).

2.5. Kanser Süreci ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği

Kanser hastaları ve aileleri için psikososyal bakımın önemini destekleyen çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Literatürde kanser tanı ve tedavisinin yaşamın birçok alanında derin etkiler yaratma potansiyeline sahip olduğu ve yaşam kalitelerini etkileyebilecek önemli geçici ve/veya kalıcı psikososyal sorunlara yol açabileceği yaygın olarak vurgulanmıştır (Middleton, 2014). Mitchell ve ark. (2011) yaptıkları meta-analiz çalışmasında kanser tanısı alan bireylerle yapılan birçok çalışma hastaların psikolojik sıkıntı yaşadıklarını rapor etmiştir. (Mitchell ve diğerleri, 2011). Bu psikolojik sıkıntılardan en sık yaşanılanlarının anksiyete-depresyon olduğu belirtilmiştir. Bunun yanısıra yaşanılan psikososyal sorun alanlarından birinin de insanın spiritüel yönün olduğu pek çok çalışmada belirtilmiştir. Kanser tanısı alan bireyin biyopsikososyal sorunlarla başa çıkmasında önemli olduğu düşünülen ve çalışmalarla ortaya konan algılanan aile sosyal destek kavramıdır. Aile tarafından algılanan sosyal desteğin olumlu olması halinde başa çıkmayı güçlendirerek bireyin yaşam kalitesini artırdığı, olumsuz olması halinde ise bireyin sorunlarıyla baş etmesinde güçlükler yaşadığı bilinmektedir. Literatürde kanser hastalarının hastalığın her aşamasında yüksek düzeyde psikososyal gereksinimlere sahip olduğunu ve karşılanmayan psikososyal gereksinimlerin yaygın olduğunu belirlemiştir (Carlson, Waller, Mitchell, 2012; Harrison, Young, Price, Butow, Soloman, 2009; Morrison ve diğerleri, 2012). Etkili psikososyal bakım, bu sorunların günlük yaşam üzerindeki etkilerini ortadan kaldırmaya veya azaltmaya yardımcı olabilir (Legg, 2011). Karşılanmayan psikososyal sorunların hastalar, aileleri, toplum ve sağlık sistemi açısından maliyeti yüksek olduğu bilinmektedir (Carlson ve Bultz, 2003). Yapılan çalışmalara göre onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin hastaların fizyolojik sorunlarına odaklandığını, psikososyal sorunlarını ele almadığını göstermektedir (Sjödén, 2000). Hemşirelerin hastalarının psikososyal ihtiyaçlarını önemsedikleri ancak değerlendirme ve müdahalede güçlük yaşadıkları görülmektedir (Güner, Hiçdurmaz, Yıldırım ve İnci, 2018). Bu anlamda psikososyal bakımın verilmesini engelleyen bu boşluk klp hemşiresinin varlığıyla doldurulabilir.

Fiziksel tedavi ve psikososyal bakım, ruhsal tedaviyi birbirine entegre etmek amacıyla Dünya'da Konsultasyon Liyazon Psikiyatri (KLP) birimleri oluşturulmuş ve bu gereksinimlerin bu birimlerde giderilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda düşünüldüğünde kanser tanısı alan bireylere bütüncül bakım felsefesi benimsenerek yaklaşılması önem taşımaktadır. Bu bütüncül bakımın sağlanmasında ise konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresinin rolü oldukça değerlidir (Kerin, 2020). KLP hemşiresinin eğitim, araştırma, klinik ve idari rolleri vardır. KLP hemşiresinin araştırmacı rolünü kullanarak bireylerin yaşam kalitesini, etkileyen değişkenleri belirleyerek psiko-eğitim müdahalelerini planlaması ve yürütülmesi bütüncül bakımın sağlanması açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda kanser tanısı almış bireylerin öz bakım, cinsellik ile ilgili sorunlarda, sosyal ve spiritüel alanlarda yaşamış oldukları duygusal sıkıntılar var ise tespit edilmeli ve bu durumda da temel düzeyde psikososyal müdahaleler uygulamalıdır (Can, 2014). Bu da KLP hemşiresinin liyezon bağlamında yürüteceği işlerde hastaların psikososyal ihtiyaçlarını gözden kaçırmamak mümkündür. KLP hemşiresinin etki alanlarından olan gruplardan biri de hastanede ekibi oluşturan sağlık çalışanlarıdır. Onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından psikososyal gereksinimlerin nasıl ele alınacağı, ne gibi müdahaleler planlanabileceği konusunda eksiklikler yaşanması durumunda KLP hemşiresinin ekibe danışmanlık vermesi ile sorunun çözüleceği düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Planlanan bu çalışma ile kanser tanısı almış bireylerin yaşama kalitesi, spiritüel/manevi iyilik, anksiyete-depresyon ve aile sosyal destek algıları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

Kanser tanısı alan bireylerin;

1-Yaşam kalitesi, spiritüel/manevi iyilik hali ,anksiyete-depresyon, aile sosyal destek düzeyleri nasıldır?

2- Yaşam kalitesi, spiritüel/manevi iyilik hali,anksiyete-depresyon, aile sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?

3- Kanser hastalarının spiritüel/manevi iyilik hali, depresyon, anksiyete, aile sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkide yaşam kalitesinin aracı rolü var mıdır?

3.3. Araştırmanın Şekli

Kanser tanısı almış hastaların yaşam kalitesinin spiritüalite, depresyon anksiyete ve aile sosyal destekle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma deseni kullanılarak yapılmış bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer Özellikleri ve Zaman

Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Onkoloji Hastanesinde Gastro- Cerrahi Servisi, Cerrahi onkoloji Servisi, Radyasyon Onkoloji Servisi, Medikal onkoloji servisi ve bu servislerin poliklinik birimlerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde yapılmıştır.

Gastro-Cerrahi Servisi Onkoloji Hastanesi' nin 9.katında 3 bloktan oluşmaktadır. Toplamda 66 yatak vardır. Her üç kulede toplam 35 hemşire çalışmaktadır. Günlük operasyon sayısı 20-30 kişi arasında olmasına rağmen, onkolojik cerrahi yapılan hasta sayısı günlük 5-10 kişi arasındadır. 4 adet poliklinik hizmeti vardır. Cerrahi Onkoloji Servisi Onkoloji Hastanesin de 6. Katta yer alan 24 yataklı yaklaşık 13 hemşirenin çalıştığı bir kliniktir. Günlük vaka sayısı 10-12 arasındadır. 2 adet poliklinik hizmeti vardır. Medikal Onkoloji Servisi Onkoloji Hastanesi 3. Katta 3 bloktan oluşmakta ve toplamda 66 yatak kapasitesine sahiptir. Yılda yaklaşık 2000 hasta medikal onkoloji servinde tedavi görmektedir. 14 poliklinik hizmeti vardır. Radyasyon Onkoloji Servisi Onkoloji Hastanesi 5. Katta tek bloklu 21 yataklı bir servistir. 3 poliklinik hizmeti vardır.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde hastaların primer doktorları ve hemşireleri tarafından hastaların hastalıkla ve hastalığın getirmiş olduğu problemlerin başetme ile ilgili aksamalar fark ederse psikiyatri birimine ya da psikologa konsülte edilmektedir. Aynı zamanda sağlık bakanlığına bağlı sağlık tesislerindeki hasta-yakınları ve hastane personelinin kendi talepleri ile, içinde bulundukları şartlar göz önünde bulundurularak kişilere dini konularda danışmanlık/rehberlik yapmak, moral, motivasyon ve manevi destek hizmeti sunmak amacıyla manevi destek birimleri oluşturulmuştur. Hastane kalite evraklarında KLP birimi görev tanımı oluşturulmuş olmasına rağmen KLP birimi/ünitesi henüz açılmamıştır. https://ankarasehir.saglik.gov.tr/ Erişim tarihi. 05.08.2022)

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Şehir Hastanesi Onkoloji Hastanesi, Gastro-Cerrahi Servisi, Cerrahi onkoloji Servisi, Radyasyon Onkoloji Servisi, Medikal onkoloji Servisi ve bu servislerin poliklinik birimlerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi' nden tedavi alan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, Ankara Şehir Hastanesi Onkoloji Hastanesi, 15.02.2022-21.05.2022 tarihleri arasında Gastro-Cerrahi Servisi, Cerrahi onkoloji Servisi, Radyasyon Onkoloji Servisi, Medikal onkoloji Servisi ve bu servislerin poliklinik birimlerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi' nde tedavi alan hastalardan kanser tanısı almış, tanı konma aşamasının üzerinden bir ay geçmiş, 18 yaş üzeri olan, Türkçe okuma yazma bilen temel görüşme ve ölçekleri anlayacak cevap verecek yeterli düzeye sahip olan, psikiyatrik

sorunları olmayan hastalar dâhil edilmiştir. Örneklem sayısı G*power, 3.1.7 versiyonu kullanılarak kurulacak yapısal eşitlik modelindeki bağlantı sayılarından hareket ederek hesaplanmıştır. 8 bağlantı sayısından (3 regresyon, 4 varyans, 1 kovaryans) her bir bağlantı sayısının 10 katı ile 20 katı arasında olacak şekilde örneklem genişliği 80-160 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma için 425 kişi ile görüşülmüş bu araştırmada çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 304 kişi ile çalışılmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen kişilerin çoğunluğu (n:72) hastalık ve tedavilerine bağlı olarak yorgunluk ifade etmiştir. İşlem ve tedavilerin de aksama olabileceği ve hasta ile yeterli iletişim sağlanamadığı için çalışma kapsamına dahil edilemeyen diğer gruplardır (n=49).

Araştırma kapsamına alınan tüm hastalardan araştırmaya yönelik bilgilendirilerek sözlü onamları alınmıştır.

3.6. Etik Onay

Araştırmanın planlama aşamasında araştırmada kullanılan, EORTC-QLQ- 30 version.3.0, Facıt- SP- 12 version 4., Genel Sağlık Anketi (GSA12) ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) Türkçe formunu geliştiren yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Bkz. EK-9, EK-10 EK-11, EK12).

- Araştırmaya başlanmadan önce Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.01.2021 tarih ile etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-1).
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları veri toplamaya başlamadan önce alınmıştır ve onamlar anket formunun ön bölümünde belirtilmiştir.
- Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden E-72300690-799/30.06.2021 sayılı çalışma izni alınmıştır. (Bkz. EK-8)

3.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşaması Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar, araştırmacı tarafından yüz yüze veri toplama yöntemi kullanılarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kanser tanısı konulan bireyler ile yürütülmüştür. Uygulamanın

başında katılımcılara araştırma ile ilgili yazılı (Gönüllü Katılım Formu İle) bilgi verilmiştir (Ek-2). Hazırlanan Gönüllü Katılım Formu ile katılımcılara araştırmanın amacı, kimlik belirleyeceği bilgilerin istenmeyeceği, cevapların gizli tutulacağı ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiş, katılımcıların yazılı ve sözlü onayları alınmıştır. Araştırmacı hastane çalışanı olduğu için katılımcıların vereceği yanıtları etkilemesini önleyeceği düşünüldüğünden mesai saatleri dışında yattıkları serviste, kontrol ve tedavi için geldikleri poliklinik birimlerinde katılımcılara ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara veri toplama formları dağıtılmıştır. Yatan hastalar veri toplama formlarını odalarında cevaplamıştır. Poliklinik hastalarına ise veri toplama formlarını cevaplamaları için hastanede bir oda ayarlanmıştır. Katılımcıların soruları olması ihtimaline karşın dışarda beklenmiştir. Bir katılımcının ölçekleri doldurma süresi ortlama 15-20 dakika arasında sürmüştür.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin öğrenilebilmesi amacıyla Tanıtıcı Veri Formu (Bkz. EK-3), yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi için EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (Bkz. EK-4), spiritüalite/manevi iyilik hali düzeyinin belirlenmesi için FACIT-Sp-12 (Bkz. Ek-5), anksiyete-depresyon düzeyinin değerlendirilmesi için Genel Sağlık Anketi (Bkz. Ek-6) ve aile sosyal destek algısının değerlendirilmesi için Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (Bkz. Ek-7) kullanılmıştır.

3.8.1. Tanıtıcı bilgi formu

Literatürden yola çıkılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda katılımcıların sosyodemoğrafik özellikleri; (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma süresi, aylık geliri, yaşadığı il, kiminle yaşadığı çocuk sayısı) olmak üzere 11 tane soruya yer verilmiştir. Tedavi ve hastalığa ilişkin özellikler de kullanılan ilaç varlığı, sürekli tedavi gördüğü başka hastalığın varlığı, ailede başka kanser öyküsü varlığı, hastalık süresi, alınan tedaviler, kanserin evresi metastaz varlığı ile ilgili 10 soru ayrıca sigara ve alkol kullanımı, hastalık süresince manevi destek alıp almadığı ile ilgili bilgilerin elde edilmesini sağlayacak toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2. "EORTC QLQ-C30 version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği

"EORTC QLQ-C30 Version 3.0 Yaşam Kalitesi Ölçeği" "Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü (EORTC) (2001) tarafından geliştirilmiştir. EORTC QLQ-C30 Version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği kanser tanısı alan hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir ölçektir." Ölçek "genel iyilik hali", "fonksiyonel alan" (fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon) ve "semptomlar" (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı, ishal, kabızlık, maddi zorluk) olmak üzere üç alt başlık ve 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten 0 ile 100 arasında puan alınmaktadır. Ölçeğin ilk 28 sorusu Dörtlü likert tipli sorulardan oluşurken, 29. ve 30. sorularda ise hastadan 1"den 7"ye kadar sağlığını ve yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümden ve fonksiyonel alandan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Semptomlar bölümünden ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. "Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından 2003 yılında yapılmış ve Cronbach"s Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (Beşer ve Öz 2003).

3.8.3. FACIT-Sp-version 4: Manevi iyilik hali ölçeği

FACIT-Sp-12 (Version 4). (Manevi İyilik Ölçeği): Ölçek kanser hastalarında ve diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla Peterman ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez,Cella, 2002). Ölçek 5'li likert tipte olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) puanlama sistemine sahiptir. Ölçeğin Anlam, Barış ve İnanç olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Anlam alt boyutu, bireyin içsel uyumunu, Barış alt boyutu iç barışını, İnanç alt boyutu ise bireyin dini inançlarında rahatlık ve güç bulma durumunu değerlendirmeyi sağlar. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği Aktürk ve ark. tarafından yapılmıştır Peterman ve ark

ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.81 ve 0.83 arasında belirlemişler (Peterman, Fitchett, Braddy, Hernandez ve Cella, 2002). Türkçe'ye uyarlayan Aktürk ve ark. ölçeğin toplam Cronbach Alpha değerini 0.87, Anlam alt boyutunu 0.78, Barış alt boyutunu 0.81 ve İnanç alt boyutunu 0.93 olarak belirlemişlerdir (Aktürk, Erci ve Araz, 2017).

3.8.4. Genel sağlık anketi

Genel psikopatoloji düzeyi saptamakta ve toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmakta kullanılmaktadır. Goldberg tarafından 60 soruluk ilk versiyonu 1972 yılında geliştirilmiştir. 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri de oluşturulmuştur. Bütün uyarlamalar birbiriyle yüksek korelasyon göstermektedir (Goldberg, Williams, 1988). GSA-12 ve GSA-28'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Cengiz Kılıç yapmıştır (Kılıç, 1997).

Çalışmamızda kullandığımız GSA-12 formu, 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık" gibi). Bu dört sütun denek tarafından 0,1,2,3 olarak kodlanır, ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak deneğin cevabı kodlanır. Toplam puanın hesaplanması için iki tip puanlama sistemi vardır: GSA tipi ve Likert tipi. Biz çalışmamızda, Cengiz Kılıç'ın da geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kullandığı GSA tipi puanlamayı kullandı. Goldberg tarafından GSA-12 için geliştirilen 0 ve 1'lerin 0; 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlandırılarak hesaplanmasıdır. Goldberg tarafından geliştirilen puanlamada ise kesim noktası 2 olarak kabul edilmektedir (Goldberg ve Williams 1900). Bu araştırmada 0 ve 1'lerin 0; 2 ve 3'lerin 1 olarak puanlandırılması tercih edilmiştir. İki puan ve üzeri alanlar ruhsal hastalık açısından riskli olarak değerlendirilmiştir. Cronbach Alpha değeri 0.73'tür (Goldberg ve Williams 1900; Garyfal los ve diğerleri, 1991). Türkçe' ye uyarlayan Kılıç ölçeğin toplam Cronbach Alpha değerini 0.71 olarak bulmuştur. (Kılıç, 1996).

3.8.5. Kanser hastası sosyal destek ölçeği (KHSDÖ)

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği 2002 yılında Eylen tarafından geliştirilen bir ölçektir. Hastaların, ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından Likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme ölçeği geliştirilmiştir. Otuzbeş maddeden oluşan bu ölçeğin

geliştirilmesi aşamasında ilgili yurtiçi ve yurtdışı yayınlardaki sosyal destek ölçekleri incelenmiş ve elde edilen bilgilerin yardımıyla, duygusal, araçsal, güven ve yardım desteği gibi tüm sosyal destek tiplerini de içerecek biçimde bir sosyal destek hasta formu oluşturulmuştur. Otuzbeş maddeden oluşan KHSDÖ, özellikle kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal desteği ölçmek üzere geliştirilmiştir. Hastaların ailelerinden algıladıkları desteğin derecesini 5'li derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Otuzbeş sorudan oluşan ölçme aracındaki maddelerin 13'ü (4, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30,31, 32, 33) olumsuz, 22'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Deneklerden her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını beşli likert tipi ölçek üzerinde (5) "benim durumuma çok uygun", (4) "benim durumuma uygun", (3) "benim durumuma kısmen uyuyor", (2) "benim durumuma uygun değil" ve (1) "benim durumuma hiç uygun değil", seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde "benim durumuma çok uygun"dan, "benim durumuma hiç uygun değil" seçeneklerine 5'den 1'e olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1'den 5'e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Eylen (2002) tarafından yapılmış ve Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.917 olarak bulunmuştur (Eylen, 2002).

3.9. Verilerin Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 23.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, minumum, maksimum olarak verildi. Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi Kanser tanısı alan bireylerin yaşam kalitesinin spiritüalite, anksiyete-depresyon, aile sosyal destek algısında aracı rolü için elde edilen veriler SPSS(Statistical Package for Social Sciences) paket programı aracılığıyla incelenirken araştırma değişkenlerinin arasındaki ilişkilerin incelenmesi PROCESS MACRO eklentisi aracılığıyla incelenmiştir. SPSS paket programına eklenen ve Hayes (2013) tarafından

geliştirilmiş olan PROCESS MAKRO eklentisinin (Hayes, 2013.), aracı değişken analizlerinde güvenilir sonuçlar vermesinin yanında kullandığı yöntem ve sağladığı kolaylık açısından mevcut araştırma kapsamında uygun bir analiz tekniği olduğu kabul edilmektedir **(**Gürbüz, 2019).

4. BULGULAR

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin spiritüal/manevi iyilik hali, anksiyete/depresyon ve aile sosyal destek algısı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır.

- Kanser tanısı almış bireyler ile ilgili tanıtıcı bilgiler
- Kullanılan ölçeklerin ortalama düzeyleri
- Kanser hastalarının spiritüal/manevi iyilik hali, depresyon/anksiyete düzeyleri, aile sosyal destek algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki
- Kanser hastalarının spiritüal/manevi iyilik hali, depresyon/anksiyete düzeyleri, aile sosyal destek algısı arasındaki ilişkide yaşam kalitesinin aracı rolü

4.1. Kanser Tanısı Almış Bireyler ile İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Kanser tanısı alan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1: Kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n:304)

Yaş Ort.±SD (Min-Maks)		58,1±12,9 (6-88)	
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	141	46,4
	Erkek	163	53,6
Medeni Durum	Evli	253	83,2
	Bekar	51	16,8
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	27	8,9
	Okuryazar	42	13,8
	İlköğretim	116	38,2
	Lise	71	23,4
	Üniversite	43	14,1
	Lisansüstü	5	1,6
Meslek	Çalışmıyor	32	10,5
	Ev hanımı	86	28,3
	İşçi	29	9,5
	Memur	35	11,5
	Emekli	94	30,9
	Diğer	28	9,2
Sosyal Güvence	Var	280	92,1
	Yok	24	7,9
Çalisma Süresi	1 yıl altı	3	1,0
	1-5 yıl arası	10	3,3
	6-10 yıl	10	3,3
	11-15 yıl	17	5,6
	15 yıl üzeri	155	51,0
	Hiç çalışmadı	109	35,9
Aylık Gelir	Az	194	63,8
	Fazla	23	7,6
	Esit	87	28,6

		Sayı	Yüzde
Yaşadığınız Yer	İç Anadolu Bölgesi	181	59,5
	Güney Doğu Anadolu Bölgesi	25	8,2
	Marmara Bölgesi	16	5,3
	Ege Bölgesi	11	3,6
	Akdeniz Bölgesi	8	2,6
	Karadeniz Bölgesi	36	11,8
	Doğu Anadolu Bölgesi	27	8,9
Kiminle Yaşadığı	Tek başına	55	18,1
	Geniş aile	40	13,2
	Çekirdek aile	201	66,1
	Diğer	8	2,6
Çocuk	Evet	281	92,4
	Hayır	23	7,6

Çizelge 4.1. de kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin yaş ortalamasını (Yaş Ort.±SD (Min-Maks) 58,1±12,9 (6-88)) olan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin %53,6 sının erkek ve %83,2' sinin evli olduğu bulunmuştur. Kanser tanısı almış bireylerin %38,22 si ilköğretim ve %23,4' ü lise mezunudur Örneklemi oluşturan kanser tanısı almış bireylerin çoğunluğu emekli (%30,9) ve ev hanımı (%28,3) dır.. Çalışmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin %92,1' nin sosyal güvencesi vardır ve %51,0 15 yıl ve üzeri çalışmıştır. Kanser tanısı almış bireylerin %63,8' i aylık gelirini az olarak ifade etmiştir. Örneklemi oluşturan kanser tanısı almış bireylerin % 59,5' i İç Anadolu Bölgesinde, % 66,1' i çekirdek aile düzeninde yaşamakta ve % 92,4' nün çocuğu vardır.

Çizelge 4.2: Kanser tanısı almış bireylerin hastalığa ilişkin değişkenleri

		Sayı	Yüzde
Sürekli Tedavi Gördüğü Başka Hastalık	Evet	131	43,1
	Hayır	173	56,9
Kullanılan Başka İlaç	Evet	131	43,1
	Hayır	173	56,9
Ailede Başka Kanser Öyküsü	Evet	176	57,9
	Hayır	128	42,1
Hastalık Süresi	3-6 ay	85	28,0
	6-12 ay	77	25,3
	12 ay ve üzeri	66	21,7
Tedaviler	Cerrahi operasyon	38	12,5
	Radyoterapi	13	4,3
	Kemoterapi	72	23,7
	Hormonterapi	2	0,7
	Tedavi almadım	29	9,5
	Kemoterapi- radyoterapi	46	15,1
	Kemoterapi- radyoterapi	13	4,3
	Cerrahi operasyon-kemoterapi	56	18,4
	Cerrahi operasyon-kemoterapi ve radyoterapi	35	11,5
Sigara Kullanımı	Evet	102	33,6
	Hayır	202	66,4
Alkol Kullanımı	Evet	42	13,8
	Hayır	262	86,2
Manevi Destek	Evet	243	79,9
	Hayır	61	20,1
Kanserin Evresi	Evre 1	25	8,2
	Evre 2	112	36,8
	Evre 3	106	34,9
	Evre 4	61	20,1
Metastaz Varlığı	Evet	146	48,0
	Hayır	158	52,0
Kanser Türü	Sindirim sistemi kanserler	133	43,8
	Akciğer-solunum kanserleri	52	17,1
	Baş-boyun kanserleri	17	5,6
	Meme kanseri	40	13,2
	Hemotolojik kanserler	13	4,3
	Kemik kanserleri	10	3,3
	Jinekolojik kanserler	15	4,9
	Üriner sistem kanserleri	24	7,9

Çizelge 4.2. de kanser tanısı almış bireylerin hastalığa ilişkin değişkenleri verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kanser tanısı almış kişilerin %56, 9'nun hem

başka tedavi aldığı bir hastalığı hem de kullandığı başka bir ilaç varlığı yoktur. Kanser tanısı almış bireylerin % 57,9' nun ailesinde kanser tanısı almış bireyler vardır. Hastalık süresi çoğunlukla 3-6 ay (% 28,0) ve 6-12 ay (%25,3) olarak belirlenmiştir. Kanser tanısı almış bireylerin %23,7' si sadece kemoterapi tedavisi alırken %15,1 hem kemoterapi hem de radyoterapi tedavisini almıştır. Kanser tanısı almış bireylerin %79,9 'u aile ve/veya profesyonel manevi destek almıştır. Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin %66,4' ü sigara kullanmazken %13,8' i alkol kullanmıştır. Kanser tanısı almış bireylerin kanser evreleri çoğunlukla Evre 2 (%36,8) ve Evre 3 (%34,9) dür. Araştırmayı kanser tanısı almış bireylerin %43, 8'ni sindirim sistemi kanserleri oluştururken %48,0' ında ise organ/ doku metastazı vardır.

Çizelge 4.3: Ölçek ortalama puanları

	Ort.±SD
Sosyal Destek Algısı	139,8±30,4
GSA-12	6,6±3,5
FACIT-Sp-version 4: Manevi iyilik ölçeği	
Anlam	9,4±2,9
Barış	6,9±3,3
İnanç	11,0±4,8
Toplam	27,3±9,0
EORTC QLQ-C30	
Genel sağlık	33,5±28,1
Fonsiyonel durum	
Fiziksel işlev	48,0±31,5
Rol işlevi	49,7±34,2
Zihinsel işlev	48,9±30,2
Duygusal işlev	73,7±27,0
Sosyal işlev	44,9±28,5
Semptom durumu	
Yorgunluk	59,4±27,8
Bulantı-kusma	33,8±34,7
Ağrı	54,2±28,2
Dispne	28,8±34,4
Uykusuzluk	38,8±32,9
İştah kaybı	60,9±36,3
Kabızlık	28,6±34,2
İshal	15,9±29,3
Maddi zorluk	38,7±34,0

Araştırma kapsamına alınan kanser tanısı almış bireylerin EQORTC- QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık puan ortalaması 33,5±28,1 olarak bulunmuştur.

Fonksiyonel durum alt grup ortalamaları değerlendirildiğinde fiziksel işlev 48,0±31,5, rol işlevi 49,7±34,2, zihinsel işlev 48,9±30,2, duygusal işlev 73,7±27,0, sosyal işlev 44,9±28,5 olarak bulunmuştur. Semptomlar alt grup içerisinde yorgunluk puan ortalaması 59,4±27,8, bulantı-kusma puan ortalaması 33,8±34,7, ağrı puan ortalaması 54,2±28,2, dispne puan ortalaması 28,8±34,4, uykusuzluk puan ortalaması 38,8±32,9, iştah kaybı puan ortalaması 60,9±36,3, kabızlık puan ortalaması 28,6±34,2, ishal puan ortalaması 15,9±29,3, maddi zorluk puan ortalaması 38,7±34,0' dır. Araştırma kapsamına alınan kanser tanısı almış bireylerin FACIT Sp 12 manevi iyilik ölçeği puan ortalaması toplam 27,3±9,0 olarak bulunmuştur. Alt grup ortalamaları değerlendirildiğinde anlam boyutu 9,4±2,9 barış boyutu 6,9±3,3 ve inanç boyutu 11,0±4,8' dır. Araştırma kapsamına alınan kanser tanısı almış bireylerin GSA ölçek puanı ortalaması 6,6±3,5, sosyal destek algısı ölçek ortalaması 139,8±30,4'dır.

Çizelge 4.4: Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişki

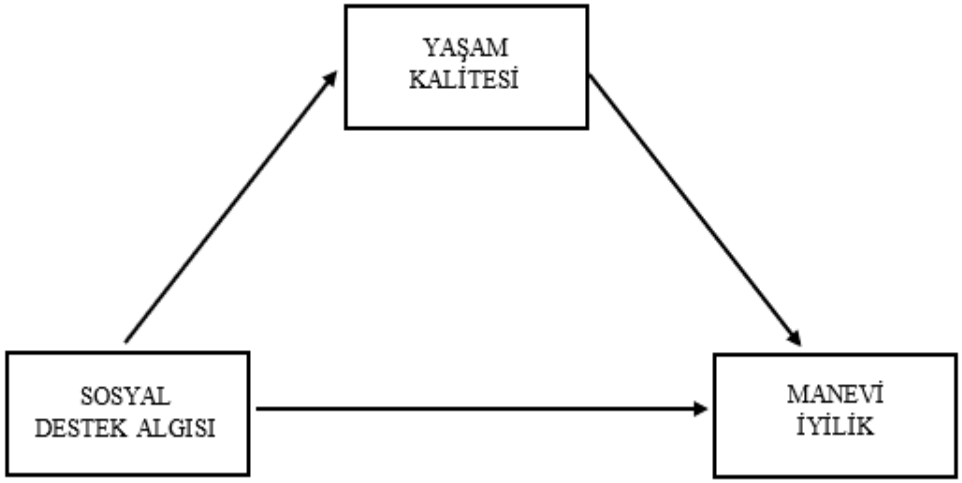
		1	2	3	4	5	6
1- Kanser Sosyal Destek Ölçeği (KSDÖ)	r	1.000	0.547	-0.387	0.237	-0.214	0.288
	p	-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
2- Manevi İyilik Ölçeği (FACİT-Sp 12)	r		1.000	-0.646	0.460	-0.375	0.424
	p		-	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
3- Depresyon/Anksiyete(GSA-12)	r			1.000	-0.577	0.502	-0.399
	p			-	0.000*	0.000*	0.000*
4- Fonksiyonel Boyutu(EORTC QLQ-C30)	r				1.000	-0.744	0.628
	p				-	0.000*	0.000*
5- Semptom Boyutu (EORTC QLQ-C30)	r					1.000	-0.653
	p					-	0.000*
6- Genel Sağlık Boyutu (EORTC QLQ-C30)	r						1.000
	p						-

*p<0.05

Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda, aile sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik arasında ($r=0.547$, $p<0.05$), yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında ($r=0.237$, $p<0.05$) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında ($r=0.288$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ve depresyon/anksiyete arasında ($r=-0.387$, $p<0.05$) ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında ($r=-0.214$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Spiritüel/Manevi iyilik ile yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında ($r=0.460$, $p<0.05$) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında ($r=0.424$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ve depresyon/anksiyete arasında ($r=-0.646$, $p<0.05$) ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında ($r=-0.375$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresyon/anksiyete ile yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında ($r=-0.577$, $p<0.05$) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında ($r=-0.399$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında ($r=0.502$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

REGRESYON VE ARACILIK ANALİZLERİ

MODEL 1:



Şekil 4.1 : 1. Model. Sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik hali arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

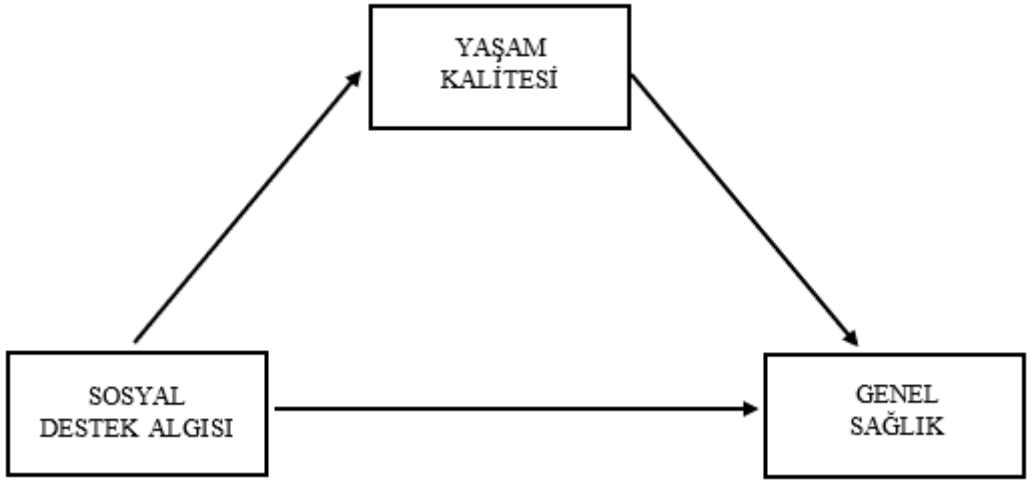
Çizelge 4.5: Sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik hali arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

Model	Aracı Değişken	Etki		Beta	Standart Hata	t	p	Sonuç
1	Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Spiritüel/Manevi İyilik Hali	Etki	0.1909	0.0168	11.3525	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	0.1620	0.0158	10.2261	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (0.0140, 0.0452)				Anlamlı
2	Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Spiritüel/Manevi İyilik Hali	Etki	0.1909	0.0168	11.3525	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	0.1707	0.0164	10.4304	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (0.0091, 0.0030)				Anlamlı
3	Yaşam kalitesi Genel Sağlık alt boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Spiritüel/Manevi İyilik Hali	Etki	0.1909	0.0168	11.3525	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	0.1617	0.0166	9.7450	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (0.0172, 0.0432)				Anlamlı

*$p<0.05$

Oluşturulmuş olan modelde aracılık rolüne bakılmadan önce bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Aile sosyal destek algısının spiritüel/manevi iyilik hali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmüştür (β=0.1909, $p<0.05$). Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisi anlamlı iken, bu etkide aracı rolü olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen modelin sonuçlara göre %95 güven aralığındaki değerlerin 0'ı içermemesi modelde yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu göstermektedir (0.0140, 0.0452). Aracı rolü var olduğu kararı verildikten sonra bu aracı rolünün türüne karar vermek için doğrudan etkinin anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bunun sonucunda doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=0.1620, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "semptom" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (0.0091, 0.0030). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=0.1707, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (0.0172, 0.0432). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=0.1617, $p<0.05$). (MODEL-1)

MODEL 2:



Şekil 4.2: 2. Model. Sosyal destek algısı ile genel sağlık düzeyleri (anksiyete/depresyon) arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

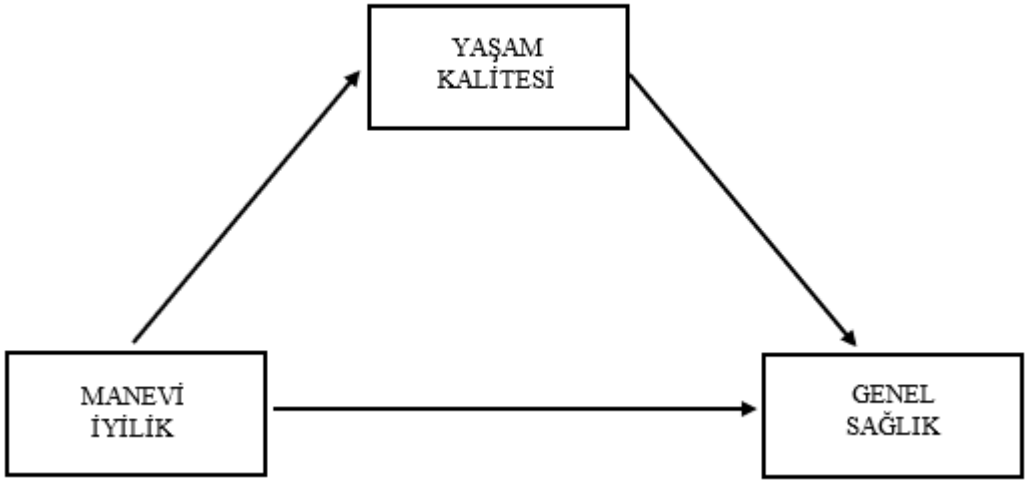
Çizelge 4.6: Sosyal destek algısı ile genel sağlık düzeyleri (anksiyete/depresyon) arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

Model	Aracı Değişken	Etki		Beta	Standart Hata	t	p	Sonuç
1	Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Genel Sağlık Düzeyleri (Depresyon/ Anksiyete)	Etki	-0.0978	0.0134	-7.2838	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.0670	0.0116	75.7597	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.0463, -0.0158)				Anlamlı
2	Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Genel Sağlık Düzeyleri (Depresyon/ Anksiyete)	Etki	-0.0978	0.0134	-7.2838	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.0740	0.0122	-6.0702	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.0383, -0.0108)				Anlamlı
3	Yaşam Kalitesi Genel Sağlık Alt Boyutu	Sosyal Destek Algısı→ Genel Sağlık Düzeyleri (Depresyon/ Anksiyete)	Etki	-0.0978	0.0134	-7.2838	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.0749	0.0133	-5.6429	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.0342, -0.0129)				Anlamlı

*$p<0.05$

Oluşturulmuş olan modelde aracılık rolüne bakılmadan önce bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Kanser hastası sosyal destek algısının genel sağlık düzeyleri (depresyon/ anksiyete) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkisi olduğu görülmüştür (β=-0.0978, $p<0.05$). Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisi anlamlı iken, bu etkide aracı rolü olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen modelin sonuçlara göre %95 güven aralığındaki değerlerin 0'ı içermemesi modelde ''fonksiyonel'' alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu göstermektedir (-0.0463, -0.0158). Aracı rolü var olduğu kararı verildikten sonra bu aracı rolünün türüne karar vermek için doğrudan etkinin anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bunun sonucunda doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.0670, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "semptom" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (-0.0383, -0.0108). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.0740, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (-0.0342, -0.0129). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.0749, $p<0.05$). (MODEL-2)

MODEL 3:



Şekil 4.3: 3. Model. Spiritüel/manevi iyilik hali ile genel sağlık düzeyleri (anksiyete/depresyon) arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

Çizelge 4.7: Spiritüel/manevi iyilik hali ile genel sağlık düzeyleri (anksiyete/depresyon) arasında yaşam kalitesinin aracı rolü

Model	Aracı Değişken	Etki		Tahmin	Standart Hata	t	p	Sonuç
1	Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyutu	Spiritüel/Manevi İyilik Hali → genel sağlık düzeyleri **(**anksiyete/depresyon**)**	Etki	-0.4680	0.0318	-14.7003	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.3494	0.0327	-10.6905	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.1536, -0.0857)				Anlamlı
2	Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutu	Spiritüel/Manevi İyilik Hali → genel sağlık düzeyleri **(**anksiyete/depresyon**)**	Etki	-0.4680	0.0318	-14.7003	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.3858	0.0320	-12.0590	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.1168, -0.0515)				Anlamlı
3	Yaşam Kalitesi Genel Sağlık Alt Boyutu	Spiritüel/Manevi İyilik Hali→ genel sağlık düzeyleri **(**anksiyete/depresyon**)**	Etki	-0.4680	0.0318	-14.7003	**0.0000***	Kabul
			Doğrudan Etki	-0.4211	0.0346	-12.1622	**0.0000***	Kabul
			Dolaylı Etki	Güven Aralığı (-0.0850, -0.0175)				Anlamlı

*$p<0.05$

Oluşturulmuş olan modelde aracılık rolüne bakılmadan önce bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Spiritüel/Manevi iyilik halinin genel sağlık düzeyleri **(**anksiyete/depresyon**)** üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkisi olduğu görülmüştür (β=-0.4680, $p<0.05$). Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisi anlamlı iken, bu etkide aracı rolü olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen modelin sonuçlara göre %95 güven aralığındaki değerlerin 0'ı içermemesi modelde yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu göstermektedir (-0.1536, -0.0857). Aracı rolü var olduğu kararı verildikten sonra bu aracı rolünün türüne karar vermek için doğrudan etkinin anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bunun sonucunda doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.3494, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "semptom" alt boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (-0.1168, -0.0515). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.3858, $p<0.05$). Elde edilen modelin sonuçlara göre, yaşam kalitesinin "genel sağlık" al boyut değişkeninin aracı rolünün olduğunu görülmektedir (-0.0850, -0.0175). Ayrıca doğrudan etkinin anlamlı olduğu fakat etki katsayısının azaldığı görülmüştür ve kısmi aracı olduğu kararı verilmiştir (β=-0.4211, $p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kanser tanısı almış bireylerde yaşam kalitesinin, depresyon-anksiyete, spiritüel/manevi iyilik hali ve kanser hastalarında sosyal destek düzeyleri ile ilişkisinin varlığı ve bu değişkenler üzerinde yaşam kalitesinin aracı rolü tartışılmıştır

Kanser tedavisindeki ilerlemeler genel olarak kanser hastalarının yaşam beklentilerinin uzamasına yardımcı olmuştur. Bu nedenle, kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi (QOL), kanser tedavisinin giderek daha önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Gerçekten de, yaşam kalitesi ile kanser sağkalımı arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir (De Aguiar, Bergmann ve Mattos 2014). Kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesine katkıda bulunan çeşitli faktörler arasında, spiritüalite/maneviyat giderek artan bir ilgi görmüştür (Bovero, Leombruni, Miniotti ve diğerleri. 2016; Bai ve Lazenby, 2015). Olumlu katkıda bulunan bir diğer faktör ise aile sosyal destek algısıdır (Hill, 2016). Bunlara karşın hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bilinen faktörlerden biri de anksiyete-depresyon düzeylerinin yüksek olmasıdır (Chan, Wan Ahmad, Yusof ve diğerleri, 2015; Vodermaier ve Millman, 2011). Spiritüel/Manevi iyilik hali ve algılanan aile sosyal destek değişkenlerinin yaşam kalitesi üzerinde rollerini incelemek ve bu tür ilişkilerde olası bir yolu araştırmak, kanser tanısı alan bireyler arasında anksiyete/depresyon yaşanma riskini azaltabilir. Bu çalışmanın sonuçları, spiritüel/manevi iyilik halinin ve algılanan aile sosyal desteğin anksiyete/depresyon üzerinde doğrudan etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesinin aracı rolü olduğu hipotezini desteklemektedir.

Yapılan bu çalışmada ana bulgular aşağıdaki gibi özetlenebilir. Yaşam kalitesinin aile sosyal destek algısının spiritüel/manevi iyilik üzerinde kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur (Bkz.MODEL-1). Ayrıca aile sosyal destek algısının spiritüel/manevi iyilik üzerinde pozitif yönde doğrudan etkisi bulunmakta olup ve bu durumun %16,20'unu açıklamaktadır. Kanser tanısı alan bireylerin aile sosyal destek algıları arttıkça spiritüel/manevi iyilik düzeylerinin arttığını söyleyebiliriz. Sosyal

destek ile spiritüel/manevi iyiliği araştıran literatüre bakıldığında; Ciria-Suarez ve ark (2021) kanser hastalarında maneviyata katkı olarak iyimserlik ve sosyal destek adlı çalışmada evli ve/veya partneri olan kişilerde partneri olmayanlara göre anlamlı daha yüksek spiritüel/manevi iyilik puanlara sahip olduğu bulunmuştur (Ciria Suarez ve diğerleri, 2021). Yapılan bir diğer çalışmada da özofagus kanseri hastalarında daha fazla sosyal destek aldıklarında daha yüksek spiritüel/manevi iyilik düzeylerinin olduğu saptanmıştır (Li, Xue ve Pan, 2022). Çalışma bulgularının literatür ile paralel olduğu söylenebilir (Fombuena ve diğerleri, 2016; Qi ve diğerleri, 2021, Ajoudani, Jafarizadeh ve Kazamzadeh,2019). Birçok kanser hastası, hastalık ve yaşam değişiklikleriyle başa çıkmak için dışsal bir güç kaynağı olarak sosyal desteğe güvenir (Hsieh, Roh ve Lee, 2020). Sosyal destek kaynaklarının aktif, etkin, teselli ve teskin edici olması kişilerin spiritüel/manevi boyutunu destekleyebilir ve kanser tanısı almış bireylerin hastalık veya sorunları ile ilgili olumsuz düşüncelerini, sağlanan sosyal destek ile olumluya çevirmesine yardımcı olabilir. Ayrıca olumlu algılanan sosyal destek, sağlığı geliştirmek için düşünce, duygu ve davranışları düzenlemeye yardımcı olarak, bireyin yaşamdaki anlam duygusunu besleyerek ve sağlığı geliştirici davranışları kolaylaştırarak sağlığı olumlu yönde etkileyebilir.

Literatürde sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu raporlayan çalışmalar bulunmaktadır (Lopes, Bacalhau, Santos, Pereira ve Pereira, 2020; Tejada ve diğerleri, 2015; Yagmur ve Duman, 2016). Bozo ve ark (2014)'de kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmada algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının daha iyi bir yaşam kalitesi puanının olduğunu belirtmişlerdir (Bozo Tathan Yılmaz, 2014). Sosyal desteğin kanser tanısı almış hastalarda aile bireylerinden alınan duygusal desteğin kişinin fiziksel ve psikolojik uyumu ile olumlu ilişkide olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. (Bıkmaz, 2009; Pınar, Okdem, Büyüykgönenç ve Ayhan, 2012; Kugbey, Oppong Asante ve Meyer-Weitz,2020; Lim ve Yi 2009). Literatürde spiritüel/manevi iyilik hali ile sosyal desteğin ilişkisinin olmadığı çalışma sonuçları da vardır (Yoon ve Lee, 2006). Bu doğrultuda algılanan aile sosyal destek, yaşanılan durum ile ilgili stresörlere etki ederek oluşacak olan korkularını ve duygularını ifade ederek paylaşma becerilerini artıracağı için hastanın yaşam kalitesine olumlu yönde etki edeceği düşünülebilinir. Bu bulgular aile sosyal destek algısının olumlu olması halinde hastanın hastalığı kabulü, tedavi sürecini olumlu etkilemesi ile süreç içerisinde yaşadıklarını ifade

edilme fırsatına sahip olabileceğinden yaşam kalitesini artırabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan bu çalışmanın diğer önemli bulgusu ise yaşam kalitesinin aile sosyal destek algısı ve anksiyete/depresyon üzerinde kısmi aracı rolünün olduğudur (MODEL-2). Aile sosyal destek algısının anksiyete/depresyon üzerinde negatif yönde doğrudan etkisi bulunmakta olup ve %6,70'ini açıklamaktadır. Kanser tanısı alan bireylerin ailelerinden aldıkları sosyal destek arttıkça anksiyete/depresyon düzeylerinin düştüğünü söyleyebiliriz. Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda; anksiyete-depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde ilişki olduğu raporlanmıştır (Kumar, Singh, Rae, Singh ve Singh, 2016; Lau, Yim ve Cheung, 2013; Hossain, Akter, Banu ve Mahmud, 2015). Ayrıca yaşam kalitesinin semptom alt boyutu ile pozitif bir yönde ilişki ve etki bulunmuştur. Bu beklenen bir durumdur. Hasta ağrı, uykusuzluk gibi ne kadar çok semptom yaşarsa anksiyete-depresyon görülme, psikososyal açıdan rahatsızlık yaşama riski o kadar artabilir. Hastalık tanısı konulduktan sonra duygusal değişikliklerin (örneğin üzüntü, kaygı) ortaya çıkabileceği ve eğer tespit edilip müdahale edilmezse tedavilerin tamamlanmasından sonra da devam edebileceği bilinmektedir. Yeh ve arkadaşlarının jinekolojik kanser tanısı almış kadın hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada fiziksel semptomların fazla olmasının kaygı ve depresyonu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Yeh, Huang ve Lu, 2019).

Periera ve arkadaşlarının yaptıkları cilt kanseri olan hastalarda yaşam kalitesinde beden imajı ve sosyal desteğin aracı rolünü inceledikleri çalışmada sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmış olup daha fazla sosyal destek yaşam kalitesini artırırken yaşam kalitesinin kötü olması yüksek anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Pereira, Ponte, Ferreira ve Machado, 2017). Yapılan bir çalışmada sosyal desteğin azalmasının depresyon ve stres artışını anlamlı bir şekilde yordadığını belirtmiştir (Fong, Scarapicchia, McDonough, Wrosch ve Sabiston, 2017). Wang ve arkadaşlarının radikal prostatektomi uygulanan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyetelerinin iyileşmesine etki eden faktörlerden birinin de sosyal destek olduğu saptanmıştır (Wang, Luo, Li, Zhou ve Wang, 2022). Yapılan başka bir çalışmada da yüksek düzeyde sosyal destek, işlevsel başa çıkma yoluyla meme kanseri hastalarının depresif ve anksiyete semptomlarını hafifletebileceğini raporlamıştır (Amanian ve diğerleri, 2021). Kanser

tanısı almış bireylerde algılana sosyal destek artması, hastalık ve hastalık süreci hakkında konuşulması ve korkularını ifade etmesi yaşanılan anksiyete ve depresyonu azaltabilir.

Bu çalışmada elde edilen diğer bir bulgu ise yaşam kalitesinin spiritüel/manevi iyilik hali ve anksiyete/depresyon üzerinde kısmi aracı rolünün olduğudur (MODEL-3).Spiritüel/manevi iyiliğin anksiyete depresyon üzerinde negatif yönde doğrudan bir etki bulunmakta ve %34,94'ini açıklamaktadır. Spiritüel/Manevi iyilik hali, hastalığa uyumu kolaylaştıran, psikolojik morbidite düzeylerini azaltan (Fornazari ve Ferreira, 2010) ve sağlık üzerinde olumlu etkisi olan (Pinto ve Ribeiro, 2010) önemli bir başa çıkma stratejisi olarak da kabul edilmiştir. Kanser tanısı almış bireylerin spiritüel/manevi iyilik halleri kişilerin psikososyal olarak olumlu etkileyebilir ve oluşabilecek psikososyal sorunları azaltabilir. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında spiritüel/manevi iyilik hali düzeyi yüksek olan hastalarda daha yüksek yaşam kalitesi saptanıp yaşam kalitesi kötü olanlarda da anksiyete ve depresyon görülme olasılığı artığı belirtilmiştir (Pahlevan- Sharif ve dğerleri, 2021, King ve diğerleri, 2022). Başka bir çalışmada da yaşam kalitesi ve anksiyete ile negatif ilişkili bulunmuşken spiritüel/manevi iyilik hali ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Bovero ve diğerleri, 2016). Spiritüel/Manevi iyilik hali, bireylerin kriz anlarında yaşamı anlamlandırmaya yardımcı olabileceğinden kanser tanısı almak bireylerde farklı bir bakış açısı sağlayarak baş etme becerilerini artırabilir ve böylelikle kaygıyı azaltarak anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltabileceği düşünülmektedir.

Literatürde, spirtüalite/maneviyatın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Cha, Kang, Hyun, Noh, Shin ve Kim, 2019; Bredle, Salsman, Debb, ve diğerleri,2011; Fombuena ve diğerleri, 2016; Hong, Tae, 2013; Jun, Cha ve Lee, 2021). Yapılan diğer bir çalışmada spiritüel /manevi bir bileşen içeren multidisipliner bir müdahalenin, ilerlemiş kanserli hastaların yaşam kalitesinin korunmasına yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Piderman ve diğerleri, 2014). Cha ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada maneviyat ve yaşam kalitesi üzerinde pozitif etki saptanmışken depresyon ise yaşam kalitesi ve maneviyatta olumsuz etki olarak saptanmıştır (Cha ve diğerleri, 2019). Spiritüel/manevi iyilik hali, kanser tanısı alan hastaların iç huzuru ve uyumu bulmalarına fırsat tanıyarak yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalığı nedeni ile tedavi alan hastalarda yaşam kalitesinin spiritüalite/maneviyat, anksiyete- depresyon ve aile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesinin bu değişkenler üzerindeki aracı rolünü inceleyen bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin EQORTC- QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık puan ortalaması 33,5±28,1 olarak bulunmuştur(Bkz. Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin Kanser Hastası Sosyal Destek ölçeği puan ortalaması 139,8±30,4 olarak bulunmuştur(Bkz. Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin Genel Sağlık Anketi (Anksiyete/depresyon) ölçeği puan ortalaması 6,6±3,5 olarak bulunmuştur(Bkz. Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin FACİT-Sp ölçeği puan ortalaması 27,3±9,0 olarak bulunmuştur(Bkz. Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin aile sosyal destek algısı ile spiritüel/manevi iyilik hali arasında (r=0.547) yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında (r=0.237) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında (r=0.288) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ve depresyon/anksiyete arasında (r=-0.387) ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında (r=-0.214) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Bkz. Çizelge 4.4).
- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin spiritüel/manevi iyilik hali ile yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında (r=0.460) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında (r=0.424) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ve depresyon/anksiyete arasında (r=-0.646) ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında (r=-0.375)

istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir($p<0.05$) (Bkz. Çizelge 4.4).

- Araştırmaya katılan kanser tanısı almış bireylerin depresyon/anksiyete ile yaşam kalitesinin "fonksiyonel" alt boyutu arasında ($r=-0.577$) ve yaşam kalitesinin "genel sağlık" alt boyutu arasında ($r=-0.399$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki ve yaşam kalitesinin "semptom" alt boyutu arasında ($r=0.502$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Bkz. Çizelge 4.4).
- Aile sosyal destek algısı ile manevi iyilik hali değişkenleri arasında yaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.5).
- Aile sosyal destek algısının spiritüel/manevi iyilik hali üzerinde doğrudan ve pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu ve bu etkide yaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu belirlenmiştir. (MODEL 1)
- Aile sosyal destek algısı ile anksiyete-depresyon değişkenleri arasında yaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.6).
- Aile sosyal destek algısının anksiyete-depresyon düzeyi üzerinde doğrudan ve negatif yönlü bir ilişkisi olduğu ve bu etkide yaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu belirlenmiştir (MODEL 2).
- Spiritüel/manevi iyilik hali ile anksiyete-depresyon değişkenleri arasında yaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7).
- Spiritüel/manevi iyilik halinin anksiyete-depresyon düzeyi üzerinde doğrudan ve negatif yönlü bir ilişkisi olduğu ve bu etkideyaşam kalitesinin kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur (MODEL 3).

Bulunan sonuçlar doğrultusunda,

- Kanser tanısı alan bireylerin yaşam kalitesinin aracı rolünde etkili olabilecek diğer faktörlerin anlaşılmasına yönelik tanımlayıcı araştırmalar yapılması,
- Kanser tanısı alan bireylerin algılanan aile sosyal destek, spiritüel/manevi iyilik hali, anksiyete-depresyon değişkenlerinin birbiri üzerinde etkili olduğu sonucundan yola çıkarak her bir değişken için nasıl etkilendiğini derinlemesine belirlemeye yönelik nitel çalışmaların yapılması,
- Kesitsel bir çalışma olduğu için sadece yapıldığı döneme ilişkin cevaplar alındığından, bireyin tanıyı aldığı andan itibaren tedavisinin bittiği dönem sonrasını da kapsayacak şekilde uzunlamasına çalışmaların yapılması,
- Özellikle onkolojide çalışan hemşirelerin hastaların spiritüel/manevi iyilik hallerini, aile sosyal destek algılarını, değerlendirerek hemşirelik girişmlerini bu doğrultuda planlaması ve gerçekleştirmesi,
- Onkolojide çalışan hemşirelerin, hastaların anskiyete/depresyon yaşama durumlarını tarama araçları ile değerlendirmesi, ve duruma yönelik hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulaması, patolojik bir süreç gerçekleşmişse de hekimine bildirerek psikiyatriden konsültasyon istenmesinin sağlanması,
- Sağlık profesyonelleri kanser tanısı almış bireylerin medikal tedavilerinin yanısıra yaşam kalitesinin algılan aile sosyal destek ile ilişkisi gözönüne alınarak kişilerin mevcut sosyal destek kaynaklarını gözlemleyip bu kaynakları fark etmesi konusunda desteklemesi,
- Aile sosyal destek algısı, spiritüel iyilik hali faktörlerinin yaşam kalitesi ile pozitif yönde bir ilişki ve etkisinden, anksiyete-depresyon düzeyi ile de negatif yönde bir ilişki ve etki sonucundan yola çıkarak onkoloji hastalarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik planlanacak psikoeğitim müdahale içeriğinde bu konulara yer verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Adler, N.E.; Page, A.E.K. (2008**).** Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. In Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs; National Academies Press: Washington, DC, USA

Adogwa O, Elsamadicy AA, Vuong VD, Mehta AI, Vasquez RA, … Cheng J, (2017). Effect of social support and marital status on perceived surgical effectiveness and 30-day hospital readmission. Global Spine J;7(8):774–9.

Agarwal E, Miller M, Yaxley A, Isenring E. (2013). Malnutrition in the elderly: a narrative review. Maturitas. Dec;76(4):296-302. doi: 10.1016/j.maturitas.

Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü. (2010). Demir M. Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı: 218-225.

Akturan, S., Gümüş, B., Özer, Ö., Balandız, H., Erenler, A.K. (2019) TÜİK Verilerine göre Türkiye'de 2009 ve 2016 yılları arasındaki ölüm Oranları ve nedenleri. Konuralp Tıp Dergisi 11(1) 9-16

Aktürk Ü, Erci B, Araz M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the spiritual well-being scale. Palliat Support Care, , 15:684-692.

Akyol M, Ulger E, Alacacioglu A, Kucukzeybek Y, Yildiz Y, … Bayoglu V, (2015). Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients. J. Clin. Oncol.; 45 (7):657–64),

Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Dirioz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Int J Hemat Oncol. 17:87-93).

Amanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S, Foroozanfar S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation

Anuk D. (1999)., Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, ústanbul, 160- 173

Ateşci FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. (2003) Kanser Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar ve ilişkili etmenler Türk Psikiyatri Dergisi.; 14(2):145-52.)

Arslan, S., Bölükbaş, N. (2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3), 38-47.

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR … Prigerson, HG., (2007) Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life

Baldacchino, D. and Draper, P. (2001). Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature. Journal of Advanced Nursing, 34, 833-841. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.

Baldacchino DR. (2008). Teaching on The Spiritual Dimension in Care to Undergraduate Nursing Students: The Content and Teaching Methods. Nurse Education Today, 28: 550-562

Bai ve ark. (2018). Spirituality and Quality of Life in Black Patients With Cancer Pain. Journal of pain and symptom management. Vol 56. No.3

Bai M, Lazenby M, Jeon S, Dixon J, McCorkle R., (2015). Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly. diagnosed with advanced cancer. Palliat Support CareAug;13(4):927-35.

Baider, L. and Surbone, A. (2010). Cancer and the family: The silent words of truth. Journal of Clinical Oncology, 28, 1269-1272**.**

Banks Mh, Clegg Cw, Jackson Pr, Kemp Nj, Stafford Em, Wall Td. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies.Journal of Occupational Psychology 53(3):187-194

Bayraktar N, Aydın N., (2018). Prostat tümörlerinde cerrahi ve bakım. Turkiye Klinikleri J. Surg Nurs-Special Topics 4(2):123-128.

Bredle JM, Salsman JM, …. Debb SM, (2011). Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). Religions 2(1), 77–94

Berard RM. (2001). Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. J Psychiatry;62 (Suppl. 8): 58-61.

Bergerot CD, Mitchell HR, Ashing KT, Kim Y. (2017). A prospective study of changes in anxiety, depression, and problems in living during chemotherapy treatments: effects of age and gender. Support Care Cancer. 25(6):1897-904

Beşer N, Öz F (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 47-58.

Bıkmaz Z. (2009). Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne

Bigatti SM, Wagner CD, Lydon-Lam JR, Steiner JL, Miller KD. (2011). Meme kanseri hastalarının kocalarında depresyon: Başa çıkma ve sosyal destekle ilişkiler. Destek Bakım Kanseri

Birol L. (Ed.). (2002). Hemşirelik Süreci. İzmir: Bozyaka Matbaacılık

Bostancı Daşdan, N. Buzlu, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1).

Bozo Ö., Tathan E., Yılmaz T. (2014). Does perceived social support buffer the negative effects of Type C personality on quality of life of breast cancer patients? *Social Indicators Research*, 119, 791-801.

Boztilki, M. ve Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. G.O.P. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi JAREN, 3: 39-45

Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., Torta, R. (2016) Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care*, *25*(6), 961-969

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA. 284:2907- 11.)

Bultz BD, Carlson LE. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.;23(26):6440-1

Burkhardt, M.A., Nathaniel, A.K. (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik. (Ş. Ecevit Alpar, N. Bahçecik ve Ü.Karabacak, çev.). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

Büssing A. (2010). Spirituality as a resource to rely on in chronic ıllness: The SpREUK questionnaire. Religions; 1, 9-17.).

Can G. (Ed.). (2014**).** Onkoloji Hemşireliği. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri;

Canada, A.L., Murphy, P.E., Fitchett, G., Peterman, A.H., Schover, L.R. (2008). A 3-factor model for the FACIT-Sp, Psycho-Oncology, 17, 908-916.

Callister LC, Bond AE, Matsumura G, Mangum S. (2004). Threading spirituality throughout nursing education. Holistic Nursing Prectice. 18(3):160–166.).

Carlson LE, Bultz BD. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. PsychoOncol. 13:837–49).

Carlson, L. E., Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and quality of life outcomes*, *1*(1), 1-9.

Carlson, L. E., Waller, A., … Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1160-1177.

Carr BI, Steel J. (2013). Psychological Aspects of Cancer: a Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes and Their Management, first ed. Springer Science+Business Media, LLC, New York)

Cha KM, Kang SY, Hyun SY, Noh JS, Shin YM, Kim NH. (2019). Mediating effect of interpersonal coping on meaning in spirituality and quality of life and the influences of depression and anxiety thereon in cancer patients. Palliat Support Care. Aug;17(4):388-395.

Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. Medicine (Baltimore). Jan 8;100(1):e24264.

Ciaramella A, Poli P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. Psychooncology.10:156–65

Chan CM, Wan Ahmad WA, … Yusof MM. (2015). Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: A longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. Psycho-Oncology 24 (6), 718–725

Ciria-Suarez L, Calderon C, Fernández Montes A, Antoñanzas M, Hernández R, … Rogado J, (2021). Optimism and social support as contributing factors to spirituality in Cancer patients. Support Care Cancer.Jun;29(6):3367-3373.

Çam O, Babacan Gümüş A, Yıldırım S. (2014). In: Fiziksel Hastalıklara Verilen Psikososyal Tepkiler. Ed: Çam O, Engin E, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi;

Çelik, E., Aslan, M. Ş., Samancı, N. Ş., Karadağ, M., Suzan, V., Çelik, Y. Ç., ... Demirelli, F. H. (2021). Hospitalize Kanser Hastalarında Malnütrisyon Riski ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, *9*(1), 84-90.

Çelik GK, Çakır H, Kut E. (2020). Mediating Role of Social Support in Resilience and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: Structural Equation Model Analysis. Asia Pac J Oncol NursOct 15;8(1):86-93.

Çetin ZE. (2014) *Parsiyel larenjektomili hastalarda farkli operasyon tiplerinin yutma fonksiyonlarina ve hayat kalitesine etkisi*. (Yüksek lisans Tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.

Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gulhane Medical Journal, 53(4).

Dağcı, A. (2018). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Araştırmaları: Sistematik Bir Analiz. Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Derneği Çanakkale

De Aguiar SS, Bergmann A, and Mattos, I.E. (2014). Quality of life as a predictor of overall survival after breast cancer treatment. Quality of Life Research 23(2), 627–637.).

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 23(3):132–9.

Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel Ş. (2015). Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. Holistic Nursing Practice.;29(2):103–113

De Sousa A, Sonavane S, Mehta J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. Prostate Cancer Prostatic Dis. 15(2):120-127

De Ridder D, Geenen R, Kuijer R, van Middendorp H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. Lancet;372:246– 55.

De Visser, L., Van Der Knaap, L.J., Van De Loo, A.J.A.E., Van Der Weerd, Ohl, F., vanden Bos, R., (2010). Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: towards gender-specific endophenotypes of anxiety. Neuropsychologia 48, 1598–1606.

Demir Göl, N., Hacıhasanoğlu Aşılar, R. (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 6 (1) , 29-39

Dos Reis, LBM, Leles, CR, Freire,M. (2020). Religiosity, spirituality, and the quality of life of patients with sequelae of head and neck cancer. *Oral Dis*. 26: 838–842. https://doi.org/10.1111/odi.13284

Duran, A., Özçelik, H. (2019). *Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları,* (Yüksek lisans tezi) Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Duran, K. (2018*). Meme kanseri hastalarında eşler arası uyum ve sosyal destek düzeyinin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve cinsellik üzerine etkilerinin incelenmesi*. (Uzmanlık tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dülgerler Ş. (2018). Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinde Psiko-onkolojik Yaklaşım Örneği. Aştı N, editör. Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetiminde Bütüncü Yaklaşımla Ekip Çalışması. Ankara: Türkiye Klinikleri;

Ecclestone C, (2016). Quality of life and symptom burden in patients with metastatic breast cancer. Support Care Cancer Sep;24(9):4035-43.

Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiǧ Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 17-25.

Endo M, Haruyama Y, Muto G, Kiyohara K, Mizoue T, … Kojimahara N, (2018). Work Sustainability Among Male Cancer Survivors After Returning to Work. Journal of epidemiology;28(2):88-93).

Ergül Ş, Bayık A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1): 37-45

Erickson HL. (2007). Philosophy and theory of holism. Nursing Clinics of North America.;42:139-63.

Eylen, B. (2002). " Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *15*(1), 109-117.)

Fagundes CP, Lindgren ME, Kiecolt-Glaser JK. (2013). Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life. New York: Springer Science+Business Media LLC;

Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. (2013). Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol.31:782–93.

Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, … McGregor B A,. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry. 30:112–26.).

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, … C., Rebelo, M. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer, 136(5), E359-E386.

Firkins J, Hansen L, Driessnack M, Dieckmann N. (2020). Quality of life in "chronic" cancer survivors: a meta-analysis. J Cancer Surviv. Aug;14(4):504-517.

Frick, E., Riedner, C., Fegg, M., Hauf, S., Borasio, G.D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences, European Journal of Cancer Care, 15, 238–243

Fombuena M, Galiana L, Barreto P, Oliver A, Pascual A, Soto-Rubio A. (2016). İlerlemiş hastalığı olan hastalarda maneviyat: Semptom kontrolü, dayanıklılık ve sosyal ağın rolü. *Sağlık Psikolojisi Dergisi*

Fong A. J., Scarapicchia T. M., McDonough M. H., Wrosch C., Sabiston C. M. (2017). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26, 664-671.

Fornazari, S. A., Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. Psicologia: Teoria E Pesquisa, 26, 265–272.

Fukuyama MA. (2003). Integrating spirituality in multicultural counseling: "A worldview" . Harper FD, McFadden J, Editörler. Culture And Counseling: New Approaches. Needham Heights;186-195

Gagliese L, Gauthier LR, Rodin G. (2007). Cancer pain and depression: A systematic review of age-related patterns. Pain Research and Management.;12(3): 205-11

Gangeri, L.; Brunelli, C. (2000). Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. Ann. Oncol. 11, 31–37

Genc, F., Köçkar, Ç., Mutlu, F., Buğdaycı, M. (2018). Kanser hastalarının ağrı için kullandıkları non-farmakolojik yöntemler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 15*(2), 88-93

Gonzalez-Saenz de Tejada M, Bilbao A, Baré M, Briones E, Sarasqueta C, … Quintana JM, (2016). Association of social support, functional status, and psychological variables with changes in health-related quality of life outcomes in patients with colorectal cancer. Psychooncology 25:891–7.

Gordon, M. (1982). Functional Health Paterns, Nursing Diagnosis Process and Aplication, McGraw-Hill Book Comp, New York.

Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approaach, Nursing Standard, 14(17),32-36**.**

Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S..(2020). Kanser teşhisinden 5 ve 10 yıl sonra uzun süreli hayatta kalanlarda depresyon ve anksiyete. Destek Bakımı Kanser 28, 211–220

Gray NM, Hall SJ, Browne S, Johnston M, Lee AJ, … Macleod U, (2014). Predictors of anxiety and depression in people with colorectal cancer. Support. Care Cancer. 22(2): 307–14

Groarke A, Curtis R, Skelton J, Groarke JM. (2020). Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience. PLoS One. Sep 17;15

Grumann MM, Spiegel D. (2003). Living in the face of death: Interviews with 12 terminally ill women on home hospice care. Palliative & Supportive Care; 1(1):23–32.).

Güner P, Şar V, Pehlivan T. (2018). Three phases of cancer in the process of mental trauma: Diagnosis, treatment, survival. J Psychiatric Nurs. 9(1):45-54

Güner, P., Hiçdurmaz, D., Yıldırım, N. K., İnci, F. (2018). Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study. European Journal of Oncology Nursing, 34, 68-75.

Güleç G., Büyükkınacı A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.3(2): 343-367

Gültekin, M., Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Gürbüz, S. (2019). Sosyal Bilimlerde Aracı, Düzenleyici ve Durumsal Etki Analizleri. Ankara: Seçkin.

Hall, J. (2006). Spirituality at the beginning of life, Journal of Clinical Nursing, 15, 804-810**.**

Hamer J, (2017). Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer. Support Care Cancer.

Harms CA, Cohen L, Pooley JA, Chambers SK, Galvão DA, Newton RU. (2019). Quality of life and psychological distress in cancer survivors: The role of psycho-social resources for resilience. Psychooncology.

Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive care in cancer, 17*(8), 1117-1128.

Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, … Craft LL. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. J Natl Cancer Inst. 104:990–1004

Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York & London: Guilford publications.

Hematti S, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R. (2015). Mohammadi-Bertiani Z. Spiritual well-being for ıncreasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: a questionnaire-based study. Journal of Religion Health. 54(5):1563-72.

Heidari H, Mardani-Hamooleh M. (2016). Cancer Patients' Informational Needs: Qualitative Content Analysis. J Cancer Educ.;31(4):715-20

Hiçdurmaz, D. ve Öz, F. (2013). Stresle Baş Etmenin Bir Boyutu Olarak Spiritualite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1): 50-56.

Higginson IJ, Costantini M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. Eur J Cancer.;44:1414–24.

Hill, E.M. (2016). Quality of life and mental health among women with ovarian cancer: Examining the role of emotional and instrumental social support seeking. Psychology, Health & Medicine 21(5), 551–561)

Hintistan, S. , Pekmezci, H. , Nural, N., Gülhan Güner, S. (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar . Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi , 4 (1) , 1-9

Ho, P.J. Gernaat, A.M. Hartman, M. Verkooijen, H.M. (2018). Health-related Quality of Life in Asian Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. BMJ Open 8

Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A, Hunt GE, Stenlake A, … Hobbs KM. (2007). Long-term survival from gynecologic cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. Gynecologic Oncology. 104(2):381–9

Hong JS, Tian J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. Support Care Cancer;22(2)

Hong MJ, Tae Y.S. (2013). Kanser hastalarının ailelerine bakım verenler arasında tükenmişlik ve ilişkili değişkenlerin yapısal ilişkisi. *J. Kore Acad. Hemşireler*43 :812-820. doi: 10.4040/jkan.2013.43.6.812.

Hossain, N., Akter, Q. M., Banu, F., Mahmud, S. (2015). Quality of life of cervical cancer patients after completion of treatment—A study among Bangladeshi women. Bangladesh Medical Research Council Bulletin, 41, 131–137.

Hsieh, Y.-P., Roh, S., Lee, Y.S. (2020). Spiritual Well-Being, Social Support, and Depression Among American Indian Women Cancer Survivors: The Mediating Effect of Perceived Quality of Life. *Families in Society*, *101*(1), 83–94.).

Hu, Y.,Tiew, H.L. Li, F. (2019). PsychometricProperties of theChineseVersion of theSpiritual Care-Giving Scale (C-SCGS) in NursingPractice. BMC MedicalResearchMethodology, 19(21): 2-13.

Huang CY, Hsu MC. (2013). Meme kanserinden kurtulanların depresif belirtiler ve yaşam kalitesi sonuçları arasında bir arabulucu olarak sosyal destek. Eur J Oncol Nurs.;17:767-74

Husson O, Mols F, Van de Poll-Franse L. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. Ann. Oncol; 22 (4):761–72.).

Ilie, G , Rutledge, R , Sweeney, E. (2020). Yaşam boyu prostat kanseri öyküsü olan veya olmayan Atlantik Kanada'daki yetişkin erkeklerde anksiyete ve depresyon belirtileri . *Psiko-Onkoloji*. 29 : 280 – 286

Imenez-Fonseca, P., Calderón, C., … Hernández, R. *(*2018).Adjuvan tedaviye başlamadan önce kanser hastalarında anksiyete ve depresyon ile ilişkili faktörler. Clin Transl Oncol 20, 1408–1415

İliçin, G. (1999). Biberoğlu K. Süleymanlar G. Ünal S. Temel İç Hastalıkları, Ankara, Güneş Kitabevi,1385-1416s.

Jia F, Li YF, Liu JP, Zhao MM, Leng L. (2017). Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis, p u b l i c health .; 1 4 9

Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, … Fitchett G. (2015). Religion, spirituality, and physical health ın cancer patients: a meta-analysis. Cancer.;121(21):3760-8.,

Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L,… Fitchett G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. Cancer. Nov 1;121(21):3769-78. doi: 10.1002/cncr.29350.Aug 10. PMID: 26258536; PMCID: PMC4618157.

Johnson KS, Tulsky JA, Hays JC, (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? J Gen Intern Med;26(7):751-8

Joseph, H. J., Thibault, G. P., Ruttle-King, J. (2006). Perceived stres and quality of life among prostate cancer survivors. Military Medicine, 171(5), 425- 429.

Jun WH, Cha KS, Lee KL. (2021). The Mediating Effect of Depression on the Relationship between Social Support, Spirituality and Burnout in Family Members of Patients with Cancer. Int J Environ Res Public Health:18(4)

Kaçmaz N. (1999). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve biyopsikososyal bakım. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul, 198- 208

Kadambi S, Soto-Perez-de-Celis E, Garg T, Loh KP, Krok-Schoen JL, Battisti NML, … Hsu T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. J Geriatr Oncol. 217-224. doi: 10.1016/j.jgo.

Kavradim S, Ozer Z. (2014). Hope in People with Cancer. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar Current Approaches in Psychiatry.;6(3).,

Khalil A, Faheem M, Fahim A, Innocent H, Mansoor Z, Rizvi S. (2016). Prevalence Of depression and anxiety amongst cancer patients in a hospital setting: a crosssectional study. Psychiatry J.2314e4327

Kerin Ú. (2020). Women's experiences of breast cancer reveal the need for a holistic person-centred approach to breast cancer care. Evidence-Based Nursing. Jan;23(1):19

Kılıç C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi,7:3- 11. Türk Psikiyatri Derg.7(1):3–11.

Kim J, Han JY, Shaw B. (2010). Meme kanseri hastalarının duygusal iyilik hallerini öngörmede sosyal destek ve başa çıkma stratejilerinin rolleri: Aracılık ve ılımlılık modellerini test etme. J Sağlık Psikolojisi.15 :543–52

King, JJ, Segrin, C., Badger, TA .(2022). Hispanik kanser bakıcılarında yalnızlık, maneviyat ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak. Support Care Cancer 30 , 4781-4788

Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11:

Koeing H. (2010). Spirituality and mental health. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies.;7(2),116-120.,

Krampe H, Barth-Zoubairi A, Schnell T, Salz AL, Kerper LF, Spies CD. (2018). Social relationship factors, preoperative depression, and hospital length of stay in surgical patients. Int J Behav Med;25(6):658–68.

Krebber AMH. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments.

Kroenke CH, Quesenberry C, Kwan ML, (2013). Meme Kanseri Epidemiyolojisi Sonrası Yaşam (LACE) çalışmasında meme kanseri teşhisi sonrası sosyal ağlar, sosyal destek ve ilişkilerde yük ve mortalite. Meme Kanseri Res Tedavisi. 137 :261–71

Kutlu R, Çivi1 S, Börüban MC, Demir A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi; 27:149-53

Kum N. (1996) Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 1-3, 132-158.

Kumar, R., Singh, K. K., Rae, A. A., Singh, R. K., Singh, G. R. (2016). Prevalence of anxiety and depression among cancer patients. Journal of Medical Science and Clinical Research, 4, 13696–13699. https://doi.org/10.18535/jmscr/v4i11.30

Kurt, E. (2015). *Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi (*Master's thesis) Uludağ Üniversitesi

Kurt, A.S., Savaşer, S. (2011). Kanserli adölesanların algılanan stres düzeyine remission video oyununun etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(3), 153-160

Kugbey, N., Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A. (2020). Gana'da meme kanseri ile yaşayan kadınlarda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi: sosyal destek ve dindarlığın aracı rolleri. *Destek Bakımı Kanser* 28 , 2581– 2588

Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. (2010). Mindbody treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer.Pain Symptom Manage.;39:126-138

Lau, K., Yim, P., Cheung, E. (2013). Psychiatric morbidity in chinese women after cervical cancer treatment in a regional gynaecology clinic. East Asian Arch Psychiatry, 23, 144–153. Retrieved from http://easap.asia/index.php/fnd-issues/past-issue/item/204-v23n4- p144-153

Lampic C, Peterson VW, Larrson G. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patient with cancer: Agreement in patient-staff dyads. Cancer Nursing. 19:419-27.

Legg MJ. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. Australian Journal of Advanced Nursing. 28(3):61-7.

Lehto US, Helander S, Taari K, Aromaa A. (2015). Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A Finnish national survey. Eur J Oncol Nurs. 19(3):220-229.

Leppert, W. Majkowicz, M. Forycka, M. Mess, E. Zdun-Ryzewska, A. (2014). Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. Onco Targets Ther., 7, 687–695

Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski T., Prochnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17, 6938

Levkovich I, Cohen M, Pollack S, Drumea K, Fried G. (2016). Cancerrelated fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy: different associations with optimism and tress appraisals-CORRIGENDUM. Palliat Support Care.;14(5):596

Li T.-C., Li C.-I., Tseng C.-H., Lin K.-S., Yang S.-Y., Chen C.-Y., Hsia T.-C. , Lee Y.-D., Lin C.-C. (2012). Küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi sağkalımı öngörmektedir. BMC Halk Sağlığı. ; 12 :790

Li, Y., Yang, Y., Zhang, R., Yao, K., Liu, Z. (2015). The mediating role of mental adjustment in the relationship between perceived stress and depressive symptoms in hematological Cancer patients: A cross-sectionalstudy. Plos One, 10 (11), 45-86. doi: 10.1371/journal.pone.0142913

Li J, Xue L, Pan H. (2022). Social Support and Spiritual Well-Being of Patients With Esophageal Cancer Aged Over 50 Years: The Mediating Role of Rumination. Front Psychiatry. Mar 4;13:805380.

Lopes, A. C., Bacalhau, R., Santos, M., Pereira, M., Pereira, M. G. (2020). Contribution of sociodemographic, clinical, and psychological variables to quality of life in women with cervical cancer in the follow-up phase. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27(3), 603-614.,

Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. Eur. J. Cancer, 35, 1415–1422

Majda, A., Szul, N., Kolodziej, K., Wojcieszek, A., Pucko, Z., Bakun, K. (2022). Influnce of Spirituality and Religiosity of Cancer Patients on Their Quality of Life, Int. J. Environ. Res. Public Health 19(9)

Marrs JA. (2006). Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. Clin J Oncol Nurs. 10:319-22.).

Mahendran R, Lim HA, Tan J, Kua EH, Griva K. (2016). The prevalence and predictors of subsyndromal anxiety and depression in adult asian cancer patients across the first year of diagnosis. Asia Pac. J. Clin. Oncol. 12 (4):476–89

Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. (2014). Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: a systematic review. Cancer Epidemiol.;38:214–26

Matos TDS, Meneguin S, Ferreira MLDS, Miot HA. (2017). Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. Rev Lat Am EnfermagemJul 10;25:e2910.

McEwen M. (2005). Spiritual Nursing Care. Holistic Nursing Practice, 19(4): 161-168

McLoone J, Watts K, Menzies S, Meiser B, Butow P, Kasparian N. (2012). When the risks are high: Psychological adjustment among melanoma survivors at high risk of developing new primary disease. Qualitative Health Research. 22(8):1102–13.)

McSherry W, Ross L. (2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 38(5),479-488).

Miaskowski, C., Paul, S. M., Mastick, J., Abrams, G., Topp, K., … Smoot, B. (2018). Associations between perceived stress and chemotherapy-induced peripheral neuropathy and toxicity in adult cancer survivors. Journal of Pain and Symptom Management, 56(1), 88-97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.02.021

Middleton, R. J. (2014). Meeting the psychological care needs of patients with cancer. Nursing Standard, 28(21).

Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. Lancet Oncology; 14(8): 721–32.

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, … Johansen C. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interviewbased studies. The Lancet Oncology. 12:160–74.

Monareng LV. (2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. Curationis.;35(1): 28-37)

Montazeri A. (2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. Health Qual Life Outcomes. Dec 23;7:102. doi: 10.1186/1477-7525-7-102.

Morrison, V., Henderson, B. J., Zinovieff, F., Davies, G., Cartmell, R., Hall, A. (2012). Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. European Journal of Oncology Nursing, 16(2), 115-123.

Myung Kyung L. (2021). Interactions of Spiritual Well-Being, Symptoms, and Quality of Life in Patients Undergoing Treatment for Non-Small Cell Lung Cancer: A Cross-Sectional Study,Seminars in Oncology Nursing,Volume 37, Issue 2, ,151139,ISSN 0749- 2081

Narayanasamy, A. and Owens, J. (2001). .A Critical Incident Study of Nurses' Responses to the Spiritual Needs of their Patients. Journal of Advanced Nursing, 33, 446-455.

Nausheen, B, Gidron Y, Peveler R, Moss-Morris R. (2009). Sosyal destek ve kanser ilerlemesi: sistematik bir derleme . J Psychosom Res ; 67 (5):403–15.

Nayak, MG, George A., Vidyasagar MS, Mathew S., Nayak S., Nayak BS, Shashidhara YN, Kamath A. (2017). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi. Hint J. Palliat. Bakım. 23 :445–450. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_82_17.

Nelson, K. (2003). Depression may increase cancer risk. Lancet Oncol Jul.;4(7):390

Ng, CG, Mohamed S, See MH, Harun F., Dahlui M. … Sulaiman AH. (2015). Malezya meme kanseri hastalarında anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi: 1 yıllık prospektif bir çalışma. Sağlık Nitelikli Yaşam Çıktıları. 13 :205

Oestergaard, S., Moldrup C. (2011). Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: a systematic review of reviews. Public Health. 125:357-67

Oflazoglu, U., Alacacioglu, A., Varol, U., Kucukzeybek, Y, Salman, T. … Tarhan, M.O., (2020). Chemotherapy-induced sarcopenia in newly diagnosed cancer patients: Izmir Oncology Group (IZOG) study. Supportive Care in Cancer;28(6):2899-910.

Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Cancer treatment reviews. 56: 16-27

Ortega, 0., Cruz, j., Hernandez, M., Gany, F., Muniz, R., (2021). Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast Cancer Survivors. J Relig Health Jun;60(3):1895-1907

Öner H. (2015). Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve bakım. Turkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 1(1):41-48.

Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. , Ankara, 1-16

Öz F. (2015). Kanserde psikososyal hemşirelik. Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics. 1(2):46-52.

Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S. ve Erdoğan, S. (2013). Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14, 571-578.

Özyurt BY. (2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi 15(1):1–15.

Pahlevan Sharif, S., Lehto, R., Amiri, M., Ahadzadeh, A., Sharif Nia, H (2021). Meme kanserli kadınlarda maneviyat ve yaşam kalitesi: Umut ve eğitim başarısının rolü. *Palyatif ve Destekleyici Bakım, 19* (1), 55-61.

Pakyüz, S. Ç., Çaydam, Ö. D., Şahin, C. K. (2019). Sitotoksik kemoterapi alan hastalarda stres belirtileri ve düzeyi ile baş etme yöntemleri arasında ilişki var mıdır? Journal of Academic Research in Nursing, 5(1), 1-9.

Palos, G. R., Karen Stepen, R. N., Rodriguez, M. A. (2013). A multidisciplinary team approach to improving psychosocial care in patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing, 17*(5), 556.

Pereira, MG, Ponte, M., Ferreira, G. ve Machado, JC (2017). Deri tümörlü hastalarda yaşam kalitesi: beden imajı ve sosyal desteğin aracı rolü. *Psiko-Onkoloji, 26* , 815 - 821.

Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DS, Schapira L, … Come SE. (2018). Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a crosssectional study. Psychosomatics. 59(3): 251-8).

Peterman, A.H., Fitchett, G., Braddy, M.J., Hernandez, L., Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp), Ann Behav Med, 24(1), 49–58

Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, … Paulk ME. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer,JAMA The Journal of the American Medical Association 301(11):1140-7

Pei-Ling T., Hsiu-Hung W., Fan-Hao C. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of Demoralization and Depression in Patients With Cancer. Psychosomatics.;56:634–43.

Piderman K. M., Johnson M. E., Frost M. H., Atherton P. J., Satele D. V., … Clark M. M. (2014). Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psycho-Oncology*, 23, 216-221.).

Phillips KA, Osborne RH, Giles GG, Dite GS, Apicella C, … Hopper JL, (2008). Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a population-based prospective cohort study. J Clin Oncol. 26(28):4666e71.)

Pinquart M, Duberstein PR. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychol Med. 40:1797–810.)

Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. Cancer Nurs. 35(3):229-35

Pinto, C., Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: Implicações na qualidade de vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28, 49–56. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstr act&pid=S0870

Pitceathly C, Maguire P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. Eur J Cancer;39(1517– 24):1532.

Reis, N. (2003). *Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul

Rhondali W, Chirac A, Laurent A, Terra JL, Filbet M. (2014). Family caregivers' perceptions of depression in patients with advanced cancer: a qualitative study. Palliat Support Care. 13:1–8).

Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E. (2012). Management of cancer pain: Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 23(7):139-54.)

Rokach A, Findler L, Chin J, Lev S, Kollender Y. (2013). Cancer patients, their caregivers and coping with loneliness. Psychol Health Med. 18(2):135-44.

Romero-Reyes M, Salvemini D. (2016). Cancer and orofacial pain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal Oct 1. 21(6):e665e71

Sarici, S. F. (2021). Opere Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 22(5), 387-392

Sarıkoç G, Demiralp M. (2014). Hastalığa psikosoyal yanıt. In: F. Ö, Demiralp M, editors. Psikososyal hemşirelik. Ankara: Akademisyen Kitabevi; s. 8.

Schneider S, Moyer A. (2010) Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients a meta-analysis. Cancer;116(13):3304.;

Sheehan, C. (2005). NGOs as Security Actors in the Fight against HIV/AIDS?. In *New Threats and New Actors in International Security* (pp. 131-152). Palgrave Macmillan, New York.

Semerci, R., Uysal, N., Bağçivan, G., Doğan, N., Kostak, M. A., … Tayaz, E., (2021). Oncology Nurses' Spiritual Care Competence and Perspective About Spiritual Care Services. *Turkish Journal of Oncology*, *36*(2).

Sephton SE, Koopman C ve ark. (2001). Spiritual expression and ımmune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. Breast J. 7(5): 345–353.,

Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., & Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *12*(3).

Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HS, … Spring B. (2012). Metaanalysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. J Clin Oncol. 30:539-47).

Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, … Fitchett G. (2015). A meta-analytic review of religious or spiritual ınvolvement and social health among cancer patients. Cancer. 1;121(21):3779-88.

Siegrist, J., Junge, A. (1989). Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. Soc. Sci. Med. 29, 463–468

Sjödén, C. L. P. O. (2000). Patient and staff perceptions of cancer patients' psychological concerns and needs. *Acta Oncologica*, *39*(1), 9-22.

Słowik-Gabryelska A., Opozda K. (2004). Primer akciğer kanserinde sitoredüktif kemoterapinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anne. UMCS Sekt. D.* 59 :165–170.

Stark DP, House A. (2000). Kanser hastalarında kaygı . *Br J Kanser* 83 : 1261–1267

Steven DP, Kenneth LK. (2012). Management of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer. Psycho-oncology

Stevensen, C. (2001). Nursing Perspectives. In: Barraclough J, editor. Integrated Cancer Care: Holistic, Complementary, and Creative Approaches. Oxford University Press; p. 23−35

Stewart-Brown S., Samaraweera PC., Taggart F., Kandala NB., Stranges S. (2015). Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. Br J Psychiatry. Jun;206(6):461-5. doi: 10.1192/bjp.bp.114.147280. Epub Mar 19. PMID: 25792696**.**

Siegel, R.L., Miller, K.D. and Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 65: 5-29

Stokes, J.P., (1985). The Relation of Social Network and Individual Difference Variables to Loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 48: 981-990

Sulmasy DP. (2006). Spiritual Issues in the Care of Dying Patients: " It's Okay Between Me andGod". *JAMA.* 296(11):1385–1392.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, RL., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F . (2021). Küresel kanser istatistikleri 2020: 185 ülkede 36 kanser için dünya çapında GLOBOCAN insidans ve mortalite tahminleri . *CA Kanser J Kliniği* . 71 : 209 - 249 . https://doi.org/10.3322/caac.21660

Şencan, İ., Keskinkılıç, B. (2017). Türkiye kanser istatistikleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Tam SF. (1998). Quality of Life: Theory and Methodology. International Journal of Rehabilitation Research. 21: 365-74

Tamburini, M. Gangeri, L.; Brunelli, C. (2000). Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. Ann. Oncol. 11, 31–37 M.

Tang, ST. (2016). Longitudinal analysis of severe anxiety symptoms in the last year of Life among Patients with Advanced Cancer: relationships with Proximity to Death, Burden, and Social support. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 14(6):727-34

Tan, SM., Beck, KR., Li, H., Leslie, LEC, Krishna, LKR. (2014). Depression and anxiety in cancer patients in a tertiary general hospital in Singapore. Asian J Psychiatry.;8:33–7

Taylor, E.J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. Cancer Nursing, 26, 260–266

Taylor SE, Aspinwall LG. (1996). Psychosocial aspects of chronic illness. In: Costa PT, VandenBos GR, editors. Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care. Washington, DC: American Psychological Association;. p. 7–60.

Tejada, M. G., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., … Escobar, A. (2015). Association of social support, functional status, and psychological variables with changes in health-related quality of life outcomes in patients with colorectal cancer. Psycho-Oncology, 25, 891–897. https://doi.org/10.1002/ pon.4022.

Thompson DS, Shear MK (1998). Psikiyatrik bozukluklar ve jinekolojik onkoloji: literatürün gözden geçirilmesi . *Gen Hosp Psikiyatri* 20 : 241–247

Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazici A, Uygun K., Aker T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi,;9(2):59-66.

Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. (2015). Global cancer statistics, CA Cancer J. Clin. 65 (2):87–108).

Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends—An Update. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 25(1):16-7.

Topçu, S., Bölüktaş. R.P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yeni Tıp Dergisi, 29(3), 159-164

Tuna P (1993). Kanserli Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırrma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tuncay T. (2010). Kanserle baş etmede destek grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet; 21. Sayı.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri (2018) [online]. URL: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 26 Şubat 2022 erişildi.

Uchalski C, Romer AL. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med. Spring;3(1):129-37. doi:

Uğur Ö. (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi. 29(3):125-35.

Usta, YY. (2012). Kanser hastalarında sosyal desteğin önemi. *Asya Pac J Kanser Önceki* 13 (8):3569-72

Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2), 85-92**.**

Vodermaier A and Millman RD (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer 19(12), 1899–1908).

Villoria E, Lara L, Salcedo R. (2021). Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas [Frequency of depression and anxiety in a group of 623 patients with cancer]. Rev Med Chil. 149(5):708-715.

Wang, YH., Li, JQ., Shi, JF. et al. (2020). Kanser insidansı ve mortalite ile ilgili depresyon ve anksiyete: sistematik bir inceleme ve kohort çalışmalarının meta-analizi. *Mol Psikiyatri* 25, 1487–1499)

Wang L, Luo J, Li Y, Zhou Y, Wang W. (2022). Social support, anxiety, and depression in patients with prostate cancer: complete mediation of self-efficacy. Support Care Cancer;30(8):6851-6856. doi: 10.1007/s00520-022-07065-8. Epub May 10. PMID: 35536329

Weber, L. J. ve Cummings, A. L. (2003). Research and theory: Relationships among spirituality, social support and childhood maltreatment in university students. Counseling and Values, 47(2), 82-95

Wolff SN, Nichols C, Ulman D, Miller A, Kho S., … Lofye D. (2005). Survivorship: An unmet need of the patient with cancer - implications of a survey of the Lance Armstrong Foundation (LAF). Journal of Clinical Oncology 23.:6032

Woll, M.L., Hinshaw, D.B., Pawlik, T.M. (2008). Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses, Annals of Surgical Oncology, 15(11), 3048-3057

Wong KF, Yau SY. (2010). Nurses' Experiences in Spirituality and Spiritual Care in Hong Kong. Applied Nurs Res, 23(4): 242-244.

Yagmur, Y., Duman, M. (2016). The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 134, 208–211.

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, (2012). Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. J Pain Symptom Manage;43:503-14.

Yang YL, Liu L, Wang XX, Wang Y, Wang L. (2014). Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: a cross-sectional study. PLoS One.;9(4):e94804. doi: 10.1371/journal.pone.0094804.

Yazgan, E.Ö. (2014). *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi.* [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi,

Yeh YC, Huang SF, Lu CH. (2019). Correlation Among Anxiety, Depression, and Quality of Life in Women With Gynecologic Cancer. Hu Li Za Zhi. Dec;66(6):43-53.

Yıldırım, S., Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açıdan Kanser Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü . Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 26 (1) , 87-98

Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş., Vurak, Ü. (2019). Orjinal Makale Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi.

Yılmaz, M.S, (2014). kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, Ankara ünİversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı tıpta uzmanlık tezi,

Yılmaz, M. ve Cengiz, H. (2020). Kanserden kurtulanlarda ruhsal esenlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Palyatif ve Destekleyici Bakım, 18 (1), 55-62.

Yoon, D. P. ve Lee, E. K. O. (2006). The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. Journal of Gerontological Social Work, 48(3-4), 281-298

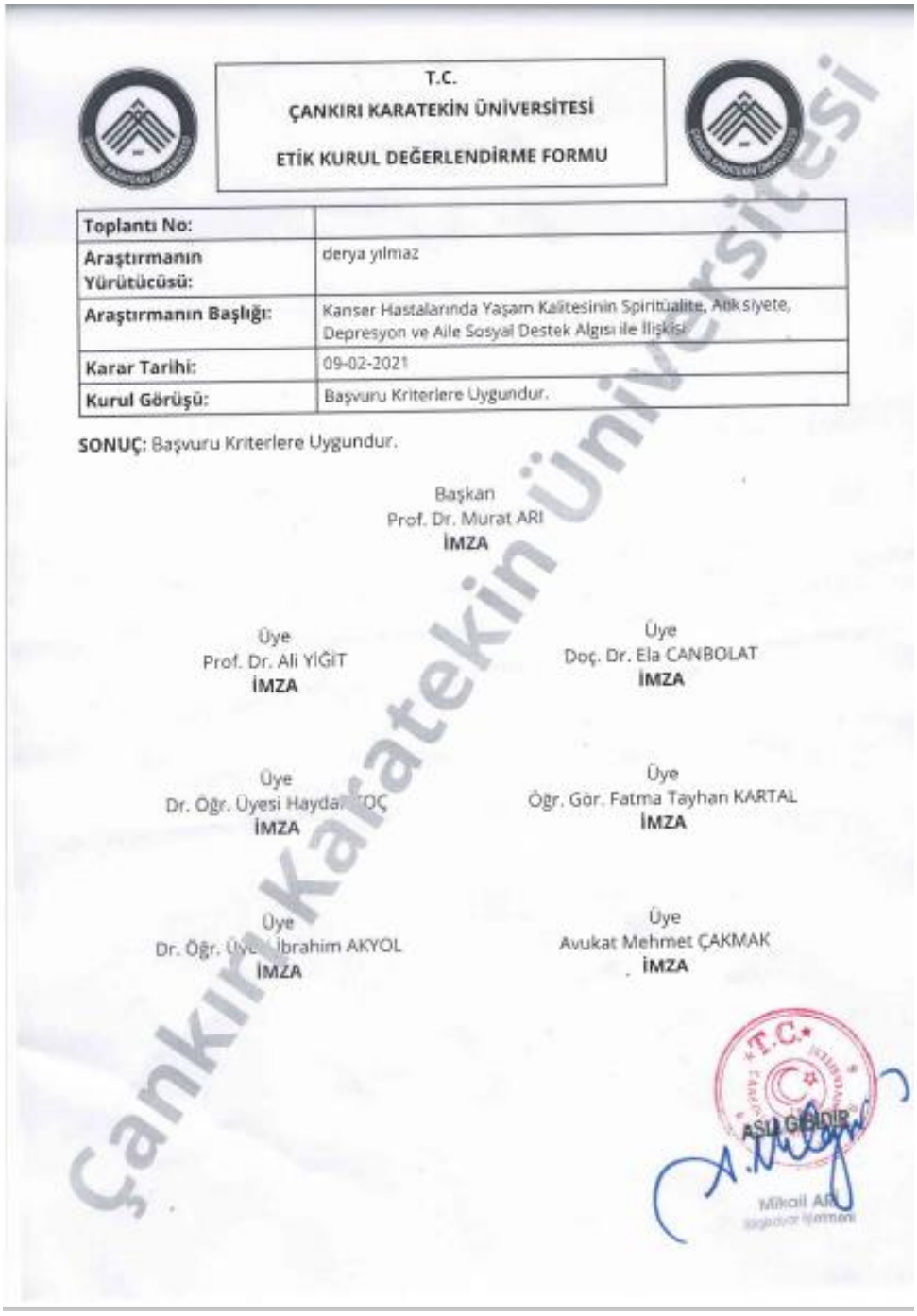
Young KJ, Longman AJ. (1983). Quality of Life and Persons with Melanoma: A pilot study. Cancer Nursing. 6(1): 219- 25.

Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 23, 5969.

Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. (2017). Dayanıklılık ve yaşam kalitesi: Meme kanserli hastalarda sosyal desteğin aracı rolünü keşfetmek. Med Sci Monit23 :5969-79.

EKLER

EK 1: Etik kurul onayı



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	
Araştırmanın Yürütücüsü:	derya yılmaz
Araştırmanın Başlığı:	Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Alıksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı ile İlişkisi
Karar Tarihi:	09-02-2021
Kurul Görüşü:	Başvuru Kriterlere Uygundur.

SONUÇ: Başvuru Kriterlere Uygundur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI
İMZA

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT
İMZA

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Hayda[illegible]OÇ
İMZA

Üye
Öğr. Gör. Fatma Tayhan KARTAL
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL
İMZA

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK
İMZA

T.C.
ASLI GİBİDİR
Mikail AR[illegible]
Müdür Yardımcısı

Çankırı Karatekin Üniversitesi

EK 2: Onam Formu

Sayın Katılımcı

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Derya YILMAZ tarafından yürütülen "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Anksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı ile İlişkisi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

EK 3: Hasta Tanıtıcı Özellikler

1. Yaşınız?	**(……)**
2. Cinsiyet	**1.Kadın (…….) 2. Erkek (……)**
3. Medeni durumunuz?	**1 Evli (……..) 2. Bekar (……)**
4. Eğitim durumu?	**1. Okur-yazar değil (……...)** **2. Okur-yazar (……...)** **3. İlköğretim (……...)** **4. Lise (……...)** **5. Üniversite (……)** **6. Lisansüstü (……)**
7. Mesleğiniz	**1.Çalışmıyor (……..) 2.Ev hanımı (……..)** **3. İşçi (…….) 4. Memur (…….)** **5. Emekli (……)** **6. Diğer (Belirtiniz) (……..)**
8. Sosyal Güvenceniz	**1. Var (…….) 2. Yok (……)**
9. Çalışma Süresi	**1. 1 yıl altı (…….) 2. 1-5 yıl (……)** **3. 6-10 yıl (……...)** **4. 11-15 yıl (……) 5. 15 yıl üzeri (……)**
10. Size göre aylık geçim durumunuz	**1.Geliri giderinden az (……)** **2.Geliri giderinden fazla (…….)** **3.Geliri giderine eşit (…….)**
11. Yaşadığınız yer? (İl)	**(……)**
12. Kiminle yaşıyorsunuz ?	**1.Tek başına (……) 3. Çekirdek aile (……)** **2.Geniş aile (……) 4. Diğer (belirtiniz) (……)**
13. Çocuğunuz var mı? Evet ise sayısını yazınız?	**1.Evet (……..) 2. Hayır (……..)**
14. Sürekli tedavi gördüğünüz başka kronik bir hastalığınız var mı?	**1.Evet (……) 2.Hayır (……..)**

15. Kronik hastalık için sürekli ilaç kullanma Durumunuz?	**1.Evet (…….) 2. Hayır (……..)**
16. Ailenizde başka kanser öyküsü olan biri var mı?	**1.Evet (……..) 2.Hayır (…….)**
17. Hastalığınızın süresi?	**1.)3 ay(……) 2.)3- 6 ay (……)** **3.) 6-12 ay (…….) 4.) 12 ay ve üzeri(…….)**
18. Şu ana kadar hangi tedavileri aldınız?	**(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)** **(….) Cerrahi Operasyon (……) Radyoterapi** **(…) Kemoterapi (…..) Hormonterapi** **(…) Diğer (……..) (….) Tedavi almadım**
19. Hastalığınız süresince psikiyatrik tedavi/terapi aldınız mı?	**(…….) Evet (…….) Hayır**
20. Sigara kullanımınız var mı?	**1. ( ) yok 2. ( ) var ise günde ….. .. paket**
21. Alkol kullanımınız var mı?	**1. (…) yok 2. (….) var ise ne kadar/ ne sıklıkta tüketiyorsunuz? ……..**
22. Hastalık sürecinde manevi destek aldınız mı?	**1.Evet** **a. profesyonel birinden psikolojik destek (….)** **b.Arkadaş, aile üyelerinden destek (……..)** **2. Hayır (……)**
HASTANIN DOSYASINDAN ALINACAK	
1. Kanserin evresi ?	
2. Metastaz varmı?	
3. Kanser türü?	

EK 4: EORTC-QLQ-C30 (versiyon 3.0) Ölçeği

Siz ve sağlığınız hakkında bazı eylemlerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen numarayı daire içine alarak cevaplayınız.

Soruların "doğru" veya "yanlış" cevapları yoktur. Verebileceğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır

	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi güç hareketlerde bulunurken zorluk çekiyor musunuz ?				
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekiyor musunuz?				
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız ?				
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız var mı?				
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?				
GEÇEN HAFTA BOYUNCA…				
6. İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?				
7. Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?				
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 faaliyetlerinizi etkiledi mi?				
20. T.V. seyretmek veya gazete okumak gibi eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk çekiyormusunuz?				
21. Gerginlik hissediyor musunuz?				

	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
22. Endişelendiniz mi?				
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?				
24. Bunalıma girdiniz mi?				
25. Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?				
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal hayatınıza engel oldu mu?				
28. Fiziksel durumuz veya tedaviniz maddi zorluklar neden oldu mu?				
29. Geçen haftaki genel sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?				

Aşağıdaki sorular içerisinden 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

29. Geçen haftaki genel sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

EK 5: Manevi İyilik Hali Ölçeği (FACIT- SP- 12)

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

	HİÇ	ÇOK AZ	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK FAZLA
1.Kendimi huzurlu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Yaşamak için bir nedenim var.	0	1	2	3	4
3.Yaşamım verimlidir.	0	1	2	3	4
4.İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
5.Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
6.Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum.	0	1	2	3	4
7.İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum.	0	1	2	3	4
8.Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun.	0	1	2	3	4
9.Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum.	0	1	2	3	4
10.Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum.	0	1	2	3	4
11.Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.	0	1	2	3	4
12.Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum.	0	1	2	3	4

EK 6: Genel Sağlık Anketi-12

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

<u>Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.</u> **Teşekkür ederiz.**

SON ZAMANLARDA

1.Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	**Hayır, hiç çekmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık**
2.Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	**Hayır, his-setmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık**
3.Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz ?	**Her zamankin-den iyi**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden az**	**Her zamankinden çok daha az**
4.İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	**Her zamankinden çok**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden az**	**Her zamankinden çok daha az**
5.Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz ?	**Her zamankinden çok**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden az**	**Her zamankinden çok daha az**
6.Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	**Hayır, hiç çekmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık**
7.Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	**Hayır, hiç hissetmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık hissediyorum**
8.Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	**Her zamankin-den çok**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankin-den az**	**Her zamankin-den çok daha az**
9.Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	**Her zamankin-den çok**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankin-den az**	**Her zamankin-den çok daha az**
10.Kendinizi keyifsiz	**Hayır, hiç**	**Her**	**Her**	**Çok sık**

ve durgun hissediyor musunuz?	**hissetmiyorum**	**zamanki kadar**	**zamankinden sık**	**hissediyorum**
11.Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	**Hayır hiç kaybetmiyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden fazla**	**Çok fazla**
12.Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz ?	**Hayır hiç görmüyorum**	**Her zamanki kadar**	**Her zamankinden sık**	**Çok sık**

EK 7: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için "benim durumum*a çok uygun (5)*", "*benim durumuma uygun (4)*" "*benim durumuma kısmen uyuyor (3)", "benim durumuma uygun değil'' (2)*" ve"*benim durumuma hiç uygun değil''(1)*" olmak üzere beş yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki kutucuğa işaret koyarak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

		Benim durumuma çok uygun 5	Benim durumuma uygun 4	Benim durumuma kısmen uyuyor 3	Benim durumuma uygun değil 2	Benim durumuma hiç uygun değil 1
1	**Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.**					
2	**Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.**					
3	**Ailem aldığım kararları destekler.**					
4	**Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.**					
5	**Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuy hemen değiştirmeye çalışır.**					
6	**Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.**					
7	**Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu**					

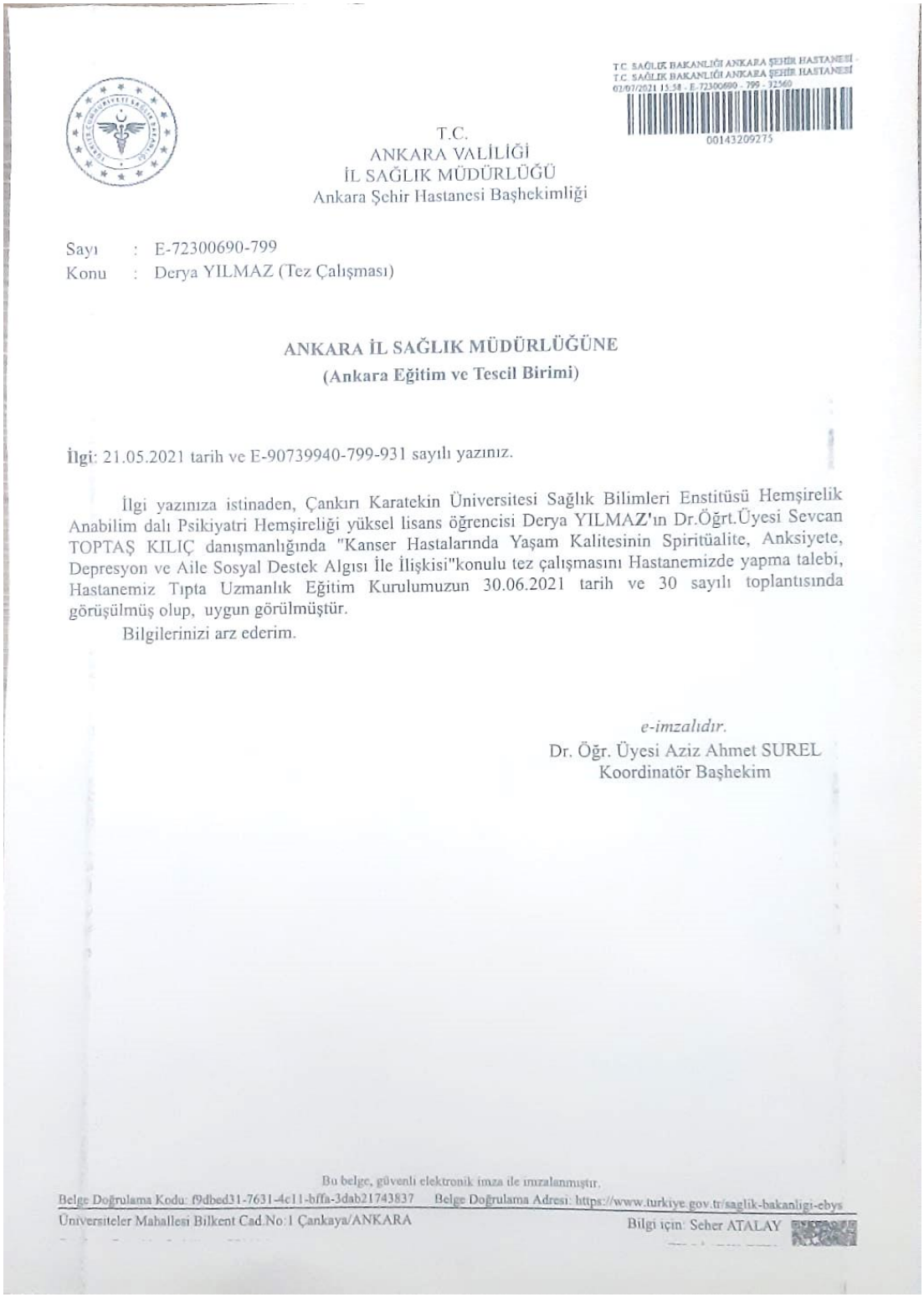
	çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8	**Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.**					
9	**Bazen ailemin neler yaşadığımı anlamadığını hissediyorum.**					
10	**Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.**					
11	**Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.**					
12	**Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.**					
13	**Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.**					
14	**Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.**					
15	**Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.**					

16	**Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.**					
17	**Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.**					
18	**Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.**					
19	**Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.**					
20	**Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**					
21	**Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.**					
22	**Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.**					
23	**Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.**					
24	**Ailem bana maddi yönden destek**					

	olmaya çalışır.					
25	**Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.**					
26	**Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.**					
27	**Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.**					
28	**Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.**					
29	**Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.**					
30	**Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.**					
31	**Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor.**					
32	**Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.**					
33	**Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna**					

	kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34	**Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.**					
35	**Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.**					

EK 8: Ankara Şehir Hastanesi İzin



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
02/07/2021 15:58 - E-72300690 - 799 - 32560
00143209275

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-72300690-799
Konu : Derya YILMAZ (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi: 21.05.2021 tarih ve E-90739940-799-931 sayılı yazınız.

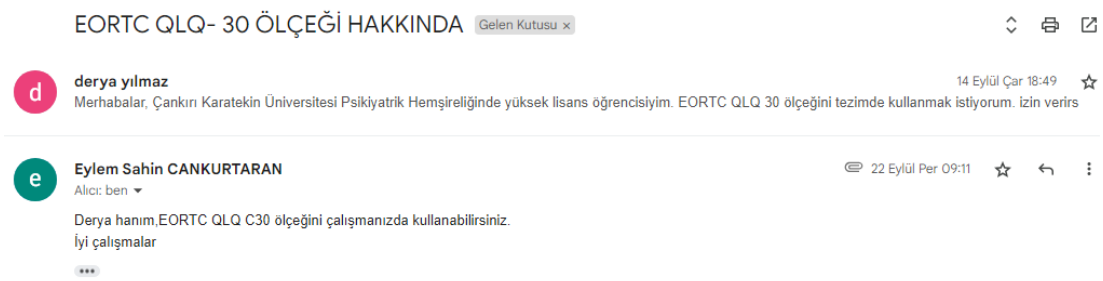
İlgi yazınıza istinaden, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksel lisans öğrencisi Derya YILMAZ'ın Dr.Öğrt.Üyesi Sevcan TOPTAŞ KILIÇ danışmanlığında "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Spiritüalite, Anksiyete, Depresyon ve Aile Sosyal Destek Algısı İle İlişkisi"konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 30.06.2021 tarih ve 30 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: f9dbed31-7631-4c11-bffa-3dab21743837 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys
Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA
Bilgi için: Seher ATALAY

EK 9: EORTC -QLQ -C30 Ölçeği İzin



EK 10: Genel Sağlık anketi Ölçeği 12 İzin



ölçek izin hakkında Gelen Kutusu ×

d **derya yılmaz** <dyilmaz19881@gmail.com> 8 Şub 2021 Pzt 22:31

Alıcı: cengizk

sayın Cengiz Kılıç Hocam

Çankırı karatekin üniversitesi psikiyatri hemşireliği sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik bölümü tezli yüksek lisans öğrencisi Derya Yılmaz. yüksek lisans tezimde geçerliliğini ve güvenirliliğini yapmış olduğunuz GSA 12 ölçeğini kullanmak için izin istiyorum.

şimdiden teşekkür ederim

C **Cengiz Kılıç** 9 Şub 2021 Sal 00:23

Alıcı: ben

Sayın Yılmaz,
GSA12 ekte.
Kolay gelsin
C Kılıç

EK 11: FACIT SP 12 Version 4. Ölçeği İzin



Ölçek İzni Hakkında Gelen Kutusu ×

derya yılmaz <dyilmaz196819@gmail.com> 8 Şub 2021 Pzt 20:26

Alıcı: ummuhan.akturk

Sayın Ümmühan Aktürk hocam

ben çankırı karatekin üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik anabilim dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Derya Yılmaz. Yüksek lisans tezimde sizin geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Facit- SP 12 version 4. kronik hastalık tedavisi fonksiyonel değerlendirilmesi- spiritual iyilik ölçeğini kullanmak istiyorum izin verirseniz çok sevinirim.

şimdiden teşekkür ederim.

ÜMMÜHAN AKTÜRK <[redacted]> 8 Şub 2021 Pzt 20:29

Alıcı: ben

Ölçeği çalışmanda kullanabilirsin. Diğer mail adresimden ölçeği gönderiyorum. Kolay gelsin

derya yılmaz <dyilmaz196819@gmail.com>, 8 Şub 2021 Pzt, 20:26 tarihinde şunu yazdı:

EK 12 : Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği İzin



ÖLÇEK İZNİ HAKKINDA Gelen Kutusu ×

d **derya yılmaz** <dyilmaz198819@gmail.com> 8 Şub 2021 Pzt 22:56

Alıcı: berrin.ozyurt

Ben Çankırı Karatekin üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik bölümü tezli yüksek lisans öğrencisi Derya Yılmaz. yüksek lisans tezimde geliştirdiğiniz kanser hastası sosyal destek ölçeğini kullanmak istiyorum onay verirseniz sevinirim.

şimdiden teşekkür ederim.

B **Berrin Özyurt** <[redacted]> 11 Şub 2021 Per 09:50

Alıcı: ben

Derya hanım, elbette kullanabilirsiniz. Kolay gelsin.

Sevgiler

Bu elektronik postada bulunan tum fikir ve gorusler ve ekindeki dosyalar sadece adres sahip/sahiplerine ait olup, Yasar Universitesi bu mesajin icerigi ile ilgili olarak hic bir hukuksal sorumlulugu kabul etmez. Eger gonderilmesi dusunulen kisi veya kurulus degilseniz, lutfen gonderen kisiyi derhal haberdar ediniz ve mesaji sisteminizden siliniz.

ÖZGEÇMİŞ

I . Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Derya YILMAZ

Doğum Yeri : Çankırı

Uyruğu: T.C

II. Eğitim Bilgileri

Yüksek lisans: Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Lisans: İstanbul Üniversitesi Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksek Okulu

III. Mesleki Deneyimler

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Servisi Sorumlu Hemşiresi

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi- Kolonoskopi Hemşiresi

Ankara Şehir Hastanesi Klinik Nütrisyon Eğitim Hemşiresi

Kurslar- Eğitimler

1- 2022- The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) LLL COURSE CERTİFİCATE ‘’Nutritional Support in Neurological Diseases’’
2- 2017- Ankara Kalkınma Ajansı Başkent Üniversitesi ‘’Hemşirelik Uygulamalarında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar katılım belgesi
3- 2015 -Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ‘’Nütrisyon Hemşireliği Sertifikası’’
4- Çankırı Karatekin Üniversitesi Edebiyat Fakültesi ‘’Pedagojik Formasyon Sertifikası’’