



**KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ
HASTALARDA DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE
UMUTSUZLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Canan YAZICI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr.Üyesi Runida DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi – 2023

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA
DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE UMUTSUZLUK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Canan YAZICI

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Runida Doğan danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “ Kolorektal Kanseri Cerrahisi Geçirmiş Hastalarda Dini Başa Çıkma Tarzları ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../20...

Canan YAZICI

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kolorektal Kanser	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.1.4. Belirti ve Bulgular	6
2.1.5. Tanı Koyma	7
2.1.6. Evreleme	8
2.1.7. Tedavi	10
2.1.8. Hemşirelik Bakımı	12
2.2. Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Görülen Komplikasyonlar	13
2.2.1. Fizyolojik Komplikasyonlar	14
2.2.2. Psikolojik Komplikasyonlar	15
2.3. Kanser ve Kolorektal Kanserde Başa Çıkma.....	16
2.3.1. Dini Başa Çıkma	18
3. MATERYAL VE METOT	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri	23

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	61
EK-1. Özgeçmiş.....	61
EK-2. Etik Kurul Onayı	62
EK-3. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni	63
EK-4. Kişisel Bilgi Formu	64
EK-5. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	66
EK-6. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	67
EK-7. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni.....	69

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgi, görüş ve önerilerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli hocam ve tez danışmanım Sn. Dr. Öğretim Üyesi Runida DOĞAN'a, beni yetiştiren ve her zaman destekcim olan annem Remziye YAZICI ve babam Ramazan YAZICI'ya ve kardeşlerime çok teşekkür ederim. Ayrıca veri toplama sürecinde yardımcı olan sevgili mestektaşlarım ve diğer sağlık çalışanlarına ve araştırmaya katılarak samimiyetle soruları cevaplayan bütün hastalara teşekkür ederim.



ÖZET

Kolorektal Kanser Cerrahisi Geçirmiş Hastalarda Dini Başa Çıkma Tarzları ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş hastaların dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel olarak yapıldı.

Materyal ve metot: Araştırmanın evrenini; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Servisinde yatan kolorektal kanser cerrahi geçirmiş hastalar, örneklemini ise bu hastalar arasından araştırmaya alınma kriterlerine uyan 113 hasta oluşturdu. Haziran 2020- Ocak 2023 tarihinde yapılan araştırmada veriler; Kişisel Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 26 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %48.67'si 64 yaş üzerinde, %63.70'i erkektir. Araştırma sonucunda olumlu dini başa çıkma tarzı ortanca puanı 23.0, olumsuz dini başa çıkma tarzı ortanca puanı 10.0 ve Beck Umutsuz Ölçeği ortanca puanı 5 olarak belirlendi. Araştırma sonucunda Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması ile olumlu dini başa çıkma tarzı alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde($r:-0.49$), Beck Umutsuzluk Ölçeği ile olumsuz dini başa çıkma tarzı alt boyut ortalaması arasında ise pozitif yönde orta düzeyde($r:0.51$) ilişki saptandı.

Sonuç: Araştırmaya katılan hastaların olumlu dini başa çıkma tarzı puanı arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı belirlendi. Araştırma sonucu dini başa çıkma tarzlarının umutsuzluk düzeyini etkilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dini başa çıkma, Hemşire, Kolorektal kanser, Umutsuzluk

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Religious Coping Styles and Hopelessness in Patients Who Underwent Colorectal Cancer Surgery

Aim: This descriptive relational study was conducted to investigate the relationship between religious coping styles and hopelessness levels of patients who underwent colorectal cancer surgery.

Material and method: The population of the study consisted of patients who underwent colorectal cancer surgery in the general surgery service of İnönü University Turgut Özal Medical Center, and the sample consisted of 113 patients who met the inclusion criteria of the study. The data in the research conducted between June 2020 and January 2023; Personal Information Form was collected with Beck Hopelessness Scale and Religious Coping Styles Scale. The SPSS 26 package programs were used to evaluate the data.

Results: 48.67% of the patients participating in the study were over 64 years old and 63.70% were male. As a result of the research, the median score of positive religious coping style was determined as 23.0, median score of negative religious coping style was 10.0, and median score of Beck Hopeless Scale was determined as 5. As a result of the research, a moderate negative correlation was found between the Beck Hopelessness Scale mean score and the positive religious coping style sub-dimension mean score($r:-0.49$), and a positive moderate relationship was found between the Beck Hopelessness Scale and the negative religious coping style sub-dimension mean score($r:0.51$).

Conclusion: It was observed that as the positive religious coping style score of the patients participating in the study increased, the level of hopelessness decreased. The results of the research show that religious coping styles affect the level of hopelessness.

Key Words: Religious coping, Nurse, Colorectal cancer, Hopelessness

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
CAE	: Cerrahi Alan Enfeksiyonu
DM	: Diyabetes Mellitus
FDG	: Fluorodeoksiglukoz
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
IARC	: Internation Agency for Research on Cancer
KRK	: Kolorektal Kanser
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
SPSS	: Statistical Program in Social Sciences
vb.	: ve benzeri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Kolon ve Rektum Anatomisi.....	4
Şekil 2.2. Sağ ve Sol Hemikolektomi.....	11
Şekil 2.3. Subtotal ve Pan-Prokto Kolektomi.....	11
Şekil 2.4. Yüksel Anterior, Düşük Anterior ve Abdomino-Perineal Rezeksiyon	12



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. TNM Evrelemesi.....	9
Tablo 2.2. TNM Evrelemesi Göre KKK Evrelemesi	10
Tablo 2.3. Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve klinik bilgileri.....	25
Tablo 4.2. Hastaların ölçek skorlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	26
Tablo 4.3. Sosyo-Demografik ve Klinik Bilgilerin Dini Başa Çıkma Tarzları Ortanca Skorları Açısından Karşılaştırılması	27
Tablo 4.4. Sosyo-Demografik ve Klinik Bilgilerin Umutsuzluk Ortanca Skorları Açısından Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	30
Tablo 4.6. Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	31

1. GİRİŞ

Kanser, kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize olan Türkiye’de ve dünyada görülme sıklığı hızla artış gösteren evrensel bir sağlık sorunudur (1, 2). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının (IARC) son verilerine göre 2020 yılında dünyada yaklaşık 10 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (3). Kolorektal kanser (KRK) ise dünyada en yaygın görülen kanser türleri arasında üçüncü sırada yer alırken, kanser nedeniyle ortaya çıkan ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır. Dünya çapında yılda yaklaşık 2 milyon kişiye KRK tanısı konulduğu ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölümlerin %9.39’unun KRK nedeniyle yaşandığı bildirilmektedir. Türkiye’de yayımlanan son istatistiklere göre ise KRK; kadınlarda %9.1, erkeklerde %9 oranla her iki cinsiyette de en çok görülen kanser türleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (4-7).

Kolorektal kanser hastaları; tanı ve tedavi sürecinde yaşananlar, kanama, emboli, cerrahi alan enfeksiyonu, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, stoma komplikasyonları vb. birçok fizyolojik sorun yaşamaktadır. Bu sorunlar ise hastalarda; düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, beden imajında bozulma, depresyon, umutsuzluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir (8-13). Song ve arkadaşları KRK hastalarının, farklı şiddetlerde psikolojik sıkıntı yaşadıklarını saptamıştır (14). Schuurhuizen ve arkadaşları da metastatik KRK’li hastalarda yaptıkları bir araştırmada; hastaların endişe, depresif duygudurum, umutsuzluk ile seyreden psikolojik sıkıntılar yaşadığını belirlemiştir (15).

Umutsuzluk; depresyon ve anksiyeteye neden olmakla birlikte intiharın önemli bir yordayıcısı olması bakımından üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (1, 16-19). Bir hemşirelik tanısı olan umutsuzluk “bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendine fayda sağlamak için enerji sarf edemediği bir durum” şeklinde tanımlanmaktadır (20). Umutsuz bireylerde fiziksel ve davranışsal bazı olumsuz belirtiler görülmektedir. Bunlardan bazıları; iştahta azalma, kilo kaybı, uyku örüntüsünde bozulma, yorgun ve çaresiz hissetme, duyguları ifade etmede azalma, sosyal ortamdan uzaklaşma, dış uyaranlara verilen tepkinin azalması, yaşama isteğinin azalması, hayal etme yeteneğinin azalması olarak sıralanabilir (20, 21).

Literatürde, kanser gibi yaşamı etkileyen bir tanıya sahip hastalarda umudu korumanın fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (1, 18, 21). Aynı zamanda umudun, kanser hastalarının tanı ve tedaviye uyumunda da etkili bir parametre olduğu görülmektedir (22). Baalen ve arkadaşlarının kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada umut ile ruhsal iyilik arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır (23). Yine Mahendran ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derlemede, kanser hastalarında umut/umutsuzluğun birçok biyopsikososyal faktör ile ilişkili olduğu görülmüştür (24).

Umutsuzluk yaşayan birey, hastalığıyla mücadele etme ve tedaviye uyum sağlayabilmek için başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirebilmektedir (16, 25). Başa çıkma “bireyin, dış ve iç dünyasında ortaya çıkan zorluk ve gereksinimleri ortadan kaldırmak, kontrol altına almak, gerginlikleri azaltmak için gösterilen bilişsel ve davranışsal çaba” şeklinde tanımlanmaktadır. Başa çıkma stratejilerine bakıldığında dini başa çıkmanın önde gelen stratejiler arasında olduğu görülmektedir (26, 27). Dini başa çıkma mekanizması; sorun ve stresle başa çıkma sürecinde inancın kullanmasıdır (27, 28). Dini inançlar, hayatın zorluklarına karşı insanlara sığınacak bir liman olabilmekte ve o an yaşanan umutsuzluk vb. duygulara dayanma gücünü artırabilmektedir. Yapılan bazı araştırmalar; dini başa çıkma davranışlarının daha iyi bir fiziksel sağlık, daha iyi bir ruh sağlığı ve daha hızlı bir iyileşme süreci ile ilişkili olduğunu göstermektedir (27-30). İbadet etme, türbe vb. ziyaret etme, dua etme, adak adama gibi yöntemleri kullanan hastaların sorunlarla daha etkili başa çıktıklarını gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır (25, 26, 30, 31). Dini başa çıkma ve umut/umutsuzluğun birbiriyle ilişkili olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (32, 33). Costa ve arkadaşları, kanser hastalarında dini/manevi başa çıkma ile umut arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada olumlu dini başa çıkma düzeyi yüksek olan hastaların umut düzeylerinin de yüksek olduğu sonucuna varmıştır (34). Sabancıoğlu ve Yılmaz’ın yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmıştır (35).

Kolorektal kanser hastalarının zorluklarla başa çıkmada farklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları bilinmektedir (36-38). Shaour ve arkadaşları KRK hastalarının başa çıkmada; sorun ile karşı karşıya gelme, durumu inkar etme, kaderci düşünme gibi farklı birçok yöntemi kullandıkları sonucuna varmıştır (39). Kang ve Son, farklı yaş gruplarındaki KRK hastalarının başa çıkma stratejilerini incelemiş ve uyumsuz başa çıkma stratejilerini kullanan hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (40). Nejat ve arkadaşları KRK hastalarının, başa çıkmada dini,

bir kaynak olarak kullandığını belirlemiş ve hemşirelerin bunu göz önünde bulundurarak dini inançları tanıma, destekleme becerisi kazanması ve böylelikle bütüncül bir bakım sağlaması gerektiğini önermişlerdir (41).

Literatür incelendiğinde KRK cerrahisi geçirmiş hastalarda dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiğı bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle araştırmanın literatüre önemli bir fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

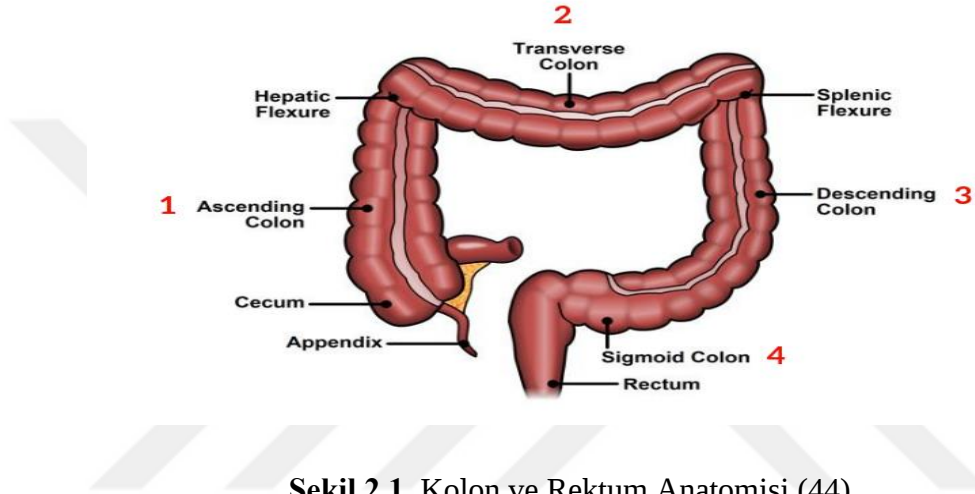


2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanser

2.1.1. Tanım

Gastrointestinal sistemin bir parçası olan kalın bağırsak, kolon ve rektumdan oluşmaktadır. Kolon ve rektumda görülen kanser türüne kolorektal kanser denilmektedir (42, 43).



Şekil 2.1. Kolon ve Rektum Anatomisi (44)

2.1.2. Epidemiyoloji

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının ve Küresel Kanser Gözlemevinin 2020 yılında yayımladığı verilere göre dünyada 2020 yılında yaklaşık 10 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (3, 45). Kolorektal kanser, gastrointestinal sistemde en fazla görülen kanser türü olmakla beraber dünyada en yaygın görülen kanserler sıralamasında üçüncü, en fazla ölüme sebep olan kanserler arasında ise ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 2 milyon kişiye KRK tanısı konulduğu ve her iki cinsiyette, kansere bağlı ölümlerin %9.39'unun KRK nedeniyle yaşandığı bildirilmektedir (46-48). Türkiye’de 2017 yılında yayımlanan istatistiklere göre ise KRK, kadınlarda %8.1, erkeklerde %9.8 oranla her iki cinsiyette de en çok görülen kanser türleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (4, 49).

Kolorektal kanserde endişe verici bir olay da, 50 yaşın altındaki (erken başlangıçlı) hastalarda insidansın hızla artmasıdır. Erken başlangıçlı KRK, 1990

yılından bu yana evrensel olarak önemli ölçüde artmaktadır ve yeni vaka sayısının 2030'un sonuna kadar %140 artması öngörülmektedir (50, 51).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Kolorektal kanser gelişiminde birçok farklı etkenden söz edilmektedir. Bunlardan bazıları; yağlı diyet, fiziksel hareketsizlik, beslenme biçimi, alkol ve tütün ürünleri kullanımı, obezite gibi kişinin değiştirebileceği faktörler bazıları ise; aile öyküsü ve kalıtsal yatkınlık, yaş, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının varlığı, genetik yatkınlık, pre-kanseröz durumlar gibi değiştirilemeyen faktörlerdir (52-55).

Bu faktörlere bakıldığında;

- **Aile Öyküsü ve Kalıtsal Yatkınlık:** Kolorektal kanser öyküsüne sahip birinci derece akrabası bulunan bireyler, aile öyküsü olmayan bireylere kıyasla 2 ila 4 kat daha yüksek riske sahiptirler (56, 57). Başka önemli bir risk faktörü ise kalıtsal yatkınlıktır. Kolorektal neoplazi riskindeki artışlar ile karakterize olan kalıtsal KRK sendromları polipoz ve nonpolipoz sendromlar olarak ayrılmaktadır. Bu sendromlara sahip bireylerde sendromun penetrasyon yapma özelliği, polipoz olanlarda ise polipin türü, büyüklüğü ve sayısı önem arz etmektedir. Poliplerin sayısının ve büyüklüğünün artması malignite olasılığını arttırmaktadır (58-60).
- **Beslenme Şekli:** Kişinin yanlış beslenme alışkanlıklarının KRK gelişme riskini arttırdığı ortaya koyulmuştur. Çalışma sonuçlarına göre; kırmızı et ve işlenmiş et, hayvansal yağlar açısından zengin gıdaların kullanımı; meyve ve sebzeler açısından fakir olan batı tarzı beslenmenin bağırsak mikrobiyotasını değiştirdiği görülmüştür. Bağırsak mikrobiyotasındaki bu değişimler kanser gelişimi ile ilişkili inflamatuvar süreçleri tetikleyebilmektedir. Akdeniz diyeti ile beslenen kişilerde ise (yüksek oranda zeytinyağı, baklagiller, rafine edilmemiş tahıllar, meyveler ve sebze) KRK riski ve görülme sıklığı azalmaktadır (61-64).
- **Yaş:** Kolorektal kanser riski yaşın artmasıyla doğru orantılı olarak artmaktadır. Geçmişte 50 yaş üstündeki bireylerde KRK riskinin arttığı bildirilirken son yapılan çalışmalarda yaş sınırının düştüğü belirtilmektedir. Bu nedenle Amerikan Kanser Derneği, tarama programlarına 45 yaşında başlanması gerektiğini savunmaktadır (50, 65, 66).

- **Obezite:** Aşırı artan yağ dokusunun, KRK dâhil olmak üzere birçok kanserin görülme sıklığıyla yakından ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Özellikle abdominal bölgede artan adipozite KRK görülme sıklığıyla ilişkilidir ve KRK riski diyetle önemli oranda değiştirilebilmektedir (67-69).
- **Alkol:** Alkol kullanımı birçok kanser türünde riski arttırdığı gibi KRK riskini de arttırmaktadır (70, 71).
- **İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları:** Ülseratif kolit, crohn ve çölyak gibi yineleyen mukozal inflamasyon atakları ile karakterize kronik inflamatuvar bağırsak hastalığına sahip bireylerin, KRK açısından yüksek risk altında oldukları çeşitli kanıtlarla belgelenmiştir (72-74).
- **Diabetes Mellitus:** Yapılan çalışmalar, diabetes mellitus (DM) olan bireylerin KRK'ye yakalanma olasılığının DM olmayan bireylere göre % 30-40 fazla olduğunu göstermektedir (75-77). İnsülin regülasyonundaki sapma, insülin benzeri büyüme faktörü (IGF)-1 reseptörleri gibi çeşitli sinyal yollarıyla hem diyabet hem de obezite ile ilişkili tümör oluşumunun temelini oluşturmaktadır (78).
- **Diğer Risk Faktörleri:** Kolorektal kanser insidansını arttıran daha birçok faktörden bahsedilmektedir. Bu faktörlerden bazıları; ırk, cinsiyet, sedanter yaşam, sigara içmek, genitoüriner sistem kanserlerinde uygulanan radyoterapi ve kemoterapi, kolesistektomi geçirmiş olma ve organ nakli olarak sıralanabilir (79).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Erken evrede çoğunlukla asemptomatik seyreden KRK, evre ilerledikçe aşağıda sayılan belirtileri göstermektedir:

- Gizli kanama ve buna bağlı demir eksikliği anemisi,
- Karın ağrısı,
- Bulantı, kusma,
- Bağırsak alışkanlıklarında değişimler,
- Gaita miktarı ve şeklinde değişiklik (gaitada incelme),
- Tam defekasyon yapamama hissi,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,

- Metastazlara (varsa) yönelik belirtiler (akciğer metastazında ortaya çıkan dispne, karaciğer metastazlarına bağlı sarılık, hepatomegali vb.) (80-82).

Bu belirtiler tümörün lokalizasyonuna göre farklılık gösterebilmektedir. Sağ kolon tümörleri daha geç fark edilmekle beraber en çok görülen belirti gizli kanamalara bağlı demir eksikliği anemisidir. Sol kolon tümörlerinde belirtiler; dışkılama alışkanlığında değişiklikler, obstrüksiyon ve kolik ağrılarıdır. Rektuma yerleşen tümörlerde ise hematokezya, tenesmus ve gaita yapmakta zorlanma gibi belirtiler daha fazla görülmektedir (80-82).

2.1.5. Tanı Koyma

Kolorektal kanserde tanı koymada birçok yöntem birlikte kullanılmaktadır. Bunlar; fizik muayene, laboratuvar bulguları, gaitada gizli kan testi, radyolojik ve endoskopik görüntüleme yöntemleridir.

Öykü Alma: Hastadan; hastalığının başlangıcı, görülen belirtiler ve şiddeti konusunda bilgi alınmasıdır. Öykü alma, diğer incelemelere karar vermekte yol gösterici olması bakımından önemlidir (81).

Fizik Muayene: Rektal tuşe rektum kanserinin tanılanmasında önemli bir yere sahiptir. Ayrıca fizik muayene ile olası metastazlara yönelik hepatomegali, dispne vb. bulgular da tespit edilebilmektedir (83).

Laboratuvar Bulguları: Laboratuvar sonuçlarında genel olarak gizli kanamalara bağlı anemi bulguları görülmektedir. Kan testinde hastalara karsino embriyjenik antijen (CEA), kanser antijeni (CA 19-9) ve alfa feta protein (AFP) gibi tümör markerları da bakılmaktadır. Bu markerlar tanı koymada net bir sonuç vermiyor olsa da hastalığın seyri ve metastaz durumunu takip etmekte kullanılmaktadır (84, 85).

Gaitada Gizli Kan testi (GGK): İmmünokimyasal metod (iFOBT, iGGK, FIT) ve Guaiac smear metod (gFOBT, gGGK) olmak üzere iki metod ile değerlendirilmektedir. Bu testlerden immünokimyasal GGK testinde hiç bir diyet veya ilaç kısıtlaması olmaksızın daha az gaita örneği ile patoloji saptanabilmektedir. Türkiye’de 50-70 yaş aralığındaki sağlıklı bireyler 2014 yılından bu yana iki yılda bir GGK testi ile kolorektal kanser tarama programına alınmaktadır (86-88).

Bilgisayarlı Tomografi Kolonografi: Kolonun iki ve üç boyutlu dijital grafisinin çekilmesiyle lezyon varlığını tespit etmek için kullanılan radyolojik bir incelemedir (89, 90).

Pozitron Emisyon Tomografi: Dokuların metabolik fonksiyonuna ilişkin bilgi veren moleküler bir görüntüleme yöntemidir. Tanılama, ilk ve yeniden evreleme veya tedavi gidişatını değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Pozitron Emisyon Tomografisi, glukoz metabolizmasının F18 ile bağlı fluorodeoksiglukoz (FDG) gibi bir ajan kullanılarak takibidir. Glukoz kullanımı ve metabolizması artmış bütün dokular normal dokulara kıyasla daha fazla FDG birikimi göstermektedir. Oluşan FDG birikimi sayesinde tanı konulmaktadır (91-93).

Kapsül Endoskopi: Kapsül şeklinde bir kameranın yutulmasıyla kolonun görüntülenmesini sağlayan bu işlem kolonoskopiye kıyasla yüksek maliyetli olup tanısal açısından da daha düşük güvenilirliğe sahiptir (90, 94).

Kolonoskopi: Kolonoskopi, kalın bağırsağın tamamı ve ince bağırsağın distal kısmının görüntülenmesini sağlayan bir görüntüleme yöntemidir. Bu yöntem kanserli ve kanser öncesi lezyonları saptamak için yüksek duyarlılığı ve özgüllüğü nedeniyle, KRK taramasında altın standart olarak kabul edilmektedir. İşlem sırasında polipektomi veya biyopsi yapma gibi önemli avantajlar sağlamaktadır. Pahalı bir yöntem olup bazen anestezi veya sedasyon almayı gerektirmektedir. Aynı zamanda kapsamlı bir bağırsak hazırlığıyla etkili sonuç alınabilen fakat bağırsak perforasyonu veya kanama gibi büyük komplikasyonlar barındıran riskli bir uygulama olduğu bilinmektedir (94, 95).

Sigmoidoskopi: Sadece rektum ve sigmoid kolonun incelenbildiği bir yöntemdir. Avantaj ve dezavantajlar yönünden kolonoskopi ile benzerlik göstermektedir (96).

2.1.6. Evreleme

Kolorektal kanserde hastalığın seyrini ve tedavinin şeklini belirleyen en önemli unsur hastalığın evresidir (97). Kanser evrelemesi; invazyon derecesine, lenf nodunun tutulumuna ve uzak metastaz olup olmamasına bakılarak belirlenmektedir. Evreleme için kullanılan sistemler; Dukes evrelemesi, Modifiye Astler-Coller evrelemesi ve TNM evrelemesi olarak sıralanmaktadır.

1. **Dukes Evrelemesi:** 1930 yılında Dukes tarafından KRK için oluşturulan ilk patolojik evreleme sistemi olup, bir lenf tutulumunu baz alıp sayısının önemsenmediği basit bir evreleme sistemidir (98).
2. **Modifiye Astler-Coller Evrelemesi:** 1954 yılında Astler ve Coller'in Dukes sistemi üzerinde yaptığı değişikliklerle oluşturulan evreleme sistemidir (99).

3. **TNM Evrelemesi:** Amerikan Kanser Komitesi tarafından kabul edilen TNM evreleme sistemi en çok kullanılan evreleme sistemidir (97, 100).
- T kategorisinde, tümör invazyonunun derinliği, komşu yapı ve organlara invazyonu,
 - N kategorisinde, tümöre katılan bölgesel lenf nodlarının sayısı,
 - M kategorisinde, uzak metastazın varlığı veya yokluğu göstermektedir.
- TNM evrelemesine tablo 2.1 de yer verilmiştir (100).

Tablo 2.1. TNM Evrelemesi

TÜMÖR
TX Primer tümörü bilinmeyen
T0 Primer tümörü olmayan
Tis karsinoma in situ: Lamina propria'ya invaze olan
T1 Tümör submukozaya invaze olan
T2 Tümör muscularis propria'ya invaze olan
T3 Tümör subseroza veya peritonsuz perikolik ve perirektal dokuya invaze
T4 Tümör doğrudan başka organları veya yapılara invaze ve / veya visseral peritonu perforé etmiş
T4a Tümör visseral peritonu perforé etmiş
T4b Tümör diğer organ ve yapılara direkt invaze olan
LENF NODU
NX Bölgesel lenf nodları değerlendirilememekte
N0 Bölgesel lenf nodu metastazı olmayan
N1 1 ila 3 bölgesel lenf nodunda metastaz olan
N1a Bir bölgesel lenf düğümünde metastazı olan
N1b 2 ila 3 bölgesel lenf düğümünde metastazı olan
N1c Bölgesel lenf nodu metastazı olmadan subserozada, peritonsuz perikolik ya da perirektal dokuda tümör depozitlerinin bulunan
N2 4 veya daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz olan
N2a 4 ila 6 bölgesel lenf düğümlerinde metastaz olan
N2b 7 veya daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz olan
METASTAZ
MX Uzak metastaz varlığı değerlendirilememekte
M0 Uzak metastazı olmayan
M1 Uzak metastaz
M1a Peritoneal metastaz olmadan bir organ (Akciğer, karaciğer, over, bölgesel olmayan lenf noduları) metastazı bulunan
M1b Birden fazla organ metastazı olan
M1c Tek başına peritoneal metastaz ya da peritoneal metastazla birlikte başka bölge ve organlarda metastazı olan

Kolorektal kanserin, TNM evreleme sistemi kullanılarak evrelemesi tablo 2.2 deki gibi yapılmaktadır (101).

Tablo 2.2. TNM Evrelemesi Göre KRK Evrelemesi

EVRE	Tümör Çapı(T)	Lenf Bezi(N)	Uzak Metastaz(M)
Evre 0	Tis	N0	M0
Evre 1	T1-T2	N0	M0
Evre 2	T3-T4	N0	M0
Evre 3	T1-T2-T3 veya T4	N1-N2	M0
Evre 4	T1-T2-T3 veya T4	N1-N2 veya N3	M1

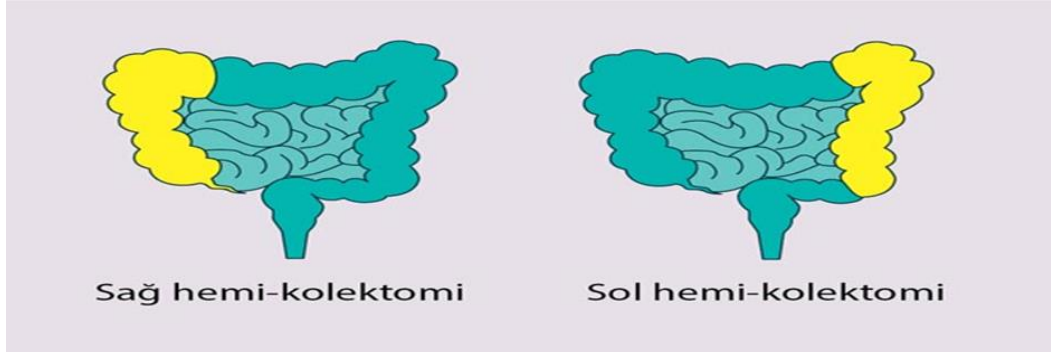
2.1.7. Tedavi

Kolorektal kanser tedavisi hastalığın evresine göre şekillenmektedir. Evre 1 ve Evre 2 KRK'li hastaların çoğunda cerrahi yapılırken Evre 3 KRK'li hastalarda nüks riskini düşürmek için kemoterapi ve radyoterapi uygulanmaktadır. Birincil tedavi yöntemi cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavide amaç; tümörün, lenf nodlarının ve invaze olmuş komşu organlarının çıkarılarak tümörün bölgesel olarak kontrolünün sağlanması, bununla birlikte; olası obstrüksiyon, perforasyon, kanama gibi komplikasyonların önlenmesidir (102-104).

Cerrahi işlemin yapıldığı bölgeye göre isimlendirmesi aşağıda yer almaktadır.

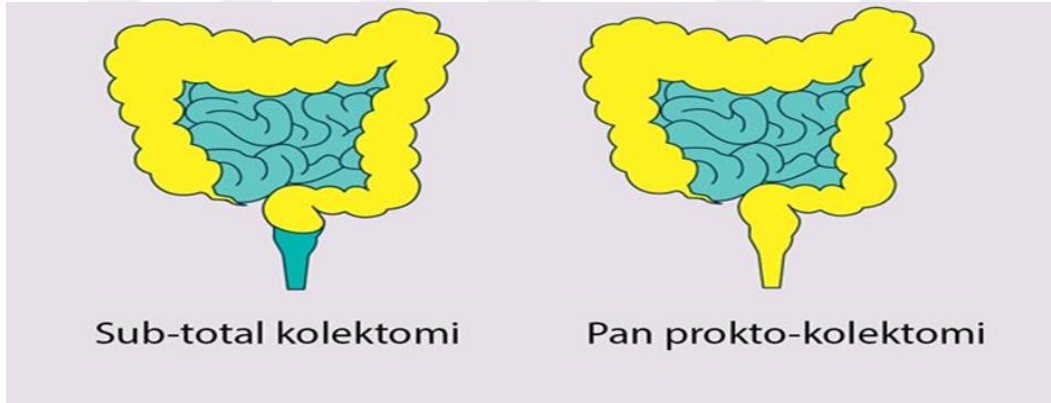
- *Sağ Hemikolektomi ve Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi:* Sağ hemikolektomi, çıkan kolon ve çekum malignitesinde kullanılmaktadır. Sağ kolik, ileokolik ve orta kolik damarın sağ kısmı bölünür. Terminal ileum, son kısmından yaklaşık 10 cm kesilerek sağ kolon üzerindeki omentumla birlikte çıkarılarak İleal-transvers kolon anastomozu yapılmaktadır. Genişletilmiş sağ hemikolektomi ise; proksimal transvers kolon ve hepatik fleksura malignitesinde uygulanmaktadır. Sağ hemikolektomiden farkı middle kolik damarların kökünden kesilmesidir. Distal transvers kolon da eksizyona eklenerek ileum, sigmoid kolon ya da inen kolona anastomoz yapılmaktadır (105, 106).
- *Sol Hemikolektomi ve Genişletilmiş Sol Hemikolektomi:* Splenik fleksura, distal transvers kolon ve inen kolon malignitelerinde sol hemikolektomi kullanılmaktadır. Sol kolik damarlar, orta kolik sol dalları ve sigmoid damarların ilkdalı kesilip anastomoz yapılmaktadır. Genişletilmiş sol

hemikolektomide ise ek olarak orta koliğin sağ dalları da alınarak işlem proksimale doğru genişletilmektedir (105,106).



Şekil 2.2. Sağ ve Sol Hemikolektomi (105)

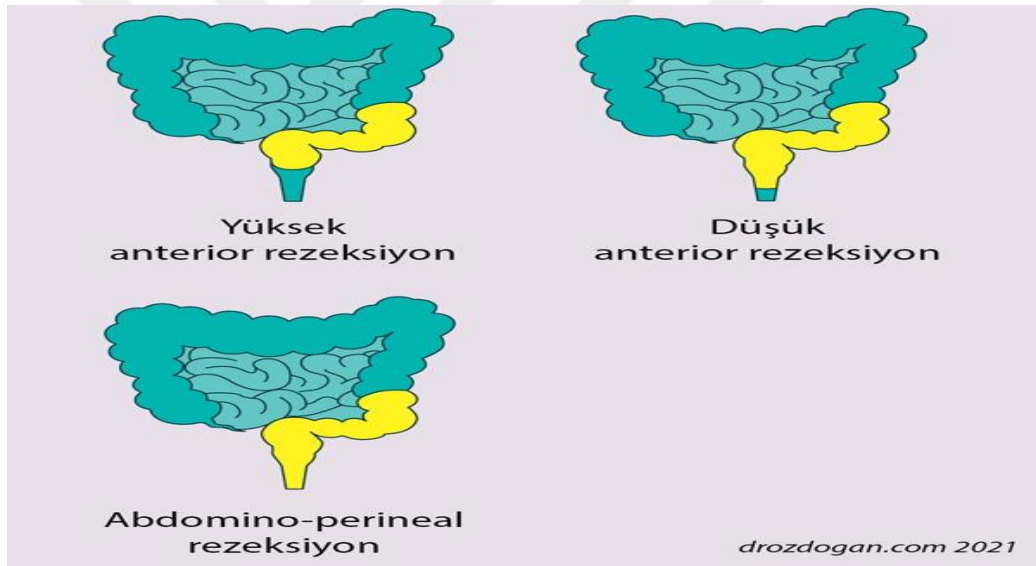
- *Subtotal ve Total Kolektomi:* Fulminan kolit, senkron kolon kanseri, kansere bağlı kolon obstrüksiyonu sonucu kolon temizliği yapılamayan acil vakalarda kullanılan distal ileumdan sigmoid kolonun ortasına veya distaline kadar rezeksiyon ve ardından ileosigmoid anostomoz yapılmasına subtotal kolektomi, sigmoid kolonun tamamının çıkarılıp ileorektal anastomoz yapılmasına ise total kolektomi denilmektedir (105, 106).



Şekil 2.3. Subtotal ve Pan Prokto Kolektomi (105)

- *Pan prokto-kolektomi:* Kolonun, rektumun ve anüsün çıkarılarak kalıcı ileostomi açılmasını içeren işlemdir (105, 106).
- *Restoratif Proktokolektomi:* Tüm kolon ile rektumun büyük kısmı çıkarılıp rektumun kalan kısmıyla transanal rektal mukozektomi ve ileumdan bir poş oluşturulup aanal yoldan elle ileoanal anostomoz yapılması işlemine denir. İleal poş J, S veya W konfigürasyonu şeklinde yapılabilmektedir (106).

- *Yüksek Anterior Rezeksiyon*: Distal sigmoid ile pelvik peritonun üzerindeki distal rektumun çıkarılması olarak tanımlanmaktadır (106).
- *Düşük Anterior Rezeksiyon (Low Anterior Rezeksiyon)*: Pelvik peritonun açılıp vajen, prostat ve seminal veziküllere kadar diseksiyon yapılması ve rezeksiyonunu içermektedir. Üst ve orta rektum tümörlerinde kullanılmaktadır (106).
- *Genişletilmiş Aşağı Anterior Rezeksiyon (Ultralow Anterior Rezeksiyon)*: Distal rektum sfinkterinin birkaç cm üzerindeki tümörlerde uygulanmaktadır. Levatör ani kasına kadar inilmektedir. Anastomoz kaçağı, sfinkter kaçağı ve inkontinans sıklıkla görülen komplikasyonlardır. Bu yüzden korucuyu ileostomi düşünülmektedir (105, 106).
- *Abdomino Perineal Rezeksiyon (Miles Ameliyatı)*: Rektumun tamamının ve anüsün çıkarılarak kalıcı kolostomi açılmasıdır.



Şekil 2.4. Yüksel Anterior, Düşük Anterior ve Abdomino-Perineal Rezeksiyon (106)

2.1.8. Hemşirelik Bakımı

Kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş hastalar için bütüncül bir hemşirelik bakımı büyük bir önem taşımaktadır. Hemşirelerin temel sorumluluğu, perioperatif dönemde hastalara biyopsikososyal yönden destekleyici bir bakım sunmaktır (107). Hastalar KRK cerrahi sonrasında fizyolojik ve psikolojik birçok komplikasyon ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşirelik girişimlerinin hedefi; perioperatif dönemde oluşabilecek

komplasyonları azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve iyileşme sürecini hızlandırarak hastanede yatış süresini kısaltmaktır (107-109).

Hemşirelik bakımı, ilk etapta hastanın en kısa sürede iyileşmesini hedefleyerek hastanın değişen beden imajına ve sağlık durumuna adapte olmasını sağlamayı içermektedir. Bu açıdan hemşirelik bakımı, ameliyat sonrası geçici veya kalıcı stoması bulunan KRK hastalarının bu duruma alışması konusunda desteklenmesi ve stoma eğitimini kapsamaktadır (108-109).

Stoması olan hastalarda dikkat edilmesi gerekenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Stoma açılmadan önce hastanın duruma adapte olmasını sağlama ve gerekli eğitimleri vermesi,
- Stoma bakımı, torbasının değişimi, gerekli malzemelere ulaşım konusunda rehberlik edilmesi (110).
- Stoma etrafı cilt bakımı ve kolostomi irrigasyonunun yapılması (111).
- Stomanın rengi, çapı ve ağzının durumunun ve stomadan gelen içeriğin düzenli olarak değerlendirilmesi (110, 111).
- Olası komplasyonların bilinmesi, özellikle stomanın; enfeksiyon, iskemi, nekroz, prolapsus, retraksiyon, parastomal herni, obstrüksiyon vb. komplasyonlar açısından düzenli olarak değerlendirilmesi (19, 110-113).
- Beslenme, ibadet etme, abdest alma, dini mekanlara gidebilme, seyahat etme vs. konularda eğitim verilmesi (114).
- Sosyal aktivitelere katılım ile alakalı eğitim verilmesi, eğitim verilirken kişisel özelliklerin dikkate alınması ve eğitimin devamlılığı sağlanması (110).
- Konstipasyon ve diyare gibi sorunlarla karşılaşabilen stomalı hastalara buna sebep olabilecek durumlar (hareketsiz yaşam, yetersiz ve dengesiz beslenme, bazı ilaçlar vb.) hakkında eğitim verilmesi (110).

2.2. Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Görülen Komplasyonlar

Cerrahi sonrası oluşabilecek komplasyonlar; hastanede yatış süresini uzatmakta, morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Cerrahi işlem geçiren hastaların günlük yaşam aktivitelerine en kısa zamanda dönebilmesi, ameliyat sonrası dönemin komplasyonsuz geçmesiyle yakından ilişkilidir. Kolorektal kanser cerrahisi oldukça karmaşık bir cerrahi olup ameliyat sonrası dönemde ciddi komplasyonlara neden

olabilmektedir (108). Komplikasyonlar; komorbid durum varlığına, ostomi varlığına, hastanın psikososyal durumuna göre farklılıklar gösterebilmektedir. Komplikasyonlar, fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlar olarak ayrılmaktadır (115, 116).

2.2.1. Fizyolojik Komplikasyonlar

Kolorektal kanser cerrahisi sonrası bir çok farklı komplikasyon gelişebilmektedir. Atelektazi, postoperatif ileus, cerrahi alan enfeksiyonu, anastomoz kaçağı, kanama, stomaya bağlı komplikasyonlar en çok görülen komplikasyonlar arasındadır (12).

Atelektazi: Postoperatif dönemde sık görülen atelektazi KRK cerrahisi geçiren hastalarda da sık görülmektedir (117, 118). Atelektazi, ameliyat sırasında ve sonrasında çeşitli derecelerde gaz değişimine ve solunum mekaniklerinin bozulmasına neden olabilir (118). Atelektazi sonucunda, dokuların oksijenlenmesi azalmakta bu da enfeksiyona zemin hazırlamaktadır (119).

Postoperatif ileus: Kolon ve rektum cerrahisini takiben sık görülen, bağırsak seslerinde azalma, bağırsaklarda distansiyon, gaz ve gaita çıkışının olmaması şeklindeki bir komplikasyondur (120-122).

Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE): Yapılan cerrahi girişimden hemen sonra ya da cerrahi girişime bağlı gelişen ve cerrahi izleyen 30 ya da 90 gün içerisinde meydana gelen enfeksiyonlara cerrahi alan enfeksiyonu denilmektedir. Kolorektal kanser cerrahisi, cerrahinin uygulandığı bölgenin florası açısından riskli olduğundan CAE en çok karşılaşılan komplikasyonlar arasında yer almaktadır (123, 124).

Anastomoz Kaçağı: Anastomoz hattının çeşitli nedenlerle ayrılması ve bağırsak içeriğinin peritona yayılmasıyla seyreden ciddi bir komplikasyondur (100, 125, 126). Kolorektal cerrahi sonrası görülen ölümlerin üçte birinden anastomoz kaçağı sorumludur. Anastomoz kaçağı; mortalite ve morbiditenin artması, hastane yatışının uzaması ve maliyetin artması bakımından da önemli bir komplikasyondur (127).

Stomaya Bağlı Komplikasyonlar: Stomaya bağlı komplikasyonlar erken veya geç dönemde görülebilmektedir. Erken dönemde peristomal iritasyon, dermatit, mukokutanöz ayrılma, retraksiyon ve nekroz görülebilmekteyken, ameliyat sonrası 30. günden sonra görülen geç dönem komplikasyonları ise peristomal herni, prolapsus ve stenoz olarak sıralanabilir (112, 113).

2.2.2. Psikolojik Komplikasyonlar

Hastaların hastalığa yüklediği anlam, tedavi süreci boyunca karşılaşılan zorluklar vs. çeşitli psikolojik komplikasyonlara sebep olmaktadır (128-132). En sık görülen psikolojik komplikasyonlar umutsuzluk, uyum bozuklukları, depresyon ve anksiyetedir. Kanser hastalarında yapılan çalışmalarda umutsuzluğa sık olarak rastlandığı aynı zamanda umutsuzluğun depresyon ve anksiyete gibi diğer psikolojik komplikasyonlarla ilişkilendirildiği görülmektedir (128-132).

Umutsuzluk

İnsanların içinde bulunduğu durumla baş edemediklerinde hissettikleri umutsuzluk duygusu, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA) tarafınca 1986 yılında hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA, bu tanıyı ‘ kişinin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum’ şeklinde tanımlamıştır (133, 134).

Umutsuzluk kavramı birçok araştırmacı tarafından farklı tanımlanmıştır. Örneğin; Shea ve Hurley “yapıcı değişimi amaçlayan herhangi bir çabanın daha denemeden bile mahkûm edildiği duygusu” olarak tanımlamaktadır (135-136). Ünlü filozof Kierkegaard, umutsuz insanın halini: “Eğer yaşamın yalnızca umutsuzluğu taşıyorsa gerisinin hiçbir önemi yoktur! İster zaferler isterse yenilgiler söz konusu olsun, senin için her şey kaybedilmiştir, sonsuzluk seni artık hiç içine almaz, seni hiç tanımamıştır veya daha da kötüsü seni tanıırken seni kendi benliğine, umutsuzluğun benliğine çiviler!” şeklinde ifade etmektedir. Kierkegaard umutsuzluğu, ‘ardında hiçbir iz bırakmadan kişiyi ölüme sürükleyen bir hastalık’ şeklinde ifade etmektedir. Bu yüzden, ona göre umutsuz olan hasta, ölümcül hastadır (15, 133, 137).

Umutsuzluk, kanser gibi hayatı başlı başına etkileyen durumlarla karşılaşıldığında daha da önem kazanmaktadır. Umudun zorluklarla başa çıkmadaki rolü ortadayken umudun olmayışı psikolojik ve fizyolojik olaylarla hastanın etkili başa çıkamamasıyla sonuçlanır. Kanser tanısı konulduktan sonra hastalar geleceklerini, belirsiz ve bulanık görmektedir. Bu belirsizlik hastaların yoğun umutsuzluk duyguları yaşamasına neden olabilir. Kanser hastaları, kronik kalp yetmezlik hastaları, hemodiyaliz alan hastalar vb. birçok hasta grubunda yapılan çalışmalarda umudun hastayı birçok yönden etkilediği ortaya konmuştur (138-140). Baalen ve arkadaşları kanser hastalarında umut ile ilişkili faktörlere baktıkları sistematik literatür taramasında; umut ile yaşam kalitesi, sosyal destek, ruhsal ve varoluşsal iyilik arasında pozitif ilişki

olduğunu görmüşlerdir. Fakat semptom yükü, psikolojik sıkıntı ve depresyon ile umut arasında negatif ilişki bulunmuştur (23). Nehir ve arkadaşları yine kanser hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada hastaların, umutsuzluk düzeylerinin azalmasıyla, hastalık algıları ve hastalığa bakışlarının olumlu yönde etkilendiği sonucuna varmışlardır (141). Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında umutsuzluğun; hastaların tedaviye uyum sağlamalarını, değişen yaşam şartlarına ayak uydurmalarını ve hastalık prognozunu etkilediği görülmektedir (133, 137, 142, 143).

Hemşirelik uygulamalarının temel amacı, bireyin hastalık süreci ve bu sürecin getirileriyle başa çıkmasını desteklemektir. Kanser hastalarının umut düzeylerinin belirlenmesi ve umudu destekleyen bir hemşirelik bakımının geliştirilmesi önem teşkil etmektedir. Umudun sürdürülmesi ve umutsuzluktan kaçınılması konusunda profesyonel olarak destek sağlamak hemşirenin görevidir (144, 145). Hemşire, umutsuzlukla başa çıkmada hastaya destek olmalı, yol göstermelidir. Bu bağlamda çeşitli başa çıkma yöntemleri ortaya konulsada dini başa çıkma dikkat çekmektedir. Ata ve Kılıç'ın onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, manevi iyi oluşla umutsuzluk arasında negatif ilişki bulunmuştur (138). Kanser hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada Taşan ve Çıtlık Sarıtaş, hastaların maneviyat düzeylerinin artmasıyla umutsuzluk düzeylerinin azaldığı sonucuna varmışlardır (146).

Umudun bireyin hayatı için önemi ortadayken, umudun desteklenmesi ve umutsuzluktan kurtulmanın yolunu aramak gerekmektedir. Bireyin içinde bulunduğu durumu aşmasını ve sorunlarla başa çıkmasını telkin eden dinin, başa çıkmada tampon görevi yaptığı görülmektedir. Bu durum kişinin dine verdiği önem, içinde bulunduğu umutsuzluk, kaygı ve başa çıkabilme düzeyine göre de farklılık göstermektedir (147).

2.3. Kanser ve Kolorektal Kanserde Başa Çıkma

Yaşam boyu karşılaşılan zorluklar ve olumsuzlukların meydana getirdiği anlam ve kontrol kaybını gidermek üzere sarf edilen çabaların tümüne başa çıkma denilmektedir (148). Başa çıkma bir başka deyişle bireyin içine düştüğü durumla savaşıması, direnmesi ve bu halin ortadan kalkması için bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak verdiği tepkiler bütünüdür (27).

Başa çıkma konusunda ilk çalışmaları yapan ve mekanizmasını açıklamaya çalışan Lazaur ve Folkman'a göre başa çıkma; birey ve çevresi arasında geçen bilişsel ve davranışsal boyutları olan bir süreçtir. Lazaur ve Folkman'a göre birey başa çıkmaya çalıştığında ilk etapta karşı karşıya kalınan durumu değerlendirir. Bu durum "bilişsel

değerlendirme” olarak adlandırılır. Değerlendirme iki aşamada; birincil ve ikincil değerlendirme şeklinde yapılır. Birincil değerlendirme, karşılaşılan olayın stresör olarak kabul edilip edilmemesini ve bu olayı karşılama biçimini (olumlu, olumsuz, tedirgin vb.) içerir. İkincil değerlendirme ise sorunun nasıl çözüleceğini kapsar. Başa çıkma, temelde duygu odaklı başa çıkma veya problem odaklı başa çıkma olarak ayrılmaktadır (149,150).

Duygu Odaklı Başa Çıkma: Bu başa çıkma yönteminde birey duygu durumuyla baş etmeye çalışır. Burada amaç: durumu kabul edip olumsuz etkilerini azaltmaktır. Kaçınma, öfkeyi başka şeylere yöneltme, duyguları yok sayma, dua etme, olumlu düşünme, alkol ve madde kullanma vb. duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinden bazılarıdır (149).

Problem Odaklı Başa Çıkma: Kişi bu başa çıkma yönteminde ortaya çıkan sorunu anlamaya ve onu değiştirmeye çalışmaktadır. Bilgi arama, çözüm üretme, yüzleşme vb. bu yöneme örnek olarak verilebilir (149). Yapılan çalışmalara bakıldığında kanser gibi hastalıklar; tanı ve tedavi süresince yaşanan önemli fiziksel semptomlar, psikolojik yıpranma ve ölüm korkusu gibi birçok sebepten dolayı başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirmektedir (151, 152).

Birçok kanser türü başa çıkılması gereken durumları barındırmaktadır. Kolorektal kanser hastaları, tedavi süreci ve tedavi sonrası değişen yaşam koşullarına (stoma, değişen beden imajı vb.) uyum sağlamalarını gerektiren çeşitli durumlarla karşılaşmakta ve bunlar karşısında başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır (153, 154). Ablason ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ameliyat olan KRK hastalarının, çeşitli başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını ve yüksek düzeyde sıkıntı yaşayıp etkili başa çıkamayan hastalara destek olunması gerektiği sonucuna varmıştır (155). Kang ve Son’un yaptıkları bir çalışmada ise psikolojik olarak sıkıntı yaşayan KRK’li hastaların olumsuz başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandığı saptanmıştır (40). Kolorektal kanser hastaları süreç içerisinde fizyolojik sorunlarla beraber umutsuzluk, anksiyete, depresyon gibi birçok psikolojik sorun da yaşamaktadır. Hastaların yaşadıkları fizyolojik sorunlar ile başa çıkmada problem odaklı başa çıkma yöntemlerini (destek tedavi almak, stoma uyum eğitimi, doktor önerileri); psikolojik sorunlar ile başa çıkmada ise duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini (dua etmek, dikkati dağıtmak vb.) kullanmaları uygun görülmektedir (156). Hernandez ve arkadaşları farklı yaş gruplarındaki KRK hastalarında başa çıkma stratejilerine baktıkları çalışmada; yaşlılarda umut ve

teslimiyetin, genç yetişkinlerde ise sosyal desteğin başa çıkmada daha çok kullanıldığı ve gençlerin olumsuz başa çıkmayı daha çok kullandığı sonucuna varmışlardır (157).

Başa çıkmadan söz ederken sorunu anlama ve çözme noktasında dini değerlerin; teskin edici, kabullenmeyi kolaylaştırıcı, güvende hissettiren etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Kişinin bu süreçte inançlarını kullanması dini başa çıkma olarak adlandırılmaktadır (158, 159).

2.3.1. Dini Başa Çıkma

İnsanı, umutsuzluk içinde bırakıp çaresiz hissettiren, tutunacak dalının olmadığı hissini uyandıran durumlar karşında sığınacak bir liman olarak dine başvurması kuvvetle muhtemel bir durumdur. Bu bakış açısıyla bakıldığında dinî başa çıkma; kişinin karşılaştığı olumsuz durumlar ve bu durumlarla mücadelesinde inancını kullanma yolu olarak tanımlanabilir (160, 161).

Son zamanlarda olaylarla baş çıkarken inancın rolü yadsınamaz bir şekilde göze çarpmaktadır. Bu konuda birçok çalışma yapılmakla beraber buna öncülük eden Pargement ve arkadaşları bir Dini Başa Çıkma Modelini geliştirmiştir (162). Bu model de başa çıkılması gereken olaylar ile ilgili beş fonksiyondan söz edilmektedir. Bunlar;

1. Yaşanılan zorluğu anlamayı ve yorumlamayı sağlaması,
2. Alternatif çözümleri ortaya koyma ve bunlardan üstün olanının seçilmesi,
3. Kişinin kendinden daha üstün bir güce bağlanarak rahatlaması,
4. Bağlanmışlık duygusunu oluşturma ve dayanışmayı teşvik etme,
5. Kişiye sosyal bir kimlik kazandırması (163).

Dini başa çıkma, zorluklar karşısında inancın en önemli dayanak olarak kullanılmasını içermektedir. Dini başa çıkma, problemler karşısında her zaman faydalı ve ilgili değil, bazen tam tersi zararlı ve ilgisiz olabilmektedir. Çözümü yaratıcıdan bekleyip pasif ya da daha iyi şartlara kavuşmak için çabalarken aktif olmayabilmektedir. Ayrıca problemi çözmeye yönelmek veya duygusal sorunlara yönelmek gibi bambaşka yönleri de mevcuttur (164). Bu durum bu başa çıkma tarzının çok boyutlu ve çok amaçlı olmasından kaynaklanmaktadır (165, 166).

Yapılan literatür taramasında; pozitif yaşam, sağlıklı bir hayat, en az seviyede depresyon, zihinsel sağlığın korunması, makul bir stres yönetimi ve stres oluşturan her olaydan bireyin biyopsikososyal yönden daha az zararlı korunması gibi konularda dini başa çıkmanın etkileri dikkat çekmektedir (167-170). Nejat ve arkadaşları, KRK hastalarının baş etmesinde maneviyat ve dindarlığın kullanımı konulu çalışmalarında

dini inançların; önemli bir destek kaynağı olduğu, hemşirelerin bu inançları tanıma ve destekleme konusunda bütüncül bir bakım vermesi gerektiğini önermişlerdir (41).

Dini başa çıkma tarzları çok boyutludur. Nitekim yapılan faktör analizleri de bunu desteklemektedir (171). Örneğin; Pargament yaşamı etkileyen durumlarla alakalı, dini başa çıkmanın olumlu ve olumsuz şekillerini tanımlamaktadır (162). Bu tanımlamaya göre kanser tanısı alan kişi, bunu bir imtihan ve başa çıkılması gereken bir durum olarak değerlendireceği gibi, Allah'ın kendisine verdiği bir ceza olarak da algılayabilmektedir (164, 172-174).

Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma

Dini başa çıkma konusunda öncü kabul edilen Pargament, dini başa çıkmayı olumlu ve olumsuz dini başa çıkma şeklinde kategorize etmektedir. Pargament, olumlu dini başa çıkmayı stres oluşturan hayat olaylarını anlamamanın manevi ve dini olan yolu olarak görmüştür. Bunun aksine olumsuz dini başa çıkma ise başa çıkma sürecinde din ile bir savaş içine girmek olarak görmüştür (162, 175). Olumlu dini başa çıkmada ana unsur başa çıkılması gereken duruma karşı maneviyat ve inancı kullanarak ‘yaşadığım bu durumda Allah'ın bana nasıl güç vereceğini görmeye çalışırım’ şeklindedir. Fakat olumsuz dini başa çıkmada sorunun varlığından dolayı aşırı rahatsızlık ve dini/manevi hoşnutsuzluk söz konusudur. Olumsuz dini başa çıkmaya örnek olarak, Dini Başa Çıkma Tarzları ölçeğindeki ‘Allah tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm’ şeklindeki ifade verilebilir (149, 164). Olumlu ve olumsuz dini başa çıkmanın karşılaştırması tablo 2.3 te gösterilmiştir (149, 160, 162, 164, 175).

Tablo 2.3. Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması

Olumlu Dini Başa Çıkma	Olumsuz Dini Başa Çıkma
Allah'a yönelme	Allah'tan şüphe duyma
Hayra yorma	Şerre yorma
Manevi yönelim	Manevi hoşnutsuzluk
Dini yalvarma	İnkâr
Allah'ın sevgi ve ilgisini hissetme	Allah'a karşı öfke duyma
Allah ile güçlü ve güvenli bir bağ kurma	Uzaklaşma
Öfkeyi dindirmede Allah'ın yardımını fark etme	Sorun yaşamayı hak etmediği düşüncesi
Dünyevi problemler için endişelenmeme	Allah'ın onu terk ettiği düşüncesi
Allah'ın sorunlar karşısında kişiye güç verdiği hissi	Allah'ın bireyi cezalandırdığı hissi

Olumlu dini başa çıkma tarzının hastalarda acıyı dindirme ve acı konusunda dikkati başka yöne çektiği, stresi azalttığı ve bu stresi anlamlandırarak içsel ve duygusal olarak destek sağladığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (176, 177). Bussing ve arkadaşları kronik ağrı yaşayan hastalarla yaptıkları çalışmada, olumlu dini başa çıkmayı kullanan hastaların, acıyı yönetme ve onunla baş etmede daha başarılı olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada; Allah'a güvenmek ve dua etme, ibadet etme, din kardeşlerini ziyaret etme gibi dini uygulamaların dinamik başa çıkmaya desteklediği görülmüştür (178). Diğer birçok çalışmada da olumlu dini başa çıkmanın; stres seviyesinin düşmesi, zihinsel sağlığın korunması ve kişisel gelişim ile ilişkili olduğu bulunmuştur (179-182). Sabancıoğulları ve Yılmaz'ın 'Dini Başa Çıkmanın Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Umut Düzeyine Etkisi' isimli çalışmalarında bireylerin olumlu dini başa çıkma tarzı ile umut düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (35). Yine Karabulut'lu ve arkadaşları kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların olumlu dini başa çıkma tarzını daha fazla kullandıklarını ve olumlu dini başa çıkma ile sıkıntı arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (183). Bjork tarafından yapılan bir çalışmada ise olumsuz dini başa çıkmanın; daha yüksek düzeyde depresyon, düşük yaşam kalitesi ve psikolojik bir çok semptom varlığıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (184). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanan başka araştırmaların olduğu da görülmektedir (185, 186).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş hastaların dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde Haziran 2020- Ocak 2023 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın yapıldığı genel cerrahi kliniği, 25 yatak kapasitesine sahiptir ve klinikte 15 hemşire ve 10 hekim görev yapmaktadır. Klinikte hastaların başa çıkmasını sağlamak için herhangi bir hemşirelik girişimi uygulanmadığı görüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde KRK cerrahisi geçirmiş tüm hastalar oluşturdu. Örneklem yöntemi olarak, olasılıksız örneklem yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örneklem yöntemi kullanıldı. Power analizi ile örneklem büyüklüğü hesaplandı. Yapılan hesaplamalara göre; 0.40 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payında, 0.95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 113 olarak belirlendi. Araştırma 113 hasta ile tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- Yaşı 18'in üzerinde olan
- İlk kez KRK cerrahisi geçirmiş olan
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmayan
- İletişim kurulmaya engel bir durumu olmayan hastalar dâhil edildi.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ağustos 2020 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında hafta içi günlerde toplandı. Araştırmacı hastaları ameliyat sonrası 4-7 gün arasında herhangi birgünde (iletişim kurma kolaylığı sağlaması için komplikasyon riskinin daha az olduğu

bu dönem seçildi) ziyaret etti ve araştırma hakkında bilgi verdi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, Kişisel Bilgi Formu (EK-4), Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-5) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nde (EK-6) bulunan sorular araştırmacı tarafından okundu ve verilen yanıtlar kayıt altına alındı. Soruların yanıtlanması ortalama 15 dk sürdü.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu (EK-4): Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda; hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 14 soru bulunmaktadır.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-5): Ölçek Pargament ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (173). Ekşi tarafından, 2001 yılında geçerlilik, güvenirlik çalışması yapılmıştır (164). Dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma tarzları şeklinde iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki 1, 2, 6, 8, 9, 11 ve 13. sorular olumlu dini başa çıkma tarzına; 3, 4, 5, 7, 10, 12 ile 14. sorular ise olumsuz dini başa çıkma tarzına ilişkindir. Her bir başa çıkma tarzı için en az 7 en fazla 28 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar o dini başa çıkma tarzının az, yüksek puanlar ise fazla kullanıldığını göstermektedir. Ekşi tarafından yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında alt boyutların iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) olumlu dini başa çıkma için 0.64 ve olumsuz dini başa çıkma için 0.63 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada alt boyutların cronbach alfa sayıları olumlu dini başa çıkma için 0.81 ve olumsuz dini başa çıkma için 0.74 olarak hesaplandı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK-6): Ölçek, 1974 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (187). Türkiye'de 1991 yılında Seber ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini saptamak amacıyla kullanılmıştır (188). Ardından 1993 yılında, Durak ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde etmiştir (189). BUÖ'nün yanıtlanmasında; bireyden kendisine uyan ifadeler için “doğru”; uymayan ifadeler için ise “yanlış” seçeneğini işaretlenmesi istenmektedir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen yanıtlar “hayır” ise 1 puan; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. sorulara verilen yanıt “evet” ise 1 puan verilmektedir. Bunlar dışındaki yanıtlarda ise “0” puan verilmektedir. Alınan toplam puan “umutsuzluk” puanını oluşturmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-20

arasındadır. Alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin umutsuzluğunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur. Bu araştırmada ise BUÖ cronbach alfa değeri 0.83 bulundu.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Umutsuzluk

Bağımsız değişkenler: Dini başa çıkma tarzları

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testiyle kontrol edildi. Normal dağılım varsayımını sağlamayan nicel değişkenler ortanca ve çeyrekler arası genişlik (IQR) ile özetlendi. İstatistiksel analizlerde normal dağılım göstermeyen nicel değişkenler için grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygun olan yerlerde kullanıldı. Kruskal Wallis testi için ikili karşılaştırmalar Conover testi ile yapıldı. Nitel değişkenler sayı yüzde ile özetlendi. Ölçek skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman sıra korelasyon katsayıları hesaplandı. Ek olarak olumlu ve olumsuz dini başa çıkma skorlarının, umutsuzluk skorunun bağımsız prediktörleri olup olmadığını inceleyebilmek için çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Lineer regresyon analizinin varsayımlarından biri verilerin normal dağılıma uygun olmasıdır. Bu sebeple ölçek skorlarına dönüşüm uygulanarak verilere normalizasyon işlemi yapıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Veri analizlerinde SPSS 26.0 programı kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Kurulu'ndan etik onay (EK-2), İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı izin alındı (EK-3). Araştırmaya katılan bireylerden sözlü onam alındı. Hastalara bilgilerinin başka kişiler ile paylaşılmayacağı, araştırmaya katılıp/katılmamakta özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hususunda bilgi verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Örneklemin sadece İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde ameliyat olan KRK'li hastalardan oluşması ve gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bundan dolayı araştırma sonucu tüm KRK cerrahisi geçirmiş hastalara genellenemez.



4. BULGULAR

Bu bölümde kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş hastalarda dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyleri aralarındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan araştırmanın istatistiksel sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve klinik bilgileri

Değişkenler		n (%)
Yaş	18-40	10 (8.85)
	41-63	48 (42.48)
	64 üzeri	55 (48.67)
Cinsiyet	Kadın	41 (36.28)
	Erkek	72 (63.70)
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	21 (18.58)
	İlköğretim- Ortaöğretim	65 (57.52)
	Lise	20 (17.70)
	Üniversite ve üzeri	7 (6.19)
Medeni durum	Evli	93 (82.30)
	Bekâr	20 (17.70)
Çalışma durumu	Çalışıyor	24 (21.24)
	Çalışmıyor	89 (78.76)
Gelir durumu	Gelir giderden yüksek	3 (2.65)
	Gelir gidere eşit	61 (53.98)
	Gelir giderden düşük	49 (43.36)
Hastalık türü	Kolon Ca	76 (67.26)
	Rektum Ca	37 (32.74)
Stoma varlığı	Var	75(66.37)
	Yok	38 (33.63)
Metastaz	Var	71 (62.83)
	Yok	42 (37.17)
Ameliyat öncesi tedavi alma durumu	Var	58 (51.33)
	Yok	55 (48.67)
Hastalığının ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlıyorum	Evet	69 (61.06)
	Hayır	44 (38.94)
Hastalığının ortaya çıkışını risk etmenlerine bağlıyorum	Evet	48 (42.48)
	Hayır	65 (57.52)
Hastalığının ortaya çıkışını kaza/şansa bağlıyorum	Evet	68 (60.18)
	Hayır	45 (39.82)
Hastalığının ortaya çıkışını diğer etmenlere bağlıyorum	Evet	20 (17.70)
	Hayır	93 (82.30)
Tıbbi uygulamalar dışında kendimi İyi hissetmek için başka uygulamalara başvururum	Evet	102 (90.27)
	Hayır	11 (9.73)
Kendimi iyi hissetmek için dua/namaz'a başvururum	Evet	101 (89.38)
	Hayır	12 (10.62)
Kendimi iyi hissetmek için adak adarım	Evet	35 (30.97)
	Hayır	78 (69.03)
Kendimi iyi hissetmek için diğer uygulamalara başvururum.	Evet	24 (21.24)
	Hayır	89 (78.76)
Dini ritüelleri yeterince yerine getirip getirmediğine dair düşüncesi	Evet	58 (51.33)
	Kısmen	47 (41.59)
	Hayır	8 (7.08)

Araştırmaya katılan hastaların %48.67'sinin 64 yaş üzerinde, %63.70'sinin erkek, %57.52'sinin ilköğretim-ortaöğretim eğitim düzeyine sahip olduğu ve %82.30'unun evli olduğu belirlendi. Hastaların %78.76'sının çalışmadığı, %53.98'inin gelirinin giderine eşit, %67.26'sının kolon kanseri, %66.37'sinin stomaya sahip olduğu görüldü. Hastaların %62.83'ünün metastazı vardı. Hastaların %51.33'ünün ameliyat öncesi tedavi (kemoterapi, radyoterapi) aldıkları belirlendi. Hastaların %61.06'sının hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara (üzüntü, stres, duygusal durum, kişilik yapısı, olumsuz düşünme vb.) bağladığı, %57.52'si hastalığın ortaya çıkış nedenini risk etmenlerine bağlamadığı görüldü. Hastaların %60.18'i hastalığının kaza/şans eseri ortaya çıktığını belirtti. Hastaların %82.30'u diğer etkenlerin (kimyasal madde kullanımı, çevresel faktörler vs.) hastalığın ortaya çıkışında etkili olmadığını belirtti. Hastaların %90.27'sinin tıbbi uygulamalar dışında kendini iyi hissetmek için başka uygulamalara başvurduğu görüldü. Hastaların %89.38'inin kendini iyi hissetmek için dua veya namaza yöneldiği görüldü. Hastaların %69.03'u iyi hissetmek için adak adamaya başvurmadığını, %78.76'sı ise iyi hissetmek için diğer yöntemlere (türbe ziyareti, nazarlık takma, büyü yaptırma, aktara gitme vb.) başvurmadığını belirtti. Hastaların %51.33'ünün dini ritüelleri yeterince yerine getirip getirmediğine dair düşüncesinin 'evet getiriyorum' şeklinde olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan hastaların ölçek skorlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların ölçek skorlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ortanca (Min.-Max.)	Ortalama ± SS
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	23 (9-28)	22.46±3.533
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı	10 (7-20)	9.885±2.635
Beck Umutsuzluk Ölçeği	5 (0-18)	5.513±3.785

Min: Minimum, Max: Maximum SS: Standart sapma

Hastaların Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından olumlu dini başa çıkma tarzı alt boyutu, olumsuz dini başa çıkma tarzı alt boyutu ve Beck Umutsuz Ölçeği skorlarına ilişkin ortanca değerleri sırasıyla; 23, 10 ve 5 olarak bulundu (Tablo 4.2.).

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması tablo 4.3'de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Sosyo-Demografik ve Klinik Bilgilerin Dini Başa Çıkma Tarzları Ortanca Skorları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler*		Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı (Min.-Max.)	P	Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı (Min.-Max.)	P
Yaş***	18-40	23.5 (17-28)	0.1441	10.5 (7-19)	0.2004
	41-63	24 (15-28)		9 (7-17)	
	64 ve üzeri	23 (9-27)		10 (7-20)	
Cinsiyet**	Kadın	24 (14-27)	0.639	10 (7-20)	0.74
	Erkek	23 (9-28)		9.5 (7-17)	
Eğitim Durumu***	Okuryazar değil	23 (16-27)	0.4486	10 (7-20)	0.8512
	İlk-Ortaöğretim	24 (9-28)		9 (7-19)	
	Lise	23 (16-28)		10 (7-14)	
	Üniversite ve üzeri	22 (15-24)		10 (7-15)	
Medeni Durum**	Evli	23 (9-28)	0.031	10 (7-20)	0.486
	Bekâr	21 (11-25)		9 (7-16)	
Çalışma durumu**	Çalışıyor	23.5 (15-28)	0.331	8.5 (7-15)	0.229
	Çalışmıyor	23 (9-27)		10 (7-20)	
Gelir Durumu***	Gelir giderden yüksek	22 (20-28)	0.9982	10 ^{a,b} (7-15)	0.0086
	Gelir gidere eşit	24 (14-28)		8 ^a (7-19)	
	Gelir giderden düşük	23 (9-28)		10 ^{a,b} (7-20)	
Hastalık türü**	Kolon Ca	23 (14-28)	0.108	9.5 (7-19)	0.938
	Rektum Ca	24 (9-28)		10 (7-20)	
Stoma varlığı**	Var	23 (9-28)	0.145	10 (7-20)	<0.001
	Yok	24 (14-28)		8 (7-19)	
Metastaz**	Var	23 (9-28)	0.035	10 (7-17)	0.006
	Yok	24 (14-28)		8.5 (7-20)	
Ameliyat öncesi tedavi alma durumu**	Var	23 (9-28)	0.405	10 (7-20)	0.004
	Yok	23 (14-28)		9 (7-19)	
Hastalığının ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlıyorum**	Evet	23 (9-28)	0.048	10 (7-20)	0.003
	Hayır	24 (15-28)		8 (7-19)	
Hastalığının ortaya çıkışını risk etmenlerine bağlıyorum **	Evet	23.5 (15-28)	0.68	9 (7-17)	0.583
	Hayır	23 (9-28)		10 (7-20)	
Hastalığının ortaya çıkışını kaza/şansa bağlıyorum**	Evet	23 (11-27)	0.053	10 (7-20)	0.508
	Hayır	24 (9-28)		9 (7-16)	
Hastalığının ortaya çıkışını diğer etmenlere bağlıyorum**	Evet	23.5 (9-28)	0.655	10 (7-16)	0.758
	Hayır	23 (11-28)		9 (7-20)	
Tıbbi uygulamalar dışında kendimi İyi hissetmek için başka uygulamalara başvururum**	Evet	23 (15-28)	0.005	9 (7-20)	0.119
	Hayır	17 (9-28)		10 (9-14)	
Kendimi iyi hissetmek için dua/namaz'a başvururum**	Evet	23 (15-28)	0.002	9 (7-20)	0.049
	Hayır	17 (9-28)		10 (9-15)	
Kendimi iyi hissetmek için adak adarım**	Evet	24 (19-27)	0.003	8 (7-14)	0.005
	Hayır	23 (9-28)		10 (7-14)	

Kendimi iyi hissetmek için diğer uygulamalara başvururum**	Evet	24 (19-28)	0.098	10.5 (7-16)	0.085
	Hayır	23 (9-28)		9 (7-20)	
Dini ritüelleri yeterince yerine getirip getirmediğine dair düşüncesi***	Evet	24 ^a (18-28)	<0.001	9 (7-20)	0.1552
	Kısmen	21 ^b (15-28)		10 (7-16)	
	Hayır	18 ^b (9-26)		9.5 (7-17)	

*: Değişkenler, 'Ortanca (Min.-Max.)' şeklinde özetlenmiştir. **:Mann-Whitney U testi ***: Kruskal Wallis testi

a,b: Farklı harflendirmeler istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların olumlu dini başa çıkma tarzı skoru açısından yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, hastalık türü, stoma varlığı, ameliyat öncesi tedavi durumu, hastalığının ortaya çıkışını risk etmenlerine, kaza/şansa ve diğer etmenlere bağlama, kendini iyi hissetmek için yapılan diğer uygulamalara başvurma değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Ancak evli olan, metastazı olmayan hastaların olumlu dini başa çıkma skoru istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlamayan hastaların olumlu dini başa çıkması daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için adak adamaya başvuran hastaların olumlu dini başa çıkma puanının yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yine dini ritüelleri yerine getiren hastaların olumlu başa çıkması anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hastaların olumsuz dini başa çıkma tarzı skoru açısından cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, hastalık türü ile hastalığının ortaya çıkışını risk etmenlerine, kaza/şansa ve diğer etmenlere bağlama, iyi hissetmek için yapılan diğer uygulamalara başvurma değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Buna karşılık gelir durumu yüksek hastaların olumsuz dini başa çıkması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Stoması olan, metastazı olan, ameliyat öncesi tedavi alan hastaların olumsuz dini başa çıkmasının yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3). Hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlayan hastaların olumsuz dini başa çıkması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kendilerini iyi hissetmek için dua/namaz ve adak adama yöntemlerine başvurmayan hastaların olumsuz başa çıkmasının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile BUÖ ortanca puanlarının karşılaştırılması tablo 4.4'te yer almaktadır

Tablo 4.4. Sosyo-Demografik ve Klinik Bilgilerin Umutsuzluk Ortanca Skorları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler*		Umutsuzluk (Min.-Max.)	P
Yaş***	18-40	4.5 (0-12)	0.0023
	41-63	4 (0-16)	
	64 üzeri	6 (0-18)	
Cinsiyet**	Kadın	4 (0-18)	0.156
	Erkek	5 (0-16)	
Eğitim Durumu***	Okuryazar değil	6 (0-18)	0.1932
	İlk- Ortaöğretim	5 (0-16)	
	Lise	3 (0-12)	
	Üniversite ve Üzeri	6 (1-13)	
Medeni Durum**	Evli	5 (0-18)	0.027
	Bekâr	7.5 (1-14)	
Çalışma Durumu**	Çalışıyor	3 (0-11)	0.001
	Çalışmıyor	5 (0-18)	
Gelir Durumu***	Gelir Giderden Yüksek	2 ^{a,b} (1-6)	0.0039
	Gelir Gidere Eşit	4 ^a (0-16)	
	Gelir Giderden Düşük	7 ^b (0-18)	
Hastalık Türü**	Kolon Ca	5 (0-16)	0.742
	Rektum Ca	5 (0-18)	
Stoma Varlığı**	Var	6 (0-18)	<0.001
	Yok	3.5 (0-13)	
Metastaz**	Var	6 (0-16)	<0.001
	Yok	4 (0-18)	
Ameliyat Öncesi Tedavi Durumu**	Var	6 (0-18)	0.009
	Yok	4 (0-16)	
Hastalığının Ortaya Çıkışını Psikolojik Atıflara Bağlıyorum**	Evet	5 (0-18)	0.009
	Hayır	4.5 (0-12)	
Hastalığının Ortaya Çıkışını Risk Etmenlerine Bağlıyorum **	Evet	4 (0-16)	0.156
	Hayır	5 (0-18)	
Hastalığının Ortaya Çıkışını Kaza/ Şans Bağlıyorum**	Evet	5 (1-18)	0.258
	Hayır	4 (0-16)	
Hastalığının Ortaya Çıkışını Diğer Etmenlere Bağlıyorum**	Evet	5 (0-13)	0.675
	Hayır	5 (0-18)	
Tıbbi Uygulamalar Dışında Kendimi İyi Hissetmek İçin Başka Uygulamalara Başvururum**	Evet	5 (1-18)	0.043
	Hayır	8(0-16)	
Kendimi İyi Hissetmek İçin Dua/Namaz'a Başvururum**	Evet	5 (0-18)	0.037
	Hayır	7.5 (0-16)	
Kendimi İyi Hissetmek İçin Adak Adarım**	Evet	4 (0-9)	0.002
	Hayır	6 (0-18)	
Kendimi İyi Hissetmek İçin Diğer Uygulamalara Başvururum**	Evet	4 (1-14)	0.337
	Hayır	5 (0-18)	
Dini ritüelleri yeterince yerine getirip getirmediğine dair düşüncesi***	Evet	4 ^a (0-18)	0.0093
	Kısmen	6 ^b (0-16)	
	Hayır	9 ^b (0-16)	

*: Değişkenler, 'Ortanca (Min-Max)' şeklinde özetlenmiştir. **:Mann-Whitney U testi ***: Kruskal Wallis testi

a,b,c: Farklı harflendirmeler istatistiksel anlamlılığı ifade ediyor.

Araştırmaya katılan hastaların BUÖ skoru açısından cinsiyet, eğitim durumu, hastalık türü, hastalığın ortaya çıkışını; risk etmenleri, kaza/şans ve diğer etmenlere

bağlama ve tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için yapılanlar diğer uygulamalardan yaralanma değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Fakat 64 yaş üzeri, bekâr, çalışmayan ve geliri giderinden düşük hastaların umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ameliyat öncesi tedavi almış, stomaya sahip ve metastazı olan hastalarda umutsuzluğun yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlayan hastaların daha çok umutsuzluk yaşadığı görüldü. Yine tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için başka yöntemlere başvurmeyen hastaların daha çok umutsuzluk yaşadığı görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Bununla birlikte iyi hissetmek için dua/namaz, adak adama yöntemlerini kullanmayan ve dini ritüelleri yerine getirmeyen hastaların umutsuzluk düzeyinde anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırma kapsamında kullanılan Dini Başa Çıkma Tarzları ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Beck Umutsuzluk Ölçeği	Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı
Beck Umutsuzluk Ölçeği	r	1	-0.49	0.51
	p	-	<0.001	<0.001
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	r	-0.49	1	-0.27
	p	<0.001	-	0.003
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı	r	0.51	-0.27	1
	p	<0.001	0.003	-

r:Spearman sıra korelasyon katsayısı

Tablo 4.5 incelendiğinde; Beck Umutsuzluk Ölçeği ve olumlu dini başa çıkma alt boyutu skorları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ($r:-0.49$) (Tablo 4.5) . Yani hastaların umutsuzluk skoru arttıkça olumlu dini başa çıkma skoru azalmaktadır. Benzer şekilde umutsuzluk ve olumsuz dini başa çıkma skorları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ($r:0.51$) (Tablo 4.5). Buda hastaların umutsuzluk skoru arttıkça olumsuz dini başa çıkma skorunun artacağı anlamına gelmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin çok değişkenli lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta	Çok Değişkenli Analiz		
		B (%95 GA)	t	p-değeri
Umutsuzluk	β_0	2.336 [1.367-3.306]	4.776	<0.001
Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzı	β_1	-0.104 [-0.147- -0.061]	4.831	<0.001
Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzı	B2	0.434 [0.283-0.585]	5.706	<0.001

GA: Güven aralığı, Beta: Regresyon katsayısı

Yapılan lineer regresyon analizinde olumlu dini başa çıkma skoru ($B = -0.104$; $p < 0.001$) ve olumsuz dini başa çıkma skorunun ($B = -0.104$; $p < 0.001$), Beck umutsuzluğunun bağımsız prediktörleri olduğu izlendi. İlgili regresyon denklemi şu şekilde ifade edilmektedir (Tablo 4.6).

Sonuç olarak olumlu dini başa çıkma puanının bir birim artması Beck umutsuzluk puanını -0.104 birim azaltmaktadır. Olumsuz dini başa çıkma puanının bir birim artması ise Beck umutsuzluk puanını 0.434 birim arttırmaktadır (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Yapılan literatür incelenmesinde KRK cerrahisi geçirmiş hastaların dini başa çıkma tarzı ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmış herhangi bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle araştırma sonucu benzer nitelikteki diğer araştırma sonuçları ile tartışıldı.

Araştırma sonucunda iki alt boyutu olan Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin; olumlu dini başa çıkma tarzı alt boyutu ortalama puanı 23 ve olumsuz dini başa çıkma tarzı alt boyutu ortalama puanı 10 olarak bulundu (Tablo 4.2.). Kanser hastalarının dini başa çıkma tarzlarını incelemek için yapılan diğer araştırmalarda da bu araştırma sonucuna benzer sonuçlar ile karşılaşmıştır (35, 190-194). Masat ve Koç'un KRK hastalarının da aralarında bulunduğu kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, olumlu dini başa çıkma tarzı ortalama puanı 20 ve olumsuz dini başa çıkma tarzı ortalama puanı 8.5 olarak bulunmuştur (26). Fekih-Romdhane ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, olumlu dini başa çıkma tarzı ortalama puanı 26; olumsuz dini başa çıkma ortalama puanı ise 13 olarak bulunmuştur (195). Yapılan çalışmalarda ulaşılan sonuçlar bu araştırma sonucu ile benzer niteliktedir. Bu araştırma ve incelenen çalışmalarda olumlu dini başa çıkma tarzının daha yaygın kullanıldığı görülmektedir (183, 194-197). Olumlu dini başa çıkmanın kanserle mücadele eden hastalar tarafından daha fazla kullanılmasının; örnekleme oluşturan hastaların, olumlu dini düşüncelerinin yüksek olup; bu durumu Allah'tan gelen bir imtihan, sabredilmesi gereken bir süreç olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Kanser hastalarında en sık karşılaşılan semptomlardan biri olan umutsuzluk; çeşitli kayıp, korku, belirsizlik, acı vb. sorunlara sebep olup; aynı zamanda bu sorunlar ile etkili başa çıkmayı engellemektedir (198). Araştırma sonucunda KRK cerrahisi geçirmiş hastalarda Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan ortalama puanı 5 olarak saptandı. Ölçekten alınan puan değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastalarının hafif düzeyde umutsuzluk yaşadıkları görülmektedir (Tablo 4.4.). Benzer nitelikteki çalışmalara bakıldığında; Kavak ve arkadaşları kanser hastalarının umutsuzluk ortalama puanını 10.23 ± 1.94 (199), Öztunç ve arkadaşları meme kanserli hastalarda umutsuzluk ortalama puanını 5.49 ± 3.80 (200), Yıldırım ve arkadaşları ise kanser hastalarında umutsuzluk ortalama puanını 5.20 ± 4.39 olarak bulmuştur (201). Doğan ve Özkan'ın meme kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada deney grubundaki hastaların

umutsuzluk düzeyi 5.05 ± 2.59 ; kontrol grubundaki hastaların umutsuzluk düzeyi ise 3.49 ± 2.63 olarak bulunmuştur (198). Araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın yapılan araştırmalarda örneklem gruplarındaki farklılıktan, yanı sıra; kültürel, dini farklılıklar, sosyodemografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucunda, olumlu dini başa çıkma tarzı ortanca puanının; evli, metastazı olmayan, hastalığını psikolojik atıflara (üzüntü, stres, duygusal durum, kişilik yapısı, olumsuz düşünme vb.) bağlamayan, tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için dua/namaz ve adak adamadan faydalanan, dini ritüelleri yerine getiren hastalarda daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 4.3). Olumsuz dini başa çıkma tarzı ortanca puanının ise; gelir durumu iyi olan, stoması olan, metastazı olan, ameliyat öncesi tedavi (kemoterapi, radyoterapi vs.) gören, hastalığını psikolojik atıflara bağlayan, tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için dua/namaz ve adak adamaktan faydalanmayan hastalarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 4.3).

Al Ahwal ve arkadaşları ‘Suudi Arabistan'daki kolorektal kanser hastalarında dini inançlar, uygulamalar ve sağlık’ isimli çalışmalarında; evli olan KRK hastaların olumlu dini başa çıkmasının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (202). Sabancıoğlu ve Yılmaz’ın yapmış olduğu çalışmada, eşi ve çocuklarıyla yaşayan kanser hastalarında olumlu dini başa çıkmanın daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Yine aynı çalışma sonucunda yalnız yaşayan bireylerde ise olumsuz dini başa çıkma puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (35). Zwingmann ve arkadaşları meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, yaşlı ve yalnız yaşayan kadınlarda olumsuz dini başa çıkmanın daha yüksek olduğunu saptamıştır (205). İncelenen çalışmaların sonuçları bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun zor zamanlarda hastaların aileleri tarafından olumlu duygu ve düşüncelere yönlendirilerek başa çıkmalarının desteklenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca eşi ve çocuğu olan hastaların, ailelerinden ayrılmamak, onlara karşı sorumluluklarını yerine getirmek ve beraber daha güzel zaman geçirmek için başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandığı ve olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanarak hayata daha sıkı bağlandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda, metastazı olmayan hastaların olumlu dini başa çıkma tarzı ortanca puanı daha yüksek iken; metastazı olan hastaların ise olumsuz dini başa çıkma tarzı ortanca puanı yüksek bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.3). Aslan ve arkadaşları yaptıkları

çalışmada, metastazı olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanının yüksek olduğu sonucuna varmıştır (204). Çalışma sonucu, bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Metastazı olan hastaların tedavi süreçlerinin uzamasının hastaları çaresiz hissettirdiği ve olumsuz dini düşüncelerinin arttığı ve başa çıkma tarzını etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda, hastalığın ortaya çıkış nedenini psikolojik atıflara bağlamayan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı yüksek iken; psikolojik atıflara bağlayan hastaların ise olumsuz dini başa çıkmaları yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Psikososyal sorunların, insan yaşamını olumsuz etkilemekle birlikte kansere neden olduğuna dair araştırmalar da bulunmaktadır (205, 206). Oba ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada stres ve kişisel özellikler gibi bu araştırmada psikolojik atıflar olarak yer verdiğimiz parametrelerin kansere sebep olduğunu belirtmiştir (206). Bu araştırma, hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlama yönünden literatür ile benzerlik göstermektedir. Fakat literatür incelendiğinde hastalığı psikolojik atıflara bağlama ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bu yanıyla araştırmanın literatüre fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonunda, iyi hissetmek için dua/namaz ve adak adama gibi uygulamalardan yararlanan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Dua etmeyen ve adak adamayan hastaların ise olumsuz dini başa çıkma puanı yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Silva ve arkadaşları ‘Kanserli kişilerde dini/manevi başa çıkma ve ruhsal sıkıntılar’ adlı çalışmalarında bu araştırmada olduğu gibi dua edenlerin etmeyenlere göre olumlu dini başa çıkmasının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (207). Dua etme ve adak adama gibi dini yöntemlerin olumlu başa çıkma tarzı ile ilişkili olduğu ve başa çıkmayı kolaylaştırdığı görülmektedir. Dua etme vb. olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanan hastaların Allah’ın destek ve yardımını daha çok hissettiği bu sayede başa çıkmasının kolaylaştığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, dini ritüelleri yerine getiren hastaların olumlu dini başa çıkma puanı daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde kanser hastalarının hastalıkla başa çıkmak için dine yönelme eğilimlerinin yüksek olduğu görülmektedir (183, 208-210). Bu durumun dini inançların; hastalığa anlam verme, öz bakım için gerekli olan umudu sağlama ve ciddi tıbbi hastalıkların beraberinde gelen kontrol kaybıyla başa çıkma için hastaya güç vermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yalnız veya bir grupta beraber dini uygulamaları yerine getiren hastalarda olumlu dini başa çıkmanın yüksek olduğu görülmüştür (207). Mesquita ve arkadaşlarının KRK hastalarının ağırlıkta

olduğu bir grupla yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (211). Dini ritüellerin hastaları rahatlattığı, olumlu dini başa çıkmasını arttırarak hastalıkla etkili başa çıkmasını sağladığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada geliri yüksek hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Mesquita ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise düşük gelir düzeyi olumsuz başa çıkmayla ilişkili bulunmuştur (211). Bu farklılığın örnekleme oluşturan KRK hastalarının kültürel yapılarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda stoması olan ve ameliyat öncesi tedavi alan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar KRK cerrahisi öncesi hastaların stomaya sahip olma endişesi taşıdığını ortaya koymuştur (154, 212, 213). Yaşanılan bu endişeler ve stoma açılmasıyla hayatında birçok şeyin değişecek olmasının hastaların başa çıkmasını etkilediği düşünülmektedir. Hastalıkla başa çıkmayı etkileyen bir diğer faktör ise ameliyat öncesi tedavi alma durumudur. Mesquita ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; kemoterapi, radyoterapi gibi ameliyat öncesi tedavi alan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı orta düzeyde, olumsuz dini başa çıkma puanı ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (211). Bu durumun kemoterapi/radyoterapinin sebep olduğu fizyolojik ve psikolojik yan etkilerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda; 64 yaş üstü, bekâr, çalışmayan, gelir durumu düşük olan hastaların umutsuzluk seviyeleri yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Taşan ve Çıtlık Sarıtaş'ın Türkiye'deki kanser hastalarında maneviyat ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalarında, bekâr ve geliri giderinden düşük olan hastaların umutsuzluk puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (146). Pehlivan ve arkadaşları kanser hastaları ile yaptıkları bir çalışmada umutsuzluk puanının; kadın, yaşlı ve okuma yazma bilmeyen kanser hastalarında anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (214). Aile kavramının önemli olduğu toplumumuzda, bekâr hastaların daha fazla umutsuzluk yaşamasında sosyal destek eksikliğinin etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde gelir durumu düşük hastaların ise hastalık süreciyle birlikte maddi yetersizlikle baş etmekte güçlük çektikleri ve daha fazla umutsuzluk yaşadıkları düşünülmektedir.

Araştırma sonunda; stomaya sahip, metastazı olan, ameliyat öncesi tedavi alan hastaların umutsuzluk düzeyleri yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Literatür tarandığında stoması olan KRK hastalarının daha fazla psikososyal sorun, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon yaşadıkları görülmektedir (216-218). Liao ve Qin yaptıkları

çalışmayla, KRK hastalarının stomaya uyum sağlaması ve başa çıkmasında umudun önemli bir parametre olduğunu belirlemişlerdir (219). KRK hastalarında hastaların umutsuzluğunu etkileyen bir diğer durum da metastaz varlığıdır. Yıldırım ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, metastazı olan hastaların; metastazı olmayan hastalara göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı sonucuna varmıştır (202). Stoma varlığı ve metastaz varlığının umutsuzluk ile ilişkisine dair literatür sonuçları bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kendini iyi hissetmek için başka yöntemlere başvurmayan ve dini ritüelleri yerine getiremeyen hastaların umutsuzluk düzeyi yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Taşan ve Çıtlık Sarıtaş yaptıkları çalışmada, hastaların maneviyat eğilimlerinin artmasıyla daha az umutsuzluk yaşadıkları sonucuna varmıştır (146). Hastaların umutsuzlukla başa çıkmada maneviyat ve dini unsurlara başvurmalarının, psikolojik iyi oluş ve kendini iyi hissetme açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda, KRK cerrahisi geçirmiş hastalarda dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk arasında ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Olumlu dini başa çıkma tarzı ile umutsuzluk arasında negatif yönlü, olumsuz dini başa çıkma tarzı ve umutsuzluk arasında ise pozitif yönde bir ilişki saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Yapılan literatür taraması neticesinde KRK hastalarının dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte konuyla alakalı kanser hastalarıyla da yapılmış az sayıda çalışma mevcuttur. Kanser hastalarıyla yapılan çalışmaların sonuçları bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Sabancıoğulları ve Yılmaz'ın kemoterapi alan kanser hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, olumlu dini başa çıkma tarzı ve umut düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve olumlu dini başa çıkma tarzının umut düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (35). Tao ve arkadaşları ilerlemiş kanser hastalarının umutsuzluk ve depresyonla mücadelesinde, manevi başa çıkmanın aracı rolüne baktıkları çalışmalarında yine umutsuzluk ve olumlu dini başa çıkma arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir (220). Costa ve arkadaşları 'Kemoterapide kanserli hastalarda dini/manevi başa çıkma ve umut düzeyi' adlı çalışmalarında umut ve olumsuz dini başa çıkma arasında negatif, olumlu dini başa çıkma arasında ise pozitif, bir korelasyon olduğunu belirlemiştir (34). Kolorektal kanser ve kanser hastalarının yanı sıra farklı gruplarda da dini başa çıkma tarzları ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Nitekim Shamsalinia ve arkadaşları 'Tip 2 diyabetli hastalarda umut ve dini başa çıkma ilişkisi' isimli çalışmalarında umutla, olumlu dini

başı çıkma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır (221). Uysal ve arkadaşları sağlıklı yetişkin bireylerde yaptıkları bir çalışmada umut düzeyinin, olumlu dini başı çıkma ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu; olumsuz dini başı çıkma ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu sonucuna varmışlardır (222). Ai ve arkadaşları kalp cerrahisi geçirmiş hastalarla yaptıkları çalışmada ise umut ve olumlu dini başı çıkma tarzı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (223). Yapılan çalışma sonuçları kanser hastaları ve diğer çalışma grubundaki bireylerin yaşadıkları umutsuzluk ve dini başı çıkma tarzları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durumda umutsuzluk ve süreçle başı çıkmada olumlu dini başı çıkmanın hemşireler tarafından desteklenmesi ve hemşirelik girişimlerinin olumlu dini başı çıkma tarzını arttıracak yönde planlanması gerektiği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

- Kolorektal kanser cerrahisi geçirmiş hastalarda; hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlamayan, tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için dua/namaz ve adak adamaya başvuran hastaların olumlu dini başa çıkması yüksek bulundu. Fakat hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlayan, tıbbi uygulamalar dışında iyi hissetmek için başka uygulamalara başvurmeyen hastaların ise olumsuz dini başa çıkmasının yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.3).
- Kolorektal kanser cerrahisi geçiren evli, stoması ve metastazı olmayan, ameliyat öncesi tedavi almamış olan hastaların olumlu dini başa çıkması yüksek iken bekar, stoması ve metastazı olan, ameliyat öncesi tedavi alan hastaların ise olumsuz dini başa çıkmasının yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.3).
- Araştırmada yer alan hastalardan; stoması olan, metastazı olan, ameliyat öncesi tedavi alan, hastalığın ortaya çıkışını psikolojik atıflara bağlayan, tıbbi uygulamalar dışında kendini iyi hissetmek için bazı yöntemlere başvurmeyenlerin umutsuzluk puanının yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4).
- Araştırmada yer alan hastalardan olumlu dini başa çıkma tarzını kullananların daha az umutsuzluk yaşadığı; olumsuz dini başa çıkma tarzını kullananların ise daha fazla umutsuzluk yaşadığı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5.).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bir hemşirelik tanısı olarak umutsuzlukla ilgili girişimler yapılırken hastaların başa çıkma mekanizmaları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Başa çıkma tarzlarından olumlu dini başa çıkmanın kullanımı artırılabilir.
- Hastaların sahip oldukları dini ve kültürel özellikler dikkate alınarak dini etkinlikler, maneviyat programları vb. düzenlenebilir.
- Farklı hasta gruplarında konuyla ilgili araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Atan G, Özer Z, Turan G. Kanser hastalarında umutsuzluk ve manevi bakım algısının değerlendirilmesi / Assessment of hopelessness and spiritual care perception in cancer patients. *J Contemp Med* 2020, 10: 403-10.
2. Solak M. Kolorektal kanser hakkında bilgi içeren internet sitelerinin okunabilirliği / Readability of websites containing information about colorectal cancer. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019, 16: 509-13.
3. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) <https://gco.iarc.fr/> Son Erişim Tarihi 29 Kasım 2022.
4. Aktaş D, Koçalışlı S. Kolorektal kanser cerrahisi sonrası önemli bir sorun: fekal inkontinans / An important problem after colorectal cancer surgery: fecal incontinence. *Ordu University J Nurs Stud* 2020, 3: 36-43.
5. Yeniğün SC. Kolorektal cerrahi öncesi uyku hijyeni görsel metaryali kullanımının hastaların uyku kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2019.
6. Sınmaz T, Özbaş A. Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım. *Journal of Health Sciences and Research SABAD* 2020, 2: 41-53.
7. Liu G, Li B. Role of miRNA in transformation from normal tissue to colorectal adenoma and cancer. *J Cancer Res Ther* 2019, 15: 278-85.
8. Carli F, Bousquet-Dion G, Awasthi R, Elsherbini N, Liberman S, Boutros M, Stein B, Charlebois P, Ghitulescu G, Morin N, Jagoe T, Scheede-Bergdahl C, Minnella EM, Fiore JF. Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery* 2020, 155: 233–42.
9. Yu S, Tang Y. Effects of comprehensive care on psychological emotions, postoperative rehabilitation and complications of colorectal cancer patients after colostomy. *Am J Transl Res* 2021,13: 6889–96.

10. Alacacıoğlu A, Binicier O, Güngör O, Öztop M, Diriöz UY. Türk kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon. *Support Care Cancer* 2010, 18: 417–21.
11. Sordes F, Chaubard T. Ostominin kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesine psikolojik etkisi: Beden imajı, benlik saygısı ve kaygının rolü. *Bulletin du Cancer* 2018, 105: 573-80.
12. Abu-Helalah MA, Alshraideh HA, Al-Hanaqta MM, Arqoub KH. Quality of Life and Psychological Well-Being of Colorectal Cancer Survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014. 15: 7653-64.
13. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care* 2016, 25: 608–15.
14. Song Q, Liu C, Lv X, Wang J, Yin G. Course and predictors of psychological distress among colorectal cancer survivors with ostomies: A longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs* 2022, 59: 102170.
15. Schuurhuizen CS, Braamse AM, Beekman AT, Hoogendoorn AW, Konings IR, van der Linden MH, Neefjes EC, Verheul HM, Dekker J. Screening and treatment of psychological distress in patients with metastatic colorectal cancer: study protocol of the TES trial. *BMC Cancer* 2015, 15: 302.
16. Karaveli S, Özbakır T, Karacabay K. Kolorektal Kanser Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 17: 90-6.
17. Topçu S, Baskın E. Cerrahi Girişim Bekleyen Kolorektal Kanser Hastalarında Sosyal Destek Algısı ve Etkileyen Faktörler Social Support Perception and Affecting Factors in Colorectal Cancer Patients Waiting for Surgical Intervention. *Sdı Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 10: 423-30.
18. Çakır H. Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019.

19. Ayik C, Arslan G, Özden D. Kolorektal Kanserli Stoma Açılan Bireyin NANDA'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2018, 10: 251-62.
20. Yılmaz A. Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
21. Mun-yin Ho S, Wai-chu Ho J, Ka-yan Pau B, Pui-hung Hui B, Sze-mun Wong R, Tsz-wai Chu A. Hope-based intervention for individuals susceptible to colorectal cancer: a pilot study. *Familial Cancer* 2012. 11: 545–51.
22. Yüksel Ş. Onkolojik cerrahi geçiren hastaların spiritualite ve umut durumlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.
23. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *J Adv Nurs* 2020, 76: 1520-37.
24. Mahendran R, Chua SM, Lim HA, Yee I, Joyce T, Kua EH, Griva K. Biopsychosocial correlates of hope in Asian patients with cancer: a systematic review. *BMJ Open* 2016, 6: 1-13.
25. Yazgan EÖ. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.
26. Masat, S. Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2018.
27. Cufta M. Kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü (Kosova örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü. Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2014.
28. Ayten A. *Tanrıya Sığınmak: Dini Başa Çıkma Üzerine Psikososyal Bir Araştırma*, 2. Baskı. İstanbul, İz Yayıncılık, 2012: 35.

29. Ayık ÜC, Karabulutlu E. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullenmesi ve Dini Baş Etme Tarzlarının İncelenmesi / Examination of Acceptance of Illness and Religious Coping Styles of Patients Undergoing Hemodialysis Treatment. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2020, 15: 45-55.
30. Sağır Z. Kültürleşme, Dini Başa Çıkma ve Yaşam Memnuniyeti: Türkiye’de Yaşayan Yabancı Öğrenciler Üzerine Nicel Bir Araştırma. *Kilitbahir* 2020, 1: 5-37.
31. Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel Ş. Türkiye'deki Onkoloji Hastalarının Manevi İhtiyaç ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Bütüncül Hemşirelik Uygulaması* 2015, 29: 103-13.
32. De Berardis D, Olivieri L, Rapini G, Serroni N, Fornaro M, Valchera A, Carano A, Vellante F, Bustini M, Serafini G, Pompili M, Ventriglio A, Perna G, Fraticelli S, Martinotti G, Di Giannantonio M. Religious Coping, Hopelessness, and Suicide Ideation in Subjects with First-Episode Major Depression: An Exploratory Study in the Real World Clinical Practice. *Brain Sci.* 2020, 10: 1-12.
33. Guz H, Gürsel B, Özbek N. Kanserli Hastalarda Dini ve Manevi Uygulamalar. *J Relig Health* 2012, 51: 763–73.
34. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm* 2019, 72: 640-5.
35. Sabanciogullari S, Yilmaz Taskin F. The Effect of Religious Coping on Hope Level of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Relig Health* 2021, 60: 2756–69.
36. Jabbarian LJ, Korfage IJ, Červ B. Coping strategies of patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: Insights from the Action Study. *Psycho-Oncology* 2020, 29: 347– 55.
37. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Strategies of Coping with Pain in Cancer on the Basis of Lung, Breast, Colorectal, and Prostate Carcinoma. *J Canc Educ* 2017, 32: 771–7.
38. Wan SW, Chong CS, Jee XP, Pikkarainen M, He HG. Perioperative experiences and needs of patients who undergo colorectal cancer surgery and their family caregivers: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2022, 30(6):5401-10.

39. Sharour LA, Omari OA, Malak MZ, Salameh AB, Yehia D, Subih M, Alrshoud M. Using Mixed-Methods Research to Study Coping Strategies among Colorectal Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019, 7: 81-7.
40. Kang Y, Son H. Age Differences in the Coping Strategies of Patients With Colorectal Cancer. *Cancer Nursing* 2019, 42: 286-94.
41. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse* 2017, 53: 48-59.
42. Güneş Dağ D. Kolorektal Kanseri Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yoganın Yaşam Doyumu Ve Depresyona Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2017.
43. Rajab MBM. Kolorektal Kanseri Hastalarda Homosistein Düzey Değişimlerinin Değerlendirilmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Genetik Ve Biyomühendislik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi, 2019.
44. <https://www.saintjohnscancer.org/gastrointestinal/conditions-we-treat/colorectal-cancer/> / Son Erişim Tarihi 29 Kasım 2022.
45. GLOBOCAN 2020 Database <https://gco.iarc.fr/> / Son Erişim Tarihi 04 Aralık 2022.
46. Mazidimoradi A, Tiznobaik A, Salehiniya H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening: a Systematic Review. *J Gastrointest Cancer* 2022, 53: 730-44.
47. Ghareeb A, Kakaje A, Ghareeb A, Alahmar FO. Is pull-through an acceptable replacement for low anterior resection for rectal cancers in low-income setting? A case-control study. *Ann Med Surg* 2021, 68: 102608.
48. Çimen O, Kurnaz E, Çimen Keskin F, Eden AO. Kolorektal Kanseri Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastaların Değerlendirilmesi. *Erzincan University Journal of Science and Technology* 2019, 12: 1700-4.
49. Türkiye Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri 2017. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html> Son Erişim Tarihi 10 Eylül 2022.

50. Himbert C, Figueiredo JC, Shibata D, Ose J, Lin T, Huang LC, Peoples AR, Scaife CL, Pickron B, Lambert L, Cohan JN, Bronner M, Felder S, Sanchez J, Dessureault S, Coppola D, Hoffman DM, Nasser YF, Decker RW, Zaghiyan K, Murrell ZA, Hendifar A, Gong J, Firoozmand E, Gangi A, Moore BA, Cologne KG, El-Masry MS, Hinkle N, Monroe J, Mutch M, Bernadt C, Chatterjee D, Sinanan M, Cohen SA, Wallin U, Grady WM, Lampe PD, Reddi D, Krane M, Fichera A, Moonka R, Herpel E, Schirmacher P, Kloor M, von Knebel-Doeberitz M, Nattenmueller J, Kauczor H-U, Swanson E, Jedrzkiewicz J, Schmit SL, Gigic B, Ulrich AB, Toriola AT, Siegel EM, Li CI, Ulrich CM, Hardikar S. Clinical Characteristics and Outcomes of Colorectal Cancer in the ColoCare Study: Differences by Age of Onset. *Cancers* 2021, 13 :3817.
51. Ünal NG, Coşgun G, Korkut M, Özütemiz AÖ, Doğanavşargil B, Çakar B, Özkök S, Yalman D, Sert F, Sezak M, Yoldaş T, Çalışkan C, Akgün ZE, Osmanoglu H, Haydaroglu A. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Veri Tabanındaki Kolorektal Kanseri Olguların Epidemiyolojik Ve Genel Sağ Kalım Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2019, 1: 68-77.
52. Guz M, Jeleniewicz W, Malm A, Korona-Glowniak I. A Crosstalk between Diet, Microbiome and microRNA in Epigenetic Regulation of Colorectal Cancer. *Nutrients* 2021, 13: 2428.
53. Di Franco S, Bianca P, Sardina DS, Turdo A, Gaggianesi M, Veschi V, Nicotra A, Mangiapane LA, Lo Iacono M, Pillitteri I, van Hooff S, Martorana F, Motta G, Gulotta E, Lentini VL, Martorana E, Fiori ME, Vieni S, Bongiorno MR, Giannone G, Giuffrida G, Memeo L, Colarossi L, Mare M, Vigneri P, Todaro M, De Maria R, Medema JP, Stassi G. Adipose stem cell niche reprograms the colorectal cancer stem cell metastatic machinery. *Nat Commun* 2021, 1: 5006.
54. Yoo JE, Shin DW, Han K, Kim D, Jeon SM, Koo HY, Yu SJ, Park J, Choi KS. Association of the Frequency and Quantity of Alcohol Consumption With Gastrointestinal Cancer. *JAMA Netw Open* 2021, 4: e2120382.
55. Chen H, Liu L, Lu M, Zhang Y, Lu B, Zhu Y, Tian J, Li X, Nie S, Miao X, Dai M. Implications of Lifestyle Factors and Polygenic Risk Score for Absolute Risk Prediction of Colorectal Neoplasm and Risk-Adapted Screening. *Front. Mol. Biosci* 2021, 8: 685410.

56. Pesola F, Eloranta S, Martling A, Saraste D, Smedby KE (King's College London, London, UK; Karolinska University Hospital; Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden). Family history of colorectal cancer and survival: a Swedish population-based study. *J Intern Med* 2020, 287: 723–33.
57. Chong DQ, Banbury BL, Phipps AI. Association of family history and survival in patients with colorectal cancer: a pooled analysis of eight epidemiologic studies. *Cancer Med* 2018, 7: 2192-99.
58. Valle L, de Voer RM, Goldberg Y. Update on genetic predisposition to colorectal cancer and polyposis. *Mol Aspects Med* 2019, 69: 10-26.
59. Sun DJ, He XJ, Li HT, Luo BX, Zhou LX, Zeng XP, Li DZ, Wang W. Metformin combined with endoscopic therapy in patients with familial polyposis associated with carcinoma: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2022, 101:e32408.
60. Valle L, Vilar E, Tavtigian SV, Stoffel EM. Genetic predisposition to colorectal cancer: syndromes, genes, classification of genetic variants and implications for precision medicine. *J. Pathol* 2019, 247: 574-88.
61. https://en.wikipedia.org/wiki/Mediterranean_diet Son Erişim Tarihi 31 Ağustos 2022.
62. Aksu BM, Sarıyer ET. Colorectal Cancer and Vitamin D. *Journal of Health Services and Education* 2020, 4: 39-44.
63. do Amaral LA, da Silva Fleming de Almeida T, Oliveira de Souza GH, Baranoski A, Souza Maris R, Bittencourt Junior FF, Murino Rafacho BP, Duenhas Monreal AC, Leite Kassuya CA, Milan Brochado Antonioli-Silva AC, Freitas Dos Santos E, Oliveira RJ. The Use of Natural Fiber-Rich Food Product Is Safe and Reduces Aberrant Crypt Foci in a Pre-Clinical Model. *Nutrients* 2021, 13: 2708.
64. Wong JYH, Ho JWC, Lee AM, Fong DYT, Chu N, Leung S, Chan YYW, Lam SH, Leung IPF, Macfarlane D, Cerin E, Taylor AJ, Cheng KK. Lived experience of dietary change among Chinese colorectal cancer survivors in Hong Kong: A qualitative study. *BMJ Open* 2021, 25:11: e051052.
65. Siegel RL, Fedewa SA, Anderson WF, Miller KD, Ma J, Rosenberg S, Jemal A. Colorectal Cancer Incidence Patterns in the United States, 1974-2013. *J Natl Cancer Inst* 2017, 109: 322.

66. Tran TN, Van Hal G, Peeters M, Jidkova S, De Schutter H, Hoeck S. Population-Based Data Reveal Factors Associated with Organised and Non-Organised Colorectal Cancer Screening: An Important Step towards Improving Coverage. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18: 8373.
67. Wendler E, Malafaia O, Ariede BL, Ribas-Filho JM, Czezko NG, Nassif PAN. Could The Intestinal Epithelial Alterations Promoted By Roux-En-Y Gastric Bypass Explain Higher Tendency For Colonic Diseases In Bariatric Patients? *Arq Bras Cir Dig* 2021, 33: e1570.
68. Del Cornò M, Vari R, Scazzocchio B, Varano B, Masella R, Conti L. Dietary Fatty Acids at the Crossroad between Obesity and Colorectal Cancer: Fine Regulators of Adipose Tissue Homeostasis and Immune Response. *Cells* 2021, 10: 1738.
69. Di Franco S, Bianca P, Sardina D. Adipose stem cell niche reprograms the colorectal cancer stem cell metastatic machinery. *Nat Commun* 2021, 12: 5006.
70. Lin TC, Chien WC, Hu JM, Tzeng NS, Chung CH, Pu TW, Hsiao CW, Chen CY. Risk of colorectal cancer in patients with alcoholism: A nationwide, population-based nested case-control study. *PLoS One* 2020, 15: e0232740.
71. Vieira AR, Abar L, Chan DSM. Foods and beverages and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, an update of the evidence of the WCRF-AICR Continuous Update Project. *Ann Oncol* 2017, 28: 1788-802.
72. Lucafò M, Curci D, Franzin M, Decorti G, Stocco G. Inflammatory Bowel Disease and Risk of Colorectal Cancer: An Overview From Pathophysiology to Pharmacological Prevention. *Front Pharmacol* 2021, 12: 772101.
73. Clarke WT, Feuerstein JD. Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease: Practice guidelines and recent developments. *World J Gastroenterol* 2019, 25: 4148-57.
74. Marafini I, Monteleone G, Stolfi C. Association Between Celiac Disease and Cancer. *Int J Mol Sci* 2020, 21: 4155.
75. Zhu B, Qu S. The Relationship Between Diabetes Mellitus and Cancers and Its Underlying Mechanisms. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2022, 13: 800995.

76. Liu Y, Jin PP, Sun XC, Hu TT. Thiazolidinediones and risk of colorectal cancer in patients with diabetes mellitus: A meta-analysis. *Saudi J Gastroenterol* 2018, 24: 75-81.
77. Lam BQ, Srivastava R, Morvant J, Shankar S, Srivastava RK. Association of Diabetes Mellitus and Alcohol Abuse with Cancer: Molecular Mechanisms and Clinical Significance. *Cells*. 2021, 10: 3077.
78. Soltani G, Poursheikhani A, Yassi M, Hayatbakhsh A, Kerachian M, Kerachian ME. Obesity, diabetes and the risk of colorectal adenoma and cancer. *BMC Endocr Disord* 2019, 19: 113.
79. Low EE, Demb J, Liu L, Provenzale D, Kaltenbach T, Gawron AJ, Martinez ME, Gupta S. Risk Factors for Early-Onset Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2020, 159: 492-501.
80. Högberg C, Karling P, Rutegard J, Lilja M. Patient-reported and doctor-reported symptoms when faecal immunochemical tests are requested in primary care in the diagnosis of colorectal cancer and inflammatory bowel disease: a prospective study. *BMC Fam Pract* 2020, 21: 129.
81. Thanikachalam K, Khan G. Colorectal Cancer and Nutrition. *Nutrients*. 2019, 11: 164.
82. Soytürk M. Kolorektal kanser epidemiyoloji ve risk faktörleri. 7. Uluslararası İç Hastalıkları Kongresi. 2019.
83. Papadakis M, McPhee SJ, Rabow MW, McQuid KR. Current Medical Diagnosis & Treatment. *The Mc Graw-Hill Companies* 2022, 1: 1634-54.
84. Lech G, Slotwinski R, Slodkowski M, Krasnodebski IW. Colorectal cancer tumour markers and biomarkers: Recent therapeutic advances. *World J Gastroenterol* 2016, 22: 1745-55.
85. Akbulut ED, Erdoğan S, Akbulut S, Yılmaz FM. Mide ve Kolorektal Kanserli Hastalarda Serum Sistatin C Düzeyi ve CEA, CA 19-9 ile İlişkisinin İncelenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2020, 17: 372-7.
86. Atalay BI, Emiral GÖ, Işıklı B, Alataş İÖ, Metintaş S, Önsüz MF. İki Farklı Gaitada Gizli Kan Testinin Geçerlilik Yönünden Karşılaştırılması. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2018, 3: 15-21.

87. Akkuzu MZ, Sezgin O, Üçbilek E, Özdoğan O, Aydın, F, Balcı H, Yaraş S, Ateş F, Altıntaş E. Gaitada gizli kan pozitifliği nedeniyle kolonoskopi yapılanlarda kolorektal malignite sıklığı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2020, 11: 109-12.
88. <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/gaitada-gizli-kan-testi/> Son Erişim Tarihi 11 Eylül 2021.
89. Simon K, Balchen V. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging* 2016, 11: 967-76.
90. Kolorektal Kanser Taraması ve Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KOLOREKTAL_KANSER_TARAMASI_VE_TESHISINDE_AVRUPA_BIRLIGI_KALITE_REHB_ERI.pdf Son Erişim Tarihi 30 Kasım 2022.
91. Tülek F, Kahraman K, Taşkın S, Ozkan E, Ortaç F. Endometrial Adenokarsinoma Ve Kolon Kanseri Birlikteliği: Pozitron Emisyon Tomografisi İle Preoperatif Tanı Alan Bir Olgu. *TRSGO Dergisi* 2012, 15: 96-100.
92. Çınar A, Gençoğlu EA, Korkmaz M. Kolorektal kanser yeniden evrelemesi ve PET/BT. *Ulusal Cer Derg* 2013, 29: 76-80.
93. Uslu Biner İ, Ak Sivrikoz İ, İhtiyar E, Üstüner Z, Şahin F. Kolorektal Kanserlerin Evrelemesinde F-18 Fdg Pet/Bt'nin Yeri. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016, 38: 55-62.
94. Hadjipetrou A, Anyfantakis D, Galanakis CG, Kastanakis M, Kastanakis S. Colorectal cancer, screening and primary care: A mini literature review. *World J Gastroenterol* 2017, 23: 6049-58.
95. Simon K, Balchen V. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging* 2016, 11: 967-76.
96. Harold KM, MacCuaig WM, Holter-Charkabarty J, Williams K, Hill K, Arreola AX, Sekhri M, Carter S, Gomez-Gutierrez J, Salem G, Mishra G, McNally LR. Advances in Imaging of Inflammation, Fibrosis, and Cancer in the Gastrointestinal Tract. *Int J Mol Sci* 2022, 23(24): 16109.
97. Dane F, Ozgurdal K, Yalçın Ş. Safety and efficacy of regorafenib in patients with treatment-refractory metastatic colorectal cancer in Turkey: the single-arm, open-label REGARD study. *BMJ Open* 2020, 10: e027665.

98. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *The gastrointestinal tract. In: Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 7th ed. Philadelphia, ElsevierSaunders Company, 2005: 857- 69.
99. Razik E, Kobierzycki C, Grzegorzolka J, Podhorska-Okolow M, Drag-Zalesinska M, Zabel M, Dziegiel P. Plasminogen Activation System in Rectal Adenocarcinoma. *Anticancer research* 2015; 35: 6009–15.
100. Dursun N, Paşaoğlu E. Kolon-Rektum Tümörlerinde Amerikan Ortak Kanser Komitesi 8. Basım Evrelemesi ve Amerikan Patologlar Akademisi Protokolündeki Değişiklikler ve Güncellemeler. *J Curr Pathol* 2018, 3: 78-84.
101. Işıkören EG. Kolorektal Kanser Olgularında Dizi Analizi İle Tlr2 Geni Gt Tekrarlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Moleküler Tıp Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.
102. Shihou S, Tiancheng Z, Xu W. Comparison of robot-assisted surgery, laparoscopic-assisted surgery, and open surgery for the treatment of colorectal cancer: A network meta-analysis. *Medicine August* 2018, 97: e11817
103. Salibasic M, Pusina S, Bicakcic E, Pasic A, Gavric I, Kulovic E, Rovcanin A, , Beslija S. Colorectal Cancer Surgical Treatment, our Experience. *Med Arch* 2019, 73: 412-4.
104. Prosnitz RG, Patwardhan MB, Samsa GP, Mantyh CR, Fisher DA, McCrory DC, Cline KE, Gray RN, Morse MA. Quality measures for the use of adjuvant chemotherapy and radiation therapy in patients with colorectal cancer. *Cancer*. 2016, 107: 2352-60.
105. <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/kolorektal-kanser-kolon-ve-rektumun-adenokanseri/kolon-kanseri-tedavisi-ve-ameliyatlari/> Son Erişim Tarihi 20 Kasım 2022.
106. <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/kolorektal-kanser-kolon-ve-rektumun-adenokanseri/rektum-kanseri-tedavisi-ve-ameliyatlari/> Son Erişim Tarihi 20 Kasım 2022.
107. Toksal M. Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyon Koca Tepe Üniversitesi, 2004.

108. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Beuter M, Gomes ES, Moraes JT, Niestche EA. Knowledge and practices of nursing professionals in caring for ostomates. *Rev Bras Enferm* 2020, 73: e20200018.
109. Hueso-Montoro C, Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hernández-Zambrano SM, Amezcua M, Morales-Asencio JM. Experiences and coping with the altered body image in digestive stoma patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016, 24: 2840.
110. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013, 40: 407–12.
111. Yıldız T. Stomalı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 2008, 67: 31-5.
112. Stelton S. CE: Stoma and Peristomal Skin Care: A Clinical Review. *Am J Nurs*. 2019, 119: 38-45.
113. Vonk-Klaassen SM., de Vocht HM, den Ouden MEM. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res* 2016. 25: 125–33.
114. Duluklu B, Şenol Çelik S. Kolostomisi Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi: Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019, 6: 111-9.
115. Pallan A, Dedelaite M, Mirajkar N, Newman PA, Plowright J, Ashraf S. Postoperative complications of colorectal cancer. *Clin Radiol* 2021, 76: 896-907.
116. Van Rooijen S, Carli F, Dalton, S. Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer* 2019, 19: 98.
117. Saraçoğlu A, Yavru A, Küçükgöncü S, Tüzüner FE, Karadeniz MS, Başaran B, Şentürk NM. Postoperatif Pulmoner Komplikasyonların Gelişiminde Rol Alan Prediktif Faktörler. *Turk J Anaesth Reanim* 2014, 42: 313-9

118. David Lagier, Congli Zeng, Ana Fernandez-Bustamante, Marcos F. Vidal Melo; Perioperative Pulmonary Atelectasis: Part II. Clinical Implications. *Anesthesiology* 2022, 136: 206–36.
119. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Atelektazi> Son Erişim Tarihi 12 Nisan 2022.
120. Mazzotta E, Villalobos-Hernandez EC, Fiorda-Diaz J, Harzman A, Christofi FL. Postoperative Ileus and Postoperative Gastrointestinal Tract Dysfunction: Pathogenic Mechanisms and Novel Treatment Strategies Beyond Colorectal Enhanced Recovery After Surgery Protocols. *Front Pharmacol. Published* 2020, 11: 583422.
121. Harnsberger CR, Maykel, AJ, Alavi K. Postoperative Ileus. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2019, 32: 166-70.
122. EuroSurg Collaborative, ItSURG, STARSurg Collaborative, Safety and efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs to reduce ileus after colorectal surgery, *British Journal of Surgery* 2020, 107: 161–9.
123. Rencüzoğulları A, Trunzo JA, Vogel JD, Khoshknabi D, Stocchi L, Görgün E. Superficial Surgical Site Infection after Colorectal Surgery: Targeting High-Risk Patients Increases the Efficacy of Prevention Bundles. *Turkish Journal of Colorectal Disease* 2018, 1: 9-17.
124. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6: 280-9.
125. Karim A, Cubas V, Zaman S, Patel H, Waterland P. Anastomotic leak and cancer-specific outcomes after curative rectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2020, 24: 513–25.
126. Ha GW, Kim JH, Lee MR. Oncologic Impact of Anastomotic Leakage Following Colorectal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Surg Oncol* 2017, 24: 3289–99.
127. Üreyen O, İlhan E, Dadalı E, Gökçelli U, Altıntaş SB. Kolorektal Cerrahide Anastomoz Kaçağı ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Colorectal Disease* 2018, 28: 129-35.

128. <https://journals.lww.com/cancernursingonline/toc/2020/05000> Son Erişim Tarihi 10 Nisan 2022.
129. şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Health Res* 2020, 2: 136-41.
130. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi* 2014, 28: 85-92.
131. Üzüm G, Nehir Türkmen S. The effects of psychoeducation on problem solving skills of cancer patients. *Psychiatric Nurs* 2019, 10: 75-81.
132. Tünel M, Vural A, Evlice Yunus Emre, Tamam L. Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012, 21: 189-219.
133. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon Ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi* 1994, 1: 134-8.
134. Carpenito-Moyet, LJ. Ümitsizlik. In: Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Erdemir F (eds), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2022, 15: 487-93.
135. Shaw SCK. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract* 2020, 44: 102780.
136. Sebastian CK, Shaw. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice* 2020, 44: 102780.
137. Kayış A. Kanseri Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi. 2009.
138. Ata G, Kılıç D. Correlation of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients: The case of Turkey. *Perspect Psychiatr Care* 2022, 58: 1460-6.
139. Kavradım ST, Özer ZC. Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - *Current Approaches in Psychiatry* 2014, 6: 154-64.
140. Bahar A. Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2008, 5: 38-43.

141. Nehir S, Tavşanlı NG, Özdemir Ç, Akyol T. A Determination of Hopelessness and the Perception of Illness in Cancer. *Omega (Westport)* 2019, 79: 115-31.
142. Akyuz MD, Oran NT, Yucel U, Eksioğlu A, Kocak YC. The relationship between hopelessness level and complementary and alternative medicine use in patients with breast cancer. *J Cancer Res Ther* 2019, 15: 1155-61.
143. Liu CY, Chen WT, Kung PT, Chiu CF, Wang YH, Shieh SH, Tsai WC. Characteristics, survival, and related factors of newly diagnosed colorectal cancer patients refusing cancer treatments under a universal health insurance program. *BMC Cancer* 2014, 14: 446.
144. Mazhari F, Khoshnood Z. Exploring the care needs of Iranian patients with cancer: a qualitative content analysis. *BMC Nurs* 2021, 20: 138.
145. Tokem Y, Ozcelik H, Cicik A. Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nurs* 2015, 38: 28-34.
146. Taşan N, Çıtlık Sarıtaş S. The Relationship Between Spirituality and Hopelessness Among Cancer Patients in Turkey. *J Relig Health* 2022, 61: 1376–89.
147. Kızılgeçit M. Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık. *MÜ İlahiyat Fakültesi Vakfı* 2021. 2: 320.
148. Batan SN, Ayten A. Dinî Başa Çıkma, Psikolojik Dayanıklılık Ve Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2015, 15: 67-92.
149. Eryücel S. Yaşam Olayları Ve Olumlu Dini Başa Çıkma. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013, 10: 251-71.
150. Basit E. Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006, 13: 31-6.
151. Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2020, 38: 915-25.

152. Ketcher D, Lutgendorf SK, Leighton S. Attributions of survival and methods of coping of long-term ovarian cancer survivors: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2021, 21: 376.
153. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. *Cancer Nurs* 2018, 41: 23-39.
154. Smith F, Öhlén J, Persson LO, Carlsson E. Daily Assessment of Stressful events and Coping in early post-operative recovery after colorectal cancer surgery. *Eur J Cancer Care* 2018, 27: 2829.
155. Abelson JS, Chait A, Shen MJ, Charlson M, Dickerman A, Yeo H. Coping strategies among colorectal cancer patients undergoing surgery and the role of the surgeon in mitigating distress: A qualitative study. *Surgery* 2019, 165: 461-8.
156. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychology* 1992. 11: 79–87.
157. Hernández R, Calderon C, Carmona-Bayonas A, Rodríguez Capote A, Jara C, Padilla Álvarez A, Gómez-Camacho MLN, Beato C, Castelo B, Majem M, Muñoz MDM, Ivars A, Mangas-Izquierdo M, Rogado-Revuelta J, Jimenez-Fonseca P. Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics* 2019, 19: 426-34.
158. Karakaş A, Koç M. Stresle Başa Çıkma Ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki: Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 2014, 3: 610-31.
159. Turan Y, Çekiç A. Yalnızlıkla Başa Çıkma: Yalnızlık, Dini Başa Çıkma, Dindarlık, Hayat Memnuniyeti ve Sosyal Medya Kullanımı. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi* 2018, 22: 1711 – 45.
160. Murat A. Tanrı'ya Sığınmak Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2017, 6: 335-41.
161. Ayten A, Yıldız R. Dindarlık, Hayat Memnuniyeti İlişkisinde Dinî Başa Çıkmanın rolü Nedir? Emekliler Üzerine Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2016, 16: 281-308.

162. Pargament KI. *The Psychology Of Religion And Coping: Theory, Research, and Practice*. New York, The Guilford Press, 2001: 202-13.
163. Pargament KI, Kennell J, Hathaway W. Religion and the Problem Solving Process: Three Styles of Coping. *JSSR* 1988, 27: 90-104.
164. Ekşi H. Başa çıkma, dinî başa çıkma ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma: Eğitim, ilahiyat ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin karşılaştırılması. Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı/ Din Psikolojisi Bölümü. Doktora Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2001.
165. Ayten A, Ensa G. Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2012, 12: 45-79.
166. Ceyla UE. Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı/ Din Eğitimi Bilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2018.
167. Rudaz M, Ledermann T, Grzywacz JG. Spiritual coping, perceived growth, and the moderating role of spiritual mindfulness in cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2018, 36: 609-23.
168. Bjorck JP, Thurman JW. Negative Life Events, Patterns of Positive and Negative Religious Coping, and Psychological Functioning. *JSSR* 2007, 46: 159-67.
169. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 513-21.
170. Pargament KI, Raiya HA. A Decade Of Research On The Psychology Of Religion And Coping: Things We assumed And Lessons We Learned. *Psyke & Logos* 2007, 28: 742-66.
171. Wong-McDonald A, Gorsuch R. Surrender to God: An Additional Coping Style. *Journal of Psychology and Theology* 2000, 28: 154.
172. Xu J. Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice. *Br J Soc Work* 2016, 46: 1394-410.

173. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *JSSR* 1998, 37: 710-24.
174. Nkoana S, Sodi T, Makgahlela M, Mokwena J. Cancer Survivorship: Religion in Meaning Making and Coping Among a Group of Black Prostate Cancer Patients in South Africa. *J Relig Health* 2022, 61: 1390-400.
175. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P. Red Flags and Religious Coping: Identifying Some Religious Warning Signs Among People in Crisis. *J Clin Psychol* 2003, 59: 133-48.
176. Gall TL, Bilodeau C. The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *J Psychosoc Oncol* 2020, 38: 103-17.
177. Wachholtz AB, Pargament KI. Migren ve meditasyon: Maneviyat önemli mi? *Davranışsal Tıp Dergisi* 2008, 31: 351–66.
178. Gilbert JW. Re: Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, and Mathiessen PF. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 2009, 10: 327-39.
179. Surzykiewicz J, Skalski SB, Niesiołędzka M, Konaszewski K. Exploring the mediating effects of negative and positive religious coping between resilience and mental well-being. *Front Behav Neurosci* 2022, 16: 954382.
180. Aydın Ö. Yaşamı Sürdürmede Dini İnançın Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2011.
181. Mahamid FA, Bdier D. The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavirus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study. *J Relig Health* 2021, 60: 34-49.
182. Rassoulain A, Gaiger A, Loeffler-Stastka H. Gender Differences in Psychosocial, Religious, and Spiritual Aspects in Coping: A Cross-Sectional Study with Cancer Patients. *Womens Health Rep* 2021, 2(1): 464-472.
183. Yılmaz Karabulutlu E, Yaralı S, Kara. Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey. *J Rman S. elig Health* 2019, 58: 881-90.

184. Bjork JP, Kim JW. Religious Coping, Religious Support and Psychological Functioning Among Short-Term Missionaries. *Mental Health, Religion & Culture* 12 2009, 7: 611-26.
185. Trevino KM, Balboni M, Zollfrank A, Balboni T, Prigerson HG. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2014, 23: 936-45.
186. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, Zainal NZ. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. *J Relig Health* 2017, 56: 575-90.
187. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974, 42: 861-5.
188. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1993, 1: 139-42.
189. Durak A. Beck hopelessness scale: a validation and reliability study. *J Turk Psychol* 1993, 9: 1-11.
190. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Peteet JR, Block SD, Prigerson HG. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 2009, 301: 1140-7.
191. Holt CL, Roth DL, Huang J, Park CL, Clark EM. Longitudinal effects of religious involvement on religious coping and health behaviors in a national sample of African Americans. *Soc Sci Med.* 2017, 187: 11-9.
192. Khodaveirdyzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, Eivazi J. Spiritual/Religious Coping Strategies and their Relationship with Illness Adjustment among Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016, 17: 4095-9.
193. Kappeli S. Religious dimensions of suffering from and coping with cancer: a comparative study of Jewish and Christian patients. *Gynecol Oncol* 2005, 99: 135-6.

194. King SDW, Macpherson CF, Pflugeisen BM, Johnson RH. Religious/Spiritual Coping in Young Adults with Cancer. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2021, 10: 266-71.
195. Fekih-Romdhane F, Hakiri A, Fendri S, Balti M, Labbane R, Cheour M. Evaluation of Religious Coping in Tunisian Muslim Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *J Relig Health*. 2021, 60: 1839-55.
196. Ghorbani N, Watson PJ, Tahbaz S, Chen ZJ. Religious and Psychological Implications of Positive and Negative Religious Coping in Iran. *J Relig Health* 2017, 56: 477-92.
197. Zamanian H, Eftekhar-Ardebili H, Eftekhar-Ardebili M. Religious Coping and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015, 16: 7721-5.
198. Doğan R, Özkan M. The Effect of Painting Art on Post-Operative Hopelessness and Fatigue in Breast Cancer Patients / a Semi-Experimental Study. *Göbeklitepe International Journal of Health Sciences* 2020, 5: 45-55.
199. Kavak Budak F, Özdemir A, Gültekin A, Ayhan MO, Kavak M. The Effect of Religious Belief on Depression and Hopelessness in Advanced Cancer Patients. *J Relig Health* 2021, 60: 2745-55.
200. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013, 14: 571-8.
201. Yıldırım Y, Sertöz OO, Uyar M, Fadıloğlu C, Uslu R. Hopelessness in Turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes. *Eur J Oncol Nurs* 2009, 13: 81-6.
202. Shaheen Al Ahwal M, Al Zaben F, Sehlo MG, Khalifa DA, Koenig HG. Religious beliefs, practices, and health in colorectal cancer patients in Saudi Arabia. *Psychooncology* 2016, 25: 292-9.
203. Zwingmann C, Wirtz M, Müller C, Körber J, Murken S. Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *J Behav Med* 2006, 29: 533-47.
204. Aslan G, Bakan AB, Kilic D. An investigation of the relationship between religious coping and life satisfaction in oncology patients aged 65 and over. *Psychogeriatrics* 2021, 21: 279-87.

205. Gall TL, Bilodeau C. "Why me?" - women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychol Health* 2017, 32: 709-27.
206. Oba S, Takatsuka N, Nagata C. Causal attributions to epidemiological risk factors and their associations to later psychological adjustment among Japanese breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2009, 17: 3-9.
207. Silva GCN, Reis DCD, Miranda TPS. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Rev Bras Enferm* 2019, 72: 1534-40.
208. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse* 2017, 53: 48-59.
209. Martins H, Dias Domingues T, Caldeira S. Spiritual Well-Being in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in an Outpatient Setting: A Cross-Sectional Study. *J Holist Nurs* 2020, 38: 68-77.
210. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual Well-being in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study. *Cancer Nurs* 2017, 40: 209-16.
211. Mesquita AC, Chaves Éde C, Avelino CC, Nogueira DA, Panzini RG, de Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013, 21: 539-45.
212. Abelson JS, Chait A, Shen MJ, Charlson M, Dickerman A, Yeo HL. Sources of distress among patients undergoing surgery for colorectal cancer: a qualitative study. *J Surg Res* 2018, 226: 140-9.
213. Bulkley J, McMullen CK, Hornbrook MC. Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psychooncology* 2013, 22: 2513-21.
214. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer* 2012, 20: 733-9.
215. Song L, Pang Y, Zhang J, Tang L. Body image in colorectal cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology* 2021, 30: 1339-46.
216. Gautam S, Poudel A. Effect of gender on psychosocial adjustment of colorectal cancer survivors with ostomy. *J Gastrointest Oncol* 2016, 7: 938-45.

217. Aktas D, Gocman Baykara Z. Body Image Perceptions of Persons With a Stoma and Their Partners: A Descriptive, Cross-sectional Study. *Ostomy Wound Manage* 2015, 61: 26-40.
218. Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: a preliminary study with IBD stoma patients. *J Crohns Colitis* 2013, 7: 471-8.
219. Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, Livesay K. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *J Clin Nurs* 2021, 30: 3111-23.
220. Tao Y, Yu H, Liu S. Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC Psychiatry* 2022, 22: 345.
221. Shamsalinia A, Pourghaznein T, Parsa M. The Relationship Between Hope and Religious Coping Among Patients With Type 2 Diabetes. *Glob J Health Sci*. 2015, 8: 208-16.
222. Uysal V, Göktepe AK, Karagöz S, İlerisoy M. Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2017, 52: 139-60.
223. Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. Psychosocial mediation of religious coping styles: a study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Pers Soc Psychol Bull* 2007, 33: 867-882.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onayı



EK-3. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni



EK-4. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş: 1) 18-40 2) 41-63 3) 64 ve üzeri

2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

3. Eğitim Durumu:

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ İlköğretim –Ortaöğretim
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite ve üzeri

4. Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekâr

5. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6. Ekonomik Durum:

- ☐ Gelir giderden yüksek
- ☐ Gelir gidere eşit
- ☐ Gelir giderden düşük

7. Hastalığın türü 1) Kolon ca 2) Rektum ca

8. Stoma var mı? 1) Var 2) Yok

9. Metastaz var mı? 1) Var 2)Yok

10. Ameliyat öncesi bu hastalığın tedavisi için alınan bir tedavi var mı(kemoterapi, radyoterapi)? 1)Var 2)Yok

11. Hastalığınızın ortaya çıkışını neye bağlıyorsunuz? Birden fazla seçenek seçilebilir.

- ☐ Psikolojik atıflar(üzüntü, stres, duygusal durumum, kişilik yapısı, olumsuz düşünmem...)
- ☐ Risk etkenleri(kalıtım, beslenme, sigara, alkol)
- ☐ Kaza veya şans(kaza, yaralanma, nazar, kader)
- ☐ Diğer...

12. Tıbbi uygulamalar dışında kendinizi iyi hissetmek için bazı yöntemlere başvurduğunuz mu, Başvurduysanız bunlar nelerdi?

1) Evet 2) Hayır

13. Cevabınız evet ise aşağıdaki uygulamalardan hangileriydi?

- Dua/Namaz
- Adak/ kurban adama
- Diğer_____

14. Size göre dini ritüelleri yeterince yerine getiriyor musunuz?

- 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır



EK-5. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

YAŞADIĞINIZ BİR ZORLUK SONRASINDA	Hiç yapmadım	Çok az yaptım	Genellikle yaptım	Her zaman yaptım
1. Allah ile daha sıkı bağ kurmaya çalıştım.				
2. Böyle bir olayla Allah'ın bana nasıl güç vereceğini görmeye çalıştım.				
3. İyi bir kul olmadığım için cezalandırıldığımı hissettim.				
4. Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim.				
5. Allah'ın gücünden/kudretinden şüpheye düştüm.				
6. Allah'tan sevgi ve şefkat diledim				
7. Allah'ın beni sevip sevmediğinden şüpheye kapıldım.				
8. Öfkemi gidermesi için Allah'tan yardım diledim.				
9. Günahlarımın affedilmesini diledim				
10. Allah'ın beni yalnız bıraktığından endişelendim.				
11. Planlarımı Allah'ın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım.				
12. Dindar kardeşlerimin/dini kurumların beni terk etmesinden endişelendim.				
13. Sorunlarımı dert edinmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.				
14. Allah tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm.				

EK-6. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

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

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.

Evet () Hayır ()

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

Evet () Hayır ()

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

Evet () Hayır ()

4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

Evet () Hayır ()

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

Evet () Hayır ()

6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.

Evet () Hayır ()

7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

Evet () Hayır ()

8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

Evet () Hayır ()

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

Evet () Hayır ()

10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.

Evet () Hayır ()

11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.

Evet () Hayır ()

12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.

Evet () Hayır ()

13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

Evet () Hayır ()

14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

Evet () Hayır ()

15-Geleceğe büyük inancım var.

Evet () Hayır ()

16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

Evet () Hayır ()

17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

Evet () Hayır ()

18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

Evet () Hayır ()

19-Kötügünlerden çok, iyi günler bekliyorum.

Evet () Hayır ()

20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Evet () Hayır ()

EK-7. Dini Başa ıkma Tarzları Öeęi Kullanım İzni

