

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN 65 YAŞ ÜSTÜ
KANSER HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞUN
SOSYAL DESTEĞİN VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE İMECE

İstanbul

2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN 65 YAŞ ÜSTÜ KANSER
HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞUN, SOSYAL DESTEĞİN
VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatice İMECE

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik

İstanbul

2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik

(Islak İmza)

Üye Prof.Dr. Gülbeyaz CAN

(Islak İmza)

Üye Doç.Dr. Zülfünaz ÖZER

(Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yükseklisans tezi olarak hazırladığım“**Ayaktan Kemoterapi Alan 65 Yaş Üstü Kanser Hastalarında Manevi İyi Oluşun, Sosyal Desteğin ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi**”adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Hatice İMECE

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince, akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösterici olan Tez Danışmanım Sayın Hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK’e,

Eğitim hayatım boyunca dersleriyle bizlere geniş bir bakış açısı kazandıran Sayın Hocam Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER’e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Değerli Aileme,

Tez sürecinde fedakârlıkları ve anlayışlarıyla yanımda yer alan Kıymetli Dostlarıma ve İş Arkadaşlarıma,

Verdikleri tüm desteklerden dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hatice İMECE

İstanbul-2025

ÖZET

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN 65 YAŞ ÜSTÜ KANSER HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞUN, SOSYAL DESTEĞİN VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN İNCELENMESİ

Hatice İMECE

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Temmuz, 2025- Sayfa 169

Araştırma, ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üstü kanser hastalarında manevi iyi oluş, algılanan sosyal destek ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran 270 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, One-way ANOVA testi, Pearson Korelasyon testi, Regresyon analizi ve Sobel testi kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $69,61 \pm 4,93$ yıl olup %52,2'si erkek, %54,8'i ilkokul mezunu, %70,4'ü evli ve %66,3'ü emeklidir. Hastaların FACIT-Sp-12 toplam ve Anlam, Barış, İnançalt boyut puanları sırasıyla $34,96 \pm 7,86$, $12,60 \pm 2,86$, $10,35 \pm 3,66$, $12,01 \pm 3,35$; ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyut puanları sırasıyla $62,05 \pm 17,13$, $18,77 \pm 7,71$, $24,56 \pm 5,18$, $18,73 \pm 7,67$; ÖBGÖ toplam puan ortalaması $95,39 \pm 20,32$ bulunmuştur. FACIT-Sp-12, ÇBASDÖ ve ÖBGÖ arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracı rolünü incelemek için oluşturulan modelde, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracı rolünün anlamlı olduğu görülmektedir. Bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça manevi iyi oluş düzeyleri ve öz bakım gücü artmaktadır. Aynı şekilde manevi iyi oluşu yüksek olan bireylerin öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal desteğin öz bakım

gücünü yalnızca doğrudan etkilemediğini, aynı zamanda bireyin manevi iyi oluşunu güçlendirerek dolaylı bir etki oluşturduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler:Geriatric, Cancer, Mental Health, Self Care, Social Support, Nursing



ABSTRACT

EXAMINATION OF SPIRITUAL WELL-BEING, SOCIAL SUPPORT AND POWER OF SELF-CARE IN CANCER PATIENTS OVER 65 YEARS OF AGE RECEIVING OUTPATIENT CHEMOTHERAPY

Master's Degree, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

July, 2024- Page 169

This study was conducted to determine the relationship between spiritual well-being, perceived social support, and self-care agency among cancer patients aged 65 years and older receiving outpatient chemotherapy. Designed as a descriptive, cross-sectional, and correlational study, the research was carried out with 270 patients who applied to the outpatient chemotherapy unit of a training and research hospital in Istanbul. Data were collected using Patient Information Form, Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS), and Self-Care Agency Scale (SCAS). Descriptive statistics, Student's t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis, regression analysis, and the Sobel test were used for data analysis. The mean age of the patients was 69.61 ± 4.93 years; 52.2% were male, 54.8% were primary school graduates, 70.4% were married, and 66.3% were retired. The mean total and subscale scores of Meaning, Peace, Faith were 34.96 ± 7.86 , 12.60 ± 2.86 , 10.35 ± 3.66 , and 12.01 ± 3.35 , respectively. The mean total and subscale scores of Friends, Family, Significant Other were 62.05 ± 17.13 , 18.77 ± 7.71 , 24.56 ± 5.18 , and 18.73 ± 7.67 , respectively. The mean total score of the Self-Care Agency Scale was 95.39 ± 20.32 . A significant positive relationship was found among FACIT-Sp-12, MPSSS, and SCAS. In the model developed to examine the mediating role of spiritual well-being in the effect of multidimensional perceived social support on self-care agency, spiritual well-being was found to have a significant mediating role. As individuals' perceived social support increased, their levels of spiritual well-being and self-care agency also increased. Similarly, individuals with higher spiritual well-being demonstrated higher self-care agency. The findings indicate that social support not only has a direct effect on self-care agency but also exerts an indirect effect by strengthening individuals' spiritual well-being.

Keywords:Geriatrics, Cancer, Spirituality, Self-Care, Social Support, Nursing.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET..	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ.....	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	5
GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser Tanımı.....	5
2.2.Kanserde Risk Faktörleri.....	7
2.2.1.Değiştirilebilir Risk Faktörleri	7
2.2.2.Değiştirilemez Risk Faktörleri	10
2.3.Kanser Tedavi Yöntemleri	11
2.3.1.Cerrahi Tedavi	12
2.3.2.Kemoterapi.....	13
2.3.3.Kemoterapi İlaçlarının Uygulanma Yöntemleri	14
2.3.4.Kemoterapötik İlaçların Sınıflandırılması	15
2.3.5.Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Görülen Semptomlar	18

2.3.6.Radyoterapi	19
2.3.7.Diğer Tedavi Yöntemleri	20
2.4. Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı.....	21
2.5.Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus	24
2.6. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişimler	28
2.6.1.Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	28
2.6.2.Yaşlılarda Psikolojik ve Psiko-Sosyal Değişimler	32
2.7. Yaşlılarda Kanser	33
2.8. Manevi İyi Oluş	38
2.9. Sosyal Destek	41
2.10. Özbakım Kavramı	43
2.10.1.Orem’in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı	44
2.10.2.Öz Bakım Gücü.....	49
2.11. Geriatrik Kanserli Hastalarda Manevi İyi Oluş, Sosyal Destek ve Özbakım Gücünde Hemşirenin Rolü.....	51
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	57
GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	57
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	57
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
3.4.Veriler Toplama Araçları	57
3.4.1.Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	57
3.4.2. Manevi İyi Oluş Ölçeği.....	58
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	58
3.4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği	59
3.5.Verilerin Toplanması	59

3.6.Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi	59
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	60
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	60
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	61
BULGULAR.....	61
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	98
TARTIŞMA.....	98
ALTINCI BÖLÜM	114
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	114
KAYNAKÇA.....	117
EKLER	144

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kemoterapide Sık Kullanılan Alkaliyici Ajanlar	16
Tablo 2.2: Kemoterapide Sık Kullanılan Antimetabolitler	16
Tablo 2.3: Kemoterapide Sık Kullanılan Bitkisel Alkaloidler Ve Yan Etkileri.....	17
Tablo 2.4: Kemoterapide Sık Kullanılan Bitkisel Alkaloidler Ve Hormonlar.....	17
Tablo 4 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4 2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 4.3. Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Dağılımı	65
Tablo 4 4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4 5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 4.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Ve Toplam Puan Dağılımı	76
Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=270)..	77
Tablo 4.8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 4.9. Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Dağılımı	87
Tablo 4 10: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	87
Tablo 4.11: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	90
Tablo 4.12: Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının İlişkisi	94
Tablo 4.13: Manevi İyi Oluş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri Regresyon Ve Aracılık Analizleri	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Tümör Gelişim Süreci	6
Şekil 2.2: Dünya Yaşlı Nüfus Oranı	25
Şekil 2.3: 2019 Ve 2024 Yılı Türkiye Yaşlı Nüfus Oranı Yaş Dağılımı.....	27
Şekil 2.4 : Yaşlı Nüfus Oranın Yüksek Ve Düşük Olduğu On İl	28
Şekil 2.5: 2022 Yılı Verilerine Göre 65-85+ Yaş Arası Bireylerde Görülen Kanseri Vakalarının Dağılımı	36
Şekil 2.6: 2022 Verilerine Göre 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Kansere İlişkili Ölüm Oranı	37
Şekil 2.7: Orem'in Hemşirelik Teorisi Kavramsal Çerçevesi	46
Şekil 2.8: Orem'in Öz Bakım Kuramına Göre Kavram Haritası.....	47
Şekil 2.9: Hemşirelik Girişimi Gerektiren Bireyde Dengenin Bozulması	48
Şekil 2.10: 5a Hemşirelik Modeli.....	55
Şekil 4.1:Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracılık etkisi.....	97

KISALTMALAR LİSTESİ

EBV: Epstein-Barr virüsü

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlem Veritabanı)

HBV: Hepatit B virüsü

HCV: Hepatit C virüsü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)

HPV: Human Papilloma Virüs (İnsan papilloma virüsü)

IARC: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

NCI: National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UN: United Nations (Birleşmiş Milletler)

UNFPA:United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WPP: World Population Prospects (Dünya Nüfus Beklentileri Raporu)

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kanser, kontrolsüz hücre büyümesi ve çoğalmasıyla karakterize potansiyel olarak vücudun diğer bölgelerine yayılabilen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Brown vd., 2023). Kanser patofizyolojisi karmaşık olmakla birlikte hastalığın görülme sıklığındaki artış, kanser fizyolojisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Bu gelişmelerle birlikte kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi gibi tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimi sayesinde hem hastaların yaşam süresinin uzatılması hem de yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir (Akkanat Karagil ve Harmancı, 2022).

Kanser, günümüzde hem ülkemiz hem de dünya genelinde milyonlarca bireyi etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ön plana çıkmaktadır. Ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıklarının ardından ikinci sırada yer almakta ve önemli bir morbidite ve mortalite nedeni oluşturmaktadır (Siegel vd., 2024; TÜİK 2024). Güncel küresel istatistikler, 2022 yılında yaklaşık 20 milyon yeni kanser vakası olduğunu ve 9,7 milyon kanser kaynaklı ölümün gerçekleştiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, dünya genelinde kanserin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. 2022 yılında, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) verilerine göre, en yaygın tanı konulan kanser türü akciğer kanseri olup, tüm yeni vakaların %12,4'ünü oluşturmaktadır. Akciğer kanserinden sonra en sık görülen kanser türleri sırasıyla meme (%11,6), kolorektal (%9,6), prostat (%7,3) ve mide (%4,9) kanserleridir (Bray vd., 2024). Türkiye’de 2022 yılına ait kanser istatistiklerine göre, yaşa göre standardize edilmiş kanser görülme oranı erkeklerde 100 binde 262,4; kadınlarda ise 100 binde 188,0 olarak bildirilmiştir. Genel kanser insidansı ise 100 binde 225,2 düzeyindedir. Türle göre incelendiğinde ise ülkemizdeki sıralama dünyada görülen kanser türleri ile benzerlik göstermektedir. Dünya genelinde olduğu gibi kadınlar arasında meme kanseri en yüksek insidansa sahip kanser türüdür. Tiroid ve kolorektal kanserleri, meme kanserinden sonra en sık karşılaşılan malignitelerdir. Erkeklerde ise akciğer kanseri ilk sırada görülen kanser türü olarak öne çıkmaktadır. Akciğer kanserini sırasıyla prostat ve kolorektal kanser izlemektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser İstatistikleri 2020, 2025).

Kanser her yaş grubunda ortaya çıkabilen, ancak yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan kronik bir hastalıktır. Yaşlı nüfusun artmasıyla kanser görülme sıklığının da doğru orantılı artış göstereceği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı nüfus kapsamında değerlendirmektedir (WHO, 2025).

Kanser, yaşamı tehdit eden niteliği ve çok yönlü tedavi süreciyle, bireyler üzerinde ciddi psikososyal etkiler oluşturan karmaşık bir hastalıktır. Tanı anından itibaren hastalar; belirsizlik, zorlu ve uzun süren tedavi süreçleri, tedaviye bağlı yan etkiler, hastalığın seyri ve olası nüks riski gibi birçok stres kaynağıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreç, bireyde yoğun düzeyde kaygı, korku, çaresizlik gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Goerling vd.,2023). Bireyler yaşadıkları sorunlar karşısında kendilerini yalnız, amaçsız ve hayatın anlamını yitirmiş hissedebilmekte; bu durum da maneviyata yönelme gereksinimini beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar, maneviyatın kanser hastalarının tedavi sürecine uyum sağlamalarında önemli bir destek ve başa çıkma aracı olduğunu ortaya koymaktadır (Jimenez-Fonseca vd., 2018;Senmar vd., 2020).

Maneviyat özellikle hastalık gibi zor durumlarda öne çıkmaktadır (Boztilki ve Ardıç, 2017). Yaşlı bireyler, kanser teşhisinden sonra genellikle yalnızlık, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadır. Manevi iyi oluş, hastaların genel yaşam kalitesini iyileştirebilmekte ve hastalığın etkilerine karşı direnç sağlamada önemli bir rol oynamaktadır (Hayırkuş ve Çapar, 2024).

Manevi iyi oluş, günümüzde yaşlı bireylerin sağlık ve yaşam kalitesinde temel bir unsur olarak daha fazla önemslenmektedir. Çalışmalar, yaşlı bireylerin sağlık sorunları, kayıplar ve varoluşa dair kaygılarla baş etmesinde manevi iyi oluşun güçlü bir dayanıklılık kaynağı rolü üstlendiğini ortaya koymaktadır (Norberg vd., 2019; Reis ve Menezes, 2017). Reis ve Menezes (2017) manevi iyi oluşun yaşam geçişleri ve kayıplarla karşı karşıya kalan yaşlı bireyler için önemli bir kaynak sağlayabileceğini vurgulamaktadır (Reis ve Menezes, 2017). Manevi iyi oluş yalnızca başa çıkma mekanizmalarını geliştirmekle kalmayıp aynı zamanda duygusal sağlık için gerekli olan bir amaç ve aidiyet duygusuna da katkıda bulunmaktadır(Norberg vd., 2019).

Manevi iyi oluş, kanser hastalarının hastalık sürecindeki psikolojik sağlıklarını etkileyebilmekte ve genel iyilik hâlleri üzerinde belirleyici bir etki

gösterebilmektedir. Özellikle manevi ihtiyaçların karşılanması yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri araştırmalarla gösterilmiştir (Jiao vd., 2021). Bu bağlamda, manevi iyi oluşun sosyal destek ile olan ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal destek, kanser hastalarının ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkileyerek, onlara hem fiziksel hem de psikolojik açıdan güç katmaktadır(Li vd., 2022).

Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından tanımlandığı şekliyle sosyal destek, kanserli hastalara psikolojik, fiziksel ve finansal yardım sağlamak için ihtiyaç duyulduğunda mevcut olan bir aile, arkadaşlar, komşular ve toplum üyelerinden oluşan bir ağıdır (NCI,2020). Kanser teşhisi ve tedavisi, hastaların kişisel yaşam tarzlarında, günlük aktivitelerinde, işlerinde, ilişkilerinde ve aile rollerinde değişikliklere neden olmakta ve yüksek düzeyde hastanın psikolojik stresi ile ilişkilendirilmektedir (Alizadeh vd., 2018). Kanser tedavisinde sosyal destek, hastaların yaşadığı stres ve kaygıyı azaltarak daha iyi bir iyilik hâli elde etmelerine yardımcı olabilir (Nazari ve Shaygannejad, 2021). Sosyal destek, aile üyeleri, arkadaşlar veya sağlık profesyonelleri tarafından sunulabilir ve bu destek türlerinin her biri, hastaların manevi ve duygusal ihtiyaçlarını karşılama konusunda önemli bir rol oynamaktadır (Durmuş ve Öztürk, 2022). Araştırma sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin, duygusal zorlanmalarla daha iyi başa çıktıklarını ve genel yaşam tatminlerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Eom vd., 2013). Özellikle yaşlı bireyler söz konusu olduğunda, sosyal ağlarda yer almak, yalnızlık ve çaresizlik hissini azaltarak manevi iyi oluşu destekleyen bir etki yaratmaktadır (Balboni vd., 2011).

Manevi iyi oluş ve sosyal desteğin bireylerin yaşam kalitesine olan etkileri tartışılırken, bu ilişkide öz bakımın da merkezi bir role sahip olduğu görülmektedir (Mohebi vd., 2018). Özbakım gücü, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme yeteneği ile ilgili bir olgudur ve yaşlı kanser hastalarında bu durum son derece önemlidir. Özbakım etkinliklerine katılan bireylerin manevi iyi oluş seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Fathi vd., 2018). Aynı zamanda, manevi iyi oluşu yüksek olan bireyler, özbakım faaliyetlerine daha aktif bir şekilde katılma eğilimindedir (Pilger vd., 2017). Orem, birey merkezli kuramında öz bakımı; kişinin kendi sağlığını, yaşamını ve genel iyilik halini sürdürmek amacıyla gerçekleştirdiği gerekli eylemler bütünü olarak tanımlamaktadır (Rakhshani vd., 2022). Yaşanan zorluklar

karşısında bireylerde yalnızlık, amaçsızlık ve yaşamın anlamına dair sorgulamalar ortaya çıkabilmekte, bu durum da maneviyata yönelme ihtiyacını artırabilmektedir. Yapılan çalışmalar, maneviyatın kanser hastaları için sürece uyumda etkili bir destek ve başa çıkma aracı olduğunu ortaya koymaktadır (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021). Özbakım aktivitelerini yardım almaksızın kendi başına yerine getirme kabiliyeti özbakım gücü olarak ifade edilmektedir (El-Osta vd., 2023). Sağlıklı bir bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için yeterli öz bakım becerilerine sahip olması önemlidir. Ancak yaşlanma süreciyle birlikte bireylerde biyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik alanlarda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum, görme, işitme ve hareket etme gibi işlevlerin azalmasına yol açarak yaşam kalitesini düşürebilmekte ve kişinin öz bakım ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Pınar ve Demirel, 2016).

Hemşireler, multidisipliner ekibin bir parçası olarak kanser bakımının ön saflarında yer almakta ve hasta merkezli bakımı sağlama konusunda kritik bir rol üstlenmektedir. Tıbbi gelişmelerin sağ kalım oranlarını artırması, kanserle yaşayan bireylerin sayısında önemli bir artışa yol açmıştır; bu da hastaların yaşam kalitesinin önemini daha da artırmıştır. Artık tedavi süreçlerinde yalnızca fiziksel sağlık değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal destek hizmetlerinin de kritik olduğu geniş çapta kabul edilmektedir (Naito, 2024). Bu doğrultuda çalışmaya tam kemoerapi alan 65 yaş üstü kanser hastalarında manevi iyi oluşun, sosyal desteğin ve öz bakım gücünün incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

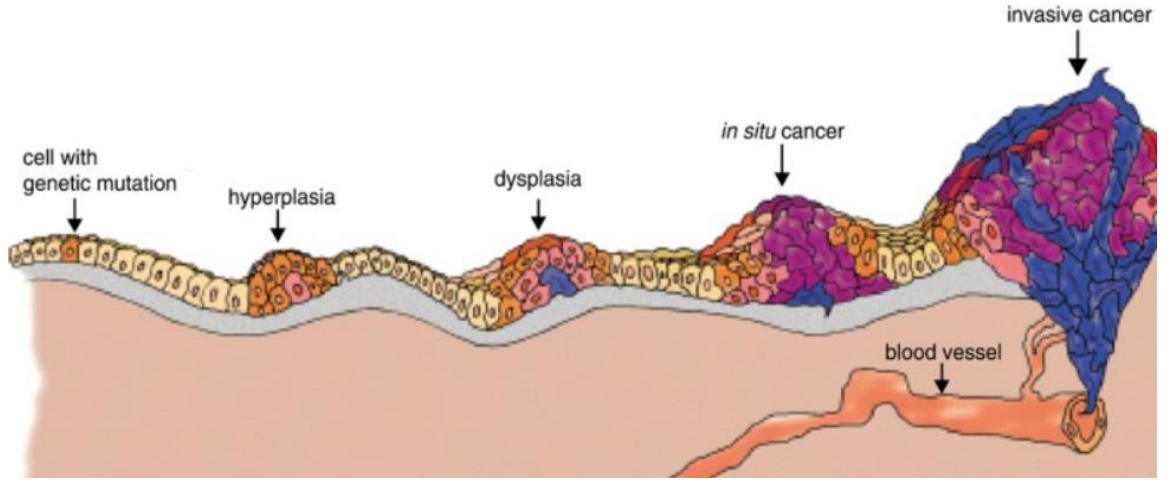
2.1. Kanser Tanımı

Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalıp büyümesiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Kanser hücrelerini sağlıklı hücrelerden ayıran; proliferatif sinyalleri sürdürmeleri, büyümeyi baskılayan sinyallere duyarsız olmaları, hücre ölümüne karşı direnç göstermeleri, sınırsız çoğalma kapasitesine sahip olmaları, anjiyogenezi desteklemeleri, invazyon ve metastazi uyarmaları, çevresel ve hücresel metabolizmayı yeniden programlamaları ve bağışıklık sisteminden kaçabilmeleri olmak üzere bazı özellikler vardır. Genetik mutasyonlar nedeniyle, kanser hücreleri hücre döngüsü kontrol mekanizmalarından kurtulur ve apoptozdan kaçabilirler (Dede vd., 2023).

Brown ve arkadaşları kanseri; vücuttaki bazı hücrelerin normal büyüme düzeni dışındakontrolsüz bir şekilde çoğalması ve bu hücrelerin çevre dokulara ya da vücudun diğer bölgelerine yayılmasıyla karakterize edilen, hemen her organ ve dokuyu etkileyebilen, malign bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır(Brown vd., 2023).

Kanser hastalığına ilişkin en eski bulgular M.Ö. 3000’li yıllara kadar uzanmaktadır. “Kanser” sözcüğü, Latince yengeç anlamına gelen “canker” veya “carcinos” sözcüklerinden türemiştir. “Tümör” terimi ise ilk kez M.Ö. 3. yüzyılda kullanılmış olup, tümör çevresindeki damarların şekil olarak yengecin bacaklarına benzetilmesi nedeniyle Hipokrat tarafından kullanılmıştır (Baykara, 2016; Pehlivan, 2020).

Tarihte bilinen en eski kanser vakalarının M.Ö. 1600’lü yıllarda Mısır’daki mumyalarda görüldüğü, bu vakalardan birinde kemik kanseri bulgusuna rastlandığı görülmüştür. Yaklaşık bin yıl sonra yine bir mumyada ilk meme kanseri vakasının kaydedildiği belirtilmiştir. Antik çağlarda kanserin tedavi edileceğine inanılmış ve cerrahi yöntemlerle hastalıklı dokuların çıkarılması gibi girişimlerde bulunulmuştur. Ancak bu çabalar genellikle hastalığı tamamen iyileştirmekten çok, ortaya çıkan belirtileri hafifletmeye yönelik olmuştur (Pehlivan, 2020).



Şekil 2.1:Tümör gelişim süreci

Kaynak: National Cancer Institute, 2015

Kanser oluşumu, bir hücrenin normal hücre döngüsündeki denetimlerden kurtularak kendi başına çoğalmaya başlamasıyla ortaya çıkar. Bu ilk bozulma ile birlikte, bölünme sonucunda ortaya çıkan yeni hücreler de anormal çoğalma eğilimi gösterir. Bu şekilde gelişen anormal hücreler bir tümör ya da hücre yığını oluşturabilir. Başlangıçta tümör, sınırlı bir bölgede kalabilir (in situ kanser); fakat ilerleyen evrede çevredeki dokuları işgal etmeye başlayabilir ki bu da invaziv kanser olarak tanımlanır. İnvaziv tümörler “kötü huylu” olarak nitelendirilir. Bu tümörlerden ayrılan hücreler kana ya da lenf dolaşımına geçerek vücudun farklı bölgelerine yayılabilir ve yeni tümör odakları oluşturabilir. Metastaz geliştiğinde, kanser yalnızca büyümekle kalmaz; aynı zamanda hayati organların işlevini bozarak bireyin yaşamını ciddi şekilde tehdit eder (Şekil 2.1) (National Cancer Institute, 2015).

21. yüzyılda kanser, toplum sağlığı ve ekonomik boyutlarıyla ciddi bir problem olarak kabul edilmektedir. Küresel ölçekte bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde en fazla ölüme yol açan nedenlerden biri olup, her altı ölümden birinin kanser kaynaklı olduğu bildirilmektedir. Küresel Kanser Gözlemevi(GLOBOCAN) verilerine göre, 2022 yılında dünya çapında 20 milyondan fazla kişiye kanser tanısı konulmuştur. Yaşlanan nüfus ve demografik veriler göz önünde bulundurulduğunda, 2050 yılına kadar bu sayının %77 oranında artacağı ve 35 milyondan fazla bireyin kanser tanısı alacağı öngörülmektedir (Bray vd., 2024).

2.2.Kanserde Risk Faktörleri

Risk faktörleri, bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya ilerlemesini hızlandıran etkenler olarak tanımlanmaktadır. Kanser kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, mevcut bilimsel veriler bazı faktörlerin kanser gelişiminde rol oynadığını ve hastalığa yakalanma olasılığını artırdığını göstermektedir (Kocamaz vd., 2019; Temiz, 2021). Risk faktörleri genellikle değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir (Aydın, 2022; Karaman vd., 2020; Temiz, 2021).

2.2.1.Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Yapılan araştırmalar, kanser gelişiminde etkili olabilecek çeşitli değiştirilebilir risk unsurlarını ortaya koymaktadır. Bu unsurlar arasında tütün kullanımı, obezite, yetersiz fiziksel aktivite, dengesiz beslenme alışkanlıkları, yüksek miktarda alkol alımı ve çevresel toksinlere maruz kalma durumu sayılabilir (Collatuzzo ve Boffetta, 2023; Nejatnamini vd., 2021; Noronha vd., 2023; Tybjerg vd., 2022).

Tütün kullanımı: Tek başına sigara içmek, her yıl tüm kanser ölümlerinin en az üçte biriyle doğrudan ilişkilendirilmektedir. Erkek ve kadınlarda, özellikle akciğer kanserinden kaynaklı ölümlerin en önemli nedenidir (Can, 2020). Sigara içmek aynı zamanda gırtlak, ağız boşluğu ve yemek borusu gibi kanserlerin çoğundan sorumludur. Mesane, böbrek, pankreas ve serviks kanserlerinin gelişimi ve bu kanserlerden meydana gelen ölümlerle de oldukça ilişkilidir. Tütün ürünlerinden kaynaklanan duman, kansere neden olduğu bilinen 60 madde (kanserojen) dâhil olmak üzere binlerce kimyasal madde içermektedir (Gündoğdu, 2020). Sigara içmenin sağlık riskleri sadece sigara içenlerle sınırlı değildir. Çevresel tütün dumanına maruz kalmak, sigara içmeyen kişinin akciğer kanserine yakalanma riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Çevresel tütün dumanı, sigara içmeyenlerin sigara içen biriyle hava sahasını paylaştıklarında maruz kaldıkları dumandır (Tybjerg vd., 2022).

Alkol tüketimi: Alkollü içeceklerde bulunan etanolün aktif metaboliti olan asetaldehit kanserin nedeni olan kanserojen maddedir (Gündoğdu, 2020). Dünya genelinde görülen kanser vakalarının yaklaşık %4'ü alkol kullanımına bağlanmaktadır; bu oran 2020 yılında 740.000'den fazla olguyu belirtmektedir. Alkol tüketiminin kansere katkısı, türlerine göre farklılık göstermekte olup; yemek borusu, karaciğer, meme ve başlıca sindirim sistemi kanserlerinde en fazla payı

oluşturmaktadır (National Cancer Institute, 2015). Kanser gelişim üzerindeki etkilerinin anlaşılabilmesi için hazırlanan IARC Monograf programı, mevcut epidemiyolojik veriler doğrultusunda kanıtları incelemekte ve sınıflandırma yapmaktadır. Ağız, boğaz, larenks, özefagus, karaciğer kanserlerinin gelişimine neden olmaktadır (Can, 2020; Yakar, 2023).

Beslenme: Beslenme alışkanlıkları kanser riskiyle karmaşık bir şekilde bağlantılıdır. Yapılan Meta- analizlerde, kırmızı ve işlenmiş etin tüketilmesinin kolorektal kanser riskini artırdığı rapor edilmiştir. Özellikle sağlıksız kaynaklardan yüksek enerji alımı, çeşitli kanserlerin etiolojisinde rol oynayan metabolik düzensizliği teşvik etmektedir (Akinyemiju vd., 2018). Sebze, meyve ve tam tahılları içeren dengeli beslenmenin, kansere karşı koruyucu bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Can, 2020; Nejatnamini vd., 2021; Yakar, 2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl gerçekleşen kanser kaynaklı ölümlerin yaklaşık üçte birinin beslenme ilişkili faktörlerden kaynaklandığı bildirilmektedir. Bunlar arasında yiyecek türleri, hazırlama yöntemleri, porsiyon büyüklüğü, çeşitlilik ve genel kalori dengesi de yer almaktadır. Yüksek yağlı bir diyet, prostat, endometrium, kolon ve rektum kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Aşırı yağ alımının, birçok kanser türünün nedenlerinden biri olan serbest radikallerin üretiminde rol oynadığı bildirilmektedir. Yüksek yağlı diyetin, safra asitlerinin bağırsağa akışını arttırdığı, bu şekilde kolon kanseri riskini artırdığı görülmüştür (National Cancer Institute, 2015).

Obezite: Aşırı kilo ve obezite, günümüzde hızla artan küresel sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Aşırı kilo ve obezite sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Vücut kütle indeksi, genel vücut yağlanması için nüfus düzeyinde en sık uygulanan ölçümdür. Yetişkinler arasında aşırı kilo, 25 kg/ m² veya daha fazla VKİ olarak tanımlanırken, VKİ 30 kg/ m²'nin üstünde olan bireyler obez sınıfına girmektedir (Şayık vd., 2021). Obezite; meme, kolon, uterus, over pankreas, prostat kanseri gibi kanserlerin riskini artırır (Can, 2020; Yakar, 2023). Çalışmalar, artan VKİ'nin özellikle hormona duyarlı kanserlerde kanser hücresi büyümesini teşvik eden yüksek östrojen seviyeleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Malik vd., 2024). Kilo vermeyi hedefleyen yaşam tarzı değişiklikleri kanser riskini azaltarak, hayatta kalma oranını etkilemektedir (Jane Miller, 2019).

Mesleki faktörler: İşyerinde kanserojen maddelerle doğrudan temasta bulunan kişiler kansere yakalanma açısından en yüksek risk grubundadır

(Gündoğdu,2020).Kansere neden olan pek çok kimyasal madde tanımlanmış ve birçoğunun Amerika Birleşik Devletleri'nde üretimi yasaklanmıştır (National Cancer Institute, 2015). Bazı kansorejen maddelere mesleki olarak maruz kalmanın, farklı kanser türleri açısından önemli bir risk faktörü oluşturduğu belirlenmiştir. Çeşitli endüstrilerde yaygın olan asbest, benzen ve formaldehit gibi maddelerin akciğer kanseri, mezotelyoma ve lösemi gibi hastalıklarla doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kaleli vd., 2018; Yari vd., 2018). Nitratla kontamine olan içme suyunun kullanılması, gübrede kullanılan kimyasallar, Non-Hodgkin lenfoma gelişme riskini artırır. Radyasyon maruziyeti, tiroit kanser gelişimini artırır (Can, 2020; Yakar, 2023). IARC, çok sayıda madde ve mesleği kanserojen olarak sınıflandırarak, bu riskleri azaltmada işçi güvenliği ve düzenleyici önlemlerin kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır (Elhadi vd., 2021; Yari vd., 2018).

Çevresel faktörler: Kirlilik, yaşam tarzı seçimleri ve mesleki problemler gibi çevresel faktörler kanser riskini anlamada kritik öneme sahiptir. Tybjerg ve diğerleri, Danimarka'daki kanser vakalarının yaklaşık %42'sinin sigara, obezite, hava ve su kirleticileri gibi çevresel kanserojenler faktörlere atfedilebileceğini belirtmektedir (Tybjerg vd., 2022). Zhang ve arkadaşları, sağlıklı beslenme ve kirleticiler gibi unsurlara kronik maruz kalmanın, birden fazla kanser türünde kanser riskini artırdığını göstermiştir (Zhang vd., 2024). Çin'de yapılan bir çalışmada, sigara içmenin önemli kanserojen risk faktörü olduğu, kanser vakalarının yaklaşık %40'ının çevresel ve yaşam tarzı faktörlerine bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Feng vd., 2019). Ultraviyole ışığın genlerde mutasyona neden olarak kanserojen etki yarattığı belirtilmektedir. Bu nedenle güneşe doğrudan maruz kalma süresi kısaltılmalı ve mutlaka güneş koruyucu kremler kullanılmalıdır. Günde 15-30 dakikayı aşmayacak şekilde güneş ışınlarına maruz kalmak güvenlidir. Korunmasız ve sık dışarı çıkmak özellikle genetik olarak yatkın bireylerde cilt kanseri gelişme riskini artırır (Can, 2020; Yakar, 2023).

Bulaşıcı ajanlar: Bazı enfeksiyon etkenleri, hücrelerde yapısal ve genetik değişikliklere yol açarak kanser gelişiminde rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar, tüm kanser vakalarının yaklaşık %20-25'inin virüsler, bakteriler ve parazitler gibi biyolojik ajanlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu mikroorganizmalar, hücrelerin genetik materyaline doğrudan zarar vererek ya da bağışıklık sistemini zayıflatarak hücrelerin kontrolsüz çoğalmasına neden olabilir. Human Papilloma

Virüsü (HPV), serviks kanserinin başlıca etkenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir ve cinsel yolla bulaşmaktadır. Yüksek riskli HPV tipleri, hücrelerde kansere dönüşebilecek anormal değişikliklere yol açabilmektedir (Marima vd., 2021). HBV ve HCV olarak bilinen hepatit virüsleri ise karaciğer hücrelerinde ciddi hasara yol açarak hepatoselüler karsinom gelişimine neden olmaktadır. Bu virüsler kan veya cinsel temas yoluyla bulaşmaktadır. Epstein-Barr Virüsü (EBV) lenfoma ve nazofarenks kanseri gibi bazı kanser türleri ile ilişkilendirilirken (De La Cruz-Vargas vd., 2024), Human T-Cell Lymphotropic Virus-1 (HTLV-1) T-hücrelerinin kontrolsüz çoğalmasına yol açarak T-hücreli lösemiye neden olmaktadır (Can, 2020; De Martel vd., 2020). Human Herpes Virüs 8 (HHV-8) Kaposi sarkomu gibi bazı kanser türlerinin ortaya çıkışında rol oynarken (Marima vd.,2021). Helicobacter pylori adlı bakteri mide mukozasında uzun süreli enfeksiyonlara neden olarak gastrit ve ülserlerle birlikte mide kanserine yatkınlığı artırmaktadır (De Martel vd., 2020). Ayrıca Schistosoma türü parazitlerin, özellikle tropikal bölgelerde, karaciğer ve mesane kanseri gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Bu ajanların kansere yol açma mekanizmaları karmaşık olup, bireyin genetik yatkınlığı ve bağışıklık sisteminin durumu bu süreci etkilemektedir (Tran vd., 2022).

2.2.2.Değiştirilemez Risk Faktörleri

Yaş:Değiştirilemeyen birincil risk faktörlerinden biri yaştır. Özellikle meme ve kolorektal kanser gibi birçok farklı kanser türünün ortaya çıkma olasılığı, yaşın ilerlemesiyle birlikte hücresel mutasyonların birikmesi nedeniyle artmaktadır (Kim vd., 2023).

Cinsiyet: Belirli kanserlerin yaygınlığını etkileyen bir diğer önemli risk faktörüdür. Meme kanseri ağırlıklı olarak kadınları etkilerken, prostat kanseri yalnızca erkeklerde görülmektedir (Kim vd., 2023).

Genetik:Kanser vakalarının büyük çoğunluğu raslantısal olarak ortaya çıkmasına rağmen yaklaşık %5’inde genetik yatkınlıkların rol oynadığı görülmektedir (Karaman vd., 2020). BRCA1 ve BRCA2 gibi belirli kalıtsal genetik mutasyonlar, meme ve over kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (Can, 2020). Lynch sendromu olarak bilinen kalıtsal durumda, ailede özellikle meme ve kolorektal kanser başta olmak üzere farklı kanser türlerinin bulunması, bireyde kanser gelişme riskini artırmaktadır (Aydın, 2022).Kanser hastası yakın akrabaları olan kişilerin,

ortak genetik ve çevresel faktörler nedeniyle kendilerinin de bu hastalığa yakalanma olasılığı daha yüksektir. Bu ailevi ilişki, risk altındaki popülasyonlarda genetik danışmanlık ve testlerin önemini vurgulamaktadır (Alnemari vd., 2020; Youssef vd., 2024).

Bazı üreme faktörleri de değiştirilemez olarak kabul edilmektedir. Bir kadının menarş yaşı, menopoz zamanı ve gebelik sayısı meme kanseri riskini etkileyebilmektedir. Çocuk sahibi olmamak veya ileri yaşta çocuk sahibi olmak da meme kanserine yatkınlığı artırmaktadır (Youssef vd., 2024).

Etnik köken ve ırkın kanser risk profillerini etkilediği gözlemlenmiştir. Bazı gruplar, genetik duyarlılık ve çevresel etkileşimlerin birleşimi nedeniyle belirli kanserlerde daha yüksek oranlar sergilemektedirler (Olkaowski ve Buldak, 2022). Etnik gruplar arasında değişen genetik yatkınlık, hormonal faktörler, sosyoekonomik durum ve çevresel maruziyetler arasında karmaşık ilişkiler ortaya koymaktadır. Irksal ve etnik alt gruplar arasında prostat kanseri üzerine kapsamlı bir analiz, farklı insidans eğilimlerini vurgulamaktadır. Özellikle, Meksikalı veya Kübalı Amerikalılar gibi Hispanik erkekler ile Çinli veya Japon Amerikalılar gibi Asyalı/Pasifik Adalıları arasındaki etnik farklılıklar, kanser insidansında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir (Du vd., 2023).

2.3.Kanser Tedavi Yöntemleri

Kanserin tedavisine yönelik birçok yöntem geliştirilmiştir. Bilim insanlarının kanserin biyolojik yapısını ve moleküler mekanizmalarını daha iyi anlamasıyla birlikte tedavi yaklaşımları da sürekli değişmiştir. Tarihsel süreçte, Eski Mısır'da tümörlerin cerrahi yöntemlerle çıkarılmasına ilişkin kayıtlar bulunurken, 20. yy.'da kemoterapi ve immünoterapi gibi ilaç temelli uygulamalar ortaya çıkmıştır (Fischer, 2022).

Hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik, etkinliği yüksek, yan etkileri düşük ve maliyeti uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesi önerilmektedir. Tedavide temel hedef; hastalığın ortadan kaldırılması, denetim altında tutulması ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Hastalığın kontrol edilememesi veya tedaviye bağlı olumsuzlukların arttığı durumlarda, bireylerin yaşam kalitesinde gerileme, benlik algısında zayıflama ve tedaviye uyumda sorunlar görülmektedir (Baykara, 2016; Çelik ve Bektaş, 2020).

Günümüzde kanser tedavisi çoğunlukla cerrahi girişim, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi, hormon tedavileri, hedefe yönelik tedaviler ve kök hücre uygulamaları gibi farklı yöntemlerin tek başına ya da kombinasyon halinde uygulanmasını kapsamaktadır. Hastaya seçilecek tedavi yaklaşımı; tümörün türü, yayılım düzeyi, hastanın sağlık durumu ve hastalığın ilerleme düzeyine bağlı olarak şekillenmektedir (Can, 2020).

2.3.1.Cerrahi Tedavi

Kanser kontrolünde eski ve yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Cerrahi tedavi tek başına uygulanabileceği gibi, kemoterapi veya radyoterapi gibi diğer tedavi seçenekleriyle birlikte de kullanılabilir. Temel amaç; tümör dokusunu ortadan kaldırmak, hastalığın ilerlemesini engellemek, nüks riskini azaltarak hastanın yaşam kalitesini artırmak ve diğer tedavi yöntemlerinin etkinliğini destekleyici rol oynamaktır. Bunun yanı sıra, erken tanı konulabilmesi, tanının kesinleşmesi ve hastalığın evrelemesinin yapılabilmesi içinde tercih edilmektedir (Can, 2020; Öztürk vd., 2022).

Hastanın genel sağlık durumu, tümörün boyutu, lokalizasyonu, yayılım durumu ve genetik özellikleri cerrahi yaklaşımın seçiminde belirleyici rol oynamaktadır. Onkoloji alanında primer cerrahi, adjuvan cerrahi, kurtarıcı cerrahi, palyatif cerrahi ve rekonstrüktif uygulamalar gibi farklı cerrahi teknikler geliştirilmiştir. Bu çeşitlilik, hastalığın evresi ile klinik özelliklerine uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesine imkân tanımaktadır (Baykara, 2016; Öztürk vd., 2022). Son yıllarda Laparoskopik ve robotik cerrahi gibi minimal invaziv cerrahi teknikler geliştirilmiş, özellikle gastrointestinal sistem kanserlerinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknikler; kısa iyileşme süresi, azalmış komplikasyon riski ve estetik avantajları nedeniyle tercih edilmektedir. Meme kanserinde onkoplastik cerrahi ve modifiye radikal mastektomi, akciğer kanserinde küratif rezeksiyon, kolorektal kanserlerde ise mezokolik rezeksiyon gibi yöntemler hem onkolojik başarıyı hem de hastanın yaşam kalitesini artırmayı amaçlar (Benson vd., 2018; Shah vd., 2022; Sohda vd., 2019; Mangiameli vd., 2022).

Gelişen cerrahi teknikler yalnızca tümörün çıkarılmasını değil; organ fonksiyonlarının korunmasını, estetik kaygıların giderilmesini ve tedaviye bağlı olası komplikasyonların en aza indirilmesini de hedeflemektedir (Alshawadfy ve Al-

Touny, 2023). Multidisipliner yaklaşımlarla desteklenen modern cerrahi, hastaya özgü bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Nelson vd.,2019; Köhler vd., 2020).

2.3.2.Kemoterapi

Kanserin tedavisinde en yaygın uygulanan yaklaşımlardan biridir. Mutasyona uğramış hücrelerin çoğalmasını engelleyen ve yok etmeyi amaçlayan sitotoksik ilaçların kullanılması ile gerçekleştirilir. Bu tedavi yalnızca tümör hücrelerini değil, sağlıklı hücreleride etkileyerek çeşitli yan etkilere yol açmaktadır. Tedavi sürecinde ortaya çıkan bu yan etkiler, bireyin yaşam kalitesinin düşmesine, tedaviye uyumunun azalmasına ve kimi zaman tedavi dozunun azaltılması ya da kesilmesine neden olabilmektedir (Berk, 2018; Can,2020;Pekmezci vd., 2022). Genetik yapı, çevresel koşullar ve bireysel farklılıklar doğrultusunda kanserin tipi ve evresine göre uygulanır. Temel hedefler; tedavi, kontrol, semptomların hafifletilmesi ve koruyucu yaklaşımdır. Kemoterapi tek başına tüm kanser hücrelerini ortadan kaldırmaya çoğu zaman yetmez. Kanser türüne, hastanın genel sağlık durumu ve tedaviye yanıtı dikkate alınarak kişiselleştirilmiş protokoller oluşturularak, belirli aralıklarla planlanmış kürler halinde uygulanır; haftalık, 15 günde bir, 21 günde bir, 28 günde bir vb. olabilir. Hastaya özgü tedavi protokolleri oluşturularak tek veya birkaç kür şeklinde uygulanır. Kürler belirli bir süre sonunda tamamlanacak şekilde düzenlenir(Can, 2020;Eroğlu ve Temiz, 2021).

Bu tedavi yöntemi bağımsız olarak uygulanabildiği gibi cerrahi ve radyoterapiyle kombine şekilde de kullanılabilir. Böylece malign hücrelerin büyümesi ve yayılımı daha etkili biçimde engellenmeye çalışılır. Kemoterapi; adjuvan, neoadjuvan, küratif ve palyatif amaçlarla kullanılır (Arslankılıç vd.,2020; Can, 2020; Kurt, 2020).

Adjuvan kemoterapi; cerrahi ve radyoterapiden sonra geride kalmış olan veya belirli yerlerde yoğunlaşan tümör hücrelerini yok etmeyi hedefler. Özellikle prostat, over, kolorektal ve meme kanserlerinde tercih edilen bir yaklaşımdır (Arslankılıç vd.,2020; Özbek ve Erol, 2024; Wang vd., 2024).

Neoadjuvan kemoterapi;cerrahi ve radyoterapiöncesi,tümör boyutlarını küçültmek amacıyla uygulanır. Erken dönemde verilmesi, tedavi şansını artırıcı bir avantaj sağlar. Rektum, meme, mesane ve kemik iliği malignitelerinde kullanılmaktadır (Arslankılıç vd., 2020; Özbek ve Erol, 2024;Wang vd., 2024).

Küratif kemoterapi; sitotoksik ilaçlarla malign hücrelerin tamamen ortadan kaldırılmasının amaçlandığı tedavi yöntemidir. Lenfoma, pediatrik maligniteler ve testis tümörleri gibi bazı kanser türlerinde uygulanabilmektedir (Arslankılıç vd.,2020; Long vd., 2024;Wang vd.,2024).

Palyatif kemoterapi; metastaz yapmış ve ilerlemiş kanser türlerinde, diğer kemoterapi yöntemlerinin etkili olmadığı durumlarda tercih edilir. Temel amaç, malign hücrelerin tamamen yok edilmesinden ziyade semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artmasıdır (Arslankılıç vd.,2020).

2.3.3.Kemoterapi İlaçlarının Uygulanma Yöntemleri

Kemoterapi ilaçları farklı yollarla uygulanabilir ve her yöntemin kendine özgü yararları ve dikkat edilmesi gereken noktaları bulunmaktadır. Tedavinin etkinliği ve güvenliği için uygulama yolu hastanın genel durumu, hastalığın özellikleri ve tedavi planına göre belirlenir (Akdemir ve Can,2023).

İlaçların damar yoluyla verilmesi yani intravenöz kemoterapi, en yaygın yöntemlerden biridir. Ancak bu uygulamada komplikasyon riski yüksek olduğundan, aseptik kurallara tam olarak uyulmalı ve enfeksiyon kontrolüne büyük özen gösterilmelidir. Tedavi öncesinde hastaya ayrıntılı bilgi verilmeli ve mutlaka onam alınmalıdır. Uzun süreli tedavilerde santral venöz kateterler tercih edilirken, periferik damar seçimi titizlikle yapılmalı, kateterin doğru şekilde sabitlenmesine dikkat edilmelidir. Tedavi sırasında kateterin doğru pozisyonda kalıp kalmadığı kontrol edilmeli ve infüzyon süresi 12-24 saatlik süreyi geçmemelidir (Kurt, 2020).

Oral yol ile verilen kemoterapi, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştıran bir yöntemdir ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkiler. Bu uygulamada ilaçların uygun dozda ve zamanda alınması kritik öneme sahiptir. Tabletlerin kırılmadan veya çiğnenmeden yutulması gerekir ve yanlış, düzensiz ya da eksik kullanım tedavi etkinliğini azaltabilir. Ekstravazasyon riski bulunmaz ancak mide ve bağırsak toksisitesi açısından dikkatli olunmalıdır. Greyfurt ve bazı besinler CYP3A enzimini etkileyerek ilaçların emilimini değiştirebilir, bu nedenle hasta, besin-ilaç etkileşimleri konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir(Kurt, 2020).

Göğüs boşluğunda sıvı birikimi (plevralefüzyon) olan hastalarda kullanılan intraplevralkemoterapi, ilaçların göğüs tüpü aracılığıyla doğrudan plevral boşluğa verilmesi esasına dayanır. Bu yöntemde pnömotoraks ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebileceği için uygulama sonrası hasta yakından takip edilmelidir(Akdemir ve Can,2023; Kurt, 2020).

Beyin ve omurilik sıvısına doğrudan ilaç verilmesini sağlayan intratekal kemoterapi, genellikle lomber ponksiyon yöntemiyle gerçekleştirilir. Merkezi sinir sistemi tedavisinde etkinliği artırmayı amaçlayan bu yöntemde aseptik koşullara titizlikle uyulmalıdır. Uygulama sonrası baş ağrısı, bulantı, kusma ve uyku hali gibi yan etkiler oluşabileceğinden hasta dikkatle gözlenmelidir(Akdemir ve Can,2023; Kurt, 2020).

Karın içi zarına yayılım gösteren kanserlerde kullanılan intraperitoneal kemoterapi ise ilacın doğrudan karın boşluğuna verilmesini içerir. Bu sayede ilaç, tümör bölgesinde yüksek bir lokal etki sağlar ve sistemik dolaşıma geçiş yavaş olduğu için etkinliği uzun süre devam eder. Özellikle, sisplatin gibi ilaçlar bu yolla verildiğinde damar yoluyla uygulanmasına kıyasla 10-20 kat daha güçlü bir lokal etki oluşturur. Bu yöntem, tümör dokusunu hedef alırken sistemik yan etkilerin daha düşük düzeyde kalmasına katkıda bulunur (Akdemir ve Can,2023; Kurt, 2020).

2.3.4.Kemoterapötik İlaçların Sınıflandırılması

Kemoterapi ilaçları, etki mekanizmalarına göre beş farklı kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler, kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmasını farklı yollarla durdurur. İlaçların kullanım şekilleri ve etki mekanizmaları, ortaya çıkan yan etkilerin türünü ve şiddetini belirler. Hastalığın seyrine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak farklı metabolik süreçler gelişebilir. Özellikle Hepatik sitokrom P450 sistemi, kemoterapi ilaçlarının aktif hale gelmesini yada metabolize edilmesini sağlayan önemli bir enzim sistemidir (Wang vd.,2023).

Alkileyici ve Alkileyici Benzeri İlaçlar: Bu grup, hücre döngüsünün belirli bir fazına özgü olmayan ilaçlardan oluşur.DNA'nın temel yapısını bozarak etkili olurlar. Bu ilaçlar, nükleik asit yapısında alkil gruplarının bağlanmasıyla DNA'nın normal işleyişini engeller ve hücrelerin bölünmesini durdurur. Ayrıca bazıları hızlı hücre yıkımına neden olurken, siklofosamid gibi ilaçlar plazmadaki kolinesteraz enziminin aktivitesini baskılar. Bu süreç, özellikle hızlı bölünen kanser hücrelerinde güçlü bir

tedavi etkisi sağlar. Hodgkin Lenfoma, akciğer, prostat kanseri ve çeşitli malignitelerin tedavisinde kullanılır(Akdemir ve Can, 2023; Amboss, 2022; Olgun ve Çelik, 2021). Sık kullanılan alkaliyici ajanlar Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1: Kemoterapide Sık Kullanılan Alkaliyici Ajanlar

SIK KULLANILAN ALKİLLEYİCİ AJANLAR	YAN ETKİLER
Siklofosamid Klorambusil Busulfan Cisplatin Karboplatin Karmustin Thiotepa	Kemik iliği baskılanması Ürat nefropatisi Pulmoner fibröz İnterstisyelpnömoni Kardiyotoksisite Periferik nöropati Hemorajik sistit

Kaynak: Amboss, 2022

Antimetabolitler: Bu gruptaki ilaçlar, hücre döngüsünün belirli fazlarında etki gösterir.Hücre çoğalmasında gereken nükleik asitlerin yapı taşlarını taklit ederek etki gösterir. Normal metabolitlere benzedikleri için hücreler tarafından kullanılır ve bu durum DNA ve RNA sentezinin hatalı ve eksik oluşmasına neden olur. Bu yolla tümör hücrelerinin çoğalması engellenir ya da belirgin biçimde yavaşlar. Nükleik asitlerin sentezinde asitlerin yerine geçer. Aynı zamanda folik asit metabolizmasını etkileyerek hücrelerin aktifleşmesini baskılar (Akdemir ve Can, 2023; Amboss, 2022; Olgun ve Çelik, 2021). Kemoterapide sık kullanılan antimetabolitler Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2:Kemoterapide Sık Kullanılan Antimetabolitler

ANTİMETABOLİTLER	YAN ETKİLER
Metotreksat Merkaptopürin 5- fluorourasil Gemsitabin Sitarabin	Kemik iliği baskılanması Miyokard iskemis Serebellarataksi Ensefakopati Mukozit

Kaynak: Amboss, 2022

Bitkisel Alkaloidler (VinkaAlkaloidleri):Bu ilaçlar hücre bölünmesinin mitoz fazında etkilidir. Hücre iskeletinin önemli parçası olan mikrotübüllerin yapısını

bozar. Bu bozulma, kromozomların mitoz sırasında düzenli olarak ayrılmasını bozarak kanser hücrelerinin ölümüne neden olur(Akdemir ve Can, 2023; Amboss, 2022; Olgun ve Çelik, 2021). Kemoterapide sık kullanılan bitkisel alkaloidler ve yan etkileri Tablo 2.3’de gösterilmiştir.

Tablo 2.3: Kemoterapide Sık Kullanılan Bitkisel Alkaloidler ve Yan Etkileri

BİTKİSEL ALKALOİDLER	YAN ETKİLER
Vinkristin	Kemik iliği baskılanması (lökopeni)
Vinblastin	Santral, periferik ve otonom nöropati
Etoposid	
Paklitaksel	
Docetaksel	

Kaynak: Amboss, 2022

Antibiyotik Grubu Kemoterapikler: DNA çift zincirinin çözülmesini sağlayan topoisomeras enzimini baskırlar. DNA ve RNA sentez sürecini durdurarak hücrelerin bölünmesini önler. Bazı ilaçlar topoisomeras enzimlerini inhibe ederek DNA’nın çift sarmal yapısının çözülmesini önler, bazılarıda bazıları antimikrosidal etki gösterip hücre kaybına neden olur (Akdemir ve Can, 2023; Amboss, 2022; Olgun ve Çelik, 2021).

Hormon ve Hormon Benzeri İlaçlar: Bağışıklık sistemini baskılayıcı ve hücre büyümesini düzenleyici etkiler gösterir. Bu ajanlar, glukokortikoid etkisi belirgin olan steroid gruplarından tercih edilmektedir ve çoğunlukla daha sınırlı yan etki riski taşımaktadır (Akdemir ve Can, 2023; Amboss, 2022; Olgun ve Çelik, 2021). Kemoterapide sık kullanılan bitkisel alkaloid, hormon ve yan etkileri Tablo 2.4’de gösterilmiştir.

Tablo 2.4:Kemoterapide Sık Kullanılan Bitkisel Alkaloidler ve Hormonlar

ANTİBİYOTİKLER	YAN ETKİLER
Doksorubisin	Kardiyotoksisite
Mitomisin	Hemolitik üremikSendrom

Mitoksantin

Bleomisin

HORMONLAR

YAN ETKİLER

Glukortikoidler

Düşük yan etki potansiyeline sahiptir.

Kaynak: Amboss, 2022

2.3.5.Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Görülen Semptomlar

Kemoterapi, kanser tedavisinde etkili bir yaklaşım olmasına karşın hastalarda pek çok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İlaçların etkisi, dozu, uygulama şekli ve hastanın bireysel özelliklerine bağlı olarak tedavi sürecinin erken, orta ve ileri evrelerinde çeşitli yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde en sık karşılaşılan semptomlar arasında kusma, ateş, alerjik reaksiyonlar, enjeksiyon bölgesinde hassasiyet ve kızarıklık, kalp ritim bozuklukları gibi belirtiler görülürken, orta dönemde bulantı ve kusma, ishal, kabızlık, ağız yaraları, iştahsızlık, halsizlik, saç dökülmesi ve kemik iliği baskılanması sık görülmektedir. Geç dönemde ise nöropati, böbrek ve kalp fonksiyonlarında bozulmalar, hormonal değişiklikler, menstrüel düzensizlikler ve lipid kaybı gibi daha kalıcı sorunlar ortaya çıkmaktadır (Kerimoğlu vd.,2024). Kemoterapinin fetotoksik, teratojenik, mutajenik ve Karsinojenik etkileride bulunmakta; genetik hasar, fetal kayıplar veya ikincil kanser gelişim riski yaratmaktadır. Hematolojik yan etkiler arasında anemi, nötropeni ve trombositopeni yer almakta; bu durum enfeksiyonlara yatkınlığı ve kanama riskini artırmaktadır (Lin vd., 2021; Pekmezci Purut, 2022). Hastalarda en sık rahatsızlık veren semptomlar arasında bulantı-kusma, yorgunluk, saç dökülmesi, iştah kaybı ve kilo kaybı öne çıkmaktadır. Özellikle bulantı ve kusma, hem tedaviye uyumu zorlaştırmakta hemde hastalarda kaygı düzeyini artırmaktadır. Yorgunluk, uyku bozuklukları, enerji kaybı ve dikkat dağınıklığı ile seyrederken; saç dökülmesi beden imajı ve benlik saygısını etkilemektedir. Ağrı ise kanser ve tedavi sürecinde en sık gözlenen hem fiziksel hem de psikosoyal açıdan yaşam kalitesini bozan bir bulgudur. Gastrointestinal etkiler arasında diyare ve konstipasyon dikkat çekmektedir. Diyare sıvı kaybına ve elektrolit bozukluklarına neden olurken, konstipasyon özellikle opioid kullanımı ve bağırsak motilitesinin azalması ile ilişkilidir(Pekmezci Purut, 2022; Staff vd., 2023).Bu yan etkilerin tamamı, hastaların yaşam kalitesini bedensel ve ruhsal açıdan olumsuzyönde etkilemekte, bu nedenle semptomların düzenli

değerlendirilmesi ve uygun hemşirelik yaklaşımları ile yönetilmesi büyük önem taşımaktadır (Can, 2020; Kurt, 2020).

Yaygın yan etkiler arasında hematolojik toksisite, anemi, nötropeni, trombositopeni, oral mukozitbulunmakta ve hastalarda enfeksiyon ve kanama riskini artırabilmektedir (Lin vd., 2021; Özbek ve Erol, 2024).Kemoterapi süreci, bedensel yan etkilerle birlikte psikolojik düzeyde, depresyon ve kaygı belirtilerinin de ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kerimoğlu vd.,2024; Nie vd., 2022).Kemoterapi ajanlarının nöral işlevleri bozabileceği ve bilişsel gerilemeye neden olabileceği, bu nedenle hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. Kanser teşhisinin psikolojik yükü, kemoterapiyle ilişkili belirsizliklerle birleştiğinde umutsuzluk ve düşük öz saygı duygularını daha da kötüleştirebilmektedir (Nie vd., 2022). Kemoterapi ayrıca ağrı, uyuşukluk ve bozulmuş duysal işlevlerle sonuçlanabilen ve önemli rahatsızlığa ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olabilen periferik nöropatiye de neden olabilmektedir (Staff vd., 2023).

Kemoterapi kanser tedavisinin bir ayağı olmaya devam ederken, etkinliği ilaç direnci mekanizmaları ve ilişkili yan etkilerin yönetimi tarafından önemli ölçüde etkilenmektedir. Yeni kombinasyonlar ve yardımcı tedaviler üzerine devam eden araştırmalar, onkolojik alanda tedavi başarısını artırmayı ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir (Falzone vd., 2018; Long vd., 2024).

2.3.6.Radyoterapi

Radyoterapi, kanserli hücreleri yok etmek veya tümörün hacmini küçültmek amacıyla yüksek dozda enerji içeren ışınların kullanıldığı tedavi yöntemidir. Bu uygulama, cerrahi girişimden önce tümörü küçülterek operasyonu kolaylaştırmak veya cerrahi tedavi sonrasında kalan hücreleri yok etmek için tercih edilmektedir. Tek başına uygulanabileceği gibi kemoterapi ya da hedefe yönelik tedavilerle birlikte uygulanarak da kullanılmaktadır (Çetinkaya ve Şahin, 2020; Önsüz ve Can, 2024). Günümüzde kanser hastalarının tedavisinde önemli bir bileşendir ve kullanılan teknolojik gelişmeler, tedavinin etkinliğini artırırken, sağlıklı dokuların mümkün olduğunca korunmasını hedeflemektedir.Her iki kanser hastasından biri tedavi sürecinde radyoterapiye ihtiyaç duymaktadır (Baykara, 2016; Şentürk ve Erpolat, 2023; Yakar vd., 2024).

Radyoterapinin başarısı yalnızca teknolojik donanımla değil, aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşım ve hasta uyumu ile yakından ilişkilidir. Tedavi sürecinde kullanılan yüksek enerjili ışınların hassasiyetle planlanması, cihazların düzenli kontrol edilmesi ve tedavi sürecinde hastaların yakın takibi, radyoterapinin güvenli ve etkili biçimde uygulanmasında önemli rol oynamaktadır (Şentürk ve Erpolat, 2023).

2.3.7.Diğer Tedavi Yöntemleri

Hormon Tedavisi; Kanserin tedavisinde başvuru alan yöntemlerden biridir. Özellikle hormon duyarlı tümörlerde kanser hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını tetikleyen hormonların baskılanmasına dayanır. Hormon sentez inhibitörleri ve hormon reseptör antagonistleri, kanser hücrelerinin hormonlara bağlanmasını engelleyerek tümörün gelişimini durdurur (Baykara, 2016). Hormon tedavisi, özellikle meme, prostat, endometriyum ve over kanserlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Amaç, hücrelerin büyümesini sağlayan östrojen ve testosteron gibi hormonların etkisini ortadan kaldırmaktır. Tamoksifen benzeri östrojen reseptörünü engelleyen ilaçlarla aromataz inhibitörleri, klinik pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır (Yuan vd., 2023).

İmmünoterapi; bağışıklık sistemini doğrudan aktive ederek veya kanser hücrelerinin bağışıklıktan kaçış mekanizmalarını baskılayarak etki gösteren modern bir tedavi yaklaşımıdır. Vücudun bağışıklık sisteminin tümör hücrelerini tanıma, hedef alma ve yok etme kapasitesini artırmayı amaçlamaktadır. Günümüzde kanser tedavisinde temel seçeneklerden biri olarak kabul edilmiş, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviyi destekleyici ve bazı durumlarda öncelikli bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır (Çelik Kenar ve Çiftçi, 2025; Salman ve Dinçkal, 2022).

İmmünoterapinin tarihsel gelişimi 19. Yüzyıla kadar uzanmaktadır. Dr. William Coley'in bakteriyel enfeksiyon sonrası tümör küçülmesini gözlemlemesi, bağışıklık sisteminin kanserle savaşta kullanılabileceğini göstermiştir. Bu gözlemler daha sonra immünoterapi ajanlarının geliştirilmesinin temelini oluşturmuştur (Çelik Kenar ve Çiftçi, 2025).

Günümüzde monoklonal antikorlar, immün kontrol noktası engelleyicileri, kanser aşılı, onkolitik virüsler, sitokinler ve hücresel temelli yaklaşımlar gibi farklı immünoterapi yöntemleri klinik uygulamada yer almaktadır. İmmünoterapinin en

büyük avantajı, tümör hücrelerini seçici şekilde hedef alabilmesi ve bazı hastalarda uzun süreli yanıtlar elde edilmesidir (Çelik Kenar ve Çiftçi, 2025; Koca, Seydou ve Yıldırım, 2022; Salman ve Dinçkal, 2022). Bunun yanında bağışıklık sisteminin aşırı uyarılması otoimmün reaksiyonlara yol açabilir, sitokin salınım sendromu veya bağışıklık sistemiyle bağlantılı yan etkiler ortaya çıkabilir. Tek başına tüm hastalarda aynı etkiyi göstermemesi, tedaviye direnç gelişimi ve bağışıklık sisteminin aşırı uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkan toksisiteler bu yaklaşımın başlıca kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmektedir (Koca vd., 2022).

Hedefe yönelik tedavi, Kanser hücrelerinin yüzeyinde ya da içyapısında bulunan özgül reseptörleri ve sinyal yollarını hedef alarak etki gösteren modern bir yaklaşımdır. Bu yöntemle tümör hücrelerinin büyüme ve çoğalma süreci baskılanırken, sağlam dokuların minimum hasara uğraması amaçlanmaktadır (Hışır vd., 2022). Moleküler biyolojideki ilerlemeler sayesinde, tümör gelişiminde rol oynayan genetik ve biyokimyasal mekanizmaların aydınlatılması yeni ilaçların geliştirilmesine olanak tanımıştır. Kinaz inhibitörleri, Monoklonal antikolar ve küçük molekül yapısındaki ajanlar, bozulmuş sinyal yollarını baskılayarak tümör hücrelerinin kontrolsüz çoğalmasını engelleyen başlıca tedavi seçenekleri arasındadır (Durmaz ve Erdağ, 2022). Geleneksel kemoterapiye kıyasla bu tedaviler daha düşük yan etki toksisite profiline sahiptir ve yan etki profili yönünden daha elverişlidir. Bununla birlikte tümör heterojenitesi ve direnç oluşumu, tedavinin etkinliğini sınırlandırabilmektedir. Günümüzde hasta tümör profiline göre kişileştirilmiş hedefe yönelik ilaçların geliştirilmesi, daha verimli ve güvenilir çıktılar sağlanmasını mümkün kılmaktadır (Chithra vd., 2024; Park vd., 2018).

2.4. Yaşlanma ve Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık, bireyin yaşam sürecinde bulunduğu belirli bir yaş evresini ifade eder. Yaşlılık; bireyin doğumdan itibaren başlayan, biyolojik olarak erişkin döneme geldikten sonra, üreme yetisinin sona erdiği dönemin bitiminden ölüme kadar geçen zaman aralığını kapsar. Yaşlılık kavramı yaşam döngüsünde çocukluk, gençlik ve erişkinlik evrelerinden sonra başlayan, yaşamın son dönemini ifade eden doğal bir süreçtir (Flint ve Tadi, 2022; Karadakovan, 2020). Yaşın artması anlamına gelen yaşlanma kavramı ile yaşamın özel bir dönemini tanımlamak için kullanılan yaşlılık kavramı sıklıkla karıştırılmaktadır. Yaşlanma, zamanla ortaya çıkan yaşa bağlı değişimlerin görüldüğü dönem olarak tanımlanır. İnsan yaşam döngüsünün doğal bir

ilerleyiştir ve doğumla birlikte başlayan, yaşamın tüm evrelerinde farklı düzeylerde hissedilen bir süreçtir. Evrensel bir olgu olmakla birlikte, bireylerin yaşlanma deneyimi farklı hızlarda gerçekleşebilir ve bu süreç, biyolojik unsurların yanı sıra çevresel etmenlerden de etkilenmektedir. Birbiriyle karmaşık bir biçimde ilişkili ve birbirinden ayrılmayan fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenlerden oluşan karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Yaşlanma, kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açılardan çeşitli biçimlerde tanımlanabilmektedir (Aşiret, 2019; Flint ve Tachi, 2022; İlhan, 2023).

Kronolojik yaşlanma;kişinin doğumundan bu yana geçen süreye bağlı olarak tanımlanır. Takvim yaşı ya da yaşanan yıl sayısı esas alınarak yapılan bu tanım, yaşlılık kavramını ölçmek için en temel göstergelerden biridir. Takvim yaşına göre, yaşı daha büyük olan bireyler, daha küçük olanlara kıyasla yaşlı kabul edilir (Aşiret, 2019; İlhan, 2023). Günümüzde yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaş gruplarındaki çeşitlilik artmıştır. Buna göre, 65-74 yaş aralığındaki bireyler genç yaşlı, 75-84 yaş aralığındakiler yaşlı ve 85 yaş ve üzerindeki ileri yaşlı olarak kabul edilmektedir. Bu sınıflandırma, her bir yaş grubunun karşılaşılabileceği zorlukların farklılık göstermesi sebebiyle önemlidir (Eliopoulos, 2018; Lee vd., 2018).

Biyolojik yaşlanma;organizmada zamanla meydana gelen yapısal ve fonksiyonel farklılıkları ifade eder. Bu süreçte, dokularda yenilenme hızı azalır, hücrelerin işlevini yerine getirme kapasitesi düşer ve organ sistemlerinde performans kaybı gözlenir. Ciltte kırışıklıkların artması, saç renginde değişim, kas gücünde azalma ve kemik yoğunluğunda düşüş bu sürecin belirgin göstergelerindendir. Yaş ilerledikçe kas kitlesinin azalması, eklem hareketlerinde kısıtlılık ve denge sorunlarının ortaya çıkması yaygındır. Biyolojik yaşlanma, kronolojik yaşla her zaman paralellik göstermeyebilir. Benzer yaşta iki birey arasında genetik yapı, yaşam tarzı, çevresel koşullar ve sağlık geçmişi gibi faktörlerden kaynaklı farklılıklar görülebilir. Bireyin biyolojik yaşlanma süreci; iş, yaşam biçimi, sosyal çevre, stres düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim imkânı gibi pek çok faktörlerden etkilenir. Dolayısıyla biyolojik yaşlanmanın değerlendirilmesinde yalnızca fiziksel belirtiler değil, bireyin genel yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasiteside dikkate alınmalıdır (DeGregori vd., 2025; İlhan, 2023).

Psikolojik yaşlanma;bireyin zaman içinde çevreye uyum sağlama kapasitesinde, duygusal dengede, bilişsel işlevlerde ve davranışsal tepkilerde meydana gelen

değişimleri ifade eder.Yaş ilerledikçe bellek gücü, öğrenme hızı, problem çözme yeteneği ve dikkat süresinde farklılaşmalar görülebilir.Bu değişimler, kişinin yaşam deneyimleri, karakteristik yapısı, yaşam biçimi, toplumsal çevresi ve önceki yaşantısı ile yakından ilgilidir (Bölüktaş, 2019;Mitina vd.,2020).Yaşlanma sürecinde bireyin ruh hali, motivasyonu ve sosyal aktivitelere katılım isteğinde değişebilir. Fiziksel durum, sağlık koşulları, aile ve toplum içindeki roller ile sosyal destek düzeyi, psikolojik uyum üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Ayrıca bireyin yaşlanma sürecine yönelik algısı, kendi yaşlanma deneyimini nasıl değerlendirdiğini belirler. Kimi bireyler yaşlanmayı kabullenip uyum sağlayabilirken, kimileri için bu dönem uyum güçlükleri ve memnuniyetsizlikle geçebilir.Psikolojik yaşlanma, biyolojik ve sosyal yaşlanma ile etkileşim halinde ilerler. Çevresel değişiklikler, yaşam olayları, hastalıklar veya kayıplar, psikolojik durum üzerinde doğrudan etkide bulunabilir. Dolayısıyla, sağlıklı bir yaşlanma süreci için bilişsel becerilerin, sosyal ilişkilerin ve duygusal dengenin korunması önemlidir(Aşiret,2019; İlhan,2023; Yeşil, 2020).

Sosyal yaşlanma;toplumsal rollerin ve sosyal ilişkilerin değişmesi sosyal yaşlanma olarak tanımlanır. Emeklilik, aile yapısındaki değişimler ve sosyal çevrenin daralması bu süreci hızlandırabilir. Bu dönemde birey, geçmişte üstlendiği bazı toplumsal görevlerden çekilirken, farklı sosyal rollere uyum sağlamaya çalışır. Sosyal ilişkilerin azalması yalnızlık ve izolasyon riskini artırabilir. Ancak aktif sosyal bağların sürdürülmesi, gönüllü çalışmalar, topluluk faaliyetleri ve hobi gruplarına katılım, yaşlı bireylerin hem psikolojik iyi oluşunu hem de yaşam doyumunu artırmada önemli rol oynar (Bölüktaş, 2019; Dişçigil ve Ayan, 2019;Manoli vd., 2022).

Ekonomik yaşlanma; genellikle emeklilikle birlikte gelirin azalması ve bu durumun yaşam standartları üzerinde yarattığı etkilerle ortaya çıkar. Yaş ilerledikçe bireyin çalışma hayatından çekilmesi, düzenli kazancın düşmesi veya tamamen ortadan kalkması, maddi olanakları sınırlayabilir. Gelir seviyesindeki azalma; barınma, beslenme ve sağlık hizmetlerine erişim gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında güçlük yaratabilir. Özellikle ekonomik dalgalanmalar, enflasyon ve kriz dönemleri, mevcut gelirle geçinmeyi daha çok zorlaştırır. Bu süreçte yaşlı bireylerin yaşam kalitesini koruyabilmesi için sürdürülebilir gelir kaynakları, sosyal destek mekanizmaları ve uygun bakım hizmetleri büyük önem taşır. Dolayısıyla ekonomik yaşlanma, yalnızca maddi durumun değil, aynı zamanda bireyin sosyal katılımını ve

genel yaşam memnuniyetini de etkileyen çok boyutlu bir süreçtir (Arıkan, 2020; Aşiret, 2019; Uyanık ve Başyigit, 2018).

Toplumsal yaşlanma; toplumun yaşlanması, yaşam süresinin uzaması ve doğum ve oranlarının azalmasıyla birlikte ortaya çıkan bir durumdur. Genellikle 65 yaş ve üzeri bireylerin toplumdaki oranının artması şeklinde tanımlanır. Eğer yaşlı nüfus, toplam nüfusun %4'ünden az ise "genç toplum", %4-7 arasında ise "olgun toplum", %7-10 arasında ise "yaşlı toplum" ve %10'un üzerinde olduğunda "çok yaşlı toplum" olarak sınıflandırılmaktadır (Aydın ve Aydın Avcı, 2022).

2.5.Dünya'da Türkiye'de Yaşlı Nüfus

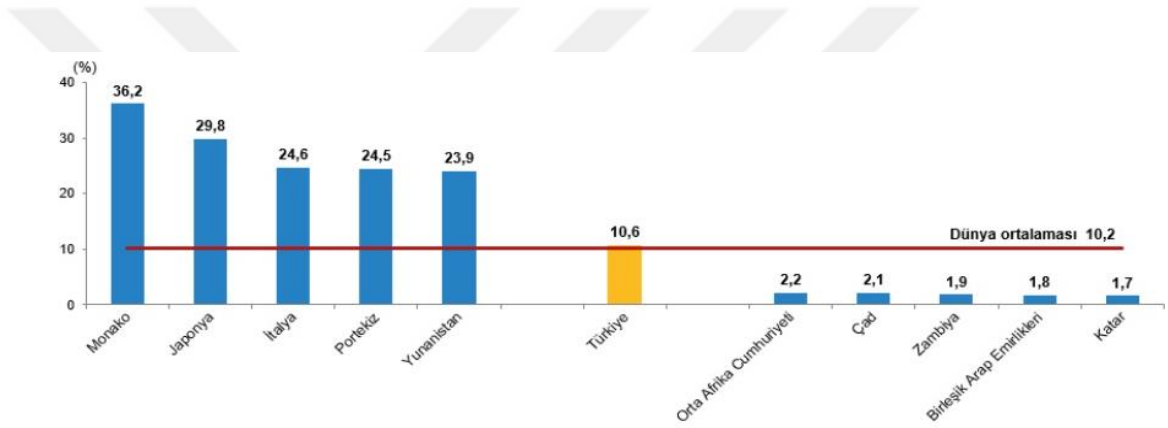
Son yüzyılda dünya genelinde yaşlı nüfusun oranında belirgin bir artış gözlenmektedir. Sanayi devriminin ardından tıp alanındaki ilerlemeler, sağlık hizmetlerine erişimdeki kolaylıklar ve yaşam koşullarındaki iyileşmeler, bebek ölümlerinin azalmasına ve ortalama yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamıştır. Bu gelişmelerin etkisiyle, yaşlı nüfusun gerek sayı gerekse oran bakımından artış göstermesi için uygun zemin oluşturmuştur (Fettahoğlu ve Erdem, 2020).

Küresel ölçekte nüfusun yaşlanması, günümüzün en belirgin demografik dönüşümlerinden biridir. Yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranlarının uzun süredir düşüş eğiliminde olması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payını hızla artırmaktadır. WHO verilerine göre, 60 yaş ve üzerindeki nüfus 2050 yılına kadar yaklaşık iki kat afettirerek 2,1 milyara ulaşması beklenmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu artışın daha hızlı ve belirgin biçimde ortaya çıkacağı öngörülmektedir (WHO, 2025).

Birleşmiş Milletlerin (UN) 2024 yılı World Population Prospects raporuna göre dünya nüfusu 2024 yılında yaklaşık 8,2 milyara ulaşmıştır. Bu sayının 2050'de 9,7 milyara yükseleceği, 2080'lerin ortasında ise 10,3 milyar civarında zirveye ulaşacağı ve yüzyılın sonlarına doğru giderek azalma eğilimi göstereceği öngörülmektedir (UN, 2024). Bu süreçte yaşlı nüfusun oranının yükselmesi, demografik yapıda belirgin bir değişim yaratmaktadır. Yaşlı nüfusun artış eğilimi özellikle 65 yaş ve üzeri grupta dikkat çekmektedir. 2024 yılı itibarıyla dünya nüfusunun yaklaşık %10,2'si 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır (Şekil 2.2). Bu oran, 1974'teki %5,5 düzeyine kıyasla neredeyse iki kat artış göstermiştir (UNFPA, 2024). BM projeksiyonlarına göre, 2070'li yılların sonuna gelindiğinde, 65 yaş ve üzerindeki

nüfusun 2,2 milyara çıkarak 18 yaş altı nüfusu aşacağı öngörülmektedir. 2030'ların ortasında ise 80 yaş ve üzeri nüfusun sayısının bebeklerden (0 yaş) daha fazla olacağı öngörülmektedir (United Nations, 2024).

Yaşlı nüfusun dağılımı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. 65 yaş ve üstü nüfus oranında en yüksek değere sahip ülke %36,2 ile Monako'dur. Bu ülkeyi %29,8 ile Japonya ardından %24,6 ile İtalya takip etmektedir. Türkiye'de bu oranın %10,6 olduğu, dünya ortalamasının üzerinde seyrettiği ve 194 ülke arasında 75. sırada yer aldığı belirtilmektedir (TÜİK, 2025; UN, 2024). Bu oranlar Dünya Bankası ve Nüfus Referans Bürosu (Population Reference Bureau (PRB)) gibi uluslararası kuruluşların yayımladığı verilerle örtüşmektedir (World Bank, 2024; PRB, 2024).



Şekil 2.2: Dünya Yaşlı Nüfus Oranı

Kaynak: UN, 2024; TÜİK, 2025

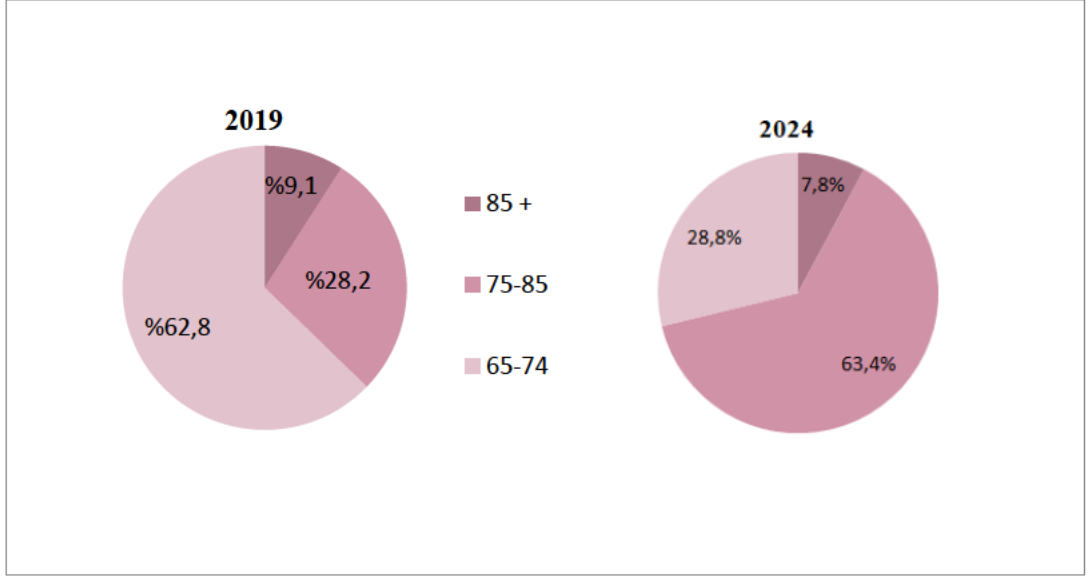
Küresel ölçekte yaşlı nüfusun artışı yalnızca biyolojik bir süreç olarak değerlendirilmemelidir; bu artış, sosyal güvenlik sistemleri, sağlık hizmetlerinin sunumu, ekonomik sürdürülebilirlik ve toplumsal dinamikler üzerinde doğrudan etkiler yaratan önemli bir demografik dönüşümdür. Bu gerçeklik, ülkeleri yaşlanan nüfusa uyum sağlayacak şekilde sağlık alt yapılarını güçlendirmeye, sosyal destek sistemlerini genişletmeye ve uzun vadeli, sürdürülebilir sosyal politikalar geliştirmeye zorlamaktadır (Deng vd., 2023; Kasalak ve Kasalak, 2022; Yehya abed zead ve Kareem khadir, 2023).

Dünya Bankası'nın da vurguladığı üzere, ülkelerin sosyal koruma ve istihdam politikalarını bu değişime adapte edebilme kapasitesi, gelecekteki ekonomik refahları ve toplumsal istikrarlarını belirleyici bir unsur olacaktır (World Bank, 2024).

Ülkeler içinde de bölgesel farklılıklar mevcuttur. Güney Kore’de 65 yaş ve üzeri nüfusun 2022 yılında toplam nüfusun %17,5’ini oluşturması bu oranın 2025 yılında %20,6’ya çıkması beklenmektedir (Kim vd., 2023).Çin’in yaşlı nüfusunun 2035’te 250 milyona, 2050’de ise 450 milyon üzerine çıkacağı tahmin edilmiştir. Bu da büyük küresel ekonominin karşı karşıya olduğu önemli yaşlanma zorluklarının altını çizmiştir(Ge vd., 2024).Ayrıca Tayland,67 milyonluk nüfus içinde 12 milyon yaşlı vatandaş ile 2022 yılında yaşlı toplum statüsüne oturmuştur (Prathanee, 2024).

Dünya genelindeki yaşlanma eğilimleri Türkiye’de de belirgin bir şekilde yaşanmaktadır. Refah düzeyinin yükselmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, ölüm oranlarının azalması, doğurganlık oranlarındaki düşüş ve aile planlamasında yapılan düzenlemeler, toplumda yaş piramidinin değişmesine zemin hazırlamıştır (Yılmaz ve Mermutlu, 2023).

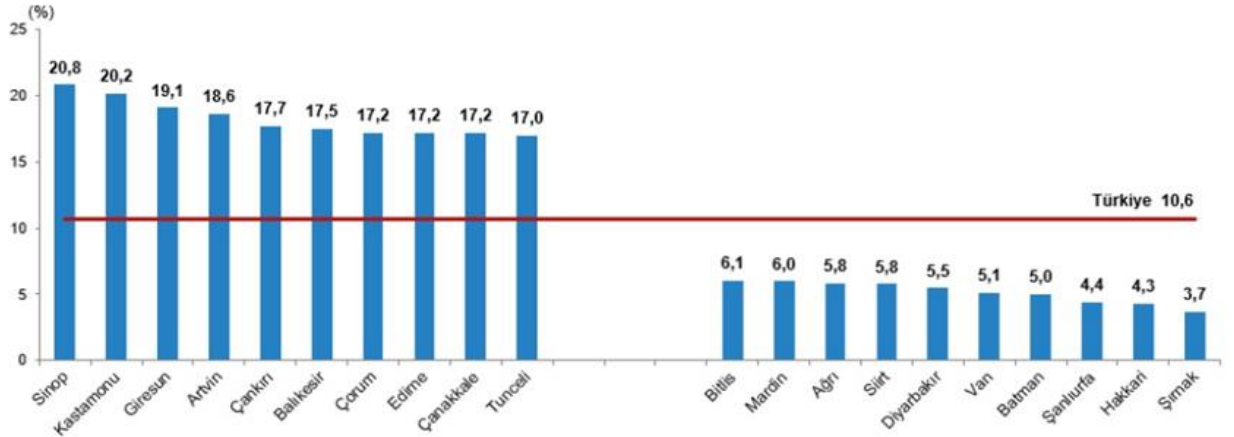
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılındaki verilere göre, 65 yaş ve üzerindeki nüfus 7 milyon 550 bin kişi iken, 2024 yılında bu sayı %20,7 oranında artarak 9 milyon 112 bine yükselmiştir. Böylece yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 9,1’den %10,6’ya çıkmıştır (TÜİK,2025). Yaş gruplarına bakıldığında, yaşlıların %63,4’ü 65-74 yaş arasında, %28,8’i 75-84 yaş arasında, %7,8’i ise 85 yaş ve üzerindedir. 2019 ve 2024 yılında Türkiye’deki yaşlı nüfus oranı Şekil 2.3’de verilmiştir.Ayrıca 100 yaş ve üzerindeki kişi sayısı da 7 bin 632’ye ulaşmıştır. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2060’ta %27’ye ve 2080’de ise %33,4’e yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu durum, Türkiye’de yaşlanma sürecinin giderek daha görünür hale geldiğini ve buna bağlı olarak sağlık, sosyal güvenlik ve bakım hizmetlerinde yeni düzenlemelerin kaçınılmaz olduğunu ortaya koymaktadır (TÜİK, 2025)



Şekil 2.3: 2019 ve 2024 Yılı Türkiye Yaşlı Nüfus Oranı Yaş Dağılımı

Kaynak:TÜİK, 2025

Doğurganlık ve ölüm oranlarındaki düşüş, yaşam standartlarının yükselmesi ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemelerle birlikte ortalama yaşam süresinin uzaması, Türkiye’de nüfus yapısında belirgin değişimlere yol açmıştır. Çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalırken, yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermiştir. Yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre Türkiye oransal olarak genç nüfus yapısına sahip olsa da yaşlı nüfus oranı oldukça yüksektir. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Şekil 2.4’de de görüldüğü gibi 2024 yılı yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il %20,8 ile Sinop olmuştur.Bu ili %20,2 ile Kastamonu, %19,1 ile Giresun izlemiştir. En düşük yaşlı nüfus oranına sahip il ise %3,7 ile Şırnak olmuş ve bu ili %4,3 ile Hakkâri, %4,4 ile Şanlıurfa izlemiştir(TÜİK, 2025).



Şekil 2.4 : Yaşlı Nüfus Oranın Yüksek ve Düşük Olduğu On İl

Kaynak: TÜİK,2025

2.6. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Değişimler

Yaşamın doğal bir evresi olan yaşlılık, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açılarından çeşitli değişimlerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu değişiklikler her zaman olumsuz ya da hastalıkla eşdeğer şekilde değerlendirilmemeli, aksine yaşam sürecinin doğal bir süreci olarak ele alınmalıdır. Yaşlılık sürecinde bireylerin organ sistemlerinde işlevsel azalmalar, bilişsel becerilerinde gerilemeler ve toplumsal rollerinde farklılaşmalar gözlemlenir. Bu durumun bilinmesi, yaşlılık döneminin anlaşılmasını kolaylaştırmakta ve sağlıklı yaşlanma sürecine yönelik önlemlerin önemini ortaya koymaktadır (Fingerhood,2021; Yerli, 2017).

2.6.1.Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma, yaşam süresince organizmada ortaya çıkan tüm fizyolojik değişimleri kapsayan doğal bir süreçtir. Hastalıklardan bağımsız olarak, bu süreçte vücudun tüm sistemlerinde sayısız değişim meydana gelmektedir. Yaşlılık dönemine girildikçe uyum kapasitesi azalmakta, homeostatik dengeyi koruma becerisi zayıflamaktadır. Yaşlanmaya eşlik eden işlev kayıpları, bireyin günlük yaşamında bağımsızlığını yitirmesine neden olabilir ve düşme riskini artırabilir.Etkin bakım planlarının oluşturulabilmesi için, sağlıklı yaşlanma sürecine ait değişimlerin patolojik süreçlerden ayırt edilmesi büyük önem taşır. Özellikle gerontoloji alanında çalışan hemşirelerin, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını doğru değerlendirmesi, risk faktörlerini belirlemesi ve sağlığı koruyucu girişimler planlaması gerekir. Bu bağlamda,

yaşlanma sürecine özgü fizyolojik değişimlerin tanınması ve yönetilmesi, kaliteli yaşlı bakımı açısından kritik bir öneme sahiptir (Fingerhood, 2021).

Yaşlanmayla birlikte kalp-damar sisteminde, yapısal ve işlevsel düzeyde değişiklikler meydana gelir. Kalp kasında kalınlaşma, sol ventrikül hipertrofisi ve kalp kapakçıklarında kireçlenme sık görülen durumlar arasındadır. Damarların elastikiyetinin azalması ve arter duvarlarının sertleşmesi ile kan basıncında yükselme meydana gelir. Bu değişiklikler hipertansiyon, inme, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği gibi ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlar. Ayrıca kalbin ileti sisteminde meydana gelen yavaşlamalar ritim bozukluklarını tetikleyebilir. Kalp atım hacminin azalması ve egzersiz sırasında oksijen ihtiyacının karşılanmasındaki yetersizlik, yaşlı bireylerde çabuk yorulma, taşikardi ya da dispne gibi şikâyetlere neden olur. Bu nedenle yaşlı bireylerde kardiyovasküler sistemin düzenli olarak değerlendirilmesi; erken müdahale, yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları önlemek açısından kritik öneme sahiptir (Çınar, 2020; İlhan, 2023; Kurt, 2019).

Solunum sisteminde yaşla birlikte hava yollarında daralma, mukozal kuruluk ve akciğer dokusunda elastikiyet kaybı görülür. Trakea ve larenks dokularında yaşla birlikte görülen sertleşme, solunum yollarının açıklığını olumsuz etkileyerek savunma mekanizmalarının etkinliğini düşürür. Bunun sonucunda, sekresyonlar birikir, öksürük refleksi zayıflar ve enfeksiyonlara karşı duyarlılık artar. Diyafram kaslarının güçsüzleşmesi ve kifoz gibi kas-iskelet sistemi değişiklikleri de solunum işlevlerini bozucu yönde etkiler. Akciğer dokusundaki esneklik kaybı, alveollerin genişlemesi ve göğüs kafesi hareketlerinin kısıtlanması, ventilasyon etkinliğini azaltarak gaz değişimini bozar. Bu değişiklikler, yaşlı bireylerde dispne, yorgunluk ve egzersiz intoleransı gibi belirtilerle kendini gösterir. Bu nedenle solunum sistemi fonksiyonlarının düzenli olarak izlenmesi, yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi açısından büyük önem taşır (Ağar, 2020; İlhan, 2023).

Endokrin sistemde ise hormonal üretim ve denge bozulur. Tiroid, hipofiz, adrenal ve gonadal bezlerin işlevlerinde azalma görülür ve bazal metabolizma hızı düşer ve tirotropin salgısının azalmasına neden olur. Kadınlarda menopoz döneminde östrojen ve progesteron seviyelerinde belirgin bir azalma görülürken, erkeklerde testosteron üretimi yavaşlar. Bu hormonal değişimler kemik yoğunluğu kaybı, metabolik hızda azalma ve kardiyovasküler risk artışı gibi pek çok fizyolojik sistemi etkileyebilir.

Pankreasta insülin salınımının azalması ve dokuların insüline duyarlılığının düşmesi, yaşlı bireylerde diyabet gelişme riskini artırır. Ayrıca hipotalamus ve hipofiz ekseninde meydana gelen yetersizlikler, yaşlanmanın etkilerini belirgin hâle getirir. Endokrin sistemdeki bu tür değişikliklerin erken dönemde belirlenmesi, diyabet ve diğer metabolik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için kritik öneme sahiptir (Ağar, 2020; İlhan, 2023; Kurt, 2019).

Gastrointestinal sistemde, İleri yaşlarda tükürük salgısının azalması ve ağız kuruluğu gibi değişiklikler, beslenme düzenini ve ağız hijyeninin olumsuz yönde etkiler. Yutma fonksiyonundaki bozulma; disfaji ve aspirasyon riskini artırırken, mide bezlerinin salgı kapasitesinin azalması; sindirim enzimlerinin üretiminde düşüşe neden olarak emilim bozuklukları ve anemiye zemin hazırlar. Bağırsak hareketlerindeki yavaşlama kabızlık, abdominal şişkinlik ve rahatsızlık hissi gibi sorunlarla kendini gösterebilir. Bu değişiklikler yaşlı bireylerde beslenme bozukluklarına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olur (Çınar, 2020; İlhan, 2023).

Üriner sistemde yaşlanmayla birlikte böbreklerde kitle ve glomerül sayısında azalma meydana gelir. Glomerüler filtrasyon hızının düşmesi, böbreklerin kanı süzme kapasitesini azaltır. Bu durum atıkların vücuttan atılmasını zorlaştırır, sıvı-elektrolit dengesini etkiler ve yaşlı bireylerde böbreklerin dışarıdan gelen streslere karşı yanıt verme kapasitesini azaltır. Mesane kas tonusunun kaybı ve esnekliğinin azalması; idrar yapmada güçlük, sık sık idrara çıkma ve idrar kaçırma gibi sorunları da beraberinde getirir. Bu fizyolojik değişiklikler, yaşlı bireylerde üriner enfeksiyonlara yatkınlığı artırır ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Akdeniz vd., 2019; Çınar, 2020; İlhan, 2023).

Üreme sisteminde kadınlarda menopozla birlikte hormonal düzeylerde belirgin bir düşüş meydana gelir. Serviks, uterus ve overlerde atrofi gelişirken, meme dokusunda küçülme ve sarkma görülür. Erkeklerde testosteron üretiminde düşüş görülür. Prostat dokusunda fibrozis ve büyüme sık görülür; çoğu iyi huylu olsada yaşla birlikte malignite riski artar (Çınar, 2020; Eliopoulos, 2018; İlhan, 2023).

Kas-iskelet sistemi yaşlanmanın en belirgin etkilerinin görüldüğü sistemlerden biridir Normal fizyolojik yaşlanma; kemik yoğunluğunda azalma, kas kütlesinde gerileme ve vücut yağ oranında artış ile karakterizedir (Akdeniz vd.,2019; Fingerhood,2021).

Yaşlanma sürecinde omurga eğriliği, eklem genişlemeleri, kas gevşemesi ve boya kılma sık görülen durumlardır. Kas kütlesinde azalma, kas liflerinde küçülme ve kas gücünün düşmesi günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler. Kemik yoğunluğunda azalma ve eklem yapılarındaki bozulmalar, kırık riskini artırır ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açar. Düzenli egzersiz, dengeli beslenme ve yeterli protein alımı sarkopeninin etkilerini azaltabilir. Yaşlanma hem erkek hem de kadın cinsiyette kemik mineral yoğunluğu ve kütlesinin azalmasına neden olur. En yüksek kemik kütlesi genel olarak 30'lu yaşların başında görülmektedir. Sonrasında, her yıl yaklaşık %0,5 oranında düşüş yaşanır. Kadınlarda menopoza sonrası bu kayıp %3-5'e kadar çıkabilir ve osteoporoz gelişme riski artar. Sık karşılaşılan osteoporoz, önemli bir sağlık sorunudur (Akdeniz vd., 2019; İlhan, 2023; Kurt, 2019).

Bağışıklık sistemi de yaşlanmayla birlikte zayıflar. İmmün yaşlanma olarak tanımlanan bu süreçte, bağışıklık hücrelerinin etkinliği azalır ve enfeksiyonlara karşı savunma mekanizması zayıflar. T hücrelerinin üretimindeki azalma ve timus bezinin küçülmesi, bireylerin hastalıklarla mücadele kapasitesini düşürür. Bu nedenle yaşlı bireylerde grip, zatürre gibi hastalıklara karşı aşılama ve bağışıklık sistemini destekleyici önlemler önem taşır. Dengeli beslenme, yeterli vitamin-mineral alımı ve düzenli fiziksel aktivite bağışıklık fonksiyonlarını güçlendirmede etkilidir (Belice ve Bölükbaşı, 2020; Çınar, 2020; Eliopoulos, 2018; İlhan, 2023).

Duyusal sistemlerde de yaşlanmaya bağlı değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişimler, bireylerin çevreyle olan etkileşimlerini, günlük yaşam fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir (Ağar, 2020). Görme, işitme, tat ve koku alma duyularında gerileme meydana gelir. Presbiyopi, katarakt, gözyaşı salgısında azalma, retinada yaşa bağlı incelme ve ışığa adaptasyonda gecikme gibi sorunlar yaşlı bireylerin loş ışıktaki ya da parlak ortamda görme yetisini azaltarak kazalara yatkınlık oluşturur (Çevik vd., 2021). İşitme sisteminde, kulak zarının incilmesi, orta kulaktaki kemik yapının bozulması ve işitsel sinirlerdeki dejenerasyon özellikle yüksek frekanslı seslerin algılanmasını zorlaştırır. Bu gibi durumlar yaşlı bireylerin çevreleriyle etkileşimini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler (Akdeniz vd., 2019; Özdemir, 2021). Tat ve koku duyularındaki azalma, yiyeceklerin lezzet algısını düşürerek iştahsızlık, beslenme yetersizlikleri ve kilo kaybı gibi sonuçlar

doğurur. Koku duyusundaki bozulma zehirli gaz, bozulmuş gıda, duman gibi çevresel tehlikelerin algılanmasında güçlük yaratır ve ileri yaş grubundaki bireylerde düşme sıklığının ve kazaların görülme oranının artmasına yol açar (Akdeniz vd., 2019; Eliopoulos, 2018; İlhan, 2023).

Beyin ve sinir sisteminde yaşlanmaya bağlı olarak nöron kaybı, sinapslarda daralma ve hücre içi zararlı madde birikimi meydana gelir(Akdeniz vd., 2019). Bu değişiklikler, sinir sisteminin etkinliğini düşürür ve özellikle demans ve Alzheimer gibi hastalıkların gelişme riskini artırır. Motor hareketlerde yavaşlama, reflekslerde azalma ve bilişsel işlevlerde gerileme yaşlanmanın belirgin etkilerindendir. Ancak bu tür değişimler sinir sisteminin işlevselliğini azaltır ve demans ile Alzheimer gibi hastalıkların ortaya çıkma olasılığını yükseltir. Ancak bu değişiklikler her bireyde aynı şekilde seyretmez; genetik faktörler, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin süreci farklılaştırdığı bilinmektedir. Bu nedenle bireye özgü bakım planlarının oluşturulması ve erken dönemde bilişsel gerilemenin tespit edilmesi önemlidir (Ağar, 2020; Çınar, 2020; İlhan, 2023).

Yaşlanmayla birlikte deri ve ilgili dokularda da değişiklikler meydana gelir. Epidermis ve dermis tabakalarında bağların zayıflaması, kollajen ve elastik liflerde azalma, melanosit üretiminde düşüş ve epidermal incelme meydana gelir. Bu süreçle birlikte, ciltte kuruluk, incelme, renk farklılıkları, saç ve tırnakların daha yavaş uzaması ve kırışıklık gibi bulgular ortaya çıkar (Ağar, 2020; Eliopoulos, 2018).Uzun süreli güneş ışığına maruz kalmak, cilt kanseri olasılığını yükseltir. Bu nedenle yaşlı bireylerde cilt sağlığının korunması ve düzenli kontrolü önem taşır (Akdeniz vd., 2019).

2.6.2.Yaşıllarda Psikolojik ve Psiko-Sosyal Değişimler

Yaşlılık dönemi yalnızca fizyolojik değişikliklerle sınırlı kalmaz, aynı zamanda bireylerin ruhsal durumunu ve sosyal yaşamlarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Bu dönemde bireyler geçmiş yaşantılarına duydukları özlem, değişime uyum sağlamakta zorlanma, kayıplar ve sosyal çevredeki daralma nedeniyle psikolojik açıdan çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Depresyon, anksiyete, yalnızlık, uyku bozuklukları, unutkanlık, ölüm korkusu ve intihar düşünceleri yaşlılıkta sık görülen ruhsal problemler arasında yer almaktadır. Ayrıca eş, arkadaş ve yakın kaybı, emeklilikle birlikte statü ve rol değişiklikleri, ekonomik güçlükler ve sosyal

izolasyon yaşının ruhsal sağığını olumsuz yönde etkilemektedir (Çıtak, 2019). Sosyal çevreyle etkileşiminde azalma, bireyin kendisini değersiz ya da işe yaramaz hissetmesine neden olur (Ağar, 2020). İleri yaşlardaki bireyler, çevredeki değışimlere ve teknolojik gelişmelere uyum sağlamakta güçlük yaşayabilir. Bu durum zamanla yeniliklere karşı aşırı bir korkuya dönüşebilir. Eski alışkanlıklarını sürdürme isteğı, psikolojik uyumu zorlaştırabilir.

Yaşlılıkta sık karşılaşılan sorunlardan biri depresyondur. Genellikle yalnızlık, kronik hastalıklar, emeklilik ve işlevsellik kaybı gibi faktörlerle ilişkilidir. Yaşlı bireylerde depresyon daha çok bedensel şikâyetlerle kendini gösterir. Tanı konulması zor olabilir çünkü bazı belirtiler yaşlılıkla karıştırılabilir (Çıtak, 2019).

Özellikle emeklilik sürecine uyum sıkıntısı yaşayan bireylerde içe kapanma, özgüven kaybı ve umutsuzluk sık görülmektedir. Meslek yaşamında başarılı olan ve güçlü sosyal ilişkileri bulunan bireylerin, yaşlılık dönemine daha rahat uyum sağladıkları görülmektedir. Bunun yanında cinsiyet de emekliliğe uyum sürecinde farklılık yaratabilmekte; genellikle kadınların ailevi ve annelik rollerinden dolayı emeklilik sonrası yaşama kolay adapte oldukları ifade edilmektedir (Ağar, 2020).

Yaşlılık döneminde psikolojik ve sosyal sorunların artması, bireyin özsaygısını ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Ancak güçlü sosyal destek, aile bağlarının sürdürülmesi ve toplumla etkileşim halinde olmak, yaşlı bireylerin ruh sağığını koruma ve yaşama uyum sağlamada önemli rol oynamaktadır (Ağar, 2020; Çıtak, 2019).

2.7. Yaşlılarda Kanser

Yaşlı nüfusun artması, kanser vakalarının görülme sıklığında artmasına neden olmaktadır. Yaşlanma süreci, hücrel bağışıklığın azalması, kök hücrelerin yenilenme hızının yavaşlaması ve makromoleküler hasarların birikmesi gibi biyolojik değışiklikler ile karakterizedir. Bu durum, kanser gelişimini kolaylaştırmakta ve karsinogenez sürecini hızlandırmaktadır (Kutlutürkan vd., 2019).

Kanser tanısı almak, yaşlı bireylerde çok yönlü bir kriz sürecine neden olabilmektedir. Bu süreçte depresyon, anksiyete, yalnızlık duygusu ve sosyal izolasyon gibi çeşitli psikososyal güçlükler gelişebilmektedir. Bununla birlikte düşük sağık okuryazarlığı ve ekonomik zorluklar, yaşlı kanser hastalarının sağık

hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemekte bu durum yaşlı kanser hastalarının gereksinimlerinin karşılanabilmesi için destekleyici bakım hizmetlerinin düzenli, kapsamlı ve planlı bir şekilde sunulmasını gerektirmektedir. Destekleyici bakım; yalnızca fiziksel belirtilerin hafifletilmesini değil, aynı zamanda hastaların sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesini, psikolojik dayanıklılıklarının artırılmasını ve yaşam kalitelerinin korunmasını hedeflemektedir (Ayvat ve Atlı Özbaş, 2021).

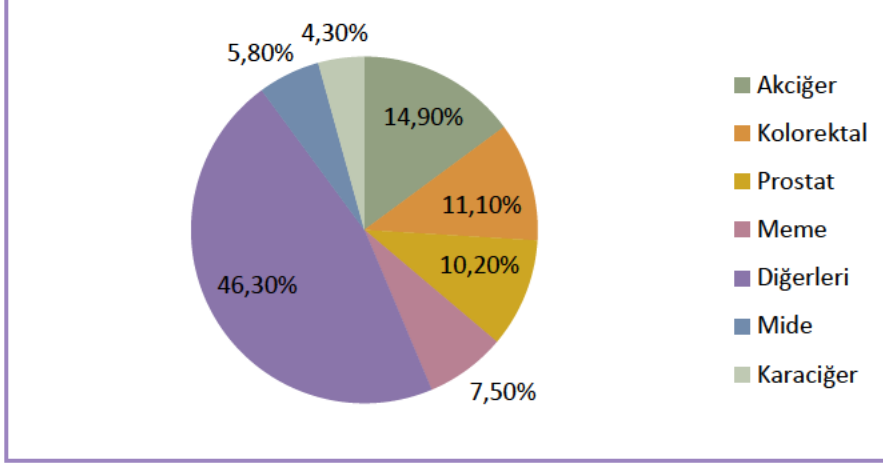
Yaşlanmanın fizyolojik karmaşıklıkları, eşlik eden hastalıkların yaygınlığı ve çeşitli düzeylerdeki işlevsel bozukluklar bir araya geldiğinde, yaşlılar da kanser bakımı özel bir yaklaşım gerektirmektedir (Brown vd., 2023). Araştırmalar yaşlı hastaların sıklıkla beklenmedik kırılganlık sergilediğini, bunun da kemoterapötik ajanların toksisitesini artırabildiğini bu durumun artan morbidite ve mortaliteye yol açabildiğini göstermektedir (Handforth vd., 2015). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme ile yapılan sistematik bir değerlendirme, klinisyenlerin bu çok yönlü sağlık profillerini daha iyi anlamalarına olanak sağlamakta ve tedavi protokollerinin optimizasyonuna yardımcı olmaktadır (Pathi vd., 2023). Bununla birlikte, geriatristler, onkologlar ve diğer sağlık profesyonellerinin yer aldığı çok yönlü bakım yaklaşımlarının geliştirilerek geriatrik onkoloji uygulamalarının klinik süreçlere uyarlanması önerilmektedir (Presley vd., 2020; Marinho ve Custódio, 2022). Bu tür iş birlikleri yalnızca yaşlı hastaların onkolojik ihtiyaçlarını değil aynı zamanda yaşlanmayla ilişkili psikosyaş ilerledikçe sosyal ve işlevsel sorunları da ele almayı amaçlamaktadır. Bu modeller, yaşlılara özel olarak uyarlanmış özel bakım sağlayan Geriatrik Onkoloji Kliniklerinin kurulmasını savunarak, tedavi kararlarına rehberlik etmede geriatrik değerlendirmelerin önemini pekiştirmektedir (Verduzco-Aguirre vd., 2019).

Her hastanın işlevsel durumunu ve ihtiyaçlarını yeterli şekilde değerlendiren özel değerlendirme protokollerini uygulamak için geriatristlerle iş birliğinin rolünü vurgulayan yenilikçi bakım modelleri ortaya çıkmıştır (Loh vd., 2018). Özellikle geriatrik onkoloji için sağlık birimlerinin kurulması, bu işbirlikçi yaklaşımı kolaylaştırabilir ve yaşlı hastaların kanser yolculukları boyunca ihtiyaç duydukları kapsamlı bakımı almalarını sağlayabilir (Di Capua vd., 2022; Presley vd., 2020).

2.7.1. Yaşlılarda Kanser Epidemiyolojisi

Yaş ilerledikçe kanser sıklığında belirgin şekilde artış gözlenmekte ve yapılan tahminler, 2040 yılına kadar yeni kanser olgularının yaklaşık %70'inin özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde, 65 yaş üstü bireylerde meydana geleceğini öngörmektedir (Fowler vd., 2024). Ayrıca, 85 yaş üstü kanser teşhisi konulan bireylerin sayısının önemli ölçüde artması ve bu yaş grubunun nüfusunun iki katına çıkması beklenmektedir. 2024 itibarıyla kanser, özellikle yaşlı nüfusu etkileyerek küresel olarak önemli bir hastalık yükü ve ölüm oranı kaynağı olarak varlığını korumaktadır. Yaşlanan bir nüfus da meydana gelen bu demografik değişim, kanser vakalarının çoğunluğunu temsil eden yaşlı yetişkinler arasında artan kanser insidansına neden olan önemli bir faktördür. 2040 yılına kadar, Amerika Birleşik Devletleri'nde yeni kanser vakalarının yaklaşık %70'inin 65 yaş ve üstü bireylerde meydana geleceği tahmin edilmektedir (Fowler vd., 2024).

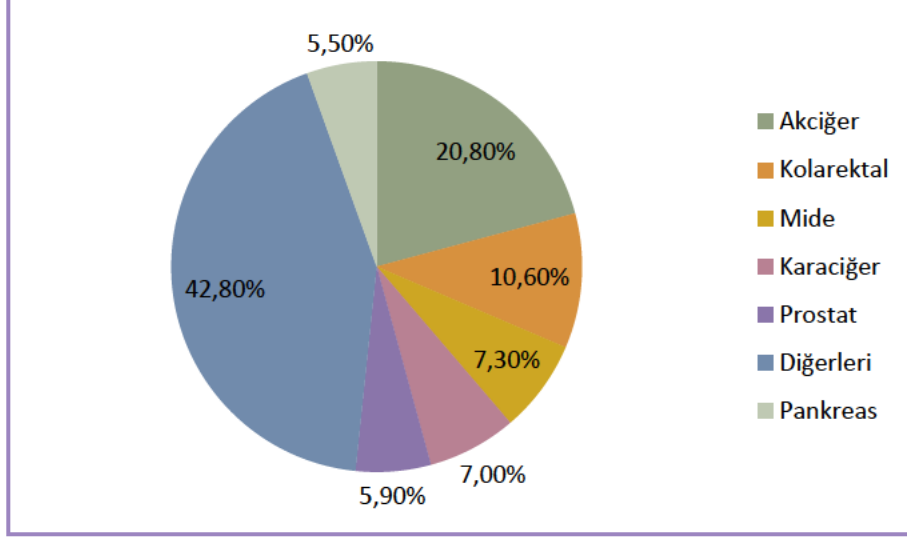
Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından tutulan kapsamlı GLOBOCAN veritabanı, insidans, mortalite ve yaygınlık verileri de dahil olmak üzere küresel kanser verilerine ilişkin bilgiler sunmaktadır. GLOBOCAN 2020, küresel kanser yükünün devam edeceğini ve en çok artışların Asya ve Afrika'da beklendiğini öngörmektedir. Bu artışların başlıca sebebi ise yaşam süresinin uzaması olarak görülmektedir (Ayubi vd., 2024). Prostat kanseri, yaşlı erkekleri etkileyen önde gelen kanser türlerinden biridir ve yalnızca 2020 yılında teşhis edilen tahmini küresel vaka sayısı 1,4 milyondur (Agyemang ve Lameck, 2022). Bu bulgunun önemi, yaşlanan nüfus bağlamında daha da artmaktadır, zira prostat kanseri geliştirme olasılığı 55 yaşın üzerinde belirgin şekilde artmaktadır (Diao vd., 2024). GLOBOCAN verileri, 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin kanser vakalarının büyük bir kısmını oluşturduğunu göstermekte ve bu yaş grubuna özgü tarama ile tedavi stratejilerinin önemine işaret etmektedir (Pilleron vd., 2021).



Şekil 2.5: 2022 Yılı Verilerine Göre 65-85+ Yaş Arası Bireylerde Görülen Kanser Vakalarının Dağılımı

Kaynak:GLOBOCAN, 2025

Şekil 2.5’de 65 yaş ve üzeri bireylerde kanser insidansının oldukça yüksek olduğugörülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü çatısı altında faaliyet gösteren Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı verilerine göre (Şekil 2.5), 2022 yılında dünya genelinde yaklaşık 10,5 milyon yeni kanser vakası kaydedilmiştir. Bu yaş grubunda en sık karşılaşılan kanser türü akciğer kanseri olup, tüm vakaların %14,9’unu oluşturmuştur. Akciğer kanserini sırasıyla kolorektal kanser (%11,1), prostat kanseri (%10,2), meme kanseri (%7,5), mide kanseri (%5,8) ve karaciğer kanseri (%3,4) izlemiştir. Geriye kalan %46,3’lük bölüm ise daha az yaygın olan diğer kanser türlerine aittir. Bu veriler, yaşlanma ile birlikte kanser insidansında belirgin bir artış olduğunu ve yaşlı bireyler için özelleştirilmiş kanser tarama, önleme ve bakım stratejilerinin önem kazandığını ortaya koymaktadır(GLOBOCAN, 2025).



Şekil 2.6: 2022 Verilerine Göre 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kansere İlişkili Ölüm Oranı

Kaynak:GLOBOCAN,2025

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından yayımlanan 2022 yılı verileri Şekil 2.6’da gösterilmektedir. Bu verilere göre 65 yaş ve üzeri bireylerde kansere bağlı ölüm sayısı 6.024.802’dir. Sonuçlar, akciğer kanserinin %20,8 ölüm ile bu yaş grubunda en sık görülen ölüm nedeni olduğunu göstermektedir. Akciğer kanserini, sırasıyla kolorektal kanser %10,6, mide kanseri %7,3, karaciğer kanseri %7,0, prostat kanseri %5,9 ve pankreas kanseri %5,5 ile izlemektedir. Geriye kalan %42,8’lik bölüm ise daha az yaygın olan diğer kanser türlerinden kaynaklanan ölüm oranını göstermektedir. Özellikle akciğer ve kolorektal kanserlerin yaşlı bireyler arasında mortalite yükünde belirgin bir paya sahip olduğu görülmektedir. Mide, karaciğer, prostat ve pankreas kanserleri de ileri yaş grubunda önemli mortalite nedenleri arasında yer almaktadır (GLOBOCAN, 2025).

Sosyoekonomik faktörler ile kanser sonuçları arasında güçlü bir korelasyon vardır, yaşlı yetişkinler arasında hayatta kalma ve insidans oranlarının kritik bir belirleyicisi olarak sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklere işaret etmektedir (Lortet-Tieulent vd., 2020). Bu eşitsizlikler kanser yükünü önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Bizuayehu vd., 2024). Kanser tanısı olan yaşlanan bir nüfusu yönetme zorluğunun ele alınması, erken teşhis, önleyici stratejiler ve özellikle yaşlılar için tasarlanmış gelişmiş tedavi yöntemlerini içeren çok yönlü bir yaklaşım gerektirebilmektedir (Alessy vd., 2025;Guarga vd., 2021). Araştırmacılar ve politika yapıcılar, GLOBOCAN tarafından sağlanan kapsamlı verilerden yararlanarak eğilimleri daha

iyi anlayabilir ve yaşlı kanser vakalarında beklenen artışla mücadele etmek için kaynakları etkili bir şekilde tahsis edebilirler (Diehl vd., 2025).

2.8.Manevi İyi Oluş

Maneviyat, insanın kendisi ve varoluşunun ötesinde yer alan bir güçle olan bağı; hayatına yön, amaç ve anlam kazandırma çabasıyla açıklayan bir olgudur (Boztilki ve Ardiç,2017). Bireyin kendi içsel dünyasıyla bağlantısını, doğa ile kurduğu ilişkiyi, toplum ile bağı ve “aşkın” olarak nitelendirilen kutsal ya da yüce bir güce dair inançlarını kapsar (Erişen ve Sivrikaya, 2017; Koenig, 2012). Dinle sıkça ilişkilendirilse de bağımsız olarak var olabilen, kişinin yaşamına katkı sağlar(Hodge, 2015; Koenig, 2012).Din, belirli inanç ve ibadet uygulamalarını, kurumsal yapıları ve gelenekleri içeren organize bir sistemdir; inanlarına toplumsal roller ve kuralları atfeder (Boztilki ve Ardiç, 2017). Maneviyat ise dinin bir parçası olarak değerlendirilebileceği gibi, dinden tamamen bağımsız olarak da ele alınabilir. Varoluşsal ve dini boyutları bünyesinde barındırmakla, bireylerin duygusal ve psikolojik durumlarını etkilemektedir (Bekelman vd., 2009; Berly vd., 2018).

Maneviyat kavramı, Latince “yaşamı hissetmek” anlamına gelmekte ve kişinin kendi benliğiyle, çevresindeki insanlarla ve doğa ile olan bağlarını sorgulayıp anlamlandırma sürecini tanımlar (Gürsu ve Ay, 2019). Bu kavram, bireyin hayatın anlamını kavrama, varoluşunu kabul etme ve tüm bunları yaşam boyu edindiği deneyimlerle harmanlama çabasını kapsamaktadır (Gürsu ve Ay, 2019). Kaynaklarda “Spritual well-being” olarak ifade edilen manevi iyi oluş, iyi oluşun alt boyutlarından biri kabul edilmektedir. Hem manevi boyutu hem de genel iyilik halini kapsayan bir olgudur. Tarihsel açıdan bakıldığında manevi iyi oluş kavramı 1975’te düzenlenen Yaşlanma Konferansında (National Council On Aging, 1975) ele alınmıştır. Bu konferansta manevi iyi oluş, kişinin tanrı, benlik, toplum ve çevreyle olan ilişkilerinde bütünlüğü geliştiren, kutsayıcı bir onaylama süreci olarak tanımlanmıştır (Tan ve Yıldız, 2022).

Tarihsel süreç incelendiğinde, teolojik yazında maneviyatın en köklü kavramlarından biri olduğu ve tüm inanç sistemlerinde bireyin kutsalla kurduğu ilişkiyi ifade ettiği görülmektedir en eski kavramlardan biridir ve tüm dinlerde kişinin kutsal ile ilişkisini ifade eder. Psikoloji alanında ise uzun süre ihmal edilmiş, 20. Yüzyılın yarısında yeniden keşfedilmiştir. William James (1902) gibi öncü isimler “dini

tecrübeyi”yi incelerken, 1960’lardan sonra insancıl ve transpersonel psikoloji akımları insanın manevi boyutunu araştırmaya başlamıştır. (Boztilki ve Ardıç, 2017).Hemşirelik mesleğinde de holistik bakım anlayışı, fiziksel, ruhsal, sosyal boyutların yanı sıra manevi boyuta da dikkat çekmiştir. FlorenceNightingale’in yazılarından bu yana bakımın “ruhsal boyutu”ndan söz edilse de konuya ilişkin kuramsal araştırmalar 1980’lerden itibaren belirgin şekilde ivme kazanmıştır. Hemşirelik araştırmalarında maneviyatın; hastanın hayata bağlılığını, iyileşme hızını, psikolojik iyi oluşunu ve tedaviye uyumunu artırdığı vurgulanmaktadır. Ancak maneviyat kavramının soyut, öznel ve kültürel olarak değişken yapısı nedeniyle tanımlanması zordur. Bu zorluklara rağmen günümüzde hemşirelik alanında manevi bakım kavramı gelişmiş ve birçok sağlık kuruluşu manevi ihtiyaçlara hizmet verecek uygulamaları bünyesine katmaya başlamıştır (Arslan ve Avcı, 2024).

Yaşlı bireylere bakıldığında araştırmalar, yaşlı bireylerin çoğunluğunun günlük olarak manevi tartışmalara katıldığını ve kurumsal ortamlardakiler de olmak üzere yaşlı nüfuslar arasında maneviyatın önemini vurgulamaktadır. Bu katılım, manevi inançların, bireylerin kayıp ve geçişle yüzleşebileceği ileriki yaşamında anlam ve rahatlık sağlaması nedeniyle genellikle güçlü bir kişisel refah duygusuyla ilişkilendirilmiştir (Castañeda vd., 2018).Ek olarak, daha yüksek manevi refaha sahip yaşlı bireylerin daha fazla yaşam memnuniyeti ve kişisel etkinlik bildirme eğiliminde olduklarını vurgulayan çalışmalar, maneviyatın yaşlanmanın zorluklarıyla başa çıkmada ne kadar önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Jafari ve Hesampour, 2017).Manevi refahın temel yönlerinden biri, yaşlılar arasında ölüm kaygısını hafifletme potansiyelidir. Araştırmalar, daha yüksek düzeyde manevi deneyime sahip bireylerin ölümle yüzleşirken daha az kaygı sergilediğini göstermektedir(Taghiabadi vd., 2017).Literatürde toplumsal manevi desteğin yalnızca ruh sağlığını iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda yalnızlık duygularını hafiflettiği ve yaşlılarda duygusal istikrar için kritik bileşenler olan bağlantı ve aidiyet duygusunu teşvik ettiği bildirilmektedir(Dai vd., 2023).Dua ve meditasyon gibi uygulamaları kapsayan maneviyatın psikolojik dayanıklılığı geliştirmede hayati bir rol oynadığını destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Maneviyat uygulaması, ruh hali bozuklukları ve kaygıda azalma ile ilişkilendirilmektedir ve bu da yaşlı yetişkinlerin ruh sağlığı tedavisindeki önemini vurgulamaktadır (Bamonti vd., 2016).

Manevi iyi oluş, bireyin yaşamında anlam bulmasını, içsel huzuru korumasını ve yaşadığı çevreyle uyumlu bir şekilde varlığını sürdürmesini ifade eden bütüncül bir kavramdır. Psikoloji ve sağlık bilimleri literatüründe “iyi oluşu” un alt türlerinden biri olarak kabul edilen manevi iyi oluş, maneviyat ve iyilik hali kavramlarını bünyesinde barındırır. Bireyin ruhen esenliği anlamına gelir ve kişinin kendisiyle, çevresiyle ve Tanrı/yüce güç ile ilişkilerindeki uyum ve tatmin düzeyini ifade etmektedir. Kavram ilk kez 1971’de yaşlılık konulu bir konferansta gündeme getirilmiş ve 1982’de Paloutzian ve Ellison, Manevi İyi Oluş Ölçeği’ni (Spiritual Well-Being Scale) geliştirerek manevi iyi oluşu ölçmeyi amaçlamışlardır. Bu ölçek, bireyin manevi esenliğini iki boyutlu olarak ele alır:

Dinsel boyut; kişinin belirli bir inanç sistemi ya da Tanrı ile olan ilişkisini ifade eder.Varoluşsal boyut; bireyin kendisi ve dış dünyayla kurduğu ilişkiyi, yaşamın anlam ve amacını keşfetmesini içerir (Köktürk Dalcı vd., 2021).İlk olarak dini ve varoluşsal boyutlarıyla ele alınan bu kavram, zamanla psikoloji, sağlık bilimleri ve sosyal hizmet alanlarında da çalışılmaya başlanmıştır.Sağlık alanındaki araştırmalar, yüksek manevi iyi oluş düzeyinin bireylerin hastalıkla daha sağlıklı başa çıkmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağladığını ortaya koymuştur.Bu nedenle, özellikle kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde manevi iyi oluşun desteklenmesi hem ruhsal iyilik hem de bedensel sağlık için önemli bir etken kabul edilmektedir (Gürsü ve Ay, 2018; Tan ve Yıldız, 2022).Moberg ve Brusek (1978) de benzer biçimde manevi iyi oluşu dini yönelim ve dini yapıdan bağımsız anlam arayışı şeklinde ikili boyutta incelemiştir. Ellison (1983) ise bu iki boyutu dikey boyut (kutsal/yaratıcı ile ilişki) ve yatay boyut (hayatın anlamı ve yaşamdan alınan doyum) olarak adlandırmıştır. Sonraki çalışmalarda manevi iyi oluş; pek çok unsurun etkisiyle şekillenen, çok boyutlu bir olgu olarak tanımlanmış ve hayatta anlamlı bir amaç, güçlü kişisel değer sistemi ve derin ilişkiler gibi unsurların manevi iyi oluşu besleyen temel etkenler olduğu vurgulanmıştır (Gürsü ve Ay, 2018).

Manevi iyilik hali, ağır hastalıklarla mücadele eden bireyler için hayati öneme sahiptir.Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar, bireyin ölüm gerçeğiyle yüzleşmesine neden olarak varoluşsal bir kriz yaratabilir. Bu süreçte birey, hastalığını ve yaşamını anlamlandırma arayışına girer. Bu arayışta manevi iyi oluş, bireyin duygusal dengeyi yeniden kurarak psikolojik dayanıklılığınıartmasını sağlar (Köktürk Dalcı vd., 2021).Kanser teşhisi konulan kişilerde tedavi süreci yalnızca

fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönlerden ciddi zorluklar yaratır. Özellikleileri yaşılarıdaki bireyler için bir kriz durumudur. Yaşlı kanser hastaları, yaşamlarının son dönemine yaklaşırken bir yandan hastalığın getirdiği fiziksel semptomlar ile bir yandan da ölüm, kayıp, yaşamın anlamı üzerine derin sorgulamalar yaşamaktadırlar (Gürsü ve Ay, 2018). Bu dönemde yaşlı bireyler için dini ve manevi inançlar ile çeşitli kaynaklar, en önemli başa çıkma yollarından biri haline gelir. Çalışmalar, ileri yaşta eşin kaybı, arkadaş ölümleri, emeklilik ve sosyal rollerin değişimi gibi zorluklarla baş etmede manevi eğilimlerin belirleyici olduğunu göstermektedir. Manevi inanç ve pratikler, yaşlı bireylerin azalan fiziksel yeteneklerinin yerine duygusal ve manevi destek sağlayarak hayata tutunmalarına yardımcı olmaktadır. Bu bulgular, maneviyatın yaşlılık döneminde ortaya çıkan değişimler ve stresle baş etmede güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Nagy vd., 2024).

Literatürde manevi iyilik halinin kanser hastalarında yaşam kalitesinin artması, kaygının azalması ve daha iyi başa çıkma mekanizmalarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmektedir (Abou Chaar vd., 2018; Dığrak ve Akkoç, 2024).Bulgular, ruhsal olarak daha dirençli olan hastaların duygusal uyumlarının ve başa çıkma yollarının daha güçlü olduğunu, bunun da tedavi süresince daha iyimser bir bakış geliştirmelerine katkı sağladığını ortaya koymaktadır (Afrasiabifar vd., 2021;Jiao vd., 2021). Özellikle manevi inançlardan kaynaklanan bir amaç duygusu, umutsuzluk duygularının azalmasıyla bağlantılı olup tedavi gören hastaların genel psikolojik sağlıklarını iyileştirmektedir (Abou Chaar vd., 2018; Dığrak ve Akkoç, 2024).

2.9.Sosyal Destek

Sosyal destek, kişilerin sosyal çevreleri ve ilişkileri aracılığıyla edinebilecekleri farklı yararlar olarak tanımlanmaktadır.Sosyal destek; aile, arkadaş, topluluk ve ilevsel yardımları kapsayan çok yönlü bir olgu olarak kabul edilmektedir(Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022).Aile, arkadaş ve sosyal çevreyle kurulan ilişkilerin yoğunluğu kadar niteliğide önemlidir (Leung vd., 2020). Literatürde algılanan sosyal desteğin, özellikle sağlık krizleri veya kişisel travma gibi zorlu koşullar altında bireylerin dayanıklılığına ve başa çıkma becerilerine önemli ölçüde katkıda bulunduğu gösterilmektedir (Cugmas vd., 2021).Sosyal destek, bireyin hem ruhsal hem de bedensel sağlığını güçlendirerek, yaşamın zorlu koşullarının olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olur.Yeterli sosyal destek, bireyin

psikolojik olarak daha az zarar görmesini sağlar ve yaşam kalitesini yükseltir (Öven Ustaaloğlu vd., 2018).

Bireyin yalnızlık duygusunu azaltarak yaşam doyumunu artırır. Yetersiz sosyal destek, depresyon, kaygı ve yaşam kalitesinde azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Rokach, 2023).

Sosyal destek; duygusal, bilgilendirici, araçsal ve değerlendirme desteği şeklinde dört temel başlık altında incelenmektedir.

Duygusal destek; bireyin aidiyet ve güven duygusunu güçlendiren, sevgi ve empatiyi içeren destek türüdür. Psikolojik iyilik hali üzerinde doğrudan olumlu etkiler yaratır (Tomi ve Malenkovi, 2023).

Bilgilendirici destek; yaşlanma gibi kritik geçişler sırasında bireylerin karşılaştığı sorunlar veya kriz durumlarında yol gösterici bilgiler ve öneriler sunar. Özellikle hastalık süreçlerinde ve yaşam değişikliklerinde kritik bir öneme sahiptir (Steijvers vd., 2023).

Araçsal destek; genellikle günlük görevlerde yardım veya kaynak sağlama gibi somut yardımı ifade etmektedir. Bu bileşenlerin önemi değişebilse de bireyin psikolojik ve duygusal refahı üzerindeki toplu etkileri çok sayıda çalışmada yaygın olarak kabul edilmektedir (Aung vd., 2024; Tomi ve Malenkovi, 2023).

Değerlendirme desteği; kişinin kendi duruşunu daha nesnel biçimde görmesini ve değerlendirme sürecinin kolaylaştırmasını sağlayan bir destek türüdür (Kadanbi vd., 2020).

Küresel ölçekte yaşlı nüfusun giderek artması, bu grubun sağlık ve sosyal gereksinimlerine verilen önemin artmasını sağlamıştır. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel gerilemeler, yaşlı bireylerin bağımsız yaşam becerilerini sınırlandırarak sosyal desteğe olan ihtiyacı yükseltir (Bayram vd., 2025). Geniş aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi ve sosyal ilişkilerin zayıflaması, yaşlı bireylerde yalnızlık ile izolasyon olasılığını yükseltmiştir (Seddigh vd., 2020).

Güçlü sosyal bağlara sahip yaşlılarında düşük düzeyde depresyon ve anksiyete yaşadığını ortaya koymaktadır (Kricheldorf ve Oswald, 2015). COVID-19 pandemisi döneminde yaşlı bireyler arasında sosyal izolasyonun artması, sosyal destek eksikliğinin ruhsal sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini belirgin hale

getirmiştir(Cugmas vd., 2021). Araştırmalar, sosyal desteğin yaşlı bireylerin fiziksel sağlığında olumlu etkilediğini göstermektedir. Destekleyici sosyal çevreye sahip olan bireyler sağlık hizmetlerine daha kolay erişir, tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlar ve bağımsız yaşam becerilerini daha uzun süre korur (Diao vd., 2024).

Kanser, bireyin ve ailesinin yaşamını çok boyutlu olarak etkileyen ciddi bir hastalıktır. Tanı süreci; ölüm korkusu, organ kaybı endişesi, ekonomik güçlükler ve uzun süren tedavi süreçleri nedeniyle hastalarda çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olur(Kaplan ve Beğdağ, 2023). Bireyler çoğunlukla inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden geçerken bu dönemde sosyal desteğe duyulan gereksinim belirginleşmektedir(Danış ve Özhan, 2019).

Yapılan bir araştırmada, sosyal destek düzeyi yüksek kanser hastalarının tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu, yaşam kalitelerinin arttığını ve depresyon oranlarının düştüğünü göstermektedir. Sosyal destek hastaların yalnızlık duygusunu azaltmakta, motivasyonlarını artırmakta ve tedavi sürecinde olumlu katkı sağlamaktadır. Aile üyelerinden, arkadaşlardan ve sağlık profesyonellerinden gelen destek, hastaların kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmelerini sağlar (Rivera ve Burris, 2020).

Destekleyici bir çevre, kanser hastalarının umut duygusunu pekiştirir ve yaşam kalitesini yükseltir.Leung ve arkadaşları yüksek düzeyde sosyal destek algılayan kadın hastaların sağlık durumlarıyla ilgili daha olumlu yaşam kalitesi sonuçları elde ettiklerini belirtmiştir (Leung vd., 2014a).Zarei ve arkadaşları algılanan sosyal desteğin kanser tekrarlama korkusunu hafifletmede aracı bir rol oynadığını ve böylece aktif kanser tedavisi sırasında yaşam kalitesini artırdığını vurgulayarak bu anlayışa daha fazla katkıda bulunmuştur(Zarei vd., 2024).

Kanser hastalarına yönelik sosyal destek ele alınırken sosyo-kültürel bağlamları da dikkate almak hayati önem taşır. Afro-Amerikan kadınlar için sağlık hizmeti engelleri ve sosyal damgalama, White-Means ve diğerleri tarafından tanımlandığı gibi gerekli destek sistemlerine erişimi önemli ölçüde bozar (Means vd., 2020).

2.10.Özbakım Kavramı

Öz bakım kavramı, ilk kez 1959 yılında Dorothea Orem tarafından ortaya konmuştur. Orem, öz bakımı “bireyin sağlığını sürdürmek, yaşamını devam ettirmek ve iyilik halini korumak için amacıyla gerekli girişimleri yapması” şeklinde tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, öz bakım kavramını; “sağlığın geliştirilmesi, hastalıkları

önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için birey, aile ve toplum tarafından yapılan uygulamalar” olarak tanımlamıştır (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021). Genellikle proaktif bir yaklaşım olarak tanımlanır. Lemon'a göre, öz bakım, kişiden kişiye farklılık gösterebilen; hem fiziksel hem de psikolojik faaliyetleri kapsayan çeşitli uygulamalardan oluşmaktadır (Lemon, 2021). Yaş, cinsiyet, kültürel yapı, yaşam deneyimi, sağlık durumu ve mevcut kaynakların varlığı, bireyin öz bakım davranışlarını doğrudan etkiler. Sağlık sorunları, yaralanmalar, kronik hastalıklar veya gelişimsel dönemlerde yaşanan değişiklikler bireyin özbakımını sürdürmesini zorlaştırabilir. Öz bakımın tanımı bağlamlar ve popülasyonlar arasında değişir. Bu durum, kapsamı ve sınırları konusunda kafa karışıklığına yol açabilir (Adams, 2019; Riegel vd., 2012). Adams öz bakım uygulamalarının çoğu zaman etik ve sağlıkla ilgili zorunluklarla birlikte değerlendirildiğini, ayrıca bireylerin öz bakım davranışlarını toplumsal normların şekillendirdiğini belirtmektedir (Adams, 2019). Bu nedenle öz bakım yalnızca kişisel bir sorumluluk değil, aynı zamanda çevresel faktörler, sosyal destek ve sağlık hizmetleriyle yakından ilişkilidir. Özbakım yeterliliği arttığında birey sağlığını korumada daha bağımsız olurken, yetersiz kaldığında hemşirelik desteğine gereksinim duymaktadır (Yavaş Çelik, 2019).

2.10.1. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı

Dorothea Elizabeth Orem tarafından geliştirilen Öz Bakım Kuramı, hemşirelik mesleğinin en temel ve en sık başvuru alanı kuramsal yaklaşımlarından biridir. Günümüzde hem klinik bakım süreçlerinde hem de bilimsel araştırmalarda geniş bir kullanım alanına sahiptir. Kuramın temel çıkış noktası, bireyin sağlığını koruyabilmesi, sürdürebilmesi ve iyileştirebilmesi için kendi bakım sürecine aktif katılım göstermesinin zorunlu olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Orem'e göre birey, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek kapasiteye sahip olduğunda sağlık sonuçları daha olumlu seyretmekte; ancak hastalık, yaşlılık, fiziksel kısıtlılık veya bilgi eksikliği gibi durumlarda birey bu gereksinimleri tek başına karşılayamayabilir. Bu noktada hemşirelik devreye girer ve bireyin öz bakım eksikliklerini belirleyerek uygun hemşirelik sistemini seçer, gereksinimlere yönelik bir bakım planı oluşturur ve gerekli desteği sağlar. Böylece hemşire, bireyin öz bakım gücünü yeniden kazanmasına, sürdürmesine ve geliştirmesine katkıda bulunur (Akçoban ve Tosun, 2023; Erdoğan vd., 2023).

Orem'ingeliştirdiği öz bakım modeli, üç temel alt kuram üzerine yapılandırılmıştır:

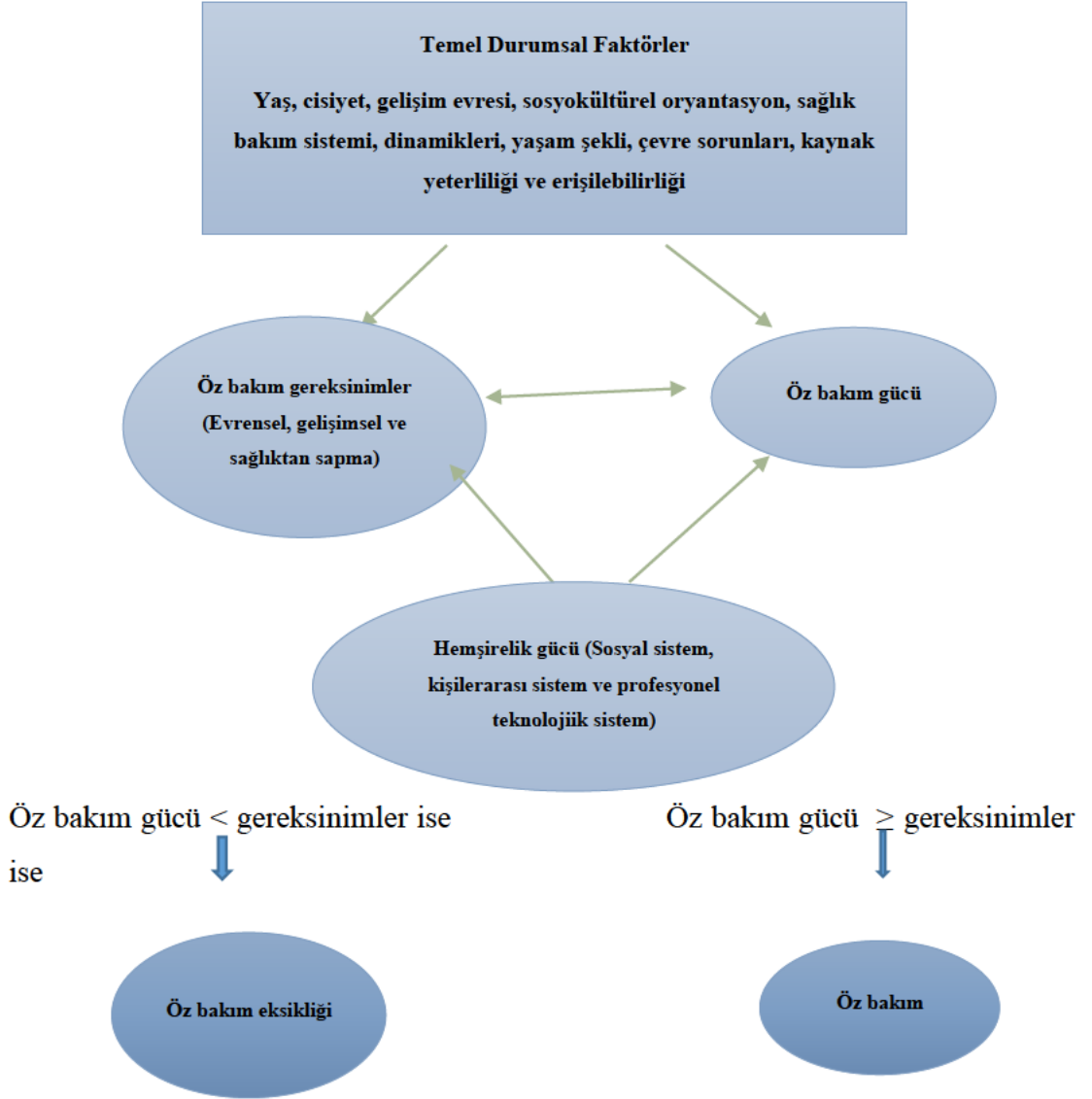
1. Öz Bakım Teorisi: Bireyin, sağlığını korumak ve iyilik hallerini sürdürebilmek için yerine getirdikleri öz bakım davranışlarını açıklar.
2. Öz Bakım Eksikliği Teorisi: Bireylerin öz bakım gereksinimlerini tek başına karşılayamadığı durumlarda ortaya çıkar. Bireyin bakım açığını kapatabilmesi için hemşirenin desteğine ihtiyaç duyar. Öz bakım eksikliği, hemşirelik bakımının gerekli hale geldiği durumu tanımlar.
3. Hemşirelik Sistemleri Teorisi: Hemşirenin bireye ne düzeyde destek vereceğini açıklayan sistemdir. Bu Teoriye göre üç farklı hemşirelik sistemi vardır:

Tamamlayıcı (Tam Eksiklik Giderici) Sistem: Bu yaklaşımda birey, sağlık durumuna bağlı olarak öz bakımını yerine getiremez ve temel gereksinimlerini karşılayacak yeterliliğe sahip değildir. Hemşire; beslenme, hijyen, hareket gibi tüm öz bakım gereksinimlerini doğrudan karşılar ve bakımın tamamlayıcı sorumluluğunu taşır.

Kısmen Eksiklik Giderici Sistem: Bu sistemde birey bazı öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek kapasiteye sahiptir; ancak sağlık sorunları veya fiziksel sınırlılıklar nedeniyle hemşirenin desteğine ihtiyaç duyar. Hemşire, hastanın yapamadığı bakım bileşenlerini üstlenir ve bireyin yapabildiği alanlarda onu teşvik ederek bakımın belirli bir kısmını tamamlar. Bu model, birey ve hemşire arasında iş birliğine dayalı bir bakım sürecini içerir.

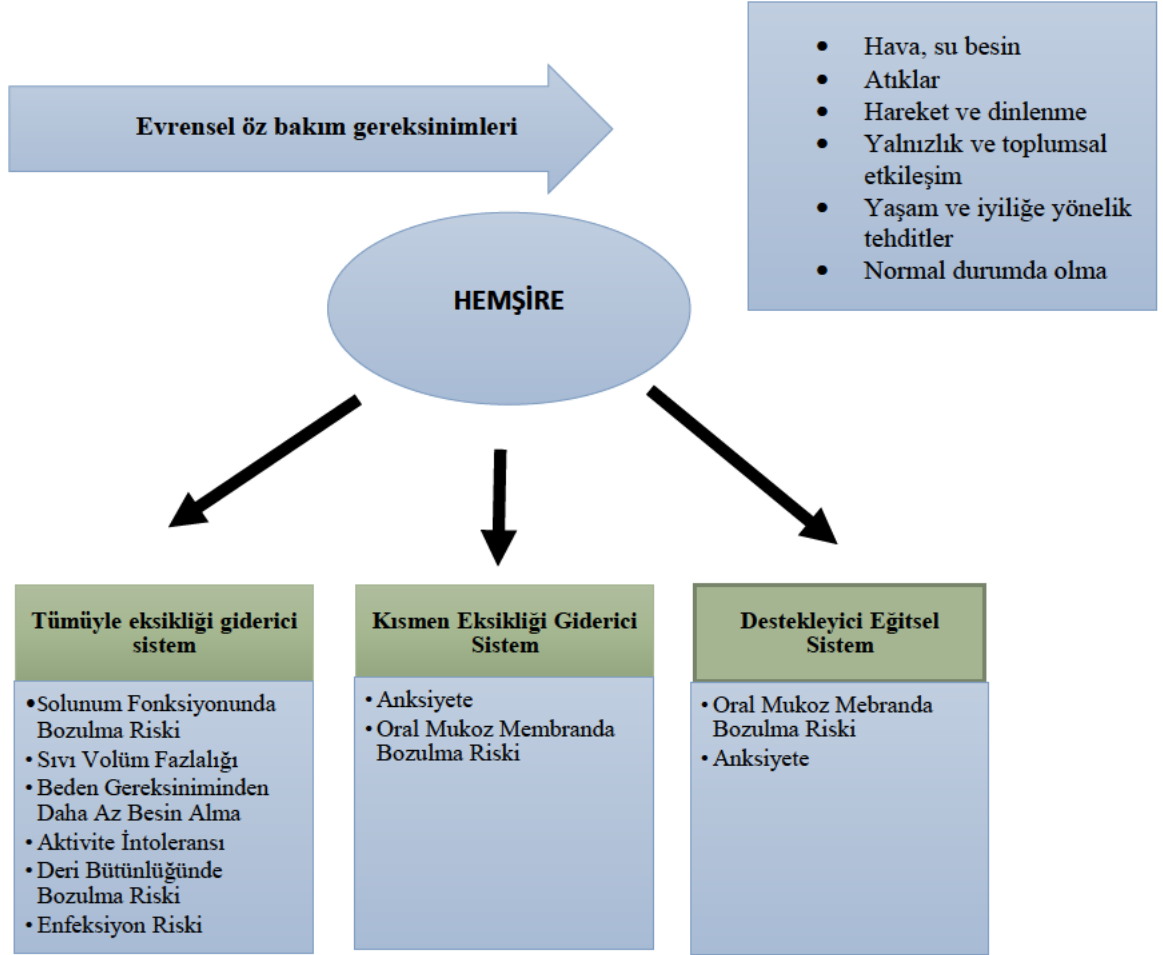
Destekleyici-Eğitici Sistem: Bu yaklaşımda birey öz bakım yapabilme gücüne sahiptir; ancak öz bakım davranışlarını etkili bir şekilde sürdürebilmek için bilgi, beceri, motivasyon veya karar verme desteğine ihtiyaç duyar. Hemşire burada doğrudan bakım vermez; bunun yerine bireye rehberlik eder, danışmanlık sunar ve öz bakım becerilerini güçlendirmeyi hedefler. Amaç, bireyin kendi bakımını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamaktır (Erdoğan vd., 2023; Kayserilioğlu vd., 2021).

Orem'in hemşirelik teorisinin kavramsal çerçevesi Şekil 2.7'de, gösterilmiştir.



Şekil 2.7:Orem'in Hemşirelik Teorisi Kavramsal Çerçevesi

Kaynak:Velioğlu, 2012



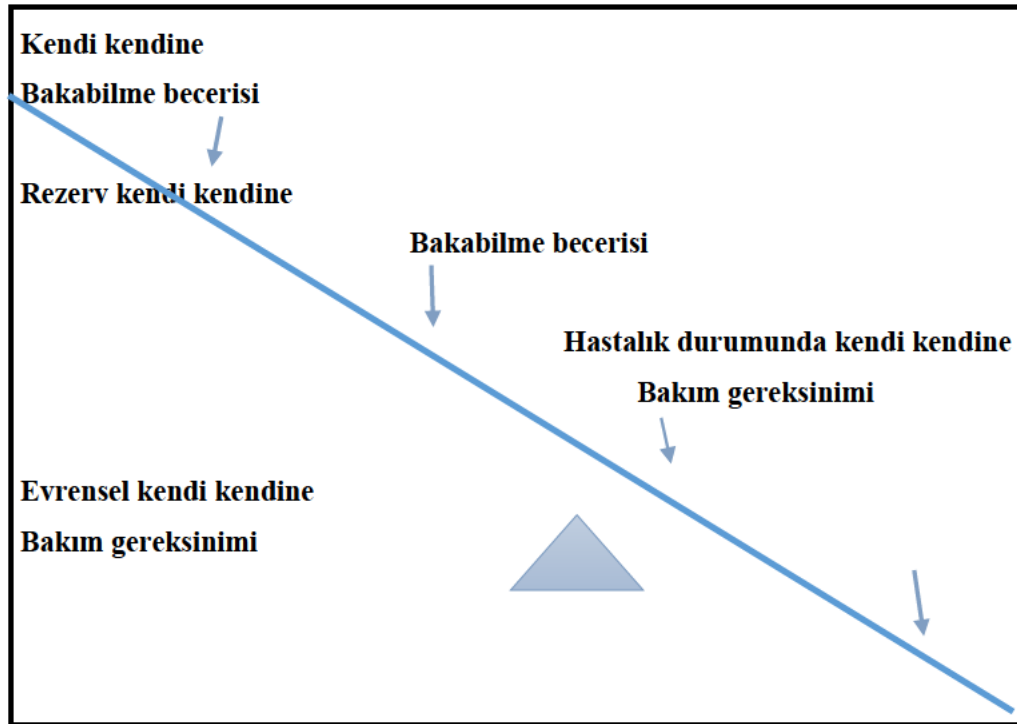
Şekil 2.8:Orem'in Öz Bakım Kuramına Göre Kavram Haritası

Kaynak: Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019

Orem, öz bakım gereksinimlerini üç grupta ele almıştır;

1. Evrensel Gereksinimler: Yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçlardır. Yeterli sıvı ve Besin alımı, boşaltım, aktivite-dinlenme dengesi, güvenlik sosyal etkileşim ve sağlığın korunması bu gruba girer.
2. Gelişimsel Gereksinimler: Bireyin yaşam evrelerine bağlı olarak ortaya çıkan özel gereksinimlerdir. Adölesan dönemi, gebelik, ebeveynlik, yaşlılık gibi süreçlerde farklı öz bakım davranışlarına ihtiyaç duyulur.

3. Sağlıktan Sapma Gereksinimleri: Hastalık, yaralanma, ameliyat veya kronik bir sağlık sorununda ortaya çıkar. Bu durumda birey iyileşme sürecinde ek bakım ihtiyaçlarına sahiptir (Akçoban, 2023;Demirtürk Selçuk ve Demirbağ,2019). Orem'in Öz bakım kuramına göre kavram haritası Şekil 2.8'de gösterilmiştir.



Şekil 2.9:Hemşirelik Girişimi Gerektiren Bireyde Dengenin Bozulması

Kaynak:Yavaş Çelik, 2019

Kuram Hemşirelik uygulamaları birey odaklı ve düzenli bir yapı kazanmıştır. Kişinin öz bakım gücü ile öz bakım ihtiyaçları arasındaki denge göz önünde bulundurularak bireye özel bakım planı hazırlanır. Bu durum, bireyin bağımsızlığını güçlendirirken hemşirenin bakım sürecindeki görevini de netleştirmektedir. Günümüzde hem araştırmalarda hemde klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Öz bakım ve öz bakım gücü, özellikle kronik hastalık durumlarında etkili sağlık yönetiminde önemli rol oynayan, birbirinden farklı ancak bağlantılı iki kavramdır(Yavaş Çelik,2019). Hemşirelik girişimi gerektiren bireyde dengenin bozulması Şekil 2.9’da gösterilmiştir.

2.10.2.Öz Bakım Gücü

Bireyin öz bakım ihtiyaçlarını karşılama yeteneği şeklinde tanımlanmaktadır. Orem'e göre bu güç, bireyin sağlıkla ilgili bilgi düzeyi, fiziksel yeterliliği, psikolojik durumu, motivasyonu ve sosyal destek kaynakları ile şekillenmektedir. Başka bir ifadeyle öz bakım gücü; bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışları öğrenme, uygulama ve sürdürebilme becerisini kapsamaktadır.Öz bakım kapasitesi yüksek bireyler, sağlıklarını korumada ve sürdürmede, hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmada daha etkili olmaktadır. Artan öz bakım gücü, daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir, çünkü daha güçlü öz bakım becerilerine sahip bireyler sağlık bilgisi arama ve uygun sağlık davranışlarını uygulama konusunda daha proaktiftir (Huang vd., 2022; You vd., 2023).Çalışmalar, psikolojik iyi oluşun öz bakım yeteneği ile pozitif korelasyon içinde olduğunu, kendine güvenen ve yetenekli hisseden bireylerin etkili öz bakım uygulamalarına katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Massouh vd., 2020).

Bireyin öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamaması durumunda öz bakım yetersizliği ortaya çıkar; bu süreçte hemşireler, profesyonel destek sunarak bireye rehberlik eder (Kıskaç ve Babaoğlu, 2022).

Yaşlı bireylerde kronik hastalıkların artması, sağlıkla ilgili komplikasyonların sıklaşması ve fiziksel kapasitenin azalması öz bakım gücünün öneminin artmasına neden olmuştur. Bireylerin öz bakım uygulamalarının etkinliği; yaş, sağlık durumu, psikolojik iyilik hali, sosyo-kültürel yapı, ekonomik imkanlar ve sosyal destek kaynaklarına ulaşılabilirlik ile doğrudan bağlantılıdır (Angguningrat vd., 2024; Wungrath vd.,2022).

Yaşlılarda öz bakım becerisi, fiziksel sağlıklarını, ruhsal iyilik hallerini ve genel yaşam kalitelerini derinden etkileyen çeşitli nedenlerden dolayı önemlidir. Bireyler yaşlandıkça, öz bakım kapasitesi, özellikle çoklu hastalık ve kronik hastalık yaşayanlar için sağlık koşullarını yönetmede kritik bir faktör haline gelmektedir. Gelişmiş öz bakım uygulamaları, yaşlı bireylerin sağlık süreçlerine aktif olarak dahil olmalarını destekler; bu durum onların sağlıkla ilgili karar verme becerilerini artırarak algılanan öz yeterlilik düzeyleriyle yakın bir ilişki göstermektedir (Nezamodini vd., 2017; Wungrath vd., 2022).

Kronik ve risk düzeyi yüksek hastalıklarda, özellikle kanserde öz bakım gücünün önemi daha da artmaktadır. Tedavi sürecinde olan bireylerin sağlık durumlarına uygun kararlar alabilmeleri ve öz bakım davranışlarını devam ettirebilmeleri, bağımsızlıklarını korumaları açısından kritik rol oynamaktadır. (Kayserilioğlu vd., 2021). Hastaların kendi bakım süreçlerine aktif katılım göstermeleri, yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlamakta, hastalıkla başa çıkma yetilerini geliştirmektedir (Yavaş Çelik, 2019).

Kanser hastalarında öz bakım gücünün geliştirilmesi; semptom kontrolü, yaşam kalitesi, bağımsızlık ve tedaviye uyum açısından belirleyici bir faktördür. Etkin özbakım hem bireyin iyileşme sürecini desteklemekte hem de hemşire- hasta etkileşimi sayesinde güçlendirme yaklaşımını mümkün kılmaktadır (Tuominen vd., 2021).

Öz bakım gücünde ekonomik etkenler belirleyici bir unsurdur; zira düşük gelir grubundaki bireyler çoğunlukla daha sınırlı öz bakım becerileri gösterirler. Bunun temel nedeni, sağlık yönetimini destekleyen kaynaklara erişim olanaklarının kısıtlı olmasıdır (Liu vd., 2024).

Kanser yönetiminde öz bakım kavramı, hasta güçlendirme yaklaşımının temel boyutlarından biri olarak öne çıkmış ve hem tedavi sonuçlarını hem de yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemiştir. Yapılan araştırmalar, hastaların tedavi sürecinde öz bakım becerilerini geliştirmelerinde öz bakım davranışlarının kritik önem taşıdığını göstermektedir (Rakhshani vd., 2022; Xie vd., 2020).

Rakhshani ve arkadaşları, Orem tabanlı öz bakım eğitiminin kemoterapi hastalarının öz bakım stratejilerini öğrenme sürecinde kritik ve vazgeçilmez bir rol üstlendiklerini belirtmektedir (Rakhshani vd., 2022). Xie ve arkadaşları öz bakım eğitiminin uygun şekilde uygulandığında mide bulantısı ve kusma gibi semptomları hafifletebileceğini ve böylece kemoterapi gören gastrointestinal kanser hastalarının yaşam kalitesini artırabileceğini vurgulamaktadır (Xie vd., 2020). Amiri ve arkadaşlarının araştırmasında, öz bakım programlarının kanser hastalarının yalnızca fiziksel değil, duygusal iyilik hallerine de olumlu katkılar sağladığı ortaya konmuştur (Amiri vd., 2021).

Kanser bakımında güçlendirmenin dinamik doğası dikkat çekicidir, çünkü hastaların tedavilerinin karmaşık manzarada ilerlemesi önemlidir. Araştırmalar güçlendirmenin

hastanın hastalık gidişatından ve çevresindeki destek sistemlerinden etkilenen, devam eden ve dalgalanan bir süreç olduğunu göstermektedir (Jørgensen vd., 2018). Bu bakış açısı, Shin ve Park'ın öz yardım gruplarına katılan meme kanseri hastalarının daha yüksek bir yaşam kalitesi deneyimlediğine dair gözlemleriyle örtüşmektedir ve güçlendirmenin sosyal yönlerini vurgulamaktadır (Shin ve Park, 2017). McCorkle ve diğerleri, öz yönetim müdahalelerinin önemini tartışarak, bu tür stratejilerin hasta özerkliğini artırabileceğini ve böylece kronik hastalıklarının etkili bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunabileceğini belirtmektedir (McCorkle vd., 2011). Aile katılımının entegrasyonu kanser hastalarında öz bakımı teşvik etmek için önemlidir. Hastaların ailelerini öğrenme sürecine dahil eden programlar genel destekleyici ortamı önemli ölçüde iyileştirir ve böylece hastaların tedavi sonrası sağlıklarını yönetme konusundaki güvenlerini artırır (Kim, 2011).

2.11. Geriatrik Kanserli Hastalarda Manevi İyi Oluş, Sosyal Destek ve Özbakım Gücünde Hemşirenin Rolü

Geriatri hemşireliği, uzun ömürlülük nedeniyle giderek daha karmaşık sağlık sorunlarıyla mücadele eden yaşlı bir nüfus olan yaşlıların bakımı ve refahına odaklanan hayati bir alandır ve yaşlıların karmaşık sağlık ihtiyaçlarını yönetmek için etkili bakım esastır (Dai vd., 2021).

Dünya genelinde ve ülkemizde meydana gelen demografik değişimler incelendiğinde, yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına kıyasla giderek arttığı dikkat çekmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylerin gereksinimlerine yönelik özel bakım yaklaşımlarını zorunlu hale getirmektedir. Bu nedenle bu alanda görev alacak hemşirelerin belirli bilgi, beceri ve tutumlara sahip olması gerekmektedir. Ancak gerontoloji hemşirelerinin hangi niteliklere sahip olması gerektiği ve bu yeterliliklerin nasıl ölçüleceği konusunda literatürde farklı görüşler yer almaktadır. Bu yetkinlikler, hemşirenin eğitim düzeyi, uygulama becerisi ve hizmet sunduğu ortama bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Aşiret,2019; Beyhan ve Ergün, 2021).

Bu nedenle gerontoloji hemşiresi yaşlı bireylere mümkün olan en yüksek bakımı sağlamak için;

- Yaşlı bireylerin kişisel ihtiyaçlarına duyarlı şekilde yaklaşmalı ve saygı temelinde bakım sunmalıdır.

- Bireyin yaşam onurunu koruma sorumluluğu taşınalıdır.
- Yaşlının değerlerini, inançlarını ve yaşam biçimini anlayışla karşılayarak bu doğrultuda hizmet vermelidir.
- Sağlıkla ilgili yaşadığı sorunlara önem vermeli ve çözüm odaklı yaklaşmalıdır.
- Aile üyeleri ve yakınlarının da bakım sürecindeki beklentilerine saygı göstermelidir.
- Etik ilkelere bağlı kalarak yaşlı bireyin bakım gereksinimlerini karşılamaya özen göstermelidir.
- Bireyin ve ailesinin tedavi ve bakım kararlarına katılım haklarını desteklemelidir
- Yaşlı bireyin gizlilik ve mahremiyet ilkesine saygı gösterilmelidir.
- Bireyin haklarını ve yararını gözeterek savunuculuk görevini üstlenmelidir.
- Yaşlı bireyler için olumlu sonuçlar doğuracak uygulamaları desteklemek, izlemek ve yaygınlaştırmakla yükümlüdür.
- Güvene dayalı bir ilişki kurmalı, bireyin ve ailesinin kendini güvende hissetmesini sağlamalıdır.
- Sosyal ve ekonomik farklılık gözetmeden eşit ve kapsayıcı hizmet sunmalıdır.
- Yaşlı bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla önleyici sağlık hizmetleri uygulamalıdır.
- Kurumlarda sunulan hizmetlerde bakımın niteliğini artırmalı ve mesleki sorumlulukları tam olarak yerine getirmek için çaba sarf etmelidir.
- Sağlık hizmeti verilen ortamın kalitesini artırmaya yönelik koruma, iyileştirme ve düzenleme faaliyetlerini yürütmelidir.
- Hem kendi mesleki gelişimini hem de ekip arkadaşlarının mesleki gelişimi desteklemeli ve sürekli öğrenme sorumluluğunu üstlenmelidir.
- Toplumda sağlanan sosyal hizmetlerden yaşlı bireylerin ve ailelerinin yararlanabilmesi için onları yönlendirmeli ve bilgilendirmelidir.

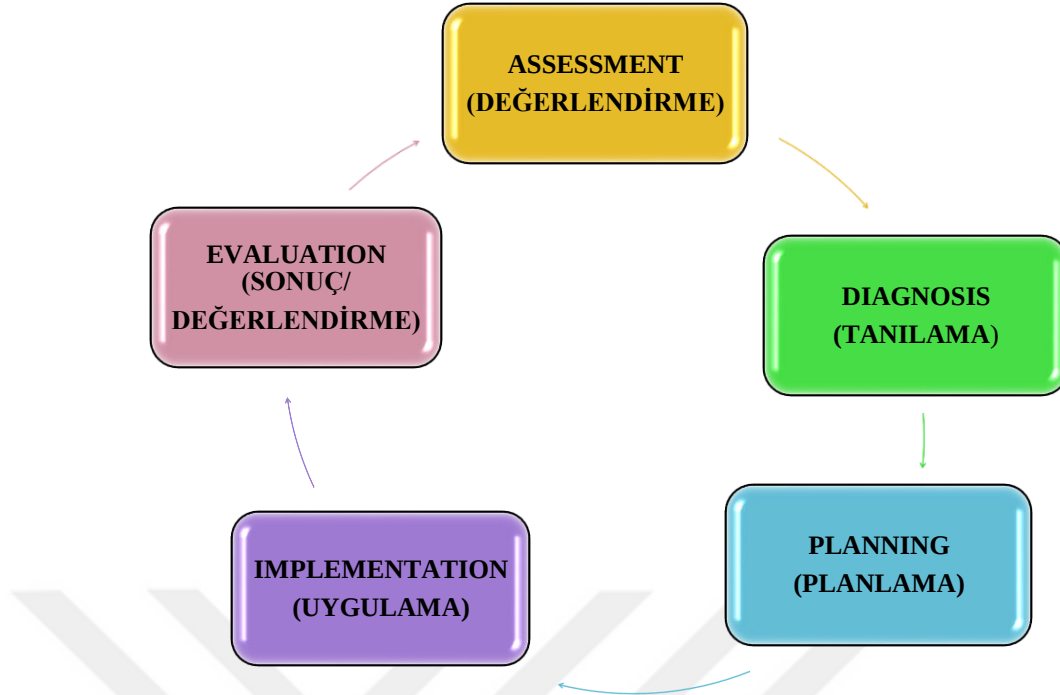
- Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasında, bu alanda hizmet sunan kurumlarla etkin işbirliği kuralmalıdır.
- Bireye yönelik yapılan hizmetlerde tüm ekip üyeleri ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği içinde olmalıdır.
- Yaşam deneyimlerini dikkate almalı ve bu deneyimlerin değerli olduğunu hissettirecek düzenlemeleri desteklemeli ve bu amaçlarla kurumlarla iş birliği saplamalıdır.
- Yaşlı bireyleri ilgilendiren politikaların oluşum sürecinde aktif rol oynamalıdır.
- Bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel kapasitesine uygun müdahale yöntemlerini seçerek uygulamalıdır.
- Yaşlının yaşam kalitesini yükseltmek ve bağımsızlığını artırmak için uygun güncel teknolojilerden yararlanmalıdır.
- Uluslararası düzeyde kabul görmüş, bilimsel kanıta dayalı bakım yaklaşımlarını desteklemeli ve uygulamalıdır.
- Geriatri biliminde farklı disiplinlerle ortak çalışmalara katılarak bütüncül hizmet sunumunu desteklemelidir.
- Bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar süreçlerine katılmasını teşvik etmeli ve görüşlerini dikkate almalıdır (Aşiret,2019;Beyhan ve Ergün, 2021).

Kanser hastalarında bütüncül yaklaşım esastır; fakat zaman kısıtlılığı, iş yükü ve personel yetersizliği nedeniyle bu yaklaşım aksayabilmektedir ve bu durum özellikle manevi bakım alanında yetersizliklere yol açabilmektedir (Puchalski vd., 2019; Shahmohammadi vd., 2024). Literatürde hemşirelik personelinin manevi bakım konusunda uygun eğitim aldığıında, bu sorunları ele alma konusundaki güven ve yeterliliklerinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir (Ntarangwi, 2019). Klinik uygulamada, manevi değerlendirmeleri ve müdahaleleri dahil etmek hasta memnuniyetini ve bakım deneyimlerini iyileştirebilmektedir. Onkoloji hemşirelerinin, her hastanın kendine özgü manevi ihtiyaçlarını tanıması ve buna uygun bakım sunması önem taşımaktadır(Maree vd., 2024; Uslu Şahan ve Terzioğlu, 2020). Bu bütünsel odaklanma, hastalar arasında bildirilen manevi sıkıntıların bir

kısmını hafifletebilmekte ve kişisel inançları ve ihtiyaçlarıyla uyumlu kapsamlı bir bakımın sağlanmasını garanti edebilmektedir (Uslu Şahan ve Terzioğlu, 2020).

Sağlık profesyonelleri, aile bireyleri ve arkadaşlardan alınan duygusal ve pratik destek, kanser hastalarının tedavi ve iyileşme sürecinde karşılaştıkları çok yönlü güçlüklerle başa çıkabilmeleri açısından kritik bir rol oynamaktadır (Celik vd., 2021; Mahmood ve Amen, 2022). Yapılan çalışmalar olumlu sosyal desteğin iyileştirilmiş yaşam kalitesi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu belirterek, sağlık profesyonellerinin, özellikle hemşirelerin, hasta-aile arasındaki iletişimi kolaylaştırması, duygusal etkileşimi desteklemesi ve bakım sürecine aile katılımını teşvik etmesi önemlidir (Setiawan, 2022; Ruiz-Rodríguez vd., 2022; Tuominen vd., 2019). Etkili hemşirelik stratejileri yalnızca doğrudan hasta bakımını değil aynı zamanda aile katılımı ve akran destek sistemleri aracılığıyla destekleyici ortamların geliştirilmesini de içerir (Kako vd., 2023; Zarei vd., 2024). Kanser bakımına yönelik eğitimlerde hem hastalar hem de hemşireler için psikopedagogik kaynakların kullanımı giderek yaygınlaşmakta ve önemli bir yere sahip olmaktadır. Bu kaynaklar, hastaları ve destek sistemlerini bakım sürecini yönetme, tedaviye uyum sağlama konusunda gerekli bilgi ve becerilerle donatmaktadır (Cho ve Akard, 2024).

Psikososyal desteğin yanı sıra, etkili terapötik iletişim ve empati, hemşirelik bakımının temel bileşenlerindendir (Bafandeh Zendeş vd., 2022). Hemşire- hasta arasındaki işbirliğinin desteklenmesi, kanser bakım sürecinde hem fiziksel hem de psikolojik boyutları kapsayarak hastaların öz yönetim becerilerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır (Yamanaka ve Suzuki, 2021). Bireye özel müdahalelerin uygulanması, kanser hastaları arasında öz bakımı teşvik etmede son derece önemlidir. Hasta deneyimlerini anlamaya odaklanan anlatsal hemşirelik müdahalelerinin tedavi sırasında kaygıyı hafifletmede ve hasta memnuniyetini artırmada yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Xu vd., 2021). Bu tür yaklaşımlar, hastaların bakımlarıyla ilgili ihtiyaçlarını ve tercihlerini ifade etmeleri için zemin hazırlamakta ve hasta güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Lanfear ve Harding, 2023).



Şekil 2.10: 5A Hemşirelik modeli

Kaynak:Yıldız ve Çınar, 2024

5A hemşirelik modeli (Şekil 2.10) (Sor, Değerlendir, Tavsiyede Bulun, Yardım Et, Erişim), hastaların ihtiyaçlarını sistematik biçimde belirleyip bireye özgü bakım stratejileri geliştirmeyi kolaylaştıran kapsamlı bir yaklaşım olup, özellikle kronik hastalık yönetiminde öz bakım becerilerinin desteklenmesinde önemli bir yere sahiptir. Modelin adımları sayesinde hemşire, önce hastanın gereksinimlerini ve bakım engellerini anlamaya yönelik etkili bir iletişim kurmakta; ardından bireyin kendi bakımını yönetebilmesi için gerekli önerileri sunmakta, uygulanması güç alanlarda destek sağlamakta ve hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır. Böylece 5A modeli, hem hasta güçlenmesini hem de tedavi sürecine aktif katılımı teşvik eden bütüncül bir bakım çerçevesi sunmaktadır (Xu ve Yang, 2022).

Hemşire liderliğinde yürütülen eğitim temelli programların, hastaların hastalık yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini artırdığı, karar verme süreçlerini desteklediği ve tedaviye uyumlarını güçlendirdiği görülmüştür. Bu programlar, hastaların yalnızca tıbbi süreçlere uyumunu değil, aynı zamanda fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hâllerini de olumlu yönde etkilemektedir. Klinik hemşire uzmanlarıyla yapılan birebir görüşmelerin, hastaların bakım deneyimini iyileştirdiği, duygusal güven

sağladığı ve bireylerin kendilerini sürecin aktif bir parçası olarak görmesine katkıda bulunduğu da vurgulanmaktadır. Bu tür profesyonel danışmanlık ve rehberlik uygulamalarının hastalarda memnuniyet düzeyini artırdığı ve güçlenme algısını belirgin şekilde desteklediği bildirilmiştir (Lanfear ve Harding, 2023).

Bu kapsamlı yaklaşımlar değerlendirildiğinde, hemşirelerin sürekli mesleki gelişim olanaklarına erişiminin artırılması, güncel hasta eğitim modelleri ve öz bakım stratejileri konusunda desteklenmesi kritik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle kanser hastalarında karmaşık tedavi süreçleri ve yan etkilerin yönetimi dikkate alındığında, hemşirelerin eğitimsel, danışmanlık ve güçlendirme temelli müdahaleleri uygulayabilmeleri için güncel rehberlere, bilimsel kanıtlara ve iletişim becerilerine hâkim olmaları büyük önem taşımaktadır. Literatür ayrıca, hemşirelerin hastaların öz bakım davranışlarını geliştirmede anahtar bir konumda olduğunu ve etkili bir öz bakım yönetiminin hem tedavi sonuçlarını hem de yaşam kalitesini belirgin biçimde iyileştirdiğini ifade etmektedir (Klemp vd., 2011).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üstü kanser hastalarında manevi iyi oluşun, algılanan sosyal desteğin ve öz bakım gücününin incelemesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan kemoterapi alan 65 yaş üstü kanser hastalarının bulunduğu kemoterapi ünitesinde 6 Mart 2025-31 Mayıs 2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, araştırmanın gerçekleştirileceği hastanede belirtilen tarih aralığında ayaktan kemoterapi ünitesine başvurarak tedavisini sürdüren yaklaşık 8500 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı, G-Power programının 3.1 sürümü kullanılarak yapılan analiz sonucunda %90 güç, 0,05 hata payı ve 0,20 etki büyüklüğü ile 251 olarak hesaplandı. Araştırma, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve belirtilen kurumda tedavi gören 270 hasta ile gerçekleştirildi.

3.4.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) (EK-2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)(EK-3) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

3.4.1.Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür temel alınarak hazırlanan hasta bilgi formunda, hastaya ve hastalık ile ilgili özellikleri kapsayan toplam 20 soru bulunmaktadır (Kalaycıoğlu, 2023; Mack vd., 2015; Tosun vd., 2021). Formda hastaya ilişkin olarak; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni hali, çocuk sayısı, meslek bilgisi, çalışma durumu, ekonomik koşullar, sosyal güvence durumu, birlikte yaşadığı bireyler ve bireyin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğine dair sorular yer almaktadır. Hastalığa dair bilgileri içeren bölümde; bireyin başka bir kronik hastalığının bulunup bulunmadığı, hastalığa bağlı yaşam tarzı değişiklikleri, destek

ihtiyacı duyduğu günlük aktiviteler ve bu süreçte yardımcı olan kişiler, tanı aldığı kanserin türü ve evresi, aldığı kür sayısı, uygulanan tedavi yöntemleri, tedavi sürecinin uzunluğu, hastalığın nüks durumu, ailede kanser öyküsünün varlığı ve kemoterapi süresine ilişkin sorular yer almaktadır.

3.4.2. Manevi İyi Oluş Ölçeği

Ölçeğin orijinali Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Wellbeing Scale olarak Peterman ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aktürk ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek, kanser ya da diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin manevi iyilik durumlarını değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Anlam, barış ve inanç olmak üzere 3 alt boyutu bulunan ölçek, manevi iyiliğin farklı boyutlarını ayrıntılı biçimde incelemeye olanak tanımaktadır. Beşli likert tipinde düzenlenen ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta ve her madde 0 (hiç) ile 4(çok fazla) arasında puanlanmaktadır. 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 iyilik düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0,87; alt boyutlar için Cronbach alfadeğerleri sırasıyla anlam boyutu 0,78; barış boyutu 0,81; inanç boyutu 0,93'tür (Aktürk vd., 2017).Araştırmada ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir.Ölçeğinalt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı; anlam boyutu 0.80, barış boyutu 0.83 ve inanç boyutu 0,63 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve çalışma arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiştir.Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçekte, bireylerin aile, arkadaş ve özel kişiden algıladıkları desteğin öznel değerlendirmesi yapılmaktadır. Maddeler 1-7 arasında puanlandırılmakta olup, yanıtlar “Kesinlikle Evet” ile “Kesinlikle Hayır” arasında derecelendirilmekte olup, likert tipindedir. Alt boyutlardan alınabilecekpuanlar en az puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilebilecek puan aralığı ise 12 ile 84 arasında yer almaktadır. Puanın yüksek olması algılanan sosyal

desteğin yüksek olduğunun göstergesi olmaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçekte 0,89 olup alt boyutlarda ise sırasıyla ailede 0,85, arkadaş boyutunda 0,88 ve özel insan boyutunda ise 0,92 olarak saptanmıştır (Eker vd., 2001). Araştırmada, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuş olup alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; arkadaş boyutu 0,96, aile boyutu 0,93, özel bir insan boyutu 0,95 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi bakımını üstlenme kapasitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Öz Bakım Gücü Ölçeği, ilk olarak Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında oluşturulmuş ve orijinal hâli 43 maddeden oluşmuştur. Nahcivan tarafından 2004 yılında Türkçeye uyarlanarak bazı düzenlemeler yapılmış ve ölçek 35 maddeye indirilmiştir (Nahcivan, 2004). Bu ölçek, bireylerin kendi bakım davranışlarına yönelik tutumlarını ve bu tutumların düzeyini belirlemeye yöneliktir. Her bir madde 0 -4 arasında puanlanan 5'li Likert tipi bir ölçekle yanıtlanmaktadır. Katılımcılar; “beni hiç tanımlamıyor” (0 puan) ile “beni çok tanımlıyor” (4 puan) arasında derecelendirme yapmaktadır. Bazı maddeler (örneğin 3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31. maddeler) ters puanlanacak şekilde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan aralığı 35 ile 140 arasındadır. Elde edilen toplam puan yükseldikçe bireyin öz bakım kapasitesi de artmaktadır. Daha yüksek puanlar, bireyin kendi bakımını gerçekleştirme konusundaki yeterliliğinin daha güçlü olduğunu ifade eder. Nahcivan (2004) tarafından bildirilen çalışmada ölçeğin genel güvenirliği yüksek bulunmuş ve Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak rapor edilmiştir (Nahcivan, 2024). Bu çalışmada yapılan analizlerde ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalara veri toplama araçları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi

Araştırmada toplanan verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve DataBeeg 1.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen

veriler analiz edilirken sayı, yüzde, minimum- maksimum değerler, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 3 sınırları içerisinde olup olmadığı dikkate alınarak incelenmiştir (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tercih edilmiş, anlamlı farklılık saptandığında fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde %95 güven düzeyi esas alınmış, $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli onay (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı sağlık kurumundan çalışmaya dair resmi izinler (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-7). Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin gerekli izinler alınmıştır (EK-8).

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular, yalnızca tek bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan kemoterapi ünitesinde, kemoterapi gören 65 yaş ve üstü hastaların görüş ve deneyimleriyle sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma ayaktan kemoterapi alan 65 yaş üstü kanser hastalarında manevi iyi oluşun, sosyal desteğin ve öz bakım gücünün incelenmesi amacıyla İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin ayaktan onkoloji birimine başvuran 129'u kadın 141'i erkek olan toplam 270, 65 yaş ve üstü kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında aktarılacaktır;

1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular
2. Hastaların hastalık özellikleri ile ilgili bulgular
3. Manevi İyi Oluş Ölçeği ile ilgili bulgular
4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlgili Bulgular
5. Öz Bakım Gücü Ölçeği ile İlgili Bulgular
6. Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular
7. Kemoterapi Alan 65 Yaş Üstü Kanser Hastalarının Manevi İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Öz Bakım Gücü Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular
8. Manevi İyi Oluş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücünün Regresyon ve Aracılık Rolü ile İlgili Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulguları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4 1:Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı(n=270)

Özellikler	n	%
Yaş	Ort±Ss / Medyan (Min-Maks)	69.61±4.93 / 68 (65-89)
	65-69 yaş	165
	70-74 yaş	55
	≥75	50
Cinsiyet	Kadın	129
	Erkek	141
Eğitim durumu	Okuryazar değil	47
	Okuryazar	24
	İlkokul	148
	Lise	29
	Üniversite ve üzeri	22
Medeni durum	Evli	190
	Bekâr	80
Çocuk varlığı	Evet	251
	Hayır	19
Çocuk sayısı	Bir	22
	İki	93
	Üç	52
	Dört	42
	Beş ve üzeri	42
Meslek	Emekli	179
	Ev hanımı	86
	Diğer	5
Çalışma durumu	Çalışıyor	18
	Çalışmıyor	252
Ekonomik durum	Gelir giderden az	119
	Gelir gidere eşit	133
	Gelir giderden fazla	18
Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız	32
	Eş	88
	Çocuk	47
	Eş/Çocuk	103

Hastaların yaş ortalamasının 69.61±4.93 olduğu, %61,1’inin (n=165) 65-69 yaş aralığında, %52,2’sinin (n=141) erkek, %54,8’inin (n=148) ilkokul mezunu, %70,4’ünün (n=190) evli, %93’ünün (n=251) çocuk sahibi ve %34,4’ünün (n=93) iki çocuğu olduğu görülmektedir. Katılımcıların %66,3’ünün (n=179) emekli, %93,3’ünün (n=252) çalışmadığı, %49,3’ünün (n=133) gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %38,1’inin (n=103) ise eş/çocuk ile yaşadığı görülmüştür.

4.2.Hastaların Hastalık Özellikleriile İlgili Bulgular

Hastaların hastalık özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2:Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı(n=270)

Özellikler	Değişkenler	n	%
Sağlık durumu	İyi	98	36.3
	Orta	144	53.3
	Kötü	28	10.4
Kanser dışında kronik hastalık varlığı	Evet	178	65.9
	Hayır	92	34.1
Var olan kronik hastalık	Endokrin Sistem	24	13.5
	Kardiyovasküler Sistem	82	46.1
	Çoklu Kronik Hastalık	61	34.3
	Diğer*	11	6.2
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı	Evet	195	72.2
	Hayır	75	27.8
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler varlığı	Var	233	86.3
	Yok	37	13.7
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler	Eş	75	32.2
	Çocuk	72	30.9
	Eş-Çocuk	67	28.8
	Diğer**	19	8.2
Kanser türü	Meme CA	37	13.7
	Kolon CA	36	13.3
	Mide CA	34	12.6
	Ürogenital CA	38	14.1
	Pankreas CA	9	3.3
	Lenfoid ve hematolojik CA	54	20.0
	Gırtlak/soluk borusu/akciğer CA	47	17.4
	Diğer***	15	5.6
Evre	Bilmiyorum	50	18.5
	Evre 1	17	6.3
	Evre 2	40	14.8
	Evre 3	45	16.7
	Evre 4	118	43.7
Kemoterapi kür sayısı	1	29	10.7
	2	29	10.7
	3	17	6.3
	4	22	8.1
	5	19	7.0
	6 ve üzeri	154	57.0
Kemoterapi dışında almış olunan tedaviler	Cerrahi tedavi	66	50.8
	Radyoterapi	30	23.1
	Cerrahi tedavi-radyoterapi	34	26.2
Tedavi süresi (ay)	6 ay ve daha az	125	46.3
	7-12 ay	60	22.2
	13-24 ay	40	14.8
	25-36 ay	23	8.5
	36 ay üstü	22	8.1
Kanser nüksü olma durumu	Evet	59	21.9
	Hayır	211	78.1
Ailede kanser öyküsü varlığı	Var	156	57.8
	Yok	114	42.2

Diğer*:Romatoid artrit 5, lupus 6. **Diğer**:**Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10

Diğer*:** Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor 6

Hastaların%53,3'ünün(n=144) sağlık durumun orta iyilikte olduğu, %65,9'unun (n=178)kanser dışında kronik hastalığı olduğu, %46,1'inin (n=42) kronik hastalığının kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu, %72,2'sinin (n=195)hayat tarzının hastalığa bağlı değişim gösterdiği, %86,3'ünün (n=233) yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/kişilere sahip olduğu, %28,8'inin(n=67) eşinin bu aktivitelerde destek olduğu görülmüştür.

Hastaların%20'sinin (n=54)lenfoid ve hematolojik CA olduğu, %43,7'sinin (n=118) evre 4 olduğu, %57'sinin (n=154) 6 kür ve üzeri kemoterapi aldığı ve %50,8'inin (n=66) kemoterapi dışında cerrahi tedavi aldığı belirlenmiştir. Hastaların %46,3'ünün (n=125) 6 ay ve daha az süredir tedavi aldığı, %78,1'inin (n=211) kanser nüksü olmadığı ve %57,8'inin (n=156) aile geçmişinde kanser öyküsü olduğu görülmüştür.

4.3. Manevi İyi Oluş Ölçeği ile İlgili Bulgular

Kemoterapi alan 65 yaş üstü hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı (n=270)

	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Anlam	4	13 (0-16)	12.60±2.86
Barış	4	11 (0-16)	10.35±3.66
İnanç	4	12 (0-12)	12.01±3.35
Toplam	12	36 (0-48)	34.96±7.86

Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği alt boyutlarından Anlam puan ortalamasının 12,60±2,86; Barış puan ortalamasının 10,35±3,66; İnanç puan ortalamasının 12,01±3,35 ve toplam ölçek puanı ortalamasının 34,96±7,86 olduğu görülmüştür.

Tablo 4 4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

(n=270)

Özellikler		Anlam Ort±SS	Manevi İyi Oluş Ölçeği		Toplam Ort±SS
			Barış Ort±SS	İnanç Ort±SS	
Yaş	65-69 ⁽¹⁾ (n=165)	13.02±2.79	10.38±3.75	12.04±3.40	8.01±0.62
	70-74 ⁽²⁾ (n=55)	12.24±2.86	10.19±3.69	12.20±3.16	7.34±0.99
	75 ve üzeri ⁽³⁾ (n=55)	11.64±2.85	10.42±3.37	11.72±3.44	7.89±1.17
Test değeri	F	5.190			
	p	0.006 1>3	0.073 0.930	0.279 0.756	0.919 0.400
Cinsiyet	Kadın (n=129)	12.45±3.19	9.81±3.91	12.59±3.06	34.85±8.41
	Erkek (n=141)	12.74±2.52	10.84±3.36	11.48±3.52	35.06±7.34
Test değeri	T	-0.847	-2.312	2.745	-0.220
	p	0.398	0.022	0.006	0.826
Eğitim durumu	Okuryazar değil ⁽¹⁾ (n=47)	11.28±2.80	9.15±3.55	12.23±2.71	32.66±7.08
	Okuryazar ⁽²⁾ (n=24)	11.63±3.09	9.04±3.64	11.50±2.90	32.17±7.52
	İlkokul ⁽³⁾ (n=148)	12.70±2.88	10.26±3.65	11.97±3.28	34.93±7.96
	Lise ⁽⁴⁾ (n=29)	13.72±2.20	11.93±3.45	11.69±4.49	37.34±8.08
	Üniversite ve üzeri ⁽⁵⁾ (n=22)	14.36±1.56	12.86±2.25	12.82±3.87	40.05±5.66
Test değeri	F	7.068	6.490		5.024
	p	0.000 3>1, 4>1, 5>1, 5>2	0.000 4>1, 5>1, 4>2, 5>2	0.581 0.677	0.001 5>1, 5>2, 5>3
Medeni durum	Evli (n=190)	12.81±2.90	10.68±3.54	12.27±3.21	35.77±7.82
	Bekâr (n=80)	12.11±2.71	9.55±3.84	11.39±3.62	33.05±7.66
Test değeri	T	1.841	2.344	1.996	2.625
	p	0.067	0.020	0.047	0.009
Çocuk varlığı	Evet (n=251)	12.73±2.80	10.52±3.60	12.18±3.27	35.42±7.63
	Hayır (n=19)	11.00±3.18	8.11±3.86	9.79±3.63	28.89±8.54
Test değeri	T	2.563	2.805	3.044	3.568
	p	0.011	0.005	0.003	0.000
Çocuk sayısı	Bir ⁽¹⁾ (n=22)	13.50±2.86	11.64±3.33	11.32±4.03	36.45±8.44
	İki ⁽²⁾ (n=93)	13.19±2.56	11.02±3.91	12.27±3.33	36.48±7.86
	Üç ⁽³⁾ (n=52)	12.42±2.86	10.13±2.92	12.48±3.23	35.04±7.24
	Dört ⁽⁴⁾ (n=42)	13.10±2.47	10.69±2.78	12.26±2.91	36.05±5.39
	Beş ve üzeri ⁽⁵⁾ (n=42)	11.29±3.08	9.12±4.14	11.98±3.20	32.38±8.49
Test değeri	F	4.405	2.828	0.551	2.377
	p	0.002 1>5, 2>5,	0.025 2>5	0.699	0.053

Diğer*:memur 2, serbest meslek 3

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270) (Devamı)

Özellikler		Anlam Ort±SS	Manevi İyi Oluş Ölçeği		
			Barış Ort±SS	İnanç Ort±SS	Toplam Ort±SS
Meslek	Emekli ⁽¹⁾ (n=179)	12.80±2.51	10.72±3.55	11.90±3.57	34.42±7.52
	Ev Hanımı ⁽²⁾ (n=86)	12.05±3.45	9.51±3.82	12.27±2.90	33.82±8.54
	Diğer ⁽³⁾ (n=5)	15.00±0.71	11.40±2.70	11.60±2.61	38.00±5.38
Test değeri	F	3.918	3.439	0.387	1.591
	P	0.021 3>2	0.034 1>2	0.679	0.206
Çalışma durumu	Çalışıyor (n=18)	14.22±3.48	11.67±3.12	10.78±4.53	36.67±8.16
	Çalışmıyor (n=252)	12.49±3.36	10.25±3.68	12.10±3.24	34.84±7.84
Test değeri	T	2.512	1.586	-1.622	0.952
	P	0.013	0.114	0.106	0.342
Ekonomik durum	Gelir giderden az ⁽¹⁾ (n=119)	11.89±3.16	8.87±3.65	10.97±3.37	31.74±8.02
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾ (n=133)	13.05±2.50	11.48±3.19	12.86±3.01	37.38±6.61
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾ (n=18)	14.06±1.95	11.72±3.68	12.61±3.91	38.39±7.75
Test değeri	F	8.010	19.688	10.982	20.685
	p	0.000 2>1, 3>1	0.000 2>1, 3>1	0.000 2>1, 3>1	0.000 2>1, 3>1
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız ⁽¹⁾ (n=32)	12.18±3.29	10.22±3.61	10.31±3.82	31.72±8.01
	Eş ⁽²⁾ (n=88)	12.66±2.70	10.82±3.77	12.64±3.02	36.12±8.00
	Çocuk ⁽³⁾ (n=47)	12.25±2.37	10.83±3.77	12.80±2.91	34.55±7.18
	Eş/Çocuk ⁽⁴⁾ (n=103)	12.84±3.05	10.37±3.48	11.64±3.44	34.85±7.90
Test değeri	F	0.712	1.390	5.315	1.572
	P	0.546	0.246	0.001 2>1, 3>1	0.197

Diğer*:memur 2, serbest meslek 3

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Manevi İyi Oluş Ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları Tablo 4.4’de gösterilmiştir.

Yaş grupları arasında anlam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,05). Özellikle 65-69 yaş grubundaki bireylerin anlam alt boyutuna ilişkin puanlarının, 75 yaş ve üzeri bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların cinsiyetine göre, Barış ve İnanç alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Barış puan ortalamasının erkeklerde, İnanç puan ortalamasının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların eğitim düzeyi değişkenine göre Anlam ve Barış alt boyutu ile Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapılan analizler, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu bireylere kıyasla Anlam ve Barış alt boyutlarında daha yüksek puan aldıklarını ortaya koymuştur. Üniversite ve üzeri eğitim almış bireyler genel manevi iyi oluş puan ortalamaları da düşük eğitim düzeyine sahip gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların medeni durumlarına göre Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evli bireylerin Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları, bekâr bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre Anlam, Barış, İnanç alt boyutları ile toplam Manevi İyi Oluş puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, çocuğu olan bireylerin tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre daha yüksektir.

Hastaların çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmede, Anlam ve Barış alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır. İki çocuğu olan bireylerin Anlam puan ortalamalarının, çocuğu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bir, iki ve dört çocuğu bulunan bireylerin Anlam puan ortalamalarının, beş ve üzeri çocuğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İki çocuğa sahip bireylerin Barış puan ortalamalarının, beş ve daha fazla çocuğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların meslek durumlarına göre Anlam ve Barış puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Fark yaratan grubu belirlemek amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır. Mesleği diğer olan hastaların

Anlam puan ortalamalarının ev hanımı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların emekli olan hastaların Barış puan ortalamalarının ev hanımı olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların çalışma durumuna göre Anlam alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışan hastaların Anlam puan ortalamaları, çalışmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların ekonomik durum değişkenine göre Anlam, Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapılan analizlerde, geliri giderine eşit ya da daha fazla olan bireylerin Anlam, Barış, İnanç ve toplam Manevi İyi oluş puan ortalamalarının, geliri giderinden az olan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişiye göre İnanç alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Birlikte yaşadığı kişi eş ve çocuk olan bireylerin İnanç puan ortalamalarının, yalnız yaşayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların yaş gruplarına göre Barış ve İnanç alt boyut puanları ile Manevi İyi Oluş toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların cinsiyet değişkenine göre Anlam alt boyutu ve Manevi İyi Oluş toplam puanları anlamlı düzeyde farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumu değişkenine göre İnanç alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların medeni duruma göre Anlam alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek grupları incelendiğinde, Manevi İyi Oluş Ölçeği'nin alt boyutları ve toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların çalışma durumuna göre Barış ve İnanç alt boyut puanları ile Manevi İyi Oluş toplam puanları arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların birlikte yaşanan kişi değişkenine göre Anlam ve Barış alt boyutları ile Manevi İyi Oluş toplam puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270)

Özellikler	Anlam Ort±SS	Manevi İyi Oluş Ölçeği			Toplam Ort±SS
		Barış Ort±SS	İnanç Ort±SS	İnanç Ort±SS	
Sağlık durumu	İyi ⁽¹⁾ (n=98)	13.62±2.00	11.91±2.92	12.65±3.30	38.18±6.14
	Orta ⁽²⁾ (n=144)	12.24±2.92	10.08±3.39	12.03±3.06	34.35±7.20
	Kötü ⁽³⁾ (n=28)	10.93±3.79	6.29±3.95	9.64±4.00	26.86±9.82
Test değeri	F	13.353	32.808	9.345	28.388
	P	0.000	0.000	0.000	0.000
		1>2, 1>3	1>2, 1>3, 2>3	1>3, 2>3	1>2, 1>3, 2>3
Kanser dışında kronik hastalık varlığı	Evet (n=178)	12.32±3.04	9.90±3.87	12.04±3.22	34.26±8.21
	Hayır (n=92)	13.15±2.38	11.21±3.07	11.96±3.61	36.32±6.96
Test değeri	T	-2.285	-2.805	0.192	-2.046
	p	0.023	0.005	0.848	0.042
Var olan kronik hastalık	Endokrin Sistem ⁽¹⁾ (n=24)	13.25±2.34	11.75±3.69	12.58±2.28	37.58±7.20
	Kardiyovasküler Sistem ⁽²⁾ (n=82)	12.23±3.00	10.08±3.67	11.72±3.26	34.04±7.94
	Çoklu Kronik Hastalık ⁽³⁾ (n=61)	12.01±3.38	9.28±3.99	12.31±3.44	33.61±9.00
	Diğer ^{(4)*} (n=11)	12.64±2.54	8.00±3.66	11.73±3.40	32.36±6.65
Test değeri	F	1.013	3.442	0.676	1.673
	p	0.338	0.018	0.568	0.175
			1>3, 1>4		
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı	Evet (n=195)	12.42±2.79	9.91±3.50	11.71±3.23	34.04±7.82
	Hayır (n=75)	13.09±2.99	11.48±3.84	12.79±3.55	37.36±7.48
Test değeri	t	-1.753	-3.204	-2.380	-3.161
	p	0.081	0.002	0.018	0.002
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler varlığı	Var (n=233)	12.67±2.76	10.49±3.50	12.16±3.28	35.32±7.44
	Yok (n=37)	12.22±3.41	9.43±4.51	11.08±3.65	32.73±9.91
Test değeri	t	0.888	1.643	1.826	1.870
	p	0.376	0.102	0.069	0.063

Diğer*: Romatoid artrit 5, lupus 6 Diğer**: Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10

Diğer***: Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor

Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=270) (Devamı)

Özellikler		Manevi İyi Oluş Ölçeği			
		Anlam Ort±SS	Barış Ort±SS	İnanç Ort±SS	Toplam Ort±SS
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler	Eş ⁽¹⁾ (n=75)	12.99±2.48	10.95±3.71	12.95±2.93	36.88±7.28
	Çocuk ⁽²⁾ (n=72)	11.68±3.00	9.72±3.81	12.54±3.05	33.94±8.31
	Eş-Çocuk ⁽³⁾ (n=67)	13.55±2.30	11.01±2.86	11.61±3.21	36.18±6.13
	Diğer ^{(4)**} (n=19)	12.00±3.23	9.79±2.97	9.53±4.08	31.31±6.91
Test değeri	F	6.482	2.381	6.954	4.218
	p	0.000 1>2, 3>2	0.070	0.000 1>4, 2>4	0.006 1>4
Kanser türü	Meme CA ⁽¹⁾ (n=37)	12.54±3.66	10.00±3.96	12.30±3.65	34.84±9.88
	Kolon CA ⁽²⁾ (n=36)	12.69±2.35	9.78±4.04	11.39±3.37	33.86±7.81
	Mide CA ⁽³⁾ (n=34)	13.41±2.46	11.65±3.84	11.65±3.58	36.71±8.10
	Üro-genital CA ⁽⁴⁾ (n=38)	13.61±2.24	11.53±3.10	12.42±3.47	37.55±6.39
	Pankreas CA ⁽⁵⁾ (n=9)	12.56±2.01	10.44±2.51	12.44±2.65	35.44±5.36
	Lenfoid ve hematolojik CA ⁽⁶⁾ (n=54)	11.56±3.24	9.39±3.57	12.17±3.47	33.11±7.98
	Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA ⁽⁷⁾ (n=47)	12.28±2.61	9.89±3.27	11.68±2.91	33.85±6.89
	Diğer ^{(8)***} (n=15)	13.00±2.73	11.47±3.85	12.80±3.17	37.27±7.38
	F	2.306	2.251	0.570	1.715
	p	0.027 4>6	0.031 3>6	0.780	0.106
Evre	Bilmiyorum ⁽⁰⁾ (n=50)	11.50±3.35	9.34±3.64	12.10±3.52	32.94±8.18
	Evre 1 ⁽¹⁾ (n=17)	13.59±2.62	11.41±3.20	12.29±4.09	37.29±7.15
	Evre 2 ⁽²⁾ (n=40)	13.30±2.61	11.03±3.18	12.58±2.78	36.90±7.03
	Evre 3 ⁽³⁾ (n=45)	12.31±2.71	10.27±3.50	12.73±2.99	35.31±7.58
	Evre 4 ⁽⁴⁾ (n=118)	12.81±2.68	10.42±3.89	11.47±3.43	34.69±8.05
Test değeri	F	3.340	1.684	1.642	1.893
	p	0.011 2>0	0.154	0.164	0.112

Diğer**: Romatoid artrit 5, lupus 6 **Diğer*****: Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10

Diğer****: Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor 6

Tablo 4.5:Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270) (Devamı)

Özellikler		Anlam Ort±SS	Manevi İyi Oluş Ölçeği		Toplam Ort±SS
			Barış Ort±SS	İnanç Ort±SS	
Kemoterapi kür sayısı	1 ⁽¹⁾ (n=29)	11.90±3.50	9.03±4.12	11.83±3.62	32.76±8.69
	2 ⁽²⁾ (n=29)	13.07±1.81	11.66±2.81	12.62±2.81	37.34±6.40
	3 ⁽³⁾ (n=17)	12.12±3.37	9.24±3.07	11.82±3.05	33.18±6.56
	4 ⁽⁴⁾ (n=22)	12.82±2.92	10.64±3.05	12.36±2.90	35.82±6.35
	5 ⁽⁵⁾ (n=19)	12.68±3.04	9.00±4.38	11.21±3.85	32.89±9.43
	6 ve üzeri ⁽⁶⁾ (n=154)	12.66±2.81	10.60±3.66	12.00±3.44	35.26±7.97
Test değeri	F	0.644	2.558	0.481	1.541
	p	0.666	0.028 2>1	0.790	0.177
Kemoterapi dışında almış olunan tedaviler	Cerrahi tedavi (n=66)	13.06±2.54	11.09±3.52	11.94±3.41	36.09±7.97
	Radyoterapi (n=30)	12.10±2.80	9.83±3.38	11.40±3.01	33.33±7.12
	Cerrahi tedavi- radyoterapi (n=34)	13.59±2.99	9.97±3.69	12.35±3.26	35.91±7.15
Test değeri	F	2.446	1.835	0.674	1.469
	p	0.091	0.164	0.511	0.234
Tedavi süresi (ay)	6 ay ve daha az (n=125)	12.73±2.55	10.65±3.64	12.14±3.17	35.52±7.56
	7-12 ay (n=60)	12.47±3.22	10.52±3.61	12.22±2.99	35.20±7.73
	13-24 ay (n=40)	13.08±2.42	10.40±3.66	11.68±4.02	35.15±7.66
	25-36 ay (n=23)	12.09±3.53	9.57±3.74	12.43±3.58	34.09±7.93
	36 ay üstü (n=22)	11.95±3.43	8.91±3.75	10.86±3.71	31.73±9.81
Test değeri	F	0.835	1.364	0.943	1.184
	p	0.504	0.247	0.440	0.318
Kanser nüksü olma durumu	Evet (n=59)	12.47±3.37	9.36±3.80	11.29±3.47	33.12±8.56
	Hayır (n=211)	12.64±2.71	10.63±3.58	12.21±3.30	35.48±7.59
Test değeri	t	-0.392	-2.375	-1.884	-2.052
	p	0.695	0.018	0.061	0.041
Ailede kanser öyküsü varlığı	Var (n=156)	12.44±2.76	10.19±3.55	12.20±3.16	34.83±7.76
	Yok (n=114)	12.82±2.98	10.57±3.81	11.75±3.59	35.15±8.02
Test değeri	t	-1.086	-0.851	1.077	-0.332
	p	0.278	0.395	0.283	0.740

Diğer*:Romatoid artrit 5, lupus 6 **Diğer****:Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10**Diğer*****:Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor 6

Hastaların hastalık özelliklerine göre Manevi İyi Oluş Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de verilmiştir.

Hastaların sağlık durumlarına göre değerlendirildiğinde, Anlam, Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Sağlık durumu iyi olan bireylerin Anlam, Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, sağlık durumu orta düzeyde olanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumu iyi olan bireylerin Anlam, Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, sağlık durumu kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumu iyi olan bireylerin Anlam, Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, orta olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık durumu orta olan bireylere Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların kanser dışında kronik hastalık varlığına göre Anlam, Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kanser dışında kronik hastalığı olmayan hastaların Anlam, Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların var olan hastalığa göre Barış puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Endokrin Sistem hastalığı olan hastaların Barış puan ortalamalarının, Çoklu Kronik Hastalığı ve diğer kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığına göre Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı olmayan hastaların Barış, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişilere göre Anlam, İnanç ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş, eş-çocuk olan bireylerin Anlam alt boyutu puan ortalamalarının, çocuk olan bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş ve çocuk olan bireylerin İnanç alt boyutu puan ortalamalarının, diğer olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş olan bireylerin Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, diğer olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kanser türüne göre Anlam ve Barış alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Kanser türü Üro-genital CA olan bireylerin Anlam puan ortalamalarının, Lenfoid ve hematolojik CA olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser türü Mide CA olan bireylerin Barış alt boyutu puan ortalamalarının, Lenfoid ve hematolojik CA olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kanser evresine göre Anlam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Evre 2 olan bireylerin Anlam alt boyutu puan ortalamasının, bilmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların kemoterapi kür sayısına göre Barış alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Kemoterapi kür sayısı 2 olan hastaların Barış puan ortalamalarının 1 olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların kanser nüksü olma durumuna göre Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kanser nüksü olma durumu olmayan bireylerin Barış ve Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların kanser dışında kronik hastalık varlığına göre İnanç alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Var olan kronik hastalık türüne göre İnanç alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığına göre Anlam alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yapmadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığına göre Anlam, Barış ve İnanç alt boyutları ile Manevi İyi Oluş toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Yapmadığı aktivitelerde yardım eden kişinin türüne göre Barış alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kanser türüne göre İnanç alt boyutu ile Manevi İyi Oluş toplam puanı hastalar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kanser evresine göre Barış ve İnanç alt boyutları ile Manevi İyi Oluş toplam puanı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kemoterapi kür sayısına göre Anlam ve İnanç alt boyutları ile Manevi İyi Oluş toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların kemoterapi dışında uygulanan tedavilere göre Barış ve İnanç alt boyutları ile Manevi İyi Oluş toplam puanı arasında anlamlı düzeyde fark görülmemiştir ($p>0,05$). Tedavi süresine göre Manevi İyi Oluş Ölçeği alt boyutlarının ve toplam puanının arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kanser nüks durumuna göre Anlam ve İnanç alt boyut puanları hastalar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastaların aile kanser öyküsü varlığına göre Manevi İyi Oluş Ölçeği'nin alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Dağılımı (n=270)

	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Arkadaş	4	20 (4-28)	18.77±7.71
Aile	4	27 (4-28)	24.56±5.18
Özel Bir İnsan	4	20 (4-28)	18.73±7.67
Toplam	12	66 (16-84)	62.05±17.13

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından Arkadaş puan ortalamasının 18,77±7,71; Aile puan ortalamasının 24,56±5,18; Özel Bir İnsan puan ortalamasının 18,73±7,67 ve toplam ölçek puanı ortalamasının 62,05±17,13 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=270)

Özellikler		Arkadaş	Aile	Özel Bir İnsan	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	65-69 (n=165)	19.00±7.60	24.99±4.67	18.90±7.90	62.89±17.01
	70-74 (n=55)	19.62±7.25	24.62±4.50	19.98±6.86	64.22±15.95
	75 ve üzeri (n=50)	17.04±8.41	23.08±7.01	16.78±7.53	56.90±18.11
Test değeri	F	1.678	2.640	2.412	2.940
	P	0.189	0.073	0.092	0.055
Cinsiyet	Kadın (n=129)	18.54±8.27	24.95±4.56	19.53±7.76	63.02±17.51
	Erkek (n=141)	18.97±7.18	24.21±5.68	17.99±7.54	61.17±16.80
Test değeri	T	-0.456	1.174	1.647	0.884
	P	0.649	0.242	0.101	0.378
Eğitim durumu	Okuryazar değil ⁽¹⁾ (n=47)	16.94±7.89	23.68±5.58	16.30±8.36	56.91±18.25
	Okuryazar ⁽²⁾ (n=24)	15.92±8.41	23.50±4.95	18.50±6.63	57.92±15.78
	İlkokul ⁽³⁾ (n=148)	18.53±7.80	24.95±4.68	18.86±7.64	62.34±16.92
	Lise ⁽⁴⁾ (n=29)	22.07±5.88	24.38±6.59	21.07±7.47	67.52±17.52
	Üniversite ve üzeri ⁽⁵⁾ (n=22)	23.05±4.85	25.18±5.74	20.18±6.80	68.41±13.45
Test değeri	F	4.802			2.998
	P	0.001 4>1, 5>1, 4>2, 5>2	0.889 0.471	2.102 0.081	0.019 5>1, 5>2
Medeni durum	Evli (n=190)	19.51±7.34	25.58±3.82	19.09±7.68	64.18±16.22
	Bekâr (n=80)	17.00±8.29	22.14±6.93	17.85±7.62	56.99±18.26
Test değeri	t	2.467	5.224	1.219	3.206
	p	0.014	0.000	0.224	0.002
Çocuk varlığı	Evet (n=251)	19.10±7.57	25.16±4.26	19.14±7.54	63.40±16.22
	Hayır (n=19)	14.42±8.38	16.58±8.74	13.21±7.45	44.21±19.31
	t	2.575	7.681	3.310	4.906
	p	0.011	0.000	0.001	0.000

Diğer*:memur 2, serbest meslek 3

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270) (Devamı)

Özellikler		Arkadaş Ort±SS	Aile Ort±SS	Özel Bir İnsan Ort±SS	Toplam Ort±SS
Çocuk sayısı	Bir ⁽¹⁾	20.50±4.86	24.73±4.57	19.82±5.97	65.05±12.89
	İki ⁽²⁾	19.04±7.95	25.26±4.55	19.72±7.71	64.02±16.44
	Üç ⁽³⁾	19.21±7.52	25.54±4.04	19.44±7.24	64.19±15.95
	Dört ⁽⁴⁾	19.55±7.38	25.31±3.67	19.00±7.60	63.86±15.74
	Beş ve üzeri ⁽⁵⁾	17.88±8.25	24.57±4.37	17.29±8.19	59.74±18.18
Test değeri	F	0.497	0.381	0.840	0.662
	P	0.738	0.822	0.501	0.619
Meslek	Emekli (n=179)	19.18±7.41	24.51±5.30	19.08±7.40	62.79±16.45
	Ev Hanımı (n=86)	17.74±8.35	24.52±5.06	18.08±8.08	60.34±18.55
	Diğer (n=5)	21.00±5.48	26.80±1.79	17.00±10.53	64.80±16.87
Test değeri	F	1.246	0.475	0.623	0.655
	P	0.289	0.622	0.537	0.520
Çalışma durumu	Çalışıyor (n=18)	19.78±6.00	25.28±5.44	18.72±8.84	63.78±17.28
	Çalışmıyor (n=252)	18.69±7.82	24.51±5.17	18.73±7.60	61.93±17.15
Test değeri	t	0.575	0.609	-0.002	0.442
	p	0.566	0.543	0.998	0.659
Ekonomik durum	Gelir giderden az ⁽¹⁾ (n=119)	15.65±8.11	23.31±5.85	16.08±7.98	55.03±18.10
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾ (n=133)	20.93±6.37	25.35±4.56	20.61±6.59	66.89±14.08
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾ (n=18)	23.39±6.34	27.00±1.71	22.33±7.79	72.72±13.52
Test değeri	F	20.937	7.319	14.409	21.657
	P	0.000	0.001	0.000	0.000
		2>1, 3>1	2>1, 3>1	2>1, 3>1	2>1, 3>1
Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız ⁽¹⁾ (n=32)	18.50±8.50	19.22±9.09	18.06±8.31	55.78±21.64
	Eş ⁽²⁾ (n=88)	19.34±7.27	25.45±4.34	18.90±7.77	63.69±16.81
	Çocuk ⁽³⁾ (n=47)	16.79±8.12	24.68±3.86	18.72±7.39	60.19±15.18
	Eş/Çocuk ⁽⁴⁾ (n=103)	19.26±7.59	25.40±3.52	18.79±7.60	63.44±16.39
Test değeri	F	1.356	15.210	0.096	2.137
	p	0.257	0.000	0.962	0.096
			2>1, 3>1, 4>1		

Diğer* :memur 2, serbest meslek 3

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyine göre, Arkadaş alt boyutuna ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni testi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi lise ve üniversite ve üzeri olan bireylerin arkadaş alt boyutu puan ortalamalarının, okuryazar olmayan ve yalnızca okuryazar olan bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan bireylerin, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları, okuryazar olmayan ve yalnızca okuryazar olan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların medeni durumlarına göre Arkadaş, Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evli bireylerin Arkadaş, Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puan ortalamalarının, bekâr hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların çocuk varlığına göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çocuğu olan bireylerin Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, olmayan bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Hastaların gelir durumuna göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testi kullanılmıştır. Geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden fazla olan bireylerin Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan ve toplam Sosyal Destek puan ortalamalarının, geliri giderinden az olan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre Aile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Birlikte yaşadığı

kişiler eş, çocuk ve eş/çocuk olan bireylerin Aile puan ortalamalarının yalnız yaşayan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastaların yaş grupları arasında Arkadaş, Aile ve Özel Bir İnsan alt boyut puanları ile toplam algılanan sosyal destek puanları anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastaların cinsiyet değişkenine göre de Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam puan arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre Aile ve Özel Bir İnsan alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların medeni durum değişkenine bakıldığında Özel Bir İnsan alt boyutu puanları açısından evli ve bekâr hastalar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre Arkadaş alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek değişkenine göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam sosyal destek puanı anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastaların Çalışma durumuna göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam puanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler değişkenine göre Arkadaş ve Özel Bir İnsan alt boyutları ile toplam algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8.Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270)

Özellikler		Arkadaş	Aile	Özel Bir İnsan	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlık durumu	İyi ⁽¹⁾ (n=98)	19.67±7.32	25.98±3.58	19.81±7.55	65.46±15.57
	Orta ⁽²⁾ (n=144)	18.96±7.60	23.74±5.85	19.00±7.22	61.70±17.14
	Kötü ⁽³⁾ (n=28)	14.61±8.50	23.79±5.30	13.54±8.51	51.93±18.67
Test değeri	F	4.941	6.002	7.855	7.171
	p	0.008	0.003	0.000	0.001
		1>3, 2>3	1>2	1>3, 2>3	1>3, 2>3
Kanser dışında kronik hastalık varlığı	Evet (n=178)	17.88±8.13	24.34±5.19	17.96±7.99	60.18±17.82
	Hayır (n=92)	20.48±6.53	24.99±5.17	20.21±6.82	65.67±15.17
Test değeri	T	-2.653	-0.980	-2.298	-2.522
	p	0.008	0.328	0.022	0.012
Var olan kronik hastalık	Endokrin Sistem ⁽¹⁾ (n=24)	19.45±5.94	21.87±3.83	18.42±7.68	62.75±14.41
	Kardiyovasküler Sistem ⁽²⁾ (n=82)	17.64±8.07	23.54±6.33	17.74±7.68	58.93±18.85
	Çoklu Kronik Hastalık ⁽³⁾ (n=61)	17.34±8.94	25.51±3.50	18.62±8.41	61.47±17.79
	Diğer ^{(4)*} (n=11)	19.18±8.31	22.64±5.12	14.91±8.84	56.73±17.63
	F	0.503	2.213	0.718	0.543
		0.681	0.088	0.543	0.654
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı	Evet (n=195)	17.62±7.98	24.01±5.67	17.42±7.75	59.05±17.86
	Hayır (n=75)	21.75±6.05	25.99±3.20	22.12±6.34	69.85±12.04
Test değeri	t	-4.051	-2.846	-4.681	-4.829
	p	0.000	0.005	0.000	0.000
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler varlığı	Var (n=233)	19.19±7.51	25.09±4.60	18.97±7.40	63.25±16.01
	Yok (n=37)	16.11±8.50	21.22±7.13	17.16±9.15	54.49±21.75
Test değeri	t	2.276	4.366	1.337	2.932
	p	0.024	0.000	0.182	0.004

Diğer* :Romatoid artrit 5, lupus 6 **Diğer****:Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10

Diğer*** :Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor 6

Tablo 4.8: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270)
(Devamı)

Özellikler		Arkadaş Ort±SS	Aile Ort±SS	Özel Bir İnsan Ort±SS	Toplam Ort±SS
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler	Eş ⁽¹⁾ (n=75)	20.11±6.75	26.03±3.41	19.01±7.52	65.15±14.56
	Çocuk ⁽²⁾ (n=72)	18.32±7.86	24.90±3.57	18.82±7.04	62.04±15.82
	Eş-Çocuk ⁽³⁾ (n=67)	19.75±7.31	25.94±3.11	19.88±7.35	65.57±15.59
	Diğer ^{(4)**} (n=19)	16.89±9.28	19.10±9.71	16.21±8.25	52.21±19.71
Test değeri	F	1.417	14.823 0.000	1.233	4.127
	p	0.238	1>4, 2>4, 3>4	0.298	0.007 1>4, 3>4
Kanser türü	Meme CA ⁽¹⁾ (n=37)	17.27±8.53	25.51±3.31	19.43±7.63	62.22±16.01
	Kolon CA ⁽²⁾ (n=36)	18.83±7.65	25.58±3.92	18.89±6.24	63.31±14.89
	Mide CA ⁽³⁾ (n=34)	20.32±6.81	25.03±3.73	20.24±7.66	65.59±17.07
	Üro-genital CA ⁽⁴⁾ (n=38)	20.87±6.99	25.53±4.75	21.47±7.27	67.87±15.03
	Pankreas CA ⁽⁵⁾ (n=9)	23.56±4.82	25.44±3.61	21.67±4.61	70.67±11.92
	Lenfoid ve hematolojik CA ⁽⁶⁾ (n=54)	18.31±7.88	22.87±6.32	17.24±8.02	58.43±18.64
	Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA ⁽⁷⁾ (n=47)	16.21±7.95	23.30±6.97	16.13±8.36	55.64±18.40
	Diğer ^{(8)***} (n=15)	20.20±7.12	25.73±3.33	17.93±7.45	63.87±16.37
Test değeri	F	2.202	2.029	2.277	2.600
	p	0.034 4>7	0.052	0.029 4>7	0.013 4>7
Evre	Bilmiyorum ⁽⁰⁾ (n=50)	18.14±7.92	22.64±6.48	16.90±8.01	57.68±18.63
	Evre 1 ⁽¹⁾ (n=17)	21.35±5.16	25.71±3.48	20.12±7.17	67.18±13.51
	Evre 2 ⁽²⁾ (n=40)	20.58±7.52	25.90±4.34	22.20±6.39	68.68±15.11
	Evre 3 ⁽³⁾ (n=45)	18.42±7.52	24.64±4.98	19.73±6.14	62.80±15.71
	Evre 4 ⁽⁴⁾ (n=118)	18.18±8.00	24.72±4.94	17.74±8.14	60.64±17.50
Test değeri	F	1.312	2.693	3.729	2.998
	p	0.266	0.031 2>0	0.006 2>0, 2>4	0.019 2>0

Diğer* :Romatoid artrit 5, lupus 6 Diğer** :Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10
Diğer*** :Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor

Tablo 4.8: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=270)
(Devamı)

Özellikler	Arkadaş	Aile	Özel Bir İnsan	Toplam
------------	---------	------	-------------------	--------

		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kemoterapi kür sayısı	1 (n=29)	19.21±8.00	25.00±5.08	19.86±7.85	64.07±17.92
	2 (n=29)	21.28±6.46	25.83±4.24	21.72±6.42	68.83±15.13
	3 (n=17)	20.29±6.72	22.41±6.61	20.00±6.82	62.71±19.44
	4 (n=22)	19.64±7.07	24.14±5.90	19.23±6.02	63.00±14.45
	5 (n=19)	17.00±6.91	24.21±5.29	16.63±7.27	57.84±17.57
	6 ve üzeri (n=154)	18.14±8.09	24.58±5.06	17.99±8.08	60.71±17.24
Test değeri	F	1.234	1.022	1.713	1.437
	p	0.293	0.405	0.132	0.211
Kemoterapi dışında almış olunan tedaviler	Cerrahi tedavi (n=66)	19.92±7.78	25.14±4.88	19.24±7.54	64.30±18.10
	Radyoterapi (n=30)	16.33±8.77	23.33±6.10	16.57±8.19	56.23±19.08
	Cerrahi tedavi-radyoterapi (n=34)	19.71±8.42	25.18±5.42	20.88±8.21	65.76±16.40
Test değeri	F	2.140	1.344	2.434	2.714
	p	0.122	0.264	0.092	0.071
Tedavi süresi (ay)	6 ay ve daha az (n=125)	19.18±7.14	24.84±4.69	19.34±7.00	63.36±15.86
	7-12 ay (n=60)	18.98±8.19	24.57±5.70	19.18±7.54	62.73±18.93
	13-24 ay (n=40)	17.73±8.58	23.75±5.29	18.70±8.84	60.18±19.11
	25-36 ay (n=23)	19.00±7.93	23.52±7.25	17.04±8.14	59.57±16.31
	36 ay üstü (n=22)	17.50±8.00	25.50±3.43	15.77±8.64	58.77±16.56
Test değeri	F	0.433	0.745	1.355	0.645
	p	0.785	0.562	0.250	0.631
Kanser nüksü olma durumu	Evet (n=59)	17.19±8.46	23.63±6.46	17.14±8.78	57.95±18.04
	Hayır (n=211)	19.21±7.45	24.82±4.74	19.17±7.29	63.20±16.73
Test değeri	t	-1.789	-1.568	-1.809	-2.094
	p	0.075	0.118	0.072	0.037
Ailede kanser öyküsü varlığı	Var (n=156)	18.96±7.21	24.48±5.09	18.67±7.45	62.12±16.41
	Yok (n=114)	18.50±8.37	24.67±5.31	18.80±7.99	61.96±18.15
Test değeri	t	0.485	-0.291	-0.132	0.071
	p	0.628	0.771	0.895	0.943

Diğer* :Romatoid artrit 5, lupus 6 **Diğer****:Belediye temizlik hizmeti 5, arkadaş 4, bakıcı 10
Diğer*** :Beyin CA 4, Cilt kanseri 5 ve Bilinmiyor 6

Hastaların hastalık özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlara ait puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Hastaların sağlık durumuna göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın kaynağını belirlemek üzere Bonferroni testi uygulanmıştır. Sağlık durumu iyi veya orta düzeyde olan bireylerin Arkadaş, Özel Bir İnsan ve toplam Sosyal Destek puan ortalamalarının, sağlık durumu kötü olan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumu iyi olan hastaların Aile alt boyutu puan ortalamalarının, sağlık durumu orta düzeyde olanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kanser dışında kronik hastalık varlığına göre Arkadaş, Özel Bir İnsan ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser dışında kronik hastalığı bulunmayan bireylerin Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığına göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı olmayan bireylerin Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler varlığına göre Arkadaş, Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler varlığı olan hastaların Arkadaş, Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, olmayan hastalara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Hastaların yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişilere göre Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş, çocuk ve eş-çocuk olan bireylerin Aile alt boyutu puan ortalamalarının, diğer olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş ve eş-çocuk olan bireylerin Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, diğer olan hastalara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Hastaların kanser türüne göre Arkadaş, Aile alt boyutları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Kanser türü Üro-genital CA olan hastaların Arkadaş, Aile ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının, Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Kanser evresine göre Arkadaş alt boyut puanları hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Hastaların hastalık evresine göre Aile, Özel Bir İnsan ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni karşılaştırması yapılmıştır. İkinci evrede bulunan bireylerin Aile, Özel Bir İnsan ve toplam sosyal destek puanları, hastalık evresini bilmeyen bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Dördüncü evrede olan bireylerin ise Özel Bir İnsan alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları, hastalık evresini bilmeyen bireylerin puanlarına göre daha yüksektir.

Hastaların kanser dışında kronik hastalık varlığı değişkeni ile Aile alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların var olan kronik hastalık türüne göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam puan açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların yardımcı kişi varlığı değişkeni ile Özel Bir İnsan alt boyutu puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yardımcı kişi türüne göre Arkadaş ve Özel Bir İnsan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların Kanser evresine göre Arkadaş alt boyut puanları hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kemorapi tedavi kür sayısına göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam puanlar bakımından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kemoterapi dışında alınan tedavi değişkenine göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam sosyal destek puanı arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların tedavi süresine göre sosyal destek ölçeğinin alt boyut ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kanser nüksü durumu ile Arkadaş, Aile ve Özel Bir İnsan alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların ailede kanser öyküsü varlığı değişkenine göre Arkadaş, Aile, Özel Bir İnsan alt boyutları ve toplam algılanan sosyal destek puanları anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

4.5: Öz Bakım Gücü Ölçeği ile İlgili Bulgular

Kemoterapi alan 65 yaş üstü hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.9.Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Toplam	35	97.5 (35-136)	95.39±20.32

Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının 95,39±20,32 olduğu görülmüştür.



Tablo 4.10:Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması(n=270)

Özellikler	Öz Bakım Gücü Ölçeği	
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS

Yaş	65-69 (n=165)	101 (35-136)	97.23±19.81
	70-74 (n=55)	95 (43-132)	94.20±19.94
	75 ve üzeri (n=50)	95 (40-132)	90.64±21.89
	Test değeri	p=0.118	F=2.155
Cinsiyet	Kadın (n=129)	96 (35-132)	93.75±22.09
	Erkek (n=141)	98 (43-136)	96.89±18.52
	Test değeri	p=0.205	t=-1.270
Eğitim durumu	Okuryazar değil ⁽¹⁾ (n=47)	85 (43-119)	83.68±21.47
	Okuryazar ⁽²⁾ (n=24)	83.5 (58-132)	90.50±21.40
	İlkokul ⁽³⁾ (n=148)	97 (35-130)	94.86±17.57
	Lise ⁽⁴⁾ (n=29)	110 (71-136)	107.79±17.73
	Üniversite ve üzeri ⁽⁵⁾ (n=22)	113 (66-136)	112.95±18.08
	Test değeri	p=0.000	F=13.069
	Post Hoc Test	3>1, 4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3	
Medeni durum	Evli (n=190)	99 (35-136)	96.83±20.18
	Bekâr (n=80)	95 (40-134)	91.99±20.39
	Test değeri	p=0.074	t=1.794
Çocuk varlığı	Evet (n=251)	99 (35-136)	96.59±19.57
	Hayır (n=19)	81 (40-134)	79.58±23.83
	Test değeri	p=0.000	t=3.595
Çocuk sayısı	Bir ⁽¹⁾ (n=22)	106 (67-132)	102.68±15.97
	İki ⁽²⁾ (n=93)	102 (47-136)	100.62±20.06
	Üç ⁽³⁾ (n=52)	99 (64-131)	97.67±16.47
	Dört ⁽⁴⁾ (n=42)	96 (43-129)	94.10±18.75
	Beş ve üzeri ⁽⁵⁾ (n=42)	85 (35-136)	85.62±20.63
	Test değeri	p=0.000	F=5.382
	Post Hoc Test	1>5, 2>5, 3>4	
Meslek	Emekli ⁽¹⁾ (n=179)	99 (40-136)	98.82±18.65
	Ev Hanımı ⁽²⁾ (n=86)	87(6-35-134)	87.69±21.94
	Diğer ^{(3)*} (n=5)	102 (93-122)	105.20±11.78
	Test değeri	p=0.000	F=9.930
	Post Hoc Test	1>2	
Çalışma durumu	Çalışıyor (n=18)	103.5 (72-134)	100.67±17.29
	Çalışmıyor (n=252)	97 (35-136)	95.02±20.50
	Test değeri	p=0.255	t=1.140
Ekonomik durum	Gelir giderden az ⁽¹⁾ (n=119)	87 (35-129)	84.66±18.96
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾ (n=133)	104 (62-136)	103.31±16.99
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾ (n=18)	109 (75-134)	107.89±18.34
	Test değeri	p=0.000	F=38.484
	Post Hoc Test	2>1, 3>1	
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız ⁽¹⁾	98.5 (40-132)	97.00±2.77
	Eş ⁽²⁾	102 (43-136)	100.90±18.19
	Çocuk ⁽³⁾	93 (48-129)	91.74±20.81
	Eş/Çocuk ⁽⁴⁾	93 (35-134)	91.85±19.66
	Test değeri	p=0.010	F=3.885
	Post Hoc Test	2>4	

Diğer* :memur 2, serbest meslek 3

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4,10'da gösterilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyine göre bireylerin Öz Bakım Gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıksaptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır. İlkokul, lise ve üniversite mezunu bireylerin ölçek puanlarının; okuryazar olmayan bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitim almış bireylerin Öz Bakım Gücü puan ortalamaları, okuryazar ve ilkokul mezunu olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çocuğu olan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının, olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre bir, iki ya da üç çocuğu bulunan bireylerin Öz Bakım Gücü puanları, beş ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerin puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların meslek durumlarına göre Öz Bakım Gücü puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Gruplar arası farkı belirlemek üzere Bonferroni testi kullanılmıştır. Emekli olan bireylerin Öz Bakım Gücü puanlarının, ev hanımı olanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların ekonomik durumuna göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Ekonomik durum “Gelir gidere eşit” ve “Gelir giderden fazla” olan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının, “Gelir giderden az” olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Birlikte yaşadığı kişi eşi olan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının eş/çocuk olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaları yaş grupları ile öz bakım gücü ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların cinsiyet değişkenine göre Özbakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların medeni durum açısından evli ve bekâr hastaların öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların çalışma durumuna göre Öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların yapmadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığına göre hastaların Öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.11: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öz Bakım Gücü Ölçeği	
	Medyan (Min-Maks)	Ort $\pm$ SS

Sağlık durumu	İyi ⁽¹⁾ (n=98)	102.5 (43-136)	102.07±18.94
	Orta ⁽²⁾ (n=144)	96.5 (46-136)	93.53±19.51
	Kötü ⁽³⁾ (n=28)	85 (35-115)	81.57±20.80
	Test değeri	p=0.000	F=13.519
	Post Hoc Test	1>2, 1>3, 2>3	
Kanser dışında kronik hastalık varlığı	Evet (n=178)	96 (35-136)	93.19±20.97
	Hayır (n=92)	102 (53-132)	99.65±18.39
	Test değeri	p=0.013	t=-2.500
Var olan kronik hastalık	Endokrin Sistem ⁽¹⁾ (n=24)	100.5 (70-131)	101.83±13.63
	Kardiyovasküler Sistem ⁽²⁾ (n=82)	94.5 (40-136)	92.50±22.99
	Çoklu Kronik Hastalık ⁽³⁾ (n=61)	96 (35-128)	92.12±20.36
	Diğer ^{(4)*} (n=11)	85 (54-122)	85.36±18.07
	Test değeri	p=0.118	F=1.984
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı	Evet (n=195)	94 (35-132)	91.43±20.27
	Hayır (n=75)	107 (52-136)	105.69±16.60
	Test değeri	p=0.000	t=-5.432
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/kişiler varlığı	Var (n=233)	99 (35-136)	95.60±19.60
	Yok (n=37)	93 (40-134)	94.08±24.70
	Test değeri	p=0.673	t=0.422
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/kişiler	Eş ⁽¹⁾ (n=75)	105 (43-136)	103.15±18.25
	Çocuk ⁽²⁾ (n=72)	93 (35-128)	90.75±20.71
	Eş-Çocuk ⁽³⁾ (n=67)	95 (58-132)	94.31±16.99
	Diğer ^{(4)**} (n=19)	95 (53-124)	88.76±21.00
	Test değeri	p=0.000	F=6.481
Kanser türü	Post Hoc Test	1>2, 1>3, 1>4	
	Meme CA ⁽¹⁾ (n=37)	99 (35-132)	95.78±21.93
	Kolon CA ⁽²⁾ (n=36)	96 (52-124)	95.81±16.35
	Mide CA ⁽³⁾ (n=34)	99 (47-132)	93.76±20.92
	Üro-genital CA ⁽⁴⁾ (n=38)	102 (58-134)	102.29±17.86
	Pankreas CA ⁽⁵⁾ (n=9)	97 (80-117)	96.00±15.21
	Lenfoid ve hematolojik CA ⁽⁶⁾ (n=54)	95 (43-132)	93.72±20.61
	Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA ⁽⁷⁾ (n=47)	87 (43-131)	89.70±20.61
	Diğer ^{(8)***} (n=15)	109 (48-136)	103.13±26.48
	Test değeri	p=0.143	F=1.574
	Bilmiyorum ⁽⁰⁾ (n=50)	95 (43-132)	94.20±20.71
	Evre 1 ⁽¹⁾ (n=17)	109 (59-132)	97.76±21.10
Evre	Evre 2 ⁽²⁾ (n=40)	101 (73-134)	101.95±16.70
	Evre 3 ⁽³⁾ (n=45)	99 (40-132)	94.89±21.97
	Evre 4 ⁽⁴⁾ (n=118)	96.5 (35-136)	93.53±20.37
	Test değeri	p=0.232	F=1.406

Tablo 4.11: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması(n=270) (Devam)

Özellikler		Öz Bakım Gücü Ölçeği	
		Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Kemoterapi kür	1 (n=29)	96 (60-132)	96.45±16.99

sayısı	2 (n=29)	109 (66-136)	103.93±18.91
	3 (n=17)	94 (57-110)	93.18±14.47
	4 (n=22)	94 (64-124)	97.18±15.64
	5 (n=19)	88 (47-124)	89.26±21.75
	6 ve üzeri (n=154)	98 (35-134)	94.33±21.82
	Test değeri	p=0.172	F=1.560
Kemoterapi dışında almış olunan tedaviler	Cerrahi tedavi (n=66)	101 (40-128)	97.70±20.15
	Radyoterapi (n=30)	94 (46-132)	91.03±19.07
	Cerrahi tedavi-radyoterapi (n=34)	98 (64-131)	98.62±18.94
	Test değeri	p=0.230	1.487
Tedavi süresi (ay)	6 ay ve daha az (n=125)	99 (40-136)	97.94±18.36
	7-12 ay (n=60)	96 (57-132)	94.37±20.23
	13-24 ay (n=40)	101 (43-132)	96.75±21.25
	25-36 ay (n=23)	90 (46-131)	85.83±23.50
	36 ay üstü (n=22)	99 (35-129)	91.23±23.90
	Test değeri	p=0.079	2.115
Kanser nüksü olma durumu	Evet (n=59)	95 (35-131)	91.32±23.70
	Hayır (n=211)	99 (40-136)	96.53±19.18
	Test değeri	p=0.082	t=-1.747
Ailede kanser öyküsü varlığı	Var (n=156)	96 (40-134)	95.25±19.73
	Yok (n=114)	99 (35-136)	95.59±21.19
	Test değeri	p=0.893	t=-0.135

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir.

Sağlık durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sağlık durumunu iyi olarak belirten bireylerin puan ortalamaları, sağlık durumunu kötü olarak belirten bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumunu iyi ya da orta düzeyde değerlendiren bireylerin Öz Bakım Gücü puanları, sağlığını kötü olarak tanımlayan hastalardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Kanser tanısı dışında kronik hastalığı bulunan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamaları, bir veya birden fazla kronik hastalığı olan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim durumuna göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olmayan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişilere göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler eş olan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının, çocuk, eş-çocuk ve diğer olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kanser nüksü ve ailede kanser öyküsü varlığı durumuna göre hastaların öz bakım gücü ölçeği arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Kanser türüne göre hastalar ile Öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Kanser evresi ile öz bakım gücü ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kemoterapi kür sayısına göre Öz bakım gücü puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Kemoterapi dışında alınan tedavilere göre öz bakım gücü puan ortalamaları anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tedavi süresine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

4.6. Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12: Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle Öz Bakım Gücü Ölçeği puanlarının ilişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1- Anlam	r	1.000								
	p	0.000								
2- Barış	r	0.614	1.000							
	p	0.000	0.000							
3- İnanç	r	0.266	0.447	1.000						
	p	0.000	0.000	0.000						
4- Manevi İyi Oluş Ölçeği	r	0.764	0.880	0.732	1.000					
	p	0.000	0.000	0.000	0.000					
5- Arkadaş	r	0.384	0.480	0.387	0.529	1.000				
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				
6- Aile	r	0.468	0.368	0.301	0.470	0.376	1.000			
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			
7- Özel Bir İnsan	r	0.346	0.465	0.422	0.522	0.747	0.379	1.000		
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
8- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	0.469	0.535	0.454	0.614	0.898	0.641	0.898	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
9- Öz Bakım Gücü Ölçeği	r	0.488	0.627	0.383	0.633	0.550	0.414	0.523	0.607	1.000
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

*p<0.05

Manevi İyi Oluş Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.13’te, ölçekler arasındaki ilişkinin dağılımı Şekil 4.1’de gösterilmiştir.

Anlam alt boyutu ile Arkadaş alt boyutu arasında ($r=0,385$, $p<0,05$); Anlam alt boyutu ile Aile alt boyutu arasında ($r=0,468$, $p<0,05$); Anlam alt boyutu ile Özel Bir İnsan alt boyutu arasında ($r=0,346$, $p<0,05$); Anlam alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0,469$, $p<0,05$); Anlam alt boyutu ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında ($r=0,488$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

Bariş alt boyutu ile Arkadaş alt boyutu arasında ($r=0,480$, $p<0,05$); Bariş alt boyutu ile Aile alt boyutu arasında ($r=0,368$, $p<0,05$); Bariş alt boyutu ile Özel Bir İnsan alt boyutu arasında ($r=0,465$, $p<0,05$); Bariş alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0,535$, $p<0,05$) ve Bariş alt boyutu ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında ($r=0,627$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

İnanç alt boyutu ile Arkadaş alt boyutu arasında ($r=0,387$, $p<0,05$); İnanç alt boyutu ile Aile alt boyutu arasında ($r=0,301$, $p<0,05$); İnanç alt boyutu ile Özel Bir İnsan alt boyutu arasında ($r=0,422$, $p<0,05$); İnanç alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0,454$, $p<0,05$) ve İnanç alt boyutu ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında ($r=0,383$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Arkadaş alt boyutu arasında ($r=0,529$, $p<0,05$); Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Aile alt boyutu arasında ($r=0,470$, $p<0,05$); Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Özel Bir İnsan alt boyutu arasında ($r=0,522$, $p<0,05$); Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0,614$, $p<0,05$) ve Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında ($r=0,633$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

Öz Bakım Gücü Ölçeği ile arkadaş alt boyutu arasında ($r=0,550$, $p<0,05$); Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Aile alt boyutu arasında ($r=0,414$, $p<0,05$); Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Özel Bir İnsan alt boyutu arasında ($r=0,523$, $p<0,05$) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0,607$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

4.7. Manevi İyi Oluş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri Regresyon ve Aracılık Analizi ile İlgili Bulgular

Manevi İyi Oluş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücü ölçekleri arasında regresyon ve devamında regresyondan elde edilen veriler kullanılarak elde edilen bulgular kullanılarak aracılık analizi yapılmıştır. Aracılık analizinde bağımsız değişken=Çok boyutlu algılanan sosyal destek, aracı değişken=Manevi İyi Oluş, bağımlı değişken=Öz Bakım Gücü olarak ele alınmış ve bu bağlamda analiz

sonuçlandırılmıştır. Sobel testi ile değişken aracı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.13’te sunulmuştur.

Tablo 4.13: Manevi İyi Oluş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri Regresyon ve Aracılık Analizleri

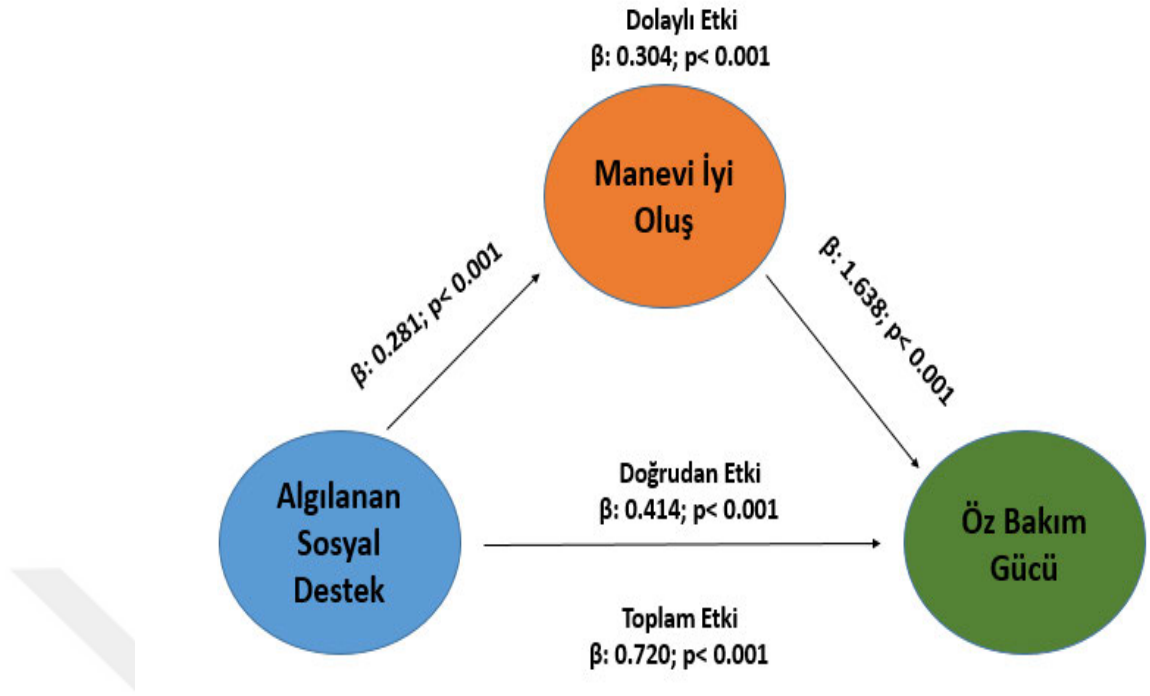
Bağımsız D.	Bağımlı D.	R ²	F	B	S _β	t	P
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (X)	Öz Bakım Gücü (Y)	0.368	155.966	0.720	0.058	12.489	0.000
Manevi İyi Oluş (M)	Öz Bakım Gücü	0.401	179.194	1.638	0.122	13.386	0.000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	Manevi İyi Oluş	0.376	162.036	0.281	0.022	12.729	0.000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	Öz Bakım Gücü	0,476	121.726	0.414	0.057	6.237	0.000
Manevi İyi Oluş				1.082	0.145	7.461	0.000
Sobel Testi							

S_β: β sayısının standart hatasıdır.

Regresyon analizi sonuçları Tablo 4.13’te verilmiştir. Manevi iyi oluş ölçeğinin öz bakım gücü üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=179,194, p<0,05). Manevi iyi oluş ölçeğinin (β=1,638, p<0,05) öz bakım gücü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %40,1’i açıklanmaktadır. Kurulan modelde otokorelasyon sorunu yoktur, Durbin Watson değeri 1,5 ile 2,5 arasındadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin öz bakım gücü üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=155.966, p<0.05). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin (β=0,720, p<0,05) öz bakım gücü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %36,8’i açıklanmaktadır. Kurulan modelde otokorelasyon sorunu yoktur, Durbin Watson değeri 1,5 ile 2,5 arasındadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracı rolünü incelemek için oluşturulan model Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1.Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracılık etkisi

Aracılık modeli için bakılan Sobel testine göre p değeri 0.000 olarak saptanmış ve modelimiz anlamlı bulunmuştur. Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun aracı rolünün anlamlı olduğu görülmektedir ($\beta=0,4149$, $p<0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Kanser, vücudun diğer bölgelerine yayılma veya istila etme yeteneğine sahip anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla karakterize edilen geniş bir hastalık kategorisi faramarzetkilerini yönetirken neoplastik hücreleri ortadan kaldırmayı amaçlayan çeşitli stratejileri kapsar. Günümüzde en yaygın yöntemler arasında cerrahi, radyasyon terapisi, kemoterapi ve hedefli terapiler yer alır ve her biri farklı etki mekanizmalarına ve toksisite profillerine sahiptir (Faramarzi vd., 2021). Kanser tedavileri, hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler olan çok sayı da yan etkiye yol açabilmektedir. Bu yan etkiler hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmekte ve tedavi sürecini zorlaştırabilmektedir (Joshi, 2019; Sonneborn-Papakostopoulos vd., 2021).

Yaşlılık, genellikle hem kronolojik hem de işlevsel tanımları içeren karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşlılık için genel olarak kabul edilen eşik 65'tir ve bu, sıklıkla "yaşlı" statüsü olarak adlandırılan şeyin başlangıcını işaret eder. Dahası, yaş yalnızca doğrusal bir ilerleme değildir, sıklıkla belirli kategorilere ayrılır: (65-74 yaş) "genç-yaşlı", (75-84 yaş) "yaşlı-yaşlı" ve (85 yaş ve üzeri) "en yaşlı" (Sanderson ve Scherbov, 2016). Özellikle, 65 yaş ve üzeri hastalarda kanserin yönetimi, onkolojide giderek artan bir zorluğu temsil etmektedir. Kanser vakalarının önemli bir oranı bu demografik grupta meydana gelmekte olup, onkoloji uzmanlarının yaşlı yetişkinlerin benzersiz ihtiyaçlarını ve zayıflıklarını karşılamak için yaklaşımları ve tedavi planlarını uyarlamaları için acil bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Geriatrik hastalar sıklıkla daha kişiselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı gerektiren kapsamlı komorbiditeler, işlevsel bozukluklar ve tedavi toleransı ile ilgili sorunlarla karşıımıza çıkmaktadır (Outlaw vd., 2023; Yoon vd., 2021).

Türkiye'de 2022 yılına ait kanser istatistiklerine göre, yaş ve cinsiyete bağlı olarak en sık rastlanan kanser türleri belirli gruplarda farklılık göstermektedir. 50-69 yaş aralığındaki erkeklerde, en yaygın kanser türü trakea, bronş ve akciğer kanseridir. Bunu prostat ve kolorektal kanserler takip etmektedir. Aynı yaş grubundaki kadınlarda ise meme kanseri en fazla karşılaşılan kanser türü olup onu tiroid ve kolorektal kanser takip etmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel

Müdürlüğü Kanser istatistikleri 2020, 2025). 70 yaş ve üzeri erkeklerde, trakea, bronş ve akciğer kanseri ile prostat kanseri en yaygın türler arasında yer almaktadır. Kolorektal kanserler de bu yaş grubunda önemli bir orana sahiptir. Kadınlarda ise 70 yaş ve üzerinde en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir; bunu kolorektal ve trakea, bronş ve akciğer kanserleri izlemektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser istatistikleri 2020, 2025).

Manevi iyi oluş, varoluşsal ve dini bakış açıları dahil olmak üzere farklı merceklerden görülebilir. Ruhsal inançlar ve uygulamalar aracılığıyla barış ve rahatlığın korunmasının yanı sıra net bir yaşam amacı ve tatmin duygusuna sahip olmayı içerir (Caringal vd., 2022; Yusuf vd., 2019).

Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre sosyal destek, kanser hastalarına psikolojik, fiziksel ve ekonomik yardım sunan aile, arkadaş, komşu ve toplum üyelerinden oluşan bir ağdır (NCI, 2020). Kanser tanı ve tedavi süreci, bireylerin yaşam biçimi, sosyal rolleri ve psikolojik durumları üzerinde önemli değişikliklere neden olmakta; yüksek düzeyde stres ve uyum güclüğü yaratmaktadır (Alizadeh vd., 2018). Bu süreçte sosyal destek, hastanın stresini azaltarak daha iyi bir ruhsal denge kurmasına yardımcı olur (Nazari ve Shaygannejad, 2021). Aile, arkadaş ya da sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destek, bireyin manevi ve duygusal gereksinimlerini karşılamada kritik rol oynamaktadır (Durmuş ve Öztürk, 2022). Çeşitli araştırmalar, sosyal destek düzeyi yüksek kişilerin duygusal zorluklarla daha iyi başa çıktığını ve yaşam doyumlarının arttığını göstermektedir (Eom vd., 2013). Özellikle yaşlı bireylerde sosyal ilişkilerin sürdürülmesi, yalnızlık duygusunu azaltarak manevi iyi oluşu desteklemektedir (Balboni vd., 2011).

Manevi iyi oluş ve sosyal destek bireyin yaşam kalitesini belirleyen önemli unsurlardır. Bu ilişkide özbakımın da aracılık rolü bulunduğu belirtilmektedir (Mohebi vd., 2018). Özbakım gücü, bireyin kendi sağlığını koruma ve sürdürme becerisidir; yaşlı kanser hastalarında bu yeti tedavi sürecinin başarısı açısından önem taşır. Özbakım davranışlarına katılımın, manevi iyi oluş düzeyini artırdığı (Fathi vd., 2018) ve manevi yönü güçlü bireylerin özbakım aktivitelerine daha istekli katıldıkları bildirilmiştir (Pilger vd., 2017). Orem'in kuramına göre özbakım, bireyin kendi sağlığını ve iyilik hâlini korumak amacıyla gerçekleştirdiği bilinçli eylemler bütünüdür (Rakhshani vd., 2022). Kanser gibi zorlu yaşam olaylarında bireyler, yaşamın anlamını sorgulama eğilimindedir ve bu süreçte maneviyat güçlü bir baş

etme kaynağı oluşturur (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021). Özbakım gücü ise bireyin bu eylemleri kendi başına sürdürebilme kapasitesidir (El-Osta vd., 2023). Yaşlanma ile birlikte fiziksel, bilişsel ve sosyal işlevlerde azalma görülmesi özbakım becerilerini olumsuz etkileyebilir (Pınar ve Demirel, 2016).

Bu çalışma Ayaktan kemoterapi alan 65 yaş üstü hastaların manevi iyi oluş, sosyal destek ve özbakım güçlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elden edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Hastaların 65-69 yaş aralığında, erkek, ilkokul mezunu, evli, çocuk sahibi olduğu ve genellikle iki çocuğu olduğu görülmektedir. Hastaların emekli, çalışmadığı, gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve eş/çocuk ile birlikte yaşadığı bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların sağlık durumun orta iyilikte olduğu, kanser dışında kronik hastalığı olduğu, olan kronik hastalığının kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu, hayat tarzının hastalığa bağlı değişim gösterdiği, yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/kişilere sahip olduğu ve eşinin bu aktivitelerde destek olduğu görülmektedir. Hastaların Lenfoid ve hematolojik CA olduğu, evre 4 olduğu, 6 kür ve üzeri kemoterapi aldığı ve kemoterapi dışında tedavi almadığı belirlenmiştir. Hastaların 6 ay ve daha az süredir tedavi aldığı, kanser nüksü olmadığı ve aile geçmişinde kanser öyküsü olduğu bildirilmiştir.

Araştırmada hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği puanı ortalamasının (Tablo4.3) $34,96 \pm 7,86$ olduğu ve puanın yüksek düzeyde manevi iyi oluş belirttiği görülmektedir. Bu sonuç onkoloji hastalarında manevi iyi oluş düzeyinin yüksek olduğunu bildiren literatür (Ata ve Kılıç, 2022; Bahçecioğlu Turan vd., 2024; Jetan vd., 2023; Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021; Köktürk Dalcalı vd., 2021; Liu vd., 2022) ile uyumludur. Köktürk Dalcalı ve arkadaşları (2021), onkoloji biriminde tedavi gören hastaların manevi iyi oluş puanlarının $30,53 \pm 6,25$ ile yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir (Köktürk Dalcalı vd., 2021). Benzer şekilde, Kavalalı Erdoğan ve Yüksek (2021) de yetişkin kanser hastalarında bu düzeyin $39,9 \pm 9,8$ olduğunu belirlemiştir (Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021). Bahçecioğlu Turan ve arkadaşları (2024) ise yaşlı hematolojik kanserli hastalarla bir araştırma gerçekleştirmiş ve

hastaların manevi iyi oluş düzeyinin yüksek ($37,25 \pm 729$) olduğunu bildirmiştir (Bahçecioglu Turan vd., 2024). Ancak literatürdeki daha düşük manevi iyi oluş bildiren çalışmalar da mevcuttur (Cheng vd., 2019; Jafari vd., 2013; Lewis vd., 2014; Uğuz ve Keskin, 2024). Örneğin Cheng ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada hastaların manevi iyi oluş puan ortalaması $24,4 \pm 6,5$, Jafari ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada $28,41 \pm 6,95$ ve Lewis ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada 20,96 olarak bildirilmiştir (Cheng vd., 2019; Jafari vd., 2013; Lewis vd., 2014).

Literatürde bildirilen manevi iyi oluş puanlarındaki farklılıkların kültürel yapılar, dini inançların gücü ve destek sistemlerinin çeşitliliği gibi bağlamsal etmenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Özellikle maneviyatın toplumsal yaşamda önemli bir yer tuttuğu Türkiye gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda daha yüksek puanların bildirilmesi bu durumu destekler niteliktedir. Türkiye homojen bir kültüre, geleneksel değerlere ve güçlü dini bağlara sahiptir. Ülkemizde kanser hastaları, içlerinde güç bulmaktan, iyi bir insan olmaktan, aile sevgisinden, felsefi konuları ele alarak anlam aramaktan ve hayata karşı olumlu bir bakış açısı geliştirmekten yararlanmaktadır (Ahmadi vd., 2019). Bir çalışmada ise maneviyatın Müslüman onkoloji hastalarının hayatta kalması için önemli olduğu ve Müslüman hastaların dinlerine derinden bağlı oldukları bildirilmiştir (Alaloul vd., 2016). Bu bağlamda, bu araştırmada elde edilen yüksek manevi iyi oluş puanı da hastaların kültürel yapıları ve maneviyata verdikleri önemle açıklanabilir.

Çalışmada manevi iyi oluşu etkileyen tanıtıcı özellikler eğitim düzeyi, ekonomik durum ve medeni durum, çocuk varlığı ve sayısı olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Literatürdeki çalışmalar bulgulara benzer şekilde kanser hastalarında daha yüksek eğitim düzeyi ile gelişmiş manevi refah arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bir diğer deyişle daha yüksek eğitime sahip bireylerin genellikle daha düşük seviyelerde manevi sıkıntı yaşamaktadır. Literatürde kanser hastaları ile gerçekleştirilen çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Ata ve Kılıç, 2022; Bahçecioglu Turan vd., 2024; Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021). Bahçecioglu Turan ve arkadaşları (2024) yaşlı hematolojik kanserli hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmalarında üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmanın manevi iyi oluş düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu raporlamıştır (Bahçecioglu Turan vd., 2024). Bu durum eğitimin yaşamın karmaşıklıklarını anlama ve kişisel gelişimi

arttırmayı teşvik edici yönü ile açıklanabilir (Ata ve Kılıç, 2022; Bahçecioğlu Turan vd., 2024).

Çalışmada manevi iyi oluşu etkileyen bir diğer faktör ise ekonomik durum olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olan hastaların manevi iyi oluş düzeyleri de diğer hastalara göre düşük bulunmuştur. Bu bulgu ekonomik durumun kanser hastalarında manevi refah için önemli bir belirleyici olduğunu gösteren literatür ile uyumludur. (Bahçecioğlu Turan vd., 2024; Uğuz ve Keskin, 2024). Finansal istikrar hastaların finansal yüklerin stresinden ziyade manevi arayışlara ve hayatın anlamına daha fazla odaklanmasını sağlayabilir.

Medeni durum ve çocuk sahibi olmak da mevcut araştırmada manevi iyi oluş ile ilişkili bulunan faktörler arasındadır (Tablo 4.4). Evli ve çocuk sahibi olan bireylerin manevi iyi oluş düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Evli veya ciddi bir ilişki içinde olan hastalar, bekar hastalara kıyasla daha yüksek seviyelerde manevi refah bildirme eğilimindedir (Farahani vd., 2022). İlişkiler tarafından sağlanan sosyal destek sistemlerinin aidiyet duygusunu teşvik ederek kişinin manevi bakış açısını ve genel ruh sağlığını doğrudan etkileyebilir (Hsieh vd., 2020). Ek olarak, medeni durumun manevi refah üzerindeki etkileri sosyal normlar ve beklentiler merceğinden anlaşılabilir. Birçok kültürde, evli bireyler genellikle daha istikrarlı ve tatmin edici bir yaşam sürdürdükleri düşünülür ve bu da daha büyük bir varoluşsal huzur ve amaç duygusuna katkıda bulunabilir (Wen vd., 2021). Çocukların varlığı ve sayısı bu dinamikleri daha da artırabilir. Özellikle, ebeveyn olmak, bireylere manevi refahın temel bileşenleri olan bir amaç ve anlam duygusu aşılayabilir. Araştırmalar, birçok kanser hastasının bakıcı ve ebeveyn olarak rollerinden önemli bir manevi güç kaynağı elde ettiğini göstermektedir (Lestari vd., 2023).

Çalışmada manevi iyi oluşu etkileyen hastalık/tedaviye ilişkin özellikler sağlık durumu, kronik hastalık varlığı ve nüks durumu olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların manevi iyi oluş düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Aslan ve Uğur (2023) tarafından kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada genel performans skoru iyi olan ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getiren hastaların manevi iyi oluş düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Aslan ve Uğur, 2023). Başka bir çalışmada ise meme kanserli hastaların psikolojik alandaki semptom yükünün manevi refahı negatif yönde etkilediği raporlanmıştır (Albusoul vd., 2024). Sonuç olarak kanser

hastalarında hastalık yükünün daha düşük manevi refahla ilişkili bulunmuştur (Piderman vd., 2015).

Kronik hastalığa sahip olmak da kanser hastalarında semptom yükünde artışa neden olabilmektedir. Nitekim bu çalışmada kanser dışında bir kronik hastalığa sahip olan hastaların manevi iyi oluş düzeyi daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Benzer şekilde Aslan ve Uğur (2023) tarafından kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada kanser dışında kronik hastalığı olan bireylerde manevi oluş düzeyini daha düşük bulmuştur (Aslan ve Uğur, 2023). Bu durum kronik hastalıkların getirdikleri ek yükler ile açıklanabilir.

Çalışmada hastaların manevi iyi oluş düzeyleri üzerinde etkili olan faktörlerden biride nüks durumudur. Çalışmada nüks olan hastaların manevi iyi oluş düzeyi daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürde kanser hastaları bağlamında maneviyat ile nüks korkusu birbirine bağlı iki değişken olarak değerlendirilmektedir (Goudarzian vd., 2025). Tekrarlayan kanserle ilişkili artan semptom şiddeti ve fiziksel rahatsızlık, hayal kırıklığına ve varoluşsal umutsuzluğa yol açabilmekte ve hastaların ruhsal veya dini uygulamalarla etkileşim kurma yeteneğini engelleyebilmektedir. Londoudi ve arkadaşları (2024) ise nüks korkusu yüksek olan hastaların yüksek düzeyde manevi refah bildirme olasılıklarının daha düşük olduğunu rapor etmiştir (Londoudi vd., 2024). Manevi iyi oluş düzeyi de nüks korkusunu etkilemektedir. Koral ve Cirak (2021) tarafından kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada manevi iyi oluş düzeyi yüksek olan hastaların daha az yoğunlukta nüks korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Koral ve Cirak, 2021). Elde edilen bulgular, nüks olan hastaların manevi iyi oluş düzeylerinin anlamlı biçimde daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, tekrarlayan hastalık deneyiminin, bireyin ruhsal dayanıklılığını ve manevi baş etme kaynaklarını zayıflatabileceğine işaret etmektedir.

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olmayan hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Hastaların rutinlerini sürdürebilme ve günlük yaşamda sahip olduğu kontrol hissinin manevi iyi oluş üzerinde olumlu etkide bulunmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanın $62,05 \pm 17,13$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Bu sonuç literatürde kanser hastalarında yüksek düzeyde sosyal destek bildiren diğer çalışmalar ile uyumludur (Brito vd., 2021; Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022; Ozbayır vd., 2019). Koçak Uyaroğlu ve arkadaşlarının üro-onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada sosyal destek ölçeği ortalama puanın $62,14 \pm 14,99$ olduğu saptanmıştır (Koçak Uyaroğlu vd., 2016). Yeni meme kanseri tanısı almış kadınlarda yapılan başka bir çalışmada, sosyal destek ölçeği puan ortalaması $65,45 \pm 9,40$ olarak saptanmıştır (Zhou vd., 2022). Yaşlı kanser hastaları ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise bireylerin yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları bildirilmiştir (Brito vd., 2021). Kanser hem yaşamı tehdit eden hem de uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık olması, aile ve toplum tarafından daha yüksek düzeyde empati ile karşılanmaktadır. Ayrıca kanser hastaları multidisipliner bir ekip tarafından takip edildiği için bu durum bireyler üzerinde “daha çok değer görme” algısı oluşturabilir. Tüm bu durumlar hastaların algıladıkları sosyal desteğin artmasına katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmada sosyal destek düzeyini etkileyen tanıtıcı özellikleri ile ilgili faktörler; eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, kanser türü ve evresi olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Eğitim durumu lise ile üniversite ve üstü olan hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin, okuryazar olmayan ve okuryazar olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7). Literatürdeki çalışmalar kanser hastalarında eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyinin arttığını bildirmektedir (Çalışkan vd., 2015; Koçak Uyaroğlu vd., 2016; Şimşek, 2018). Yılmaz ve arkadaşlarının kanser hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada da ortaokul/lise veya daha yüksek eğitim düzeyinden mezun olan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaz vd., 2017). Eğitim düzeyi ile sosyal destek arasındaki ilişki, kanser tedavisi ve hasta sonuçları bağlamında çok önemlidir. Araştırmalar, daha yüksek bir eğitim düzeyinin gelişmiş iletişim stratejileri ve kanser bakımında etkili bir şekilde gezinme becerisi ile ilişkili olduğunu tutarlı bir şekilde göstermektedir. Chock ve arkadaşları, daha yüksek eğitim düzeyine sahip kanser hastalarının duygusal endişelerini daha kolay ifade etme ve tedavi karar alma süreçlerine daha aktif olarak katılma eğiliminde olduklarını ve bunun onkologlarıyla daha iyi iletişim kurmalarına yol açtığını belirtmektedir (Chock

vd., 2021). Bu gelişmiş iletişim düzeyi, tedavi seçeneklerinin ve olası sonuçların daha iyi anlaşılmasını kolaylaştırabileceği ve nihayetinde hastaların durumlarına psikolojik ve duygusal uyumunu etkileyebileceği için önemlidir. Üstelik sosyal destek, kanserle ilişkili psikolojik yükleri hafifletmede hayati bir rol oynamaktadır. Genellikle daha yüksek eğitim seviyeleriyle ilişkili olan geniş bir destek ağına sahip hastaların tedavi deneyimlerini daha olumlu algıladıkları gösterilmiştir (Konermann, 2016). Bilgi ve desteğe erişimde sıkıntı yaşayan düşük eğitim geçmişine sahip hastalar için destekleyici ortamlar, etkili eğitim müdahaleleri geliştirmenin önemini vurgulamaktadır (Habimana vd., 2019). Eğitim düzeyi yüksek hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek çıkması gerek arkadaş çevresi gerekse sağlık profesyonelleri ile daha iyi iletişim kurup, ihtiyaç duyduklarında daha kolay destek talep edebildiklerinden kaynaklı olabilmektedir.

Sosyal destek düzeyini etkileyen bir diğer faktör ise medeni durumdur. Bu çalışmada evli ve çocuğu olan katılımcıların sosyal destek düzeyleri bekâr ve çocuğu olmayan bireylere göre yüksek olduğu saptandı. Birlikte yaşadığı kişiler eş, çocuk ve eş/çocuk olan bireylerin algılanan sosyal düzeyleri yalnız yaşayan bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Literatürdeki çalışmalar da evli ve çocuğu olan kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğunu desteklemektedir (Brito vd., 2021; Koçak Uyaroğlu vd., 2016; Ozbayır vd., 2019). Faghani ve arkadaşlarının(2014), İranlı kanser hastalarının eşlerini ve çocuklarını kanser yolculukları boyunca temel destek kaynakları olarak gördüklerini vurgulayarak, hastalığa uyumda aile desteğinin rolünü vurgulamaktadır(Faghani vd., 2014). Aile üyelerinin sağladığı destek, özellikle kanserle ilişkili duygusal engellerin yönetilmesinde çok önemlidir (Koçak Uyaroğlu vd., 2016). Yüksek düzeyde aile desteğinin doğrudan daha iyi başa çıkma stratejileri, azalmış kaygı ve kanser tedavisi gören hastalarda iyileştirilmiş yaşam kalitesiyle bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalarda yakın aile bağlarının önemi tekrar vurgulanmaktadır (Dewi vd., 2019). Sonuç olarak; sosyal destek, medeni durum ve çocuk varlığı arasındaki etkileşim, kanser hastalarının deneyimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Çok sayıda çalışma, sosyal desteğin kanser hastalarında başa çıkma mekanizmalarını geliştirme ve psikolojik sonuçları iyileştirmedeki önemini vurgulamaktadır. Medeni durum genellikle algılanan sosyal destek düzeyleriyle ilişkilidir, çünkü evli bireyler genellikle daha geniş destek ağlarına sahiptir, özellikle eş ve çocuklarından bu

desteği sağlamaktadır. Çalışmamızda algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek çıkmasının Türkiye’de yaşlı bireylerin sosyal güvenlik ve bakım ihtiyaçlarını karşılayan sistemin aile olmasıdır. Türkiye’de yaşlılar genellikle ocuk ve eşleriyle yaşamaktadırlar çocuklar anne ve babalarının hem fiziksel hem de duygusal anlamda onları yalnız bırakmamak için destek sunmaktadırlar. Türkiye’de kültürel olarak anne ve babaya bakmak; dini, ahlaki ve sosyal açıdan bir sorumluluktur. Çocukların yanı sıra gelin, damat, torun gibi diğer aile yeleri de destek sisteminin içine dahil olmaktadır.

Ekonomik durumu “Gelir gidere eşit” ve “Gelir giderden fazla” olan bireylerin çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği puan ortalamalarının, “Gelir giderden az” olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürdeki alışmalar da gelir durumunun algılanan sosyal destek düzeyini etkilediğini desteklemektedir (Brito vd., 2021; zbayır vd., 2019). Gelir ve sosyal desteğin kesişimi, kanser hastalarının karşılaştığı yükleri daha da kötüleştirebilecek veya hafifletebilecek karmaşık dinamikleri ortaya koymaktadır. alışmalar, düşük gelire sahip hastaların, özellikle algılanan destek eksikliğiyle birleştiğinde, genellikle artan anksiyete ve depresyon yaşadıklarını göstermektedir. Gelir durumu, yaşlı kanser hastalarının hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sonuçlarını etkilemede önemli bir rol oynamaktadır. Daha yüksek gelir düzeyine sahip olanların sağlık hizmetlerine daha iyi erişim, yeterli beslenme ve destekleyici ortamlar nedeniyle daha iyi sağlık durumu yaşadığını göstermektedir (Zhang vd., 2022). Bu ilişki, kanser teşhisi ve tedavisinin stresini artırmada kötü sağlık sonuçları ve finansal sıkıntı döngüsüne yol açan kanser bakımında özellikle etkilidir (Jiang ve Chen, 2019). Ayrıca sosyal desteğin gelir durumuyla nasıl etkileşime girdiğini dikkate almak önemlidir. Sınırlı finansal kaynaklara sahip yaşlı hastalar sıklıkla izolasyon duyguları bildirir ve bu da duygusal ve fiziksel zorluklarını daha da kötüleştirebilir (Marcus vd., 2017). Sonuç olarak, gelir durumu yeterli olan bireyler, sosyal evre ile teması daha fazla sürdürülebilir ve destek almak yerine destek vermeye de devam edebilmektedirler (torunlara harçlık, çocuklara yardım gibi). Bu da ailedeki “değerli olma” ve “saygı görme” algısını artırmakta, karşılığında daha çok destek almalarını sağlamaktadır. Maddi sıkıntısı olmayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı daha kolay olmaktadır. Gelir durumunun yüksek olması bakım sağlayan kişilerin ilgisini artırabilir bu durum da destek algısını artırmış olabilmektedir.

Bu çalışmada sosyal destek düzeyini etkileyen hastalığa ilişkin faktörler; algılanan sağlık durumu, kanser dışında kronik hastalık varlığı, hastalığa bağlı olarak gelişen hayat tarzında değişim, yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığı ve metastaz durumu olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Sağlık durumunu kötü olarak belirten, ek bir kronik hastalığı olan ve metastaz durumu olan kanser hastalarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Lee (2022), daha zayıf işlevsel yeteneklere sahip bireylerin sağlıklarını olumsuz algılama eğiliminde olduklarını ve bunun doğrudan sosyal destek deneyimleriyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır (Lee, 2022). Kanser hastaları işlevsel yeteneklerinde düşüşler yaşadıkça (yorgunluk, ağrı veya hareketlilik sorunları gibi), sosyal olarak etkileşim kurma yetenekleri azalır ve bu durum mevcut destek algısının azalmasına yol açabilir. Ek bir kronik hastalık durumu ise bu durumu daha fazla kötüleştirebilir (Lee, 2022). Nitekim Ochoa ve ark. (2018), sosyal desteğin genel sağlık algıları üzerinde aracılık etkisi olduğunu belirtmiştir (Ochoa vd., 2018). Tatum ve ark. (2024), kırsal alanlarda yaşayan kanser hastalarının genellikle daha düşük algılanan sosyal destek seviyeleri bildirdiğini ve bunu daha zayıf bildirilen sağlık durumuyla ilişkilendirdiklerini belirtmişlerdir. Kanser hastaları ayrıca hastalıklarıyla ilişkili damgalanma ve utanç yaşayabilir, bu durum destek almak için başkalarına ulaşmalarını engelleyebilir (Tatum vd., 2024). Yan ve ark. (2016) önemli sağlık sorunları yaşayanların genellikle çevresindekilere yük oldukları algısı nedeniyle topluluklarından kopuk hissettiklerini bildirdiklerini, bu durumun ise algılanan sosyal destek seviyelerini daha da azalttığını belirtmişlerdir. Sosyal destek ve sağlık arasındaki bağlantı böylece döngüsel bir desene yol açabilir: zayıf sağlık algılanan sosyal desteğin azalmasına yol açabilir, bu durum ise sağlık sorunlarını daha da kötüleştirerek devam eden zararlı bir döngü yaratabilir (Yan vd., 2016).

Hastalığa bağlı hayat tarzında değişim olduğu belirtenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Kanser teşhisi genellikle hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal refahını etkileyen bir dizi yaşamı değiştiren olayın habercisidir. Hofman ve ark. (2021), bu tür sağlıkla ilgili değişikliklerin yardım için başkalarına bağımlılığın artmasına yol açtığını ve bu durumun da hastaların sosyal ilişkilerine ve aldıkları desteğe karşı bakış açılarında

değişimlere neden olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle hastaların fiziksel sağlıkları kötüleştikçe, sosyal aktivitelere katılamamaları veya eskisi kadar tam olarak katılamamaları nedeniyle sosyal çevreleri de daralabilir. Bu durum ise algılanan sosyal destek seviyelerinin azalmasına katkı sunabilir. Sosyal destek, kişinin sosyal çevresiyle içsel olarak bağlantılıdır ve sosyal rollerdeki değişiklikler algılanan sosyal destekte bozulmalara yol açabilir (Hofman vd., 2021). Örneğin, kanser hastaları tedavi görürken aileleri ve toplumları içindeki rollerinin değiştiğini görebilirler. Bu rollerin dönüşümü, hastaların artık eskisi gibi ailelerine ve topluma katkıda bulunamayacaklarını hissedebilecekleri yetersizlik duygularına yol açabilir. Bu durum ise algıladıkları sosyal desteği azalabilir (Ge vd., 2020).

Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi/kişileri olanların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Hofman ve ark. (2021) ve Olamuyiwa ve Alabere (2022) destek alınan kişilerin varlığının algılanan sosyal destek seviyelerini artırdığını belirtmişlerdir. Günlük görevlerde yardım, randevulara ulaşım veya tedaviyle ilgili yan etkilerde yardım gibi pratik veya araçsal destek, hastaların kendilerine değer verildiği ve önemsendiği hissini yükseltir (Hofman vd., 2021). Çalışmalar, pratik desteğin kanser hastalarında psikolojik sıkıntının azalmasıyla ilişkili olduğunu ve hastaların somut görevlerde başkalarına güvenebileceklerini hissettiklerinde genel refahlarının iyileştiğini göstermektedir (Biswas vd., 2024). Bu araçsal destek biçimi yalnızca günlük zorlukların yükünü hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda hastalarla kendilerine yardım edenler arasında daha derin ve güçlü bir bağ oluşturarak algılanan sosyal destek düzeyini artırabilir.

Bu çalışmada hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması $95,39 \pm 20,32$ olup hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Literatürde kanser tanıları hastaların öz bakım günü konusunda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Goudarzian ve ark.'nın (2019) İranlı kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, kanser hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının $131,72 \pm 12,45$ olduğunu yani, hastaların öz bakım gücünü yüksek olduğunu saptamıştır (Goudarzian vd., 2019). Lenfödem tanısı olan kadın onkoloji hastalarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da hastaların öz bakım gücünün yüksek düzeyde ($151,32 \pm 21,32$) olduğu saptamıştır (Bae vd., 2017). Jinekolojik kanser hastalarının incelendiği bir araştırmada öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması

111,3±33,0 olarak bulunmuştur (Küçükkaya ve Erçel, 2019). Kolorektal kanser hastalarını kapsayan bir çalışmada ise bu değer 109,62 ± 11,62 olarak saptanmıştır (Lizdenis vd., 2015). Elde edilen bulgular ışığında mevcut çalışmadaki öz bakım gücü puanının literatüre kıyasla düşük olduğu söylenebilir. Bu durumun temel nedeninin bireylerin 65 yaş ve üzeri kanser hastalarından oluşmasıdır. Goudarzian ve arkadaşları (2019) tarafından İranlı kanser hastalarıyla yapılan çalışmada, bireylerin yaş ortalaması 46,74±16,32 olarak bulunmuş ve yaş ilerledikçe öz bakım gücünde azalma olduğu belirlenmiştir (Goudarzian vd., 2019). Yaşlı bireylerle yapılan bir araştırmada özbakım gücü puan ortalaması çalışmaya benzer şekilde 94,35 ± 16,37 ve orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Batı vd., 2024). Aydın ve Aydın Sayılan tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise yaşlı bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması 90,00±19,95 bulunmuştur (Aydın ve Aydın Sayılan, 2022). Bu doğrultuda, çalışmamızda elde edilen öz bakım gücü puan ortalamasının literatürdeki diğer kanser hasta gruplarına kıyasla daha düşük olmasının, örneklem grubunun 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Nitekim yaştan ilerlemesiyle birlikte fiziksel kapasite, bilişsel işlevler ve motivasyon düzeylerinde meydana gelen azalmalar, bireylerin öz bakım gücünü olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bulgu, yaşlı kanser hastalarında öz bakımın desteklenmesine yönelik özel stratejilere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada hastaların öz bakım gücü ile ilişkili sosyodemografik değişkenler eğitim durumu, çocuk varlığı, meslek durumu ve ekonomik durumu olarak belirlenmiştir (Tablo 4.10). Eğitim düzeyi bağlamında incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça öz bakım gücünün arttığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Işık ve arkadaşları (2020) tarafından yaşlı bireylerle gerçekleştirilen çalışmada eğitim seviyesi öz bakım gücünü etkileyen bir değişken olarak bildirilmiştir (Işık vd., 2020). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin öz yeterlilik inancı ve problem çözme becerileri de güçlenmekte, bu da öz bakım uygulamalarını olumlu yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada öz bakım gücünü etkileyen bir diğer değişken ise çocuk varlığı idi. Çocuk sahibi olan hastaların öz bakım gücü daha yüksek bulundu. Chakravarty ve Chakravarty'nin yürüttüğü çalışmada, kanser bakımında hasta grubunun büyük ölçüde yaşlı bireylerden oluştuğu ve bakım sorumluluğunun çoğunlukla, yetişkin çocuklar da dâhil olmak üzere, aile üyeleri tarafından üstlenildiği belirtilmiştir. Bu bağlamda, yaşlı hastaların sağlık sorunlarının yönetiminde aile desteğinin hayati bir

rol oynadığı vurgulanmıştır (Chakravarty vd., 2022). Ailenin sürece katılımı yalnızca pratik destek sağlamakla kalmaz; aynı zamanda öz bakım sürecinin temelini oluşturan duygusal güvenlik hissini de pekiştirir. Özellikle çocukların duygusal olarak sürece dâhil olması, kemoterapi gibi yoğun tedavi dönemlerinde önemli olan öz bakım aktivitelerine yönelik motivasyonu artırabilir (Sabino vd., 2020). Sonuç olarak, çocukların yaşlı ebeveynlerine sunduğu destek yalnızca fiziksel yardım sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda duygusal güvenlik hissini güçlendirerek öz bakım uygulamalarını da olumlu yönde etkilemektedir (Kağıtçıbaşı ve Ataca, 2015).

Bu çalışmada hastaların meslek durumu ve ekonomik düzeyi öz bakım gücü ile ilişkili bulundu. Gelir düzeyi yüksek olan hastalar daha yüksek öz bakım gücüne sahipti. Bu sonuç literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (Işık vd., 2020; Küçükkaya ve Erçel, 2019). Kanser tedavisiyle ilişkili mali yük, özellikle gelir düzeyi düşük hastalar için ciddi bir engel oluşturabilir ve bu durum bireyleri sağlık hizmeti aramaktan alıkoyabilir. Sınırlı gelire sahip hastalar, sağlıklarını yönetmek yerine çoğu zaman temel yaşam ihtiyaçlarına öncelik vermek zorunda kalabilir; bu da öz bakım uygulamalarının aksamasına ve sağlık durumunun kötüleşmesine neden olabilir. Öte yandan, daha yüksek gelir düzeyine sahip bireyler, kanser tedavisi sürecinde mali kaygılardan daha az etkilenecek sağlıklarını korumaya ve öz bakım faaliyetlerine devam etmeye daha elverişli bir ortamda bulunurlar. Sonuç olarak bu durum, finansal güvenliğin öz bakım gücü üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir (Akodu vd., 2022).

Hastaların öz bakım gücü ile ilişkili bir diğer değişken ise sağlık durumudur. Sağlık durumu daha iyi olan ve kanser dışında kronik hastalığı olmayan hastalar daha yüksek öz bakım gücü bildirmiştir (Tablo 4.11).Yapılan çalışmalar, sağlık durumundaki bozulma ile azalan öz bakım faaliyetleri arasında bir ilişki kurmuştur. Sağlık durumundaki bozulma yaşlı bireylerin öz bakım uygulamalarına katılma yetilerini sınırlamakta ve bu nedenle bakım gücü üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Liu vd., 2018a; Xu vd., 2019). Sağlık durumu doğrudan yaşlı kanser hastalarının fiziksel yeteneklerini etkilemektedir. Nispeten daha iyi sağlıkta olanlar genellikle daha az eşlik eden hastalığa, daha düşük semptom yüküne ve daha iyi işlevsel kapasiteye sahiptir ve bunların hepsi öz bakım aktivitelerine katılma yeteneklerine katkıda bulunmaktadır (Liu vd., 2018a). Ek olarak sağlık durumunu olumlu algılayan yaşlı bireyler öz bakım davranışlarında da daha olumlu bir tutum

sergilemektedir (Al-Qahtani, 2020). Sonuç olarak, sağlık durumu iyi olan yaşlı kanser hastalarının öz bakım gücü daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, sağlık düzeyinin öz bakım uygulamalarına katılımda belirleyici bir etken olduğunu göstermektedir.

Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında ($r=0.614$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Manevi iyi oluş düzeyleri yüksek olan hastaların sosyal destek düzeyleri de yüksek bulundu. Yapılan çalışmalar, bu durumu destekler niteliktedir. Sosyal desteğin kanser hastaları arasında manevi refaha önemli ölçüde katkıda bulunduğunu vurgulamıştır (Li vd., 2022; Shi vd., 2023). Li ve arkadaşları, özellikle 50 yaş üstü yemek borusu kanseri teşhisi konulan hastaların, güçlü bir sosyal destek aldıklarında daha yüksek manevi iyi oluş puanları sergilediğini gözlemlemiştir (Li vd., 2022). Shi ve arkadaşları tarafından, ileri kanser hastalarında yapılan bir çalışma sosyal desteğin psikolojik danışmanlık ve manevi teşvik sunmada önemli bir rol oynadığını, hastaların tedavi sonuçlarına olan güveni ve umudunu olumlu yönde etkilediğini vurgulamaktadır (Shi vd., 2023).

Literatür, manevi iyilik halinin hastaların sosyal destek algılarını ve deneyimlerini şekillendirmede kritik bir rol oynadığını öne sürmektedir. Özellikle, bireyler yüksek manevi iyilik hali bildirdiklerinde, aynı zamanda daha yüksek düzeyde sosyal destek algılama eğilimindedirler ve bu da genel yaşam kalitelerine ve duygusal dayanıklılıklarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Fisher, 2011; Jiao vd., 2021). Bu ilişki, kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastalarda özellikle belirgindir; burada hem sosyal destek hem de manevi tatmin, durumlarının ortaya koyduğu zorluklarla başa çıkmada temel faktörler haline gelir. Jiao ve arkadaşları, manevi iyilik halinin ileri kanserli hastalarda algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında bir aracı görevi gördüğünü açıklamıştır (Jiao vd., 2021). Haviland ve arkadaşları da kanser teşhisinden sonra sosyal desteğin sağlık ile ilgili yaşam kalitesini belirlemede önemli bir rol oynadığını ve bu desteğin algılanan sosyal yeterliliğin genellikle hastaların deneyimlediği manevi tatmin ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Haviland vd., 2017). Sosyal desteğin çok boyutlu yönlerini keşfetmek, sosyal ağların sunduğu duygusal, bilgilendirici ve somut yardımın, önemli manevi değişkenlere sahip bireylerde olumlu bir bakış açısına olanak

sağladığını ortaya koymaktadır (Chen vd., 2023). Manevi refah, amaç, anlam ve aidiyet duygusu gibi, hastaların hastalık karmaşıklıklarıyla başa çıkarken çok önemli olan unsurları kapsar. Bakıcılardan, aile üyelerinden ve arkadaşlardan alınan destek, bu manevi deneyimleri geliştirebilir, kimliğin ve öz değerin yeniden geliştirilmesine yardımcı olabilir. Türkiye gibi toplum temelli kültürlerde, yaşlı bireylerin ailesiyle olan bağları, dini inançlar, komşuluk ilişkileri hem manevi iyi oluşu hem de sosyal desteği aynı anda güçlendiren unsurlar arasında yer almaktadır. Sonuç olarak manevi iyi oluş düzeyleri yüksek olan hastaların, algılanan sosyal destek düzeyleri de yüksek çıkmıştır. Bu iki kavram genelde birbirini destekler nitelikte çıkmaktadır.

Bu Çalışmada Manevi İyi Oluş Ölçeği ile Öz Bakım Gücü Ölçeği arasında ($r=0.614$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Aktaş ve Uğur'un araştırmaları bu görüşü desteklemekte ve manevi iyilik hallerinde daha yüksek puanların kanser hastalarında anksiyete ve depresyon gibi duygusal sıkıntıların azalmasıyla pozitif korelasyon gösterdiğini vurgulamaktadır (Aktaş ve Uğur, 2023). Berly ve arkadaşlarının jinekolojik kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada da çoğu kanser hastasının yüksek düzeyde manevi iyilik hali yaşadığını bulmuş ve bu iyilik halinin kanser tedavilerinin psikolojik etkilerine karşı bir tampon görevi görebileceğini ileri sürmüştür. Manevi iyilik halinin hastaların genel yaşam kalitesini artırabileceğini ve bunun da yaşlı kanser popülasyonlarında başarılı öz bakım uygulamaları için çok önemli olduğunu göstermektedir (Berly vd., 2018). Chen ve arkadaşlarının jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmada manevi iyilik hali ile anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkinin, özellikle onkoloji başta olmak üzere tıbbi uygulamalara manevi bakımı entegre etmede çok önemli olduğunu vurgulamaktadır (Chen vd., 2021). Manevi bakımın sağlık uygulamalarına entegre edilmesinin, kanser hastalarında öz bakım davranışına katkıda bulunan faktörler olan öz saygıyı ve kişisel güçlenmeyi önemli ölçüde artırdığı öne sürülmüştür (Article, 2022). Araştırmamızın bulguları, hastaların karşılaştığı psikososyal ve varoluşsal ikilemleri yeterince ele almak için kanser bakımının manevi boyutlarını tanımanın gerekliliğini vurgulayan ve bireyselleştirilmiş manevi bakımı savunan Puchalski ve arkadaşlarının çalışmalarıyla örtüşmektedir (Puchalski vd., 2019).

Bu çalışmada, manevi iyi oluşun öz bakım gücü üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu, öz bakım gücünün %40'ının manevi iyi oluş seviyesi ile açıklandığı

sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.13). Manevi iyi oluş, bir kişinin huzur, amaç ve kendisinden daha büyük bir şeye bağlanma duygusunu kapsar ve bu durum kişinin yaşam ve sağlık hakkındaki bakış açısını önemli ölçüde etkileyebilir (Wang vd., 2022). Bovero ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırma, daha yüksek manevi iyi oluşa sahip hastaların daha iyi yaşam kalitesi ve psikolojik uyum bildirdiğini, bu durumun da bireyleri öz bakım uygulamalarına katılmaya teşvik ettiğini göstermektedir. Olumlu ruhsal sağlık, dayanıklılığı artırabilir ve hastaları daha sağlıklı davranışlar benimsemeye teşvik edebilir, bu durum ise öz bakımdaki inisiyatiflerini artırabilir (Bovero vd., 2016). Bununla birlikte, Aslan (2022) tarafından yapılan araştırma, manevi iyi oluşun kanser gibi kronik durumların yönetiminde çok önemli olan öz yeterliliği olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Güçlü z yeterliliğe sahip olan hastalar ise daha yüksek öz bakım gücüne sahiplerdir. Ek olarak, maneviyatın sıkıntı ve kaygıyı yönetme üzerindeki etkisi de önemlidir. Manevi bakım, kanser hastalarının duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını ele almada etkili bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (nal Aslan, 2022). Jiang ve Chen (2022), manevi iyiliğin kanserli hastalarda yaygın olan kaygı ve depresif semptomlara karşı koruyucu bir faktör görevi gördüğünü belirtmişlerdir. Bu sonuç kritiktir, çünkü duygusal istikrar, hastaların öz bakım faaliyetlerine katılma motivasyonunu doğrudan etkilemektedir; duygusal ve ruhsal sağlık sorunları, hastaların öz bakım görevlerini yerine getirme yeteneklerini engelleyebilir (Jiang ve Chen, 2022).

Bu çalışmada, algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu, öz bakım gücünün %37'sinin algılanan sosyal destek seviyesi ile açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.13). Araştırmalar, sosyal desteğin kanser hastaları arasında öz bakım faaliyetini artırabileceği fikrini tutarlı bir şekilde desteklemektedir. Örneğin, Tang ve ark., (2024) daha yüksek sosyal destek düzeylerinin hastaların öz bakıma katılma motivasyonunu ve güvenini önemli ölçüde artırdığını bulmuştur (Tang vd., 2024). Meraz ve ark., (2023) ise sosyal desteğin stresi azaltabileceğini ve duygusal refahı artırabileceğini, böylelikle tedaviye uyumu ve semptom yönetimini daha da artırabilecek etkili öz bakım uygulamalarına yol açabileceğini belirtmişlerdir (Meraz vd., 2023). Bu sonuçlar; sosyal desteğin sadece duygusal değil, aynı zamanda işlevsel bir rol üstlendiğini göstermektedir. Kişinin sosyal çevresinden algıladığı destek düzeyi arttıkça, öz bakım faaliyetlerine yönelimi

ve bu konudaki yeterliliği de artmaktadır. Öz bakım gücünün %37'sinin sosyal destekle açıklanabiliyor olması, bu değişkenin güçlü bir yordayıcı olduğunu ortaya koymaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hastaların çoğunluğunun 65–69 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük kısmı erkektir, ilkokul mezunudur, evlidir ve çocuk sahibidir. Hastaların önemli bir bölümü emeklidir ve çalışmamaktadır. Gelir düzeylerinin giderleriyle eşit olduğu görülmüştür. Yaşam düzenine ilişkin olarak çoğunluğun eş veya çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların çoğu sağlık durumunu orta düzeyde değerlendirmektedir. Katılımcıların büyük bölümünde kanser dışında ek bir kronik hastalık bulunmaktadır. Hastalığa bağlı yaşam tarzı değişikliklerinin yaygın olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların çoğunun yapamadıkları aktivitelerde yardımcı kişilere sahip olduğu ve bu desteğin en sık eş tarafından sağlandığı saptanmıştır. Tanısal özellikler incelendiğinde, hastaların önemli bir kısmının lenfoid veya hematolojik kanser tanısına sahip olduğu görülmektedir. Hastalık evresinin çoğunlukla 4 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %57'si 6 kür ve üzeri kemoterapi almaktadır. Hastaların yarısından fazlası kemoterapi dışında ek bir tedavi almamaktadır. Tedavi süresi açısından bakıldığında, çoğunluğun 6 ay ve daha az süredir tedavi gördüğü saptanmıştır. Ayrıca hastaların kanser nüksünün bulunmadığı ve aile öyküsünde kanserin yer aldığı görülmektedir.

Hastaların manevi iyi oluş, algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek, öz bakım gücü düzeylerinin genel olarak orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Manevi iyi oluş düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma ve ekonomik durum gibi tanıtıcı özelliklerle anlamlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca sağlık durumu, kanser türü, hastalık evresi, ek kronik hastalık varlığı, yaşam tarzı değişikliği ve sosyal destek kaynağı gibi hastalığa ilişkin özelliklerle manevi iyi oluş arasında da anlamlı düzeyde ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir.

Algılanan sosyal destek düzeyinin özellikle eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma ve gelir düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, sağlık durumu iyi olan, kronik hastalığı bulunmayan, yaşam tarzı değişikliği yaşamayan ve sosyal destek kaynağına sahip bireylerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öz bakım gücü düzeyinin eğitim durumu, çocuk sahibi olma, mesleki durum, ekonomik durum ve birlikte yaşanan kişi gibi özelliklerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık durumu iyi olan, kronik hastalığı bulunmayan ve günlük yaşam aktivitelerinde eşinden destek alan bireylerin öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Manevi iyi oluş, algılanan sosyal destek ve öz bakım gücü arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Manevi iyi oluş ve algılanan sosyal desteğin öz bakım gücünü anlamlı biçimde yordadığı; aracılık analizinde ise algılanan sosyal desteğin öz bakım gücü üzerindeki etkisinde manevi iyi oluşun anlamlı bir aracı rol üstlendiği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler;

- Kanser hastalarının yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal, sosyal ve manevi boyutlarının da dikkate alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının, hastaların manevi iyi oluş düzeylerini düzenli olarak değerlendirmesi ve ihtiyaç duyulan durumlarda psikolog, psikiyatrist ya da manevi danışmanlara yönlendirme yapması önemlidir.
- Hastanın sosyal çevresiyle iletişim kanallarının açık tutulması, sosyal destek algısının güçlenmesine ve öz bakım uygulamalarına katılımın artmasına katkı sağlayacaktır.
- Hastalara kendi semptomlarını tanıma, ilaç uyumu, beslenme ve fiziksel aktivite gibi konularda eğitim verilerek öz bakım becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri, her kontrolde hastanın öz bakım uygulamalarını değerlendirmeli ve gerektiğinde rehberlik etmelidir. Bunun yanı sıra hastalara yönelik birebir hemşire danışmanlığı, grup eğitimleri ve yazılı materyallerle destek sunulmalıdır.

- Aile bireylerine kanser, tedavi süreçleri ve bakım hakkında eğitim verilerek hastanın bakım sürecine aktif ve bilinçli katılımlarının sağlanması önemlidir.
- Kurumlar, hastaların manevi iyi oluş, sosyal destek ve öz bakım düzeylerinin rutin olarak değerlendirileceği bakım protokolleri geliştirmelidir. Sağlık profesyonelleri bu konuda hizmet içi eğitimlerle desteklenmeli; etik, kültürel ve manevi duyarlılığı kapsayan eğitim modülleri hazırlanmalıdır.
- Manevi iyi oluş, sosyal destek ve öz bakım gücünü artırmaya yönelik girişimlerin etkinliğini değerlendiren deneysel çalışmalar yapılması gerekmektedir.



KAYNAKÇA

- Abu-Rustum, N., Yashar, C., Arend, R., Barber, E., Bradley, K., Brooks, R., Campos, S. M., Chino, J., Chon, H. S., Chu, C., Crispens, M. A., Damast, S., Fisher, C. M., Frederick, P., Gaffney, D. K., Giuntoli, R., Han, E., Holmes, J., Howitt, B. E., ... Aggarwal, S. (2023). Uterine Neoplasms, Version 1.2023. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(2), 181–209.
- Adams, Q. (2019). “No Amount of Baths Is Gonna Make You Feel Better”: Seeking Balance, Wholeness, and Well-being in Everyday Self-Care. *Journal for Undergraduate Ethnography*, 9(2), 19–32.
- Afrasiabifar, A., Mosavi, A., Jahromi, A. T., & Hosseini, N. (2021). A Randomized Controlled Trial Study of the Impact of a Spiritual Intervention on Hope and Spiritual Well-Being of Persons with Cancer. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 39(3).
- Amiri A.S.E.,Bohloully, F., Khoshkangin, A., Razmi, N., Ghaddaripouri, K., & Mazaheri Habibi, M. R. (2021). *The effect of telemedicine and social media on cancer patients’ self-care: A systematic review. Frontiers in Health Informatics*, 10, 316.
- Agyemang, E. A., & Lameck, T. (2022). *A comparative study of cancer burden among males aged 35 to 75 years in Ghana : Evidence from GLOBOCAN 2022*.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347–354.
- Akçoban, S., & Tosun, B. (2023). Dorothea Elizabeth Orem’in öz-bakım yetersizlik kuramına göre KLL (kronik lenfositler lösemi) hastalığı olan COVID-19 hastasının bakımı (olgu sunumu). *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*39(3), 444–454.
- Akdemir, N., & Can, G. (2023). Kanser tedavileri ve hemşirelik bakımı. N. Akdemir & L. Birol (Eds.), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı* (8. bs., ss. 987-1012).

- Akdeniz, M., Kavukcu, E., & Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İçinde G. İzbirak (Ed.), *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı (s. 1-15). Türkiye Klinikleri.*
- Akinyemiju, T., Moore, J. X., Judd, S. E., Pisu, M., Goodman, M., Howard, V. J., Long, L., Safford, M., Gilchrist, S. C., & Cushman, M. (2018). *Pre-diagnostic biomarkers of metabolic dysregulation and cancer mortality. Oncotarget, 9(22), 16099–16109.*
- Akkanat Karagil, F. M., & Harmancı, H. (2022). Kanser tanısı alan birey ailesinde ruh sağlığı. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(9), 63–90.*
- Aktaş, A., & Uğur, Ö. (2023). The effect of physical and psychological symptoms on spiritual well-being and emotional distress in inpatient cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 31(8), 473-481.*
- 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. *Palliative and Supportive Care, 15(6), 684–692.*
- Albusoul, R. M., Hasanien, A. A., Abdel Razeq, N. M., & Al-Maharma, D. Y. (2024). Symptom clusters and their impact on spiritual well-being among women with breast cancer. *International Journal of Women's Health, 16, 961–970.*
- Alessy, S. A., Morgan, E., Al-Zahrani, A. S., Zahwe, M., Fouad, H., Bray, F., Znaor, A., & Alqahtani, S. A. (2025). Burden of five major types of gastrointestinal cancer in the Eastern Mediterranean Region. *BMJ Open Gastroenterology, 12(1), e001577.*
- Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A., & Barjasteh, S. (2018). The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 19(9), 2469–2474.*
- Alnemari, R., Khouja, J., Alnemari, A., Abo Alamah, W., & Alnemari, R. (2020). Using Gail model for breast cancer risk assessment of Saudi females living at National Guard Residential City, Jeddah Saudi Arabia. *International Journal of Advanced Research, 8(10), 1275-1285.*

- Alshawadify, A., & Al-Touny, S. A. (2023). Comparing the quality of analgesia with ultrasound-guided pectoral nerve block and serratus anterior plane block in patients undergoing modified radical mastectomy: A randomised clinical trial. *International Journal of Advanced Research*, 8(10), 1275-1285.
- Amboss. (2022). Chemotherapeutic agents.
https://www.amboss.com/us/knowledge/Chemotherapeutic_agents Erişim Tarihi:16.04.2025.
- Angguningrat, A. A. I. T., Wibawa, A., & Saraswati, P. A. S. (2024). The relationship of blood pressure and self-care behavior on the quality of life in elderly. *Physical Therapy Journal of Indonesia*, 5(1), 52-56.
- Arıkan, G. (2020). Yaşlı bireylerin ekonomik ve sosyal sorunlarına ilişkin politikalar belirleme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 260-274.
- Arslan, S., & Avcı, S. (2024). Hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 182-193
- Arslankılıç, Ç., Temiz, G., & Göktaş, ř. (2020). Kemoterapi ilaç güvenliği ve hemşirelik: Sistematik derleme. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 200-218
- Article, O. (2022). The Effect of a Spiritual Care Program on the Self - Esteem of Patients with Cancer : A Quasi - Experimental Study. 71–74.
- Aslan Z, Uğur Ö. (2023). The spiritual well-beings of cancer patients in Turkey and affecting variables. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 14 (2) 147–154.
- Aşiret, G. D. (2019). Yaşlanma ile ilgili kavramlar ve teoriler. İçinde S. Kapucu (Ed.), *Geriatric hemşireliği (ss. 1-16)*. Ankara: Hipokrat Kitabevi
- Ata, G., & Kılıç, D. (2021). Correlation of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients: The case of Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1949-1955.
- Aung, T. N. K., Khin, E. T., Moolphate, S., Angkurawaranon, C., Yuasa, M., & Aung, M. N. (2024). Social support for Thai adults with type 2 diabetes: A case-control study. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 17(10), 3753-3765.
- Aydın, M.,& Aydın Avcı, İ. (2022). Yaşlı kimdir? Temel kavramlar. İçinde M. Kabataş Yıldız (Ed.), *Geriatric psikiyatri (ss. 1-21)* In.Ankara: Nobel

- Aydın, Z. (2022). Onkolojide semptom yönetimi. İçinde G. Temiz, N. Eroğlu, & S. Akın (Eds.), *Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi (1. bs., ss. 1-8)*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ayubi, E., Lyus, R., Brhlikova, P., & Pollock, A. M. (2024). A critical appraisal of the quality of data submitted by sub-Saharan African cancer registries to GLOBOCAN 2020. *JRSM Open*, 15(1), 1–9.
- Ayvat, İ., & Özbaş, A. A. (2021). Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri: Gereksinimler de yaşılanıyor mu? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 93-100.
- Bafandeh Zende, M., Hemmati Maslakpak, M., & Jasemi, M. (2022). Effective Characteristics of Iranian Oncology Nurses in Their Therapeutic Communication With Cancer Patients. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 9(4), 218–224.
- Bahçecioğlu Turan, G., Özer, Z. and Yanmış, S. (2024), The effects of spiritual wellbeing on life satisfaction in hematologic cancer patients aged 65 and older in Turkey: mediating role of hope. *Psychogeriatrics*, 24: 1149- 1159.
- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C., Vanderweele, T., & Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, 117(23).
- Batı, S., Polat, H. T., & Akkuş, H. (2024). Determination of the relationship between self-care agency and death anxiety among elderly individuals. *Omega: Journal of Death and Dying*, 89(4), 1535–1550.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165
- Bayram, S., Çolakça, E., Derin, İ. E., Tavşan, D., Demirci, G., Yıldız, S., Şen, N., Yağmur, Z., Gecal, G., & Ceylan, G. (2025). Algılanan sosyal destek ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve Türk yaşlı erişkinlerde metodolojik uygunluğunun incelenmesi. *Sosyal Sağlık Dergisi*, 5(1), 33-47.
- Bekelman, D. B., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., Yamashita, T. E., Hutt, E., Gottlieb, S. H., Dy, S. M., & Kutner, J. S. (2009). Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and

advanced cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5), 592-598.

Belice, T., & Bölükbaşı, S. (2020). Yaşlılıkta bağışıklık sistemi, pandemi ve sosyal hizmet önerileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 433-438.

Benson, A. B., Venook, A. P., Al-Hawary, M. M., Cederquist, L., Chen, Y. J., Ciombor, K. K., Cohen, S., Cooper, H. S., Deming, D., & Engstrom, P. F. (2018). NCCN guidelines® insights: Colon cancer, version 2.2018: NCCN guidelines. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(4), 359-369.

Berk, D. (2018). Kemoterapi alan kanser hastalarında mukozit yönetimi. *Sağlık ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 28(3), 10-15

Berly, S. S., Widiyanti, E., & E. E. (2018). Spiritual Well-Being of Patients With Cancer of Gynaecologi. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*, 1(2), 292-303.

Biswas, J., Bhuiyan, A. K. M. M. R., Alam, A., & Chowdhury, M. K. (2024). Relationship between perceived social support and mental health status of the advanced cancer patients receiving palliative care in bangladesh. *Palliative Care and Social Practice*, 18.

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.

Boztıklı, M., & Ardiç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık [Spirituality and health]. *G.O.P. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi (JAREN)*, 3(ek sayı), 39-45.

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263.

Brito, T. R. P., Penido, G. de S. G., Silva, J. G. da, Fava, S. M. C. L., & Nascimento,

- M. C. do. (2021). *Factors associated with perceived social su*
- Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K. J. (2023). Updating the Definition of Cancer. *Molecular Cancer Research*, 21(11), 1142–1147.
- Can, G. (Ed.). (2020). *Onkoloji hemşireliği (Genişletilmiş ve güncellenmiş 2. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.*
- Caringal, K. S., Medina, M. F., & Unal, M. J. P. S. (2022). A study on the association of perceived spiritual beliefs, practices, and well-being of breast cancer patients in a tertiary general hospital. *Acta Medica Philippina*, 56(3), 106-112.
- Castañeda, R. F. G., Elías, M. de G. N., & Menezes, T. M. de O. (2018). Spirituality in a group of elderly Mexican residents of old people's Home: a brief descriptive report. *Nursing & Care Open Access Journal*, 5(3), 180–182.
- Chakravarty, E., Chakravarty, I., Seckin, G., Nwakasi, C., Esiaka, D., Chidebe, R., Banwo Fatai, K., & Orji, G. (2022). Cancer Care In Elderly: *Challenges And Requirements Of Informal Caregivers*. 6(1).
- 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.*, 11–7.
- Chen, Y. T., Murphy, S. L., Furst, D. E., Clements, P., Kafaja, S., Tsevat, J., Malcarne V., & Khanna, D. (2023). Factors associated with life satisfaction in systemic sclerosis : *Examining the moderating roles of social support and spiritual well-being*.
- Chithira, R. A., Osman Elamin, M., & Karanda, S. (2024). Recent and advanced trends in cancer treatments. *National Journal of Community Medicine*, 15(12), 1090–1107.
- Cho, E., & Akard, T. F. (2024). Perspectives From Adolescent and Young Adult Cancer Survivors for a Planned Nurse–Patient Dyadic Storytelling Intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 42(1), 49–63.
- Cho, E., & Akard, T. F. (2024). Perspectives from adolescent and young adult cancer survivors for a planned nurse–patient dyadic storytelling intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 42(1), 49–63.
- Chung, E., Lee, S. H., Lee, H. J., & Kim, Y. H. (2023). Comparative study of young-

- old and old-old people using functional evaluation, gait characteristics, and cardiopulmonary metabolic energy consumption. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1-11.
- Collatuzzo, G., & Boffetta, P. (2023). Cancers attributable to modifiable risk factors: A road map for prevention. *Annual Review of Public Health*, 44, 279-300.
- Cugmas, M., Ferligoj, A., Kogovšek, T., & Batagelj, Z. (2021). The social support networks of elderly people in Slovenia during the Covid-19 pandemic. *PLoS ONE*, 16(3), 1–17.
- Çelik Kenar, Z., & Çiftçi, M. K. (2025). Kanserde immünoterapi [Immunotherapy in cancer]. *Veteriner Fizyopatolojide Güncel Değerlendirmeler, Bölüm X*, 161-179. *Selçuk Üniversitesi*.
- Çelik, F., & Bektaş, H. (2020). Onkolojide yeni bir tedavi yöntemi: Elektrokemoterapi uygulaması. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(2), 194-198.
- Çetinkaya, M., & Şahin, S. (2020). Kanseri ve ergoterapi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 14-24.
- Çevik, F., Şahmak, H., & Okyay, P. (2021). Yaşam boyu göz sağlığı: 2020 vizyonu, görme hakkı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 6(3), 310-321.
- Çınar, D. (2020). Yaşlıda fizyolojik değişiklikler. İçinde A. Karadakovan (Ed.), *Yaşlıda destek bakım* (s. 157-192). *Akademisyen Kitabevi*.
- Dai, F., Liu, Y., Ju, M., & Yang, Y. (2021). Nursing students' willingness to work in geriatric care: An integrative review. *Nursing Open*, 8(5), 2061–2077.
- Danış, M. Z., & Özhan, E. (2019). Sağlık hizmetlerinde palyatif bakım, kanser ve sosyal destek: Bir vaka örneğinde güçlendirme yaklaşımının uygulanması. *Kesit Akademi Dergisi*, 18(18), 305–320.
- De La Cruz-Vargas, J. A., Ramos, W., Chanduví, W., Correa-López, L. E., Guerrero, N., Loayza-Castro, J., Tami-Maury, I., & Venegas, D. (2024). Proportion of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in Peru. *BMC Cancer*, 24(1).
- De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180–e190.

- Dede, Z., Tumer, K., Kan, T., & Yucel, B. (2023). Current advances and future prospects in cancer immunotherapeutics. *Medeni Med J*, 38(1), 88-94.
- DeGregori, J., Seidl, K. J., & Montano, M. (2025). Aging and cancer—inextricably linked across the lifespan. *Aging Cell*, 24(4), e14483.
- Demir, Y. (2021). Yaşlılık kuramları. H. Kumcağız & Y. Demir (Ed.), Yaşlılık psikolojisi: *Bütüncül yaklaşım* (ss. 31–48). İstanbul: Pegem Akademi.
- Demiray, G., & Yorulmaz, F. (2023). Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 147-155.
- Demirtürk Selçuk, E., & Demirbağ, B. C. (2019). Dorothea Elizabeth Orem'in öz bakım teorisine göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 333–342.
- Deng, Y., Zhang, K., Zhu, J., Hu, X., & Liao, R. (2023). Healthy aging, early screening, and interventions for frailty in the elderly. *BioScience Trends*, 17(4), 252–261.
- Di Capua, B., Iervolino, M., Rocconi, A., Bracci, S., Marconi, E., Dinapoli, L., Presta, F., Gambacorta, M. A., Tagliaferri, L., Marazzi, F., Valentini, V., & Colloca, G. F. (2022). SUPeRO: A Multidimensional Approach to Prevent and Manage Oncological Frailty in a Radiation Oncology Unit. *Journal of Clinical Medicine*, 11(22).
- Diao, X., Guo, C., Jin, Y., Li, B., Gao, X., Du, X., Chen, Z., Jo, M., Zeng, Y., Ding, C., Liu, W., Guo, J., Li, S., & Qiu, H. (2024). Cancer situation in China: an analysis based on the global epidemiological data released in 2024. *Cancer Communications*, 178–197.
- Diehl, T. M., Ahmed, K. S., & Pourdashti, S. (2025). Disparities in Cancer Mortality Worldwide: A Novel Metric for Measuring Global Disparities and Prioritizing Cancer Control Efforts. 1–8.
- Dişçigil, G., & Ayan, S. (2019). Yaşlılığın sosyal boyutu. In G. İzbirak (Ed.), *Birinci basamakta yaşlı sağlığı* (1. bs., ss. 19-24). Türkiye Klinikleri.
- Du, J. J., Su, Z., Yu, H., Qin, S., & Wang, D. (2023). From design to clinic: Engineered peptide nanomaterials for cancer immunotherapy. *Frontiers in Chemistry*, 10(1), 1–7.

- Durmaz, M., & Öztürk, Z. (2021). The effect of COVID-19 outbreak on older adults' hopelessness, loneliness and spiritual well-being in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 36-48.
- Durmuş, M., & Öztürk, Z. (2022). The effect of COVID-19 outbreak on older adults' hopelessness, loneliness and spiritual well-being in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 61(1), 851–865.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Elhadi, M., Khaled, A., & Msherghi, A. (2021). Infectious diseases as a cause of death among cancer patients: A trend analysis and population-based study of outcome in the United States based on the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. *Infectious Agents and Cancer*, 16(1), 1-10.
- Eliopoulos, C. (2018). Gerontological nursing (9th ed.). *Walters Kluwer, USA*.
- El-Osta, A., Sasco, E. R., Barbanti, E., Webber, I., Alaa, A., Karki, M., Asmar, M. I., Idriss, H., Almadı, M., Massoud, F., Alboksmaty, A., & Majeed, A. (2023). Tools for measuring individual self-care capability: A scoping review. *BMC Public Health*, 23(1).
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Kang, Y. S., Kim, J. H., Cho, B. L., & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283–1290.
- Erdoğan, E. N., Güvenç, G., & İyigün, E. (2023). Orem'in öz bakım eksikliği hemşirelik teorisine göre over kanseri nedeniyle ameliyat olan hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 749–758.
- Erişen, M., & Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
- Eroğlu, N., & Temiz, G. (Eds.). (2021). Kronik hastalıklarda hemşirelik süreci. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Ertürk Yavuz, M., & Gürsoy, A. (2021). Kanser Olan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 273–

- Falzone, L., Salomone, S., & Libra, M. (2018). Evolution of cancer pharmacological treatments at the turn of the third millennium. *Frontiers in Pharmacology*, 9, Article1300.
- Faramarzi, F., Zafari, P., Alimohammadi, M., Moonesi, M., Rafiei, A., & Bekeschus, S. (2021). Cold Physical Plasma in Cancer Therapy: Mechanisms, Signaling, and Immunity. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*.
- Feng, R. M., Zong, Y. N., Cao, S. M., & Xu, R. H. (2019). Current cancer situation in China: Good or bad news from the 2018 Global Cancer Statistics? *Cancer Communications*, 39(1), 1–12.
- Fettahoğlu, R., & Erdem, R. (2020). Bireylerin yaşlılık algısının sağlık hizmeti kullanımına etkisi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(4), 12-32.
- Fischer, K. M. (2022). Cancer treatment: Past, present and future. *Journal of Cancer Research & Treatment*, 10(1), 1-10.
- Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: *Connecting Spirituality, Health And Well-Being*. *Religions*, 2(1), 17–28.
- Flint, B., & Tadi, P. (2022). Physiology, aging. In StatPearls. *StatPearls Publishing*.
- Fowler, M. E., Harmon, C., Tucker, A., Sharafeldin, N., Oates, G., Baker, E., Nassel, A., Giri, S., & Williams, G. R. (2024). The association between social vulnerability and geriatric assessment impairments among older adults with gastrointestinal cancers. *The Care Registry. Cancer*, 130(18), 3188–3197.
- Ge, L., Singh, A. M., & Bexci, M. S. (2024). Research and Design of Public Spaces for Elderly People in Rural Areas. *Scientific and Social Research*, 6(3), 74–80.
- GLOBOCAN. (2025). Cancer today. <https://gco.iarc.who.int/today/en>Erişim tarihi:01.06.2025
- Goerling, U., Hinz, A., Koch-Gromus, U., Hufeld, J. M., Esser, P., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2023). *Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: Results from a multi-center cohort study in Germany*. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(9), 6371–6379.
- Guarga, L., Ameijide, A., Marcos-Gragera, R., Carulla, M., Delgadillo, J., Borràs, J. M., & Galceran, J. (2021). Trends in lung cancer incidence by age, sex and

- histology from 2012 to 2025 in Catalonia (Spain). *Scientific Reports*, 11(1), 1–8.
- Gürsu, O., & Ay, Y. (2018). Din, manevî iyi oluş ve yaşlılık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(61), 1177-1190
- Handforth, C., Clegg, A., Young, C., Simpkins, S., Seymour, M. T., Selby, P. J., & Young, J. (2015). The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: A systematic review. *Annals of Oncology*, 26(6), 1091–1101.
- Haviland, J., Fenlon, D., Winter, J., Sodergren, S., Calman, L., Corner, J., Din, A., Grimmett, C., Richardson, A., Smith, P. W., & Foster, C. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health - related quality of life: *Results from the UK ColoRECTal Wellbeing (CREW) cohort study*, 2276–2284.
- Hayırkuş, B., & Çapar, A. (2024). Yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki: Bir huzurevi örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 18(3), 336–345.
- Hışır, D., Ekinci, M., & İlem-Özdemir, D. (2022). Hedefe yönelik tedavide güncel yaklaşımlar: Lutesyum-177 ile işaretli radyofarmasötikler. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 46(1), 209-230.
- Hodge, D. R. (2015). Spirituality and religion among the general public: *Implications for social work discourse*. *Social Work*, 60(3), 219–227.
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., & Chabowski, M. (2021). Improving social support to increase Qol in lung cancer patients. *Cancer Management and Research*, 13, 2319–2327.
- 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.
- Huang, C., Wang, Y., Cai, Y., Shen, Z., Zhang, H., Tan, Z., Chen, H., & Zhou, B. (2022). Correlation among self-care ability, psychological status, and quality of life in discharged patients with hepatolithiasis complicated with diabetes mellitus and T-tube. *Frontiers in Surgery*, 9, Article 907900.
- Huxley, R. R., Ansary-Moghaddam, A., Clifton, P., Czernichow, S., Parr, C. L., &

- Woodward, M. (2009). The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: A quantitative overview of the epidemiological evidence. *International Journal of Cancer*, 125(1), 171–180.
- Işık, K., Cengiz, Z., & Doğan, Z. (2020). The Relationship Between Self-Care Agency And Depression İn Older Adults And İnfluencing Factors. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 58(10), 39–47.
- İlhan, N. (2023). Yaşlı nüfusun özellikleri. In S. Erol & F. N. Şişman (Eds.), *Yaşlı sağlığı hemşireliği (ss. 3-31)*. Ankara: NobelAkademik Yayıncılık.
- Jafari, A., & Hesampour, F. (2017). Predicting Life Satisfaction Based On Spiritual Intelligence and Psychological Capital in Older People. *Salmand*, 12(1), 90–103.
- Jane Miller, M. (2019). Cancer Risk Due to Obesity Among a University Student Population. *Oncology Research and Reviews*, 2(1), 1–5.
- Jiang, W., & Chen, L. (2022). Analysis of the factors and moderating role of self-care ability among patients with breast cancer-related lymphedema. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 926–940.
- Jiao, M., Wang, H., & Hu, Y. (2021). The Multiple Mediating Effects of Perceived Social Support and Spiritual Well-being on the Relationship Between Spiritual Needs and Quality of Life Among Patients With Advanced Cancer Quying Wen Huizhou Municipal Central Hospital.
- Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R., Ramón y Cajal, T., Mut, M., Ramchandani, A., Donnay, O., & Carmona-Bayonas, A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical and Translational Oncology*, 20(11), 1408–1415.
- Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., Rasmussen, C. L., & Johnsen, A. T. (2018). What Facilitates “Patient Empowerment” in Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review of the Literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), 292–304.
- Joshi, D. (2019). Breast cancer treatment: Survival facts and associated side effects. *International Journal of Innovative Science & Technology*, 4(15), 34-40.
- Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L.,

- Battisti, N. M. L., Moffat, G. T., Gil, J. R. L. A., Mohile, S., & Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(2), 217-224.
- Kako, J., Morikawa, M., Kobayashi, M., Kanno, Y., Kajiwar, K., Nakano, K., Matsuda, Y., Shimizu, Y., Hori, M., Niino, M., Suzuki, M., & Shimazu, T. (2023). Nursing support for breathlessness in patients with cancer: A scoping review. *BMJ Open*, 13(10), 1–6.
- Kaleli, S., Deveci, A., & Guney Eskiler, G. (2018). Which environment makes cancer? *Oncology Research and Reviews*, 1(3), 1-4.
- Kaplan, E., & Beydağ, K. D. (2023). Evde yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yükü ve spiritüel iyi oluş ilişkisi. *Fenerbahçe University Journal of Health Sciences*, 3(1), 11-21.
- Karadakovan, A. (Ed.). (2020). *Yaşlıda destek bakım. Akademisyen Kitabevi*.
- Karaman, Ş., Dayıoğlu, N., & Can, G. (2020). Kanser epidemiyolojisi. In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği: Genişletilmiş ve güncellenmiş (2. baskı, ss. 21-27). Nobel Tıp Kitapevleri*.
- Kasalak, M. A. ve Kasalak, Ç. (2022). Türkiye’deki termal turizmin üçüncü yaş turizmi açısından değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 53, 341-348.
- Kavalalı Erdoğan, T., & Koç, Z. (2021). Loneliness, death perception, and spiritual well-being in adult oncology patients. *Cancer Nursing*, 44(6), E503–E512.
- Kaykunoğlu, M., & Tambağ, H. (2022). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 429–435.
- Kayserilioğlu, G., Yazıcı, G., Koçalış, S., & Yıldız, E. (2021). Akciğer hacim küçültücü cerrahi uygulanan yaşlı hastaya Orem öz bakım eksikliği kuramına göre hemşirelik bakımı. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 4(3), 113–131.
- Kerimoğlu, E., Asıl, M., & Çeneli, Ö. (2024). Hematolojik malignitelerde kemoterapi ajanlarının serum elektrolit düzeylerine etkisi. *Mevlana Medical Sciences*, 4(1), 1-6.
- Kıskaç, N., & Babaoğlu, E. (2022). Hemşirelerin hastaların özbakım

- gereksinimlerine yönelik uygulanan hemşirelik müdahalelerine bakış açılarının kalitatif olarak incelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 49-60.
- Kim, H. S. (2011a). Development and evaluation of self-care agency promoting programme for prostatectomy patients. *International Journal of Urological Nursing*, 5(1), 34-44.
- Kim, M. M., Steffensen, I., Miguel, R. T. D., Babic, T., Johnson, A. D., Potts, R., & Junker, C. S. (2023). A systematic review of preclinical studies evaluating the association between nicotine and the initiation and progression of cancer. *Annals of Translational Medicine*, 11(12), 410-410.
- Klemp, J. R., Frazier, L. M., Glennon, C., Trunecek, J., & Irwin, M. (2011). Improving cancer survivorship care: Oncology nurses' educational needs and preferred methods of learning. *Journal of Cancer Education*, 26(2), 234-242.
- Koca, G., Seydou, S., & Yıldırım, Ö. (2022). Kanser immünoterapisinde güncel yaklaşımlar ve immünoterapinin sınırlayıcı etkilerine genel bakış. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 13(1), 153-165.
- Kocamaz, D., Tuncer, A., Yamak, D., Sever, Ö., & Yıldırım, M. (2019). Kanser ve onkolojik rehabilitasyon. *Zeugma Health Research*, 1(1), 25-30.
- Koçak Uyaroğlu, A., Gül, M., Sarı, E., & Göktaş, S. (2016). A study of uro-oncology patient perceptions of social support and hope levels. *Turkish Journal of Oncology*, 31(2), 31-38.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730.
- Kolcu, M. (2023). Yaşlanma teorileri. In S. Erol & F. N. Şişman (Eds.), *Yaşlı sağlığı hemşireliği* (pp. 33-55). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Köhler, C., Schneider, A., Marnitz, S., & Plänker, A. (2020). The basic principles of oncologic surgery during minimally invasive radical hysterectomy. *Journal of Gynecologic Oncology*, 31(1), 31-34.
- Köktürk Dalcalı, B., Durgun, H., & Can, Ş. (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 536-553.

- Kricheldorf, C., & Oswald, F. (2015). Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), 399–400.
- Kurt, B. (2020). Kemoterapi. In S. Kapucu & S. Kutlutürkan (Eds.), *Hemşirelik öğrencilerine yönelik onkoloji hemşireliği (Bölüm 6, ss. 51–52)*. Hipokrat Kitabevi.
- Kutlutürkan, S., Sözeri Öztürk, E., Böke Erdoğan, S., İyimaya, Ö., Bay, F., & Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 418-426.
- Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 137-145.
- Lanfear, C., & Harding, S. (2023). The effectiveness of nurse-led care in supporting self-management in patients with cancer: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 7996–8006.
- Lee, J. (2022). Prediction Model of the Quality of Life for Patients with Pancreatic Cancer. *Healthcare (Switzerland)*, 10(10).
- Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. P., & Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 5(4), 249–255.
- Lemon, N. (2021). Illuminating five possible dimensions of self-care during the COVID-19 pandemic. *International Health Trends and Perspectives*, 1(2), 161–175.
- Lestari, H. S. A., Sukartini, T., & Nihayati, H. E. (2023). Spiritual well-being in breast cancer patients. *Pedimaternat Nursing Journal*, 9(1), 26–30.
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chui, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5457.
- Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014–1020.

- Li, J., Xue, L., & Pan, H. (2022). Social Support and Spiritual Well-Being of Patients With Esophageal Cancer Aged Over 50 Years: The Mediating Role of Rumination. *Frontiers in Psychiatry*, 13(3), 1–8.
- Lin, J., Lengacher, C., Rodriguez, C., Szalacha, L., & Wolgemuth, J. (2021). Chemotherapy-related cognitive dysfunction in breast cancer survivors: A systematic review. *Journal of Cancer Treatment and Research*, 9(2), 27.
- Liu, D., Gao, Y., & Su, X. (2024). Self-care ability and associated factors in community-dwelling older adults living with oral frailty using the COM-B model. *Journal of oral rehabilitation*, 51.
- Liu, Y., Xue, L., Xue, H., & Hou, P. (2018). Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal*, 77(3), 303–311.
- Loh, K. P., Soto-Perez-De-Celis, E., Hsu, T., De Glas, N. A., Luca Battisti, N. M., Baldini, C., Rodrigues, M., Lichtman, S. M., & Wildiers, H. (2018). What every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with cancer: Young international society of geriatric oncology position paper. *Journal of Oncology Practice*, 14(2), 85–94.
- Londoudi, A., Skampardonis, K., Alikari, V., Prapa, P. M., Toska, A., Saridi, M., Lavdaniti, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2024). Assessment of the Relationship between Fear of Cancer Recurrence, Spiritual Well-Being, and Mental Health among Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 14(1), 317–327.
- Long, F., Li, X., Pan, J., Ye, H., Ding, C., Huang, Y., Li, J., Zhou, X., Yi, H., Huang, Q., & Si, J. (2024). The role of lncRNA NEAT1 in human cancer chemoresistance. *Cancer Cell International*, 24(1), 1–13.
- Lortet-Tieulent, J., Georges, D., Bray, F., & Vaccarella, S. (2020). Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. *International Journal of Cancer*, 147(11), 3029–3036.
- Malik, S., Guha, A., Wang, X., Weintraub, N. L., Harris, R., Datta, B., Moore, J., Nain, P., Patel, S. A., Coughlin, S., Polter, E., Prizment, A., Blaes, A.,

- Florido, R., Kutty, S., Alonso, A., Joshu, C. E., & Platz, E. A. (2024). Association Between Obesity and Risk of Total and Obesity-Related Cancer in People With Incident Cardiovascular Disease. *Journal of the American Heart Association*, 13(17), e034438.
- Mangiameli, G., Cioffi, U., Alloisio, M., & Testori, A. (2022). The state of the art in thoracic surgery: *Treating lung cancer between tradition and innovation. Metastasis*, 33-48.
- Manoli, A., McCarthy, J., & Ramsey, R. (2022). Estimating the prevalence of social and emotional loneliness across the adult lifespan. *Scientific Reports*, 12(1), 1–10.
- Marima, R., Hull, R., Lolas, G., Syrigos, K. N., Kgoebane-Maseko, M., Kaufmann, A. M., & Dlamini, Z. (2021). The catastrophic hpv/hiv dual viral oncogenomics in concert with dysregulated alternative splicing in cervical cancer. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(18), 1–14.
- Marinho, J., & Custódio, S. (2022). Geriatric oncology in Portugal: Where we are and what comes next—A survey of healthcare professionals. *Geriatrics (Switzerland)*, 7(5), 1-9.
- Massouh, A., Abu Saad Huijer, H., Meek, P., & Skouri, H. (2020). Determinants of self-care in patients with heart failure: Observations from a developing country in the Middle East. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(3), 294-303.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., & Schulman-Green, D. (2011). McCorkle2011_CA Cancer J Clin 61(1)_50-62.pdf. *CA Cancer J Clin*, 61(1), 50–62.
- Meraz, R., McGee, J., Caldwell, E. P., Ke, W., & Osteen, K. (2023). The Impact of Resilience, Health Literacy, and Social Support on Medication Adherence and Self-care Among Adults With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(5), 415–424.
- Mitina, M., Young, S., & Zhavoronkov, A. (2020). Psychological aging, depression, and well-being. *Aging (Albany NY)*, 12(18), 18765–18777.
- Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., & Gharli pour, Z. (2018). Social support and self-care behavior study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 1–6.
- Nagy, D. S., Isaic, A., Motofealea, A. C., Popovici, D. I., Diaconescu, R. G., & Negru,

- S. M. (2024). The role of spirituality and religion in improving quality of life and coping mechanisms in cancer patients. *Healthcare (Basel)*, 12(23), 2349
- Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish language equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.
- Naito, T. (2024). Uniting for greater impact: The crucial role of oncology nurses in cancer care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 100370.
- National Cancer Institute. (2015). Understanding cancer. In NIH curriculum supplement series. National Institutes of Health (NIH). Retrieved from
- Nazari, F., & Shaygannejad, V. (2021). The relationship between spiritual well-being and perceived social support in patients with multiple sclerosis. *Research Square*, 1–13.
- Nejatinamini, S., Godley, J., Minaker, L. M., Sajobi, T. T., McCormack, G. R., Cooke, M. J., Nykiforuk, C. I. J., De Koning, L., & Olstad, D. L. (2021). Quantifying the contribution of modifiable risk factors to socio-economic inequities in cancer morbidity and mortality: A nationally representative population-based cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 50(5), 1498–1511.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., ... Dowdy, S. C. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society recommendations. *International Journal of Gynecological Cancer*, 29(4), 651-666.
- Nie, Y., He, Y., Wang, J., Zhang, H., & Su, J. (2022). MRI Images-Based Evaluation of Efficacy of Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer and Its Effect on Depression and Immune Function of Patients. *Contrast Media and Molecular Imaging*, 2022.
- Norberg, C., Santamäki Fischer, R., Isaksson, U., & Lämås, K. (2019). Something wonderful and incomprehensible: Expressions and experiences of spirituality among very old people. *Journal for the Study of Spirituality*, 9(2), 125–137.
- Noronha, V., Rao, A. R., Ramaswamy, A., Kumar, A., Pillai, A., Dhekale, R., ... & Prabhash, K. (2023). The current status of geriatric oncology in India. *Ecancermedicalscience*, 17, 1-24.
- Ntarangwi, T. K. (2019). Satisfaction with Nursing Care among Cancer Patients Admitted In Oncology Wards at a National Referral Hospital in Kenya. *Saudi*

- Journal of Nursing and Health Care*, 02(11), 374–380.
- Olgun, N., Çelik, S. (2021). *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara Nobel Tıp Kitap Kitapevleri, Ankara.
- Olkakowski, M., & Budak, L. (2022). Modifiable and non-modifiable risk factors for the development of non-hereditary pancreatic cancer. *Medicina (Lithuania)*, 58(8), 1-21
- Outlaw, D., Abdallah, M., Goldstein, L. A., Giri, S., Hsu, T., Krok-Schoen, J. L., ... & Subbiah, I. M. (2022). Evolution of geriatric oncology over the past decade. *Seminars in Radiation Oncology*, 32(2), 98-108.
- Oven Ustaalioglu, B., Acar, E., & Caliskan, M. (2018). The predictive factors for perceived social support among cancer patients and caregiver burden of their family caregivers in Turkish population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 63-69.
- Önsüz, Ü., & Can, G. (2024). Müzik terapisinin çeşitli fiziksel ve ruhsal durumlarda kullanımı ve radyoterapi alan kanser hastalarında etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 17(2):225-243
- Özbayir, T., Gök, F., Arican, S., Köze, B. Ş., & Uslu, Y. (2019). Influence of demographic factors on perceived social support among adult cancer patients in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(8), 1147–1156.
- Özbek, Y., & Erol, Ö. (2024). Meme kanseri tanısı alan ve kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-9.
- Özdemir, B. (2021). Presbiakuzi: Patofizyoloji, değerlendirme ve güncel yaklaşımlar. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 657–668.
- Öztürk, S., Karakaş, Ü., Kızıl, H. E., & Uysal, H. (2022). Kanser hastalarına uygulanan farklı tedavi süreçlerinde fiziksel egzersizlerin etkisi. *Anatolia Sport Research*, 3(2), 9-16.
- Park, W., Heo, Y. J., & Han, D. K. (2018). New opportunities for nanoparticles in cancer immunotherapy. *Biomaterials Research*, 22, 1–10.
- Pathi, N., Parikh, P. M., Banerjee, J., Tilak, T., Prem, N. N., & Pillai, A. (2023). Unmet Needs in Geriatric Oncology. *South Asian Journal of Cancer*, 12(2), 221–227.
- Pehlivan, B. (2020). *50 soruda kanser*. İstanbul: Nemesis Kitap.

- Pekmezci Purut, H., Genç Köse, B., Akbal, Y., Aşık Özdemir, V., & Kefeli Çöl, B. (2022). Kemoterapi alan kanser hastalarında görülen semptomlar ve tamamlayıcı terapi uygulamaları kullanımları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(3), 211-219.
- Pınar Bölüktaş, R. (2019). Yaşlılığa genel bakış. Pınar Bölüktaş, R. (Ed.), *Temel gerontoloji* (ss.13–25).
- Pınar, Ş. E., & Demirel, G. (2016). Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 39–52.
- Pilger, C., Santos, R. O. P. dos, Lentsck, M. H., Marques, S., & Kusumota, L. (2017). Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 689–696.
- Pilleron, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Vignat, J., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Bray, F., & Sarfati, D. (2021). Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. *International Journal of Cancer*, 148(3), 601–608.
- Population Reference Bureau. (2024). Highlights from the 2024 world population data sheet. *Washington, DC: PRB. Retrieved from*, 16(9).
- Prathanee, B. (2024). Effectiveness of Diaphragmatic Breathing with Quadriceps Exercises on Maximum Phonation Time , Respiratory function and Muscle Strengthening in Community- Dwelling Elderly Introduction : 1–11.
- Presley, C. J., Krok-Schoen, J. L., Wall, S. A., Noonan, A. M., Jones, D. C., Folefac, E., Williams, N., Overcash, J., & Rosko, A. E. (2020). Implementing a multidisciplinary approach for older adults with Cancer: *Geriatric oncology in practice. BMC Geriatrics*, 20(1), 1–10.
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). *Interprofessional spiritual care in oncology : a literature review. 1–12.*
- Rakhshani, T., Najafi, S., Javady, F., Taghian dasht bozorg, A., Mohammadkhah, F., & Khani Jeihooni, A. (2022). The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a

- randomized clinical trial. *BMC Cancer*, 22(1), 1–9.
- Reis, L. A. dos, & Menezes, T. M. de O. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 761–766.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204.
- Rivera, J. N. R., & Burris, J. L. (2020). A systematic literature review and head-to-head comparison of social support and social constraint in relation to the psychological functioning of cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(3), 176–192.
- Rokach, Ami. (2023). The Effects of Loneliness on the Aged: A Review. *OBM Geriatrics*, 07(02), 1–31.
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2022). The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 833176.
- Salman, T., & Dinçkal, Ç. (2022). Kanser ve immünoterapi. In H. Koçdor, A. Pabuççuoğlu, F. Zihnioğlu, & F. Sağın (Eds.), *Sağlık biyoteknolojisi (1. baskı, ss. 78-84). Ankara: Türkiye Klinikleri*
- Sanderson, W., & Scherbov, S. (2016). A unifying framework for the study of population aging. *Vienna Yearbook of Population Research*, 14, 7-39.
- Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M. R., Rasti, M., & Kavi, E. (2020). A comparative study of perceived social support and depression among elderly members of senior day centers, elderly residents in nursing homes, and elderly living at home. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 160–165.
- Shah, M. F., Naeem, A., ul Haq, I., Riaz, S., Shakeel, O., Panteleimonitis, S., Khattak, S., Syed, A. A., & Parvaiz, A. (2022). Laparoscopy offers better clinical outcomes and long-term survival in patients with right colon cancer: Experience from national cancer center. *Annals of Coloproctology*, 38(3), 223-229.
- Shahmohammadi, S., Mangolian Shahraki, P., Radmehr, M., & Shahraki, S. K. (2024). The effectiveness of aesthetic care training on nurses' perceptions of end-of-life care in patients with cancer: A quasi-experimental study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 1-8.

- Shi, X., Wang, F., Xue, L., Gan, Z., Wang, Y., Wang, Q., & Luan, X. (2023). Current status and influencing factors of spiritual needs of patients with advanced cancer: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 1–12.
- Shin, S., & Park, H. (2017). Effect of empowerment on the quality of life of the survivors of breast cancer: The moderating effect of self-help group participation. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(4), 311–319.
- Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(1), 12–49.
- Sonneborn-Papadakostopoulos, M., Dubois, C., Mathies, V., Heß, M., Erickson, N., Ernst, T., & Huebner, J. (2021). Quality of life, symptoms and dietary habits in oncology outpatients with malnutrition: A cross-sectional study. *Medical Oncology*, 38(2), 1-10.
- Staff, N. P., Hirska, S. C., Dasari, S., Capobianco, E., & Rieger, S. (2023). Skin extracellular matrix breakdown following paclitaxel therapy in patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancers*, 15(16), 4191.
- Steijvers, L. C. J., Leeferink, F., Brinkhues, S., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijters, N. H. T. M. (2023). Social networks and health behaviors during the COVID-19 pandemic: a qualitative study among older adults in the Netherlands. *Journal of Public Health (Germany)*, 32(10), 1989–2000.
- Şayık, D., Ak, A., Dinibütün Öğrünç, E., Ermis, S. S., & Musmul, A. (2021). Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım: Sağlıklı - Kalıcı Kilo Verme ve Psikolojik Belirtiler Üzerine Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1), 311–323.
- Şentürk, E., & Erpolat, P. (2023). The potential effect of PET on radiotherapy treatment planning in neuro-oncology. *Nuclear Medicine Seminars*, 9(3), 150–155.
- Şimşek, H. N., Demirci, H. & Bolsoy, N. (2018). Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97–103.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Kanser istatistikleri 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2020.pdf Erişim tarihi: 16.05.2025

- Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic physician*, 9(3), 3980–3985.
- Tan, H. N., & Yıldız, M. (2022). “Manevî iyi oluş” kavramının ortaya çıkışı ve tanımlanması. *Dini Araştırmalar*, 25(63), 447-476.
- Tang, X., Wei, Y., Kong, L.-N., & Lu, F. (2024). Relationship between social support and self-care ability among patients with breast cancer during rehabilitation: The multiple mediating roles of resilience and depression. *Journal of Clinical Nursing*, 34, 161–170.
- Tatum, K. L., Morris, B. B., Glasgow, T. E., Lee, S. M., Barsell, D. J., Fugate-Laas, K., & Fuemmeler, B. F. (2024). Rural-specific identity and associations with lifestyle behaviors and well-being among rural cancer survivors. *Journal of Rural Health*, 623–633.
- Temiz, G. (2021). Kanser ve hemşirelik süreci. N. Eroğlu & G. Temiz (Ed.), *Kronik hastalıklarda hemşirelik süreci* (ss. 293-312). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tomi, S. D., & Malenkovi, G. (2023). Sociodemographic , Clinical Characteristics , and Social Support among Breast Cancer Patients in Serbia.
- Tran, K. B., Lang, J. J., Compton, K., Xu, R., Acheson, A. R., Henrikson, H. J., Kocarnik, J. M., Penberthy, L., Aali, A., Abbas, Q., Abbasi, B., Abbasi-Kangevari, M., Abbasi-Kangevari, Z., Abbastabar, H., Abdelmasseh, M., Abd-Elsalam, S., Abdelwahab, A. A., Abdoli, G., Abdulkadir, H. A., ... Murray, C. J. L. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 400(10352), 563–591.
- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2401-2419.
- Türkiye İstatistik Kurumu(2024). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, Ankara: TÜİK
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). İstatistiklerle yaşlılar, 2024.13(3), (Sayı: 54079).

- Tybjerg, A. J., Friis, S., Brown, K., Nilbert, M. C., Mørch, L., & Køster, B. (2022). Updated fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in Denmark in 2018. *Scientific Reports*, 12(1), 1–11.
- Uğuz, Ö., & Keskin, G. (2024). The mediating role of resilience in the relationship between hope and spiritual well-being in cancer patients: A study from Turkey. *Cancer Nursing Advance*, online publication.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2024). Ageing. New York
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division UNFPA, (2024). World population prospects 2024: *Summary of results*. New York: United Nations. Retrieved from <https://population.un.org/wpp>
- Uslu Şahan, F., & Terzioğlu, F. (2020). Hemşirelerin Kanser Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller Nurses' Spiritual Care Practices and Barriers for Cancer Patients. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUJHS*, 9(4), 340–349.
- Uyanık, Y., & Başyigit, R. (2018). Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. *İş ve Hayat*, 4(8), 273–310.
- Ünal Aslan, K. S. (2022). The Mediating Role Of Self-Efficiency And Resilience İn The Effect Of Spiritual Care On Psychological Well-Being İn Hemodialysis Patients: *Descriptive Research. Journal Of Traditional Medical Complementary Therapies*, 5(3), 236–244.
- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. *Akademi. Basın ve Yayımcılık*. 2012.ss:319-337.
- Verduzco-Aguirre, H. C., Navarrete-Reyes, A. P., Chavarri-Guerra, Y., Ávila-Funes, J. A., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2019). The effect of a geriatric oncology clinic on treatment decisions in Mexican older adults with cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(5), 992-997.
- Wang, F., Zhang, X., Wang, Y., Chen, Y., Liu, H., Meng, X., Ye, X., & Chen, W. (2023). Activation/inactivation of anticancer drugs by CYP3A4: Influencing factors for personalized cancer therapy. *Drug Metabolism and Disposition*, 51(5), 543-559.
- Wang, L., Liang, Z., Guo, Y., Habimana, J. de D., Ren, Y., Amisah, O. B.,

- Mukama, O., Peng, S., Ding, X., Lv, L., Li, J., Chen, M., Liu, Z., Huang, R., Zhang, Y., Li, Y., Li, Z., & Sun, Y. (2024). STING agonist diABZI enhances the cytotoxicity of T cell towards cancer cells. *Cell Death and Disease*, 15(4).
- White-mans, S., Dapremont, J., Davis, B. D., & Thompson, T. (2020). Who can help us on this journey? African american woman with breast cancer: Living in a city with extreme health disparities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4).
- World Bank. (2024). Population ages 65 and above (% of total population) [Data set]. Washington, DC: World Bank. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- World Health Organization. (2024). Ageing and health. World Health Organization 1(10). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2025). Ageing. 30(6)<https://www.who.int/health-topics/ageing>
- Wungrath, J., Khumai, N., & Phrommasen, P. (2022). The Effect of Health Promotion Program on Perceived Self-Efficacy and Self-Care Practices among Elderly with Multimorbidity in Chiang Mai, Thailand. *Kesmas*, 17(3), 198–203.
- Xie, J., Zhu, T., Lu, Q., Xu, X., Cai, Y., & Xu, Z. (2020). The effects of add-on self-care education on quality of life and fatigue in gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1–8.
- Xu, H., Xu, G., Liu, Y., Mu, X., Liu, Y., & Hu, H. (2021). Effect of Narrative Nursing Intervention Based on Targeted Nursing Intervention on Anxiety and Nursing Satisfaction of Patients with Malignant Tumors Undergoing Chemotherapy. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021.
- Xu, Y., & Yang, J. (2022). The effect of 5A nursing combined with psychological nursing on the immune function, cancer-related fatigue and complications of patients undergoing radical resection of colorectal cancer. *Cellular and Molecular Biology*, 68(1), 169–176.
- Yakar, H. K. (2023). Kanserler ve hemşirelik yaklaşımları. S. Erol & F. N. Şişman (Eds.), *Yaşlı sağlığı hemşireliği* (ss. 601-617). Ankara: Nobel Akademik

Yayıncılık.

- Yakar, M., Etiz, D., Kürti, D., Duruer, K., & Bozdoğan, Ö. (2024). Online radyoterapi bilgilendirme uygulaması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 46(6), 832-841.
- Yamanaka, M., & Suzuki, K. (2021). Evaluation of Appropriateness of A Nursing Intervention Program to Promote Pain Self-Management for Adult Outpatients with Cancer Pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 33-39.
- Yari, S., Fallah Asadi, A., & Nomohammadi, M. (2018). Occupational and environmental cancer. *Asian Pacific Journal of Environment and Cancer*, 1(1), 5-13.
- Yavaş Çelik, M. (2019). Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre hemşirelik bakımı: Vaka sunumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(3), 97-104.
- Yehya abed zead, W., & Kareem khadir, A. (2023). The impact of depression Level among elderly residents in nursing home and community: A comparative study. *Journal of Contemporary Medical Sciences*, 9(5), 366-370.
- Yeşil, F. (2020). Yaşlı bakımına ilişkin temel kavramlar. In Ş. Can (Ed.), Yaşam modeli doğrultusunda yaşlı sağlığı (bölüm 1, ss. 1-19). Ankara: Vize Yayıncılık
- Yıldız, F., & Çınar, S. (2024). Huzurevinde kalan yaşlılarda 5A modeline dayalı akciğer sağlığını geliştirme programının etkinliği: Bir randomize kontrollü çalışmanın protokolü. *Geriatric Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 15-22.
- Yılmaz, M. S., & Mermutlu, A. (2023). Aging perception and death anxiety in elderly individuals. *Olgu Journal of Sociology*, 2(1), 47-58.
- Yoon, J., Knapp, G., Quan, M. L., & Bouchard-Fortier, A. (2021). Cancer-specific outcomes in the elderly with triple-negative breast cancer: A systematic review. *Current Oncology*, 28(4), 2337-2345.
- You, Y., Huang, L., Peng, X., Liao, L., Zhang, F., Feng, M., Chen, Y., Chang, H., Mo, B., & Liu, Y. (2023). An analysis of the influencing factors of depression in older adults under the home care model. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1191266.
- Youssef, S., Abd El-Monem, E., & Elsayed, H. (2024). The relationship between reproductive factors and risk of breast cancer among premenopausal women.

Helwan International Journal for Nursing Research and Practice, 3(5), 468-486.

Yuan, J., Yang, L., Li, Z., Zhang, H., Wang, Q., Huang, J., Wang, B., Mohan, C. D., Sethi, G., & Wang, G. (2023). The role of the tumor microenvironment in endocrine therapy resistance in hormone receptor-positive breast cancer. *Frontiers in Endocrinology*, 14(10), 1–11.

Zarei, M., Sharif-Nia, H., Lehto, R. H., Goudarzian, A. H., & Ashghali-Farahani, M. (2024). Relationship Between Fear of Cancer Recurrence and Quality of Life in Patients Undergoing Active Cancer Treatment: The Mediating Role of Social Support. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 25(5), 1787–1793.

Zhang, Y. B., Pan, A., Wang, J., Pan, X., Chen, F., Li, H., Cao, A., & Liu, G. (2024). Investigating the relationship between lifestyle and environmental factors with the incidence and prevalence of cancer. *Clinical Cancer Investigation Journal*, 12(5), 64-68.

EKLER

Ek-1

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, ayaktan kemoterapi alan 65 yaş üstü kanser hastalarında manevi iyi oluş, sosyal destek ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Tez Danışmanı

Hatice İMECE

Prof.Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

3) Eğitim durumunuz:

1) Okuryazar değil

2) Okuryazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite ve üzeri

4) Medeni durumunuz:

1) Evli

2) Bekâr

5) Çocuğunuz var mı?

1) Evet (Sayı)

2) Hayır

6) Mesleğiniz:

1) Emekli

2) Memur

3) İşçi

4) Serbest Meslek

5) Diğer

7) Çalışma durumunuz:

1) Çalışıyor

2) Çalışmıyor

8) Ekonomik durumunuzu nasıl ifade edersiniz?

1) Gelir giderden az

2) Gelir gidere eşit

3) Gelir giderden fazla

9) Birlikte yaşadığınız kişiler:

- 1) Yalnız
- 2) Eş
- 3) Çocuk
- 4) Anne/Baba
- 5) Kardeş
- 6) Bakıcı
- 7) Diğer
- 8) Eş/Çocuk

10) Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

11) Kanser dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

- 1) Evet (Açıklayınız)
- 2) Hayır

12) Hayat tarzınızda hastalığa bağlı değişim var mı?

- 1) Evet (Açıklayınız)
- 2) Hayır

13) Yapamadığınız aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler var mı?

- 1) Evet (Açıklayınız)
- 2) Hayır

14) Kanser türü:

- 1) Meme CA
- 2) Kolon CA
- 3) Mide CA
- 4) Üro-genital CA
- 5) Pankreas CA
- 6) Lenfoid ve Hematolojik CA
- 7) Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA
- 8) Diğer

15)Kaçınıcı evre:

- 1) I evre
- 2) II evre
- 3) III evre
- 4) IV evre
- 5) Bilmiyorum

16)Kaçınıcı kür kemoterapi alıyorsunuz?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6 ve üzeri

17)Kemoterapi dışında almış olduğunuz tedaviler:

- 1) Cerrahi tedavi
- 2) Radyoterapi
- 3) İmmünoterapi
- 4) Diğer
- 5) Yok
- 6) Cerrahi tedavi, radyoterapi

18)Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?.....ay

19)Kanser nüksünüz oldu mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

20)Ailenizde kanser öyküsü var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Ek-2

Manevi İyi Oluş Ölçeği

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

		Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum					
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var					
Sp3	Yaşamım verimlidir					
Sp4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum					
Sp5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum					
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum					
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum					
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun					
Sp9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum					
Sp10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum					
Sp11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi					
Sp12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum					

Ek-3

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.



	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							



Ek-4

Öz Bakım Gücü Ölçeği

Öz Bakım Gücü Ölçeği					
Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor” 1 puan, “Fikrim yok” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan ve “Beni çok tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir.					
İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.					
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayım.					

Ek-4Öz Bakım Gücü Ölçeği devam

19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

□

Ek-5 Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2500003748
Konu : Etik Kurul Kararı (Hatice İMECE)

22.01.2025

Sayın Hatice İMECE
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Ayaktan Kemoterapi Alan 65 Yaş Üstü Kanser Hastalarında Manevi İyi Oluşun, Sosyal Desteğin ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 30.12.2024 tarihli ve 2024/10 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ali Haydar ŞAR
Kurul Başkanı

Ek: Hatice İMECE

Ek-6Kurum İzni Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-271494989
Konu : Hatice İMECE'nin Çalışma İzni Hk.

17.03.2025

DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 25.02.2025 tarihli ve E-14679818-771-269358606 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıda konu olan, Hastanenizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Hatice İMECE'nin, **"Ayaktan Kemoterapi Alan 65 Yaş Üstü Kanser Hastalarında Manevi İyi Oluşun, Sosyal Desteğin ve Öz bakım Gücünün İncelenmesi"** başlıklı çalışmasını Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **06.03.2025 tarih ve 2025/2 sayılı kararınca uygun görülmüştür.** Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde yapılması (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek), sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Başkan

Ek -7

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK tarafından yürütülen “Ayaktan Kemoterapi Alan 65 Yaş Üstü Kanser Hastalarında Manevi İyi Oluşun, Sosyal Desteğin Ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, ayaktan kemoterapi alan 65 yaş üstü kanser hastalarında manevi iyi oluş, sosyal destek ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 25-30 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakm hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmza

Ek-8Ölçek İzinleri

H

Hatice İmece <5

Alici: haluk.arkar

13 Kas Çar 01:16 (13 gün önce) ☆ 😊 ↶ ⋮

Merhaba Haluk Bey İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları bölümünde yüksek lisans yapıyorum. kanser hastalarında yapacağım tezimde izniniz olursa Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Yardımcı olursanız sevinirim. Şimdiden teşekkürler.

Hatice İmece

h

haluk arkar

Alici: ben

13 Kas Çar 10:44 (13 gün önce) ☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Hatice İmece,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Valdıız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Windows'u Etkinleştir

H

Hatice İmece

Alici: ben

13 Kas Çar 01:25 (13 gün önce) ☆

Merhaba Nursen Hanım İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım kanser hastalarında yapacağım tezimde

n

NURSEN NAHCİVAN

Alici: ben

13 Kas Çar 13:26 (13 gün önce) ☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Hatice İMECE,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN

Fw: Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim

1 mesaj

Ümmühan Aktürk <[REDACTED]>

15 Kasım 2024 15:11

Alıcı: [REDACTED]

[iOS için Outlook uygulamasını edinin](#)**Gönderen:** Ümmühan Aktürk <[REDACTED]>**Gönderildi:** Sunday, November 10, 2024 12:01:37 PM**Kime:** [REDACTED]**Konu:** Fw: Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim

Diğerini yarın gönderirim

[iOS için Outlook uygulamasını edinin](#)**Gönderen:** Ümmühan Aktürk <[REDACTED]>**Gönderildi:** Sunday, January 29, 2023 3:10:13 PM**Kime:** [REDACTED]**Konu:** Fwd: Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim[iOS için Outlook uygulamasını edinin](#)**Gönderen:** Ümmühan Aktürk <[REDACTED]>**Gönderildi:** Friday, January 27, 2023 2:31:58 PM**Kime:** [REDACTED]**Konu:** İlt: Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim

Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK

İnönü Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Halk Sağlığı Hemşireliği

Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK

İnönü Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Halk Sağlığı Hemşireliği

Gönderildi: 29 Aralık 2022 Perşembe 22:18**Kime:** [REDACTED]<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=a91d838235&ui=want&search=alt&permthrid=thread.f1815790153999969901&simlitem=f18157901539999>

1/3

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Hatice İMECE

A.EĞİTİM

- Lisans: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi (2011-2015)
- Ön Lisans: Anadolu Üniversitesi AÖF Sosyal Hizmetler (2015-2017)
- Yüksek lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Programı, (2025)

B.YAYINLAR

Çam, F., Şirinoğlu Demiriz, I., İmece, H., Günay, L., & Yeşilbağ, Z. (2018)
Etkin sağlık bakımı katater ilişkili enfeksiyon oranını azaltır mı? 10. Ulusal
Kemik İliği Transplantasyonu ve Hücresel Tedaviler Kongresi, Antalya, Türkiye

C.KONGRE SEMİNER VE KURSLAR

- XIX. Uluslararası Romatoloji Kongresi (Katılım Sertifikası)
- Umke Temel Eğitimi 2022 (Katılım Sertifikası)
- Temel Geriatri Hemşireliği Eğitimi (Katılım Sertifikası)
- İlk Yardım Kursu (Katılım Belgesi)
- Uluslararası Onkoloji Hemşireliği Kongresi 2025 (Katılım Belgesi)

D.GÖREV YERİ

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği (2015-2016)
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji – Romatoloji – Endokrinoloji Kliniği (2016-2025)