

Beyza Nur KAHRAMAN



T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI



**AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA SPİRİTÜEL
İYİLİK HALİNİN HASTALIK ALGISINA ETKİSİ**

Beyza Nur KAHRAMAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ



**T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI**



**AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA SPİRİTÜEL İYİLİK
HALİNİN HASTALIK ALGISINA ETKİSİ**

Beyza Nur KAHRAMAN

(YÜKSEKLİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Dr. Öğr. Üyesi Seda PEHLİVAN

BURSA-2020

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.




Beyza Nur KAHRAMAN
Tarih ve İmza

09.03.2020

B. Kahraman

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN tarafından hazırlanan "Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tezi 05/03/2020 günü, 12.00-14.00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Seda Pehlivan	
Üye	Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nursel Vatansever	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun
tarih ve sayılı toplantısında alınan
numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL BEYAN FORMU

Adı Soyadı: Beyza Nur KAHRAMAN

..05/..03/2020

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Tez Konusu: Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Seda PEHLİVAN

İmza:



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK BEYANI.....	ii
KABUL ONAY	iii
TEZ KONTROL BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TÜRKÇE ÖZET	vii
İNGİLİZCE ÖZET	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Akciğer Kanseri	3
2.1.1. Akciğer Kanseri Nedenleri.....	3
2.1.2. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Akciğer Kanseri Klinik Belirtiler	4
2.1.4. Akciğer Kanseri Tanı	4
2.1.5. Akciğer Kanseri Evrelendirme	5
2.1.6. Akciğer Kanseri Metastaz.....	6
2.1.7. Akciğer Kanseri Tedavi	6
2.1.7.1. Cerrahi Tedavi	6
2.1.7.2. Radyoterapi	7
2.1.7.3. Kemoterapi	8
2.1.7.4. Destekleyici Tedaviler	9
2.1.7.5. Palyatif Tedavi.....	10
2.1.8. Akciğer Kanseri Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı	11
2.1.8.1. Ağrı	11
2.1.8.2. Yorgunluk.....	11
2.1.8.3. Solunum ile İlgili Sorunlar	12
2.1.8.4. Beslenme ile İlgili Sorunlar	13
2.1.8.5. Kemik İliği Baskılanması	15
2.1.8.6. Psikososyal Sorunlar	16
2.1.8.7. Enfeksiyon	17
2.2. Spiritüel İyilik Hali	18
2.3. Hastalık Algısı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	23
3.3. Araştırma Evreni	23
3.4. Araştırmanın Örneklemi	23
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	24
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu.....	24
3.6.2. Spiritüel İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12 (Version 4)).....	24
3.6.3. Hastalık Algısı Ölçeği	25
3.7. Verilerin Analizi	26
3.8. Etik İlkeler.....	26
3.9. Araştırma Sınırlılıkları	27

4. BULGULAR.....	28
4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri.....	28
4.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	30
4.3. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalık Algısının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	31
4.4. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Hastalık Algısına Etkisi	36
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	38
5.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri.....	38
5.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	40
5.3. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalık Algısının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	41
5.4. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Hastalık Algısı Üzerine Etkisi	45
5.5. Sonuç	48
5.6. Öneriler	50
6. KAYNAKLAR	51
7. KISALTMALAR	60
8. EKLER.....	61
9. TEŞEKKÜR.....	74
10. ÖZGEÇMİŞ	75

TÜRKÇE ÖZET

Araştırmanın amacı; akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini incelemektir. Araştırma, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye A-C Blok, Palyatif Servisi, Kemoterapi Ünitesinde takip ve tedavi edilen, çalışmaya katılmaya gönüllü 100 akciğer kanseri hastası ile yapıldı. Veri toplama aracı olarak Hasta Tanıtım Formu, Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 programı kullanıldı. Veriler normal dağılım gösterdiğinden bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi yapıldı ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Spiritüel İyilik Hali (SİH) puan ortalaması $28,48 \pm 7,20$ bulundu. İlaç tedavisine uyduğunu belirten hastaların SİH puanı yüksek, hastalığının tedavi edilemeyeceğini düşünenlerin SİH puanı ise daha düşük bulundu. SİH ile hastalık algısı alt boyutu olan akut-kronik süre ($r=0,695$), döngüsel süre ($r=-0,220$), kişisel kontrol ($r=0,846$), tedavi kontrolü ($r=0,693$) ve duygusal temsiller ($r=0,201$) arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. SİH ortalama puanı arttığında hastalık algısı bölümündeki bu puanlar da artmaktadır. Sadece SİH puanı arttığında döngüsel süre de azalma görülmektedir. Bununla birlikte SİH ile sonuçlar ($r=0,001$) ve hastalık tutarlılığı ($r=-0,187$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Bu bulgular doğrultusunda; akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısını etkilediği sonucuna varıldı. Hastaların hastalık algısını ve tedaviye uyumunu sağlamak için spiritüel iyilik halinin holistik bakım kapsamında değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, spiritüel iyilik, hastalık algısı

İNGİLİZCE ÖZET

THE EFFECT OF SPIRITUAL WELL-BEING ON ILLNESS PERCEPTION OF LUNG CANCER PATIENTS

The aim of this study is to examine the effect of spiritual well-being of lung cancer patients on the illness perception. The study was conducted with 100 volunteered patients with lung cancer who were monitored and treated in Palliative Service and Chemotherapy Unit at Kütahya Health Sciences University, Training and Research Hospital, Internal A-C Block. Patient Identification Form, Spiritual Well-Being Scale and Illness Perception Scale were used for the data collection procedure. SPSS 21.0 program was used for the statistical analysis of the data. Since the data showed normal distribution, the independent samples t-test and the one way ANOVA were run, and the probability value was considered significant as $p < 0.005$. The mean score of Spiritual Well Being (SWB) was found 28.48 ± 7.20 . The patients who stated that they comply with the drug treatment had a high score, SWB scores were found to be lower in those who thought that the disease could not be cured. There is a significant positive relationship among SWB and sub-dimensions of the illness perceptions; acute-chronic duration ($r=0.695$), cyclinic time ($r=-0.220$), personal control ($r=0.846$), treatment control ($r=0.693$), emotional representation ($r=0.201$). As the SWB score mean score increases, the scores in the illness perception section do also increase. Only when the pess score increases, the cyclic time do decrease. Additionally, it was determined that there was no significant relationship among SWB, results ($r=0.001$) and disease consistency ($r=-0.187$). In the light of these findings, it was concluded that the spiritual well-being effects the illness perception of the lung cancer patients. It was considered that spiritual well-being should be evaluated and improved within holistic care in order to ensure patients perception of disease and compliance with treatment.

Keywords: Lung cancer, spiritual well-being, illness perception

1. GİRİŞ

Hücrelerin kontrolsüz büyümesi ile oluşan kanser, ölüm sebebi olarak tüm dünyada kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada bulunmaktadır. Dünyada insidans açısından en sık rastlanan türü 1.52 milyon vakayla akciğer kanseridir (Çakmak, 2012; Kızılcı, 1999; Okçin, 2007; Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2015).

Dünyada her 6 ölümden birinin sebebi kanserdir. Nüfusun artması, kanser risk faktörlerinin çoğalması nedeniyle gelecek yıllarda kanser oranlarının artması beklenmektedir (2015 Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018). 2008 yılında dünyada 12,4 milyon kişide kanser teşhis edilmiş ve böyle devam ederse 2030 yılına gelindiğinde her yıl 22 milyon yeni tanının meydana geleceği tahmin edilmektedir (Çakmak, 2012; 2015 Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018). Ülkemizde 2011 yılında toplam kanser vakası 74.724.269 iken, 2015 yılında 78.741.053 olması kanser vakalarının giderek arttığının göstergesidir (Dünya Kanser Raporu, 2008; 2015 Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018).

Kanser vakalarının 2011-2015 yılları arasında cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkeklerde en fazla akciğer ve prostat, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir (2015 Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018)

Akciğer kanserinin etyolojisinde; karsinogenik kimyasal maddelerin inhalasyonu ve sigaranın yer aldığı bilinmektedir. Diğer faktörler ise; pasif içicilik, çevresel faktörler, meslek, cinsiyet, genetik, beslenme şeklidir (Görgüner, 2006). Öksürük, kilo kaybı, balgam, nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi, ses kısıklığı gibi semptomları da bulunmaktadır (Bircan ve ark., 2005).

Kanserin görülme sıklığının artışına paralel olarak tedavide de her geçen gün ilerlemeler mevcut olup, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi seçenekleri arasındadır. Tedaviye bağlı bulantı, kusma, alopesi, iştahsızlık, deride renk değişiklikleri gibi istenmeyen etkileri ortaya çıkabilmektedir (Kızılcı, 1999; Ünsal ve ark., 2006).

Spiritüalizme denilince; akla dini inançlar gelmekle birlikte, aslında bu kadarla sınırlandırılmamalıdır. Spiritüalizme sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam

gibi durumları da kapsamaktadır (Dedeli ve ark. 2009). Aynı zamanda, hayatı anlamlandırmayla ilgili kişiye ilham veren her şey şeklinde tanımlanmaktadır (Owen ve Korkut, 2012). Fakat sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edilen bir alandır. Hastanın daha çok fiziksel ve emosyonel durumu ile ilgilenilirken spiritüel yönü atlanmaktadır. Hâlbuki DSÖ'nün tanımına göre; sağlık kavramı; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"dir. Bu nedenle, hastaya holistik yaklaşabilmek için tüm yönleriyle değerlendirmek gerekmektedir. Hastalığı algılama, kabullenme, sosyal destek alma bakımından spiritüel iyilik hali son derece önemlidir (Dedeli ve ark., 2009).

Hastalık algısı ise; hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Hastanın hastalığa, hastalık tecrübesine, baş etme yöntemlerine ve psikososyal desteklerine göre, hastalığı algılaması değişmektedir (Kocaman ve ark., 2007). Hastalık algısı, hastalığın yönetimi için davranış geliştirilmesinde kilit noktayı oluşturmaktadır. Hastaların hastalık hakkındaki düşüncelerinin değişmesi, tedavi süresinde olumlu bir değişime yol açan bir süreçtir (Yorulmaz ve ark., 2013).

Çalışmanın amacı; akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini incelemektedir.

Araştırma Soruları:

1. Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik hali hastalık algısını etkiler mi?
2. Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi var mıdır?
3. Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık özellikleri ile ilişkisi var mıdır?
4. Akciğer kanseri hastalarında hastalık algısının hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi var mıdır?
5. Akciğer kanseri hastalarında hastalık algısının hastalık özellikleri ile ilişkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Tarihte ilk kez kanseri tanımlayan Hipokrat'tır ve tümörlere "Carcinoma" diğer urlara ise "Carcinas" adını vermiştir (Öztürk ve ark., 2008). Daha sonra Celcus, Hipokrat'ın yunanca söylediği terimi latince olarak kanser şeklinde ifade etmiş ve ardından Galen, tümörler için şişkinlik anlamına gelen yani onkos kelimesini kullanmıştır (Erzurum Alim, 2019). Günümüzde yapısı bozulmuş hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan hastalığa kanser denilmektedir.

2.1.1. Akciğer Kanseri Nedenleri

Ultraviyole ışınları, x, gama ışınları, nükleer emisyonlar, olumsuz beslenme alışkanlıkları, genetik, sigara, virüs, bakteri, parazitler nedeniyle kanserin meydana geldiği bilinmektedir (Yokuş ve Çakır, 2012). Akciğer kanserinin nedenleri; başlıca sigara olmakla birlikte, alkol, genetik, radyasyon, çevre ve meslek, beslenmedir (Akdemir, 2011).

a) Sigara: Kanserin en önemli sebeplerinden birisi sigaradır. Sigara içen bireylerde içmeyen bireylere göre kansere yakalanma riski daha fazladır. Sigara daha çok akciğer, baş, boyun, özafagus, mesane kanserlerine neden olmaktadır (Akdemir, 2011). Sigara içen kişilerde içmeyenlere göre akciğer kanserine yakalanma riski ise; 24-36 kat daha fazladır (İtil, 2000).

b) Genetik: Ailede görülen kanser tipinin çocuklarda da görülmesi aynı yetiştirme tarzı, yaşanan çevreyle alakalı olabilmektedir. Meme ve jinekolojik kanserlerde ailesel yatkınlık daha fazla görülmektedir (Yokuş ve Çakır, 2012).

c) Radyasyon: Tanı ve tedavi nedeniyle sürekli radyasyon alan bireylerde akciğer, meme, tiroid kanserlerine rastlanma oranları daha yüksektir (Akdemir, 2011).

d) Çevre ve Meslek: Endüstriyel çalışanların akciğer kanserine yakalanma olasılıkları vardır. Hava kirliliği, mesleki maruziyet, asbest, radon gazı, asbest solunması bu olasılığı arttırır (Atabey, 2015; Goksel ve ark., 2002).

e) Beslenme: Karsinojenik maddelerin tüketilmesi kanser riskini arttırır. Obez kişilerde de bu risk fazla olmakla birlikte yeterli ve dengeli beslenme önemlidir (Eti Aslan ve ark., 2017).

2.1.2. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi

Kanser yaşa, cinsiyete, ekonomik duruma, mesleğe, bulunulan coğrafyaya göre farklı oranlarda kendini gösterir. Örneğin; 20-25 yaşlarında daha az kanser tanısı görülürken, 65-70 yaşlar arasında daha sık kanser tanısına rastlanmaktadır. Kadınlarda meme, tiroid kanser türü çoğunlukta iken, erkeklerde akciğer, prostat kanseri daha sık görülür. Yine kanserin sebep olduğu ölümlerin %70'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olması, ekonomik durumun da kanseri etkilediğinin bir göstergesidir. Aşırı güneşe maruz kalan bir mesleği olan bireylerin cilt kanserine, endüstriyel çalışanların akciğer kanserine yakalanma olasılıkları daha yüksektir (Erzurum Alim, 2019).

Gelişmiş ülkelerde sigara kullanma sıklığı kadınlarda %20-40, erkeklerde %30-40 oranlarında iken, gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda sigara kullanma sıklığı %2-10, erkeklerde sigara kullanma sıklığı %40-60 oranındadır (Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi, 2006).

2015 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kanser epidemiyolojisi araştırmasında, sigara kullanmayan erkeklerde akciğer kanseri oranı %46,3 iken, sigara kullanan erkeklerde bu oranı %70,6'dır. Yine 2015 yılında sigara kullanmayan kadınlarda görülen akciğer kanseri oranı %7,1 iken, sigara kullanan kadınlarda %15,7 bulunmuştur (Erzurum Alim, 2019).

2.1.3. Akciğer Kanseri Klinik Belirtiler

Nedeni bilinmeyen kilo kaybı, halsizlik, cilt değişiklikleri, ağrı, kanama, öksürük, horlama, ben ve siğiller, ateş, dışkılama ve idrarda değişiklikler akciğer kanserinin tipik belirtileridir (Akdemir, 2011; Eti Aslan ve ark., 2017).

2.1.4. Akciğer Kanseri Tanı

Kanser şüphesi olan hastalarda bazı tanı yöntemlerinin yardımı ile kesin tanı konulmaktadır. Öncelikle hastanın fiziksel muayenesiyle aile öyküsü araştırılır. Tomografi, MR, radyografi, tam kan sayımı gibi incelemeler yapılır. CA 153, CA 199, CA 125 değerlerine bakılır. Hormonlarda ise HCG (hamile olmayan kadınlarda ve erkeklerde kanser tanısı gösterir), AFP (akciğer kanserlerinde yüksek bulunur) gibi hormon düzeylerine bakılmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2017).

2.1.5. Akciğer Kanseri Evrelendirme

Akciğer kanseri genellikle beyin, karaciğer, akciğer ve kemiğe metastaz yapabilmektedir. İleri evrelerde saptanması nedeniyle erken tanı ve cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir (İtil, 2000). Bu nedenle akciğer kanserinin erken teşhisi ve evrelendirilmesi çok önemlidir.

Akciğer kanserinde tümör evrelendirmesi tümörün yaygınlığının ölçülmesi anlamına gelmektedir. Bu amaçla, TNM evrelendirmesi kullanılmaktadır (Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi, 2006).

T: Tümörün büyüklüğünü gösterir.

TX: Primer tümör değerlendirilmemiştir.

T0: Primer tümör bulgusu yoktur.

T1-2-3-4: Tümörün artan boyutu ve lokal yayılımını ifade eder.

N: Lenf bezi katılımını ifade eder.

NX: Değerlendirilmemiş lenf bezini ifade eder.

M: Metastaz var.

MX: Metastaz değerlendirilmesi yapılmamıştır.

M0: Metastaz yok

M1-2-3-4: Metastaz durumunu ifade eder (Erzurum Alim, 2019).

Akciğer kanseri hastalarında TNM değerlendirmesi sonucuna göre Tablo 1’de gösterilmiş hastalık evresi belirlenmektedir.

Tablo 1: TNM’ye göre evrelendirme (Toraks Derneği Akciğer Maligniteleri Çalışma Grubu, 2006).

1996		1986
EVRE 0 *	: Tis N0M0	Gizli Karsinom: TXN0M0
EVRE IA	: T1N0M0	EVRE 0 : Aynı
EVRE IB	: T2N0M0	EVRE I : T1N0M0
EVRE IIA	: T1N1M0	: T2N0M0
EVRE IIB	: T2N1M0	EVRE II : T1N1M0
	: T3N0M0	: T2N1M0
EVRE IIIA	: T3N1M0	EVRE IIIA : T3N0M0
	: T1N2M0	: T3N1M0
	: T2N2M0	: T3N2M0
	: T3N2M0	: T1N2M0
		: T2N2M0
EVRE IIIB**	: T4N0M0	EVRE IIIB : Aynı
	: T4N1M0	
	: T4N2M0	
	: T1N3M0	
	: T2N3M0	
	: T3N3M0	
	: T4N3M0	
EVRE IV***	: herhangi bir T	EVRE IV : Aynı
	: herhangi bir N	
	: M1	

* Gizli karsinom için evreleme yapılmaz, TXN0M0 olarak tarif edilir.
** T4 içine tümörle aynı lob içindeki satelit tümör nodülü dahil edilmiştir.
*** Tümör lobu dışındaki nodüller M1 olarak sınıflandırılır.

2.1.6. Akciğer Kanserinde Metastaz

Akciğer kanserinde metastaz kan ve lenf olarak iki yolla olmaktadır (Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi, 2006).

Lenf yoluyla metastaz; tümör hücrelerinin lenf dolaşımına katılmasıyla gerçekleşen metastazdır (Eti Aslan ve ark., 2017). Lenfojen yol ile akciğerin farklı bölgelerine yayılım olabilir (Özkan ve ark., 2003).

Kan yoluyla metastaz; tümör hücrelerinin kan akımına karışmasıyla gerçekleşen metastazdır. Az miktardaki tümörler vücudun T lenfositler aracılığıyla bağışıklık sistemi sayesinde yıkılabilir. Akciğer tümörleri direk akciğer venlerine girerek tüm vücuda yayılabilir (Eti Aslan ve ark., 2017).

Akciğer kanseri sürrenaller, beyin, karaciğer, akciğer ve kemiğe metastaz yapabilirken en sık karşılaşılanı beyin metastazıdır (Alpar ve ark., 2004; Sullivan, 2000). Akciğer kanseri, beyin metastazı belirtileriyle (sık baş ağrısı ve nörolojik semptomlar) ortaya çıkabilmektedir. Beyin metastazından şüphelenilen hastalarda, akciğer grafisi çekmekte fayda vardır (Kömürçüoğlu ve ark., 2003; Trillet ve ark., 1991). Cilt metastazına ise; akciğer kanseri hastalarında diğer organ metastazlarına göre oldukça az karşılaşılmaktadır. Tatar ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, cilt metastazı insidansı %1.09 bulunmuştur (Tatar ve ark., 2001).

2.1.7. Akciğer Kanserinde Tedavi

Kanser tanısı alan bireylerde psikolojik, dinsel, duygusal ve sosyal alanlarda çöküş yaşanır (Tuncay, 2010). Bu nedenle, herhangi bir hastalığa yakalanmadan önce sağlıklı her bireyin psikolojik, dinsel, duygusal ve sosyal anlamda iyilik halini korumak ve güçlü tutmak için önlem almak gerekir (Karadağ Çamana ve ark., 2014). Hastalığa yakalandıktan sonra ise; erken tanı ve tedavinin sağlanması oldukça önemlidir. Erken teşhis durumlarında hastaların çoğunluğu kurtarılabilir (Can, 2010).

Kanserde tedavi tümörün tipi, yerleşim yeri, benign ya da malign olması durumuna göre değişiklik gösterir. Bu duruma göre tedavide; cerrahi girişimler, kemoterapi veya radyoterapi seçilebilmektedir (Yokuş ve Çakır, 2012).

2.1.7.1. Cerrahi Tedavi

Radyolojik yöntemlerle yeri netleştirilerek tümörün çıkarılması (rezeksiyon) işlemidir (Savaş, 2004). Akciğer kanserinde, tanı geciktiğinde vakaların %70'i cerrahi

tedavi şansına sahip olamamaktadır (Spiro ve ark., 2002). Cerrahi tedavi, lokal eksizyon ve geniş eksizyon şeklinde yapılabilmektedir (Yokuş ve Çakır, 2012). Cerrahi işleme hazırlıkta hemşirenin sorumlulukları, iyi bir anamnezi alarak oluşabilecek riskleri kontrol altında tutmaktır. Kansere dışında başka bir rahatsızlık varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, sürekli kullanılan ilaçlar, alerji öyküsü sorgulanmalıdır. Hasta antikoagülan kullanıyorsa cerrahi işlemden önce kesilmelidir (Erdil, 2012).

Kanser cerrahisi öncesi hastaları psikolojik olarak ameliyata hazırlamak önemlidir. Hasta, bir ana önce kanserden kurtulmak için tümörün çıkarılmasını ister ve ameliyat olması gerektiğini bilir, buna rağmen yine de korkar. Yaşanan korkunun, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sırasında ölmek gibi nedenleri olabilir. Ameliyat öncesi hastayla konuşulmalı riskler ve görülme oranları hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Soruları cevaplanarak, korkuları azaltılmaya çalışılmalıdır (Erdil, 2012).

Cerrahi işlem sonrası ise; anemi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri riski nedeniyle yeterli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi önemlidir. Postoperatif ağrıyı kontrol altında tutmak için analjezikler uygun aralıklarda kullanılmalıdır. Cerrahi bölgenin enfekte olmamasına dikkat edilmelidir. Taburcu olurken, enfeksiyon belirtisi bulguları öğretilerek, herhangi bir semptom varlığında doktora başvurması gerektiği anlatılmalıdır (Erdil, 2012).

2.1.7.2. Radyoterapi

Radyoterapi amaç; sağlıklı dokulara olabildiğince zarar vermeden tümöre ışın vererek ortadan kaldırmaktır (Yokuş ve Çakır, 2012). Radyoterapi, kemoterapinin yanında kullanılarak tümörün yok edilmesinde etkilidir. Gamma, x-ray ve beta partikülleri ile işlem gerçekleştirilir.

Radyoterapi uygulanırken hemşireler hastayı özel bir odaya alır. Radyoaktif maddenin dışarı çıkması önlenir. Hasta yatak istirahatine alınır. Hastaya bilgi verilir. Eldiven giyilerek 30 dakikayı geçmeden ve 2 metre uzaktan radyoaktif madde verilir. İşlem süresince hasta izlenir. Atıklar uygun şekilde yok edilir. Diğer randevu saati ayarlanır. Odaya 18 yaşından küçük çocukların ve hamilelerin girmesi önlenir. Radyoterapi sonucu hastada deride kızarıklık, kaşıntı, mukozit, ağız kuruluğu,

diyare, bulantı kusma, endokardit, perikardit, katarakt, yorgunluk gibi komplikasyonlar gelişebilir (Erzurum Alim, 2019).

2.1.7.3. Kemoterapi

Kemoterapide amaç; etkili ilaçları tek ya da kombine vererek kanser hücrelerini yok etmektir (Yokuş ve Çakır, 2012). Kanser hatalarında kemoterapide verilecek ilaç hücrenin hangi evrede olduğuna göre değişmektedir.

G0 evresi: Bu evrede kemoterapi etkisizdir.

G1: Kemoterapatik ilaçlar verilir.

S evresi: Bu evrede de ilaçlar uygulanır. Methotrexate, 5 Flourourcil, 6 Thioguanin verilebilir.

G2 evresi: Hücreler ilaçlara duyarlıdır.

M evresi: Bu evrede de ilaçlara duyarlıdır. Vinca Alkaloidler verilebilir.

Kemoterapi uygulanırken dikkat edilmesi gereken noktalar şöyledir:

- Hasta oturmalı ve uygun bir ven seçilerek damar yolu açılmalıdır. Zedelenmiş venler ve kafa venleri kullanılmamalıdır.
- Uzun süre kemoterapi almış venler seçilmemelidir.
- Giriş bölgesinin görülmesini engelleyecek durumlar ortadan kaldırılmalıdır.
- Damara önce serum verilebilir.
- İlk önce bozulma ihtimali olan ilaçlar verilmelidir.
- Nekroz yapanlar sonraya bırakılmalıdır.
- İlaçlar yavaş iv edilmelidir.
- Damarda olduğundan emin olunmalı ve ilacın doku arasına gitmesi önlenmelidir.
- İlaçlardan önce ve sonra serum ile yıkama işlemi yapılmalıdır (Erzurum Alim, 2019).

Kemoterapi alan hastalar, ilaç yan etkileri ile karşılaşabilmektedir. Bu istenmeyen etkiler; kemik iliğinin baskılanması (anemi, nötropeni, trombositopeni), stomatit, diyare, konstipasyon, ağız kuruluğu (kserostomi), alopesi, hiperpigmentasyon, tırnak altı kanamalar, ağrılar, uykusuzluk, amenore, sterilite, libido kaybı, impotans, sistit vb. olarak sıralanabilir (Yokuş ve Çakır, 2012).

2.1.7.4. Destekleyici Tedaviler

Sadece cerrahi, kemoterapi, radyoterapi tedavisi almak tam anlamıyla kanser tedavisini sağlamaz. Hastaların duygusal ve psikolojik yönden de desteklenmeleri de gerekmektedir. Bu desteği aile, arkadaş, akraba, hemşire, psikolog ekip halinde vermelidir. Ayrıca başka kanser hastalarıyla iletişimde bulunmaları aynı sorunları yaşayan insanlarla sorunlarını paylaşmaları da etkili bir yöntemdir. Kanser tanısı alan bireylerde psikolojik bir yıkım oluşur. Tanının konması ile şok, inkar, isyan ve kabullenme dönemlerinden geçen hastanın baş etme mekanizmalarını oluşturması gerekmektedir. Bu süreçte, hastaların açık ve net bir şekilde duygularını ifade edebilmesi, korkularını dile getirebilmesi, umutlarının ve benlik algılarının korunması, ölüm konusunda konuşmaktan kaçınılması sağlanmalıdır (Tuncay, 2010).

Kanser hastaları için önemli konulardan biri de tamamlayıcı tedavi kullanımınıdır. Bu yöntemlerin kullanımını giderek artmaktadır (Özçelik ve Fadiloğlu, 2009). Kanserli hastaların %30-50'sinin tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandıkları tahmin edilmektedir (Aslan ve Olgun, 2010). Tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkulması, tamamlayıcı tedavilerin doğal zararsız kabul edilmesi hastaları bu alana yönlendirmektedir (Karayağız Muslu ve Öztürk, 2008). Bu tedavileri Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH) temel olarak üçe ayırmaktadır. Bunlar; Doğal Gruplar (bitkisel ürünler), Zihin ve Beden Uygulamaları (yoga, meditasyon, masaj terapisi, akupunktur gibi), üçüncü olarak da Diğer Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarıdır (<https://nccih.nih.gov/>).

Bu yöntemlerden en çok bitkisel ürünler kullanılmakla birlikte, relaksasyon, hipnoz, biyolojik geri bildirim (bio-feedback), akupunktur, akupres, yoga, meditasyon, masaj, müzik ve refleksoloji, kriyoterapi ve aromaterapi gibi yöntemlerde kullanılmaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2013). Hastalar düşük sosyoekonomik düzey, zaman bulamama, pratikliği, reçete gerektirmemesi, hekimlerin yeterince ilgilenmemesi gibi sebeplerden dolayı tamamlayıcı tedavilere başvurmaktadır (Khorshid ve Yapucu, 2005).

Uğurluer ve ark (2007) yaptıkları çalışmada, kemoterapi tedavisi gören 143 hastadan Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Yaklaşımları'na başvuran 64 hastanın %90,6'sının (58) bitkisel karışımlar ve bitki çaylarını tercih ettiği ve bitkisel tedavi kullananların %89,6'sının ısırgan otu kullandığı bulunmuştur (Uğurluer, 2007). Bu

konuda en önemli problem hastaların kullandığı ürün hakkında sağlık ekibine bilgi vermemesidir. Kemoterapinin etkisini azaltan/artıran ürünler hakkında hastalar mutlaka bilgilendirilmeli ve kemoterapi ile eş zamanlı alınmaması sağlanmalıdır.

Bitkisel ürünler dışında diğer yöntemler konusunda özellikle de kanıt temelli olarak bilgilendirme yapılmalıdır. Kanser hastalarında aromaterapi kullanmak depresyon, anksiyete ve konstipasyonda azalmayı sağlarken; iyilik hali ve yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Ayrıca akupunkturun kullanılması ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ağız kuruluğu, anksiyete, depresyon ve gece terlemesinde azalma; uyku, emosyonel durum ve yaşam kalitesinde artış sağlamaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2013).

Yoganın ağrı, stres ve uykusuzluğu azalttığı saptanmıştır (Çam O ve Engin E, 2014). Kanser hastalarında yoganın kullanılması stres, depresyon, anksiyete, yorgunluk ve bulantıda azalmayı; iyilik hali ve yaşam kalitesinde artışı sağlamaktadır.

Müzik terapi, ruhen ve bedenen dinginlik sağlar (Ovayolu ve Ovayolu, 2013). Kanser hastalarında müzik terapinin, anksiyete, depresyon ve ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Çam O ve Engin E, 2014).

Aguado ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, relaksasyonun kanserde depresyonu, Campos de Carvalho ve arkadaşları (2007) ise; bulantı-kusmayı azalttığını saptamıştır (Aguado Loi ve ark., 2012; Campos de Carvalho ve ark., 2007).

2.1.7.5. Palyatif Tedavi

Hastalığı tam olarak tedavi etmek yerine hastalık boyunca yaşam kalitesini arttırmak ve semptomları daha az hissetmeyi amaçlamaktadır (Eti Aslan ve ark., 2017). Palyatif bakımda, ağrının giderilmesi önemlidir. Ölüm, olağan bir durum olarak görülür, hızlandırılmaz ya da ertelenmez. En son ana kadar yaşam kalitesini en üst seviyede tutarak, iyi ve huzurlu ölümün sağlanması için gerekli girişimlerin yapılması gerekir. Yas dönemini de içine alan palyatif bakımda, kayıp sonrası hasta yakınlarına destek olmak ve yas sürecini yönetmek de önemlidir (Aydoğan ve Uygun, 2011).

2.1.8. Akciğer Kanserinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

2.1.8.1. Ağrı

Hemşire Mc Caffery ağrıyı; “ağrı, bireyin söylediği şeydir, birey söylüyorsa ağrı vardır” şeklinde tanımlamıştır. Bu nedenle, ağrının var olup/olmadığını saptayabilecek tek kişi hastadır ve kanser hastalarında en sık rastlanan semptomdur. Kanserde ağrı, tümörün kendisi, cerrahi tedavi, kemoterapi ya da radyoterapi nedeniyle meydana gelebilmektedir. Ağrının şiddeti, yeri, artıran ve azaltan faktörler net şekilde belirlenmelidir. Ağrı tanımlamada, farklı ağrı ölçekleri kullanılabilir (Arslan ve ark., 2013; Çelikoğlu, 2010). Tek boyutlu ya da çok boyutlu ölçekler örnek verilebilir (Can G, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) merdiven tedavisi, onkolojik hastalıkların ağrı sorunu için oluşturulmuş olup, non-opioid, zayıf opioid ve güçlü opioidlerin sırayla kullanılmasını kapsamaktadır (Coyle ve Layman-Goldstein, 2007; Mitra ve Jones, 2012). Merdiven tedavisinde; ilk olarak parasetamol kullanılır. İkinci basamakta orta etkili bir opioid ve parasetamol, üçüncü basamakta ise; ikinci basamağa ek olarak morfin gibi güçlü bir opioid yer almaktadır (Arslan ve ark., 2013).

Kanserde ağrıyı kontrol etmek için farmakolojik yöntemlerin yanında kullanılacak farmakolojik yöntemler de bulunmaktadır. Bunlar; masaj, progresif gevşeme egzersizi, hayal kurma, müzik, egzersiz, refleksoloji, reiki, hipnoz, akupunktur olarak sıralanabilir (Can, 2010).

2.1.8.2. Yorgunluk

Yorgunluk, yeterli dinlenme ile iyileşmeyen kanser veya kanser tedavileri ile ilgili fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel yorgunluk/tükenme hissi olarak tanımlanmaktadır (NCCN, 2014). Anemi, depresyon ve uykusuzluk, yorgunluğa sebep olan faktörlerdendir. Yorgunluk, kişinin fiziksel, psikolojik ve spiritüel iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda tedaviye uyumu da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yorgunluk için ilk çözüm buna sebep olan durumları saptamaktır. Örneğin gece yeterince uyuyamama sebep oluyorsa; yatmadan önce sıvı alımının kısıtlanması, ortamın karartılması, gündüz uykularının engellenmesi, düzenli yatma-kalkma saatlerinin oluşturulması, ılık duş gibi önerilerde bulunulabilir. Depresyon nedeniyle uyuyamama ve buna bağlı yorgunluk geliştikçe; depresyona sebep olan faktörün

tanımlanması, duyguların ifade edilmesi, hastanın rahatlatılmaya çalışılması sağlanmalıdır. Anemide yorgunluğa sebep olabildiği için B₁₂ değerlerine bakılması, kan yapıcı yiyecekler tüketilmesi önerilebilir. Hafif egzersizlerle de yorgunluk azaltılabilir. Enerjik oldukları dönemlerde egzersiz yapılması ve enerjinin düşük olduğu dönemlerde dinlenmenin sağlanması günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi açısından önemlidir (Karadağ, 2018). Kanser hastalarında egzersiz, kanserin tipi, evresi, hastanın yaşına göre en düşük düzeyde başlanarak giderek arttırılmalıdır. Haftada birkaç kez egzersiz yapılmalı, ancak ateş, nötropeni gibi durumlarda ara verilmelidir (Sis Çelik, 2014).

Müzik terapisi, sanat terapisi gibi tamamlayıcı alternatif tedaviler de kullanılabilir. Kaşeksi nedeniyle yorgunluktan bahsediliyorsa; gerekli ve dengeli beslenme diyetlerinin hazırlanması, hastaların gerektiği kadar protein almaları, az az sık sık yemeye teşvik edilmeleri ile yorgunlukları azaltılabilir (Karadağ, 2018). Yorgunluğun başlangıcı, süresi ve artıran/azaltan faktörler saptanmalıdır. Hastanın enerjisini koruyarak işlerini yapmasına dikkat çekilir. Örneğin yemek yapmak için bir şeyler doğrayacaksa bunu oturarak yapma, çok sık eğilip kalkmaktan kaçınma, yemek yedikten sonra bir saat dinlenme gibidir (Kırca ve Kutlutürkan, 2018). Yürüteç, baston gibi bir yardımcı araca ihtiyaç olup olmadığı da sorgulanarak temin edilmesi sağlanmalıdır (Özbaş, 2003).

2.1.8.3. Solunum ile İlgili Sorunlar

a) Öksürük: Akciğer kanserinde en sık gözlenen belirti öksürük olmakla birlikte, bronşlara yayılım öksürüğü arttırmaktadır. Balgamlı, balgamsız şekilde olabilir. Özellikle sigara kullanan hastalarda artan öksürük varlığında; akciğer grafisinin çektilmesi önem arz etmektedir (Vaporciyan ve ark., 2003).

Tüm kanser hastaları dikkate alındığında; öksürük %23-37 oranında iken, akciğer kanserli hastalarda %47-86'dır (Molassiotis, 2010). Öksürük genelde göz ardı edilmekte olup, kişinin yemek yeme, uyuma gibi temel gereksinimlerine engel olan bir durumdur (Truesdale ve Jurdi, 2013). Cerrahi tedavi ile tümörün çıkarılmasıyla öksürük ortadan kalkmaktadır. Kemoterapide gemsitabin ilacı verilerek, radyoterapide ise o bölgenin ışınlanmasıyla azalabileceği bildirilmiştir (Kvale, 2006; Numico ve ark., 2001).

Hastanın rahat nefes alıp-vereceği bir pozisyonda olması sağlanır. Bol sıvı alımının sekresyonları temizlemede yardımcı olduğu açıklanır. Ortamın sık sık havalandırılması ve nemli tutulmasının önemi vurgulanmalıdır. Dispne sırasında semi-fowler pozisyonuna geçmek, oksijen nebül tedavisi vermek etkilidir. Ayrıca düzenli kan gazı değerleri incelenmeli, kapiller dolun hızları kontrol edilmelidir. Hastaya solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmelidir (Özbaş, 2003).

Öksürme Egzersizi: Hasta rahat oturtulur ve vücudunu öne doğru eğir. Hasta üç kez nefes alıp verir. Üçüncü nefesten sonra, burundan derin nefes alarak güçlü ve kesik kesik, öksürmesi söylenir. Hasta öksürürken sırtına tapotman yapılır. Ardından derin nefes alarak birkaç saniye nefesini tutar. Nefesini tutarken iki, üç kez öksürür. Nefes verirken öne doğru eğilmesi istenir (Derin Solunum ve Öksürme Egzersizleri Uygulama Talimatı, 2015).

b) Dispne: Akciğer kanseri hastalarında %29-70 oranında görülmekte olup, ölüm anksiyetesi ile artmaktadır. Morfin, subkutan olarak uygulanabilir. Solunumu rahatlatmak için bronkodilatörler uygulanabilir. Oksijen tedavisi nebül ile uygulanabilir. Derin solunum ve öksürük teknikleri gösterilebilir. Semi-fowler pozisyonu da solunumu kolaylaştıran yöntemlerdendir (Enç, 2014).

2.1.8.4. Beslenme ile İlgili Sorunlar

a) Bulantı-Kusma: Bulantı/kusma, sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybına sebep olmaktadır. Kusma, çeşitli nörotransmitter maddelerin aktivasyonu sonucu meydana gelmektedir. Anksiyeteye, kemoterapi ilacını ilk kez alıyor olmak, ilaçların kombinasyonu, dozu, verilmiş hızı neden olabilmektedir. Antiemetikler kullanılarak kontrol altına alınabilir (Can, 2010).

Bulantı ve kusmaya sebep olan faktörler belirlenerek, mümkünse hastadan uzak tutulmalıdır. Kusma nedeniyle kaybolan sıvının yerine konabilmesi için bol sıvı alımı önemlidir. Yağlı olmayan, kolay sindirilen besinlerin tüketilmesi gereklidir. Odanın sık sık havalandırılması, kötü kokulardan arındırılması sağlanır (Özbaş, 2003).

Bol vitamin içeren besinler (koyu yeşil ıspanak, bürüksel lahanası, havuç, domates, kayısı, şeftali gibi) tüketilmesi, yiyeceklerin kısa süreli, alüminyum tencereler içerisinde pişirilmesi sağlanmalıdır. Obez olmaktan kaçınılmalı, beden kitle

indeksine uygun kilolarda olunmalıdır. Radyasyondan uzak durulmalıdır (Yavuz ve Dolgun, 2015).

b) Kilo Kaybı ve Malnutrisyon: Onkoloji hastalarında malnutrisyon %20-80 oranında görülmektedir. Hastalarda iştahsızlık, erken doyma, bulantı-kusma, tat alamama gibi durumların varlığı tespit edilmelidir. C vitamini, demir eksikliği, anemi varlığı değerlendirilmelidir. Hasta, her gün aynı kıyafetlerle, aynı saatte tartılmalıdır. Kaybedilen kilo kaydedilmelidir. Beden kitle indeksi hesaplanmalıdır. Günlük kalori gereksinimi hesaplanarak alması sağlanmalıdır (Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

Hastalara az az sık yemeleri, yemekten önce ve sonra dişlerini fırçalamaları, aşırı yağlı, tuzu besinler yerine yüksek kalori veren yiyecekleri tüketmeleri, katı besinler yanında sıvıları almaları, görsel sunum, renkli masa örtüsü kullanılması gibi iştah açıcı girişimlerin yapılması önerilmektedir (Taşkın ve Çınar, 2009).

c) Konstipasyon: Halk tarafından zorlu dışkılama, sert dışkılama, istenmesine rağmen defekasyon yapamama gibi farklı tanımlanan konstipasyon, dışkılamada zorluk, aralıklı, tam olmayan ve ağrılı defekasyondur (Sandler ve Drosman, 1987, Ferrazzi ve ark., 2002). Ülkemizde konstipasyon görülme sıklığı %2-28 arasındadır (Türkay, 2005).

Yeterli sıvı almama, hareketsizlik, ileri yaş, posalı besin tüketmeme ya da az tüketme, defekasyonu geciktirme, gebelik, cerrahi girişimler, anestezi, yanlış tuvalet eğitimi, ilaçlar, kansere bağlı kemoterapi alma durumları konstipasyon açısından risk faktörüdür (Kaya ve Turan, 2011; Dedeli ve ark., 2007). Konstipasyon, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için mutlaka tedavi edilmelidir (Türkay ve ark., 2005).

Kepekli besinlerin tüketimi, bol sıvı alımı, hafif egzersizler yapılması, defekasyondan kaçınılması, abdomene hafif masajlar uygulanması önerilmelidir (Taşkın ve Çınar, 2009). Ayrıca abdominal masaj uygulaması da oldukça faydalıdır ve sigmoid kolonun sol alt kadranından başlanarak saat yönünde 15 dakika uygulanabilir (Emly, 2007; Fritz, 2009). Ayrıca hafif yürüyüş de konstipasyon riskini azaltır (Orhan ve ark. 2015).

d) Diyare: Sebze ve meyveleri pişmiş yeme, az az sık sık yeme, bol sıvı alımı, kafeinli, gazlı besinlerden uzak durma önerilir (Taşkın ve Çınar, 2009). Yüksek kalorili ve yüksek potasyumlu olan muz, peynir, yumurta, patates gibi yiyecekler

tüketilmelidir. İshalle birlikte kaybolan suyun geri alınması için 2.500-3000 litre sıvı alınmalıdır. Alkol, kafein ve gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır. Hamur işleri gibi ağır yiyeceklerden ve aşırı tuzlu, baharatlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır. Aşırı sıcak ve aşırı soğuk besinler tüketilmemelidir (Sis Çelik, 2014).

e) Mukozit: Kemoterapi ilaçlarının mukoz membrana zarar vermesi sonucu meydana gelmektedir ve yangı gelişme riskini artırmaktadır (Çavuşoğlu H, 2007). Oral hijyenin yeterince sağlanamaması, bakteriyel-fungal enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, radyoterapi, ilaca bağlı ağız kuruluğu gibi nedenlerden dolayı gelişebilir (Saadeh, 2005; Sonis, 2004). Dişler floridli diş macunu ile fırçalanmalı ve günde 4 kez ağız bakımı yapılmalıdır. Ağızda yara, beyaz noktaların varlığı kontrol edilmelidir. Oral mukozayı irrite etmemesi için acılı, baharatlı besinlerden kaçınılmalıdır. Antimikrobiyal olarak klorheksidinli gargara kullanılabilir. Ayrıca sodyum bikarbonat ve serum fizyolojik ile de ağız bakımı yapılmalıdır (Çavuşoğlu H, 2007). Yutmanın kolaylaşması için yumuşak diyet uygulanmalıdır (Özbaş, 2003).

2.1.8.5. Kemik İliği Baskılanması

a) Nötröpeni: Nötropeniye bağlı gelişen enfeksiyonlar, en önemli mortalite nedenidir. Bu nedenle, hastaların enfeksiyonlardan korunması hayati önem arz etmektedir. Ziyaretçiler kısıtlanmalı, hasta ve yakınlarına doğru el yıkama teknikleri öğretilmelidir (Özbaş, 2003). Ellerde görünen kir varsa su ve sabun ile temizlenmeli, yoksa el dezenfektanları kullanılmalıdır (Memiş, 2002). Hasta özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlardan korunmalıdır. İnce giyinmemeli, yeterli ve dengeli beslenmesine dikkat edilmelidir (Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

b) Trombositopeni: Trombosit sayısının $150 \times 10^3/\mu\text{l}$ 'nin altına düşmesidir (Lacey ve Penner, 1977). Hastanın yürürken, duş alırken düşmelerden korunması gerekmektedir. Burun temizliği yaparken, aşırı basınçla kanamaya sebep olunmamalıdır. Alkollü içecekler, vazodilatasyon etkisi nedeniyle yasaklanmalıdır. IM bir uygulama yapılacaksa enjeksiyondan sonra 1-2 dakika basınç uygulanmalıdır. Diş eti kanamalarının önüne geçmek için yumuşak başlı diş fırçası kullanması önerilmelidir (Erzurum Alim, 2019).

2.1.8.6. Psikososyal Sorunlar

a) Saç dökülmesi (Alopesi): Özellikle kadın kanser hastalarında daha önemlidir. Beden imajının bozulması, kadınlık özelliklerini kaybettiğini düşünme gibi durumlar meydana gelebilir. Bu nedenle tanı aldıktan sonra hastaya saçlarının döküleceği gerçeği söylenilerek duruma önceden hazırlanmalıdır. Kişinin yakınlarına hastanın bu durumu kolay kabul etmeyebileceği anlatılarak sakin kalmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Aynı durumu yaşayan hastalarla buluşturularak, duyguların ifade edilmesi, onların bu durumu nasıl yendikleri üzerinde konuşmalar yapılabilir. Dökülmeyi azaltmak amacıyla saçlar yıkanırken yoğun şampuanlar kullanılmamalıdır. Kurutma sırasında saçlara nazik davranılması, kurutma makinesi kullanılmaması önerilmelidir. Saçların tokaya sıkıştırılarak kopartılmaması gerekir (Özbaş, 2003). Saç geniş dişli tarakla taranmalıdır. Baş sıcaktan ve soğuktan korunmalıdır (Kırca ve Kutlutürkan, 2018). Saçlar tamamen döküldüğünde ise; şık eşarplar ya da peruk kullanımı önerilebilir (Özbaş, 2003).

b) Uykusuzluk: Uykusuzluk aslında çok önemli bir sorun olsa da kanser hastasında diğer semptomlara daha fazla odaklanması nedeniyle geri planda kalmaktadır (Albayrak, 2015). Uykusuzluk çeken kanser hastalarında ılık süt içme, duş alma, kitap okuma, müzik dinleme, adaçayı gibi rahatlatıcı bitki çayları içme, egzersizleri yapma, ortopne pozisyonunda uyuma önerilmektedir. Uykusuzluğun önüne geçebilmek için uyku hijyeni eğitimi verilmelidir (Can, 2010).

Kafeinli içecekler ve çay kısıtlanmalı yerine süt tüketimi teşvik edilmelidir. Ağır yemekler uyku saatinden en az 3 saat önce yenmelidir. Aynı şekilde açken uyumak da zorlaşabilir, bu nedenle akşam saatlerinde kalorisi yüksek olmayan hafif yiyecekler tercih edilmelidir. Uyku saati yaklaşırken aşırı fiziksel aktivite yapılmamalıdır. Düzenli yatma-kalkma saatleri oluşturulmalıdır. Telefonla konuşmak, televizyon izlemek uykuyu dağıtan durumlardır. Uyku için uygun ortam yani sessiz ve karanlık bir oda ayarlanmalıdır. Kitap okuma, ılık duş gibi rahatlatıcı aktiviteler yapılabilir. Evdeki diğer insanlar da uyku hijyeni uygulamalarına dikkat ederek hastanın kaliteli ve dinlendirici bir uyku uyumasına yardımcı olmalıdır (Çam ve Engin 2014). Bazen kanser hastalığı ile ilgili değil, genel bir uyku bozukluğu sebebiyle de uykusuzluk gelişiyor olabilir. Bu durumda hastanın öyküsü önemlidir. Uyku

bozukluğu sınıflamasından birinin içine giriyorsa uygun şekilde tedavi edilmelidir (Albayrak, 2015).

d) Depresyon ve Anksiyete: Kanser genelde ölümlü sonuçlanan bir hastalık olarak görüldüğü için hastalarda depresyon görülebilmektedir ve hasta yakınlarına bunun olabileceği anlatılmalıdır. Hastanın sosyal hayatının devam etmesi önemlidir ve arkadaşlarıyla, sevdikleriyle birlikte olmasını sağlamak umutsuzluk, suçluluk duygularını azaltarak depresyonu önleyebilmektedir (Balcıoğlu 2001; Ünsar ve ark., 2007; Velioğlu, 1993). Anksiyete ise, “ileride olabilecek kötü bir olayı korku içinde beklemek” şeklinde tanımlanabilir. Taşikardi, soluk alıp-vermenin hızlanması, huzursuzluk, terleme, ağız kuruluğu gibi belirtiler görülmekle birlikte aniden başlayarak hızla artış gösterilebilir. Kişinin algılama ve düşünme sürecinde ve oryantasyonda bozulmalara neden olabilir. Ayrıca ağrı arttıkça anksiyetenin şiddeti de arttığından, ağrının zamanında tedavi edilmesi gerekmektedir. Kanser hastalarında sık görülen semptomlar olmasına rağmen, diğer semptomlar kadar önemsenmemektedir (Çelikoğlu, 2010).

e) Cinsel Sorunlar: Hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedavilerin neden olduğu fizyolojik ve emosyonel sorunlar cinsel sorunlara da neden olmaktadır. Kanser hastalarında yorgunluk, empotans, cinsel isteksizlik görülebilmektedir (Akyolcu, 2008).

2.1.8.7. Enfeksiyon

Enfeksiyon mikroorganizmaların meydana getirdiği durumdur. Enfeksiyonun ortaya çıkması için zinciri tamamlayan 6 halkanın bulunması gerekir. Bunlar; enfeksiyon ajanı, kaynak, çıkış kapısı, taşınma yolları, giriş kapısı ve uygun konakçıdır (Erdil, 2012). Hastaya ve ailesine enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilmelidir. Bu belirtiler gözlemlendiğinde doktora başvurması gerektiği açıklanmalıdır (Özbaş, 2003).

2.2. Spiritüel İyilik Hali

Tam Türkçe karşılığı bulunmayan spiritüel kavramı; kişinin yaşamı nasıl anlamlandırıldığını ifade etmektedir. Dinle ortak noktaları olsa da tam karşılığı değildir. Sanat, müzik, doğa gibi konuları da kapsamaktadır (Owen ve Korkut, 2012).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği, iyi sağlık kavramını, “vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi” şeklinde tanımlamaktadır (Ergül ve Bayık, 2004). Bu nedenle, hastalar sadece hastalıkları ile değil; aynı zamanda ruhsal, manevi ve spiritüel açıdan da yakından takip edilmelidir. Bu yaklaşıma holistik bakış açısı denmektedir. Holistik kavramı, 1980 yılında Rogers, Parse, Newman gibi hemşirelerle literatüre girmiştir. Ardından Florence Nightingale ile modern hemşirelikte devam etmiştir (Ergül ve Bayık, 2004). Virginia Henderson tarafından kişilerin temel gereksinimleri 14 madde halinde listelenmiştir. Henderson, listenin 11. sırasında “*İnançları Doğrultusunda İbadet Etme*” gereksinimine yer vererek, holistik bakımda spiritualitenin önemine değinmiştir (Atabek ve Karadağ, 2013).

Spiritualite denilince; akla dini inançlar gelmekle birlikte, aslında bu kadarla sınırlandırılmamalıdır (Dedeli ve ark., 2009). Günümüz çalışmalarında, dini içine alan ancak sadece bununla sınırlı kalmayan bir kavram olarak gündeme gelmektedir (Yılmaz ve Okyay, 2009). Spiritualite, doğuştan var olan, çevrenin tüm sosyal ilişkilerinde bulunan, yaşamı anlamlandırmaya yarayan her türlü yeteneğin özü olarak tanımlanabilir. Ayrıca doğada, sosyal ilişkilerde, sanatta ve müzikte bulunabilecek yaşamı anlamlandırmayı sağlayan bireye esin veren her türlü yaşantı şeklinde tanımlanmıştır (Owen ve Korkut, 2012). Sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam gibi durumları da içine aldığı vurgulanmaktadır (Dedeli ve ark., 2009).

Scheck ve Varner (2009), spiritüel kavramda din, dini topluluklara katılma, ibadet etme ve manevi iyilik hali gibi birçok yapıyı içerdiğini öne sürmektedir.

Patneude (2006), maneviyatı çok boyutlu bir yapı olarak, fazilet, erdem, manevi iyilik hali gibi çeşitli bağlamlarda kullanıldığını bildirmiş ve “evrensel bir deneyim ve yaygın bir inanç” olarak özetlemiştir.

Zinnbaue ve ark. (1997), maneviyat ve dini farklı tanımlanmıştır. Din; yüksek otorite, dini tutuculuk, içsel din ve inandığı dini yaşama gibi kavramlarla

ilişkilendirilirken; maneviyat ise mistik deneyimler ve yeniçağ inançlarıyla ilişkilendirilmektedir (Ekşi ve Kardaş, 2017).

Ruhsal iyiliğin (maneviyat) tüm bedenin bir parçası olduğu, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998’de kabul edilmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Ancak Poloutzian ve Ellison (1982) daha önceki yıllarda manevi iyilik halini ölçen bir ölçek geliştirmiştir. Diğer yandan Unruh 1997 yılında yaptığı çalışmada, maneviyatın sağlık bilimleri literatüründe 7 farklı şekilde tanımladığını bildirmiştir. Bu tanımlar şöyledir:

1. Kendinden daha büyük bir güce inanma
2. Maneviyatın içsel değil dıştan gelen bir algı olduğu
3. Bir Tanrıya bağlı olma, inancın kuvvetli olması
4. Hayat kalitesinin sadece materyalistik dünyadan kaynaklanmadığına inanma
5. Hayatın anlamı
6. Yaşamın gücü
7. Bu yukarıda bahsedilenlerin tümü (Paloutzian ve Ellison, 1982).

Manevi iyiliği, bilim insanları farklı şekillerde tanımlamaktadır. Chandlen Holden ve Kolender (1992)’e göre; maneviyat, içsel kapasite ve bireyin bulunduğu konumdan üstün bilgiye ve aşka ulaşma çabasıdır. Manevi iyilik hali spiritüel gelişim arayışını içermektedir. Aynı zamanda psikolojik iyilik halini de kapsamaktadır. Manevi iyilik hali hayatın tüm boyutlarını kapsamaktadır (Ekşi ve Kardaş, 2017).

Ellison (1983) iyilik halinin niteliklerinin araştırılması gerektiğini vurgulamış ve NİCA (1975) bu kavramı dini ve psikososyal olmak üzere iki boyutlu olarak incelemiştir. Ellison bu boyutları yatay ve dikey boyutlar olarak tanımlarken, dikey boyutlar tanrıyı ve üstün gücü; yatay boyutlar ise hayatın amacını göstermektedir.

Opatz (1986) manevi iyilik halini, insanın varlık amacını ve anlamını araştırma isteği olarak tanımlar. Bu her şeyi sorgulama ve açıklanamayan soyut şeyleri anlama isteğidir.

Chapman (1987)’a göre; manevi iyilik hali, kişinin manevi olarak erişebileceği en yüksek seviyeye ulaşma, hayatın amacını keşfetme, kendini ifade etme ve harekete geçme kavramlarıyla ilişkilidir. Yüksek manevi iyilik halinin, hem kendi hayat memnuniyetini hem de başkalarına yardım ederken onların manevi iyilik halini geliştirmeye katkı sağladığını belirtmektedir.

Seaward (1991) ise; manevi iyilik halini, birçok faktörden etkilenmiş komplike bir kavram olarak tanımlamıştır. Bu kavramın psikoloji, sosyoloji, felsefe ve teoloji gibi birçok disiplinden karakteristik özellikler taşıdığını ve aralarında entegre bir ağ oluşturduğunu ifade etmiştir.

Chandlen Holden ve Kolender (1992)'e göre maneviyat, içsel kapasite ve bireyin bulunduğu konumdan üstün bilgiye ve aşka ulaşma çabasıdır. Manevi iyilik hali spiritüel gelişim arayışını içermektedir. Aynı zamanda psikolojik iyilik halini de kapsamaktadır. Manevi iyilik hali hayatın tüm boyutlarını kapsamaktadır (Ekşi ve Kardaş, 2017).

Emmans (1999) bu kavramın daha sağlıklı bir yaşama büyük bir katkı sağladığını bildirmektedir. Üstün gücü arama çabası ve tanrıya ulaşma isteğinin, kritik dönemlerde inanma güç ve destek hissi sağladığını vurgulamaktadır. Aynı zamanda kişide birleştirici bir güç sağlamanın yanında hayatın anlamını bulmaya da yardımcı olduğunu ifade etmektedir.

Kamya (2000) manevi iyilik halinin, stres gibi olumsuz durumlarda güçlü bir gösterge olduğunu bildirmektedir. Kamya'ya göre; 2 boyutlu olan kavram, bir tarafta duyguların anlamı arasındaki pozitif ilişkiye bakarken, diğer tarafta hayatın amacını sorgulamaktadır.

DSÖ sağlık kavramını; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Holistik yaklaşımdan bahsedebilmek için hastayı tüm yönleriyle değerlendirmek gerekmektedir. Ancak hastaların spiritüel yönü, sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edilebilen bir alandır (Dedeli ve ark., 2009). Hastanın daha çok fiziksel ve bazen emosyonel durumu ilgilenilirken, spiritüel yönü atlanmaktadır. Holistik yaklaşıma göre bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, spiritüel boyutlar birbirine bağlıdır ve spiritüel iyiliğin özellikle hastalığın iyileşmesinde çok ciddi bir etkisi olduğu bildirilmektedir (Eti Aslan ve Çınar, 2017).

Spiritüel bakım verirken hemşirenin dikkat etmesi gerekenler:

- Hasta holistik bakış açısıyla değerlendirilmeli ve spiritüel yönünün atlanmaması gerektiğini bilmelidir.
- Hastanın manevi inanç ve uygulamaları hakkında hastadan bilgi alınmalıdır.

- Hastaların endişelerini paylaşmasında cesaretlendirici olunmalı ve eleştirmeden dinlenmelidir.
- Hastalara güler yüzlü, anlayışlı davranılmalı ve empati yetenekleri kullanılmalıdır.
- Hastayla birlikte hasta yakınlarının düşünceleri öğrenilerek, hastanın spiritüel bakımı sağlanırken aile ile herhangi bir çatışma yaşanmasına engel olunmalıdır.
- Spiritüel gereksinimler ile ilgili yeterli bilgi sağlandıktan sonra, bunların karşılanabilmesi için uygun ortam, imkan ve zaman ayarlanmalıdır.
- Hastanın umut verme, yaşamın anlamı, sevgi ve ait olma gibi spiritüel gereksinimleri karşılanarak, biraz olsun rahatlaması sağlanmalıdır.
- Kanser hastalarında tanı anından itibaren ölüm korkusu ortaya çıkar ve geride bırakacak olduklarını (aile, sevgi, arkadaş gibi) düşününce üzürlürler. Bu durumda hemşire, onların aslında hasta için bir umut kaynağı da olacağını bilerek, hastaya hayata tutunmak için bir neden olduğunu hatırlatmalıdır. Eşi, evladı, anne/babası gibi sevdikleri için mücadele etmesi gerektiğini anlatmalıdır (Dastan ve Buzlu, 2010; Ergül ve Bayık, 2004).

Hastanın güçlü bir maneviyatının olması, aslında hemşirenin işini kolaylaştırmaktadır. Dini inançları kuvvetli olan hastaların hastalığı kabullenmeleri de daha kolay olmaktadır (Ergül ve Bayık, 2004). Örneğin; Delgado-Guaty ve ark. (2011) akciğer kanseri hastaları ile yaptığı çalışmada, spiritüel iyilik hali yüksek olan hastaların anksiyete düzeyinin düşük olduğunu ve bu durumun tedavi sürecine de olumlu yansıdığını saptamıştır. Cannon ve ark. (2011) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, spiritüel iyilik hali yüksek olan hastalarda nüks etme kaygısı, kanserin ilerlemesi ve tedavi sonucu oluşan komplikasyonların görülme endişesinin azaldığı görülmüştür. Bu çalışmaları, Peterman ve ark. (2002)'nin akciğer kanseri hastaları ile yaptığı tanımlayıcı araştırma sonuçları da desteklemektedir.

Kanser hastalarının medikal tedavi ve spiritüel iyilik halini iyileştirmeye yönelik holistik bakımın verilmesinin yanında, egzersiz gibi multidisipliner tedavi yaklaşımlarını da bilmeleri ve uygulamaları önerilmektedir. Burke ve ark. (2013) yaptığı nitel çalışmada, ileri evre rektum kanseri hastalarında egzersizin psikolojik olarak hastalıkla baş etme becerileri ve hayatın anlamı gibi sonuçlara pozitif etki ettiği görülmüştür (Piderman ve ark., 2015).

2.3. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, kişilerin hastalıkları ile ilgili inandıkları, hastalık ve tedavi beklentilerinin ne olduğu ile ilgili bir durumdur (Uysal ve Akpınar, 2013). Leventhal ve ark. (1984), her hastanın kendi "hastalık temsili modeli" oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu modele göre; her hastanın kendi kafasında oluşturduğu tabloda hastalık ve ölüme sebep olabilecek risk faktörleri belirlenmektedir (Kocaman ve ark., 2007). Hastalık kavramı hem öznel hem de nesnel olduğu için aynı hastalığa yakalanan kişilerde oluşan tablo da hastalık algısı da farklıdır (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015). Kişinin oluşturduğu tabloda hastalıkla baş etme biçimi, eğitim düzeyi, psikiyatrik durumu, inançları, değerleri, baş etme yetenekleri gibi birçok faktör etkili olmaktadır (Uysal ve Akpınar, 2013).

Kanser tanısı, geleceği kestirememeye, belirsizliklerin olması, ağrı ve diğer birçok semptomun görülmesi kişiyi baş edilmesi zor bir sürece itmekte olup, psikolojik anlamda da hasta ve ailesinin negatif yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Her hastalıkta kişiyi negatif etkileyen durumlar olmasına rağmen kanser de bu durum çok daha fazladır. Kanser tanısı almak; umutsuzluk, çaresizlik, kurtulamama gibi duyguları çok daha derin yaşatmaktadır. Kanser hastası kendini ölüme diğer insanlardan daha fazla yakın hisseder. Ailesinden, arkadaşlarından, hayattan tamamen kopacağı düşüncesi, öldükten sonra ona ne olacağı fikirleri kafasında dolaşır (Armay, 2006).

Hastalar bazen hastalığı tam olarak anlayamamaktan, bazen de bilgi eksikliklerinden dolayı semptomları yanlış yorumlayabilmektedir. Bu nedenle iyi bir eğitim gereklidir. Kanser hastalarının stresini azaltmak, tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duygularını ifade etmesini sağlamak, hastalıkla baş etmelerine olumlu anlamda katkıda bulunmak için kanseri nasıl algıladıklarının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca her hastanın hastalığı algılamasında da farklılık gözlemlendiği gibi bakım veren hemşirelerin hastalığa karşı tutum ve algıları da farklı olabilmektedir (Armay, 2000). Bu nedenle hastaların ve sağlık personelinin iyi bir eğitimle doğru algı oluşturmalarına yardımcı olunarak, algısının olumlu yönde değiştirilmesi gerekmektedir. Değişen algıyla birlikte hastalığın vermiş olduğu stres de azaltılabilir, tedaviye uyum ve tedavinin başarısı artırılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini incelemek için yapılan araştırmanın türü tanımlayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye A Blok, Dahiliye C Blok, Palyatif Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde tedavi edilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalarla yapıldı.

Dahiliye A blokda; 13 doktor, 11 hemşire, 32 yatak,

Dahiliye C blokda; 12 doktor, 11 hemşire, 34 yatak ve 20 asistan doktor,

Palyatif servisinde; 1 doktor, 8 hemşire, 18 yatak,

Kemoterapi Ünitesinde; 2 doktor, 1 hemşire ve 20 koltuk bulunmaktadır.

Toplamda 950 yatak kapasiteli bir hastane olup, çalışmanın yapıldığı sürede bulunmamakla birlikte hastanede manevi bakım ekibi oluşturulma çalışmaları başlamıştır.

3.3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini; 01.10.2018-01.06.2019 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı hastanede tedavi edilen akciğer kanseri tanısı konmuş hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

G-Power (Güç Analizi) 3.1 programında etki faktörü yerine konularak ve $\alpha=0,05$ aralığında minimum denek sayısı 96 bulundu. Örneklem seçimi rastgele yapılarak, evren üzerinde çalışıldı. Akciğer kanseri tanısı olmayan ve akciğer kanseri tanısı olup, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 46 hasta çalışmaya alınmadı. Örnekleme dahil edilme kriterleri; akciğer kanseri tanısı almış olmak ve gönüllü olmaktır. Örneklemden dışlanma kriterleri ise akciğer kanseri tanısı almamak ve gönüllü olmamaktır. Araştırmanın veri toplama süresinde toplam 100 hastaya ulaşıldı.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara-alkol kullanımı, hastalığın tanı süresi, hastalık evresi gibi etkenlerdir.

Bağımsız değişkenler: spiritüel iyilik hali ve hastalık algısı.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak 01.10.2018-01.06.2019 tarihleri arasında toplandı. Formlar, araştırmacı tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle yaklaşık 25 dakikada dolduruldu.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu, literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan hastanın sosyodemografik özelliklerini içeren 20 soruluk bir formdur (EK-1). Hastanın sosyodemografik özelliklerinin bir kısmı hastaya sorularak bir kısmı da dosyada bulunan yatış evraklarına bakılarak dolduruldu. Hastalık tanı süresi, kemoterapi alıp almadığı, niçin hastaneye geldiği gibi bilgiler dosyasından ve doktorundan öğrenilerek kaydedildi.

3.6.2. Spiritüel İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12 (Version 4))

Spiritüel İyilik Hali Ölçeği 2011 yılında Breedle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 12 maddelik bir ölçektir (Bredle ve ark., 2011). Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, “1-kesinlikle katılmıyorum” yanıtından “5-tamamen katılıyorum” yanıtına kadar değişkenlik gösteren 5’li Likert tipi bir ölçektir (Ekşi ve Kardaş, 2017) (EK-2). Ölçeğin ilk sekiz sorusu ruhsal iyilik hali (RİH), son dört sorusu ise manevi iyilik hali (MİH) olmak üzere iki alt boyutta incelenmektedir. Hastalardan son yedi gününü göz önüne alarak tüm sorulara hiç (0), çok az (1), biraz (2), oldukça (3) ve çok fazla (4) olmak üzere puanlamalar yapmaları istenmektedir. Hastaların ruhsal iyilik hali kategorisine bakıldığında 32 en yüksek puandır. Bu puan; hastaların ruhsal iyilik hallerinin yüksek olduğunu gösterir. En düşük puan ise 0’dır. Bu puan ise; ruhsal iyilik hallerinin düşük olduğunu göstermektedir. Manevi iyilik hali kategorisine bakıldığında ise; son dört maddeden alınabilecek en yüksek puan 16, en düşük puan 0’dır. Yüksek puan;

hastaların manevi iyilik halinin yüksek, düşük puan ise; hastaların manevi iyilik hallerinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. Bu iki kategorinin toplamı spiritüel iyilik hali puanını oluşturmaktadır.

3.6.3. Hastalık Algısı Ölçeği

Weinman ve ark. (1996) tarafından geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeği, Moss-Morris ve ark. (2002) tarafından gözden geçirilmiştir (Weinman ve ark., 1996). (EK-3). Ölçeğin, kanser hastalarında ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise; Armay ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır.

Ölçek, Belirtiler, Algı ve Nedenler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Belirtiler boyutu; 14 soruya verilecek evet-hayır cevaplarından oluşmaktadır. Kimlik Boyutu, Kimlik A ve Kimlik B olmak üzere iki alt bölümden oluşmakla birlikte, Kimlik A, hastaların hastalıkları ile ilgili belirti yaşamalarını ve Kimlik B ise hastaların yaşadıkları belirtileri hastalıklarının bir parçası olarak görmelerini içermektedir (Yorulmaz ve ark., 2013). Boyutun değerlendirme sonucunu ikinci kısımda verilen evet cevaplarının toplamı vermektedir (Armay ve ark., 2007).

Algı boyutu; “(1) kesinlikle böyle düşünmüyorum”, “(2) böyle düşünmüyorum”, “(3) kararsızım”, “(4) böyle düşünüyorum” ve “(5) kesinlikle böyle düşünüyorum” şeklinde puanlanan 5’li likert tipi 38 maddeden oluşan bir bölümdür. Akut/Kronik Süre, Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalık Tutarlılığı, Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır (Armay, 2006). Bu boyutlar ile ilgili bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir (Armay ve ark., 2007; Ekenler, 2017; Kara, 2019; Gündüz ve Yılmaz, 2016).

Tablo 2: Hastalık Algısı Ölçeği Algı Boyutunun alt boyutlarının değerlendirmesi

Alt Boyut	Maddeler	Yüksek puanın anlamı
Akut/kronik süre	1, 2, 3, 4, 5, 18	Kronik bir rahatsızlığı olduğunu düşündüğünü gösterir.
Sonuçlar	6, 7, 8, 9, 10, 11	Hastalığın ciddi sonuçlar doğuracağını düşündüğünü gösterir.
Kişisel kontrol	12, 13, 14,15, 16, 17	Hastalığını kontrol edebileceğini düşündüğünü anlamına gelir.
Tedavi kontrolü	19, 20, 21, 22, 23	Tedavinin hastalığını iyileştirebileceğini düşündüğünü gösterir.
Hastalık tutarlılığı	24, 25, 26, 27, 28	Hastalığını iyi anlayabildiğini gösterir.
Döngüsel süre	29, 30, 31, 32	Hastalığın zaman zaman semptomlarını gösterdiği anlamına gelir.
Duygusal temsiller	33, 34, 35, 36, 37, 38	Hastalığı ile ilgili olumsuz duyguları olduğunu gösterir.

Nedenler boyutu; “(1) kesinlikle böyle düşünmüyorum”, “(2) böyle düşünmüyorum”, “(3) kararsızım”, “(4) böyle düşünüyorum” ve “(5) kesinlikle böyle düşünüyorum” arasında değerlendirilen 5’li likert tipi 18 maddeden oluşmaktadır. Nedenler bölümü de kendi içinde “Psikolojik faktörler”, “Risk faktörleri”, “Bağıışıklık”, ve “Şans” olmak üzere 4 alt boyut içermektedir.

Psikolojik faktörler; stres ve endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, kişilik özelliklerim, duygusal durumumdur.

Risk faktörleri; kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara, alkoldür.

Bağıışıklık; mikrop-virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin azalmasıdır.

Şans faktörü de şans ya da kötü talih ve kaza ya da yaralanmadır (Kara, 2019).

3.7. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.0 kullanıldı. Normal dağılımı test etmek için verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Çalışmada çarpıklık değeri -0,690 ve basıklık değeri 0,780 bulundu. Bu değerlerin -1,500 ve +1,500 değerleri arasında olduğu durumlarda dağılım normal kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Farklı bir çalışmada bu değer -2 ve +2 arasında bulunmasının normal dağılımı gösterdiği belirtilmektedir (George ve Mallery, 2010). Normallik analizi sonucunda, Spiritüel İyilik Hali ve Hastalık Algısı Ölçeği için parametrik testlerden Student t Testi, ANOVA, varyans analizleri yapıldı.

3.8. Etik İlkeler

Araştırmaya başlamadan önce, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu’ndan yazılı izin alındı (EK-4). Çalışmanın yürütülebilmesi için T.C. Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden 25.07.2018 tarihli ve 87416368-604.01.01-7517 sayılı yazı ile izin istenmiş olup, 31.07.2018 tarihli ve 2018/39 sayılı karar yazısı ile izin belgesi alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılan hastaların haklarının korunması için öncelikle araştırmada yapılacaklar anlatılarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesine bağlı kalındı. “Özerklik” ilkesi dikkate alınarak hastaların istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi de dikkate alınarak tüm bilgilerin gizli kalacağı anlatıldı.

Spiritüel İyilik Hali Ölçeği kullanım izni Jason M. Bredle' den (EK-7) ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanım izni Zeynep Armay'dan (EK-8) alındı.

3.9. Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırmanın tek merkezde yapılmış olması sınırlılığıdır. Araştırma sonuçları sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları A ve C Blok, Palyatif Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde tedavi edilen akciğer kanseri tanısı konmuş gönüllülük esaslı olan hastaları kapsamaktadır.



4. BULGULAR

Akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen veriler bu bölümde verilmektedir.

4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Değişken Kategorileri	Yüzde (%)	Sayı (n)
Cinsiyet	Kadın	47	47
	Erkek	53	53
Yaş	56 ve altı	13	13
	57-69 arası	47	47
	70 ve üstü	40	40
Eğitim Durum	Yok	13	13
	İlkokul	40	40
	Ortaokul	24	24
	Lise	23	23
	Üniversite	1	1
Ekonomik Durumu	İyi	8	8
	Orta	69	69
	Kötü	23	23
Medeni Durumu	Evli	70	70
	Boşanmış-Dul	30	30
Sigara Kullanan	Evet	31	31
	Hayır	69	69
Alkol Kullanan	Evet	2	2
	Hayır	98	98

Bu çalışmada cinsiyet ayrımı yapılmamış olup, çalışmaya birbirine yakın değerlerle 47 kadın, 53 erkek katılmıştır. Bu hastaların neredeyse yarısı (47 hasta) 57-69 yaş aralığındadır.

Çalışmada ‘18-30’ yaş arası 1 hasta, ‘31-43’ yaş arası 2 hasta ve ‘44-56’ yaş arası 10 hasta bulunması ve istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar elde edilmesi için ‘56 ve altı’ şeklinde birleştirildi. Ayrıca ‘70-82’ arası 35 hasta ve ‘83 ve üstü’ arası 5 hasta olmasıyla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar elde edilmesi için ‘83 ve üstü’ şeklinde birleştirildi.

Hastaların çoğunluğu ilköğretim mezunudur (%40 ilkokul mezunu, %24 ortaokul mezunu). Hastaların %77’si ekonomik durumunun orta ve iyi düzeyde olduğunu bildirdi. Hastaların %70’i evlidir.

Çalışmada hiç bekâr hastaya rastlanmadı. Ayrıca 3 hasta boşanmış ve 27 hasta dul bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar elde edilmesi için ‘boşanmış-dul’ şeklinde birleştirildi.

Hastaların %69’u sigara kullanmadığını, %98’i ise alkol kullanmadığını bildirdi.

Çalışmaya alınan hastaların hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 4’de görüldüğü gibidir.

Tablo 4. Çalışmaya alınan hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Değişken Kategorileri	Yüzde (%)	Sayı (n)
Hastalık Süresi	1 ve 1 yıldan az	14	14
	2 yıl	27	27
	3 yıl	31	31
	4 yıl	19	19
	5 ve daha fazla	9	9
Metastaz	Evet	24	24
	Hayır	76	76
Ek Hastalık	Evet	59	59
	Hayır	41	41
İlaç Tedavisine Uyum Durumu	Evet	73	73
	Kısmen	20	20
	Hayır	7	7
Hastalık Algısı	Uzun süre tedavi gerektirir	90	90
	Tedavi edilemez	10	10

Çalışma kapsamına alınan hastaların %31’nin hastalık süresi 3 yıldır. Çalışmamızda hastaların %24’ünde metastaz görülürken, %76’sında metastaz görülmedi. Ek hastalık varlığı %59 oranında görülürken, %41 oranında görülmedi. Hastaların çoğu ilaç tedavisine uyduğunu bildirdi. Hastalık algısının, hastaların çoğunda “uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık” şeklinde olduğu bulundu.

Bu çalışmada hastalardan biri hastalığın kolay tedavi edilebileceğini 89 hasta ise uzun süre tedavi gerektireceğini düşünmekte olup, ‘uzun süre tedavi gerektirir’ şeklinde birleştirildi.

Çalışmada hastalık tipi her hastada akciğer kanseri olması, hepsinin son dönem evrede olması nedeniyle ekstradan bir incelemede bulunulmadı. Hastalar emekli olmaları nedeniyle işe gidememe gibi bir sorunun ve hastaneye geliş nedeninin tam açıklanamadığından ayrıca bir incelemede bulunulmadı.

4.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların SİH puan ortalaması $28,48 \pm 7,20$, ölçeğin alt boyutları olan MİH puan ortalaması $12,89 \pm 3,29$ ve RİH puan ortalaması $15,59 \pm 4,47$ bulundu. Çalışmaya alınan hastaların SİH, MİH, RİH puan ortalamasının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’de görülmektedir.

Cinsiyet açısından MİH, RİH ve SİH puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

MİH, RİH ve SİH puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

Eğitim düzeyi ile MİH, RİH ve SİH arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

RİH ve SİH ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Fakat MİH ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Tablo 5. Çalışmaya alınan hastaların spiritüel iyilik hali ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	MİH Mean±SD	RİH Mean±SD	SİH Mean±SD
Cinsiyet			
Erkek	12,50±3,30	15,15±8,35	27,66±10,67
Kadın	13,31±8,83	17,48±8,83	30,80±11,63
p	0,222	0,164	0,161
Yaş			
56 ve altı	12,30±3,56	13,15±8,81	25,46±11,70
57-69 arası	13,34±2,84	17,17±7,77	30,51±10,12
70-83 arası	12,55±3,69	16,17±8,83	28,72±12,16
p	0,430	0,311	0,342
Eğitim			
Yok	12,61±3,81	15,00±11,25	27,61±14,73
İlkokul	12,27±3,38	14,95±8,10	27,22±10,97
Ortaokul	13,43±3,087	18,21±8,44	31,65±11,19
Lise	13,54±3,035	17,20±6,81	30,75±9,21
p	0,390	0,421	0,386
Medeni Durum			
Evli	12,42±3,27	15,25±3,80	27,68±6,48
Boşanmış-Dul	13,96±3,15	16,36±5,76	30,33±8,50
p	0,032	0,339	0,134
Toplam	12,89±3,29	15,59±4,47	28,48±7,20

Çalışmaya alınan hastaların SİH ölçeği puan ortalamalarının hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6. Çalışmaya alınan hastaların spiritüel iyilik hali ölçeği puan ortalamalarının hastalık özelliklerine göre dağılımı

	MİH Mean±SD	RİH Mean±SD	SİH Mean±SD
Metastaz			
Evet	12,62±3,92	15,58±4,93	28,20±8,45
Hayır	12,97±3,10	15,59±4,36	28,56±6,82
p	0,654	0,993	0,833
Ek Hastalık Varlığı			
Evet	13,42±3,23	16,16±4,56	29,59±7,37
Hayır	12,12±3,28	14,75±4,27	26,87±6,72
p	0,052	0,121	0,064
İlaç Tedavisine Uyumu			
Evet	14,17±2,61	17,09±4,03	31,27±6,01
Kısmen	9,35±2,00	12,10±2,29	21,45±3,54
Hayır	9,57±3,15	9,85±3,48	19,42±5,22
p	0,000	0,000	0,000
Hastalık Bakış Açısı			
Uzun Tedavi Edilen	13,26±3,12	16,10±4,27	29,36±6,86
Tedavi Edilemeyen	9,50±2,99	11,00±3,71	20,50±5,21
p	0,000	0,000	0,000
Toplam	12,89±3,29	15,59±4,47	28,48±7,20

Metastaz ve ek hastalık varlığı açısından MİH, RİH ve SİH puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

MİH, RİH ve SİH ile ilaç tedavisine uyum durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). İlaç tedavisine uyduğunu bildirenlerin spiritüel iyilik hali puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalığa bakış açısı açısından da MİH, RİH ve SİH puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001<0,05$). Tedavi edilemeyen bir hastalık olduğunu düşünenlerin spiritüel iyilik hali puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı.

4.3. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalık Algısının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların yaşadıkları belirtilere göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7. Hastalık algısı ölçeği, belirtiler

Belirtiler	Hastalık başlangıcından sonra belirti yaşayanlar (%)	Belirtiyi hastalığıyla ilgili görenler (%)
Ağrı	86	86
Boğazda yanma	23	23
Bulantı	63	63
Soluk almada güçlük	66	66
Kilo kaybı	69	69
Yorgunluk	65	65
Eklemler sertliği	31	31
Gözlerde yanma	18	18
Hırıltılı solunum	63	63
Baş ağrıları	33	33
Mide yakınmaları	19	19
Uyku güçlükleri	41	41
Sersemlik hissi	68	68
Güç kaybı	70	70

Hastaların hastalıklarının başlangıcından itibaren en çok gözlenen belirtinin %86 oranında ağrı olduğunu belirtti. Ağrıyı ikinci sırada izleyen belirti ise; %70 oranında güç kaybıdır. Diğer belirtiler sırasıyla; bulantı (%63), soluk almada güçlük (%66), kilo kaybı (%69), yorgunluk (%65), sersemlik hissi (%68) gibi belirtilerdir. Gözlerde yanma (%18), mide yakınmaları (%19), boğazda yanma (%23), daha az meydana gelen belirtiler olarak gözlemlendi. Ayrıca tüm hastaların meydana gelen belirtileri; hem hastalık başlangıcından sonra yaşananlar hem de hastalıkla ilgili görme kısmında belirtmesi, tüm belirtileri hastalığına bağlamış olduğunu göstermektedir.

Hastalık algısı ölçeğinin nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $12,95 \pm 4,81$, Risk faktörleri $16,80 \pm 3,89$, Bağışıklık $9,31 \pm 3,25$ ve Şans $4,49 \pm 1,78$ olarak belirlendi.

Hastalık algısı ölçeğinin olası nedenler bölümünde beşli likert tipinde toplanan verilerin oldukça dağınık olması nedeniyle, verileri daha anlamlı hale getirmek ve sonuçları yorumlayabilmek amacıyla üçlü likert tipe çevrildi. Üçlü likert oluşturulurken; “kesinlikle böyle düşünmüyorum” ile “böyle düşünmüyorum” ve “böyle düşünüyorum” ile “kesinlikle böyle düşünüyorum” birleştirildi. Çalışmaya alınan akciğer kanseri hastalarının hastalığın olası nedenlere ait cevaplarının dağılımı Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8. Hastalık algısı ölçeği, olası nedenlere ait cevapların dağılımı

	Böyle düşünmüyorum (%)	Kararsızım (%)	Böyle düşünüyorum (%)
Psikolojik etkenler			
Stres ya da endişe	58	1	41
Benim tutumum	82	3	15
Kişilik özelliklerim	88	1	11
Duygusal durumum	78	3	19
Aile problemleri	68	3	29
Aşırı çalışma	57	2	41
Risk faktörleri			
Kalıtsal	78	1	21
Diyet yemek alışkanlıkları	58	3	39
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	37	1	62
Kendi davranışım	73	3	14
Yaşlanma	25	0	75
Sigara içme	72	0	28
Alkol	96	0	4
Bağışıklık			
Çevre kirliliği	47	5	48
Bir mikrop ya da virüs	40	1	59
Vücut direncimin azalması	36	3	61
Şans faktörü			
Şans ya da kötü talih	44	0	56
Kaza ya da yaralanma	96	0	4

Hastalık algısı ölçeğinin olası nedenler bölümü; Psikolojik etkenler, Risk faktörleri, Bağışıklık ve Şans faktörü olmak üzere 4 alt grupta incelenmektedir.

Psikolojik etkenler alt boyutunda yer alan 6 madde incelendiğinde; akciğer kanseri hastalarının %41'i hastalığını stres ve endişeye bağlarken, %58'i bu görüşe katılmamaktadır. %15'i hastalığının nedenini kendi tutumuna bağlarken, %82'si böyle düşünmemektedir. Benzer şekilde grubun %11'i hastalığını kişilik özelliklerine, %19'u duygusal duruma ve %29'u aile problemlerine bağlarken; sırasıyla %88'i kişilik özelliklerine, %78'i duygusal duruma ve %68'i de aile problemlerine bağlamamaktadır.

Risk faktörleri 7 maddeden oluşmaktadır. Hastalığın sebebi olarak kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları ve kendi tutumlarını görmemekle birlikte; %75 büyük bir oranla yaşlanmayı görmektedir. Aynı zamanda alkol (%96) ve sigara (%72) kullanımını da hastalığın sebebi olarak görmemektedir. Sigaranın bu oranda bulunması farklı bir sonuçtur. Bu durum hastaların pasif içiciliğe maruz kalmasından kaynaklanabilir. Ayrıca daha önce sigara kullanıp bırakmış olma durumlarına net yanıt vermemeleri nedeniyle araştırılamamış olup bu oranın daha düşük çıkmasında etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bağışıklık alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Hastalığın nedeni olarak çevre kirliliği birbirine yakın oranlarda çıkmış olup, %48'i etkilediğini düşünürken; %47'si etkilemediğini düşünmektedir. Hastalığa %59 oranında bir virüs ya da mikrobun sebep olduğunu ve %61 oranla da vücut direncinin düşmesiyle ilgili olduğunu düşünmektedirler.

Şans boyutu ise; 2 maddeden oluşmaktadır. Hastalar %56 oranında hastalığı kötü talihe bağlarken, %96'sı kaza ya da yaralanmaya bağlamamaktadır. Akciğer kanseri hastalarının hastalık algısı ölçeği algı bölümü alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla; Akut/Kronik Süre 20,42±1,77, Döngüsel Süre 10,84±3,86, Kişisel Kontrol 15,21±1,87, Tedavi Kontrolü 15,34±2,27, Hastalık Tutarlılığı 4,74±2,38, Duygusal Temsiller 24,27±2,81 ve Sonuçlar 22,91±3,04 olarak belirlendi.

Çalışmaya alınan akciğer kanseri hastalarının hastalık algısı alt gruplarının puan ortalamasının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların hastalık algısı alt gruplarının puan ortalamasının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Akut/Kronik Süre Mean±SD	Döngüsel Süre Mean±SD	Kişisel Kontrol Mean±SD	Tedavi Kontrolü Mean±SD	Hastalık Tutarlılığı Mean±SD	Duygusal Temsiller Mean±SD	Sonuçlar Mean±SD
Cinsiyet							
Erkek	20,26±1,58	15,77±4,52	18,24±3,11	14,98±2,13	8,92±2,18	24,43±2,06	22,71±2,65
Kadın	20,59±1,97	15,21±5,00	19,17±3,37	15,74±2,39	8,48±1,57	24,08±3,48	23,12±3,45
p	0,354	0,558	0,158	0,095	0,261	0,539	0,504
Yaş							
56 ve altı	19,69±2,56	14,23±4,26	17,69±3,01	14,53±2,50	8,53±1,71	23,69±2,78	21,76±4,86
57-69	20,42±1,57	16,19±4,50	19,08±2,83	15,63±1,91	8,87±2,13	24,06±2,92	22,85±2,61
70 ve üstü	20,65±1,68	15,12±5,13	18,52±3,76	15,25±2,56	8,60±1,75	24,70±2,69	23,35±2,76
p	0,242	0,340	0,370	0,293	0,757	0,424	0,265
Eğitim							
Yok	20,53±1,80	8,92±5,106	15,00±2,34	14,69±2,52	3,84±1,281	24,15±4,09	24,00±2,30
İlkokul	20,00±1,61	10,87±3,96	14,77±2,00	15,02±2,44	5,07±2,605	24,05±3,11	22,77±2,89
Ortaokul	20,78±2,13	11,52±2,99	15,78±1,62	15,43±2,25	4,43±1,72	24,47±2,15	22,73±2,36
Lise	20,78±1,59	11,13±3,65	15,47±1,50	16,13±1,76	4,91±2,98	24,69±1,86	22,95±2,36
p	0,699	0,007	0,203	0,219	0,093	0,168	0,234
Medeni Durum							
Evli	20,22±1,66	11,24±3,44	14,95±1,88	15,22±2,09	5,35±2,58	23,60±3,09	22,51±2,75
Boşanmış-Dul	20,86±1,96	9,90±4,64	15,80±1,74	15,60±2,68	3,30±0,70	25,83±0,74	23,83±3,52
p	0,100	0,162	0,039	0,458	0,000	0,000	0,047
Toplam	20,42±1,77	10,84±3,86	15,21±1,87	15,34±2,27	4,74±2,38	24,27±2,81	22,91±3,04

Hastalık algısı ölçeğinin alt grupları olan akut/kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller ve sonuçlar puan ortalamalarında cinsiyet açısından gruplar arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Yaş grupları açısından da aynı şekilde tüm alt gruplarda puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Eğitim durumuna bakıldığında; döngüsel süre hariç diğer alt gruplarda anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Hastalık algısının alt grubu olan döngüsel sürede ise; eğitimi olmayanların en düşük puana sahip olduğu saptandı ($p<0,05$).

Medeni durum ile ilgili verilere bakıldığında; akut/kronik süre, döngüsel süre ve tedavi kontrolü alt boyutlarında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ancak kişisel kontrol, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller ve sonuçlar alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya alınan hastaların hastalık algısı alt gruplarının puan ortalamasının hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 10. Hastaların hastalık algısı alt gruplarının puan ortalamasının hastalık özelliklerine göre dağılımı

	Akut/Kronik Süre Mean±SD	Döngüsel Süre Mean±SD	Kişisel Kontrol Mean±SD	Tedavi Kontrolü Mean±SD	Hastalık Tutarlılığı Mean±SD	Duygusal Temsiller Mean±SD	Sonuçlar Mean±SD
Metastaz							
Evet	20,62±1,88	11,33±3,98	15,29±1,89	15,45±2,37	4,12±1,54	25,3±1,40	24,00±2,35
Hayır	20,35±1,74	10,68±3,84	15,18±1,88	15,30±2,26	4,93±2,57	23,93±3,06	22,58±3,17
p	0,519	0,476	0,808	0,772	0,149	0,033	0,044
Ek Hastalık Varlığı							
Evet	20,62±1,68	10,81±4,26	15,44±2,15	15,71±2,28	4,35±2,26	24,62±2,62	23,13±2,90
Hayır	20,12±1,88	10,87±3,27	14,87±1,32	14,80±2,19	5,29±2,48	23,75±3,02	22,58±3,24
p	0,163	0,932	0,110	0,050	0,053	0,129	0,377
İlaç Tedavisine Uyum							
Evet	20,98±1,52	11,21±3,66	15,94±1,37	16,10±1,76	4,78±2,64	24,31±3,04	22,54±2,87
Kısmen	18,95±1,53	11,60±3,16	13,30±1,83	13,85±1,98	4,75±1,68	23,75±2,22	23,40±3,70
Hayır	18,71±1,49	4,71±2,62	15,21±1,87	11,57±2,14	4,28±0,95	25,28±1,25	25,28±1,25
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,874	0,451	0,054
Hastalık Bakış Açısı							
Uzun Tedavi Edilen	20,65±1,58	11,22±3,62	15,38±1,82	15,74±1,89	4,61±2,14	24,20±2,90	22,90±2,76
Tedavi Edilemeyen	18,30±2,11	7,40±4,47	13,60±1,57	11,70±2,26	5,90±3,95	24,90±1,79	23,00±5,16
p	0,000	0,003	0,004	0,000	0,336	0,458	0,953
Toplam	20,42±1,77	10,84±3,86	15,21±1,87	15,34±2,27	4,74±2,38	24,27±2,81	22,91±3,04

Hastalık algısı ölçeğinin alt grupları olan akut/kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiler puan ortalamalarında metastaz açısından gruplar arasında fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Sonuçlar alt grubunun ise metastaz ile arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$).

Ek hastalık varlığı açısından hastalık algısı tüm alt grupları puan ortalamalarında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

İlaç tedavisine uyum durumuna bakıldığında; akut-kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt grupları puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Fakat hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller, sonuçlar alt grupları arasında temsiler puan ortalamalarında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastalığa bakış açısı ile hastalık algısı alt gruplarından hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller, sonuçlar alt boyutu arasında puan ortalamalarında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak akut-kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

4.4. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Hastalık Algısına Etkisi

Bu bölümde, Spiritüel İyilik Hali ve alt boyutları arasındaki ilişki, Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları ve alt boyutlarının birbirleriyle arasındaki ilişkiye bakıldı. Çalışmaya alınan akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik hali ile hastalık algısı arasındaki ilişki Tablo 11'de görülmektedir.

Tablo 11. Spiritüel iyilik hali ile hastalık algısı arasındaki ilişki

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. RİH	1								
2. MİH	,806**	1							
3. SİH	,985**	,897**	1						
4. HAÖ/Akut kronik süre	,668**	,666**	,695**	1					
5. HAÖ/Döngüsel süre	-,230*	-,0164	-,220*	-,0183	1				
6. HAÖ/Kişisel kontrol	,811**	,814**	,846**	,718**	-,0129	1			
7. HAÖ/Tedavi kontrolü	,682**	,621**	,693**	,668**	-,0012	,756**	1		
8. HAÖ/Hastalık tutarlılığı	-,016	-,229*	-,0187	-,358**	,201*	-,0127	-,007	1	
9. HAÖ/Duygusal temsiller	0,184	,214*	,201*	,197*	-,0113	0,142	0,08	-,318**	1
10. HAÖ/Sonuçlar	0,026	-,0061	0,001	,207*	-,0089	-,0086	0,067	-,361**	,464**

*p< 0.05 ** p< 0.01

Ruhsal İyilik hali ile manevi iyilik hali ($r=0,806$; $p<0,001$) ve spiritüel iyilik hali arasında ($r=0,985$; $p<0,001$), manevi iyilik hali ile spiritüel iyilik hali arasında ($r=0,897$; $p<0,001$) pozitif yönde çok güçlü derecede ilişki olduğu saptandı.

Spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisine bakıldığında; akut-kronik süre ($r=0,695$; $p<0,001$), kişisel kontrol ($r=0,846$; $p<0,001$) ile pozitif yönde çok güçlü, tedavi kontrol ($r=0,693$; $p<0,001$) ile pozitif yönde güçlü derecede ilişki olduğu saptandı. Duygusal temsiller ($r=0,201$; $p<0,05$) ve sonuçlar ($r=0,001$; $p<0,05$) alt boyutları ile pozitif yönde zayıf derecede, döngüsel süre ($r=-0,220$; $p<0,05$) ve hastalık tutarlılığı ($r=-0,187$; $p<0,05$) alt boyutları ile negatif yönde bir ilişki vardır.

Spiritüel iyilik halinin alt boyutu olan ruhsal iyilik hali ile akut-kronik süre ($r=0,068$; $p<0,001$), kişisel kontrol ($r=0,811$; $p<0,001$) ve tedavi kontrolü ($r=0,682$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır. Aynı zamanda ruhsal iyilik hali ile duygusal temsiller ($r=0,184$; $p<0,05$) ve sonuçlar ($r=0,026$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf derecede bir ilişki vardır. Ayrıca döngüsel süre ($r=-0,230$; $p<0,05$) ve hastalık tutarlılığı ($r=-0,16$; $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf derecede bir ilişki vardır.

Spiritüel iyilik halinin alt boyutu olan manevi iyilik hali ile akut-kronik süre ($r=0,666$; $p<0,001$), kişisel kontrol ($r=0,814$; $p<0,001$) ve tedavi kontrol ($r=0,621$;

$p < 0.001$) arasında pozitif yönde güçlü derece bir ilişki vardır. Aynı zamanda duygusal temsiller ($r = 0,214$; $p < 0.05$) arasında pozitif yönde zayıf derece bir ilişki vardır. Ayrıca manevi iyilik hali ile döngüsel süre ($r = -0,164$; $p < 0.05$), hastalık tutarlılığı ($r = -0.229$; $p < 0.05$) ve sonuçlar arasında ($r = -0,061$; $p < 0.05$) negatif yönde zayıf derecede bir ilişki vardır.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya 100 akciğer kanseri hastası dahil edildi. Hastalardan sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin yanı sıra Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak veriler toplandı. Araştırmada akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısını etkilediği sonucuna varıldı.

5.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Çalışmada, en çok hasta sayısı 57-69 yaş aralığındadır. Eğitim seviyesi %40 oranla ilköğretimdir. Çoğunluğun ekonomik durumunun orta düzeyde ve medeni halinde evli olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalığın tanı süresi %31 oranla 3 yıldan fazladır. Hastalığın metastaz oranı %24'dür. Hastaların çoğunluğu tedavi edilebilecek bir hastalığı olduğuna inanmaktadır. Hastalığın kolay tedavi edilebileceğini düşünen 1 kişi olması nedeniyle uzun tedavi gerektirdiğini düşünen 89 hasta ile birleştirildi.

Araştırmamızda erkek sayısı (%53) daha fazladır. Bu durumun akciğer kanserinin erkeklerde daha sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014). Aynı şekilde yaşa bakıldığında, 57-69 yaş arasında hasta sayısı fazladır. Türkiye Kanser İstatistikleri (2014)'ne göre yaşla birlikte kanser görülme olasılığı artmaktadır.

Akciğer kanseri hastalarının çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Bu çalışmaya katılan hastaların eğitim seviyesinin düşük olduğu görüldü. Krok ve arkadaşlarının (2019) gastrointestinal sistem kanseri olan hastalar ile yaptığı çalışmada da, hastaların çoğunun eğitim seviyesinin ilköğretim düzeyinde olduğunu bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamız ile benzerdir.

Hastaların ekonomik durumlarına bakıldığında; %77'sinin ekonomik durumunun orta ve iyi olduğu ve sadece %23'ünün ekonomik durumunun kötü olduğu görülmektedir. Bu sonucun ekonomik düzeyi düşük olan hastaların hastaneye ulaşamamasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Diğer yandan, İnanç ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, benzer bir sonuç bulmuş ve bu sonucun sosyoekonomik durumu düşük bireylerin medikal tedavi yerine kulaktan dolma bilgilerle alternatif seçeneklere yönelerek hastaneye başvuramaları şeklinde yorumlamıştır.

Çalışmamızda sigara kullanan hasta oranı %31 bulundu. Piderman ve ark. (2015) akciğer kanseri hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların %28,4'ünün sigara kullandığını bulmuştur. Akciğer kanserinin en önemli nedenlerinden biri olan sigaranın kullanım oranının düşük çıkması dikkat çekici bir bulgudur. Ancak, veri toplama sırasında sigara kullanım durumu sorgulandığında; hastaların sadece şu anki sigara kullanma durumlarını belirttiği ve daha önce kullanma sorusuna çok net cevaplar vermediği görüldü. Ayrıca, pasif içicilik veya mesleki maruziyetler sorgulanmadı. Hastaların akciğer kanseri tanısı sonrası sigarayı bırakmış olabileceği ya da pasif içiciliği sigara kullanımı gibi görmediği için bu oranın düşük çıktığı düşünülmektedir.

Akciğer kanseri geç tanındığından hastaların çoğunluğunda yakın ya da uzak metastazlar bulunabilmektedir. Akciğer kanseri hastalarının %40-60'ında beyin metastaz görülmektedir (Gülhan ve ark., 2002). Acar ve ark. (2016) yaptığı çalışmada, akciğer kanseri hastalarında en sık uzak metastaz bölgelerinin sırasıyla; kemik (%41,4), kontralateral akciğer (%32,8), karaciğer (%23,9) beyin (%27), böbreküstü bezi (%19,5), plevra (%9,2) olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda da beyin (%24) metastazı, Acar ve ark. (2016) yaptığı çalışmayla benzer oranlarda bulundu. Tatar ve ark. (2001) yaptığı çalışmada, akciğer kanseri hastalarında cilt metastazı düşük bir oranla %1.09 bulunmuştur. Çalışmamızda ise hiç cilt metastazıyla karşılaşılma.

Akciğer kanseri hastalarının %73'ü ilaç tedavisine uyduğunu ifade etti. Bu sonuç, hastaların tedavi olmak istedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Depresyon, hastaların ümitsizliğe kapılmasına, artık hiçbir şeyin düzelmeyeceğini ve ilaçların tedavi etmeyeceğini düşünmelerine neden olabilmektedir. Gültekin ve ark. (2008) akciğer kanser hastalarının yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada akciğer kanseri hastalarında depresyonu %15 oranında bulmuştur. Çalışmamızda depresyon ölçülmemiştir fakat depresyon gibi bir durumun hastalığın iyileşmesinde etkisi olacağı düşünülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%89) hastalığının ilaçla tedavi edilebileceğine inanmaktadır. Bu olumlu bir sonuç olmakla birlikte tedavi süresince hastaların psikolojik durumlarına dikkat edilmeli ve depresyon erken dönemde fark edilip uygun şekilde tedavi edilmelidir.

5.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Sevinç ve ark. (2015) din psikolojisi alanında yaptığı çalışmada, Türkçe'ye yapılan çevirilerde önemli konulardan biri olan spiritual/spirituality kavramlarının spiritüel/spiritüellik şeklinde mi yoksa manevi/maneviyat şeklinde mi çevrilmesi gerektiğidir. Spiritüel kavramı kullanıldığında ölçek beklenen performansı göstermezken, manevi kavramı kullanıldığında güvenilirlik α katsayısı 0,858'den, 0,957'e yükselmiştir. Bu nedenle, yapılan çalışmalarda manevi kavramının kullanılması önerilmiştir (Sevinç, 2015). Clay ve ark. (2010) ise; kolon ve akciğer kanserinde spiritüel iyilik halini araştırıldıkları çalışmada, spiritualiteyi huzur ve inanç olarak adlandırılmıştır. Ancak çalışmamızda, ölçeğin orijinal çevirisine sadık kalınarak, SİH 2 alt boyutta incelenmiş ve RİH-MİH olarak kullanılmıştır.

Akciğer kanseri hastalarının SİH puan ortalaması $28,48 \pm 7,20$, MİH puan ortalaması $12,89 \pm 3,29$ ve RİH puan ortalaması $15,59 \pm 4,47$ bulundu. Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, yaş, eğitim durumu açısından MİH, RİH ve SİH puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Sadece medeni durum açısından MİH puan ortalamasında anlamlı bir fark saptandı. Boşanmış-dul hastalarda MİH puan ortalaması evlilere göre daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Bu durum boşanmış-dul hastaların kendini maneviyata adanmış olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Clay ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, hastaların SİH puanını (40,29) oldukça yüksek bulmuş ve literatürdeki benzer çalışmalarla bulgularını kıyaslamıştır. Ortalama ve standart sapmalarını karşılaştırdıklarında sırasıyla; 39,10; 33,82; 28,34 ve 31,34 bulmuşlardır (Brady ve ark., 1999; Cotton ve ark., 1999 ve 2006; Manning-Walsh, 2005). Çalışmamızda hastaların ortalama SİH puanı ortalaması literatür sonuçları ile benzerdir.

Kamijo ve Miyamura (2019) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarında SİH puan ortalamasını $31,0 \pm 10,4$ olarak bulurken, akciğer kanseri hastalarında $26,4 \pm 16,7$ bulunmuştur. SİH puanını olumsuz etkileyen faktörlerin, genç yaş ve erken evre hastalık olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak da bu gruptaki hastaların daha çok spiritüel bakıma ihtiyacı olduğuna vurgu yapılmıştır.

Piderman ve ark. (2015) yaptığı çalışmada, akciğer kanseri hastalarında eğitim seviyesi azaldıkça manevi iyilik halinin arttığı ve erkeklerin kadınlara göre SİH puanının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda ise; SİH ile eğitim durumu ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Hastalık özellikleri açısından SİH puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; metastaz ve ek hastalık varlığının SİH puanını etkilemediği saptandı. Ancak, ilaç tedavisine uyduğunu belirten hastalarda uymayanlara göre de MİH, RİH, SİH puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca hastalığın uzun sürede tedavi edilebileceğini düşünenlerde, tedavi edilemeyecek bir hastalık olduğunu düşünenlere göre SİH puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0,001$).

Hasegawa ve ark. (2017) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri hastalarında SİH'ni incelediği çalışmada, kanser hastalarında SİH ile yaşam kalitesi arasında olumlu yönde ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada, hastaların sadece fiziksel iyilik hallerinin değil, buna ek olarak ruhsal iyilik hallerinin de ele alındığı holistik yaklaşımın uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışmamızda yaşam kalitesi incelenmemiş olmakla birlikte, bütüncül hasta bakımının önemi ve SİH'nin geliştirilmesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği düşünülmektedir.

Kamijo ve Miyamura (2019) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarında ağrı, SİH ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Kanser hastalarında ağrının yaşam kalitesini etkilediği ($p=0,002$), ancak SİH'ni etkilemediği ($p>0,05$) bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile SİH arasında pozitif ilişki ($p<0,001$) bulunan çalışmada, ayrıca SİH yüksek bulunan hastaların, SİH düşük bulunan hastalara göre yaşamı daha anlamlı buldukları saptanmıştır. Bu sonuç, kanser hastalarında SİH'nin önemini göstermektedir.

5.3. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalık Algısının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Kişinin hastalığıyla ilgili inandığı durumlar ve gelecekteki beklentileri hastalık algısını meydana getirir (Uysal ve Akpınar, 2013). Bunun için Hastalık Algısı Ölçeğinin kanser hastalarında, hem kendi kültürümüz hem de diğer kültürler ile kıyaslama yapmak için kullanılabilir. Hastalık algısı belirlenerek, hastalara bakım verilirken psikolojik destek olarak da etkin bir tedavi uygulanabilir (Armey, 2006).

Hastalık Algısına Ölçeği, belirtiler, algı ve nedenler olmak üzere üç grupta incelenmektedir.

Hastalık Algısı Ölçeği Belirtiler kısmında, en yüksek saptanan değerler ağrı (%86), güç kaybı (%70), kilo kaybı (%69), sersemlik hissi (%68) ve yorgunluk (%65)'dur. En düşük değerler ise mide yakınmaları (%19) ve boğazda yanma (%23)'dur.

Kocaman ve ark. (2007) yaptığı çalışmada, en sık yaşanan belirtilerin yorgunluk (%74,2), güç kaybı (%61,2), ağrı (%51,6) olduğunu bulmuştur. Yorulmaz ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ise; yorgunluk (%75,2), güç kaybı (%67,4) ve ağrı (44,5) bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen belirtilerin literatürdeki oranlar ile benzer olduğu görülmektedir.

Kara (2019) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada, en çok rastlanan belirtinin solunum güçlüğü (%93,3) olduğu belirlenirken, çalışmamızda en yüksek (%86) olarak ağrı saptandı. İki de solunum sistemi hastalığı olmasına rağmen farklı sonuçlar bulunması, kanser hastalarında en sık rastlanan belirtinin ağrı olmasından kaynaklanmaktadır. Kuzeyli Yıldırım ve Uyar (2006) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının %60'ında ağrı görüldüğünü vurgulamıştır. Gültekin ve ark. (2008) akciğer kanser hastalarında yaptığı çalışmada ise; hastalık evresi ilerledikçe ağrı hariç diğer tüm semptomların arttığı belirlenmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği Algı kısmında; akciğer kanseri hastalarının alt boyutlar puan ortalamaları sırasıyla; Akut/Kronik Süre 20,42±1,77, Döngüsel Süre 10,84±3,86, Kişisel Kontrol 15,21±1,87, Tedavi Kontrolü 15,34±2,27, Hastalık Tutarlılığı 4,74±2,38, Duygusal Temsiller 24,27±2,81 ve Sonuçlar 22,91±3,04 olarak belirlendi.

Karabulutlu ve Karaman (2015) tarafından kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği çalışmada, Akut/Kronik Süre 15,82±6,80, Döngüsel Süre 15,08±3,91, Kişisel Kontrol 24,09±5,44, Tedavi Kontrolü 21,36±4,42, Hastalık Tutarlılığı 15,77±5,32, Duygusal Temsiller 22,63±6,45 ve Sonuçlar 23,00±4,75 bulunmuştur.

Bahçecioğlu'nun (2013) astım hastalarında hastalık algısının astım kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, Akut/Kronik Süre 18,03±1,12, Döngüsel Süre 12,06±0,87, Kişisel Kontrol 16,37±1,63, Tedavi Kontrolü

12,99±1,62, Hastalık Tutarlılığı 11,54±2,45, Duygusal Temsiller 18,34±5,73 ve Sonuçlar 22.28±2.39 bulunmuştur.

Akut/kronik süre puan ortalamasının Bahçecioğlu (2013) ile benzer olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların hastalıklarını kronik yani sürekli olarak algıladıklarını göstermektedir. Kişisel kontrol de aynı çalışmayla benzer oranlarda saptanmış olup, Karabulutlu ve Karaman (2015) yaptıkları çalışmayla benzer oranlar görülmemiştir. Kişisel kontrol puanlarının yüksek olması, hastaların hastalıklarının tedavisi için yapabilecekleri bir şeyler olduğunu düşündükleri anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda, en yüksek saptanan değerler duygusal temsiller alt boyutunda olup, 24,27±2,81 bulundu. En düşük puan ise hastalık tutarlılığı alt boyutunda 4,74±2,38 olarak bulundu. Ekenler (2017) yaptığı çalışmada, en yüksek puan akut-kronik süre (4,10±0,67); en düşük puan ise hastalık tutarlılığı (2,93±1,01) alt boyutunda bulunmuştur. En yüksek puanlarda çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmama ile birlikte, en düşük puanlarda benzerlik söz konusudur. Hastalık tutarlılığında düşük puanlar görülmesi hastaların hastalıklarını ve ciddiyetini tam olarak kavrayamadıklarını düşündürmektedir.

Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ve yaş açısından hastalık algısı alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Akgüç (2013) tip 2 diyabet hastalarında yaptığı çalışmada, cinsiyet ve yaş açısından akut-kronik süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ile arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup, döngüsel süre ve duygusal temsiller ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca duygusal temsiller ile yaş arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur. Yılmaz Karabulutlu ve Karaman (2015) yaptığı çalışmada, hastalık algısı alt grupları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olmakla birlikte, sonuçlar, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Kara'nın (2019) yaptığı çalışmada, akut-kronik süre alt boyutu (18,3±1,7) en yüksek değer olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yaş arttıkça algılar bölümünde akut-kronik süre alt boyut puan ortalamalarının arttığı ancak bu artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu durum bizim aklımıza hastaların yaşlandıkça bu hastalığın iyileşmeyeceğini düşündüklerini getirmektedir.

Medeni durum açısından akut-kronik süre, tedavi kontrolü ve döngüsel süre ile arasında anlamlı bir fark bulunmazken; kişisel kontrol, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller ve sonuçlar ile arasında anlamlı bir fark bulundu. Yılmaz Karabulutlu ve Karaman (2015) yaptığı çalışmada, hastalık algısı alt boyutlarından tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sonuçlar alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ekenler (2017) çalışmasında, akut-kronik süre ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca boşanmış-dul grubundaki hastaların hastalık tutarlılığı da evlilere göre düşük olup, hastalığı tam olarak anlamlandıramamak anlamına gelmektedir. Bu sonuç, evli olan hastaların emosyonel yönden daha fazla destek alabilmeleri ile ilgili olabilir.

Hastalık Algısı Ölçeği Nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $12,95\pm 4,81$, Risk faktörleri $16,80\pm 3,89$, Bağışıklık $9,31\pm 3,25$ ve Şans $4,49\pm 1,78$ olarak belirlendi. Bahçecioğlu (2013) çalışmasında; puan ortalamalarını Psikolojik Atıflar $15,47\pm 2,88$, Risk Faktörleri $18,99\pm 2,17$, Bağışıklık $10,47\pm 1,69$, Kaza/Şans $4,19\pm 1,30$ olarak saptamıştır. Karabulutlu ve Karaman (2015) çalışmasında ise; Psikolojik atıflar $10,89\pm 4,68$, Risk Faktörleri $12,48\pm 4,28$, Bağışıklık $3,42\pm 1,99$, Kaza/Şans $3,08\pm 1,70$ saptanmıştır. Ekenler (2017)'de hastaların hastalık nedeni olarak en çok bağışıklık ve psikolojik atıfları gösterdiklerini ve en az şans gösterdiklerini belirlemiştir. Çalışmamızda ise en yüksek risk faktörleri ve ikinci sırada psikolojik atıflar gelmektedir. Kaza/Şans puan ortalamaları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamasının çalışmamızda bulunduğu görülmektedir.

Nedenler kısmında en yüksek saptanan değerler vücut direncinin azalması (%61), geçmişteki kötü tıbbi bakım (%62), yaşlanma (%75) ve şans (%56) olarak belirlendi. Aynı zamanda, akciğer kanseri hastaları kendi tutumları (%62), kişilik özellikleri (%77), duygusal durum (%59), aile problemleri (%68), kendi davranışı (%73), kaza ya da yaralanma (%96), aşırı çalışma (%57), diyet-yemek alışkanlıkları (%58) ve kalıtsal (%78) gibi risk faktörlerini hastalığın sebebi olarak görmemektedir. Dikkat çekici bir bulgu olarak hastalar, akciğer kanseri için en önemli risk faktörü olduğu bilinen sigarayı (%72) hastalık nedeni olarak görmemektedir.

Açıkgöz ve ark. (2011) kadın hastaların kanser hakkında bilgi ve tutumları ile ilgili araştırmada da, hastaların %90.8'inin sigaranın kansere neden olan etkenler arasında birinci sırada yer aldığını ifade ettikleri belirtilmiştir. Çalışmamızda ise; bu bulguların tam tersi olarak %72 oranında hastaların hastalık nedeni olarak sigarayı görmedikleri belirlendi. Genel olarak akciğer kanserinde en önemli etken olarak sigara görülürken bu çalışmada farklı sonuca ulaşılmasının nedeni çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun sigara kullanmaması ya da çok önceden bırakmış olmalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Önceden kullanım olup-olmadığı sorularına net cevaplar alınamaması nedeniyle beklenenin aksine düşük oranlar bulunduğu düşünülmektedir.

5.4. Çalışmaya Alınan Hastaların Spiritüel İyilik Halinin (SİH) Hastalık Algısı Üzerine Etkisi

Hemşireliğin temelinde hastanın bakımını sağlamak, tedaviye katkı sağlamak ve hastanın tedaviye uyumunu arttırmak, bilgi birikimi ile stres ve endişesini azaltmak gibi rolleri yer almaktadır. Hastayı holistik yaklaşımla ele almak için sadece hastayı değil, hasta ve ailesini bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Bu nedenle hastalıkla hem hastanın hem de ailesinin baş etme becerilerinin kazandırılması son derece önem arz etmektedir. Hemşirelerin hasta bakımında spiritüel bakımı atlamadan, fiziksel, sosyal, ruhsal yönün yanında manevi inançlarına da eğilmek ve hastalıkla baş edilmesine yardımcı olmak amacıyla kullanılmasında etkili rol oynaması gerekmektedir. Bunu yaparken de kendi inanç ve görüşlerinden farklı düşüncelere sahip olan hasta ve ailelerini yadırgamamak, eleştirmemek gerekmektedir. Ayrıca aile ve hasta arasında da fikir ayrılıklarına düşüldüğünde ailenin hastayı yadırgamaması gerektiği anlatılmalıdır. Aile ile çatışma yaşanmadan manevi kaynaklardan destek alınmalıdır.

Sağlık personelinin kendini hastanın yerine koyması (empati yapması), acısının azaltılmaya çalışılması, iletişim tekniklerinin hat safhada kullanılması önemlidir. Her zaman sözel destek de bulunulamayabilir, gerekli durumlarda hastayla birlikte sessizce oturma, gülümseme, dokunma, onu dinleme faydalı olabilir. Hastanın kendisine güç verdiği inandığı dini sembollerin (örneğin muska gibi) üzerinde kalmasına izin verilebilir (Cimete, 2002). Kanser hastalarında neden ben neden benim başıma geldi gibi isyan durumları ile sık karşılaşılmaktadır. Hastanın tamamen ölüme

odaklı olması inanç sistemini de sorgular. Ümidini kaybetme, eskiden yaptığı dini ritüellerden vazgeçme, inandığı şeylerde zıt duygular yaşamaya başlama gözlenebilir. Bu nedenle, hemşirelerin dini uygulamaları sadece din adamlarının ilgilenmesi gereken bir konu olarak görmemesi, bireyi holistik açıdan ele alarak spiritüalliteye önem vermeleri gerekmektedir. Spiritüel bakım sağlanarak, hastanın hastalıkla baş etme, sorunların üstesinden gelebilme, umuda tutunmaları konusunda yardımcı olunabilir (Dedeli ve ark., 2009).

Hemşirelerin etkili bir spiritüel bakım sağlayabilmeleri için de öncelikli olarak konu hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olmaları gerekmektedir. Kanser ağrısı olan hastaların psikososyal ve spiritüel gereksinimleri ile ilgili literatürde pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır (Dedeli ve ark., 2009). Ülkemizde de; maneviyat, spiritüallite ve spiritüel bakım konusu ile ilgili de sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Ergül ve Bayık, 2004). Ayrıca kronik hastalıkların çoğunda hastalık algısına bakılmış olmasına rağmen, kanserli bireylerin hastalık algısının araştırıldığı az sayıda çalışma görülmüştür (Karabulutlu ve Karaman, 2015; Kayır, 2014). Aynı şekilde spiritüel bakım hakkında da daha fazla kanıt dayalı yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Eti Aslan ve Çınar, 2017). Yapılan çalışmalar, spiritüel iyilik halinin yaşam kalitesi üzerine etkisi üzerine yoğunlaşmıştır (Hasegawa, 2017). Çalışma sonuçlarında, spiritüel iyilik halinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Kanser hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın literatürde eksik görülen bir konu hakkında yeni bir araştırma olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda yaptığımız çalışmada, SİH ile hastalık algısı arasında ilişki olduğu saptandı.

SİH ile akut-kronik süre arasında ($r=0,695$; $p<0,001$) pozitif yönde güçlü derecede bir ilişki vardır. SİH puanı arttığında hastaların hastalığı devamlılığı olan bir hastalık olarak algılamaları da artmaktadır.

SİH ile döngüsel süre arasında ($r=-0,220$; $p<0,05$) negatif yönde zayıf derecede bir ilişki vardır. SİH puanı arttıkça hastalığı ara dönemlerde ortaya çıkan bir hastalık olarak algılamaları azalmaktadır.

SİH ile kişisel kontrol arasında ($r=0,846$; $p<0,001$) pozitif yönde çok güçlü derecede bir ilişki vardır. SİH puanı arttıkça hastaların hastalıkları için ellerinden gelebilecek bir şeyler olduğunu düşündükleri anlamına gelmektedir.

SİH ile tedavi kontrolü arasında ($r=0,693$; $p<0,001$) pozitif yönde güçlü derecede bir ilişki vardır. SİH puanı arttıkça hastaların tedaviyle iyileşebileceklerini düşündükleri anlamına gelmektedir.

SİH ile duygusal temsiller arasında ($r=0,201$ $p<0,05$) pozitif yönde zayıf derecede bir ilişki vardır. SİH puanı arttıkça hastalık boyunca yaşadıkları duygusal durumlar da artmaktadır.

SİH ile hastalık tutarlılığı ($r=-0,187$) ve sonuçlar ($r=0,001$) alt boyutları arasında ilişki yoktur.

SİH ile hastalık algısı alt boyutu olan akut-kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve duygusal temsiller arasında anlamlı bir ilişki belirlenirken, sonuçlar ve hastalık tutarlılığı arasında bir ilişki bulunmadı.

Krok ve ark. (2019) yaptığı çalışmada, kanser hastalarında hastalıkla baş etme ile hastalık algısı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş olup, hastalık algısı ile duygusal semptomlar arasında ise pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, kanser hastalarının hastalıkla etkili baş etme stratejilerini kullandıklarında hastalık algılarının olumlu etkilenebildiğini ortaya koymuştur. Çetinkaya ve ark. (2007) yaptığı çalışmada ise; sürekli kiliseye giden kişilerde ağrı, hastalık şiddeti, depresyon gelişmesi, madde kullanımı, kalp hastalıkları ve hipertansiyonda %25 azalma olduğu kanıtlanmıştır (Çetinkaya, 2007). Bu sonuç, hastanın maneviyatının güçlü olmasının hastalıkla baş etmeyi olumlu etkilemek açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle kronik hastalık sürecinde hastalığa uyum, kabullenme ve baş etme sürecinin yönetimi oldukça önemlidir. Kanser hastalarında ise spiritüel iyilik halinin daha da önemli hale geldiği, değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, spiritüel bakımın önemi vurgulanmasına rağmen, uygulanmasının sınırlı olduğu ve uygulama sürecinde de bir takım engellerle karşılaşıldığı bildirilmektedir. En önemli engellerin; hemşirelerin spiritüale ile ilgili bilgi eksikliği olması, spiritüel bakımı sorumluluğu olarak görmemesi, bakımı vermek istese bile servis rutinlerinden dolayı zaman ayıramaması, bakımı nasıl vereceğini

bilmemesi vb. olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Okyay, 2009). Akgün Kostak ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %62.7 oranında manevi bakım kavramını duymalarına rağmen, sadece %15.5'inin bu konuda bilgi aldığı ve %29.2'sinin hastalarına manevi bakım verdiği saptanmıştır (Akgün Kostak, 2010). Yılmaz ve Okyay (2009) yaptığı çalışmada ise; hemşirelerin %65,2'sinin maneviyat ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların ise %50'sinin aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Okyay, 2009). Ayrıca hemşirelerin eğitimleri boyunca maneviyat kavramının pek fazla tartışılmadığı ve manevi bir bakımın nasıl verilmesi gerektiğini öğrenmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle de manevi bakım verme konusunda hemşirelerin kendilerini yetersiz gördükleri bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, eğitim sürecinde spiritüel bakım konusunda bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Hemşirelik eğitiminde holistik bakım kapsamında maneviyatın ele alınması ve spiritüel bakım uygulamalarına yer verilmesi gerekmektedir (Eğlence ve Şimşek, 2014). Hemşirelikte maneviyat kavramı nedir? Nasıl bakım verilir? gibi soruların yanıtları derslerde daha detaylı anlatılmalı ve uygun kişiler rol model alınmalıdır (Gönenç, 2016). Diğer yandan, hemşireler spiritüel bakım hakkında düzenlenen hizmet içi eğitim, workshop ve kurslara katılıp bilgi ve becerilerini artırarak hastalarına manevi bakımı vermelidir (Ergül Ş ve Bayık, 2004).

Sonuç olarak hemşire, hastanın farklı spiritüel inanç ve uygulamalarını kabul ettiğini ve onları yargılamadığını hastaya hissettirmesi önemlidir. Bu inançların hafife alınmayacağını ciddi bir manevi destek sağladığına dikkat çekilmelidir. İnanılan spiritüel değerlerin uygulanması için yardımda bulunulmalıdır. Dua etmek istediğinde mescide yönlendirilebilir ya da odasında gerekli sessizlik ve istediği malzemeler sağlanmalıdır. Sağlığı açısından risk taşıyan bir uygulama ise yapılması önlenmelidir. Spiritüel düşüncelerini açıkça ifade etmesi için desteklenmelidir (Çetinkaya, 2007).

5.5. Sonuç

Akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Akciğer kanseri hastalarının SİH puan ortalaması $28,48 \pm 7,20$, MİH puan ortalaması $12,89 \pm 3,29$ ve RİH puan ortalaması $15,59 \pm 4,47$ bulundu.

- SİH puan ortalamasını etkileyen faktörlerin; tedaviye uyum ve hastalık bakış açısı olduğu belirlendi. Tedaviye uyduğunu ifade edenlerin ve hastalığın tedavi edilebileceğini düşünenlerin SİH puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

- Akciğer kanseri hastalarının hastalıklarının başlangıcından itibaren en çok yaşadıkları semptomların sırasıyla; ağrı (%86), güç kaybı (%70), bulantı (%63), soluk almada güçlük (%66), kilo kaybı (%69), yorgunluk (%65), sersemlik hissi (%68) gibi belirtilerdir. Gözlerde yanma (%18), mide yakınmaları (%19), boğazda yanma (%23), daha az meydana gelen belirtiler olarak saptandı.

- Hastalık algısı ölçeğinin nedenler bölümünde yer alan 4 alt boyuttan aldığı puan ortalamaları sırasıyla; Psikolojik atıflar $12,95\pm4,81$, Risk faktörleri $16,80\pm3,89$, Bağışıklık $9,31\pm3,25$ ve Şans $4,49\pm1,78$ olarak belirlendi.

- Hastaların hastalık nedenleri olarak gördükleri risk faktörlerinin sırasıyla; yaşlanma (%75), geçmişimdeki kötü tıbbi bakım (%62), vücut direncimin azalması (%61), bir mikrop ya da virüs (%59), şans ya da kötü talih (%56), çevre kirliliği (%48), stres ya da endişe (%41) olduğu belirlendi.

- Hastaların hastalık nedenleri olarak görmedikleri risk faktörlerinin ise sırasıyla; kaza ya da yaralanma (%96), kalıtsal (%78), kişilik özellikleri (%77), kendi davranışı (%73), aile problemleri (%68), kendi tutumları (%62), duygusal durum (%59), diyet-yemek alışkanlıkları (%58) ve aşırı çalışma (%57) olduğu saptandı.

- Akciğer kanseri için en önemli risk faktörü olduğu bilinen sigaranın (%72) hastalık nedeni olarak görülmemesi araştırmamızın en dikkat çekici bulgularından biridir.

- Akciğer kanseri hastalarının hastalık algısı ölçeği algı bölümü alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla; Akut/Kronik Süre $20,42\pm1,77$, Döngüsel Süre $10,84\pm3,86$, Kişisel Kontrol $15,21\pm1,87$, Tedavi Kontrolü $15,34\pm2,27$, Hastalık Tutarlılığı $4,74\pm2,38$, Duygusal Temsiller $24,27\pm2,81$ ve Sonuçlar $22,91\pm3,04$ olarak belirlendi.

- Hastalık algısı ölçeğinin alt grupları olan akut/kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller ve sonuçlar puan ortalamalarında cinsiyet ve yaş açısından gruplar arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

- Medeni durum açısından kişisel kontrol, hastalık tutarlılığı, duygusal temsiller ve sonuçlar alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

- Hastalık algısının alt grubu olan döngüsel sürede ise; eğitimi olmayanların en düşük puana sahip olduğu saptandı ($p<0,05$).
- Sonuçlar alt boyutunun metastaz ile arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- İlaç tedavisine uyum durumuna bakıldığında; akut-kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt gruplarında temsiler puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$).
- Akut-kronik süre, döngüsel süre, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).
- Spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisine bakıldığında; akut-kronik süre, kişisel kontrol, tedavi kontrol, duygusal temsiller, sonuçlar ile pozitif yönde ilişki olduğu belirlenirken, döngüsel süre ve hastalık tutarlılığı alt boyutları ile negatif yönde bir ilişki saptandı ($p<0,05$).
- Araştırmamızda akciğer kanseri hastalarının spiritüel iyilik halinin hastalık algısını olumlu yönde etkilediği sonucuna varıldı.

5.6. Öneriler

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Spiritüel iyilik halinin hastalık algısını olumlu yönde etkilemesi nedeniyle hastaların spiritüel iyilik hali artırıldığında; hastalık algısı ve hastalık sürecine uyumu kolaylaştırılarak yaşam kalitesinin de arttırılacağı düşünülmektedir.
- Kanser hastasına bakım veren hemşireler, holistik yaklaşım ile hastalarını değerlendirmeli ve hastaların spiritüel iyiliklerini görmezden gelmeyerek tam bir bakım vermelidir.
- Spiritüel bakım verebilmek için sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin bu konuda yeterli bir eğitim alması gerekmektedir.

6. KAYNAKLAR

Acar P, Ünsal M, Altıntaş N (2016) Evaluation of lung cancer patients with distant organ metastasis. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 6(2): 115-120.

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H (2011) Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(3):145-154.

Aguado Loi CX, Taylor TR, McMillan S et al (2012) Use and helpfulness of self-administered stress management therapy in patients undergoing cancer chemotherapy in community clinical settings. *Journal of Psychosocial Oncology*. 30(1): 57-80.

Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi (2006) *Toraks Dergisi*. Ek 2: 1-35. ET: 15.04.19. <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=213&menu=141>.

Akdemir N (2011) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Editör: AKDEMİR N ve BİROL L, *Kanser ve Hemşirelik Bakımı*, 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, s:246-304.

Akgüç N (2013) Tip 2 Diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M (2010) Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. Sempozyum Özel Sayısı: 218-225.

Akyolcu N (2008) Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(2): 77.

Albayrak S (2015) Akciğer kanserli olgularda uyku bozuklukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir*.

Alpar S, Uçar N, Turgut A, Kıratlı T, A. Dursun B, Kurt B (2004) Akciğer kanserli hastalarda uzak metastaz ile organa özgül semptomların ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 52(1): 14-18.

Armay Z (2006) Hastalık algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü (2013) Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*. 2(3): 256-260.

Aslan FE, Olgun N (2010) *Onkoloji, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Editör: KARADAKOVAN A ve ETİ ASLAN F, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, s:242.

Aştı N, Pektekin Ç, Adana F (2005) Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 54: 27-34.

Atabek EA, Karadağ A (2013) Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi Ve Esasları. Akademi Basım ve Yayıncılık, İstanbul, s:1136-1137.

Atabey E (2015) Türkiye asbest haritası (Çevresel asbest maruziyeti akciğer kanseri-mezotelyoma). Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 63(3): 199-219.

Aydoğan F, Uygun K (2011) Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 24: 4-9.

Bahçecioğlu G (2013) Astım hastalarında hastalık algısının astım kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Bircan HA, Öztürk Ö, Şahin Ü, Özaydın N, Akkaya A (2005) Akciğer kanseri tanısı alan olgularımızın retrospektif değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 12(3): 1-6.

Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D (1999) A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psychooncology. 8: 417-428.

Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D (2011) Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy. Religions. 2: 77-94.

Campos de Carvalho E, Martins FT, dos Santos CB (2007) A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Cancer Nursing. 30(2): 163-167.

Can C (2010) Kanser Hastasında Palyatif Bakım. Editör: TALU G.K, Kanser Ağrısı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s: 157-169.

Can G, Durna Z (2006) Akciğer Kanseri Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Yüksekokulu. 6(32): 94-97.

Can G (2010) Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. Editör: CAN G, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 19-143.

Cimete G (2002) Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, s: 125-135.

Clay KS, Talley C, Young KB (2010) Exploring spiritual well-being among survivors of colorectal and lung cancer. Journal of Religion & Spirituality in Social Work. 29(1): 14-32.

Coyle N, Layman-Goldstein M (2007) Mpharmacologic management of adult cancer pain. *Oncology (Williston Park)*. 21(2 Suppl): 10-22.

Çakmak DE (2012) Kanser dispne ölçeği'nin türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Çam O, Engin E (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitapevi. 1. Baskı, İstanbul, s:517-544.

Çavuşoğlu H (2007). Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri*. 27: 398-406.

Çelikoğlu E (2010) Akciğer kanserli hastaların torakotomi sonrası dönemde ağrı algıları ile anksiyeteleri arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A (2007) Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 8(1): 47-50.

Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E (1999) Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*. 8: 429-438.

Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN et al. (2006) Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 21(5): 5-13.

Dastan BN, Buzlu S (2010) Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 3(1): 73-7.

Dedeli Ö, Karadeniz G (2009) Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*. 21(2): 45-53.

Dedeli Ö, Turan İ, Fadiloğlu Ç, Bor S (2007) Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*. 2(1-2): 36-43.

Derin Solunum ve Öksürme Egzersizleri Uygulama Talimatı. (2015) T.C. Sağlık Bakanlığı Doküman Kodu: SHB.TL.33. s:1-4.

Doğan B, Karabudak Abuaf Ö, Karabacak E (2012) Tamamlayıcı/alternatif tıp ve dermatoloji. *Türk Dermatoloji*. 46: 62-66.

Dünya Kanser Raporu (2008) Editör: BOYLE P ve LEVİN B, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Yayını, Lyon, Fransa.

Eğlence R, Şimşek N (2014) Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(1): 48-53.

Ekenler Ş (2017) Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Ekşi H, Kardeş S (2017) Spiritual well-being: scale development and validation. *Spiritual Psychology And Counseling*. 2(1): 73-88.

Emly MC (2007) Abdominal massage for constipation. In: Halsam J, Laycock J. eds. *Therapeutic Management of Intcontinance and Pelvic Pain*. 2nd ed. London, s: 223-225.

Enç N (2014) İç Hastalıkları Hemşireliği. Editör: ENÇ N, *Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, s: 367-399.

Erdil F (2012) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Editör: ERDİL F, ÖZHAN ELBAŞ N, *Cerrahi Hemşireliği*, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset Matbaacılık, Ankara, s: 97-136.

Ergül Ş, Bayık A (2004) Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(1): 37-45.

Erzurum Alim N (2018) Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. ET: 9.4.2019. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Dr._Dyt._NUR_AL_ERZURUM_ALiM.pdf)

Eti Aslan F, Çınar F (2017) Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*. 1(1): 37-42.

Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö (2017) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Editör: KARADAKOVAN A, ETİ ASLAN F, *Onkoloji*, 4. Baskı, Akademisyen Kitapevi, Ankara, s: 185-212.

Ferrazzi S, Thompson GW, Irvine EJ, Pare P, Rance LR (2002) Diagnosis of constipation in family practice. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 16(3): 159-164.

Fritz S (2009) *Mosby’s Fundamentals of The Therapeutic Massage*. 4th ed. China: Mosby Elsevier Company s: 332-335.

George D, Mallery M (2010) *SPSS for windows step by step: A Simple Guide and Reference*. 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

Goksel T, Akkoclu A (2002) Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994-1998. *Respiration*. 69: 207-210.

Gönenç İM, Akkuzu G, Durdun Altın R, Möroy P (2016) Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(3): 34-38.) Akciğer kanseri. Atatürk Üniversitesi Anabilim Dalı. <https://fil>

Görgüner M (2006)e.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-3-ppt-pdf/metingorguner.pdf ET:25.02.2020. Toraks Derneği 3. Mesleki Gelişim Kursu

(22 - 25 Mart 2006)

Gülhan M, Ertürk A, Canbakan S, Özyılmaz E, İnönü H, Çapan N (2002) Akciğer kanserinde beyin metastazı: 44 hastanın retrospektif analizi. Solunum Hastalıkları. 13: 256-264.

Gültekin M, Boztaş G (2014) Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlık Kurumu.

Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, ve ark (2008) Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2(18): 99-106.

Gündüz F, Yılmaz Karabulutlu E (2016) Tip II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 19(2): 106-115.

Hasegawa T, Kawai M, Kuzuya N, et al (2017) Spiritual well-being and correlated factors in subjects with advanced COPD or lung cancer. Respiratory Care. 62: 544-549.

İnanç N, Şahin H, Çiçek B, Taşçı S (2006) Use of herbs or vitamin/mineral supplements by patients with cancer in Kayseri, Turkey. Cancer Nursing. 29: 17-20.

İtil O (2000) Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Haydaroğlu A (ed). Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir; 15-34.

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R (1996) The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health. 11: 431-445.

Kara A (2019) KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.

Karadağ Çamana Ö, Bilir N, Özcebe H (2014) Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? Fırat Tıp Dergisi. 19(2): 95-100.

Karadağ E (2018) Yaşlı kanser hastalarında yorgunluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 11(4): 328-333.

Kamijo Y, Miyamura T (2020) Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. Japan Journal of Nursing Sciences. 17(1): e12276.

Karayağız Muslu G, Öztürk C (2008) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 51: 62-67.

Kaya N, Turan N (2011) Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. Türkiye Klinikleri. 31(6): 1491-1501.

Kayır G (2014) Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Khorshid L, Yapucu D (2005) Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 8(2): 124-130.

Kırca K, Kutlutürkan S (2018) Baş-boyun kanserlerinde radyoterapiye bağlı gelişen erken ve geç dönemdeki semptomların kontrolü Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 9(2): 110-117.

Krok D, Telka E, Zarzycka B (2019) Illness perception and affective symptoms in gastrointestinal cancer patients: a moderated mediation analysis of meaning in life and coping. Psychooncology. 28(8): 1728-1734.

Kızılcı S (1999) Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3(2): 18-26.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S (2007) Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry. 8: 271-280.

Kömürcüoğlu A, Kömürcüoğlu B, Konya A, ve ark (2003) Beyin metastazı semptomları ile ortaya çıkan akciğer kanserleri. Solunum Hastalıkları. 14: 41-45.

Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M (2006) Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. Ağrı. 18(3): 12-19.

Kvale PA (2006) Chronic cough due to lung tumors: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 129(1): 147S-153.

Lacey JV, Penner JA (1997) Management of idiopathic thrombocytopenic purpura in the adult. Semin Thromb Hemost. 3: 160-74.

Manning-Walsh J (2005) Spiritual struggle: Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. Journal of Holistic Nursing. 23: 120-140.

Memiş S (2002) Radyoterapide hasta ve hemşire eğitimi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 12(48): 82-85.

Mitra R, Jones S (2012) Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 29(1): 70-79.

Molassiotis A, Smith JA, Bennett MI, et al (2010) Clinical expert guidelines for the management of cough in lung cancer: report of a UK task group on cough. *Cough*. 6: 9.

National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2014. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> ET: 25.09.2019.

Numico G, Russi E, Merlano M (2001) Best supportive care in non-small cell lung cancer: is there a role for radiotherapy and chemotherapy? *Lung Cancer*. 32(3): 213-26.

Okçin F (2007) Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçęęi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Kerem Günel M (2015) Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2(2): 66-73.

Ovayolu N, Ovayolu Ö (2013) Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1): 83-98.

Owen DW, Korkut F (2012) İyilik hali yıldızı modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*. 3(9): 24-33.

Özbaş A (2003) Radyoterapi sonucu gelişen semptomlarda bakım. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi. 1(1): 57-71.

Özçelik H, Fadıloğlu Ç (2009) Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 24: 48-52.

Özkan M, Tokat AO, Kavukçu Ş (2003) Akciğerin metastatik tümörleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 51(2): 207-215.

Öztürk G (2008) 7-18 Yaş çocuk kanser hastaları için yaşam kalitesi değerlendirme ölçęęinin geliştirilmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Paloutzian, RF, Ellison C (1982) Spiritual well-being scale. *Measures of Religiosity*. s: 382-385.

Piderman K, Sytsma TT, Frost MH, et al (2015) Improving spiritual well-being in patients with lung cancers. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 69(3): 156-162.

Saadeh CE (2005) Chemotherapy- and radiotherapy-induced oral mucositis: review of preventive strategies and treatment. *Pharmacotherapy*. 25: 540-554.

Sandler RS, Drossmann DA (1987) Bowel habits in young adults not seeking health care. *Digestive Diseases and Sciences*. 32: 8415.

Savaş İ (2004) Akciğer Kanseri Toraks Derneği Kış Okulu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.

Sevinç K, Güven M, Yeşilyurt T (2015) Dindar ve spiritüel olmama (disol) ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 6: 59-86.

Sis Çelik A (2014) Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(3): 993-947.

Sonis ST (2004) Oral mucositis in cancer therapy. *The Journal of Supportive Oncology*. 6(3): 3-8.

Spiro SG, Porter JC (2002) Lung cancer-where are we today? current advances in staging and nonsurgical treatment. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 166: 1166-1196.

Sullivan FJ (2000) Palliative radiotherapy. In: Pass HI ed. *Lung cancer principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s: 1006-1026.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı (2015) 1. Baskı. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlık Kurumu (2014) Editör: GÜLTEKİN M, BOZTAŞ G. Ocak. s:1-42. ET: 9.4.2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2009kanseraporu-1.pdf>

Tabachnick BG, Fidell LS (2013) *Using multivariate statistics*. Pearson, Boston. Sixth ed.

Taşkın F, Çınar S (2009) Onkoloji hastalarında beslenme. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 17(1): 53-60.

Tatar D, Yılmaz Güneş E, Özacar R, Halilçolar H (2001) Akciğer kanserinde cilt metastazları. *Solunum Hastalıkları*. 12: 102-106.

Toraks Derneği Akciğer Maligniteleri Çalışma Grubu (2006) Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. *Toraks Dergisi*. Ek 2; 1-35.

Trillet V, Catajar JF, Croisile B et al (1991) Cerebral metastases as first symptom of bronchogenic carcinoma. A prospective study of 37 cases. *Cancer*. 67: 2935-2940.

Truesdale K, Jurdi A (2013) Nebulized lidocaine in the treatment of intractable cough. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 30(6): 587-589.

Tuncay T (2010) Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2(1): 59-71.

Türkay C, Aydoğan T, Özden A (2005) Konstipasyon tanımı ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*. 9(1): 48-52.

2015 Türkiye Kanser İstatistikleri T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.

Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA (2007) Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi*. 14(3): 68-73.

Uysal Y, Akpınar E (2013) Tip 2 Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 38(1): 31-40.

Ünsal D, Tunç E, Pak Y (2006) Rektal kanser tanılı olgularda adjuvan tedavinin uzun dönem yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 3(16): 108-120.

Ünsar S, Yıldız Fındık Ü ve ark. (2007) Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(5): 89-106.

Vaporciyan AA, Kies M, Stevens C, et al. (2003) Cancer of the lung. In: Kufa DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al (eds). *Cancer medicine*. Canada: B.C. Decker: 1385-445.

Yavuz M, Dolgun E (2015) Meme kanserinde risk faktörleri ve korunma. *Türkiye Klinikleri*. 1(1): 1-6.

Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S (2015) Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2(3): 271-284.

Yılmaz M, Okyay N (2009) Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 3: 41-52.

Yokuş B, Çakır D Ü (2012) Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*. 1(2): 7-18.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G (2013) Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2: 367-387.

7. KISALTMALAR

ICD-O: International Classification of Diseases for Oncology Uluslararası Onkoloji Hastalık Sınıflandırması- Onkoloji

TNM: T (tümör), N (Lenf Nodu), M (Metastaz)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

IARC: International Agency for Research in Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)

KHAK: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NİCA: The National Interfaith Coalition on Aging (Yaşlanmaya İlişkin Ulusal Dinler Arası Koalisyon)

RİH: Ruhsal İyilik Hali

MİH: Manevi İyilik Hali

SİH: Spiritüel İyilik Hali

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

8. EKLER

Ek-1

Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi

Sayın Katılımcı;

Bu anket Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi için kullanılacak, kişisel bilgiler kesinlikle gizli kalacak ve başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Yaşadığınız şehir:
3. Eğitim düzeyi: a) Yok b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite f) Lisansüstü
4. Ekonomik durum: a) İyi b) Orta c) Kötü
5. Medeni durum: a) Evli (kaç yıl:) b) Bekar c) Boşanmış d) Dul
6. Mesleğiniz: () Memur () İşçi () Serbest () Ev Hanımı () Diğer
7. Alışkanlıklar:
 - a. Sigara: a) Evet (süre:, miktar:.....) b) Hayır
 - b. Sigarayı Bırakmayı Deneme: a) Evet (kaç kez.....) b) Hayır
 - c. Alkol: a) Evet (süre:, miktar:.....) b) Hayır
 - d. Alkolü Bırakmayı Deneme: a) Evet (kaç kez.....) b) Hayır
8. Hastalığın tanı tarihi:
9. Hastalığın tipi:
10. Hastalığın evresi:
11. Şimdiye kadar uygulanan tedaviler:
 - a) Kemoterapi b) Radyoterapi c) Cerrahi tedavi d) Semptomatik tedavi
12. Kullanılan ilaçlar:
13. Hastaneye yatış/geliş nedeni?
 - a) Kemoterapi b) Radyoterapi c) Semptomatik yakınmalar d) Kemoterapi+Radyoterapi
14. Metastaz varlığı: a) Evet (Yer:.....) b) Hayır
15. Ek hastalık varlığı: a) Evet (.....) b) Hayır
16. Hastalık nedeniyle işe gidememe durumu: a) Evet (ne süredir.....) b) Hayır
17. Hastalık nedeniyle kişilerarası ilişkileriniz etkilendi mi? a) Evet b) Hayır
18. İlaç tedavisine uyum durumu: a) Evet b) Kısmen c) Hayır
19. İlaçların tedavi edeceğine inanma durumu: a) Evet b) Kısmen c) Hayır
20. Hastalığınız: a) Kolay tedavi edilen bir hastalıktır.
 - b) Uzun tedavi gerektiren bir hastalıktır.
 - c) Tedavi edilemeyen bir hastalıktır.

Ek-2

FACIT-Sp-12 (Version 4)

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

		Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var	0	1	2	3	4
Sp3	Yaşamım verimlidir.	0	1	2	3	4
Sp4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
Sp5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	0	1	2	3	4
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	0	1	2	3	4
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	0	1	2	3	4
Sp9	Dinsel ve manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum.	0	1	2	3	4
Sp10	Dinsel ve manevi inançlarımda kuvvet buluyorum.	0	1	2	3	4
Sp11	Hastalığımda, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.	0	1	2	3	4
Sp12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum	0	1	2	3	4

Ek-3

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım	Bu belirti hastalığımla ilgili
Ağrı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Boğazda yanma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Bulantı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Soluk almada güçlük	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Kilo kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Yorgunluk	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Eklem sertliği	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Gözlerde yanma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Hırıltılı soluma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Baş ağrıları	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Mide yakınmaları	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Uyku güçlükleri	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Sersemlik hissi	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Güç kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır

Şu anki hastalığımızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığımızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum
- 2: Böyle düşünmüyorum
- 3: Kararsızım
- 4: Böyle düşünüyorum
- 5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					

24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum
- 2: Böyle düşünmüyorum
- 3: Kararsızım
- 4: Böyle düşünüyorum
- 5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet-yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					

Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığımıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-4



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik



Sayı: 26468960-044/45413

05/12/2018

Konu: Beyza Nur KAHRAMAN'ın Uygulama İzni

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.09.2018 tarihli ve 45226392-605/1105 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Fakülteniz Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr.Üyesi Seda PEHLİVAN'ın danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN'ın "Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyi Halinin Hastalık Algısına Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulanacak olan anket soruları Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nca incelenmiş olup, alınan karar ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YÜCE
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek :
Karar örneği (1 sayfa)

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.Ü. Rektörlüğü Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi İçin: Çiğdem ŞENOL
Tel : 0224 294 00 86 Faks: 0224 294 00 37 Şef
e-posta : uugs@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr Tel : 0224 294 00 38

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?m7uwrbl1rFE-unGZTlhtywg>



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI


OTURUM TARİHİ
02 Kasım 2018


OTURUM SAYISI
2018-06


KARAR NO 1: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr.Üyesi Seda PEHLİVAN'ın danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN'ın "Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.


Yapılan görüşmeler sonunda; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr.Üyesi Seda PEHLİVAN'ın danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN'ın "Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.


Prof. Dr. Mehmet YÜCE
Kurul Başkanı


Prof. Dr. Bahattin HAKYEMEZ
Üye


Prof. Dr. Mustafa OĞAN
Üye


Prof. Dr. İlker ERCAN
Üye


Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Cenk AYDIN
Üye

EK-5

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU ARA KARARI

OTURUM TARİHİ
19.03.2019

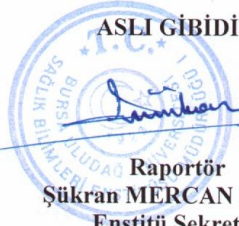
OTURUM SAYISI
2019/09

KARAR NO:06

Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının Yüksek Lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN'ın tez konusu önerisi ile ilgili 18.02.2019 gün ve 445 sayılı yazısı görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN'ın, "Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi" isimli tez önerisinin, U.Ü. Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin 28/1 maddesi uyarınca uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR



**Raportör
Şükran MERCAN MİSCI
Enstitü Sekreteri**

EK-6

T.C. Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.07.2018 tarihli ve 87416368-604.01.01-7517 sayılı yazı ile izin istendi.



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 55719891/604.02.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni

Sayın: Beyza Nür KAHRAMAN

İlgi : 25/07/2018 tarihli ve 87416368-604 01.01-7517 sayılı yazı

T.C. Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ilgi yazısıyla gönderilen; tarafınızca "*Akciğer CA hastalarında Spirituel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi*" konulu araştırmanız için T.C. Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi, Palyatif Bakım Merkezi ve Kemoterapi Ünitesinde komisyon tarihi itibari ile 8 aylık süreçte uygulayabilmeniz amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge doküman v.b. evrakların paylaşılması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla 31.07.2018 tarihli ve 2018/39 sayılı Karar ile katılımcıların oy bilgisiyle uygun görülmüştür.

Tarafınıza ait "*Akciğer CA hastalarında Spirituel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi*" konulu araştırmanız için alınan 31.07.2018 tarihli ve 2018/39 sayılı Karar yazınız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Tunga BARÇIN
İl Sağlık Müdürü V.

Ekler:
1- 2018/39 sayılı Komisyon Kararı


Fatma G. DERE
Tıbbi Sekreter

Saray Mah. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No:40
Faks No:0 (274) 223 61 83

e-Posta:cengiz.gurbuz@saglik.gov.tr İnt Adresi: www.kutahya.ism.saglik.gov.tr

Bilgi için:Cengiz GURBUZ

Unvan:Bilgisayar İşletme

Telefon No:2742236338-37

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aafc6599-1d4b-4b21-864e-fae8be382586 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARAR NO : 2018 / 39
KARAR TARİHİ : 31.07.2018

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

Bilimsel araştırma, tez, anket, vb. çalışmalara ilişkin başvuruları incelemek, görüş bildirmek ve uygun görülenleri bildirmek amacıyla Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 03.01.2018 tarih ve E.10 sayılı makam Oluru ile oluşturulan Bilimsel Başvuru İnceleme Komisyonunda;

Bursa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Beyza Nur KAHRAMAN tarafından "Akciğer CA hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi" konulu araştırması için T.C. Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi, Palyatif Bakım Merkezi ve Kemoterapi Ünitesinde komisyon tarihi itibarı ile 8 ay süreçte uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla katılımcıların oy birliğiyle uygun görülmüştür.

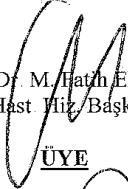
BASKAN

Uzm. Dr. Tunga BARÇIN
Kamu Hast. Hiz. Başkanı



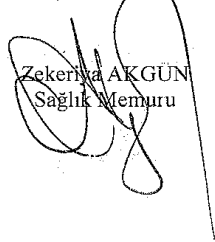
ÜYE

Op. Dr. M. Fatih EKİCİ
Kamu Hast. Hiz. Başkan Yrd.



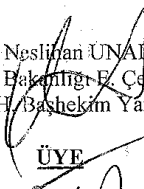
ÜYE

Zekeriya AKGÜN
Sağlık Memuru



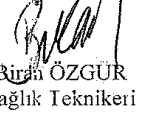
ÜYE

Dr. Neslihan UNAL
Sağlık Bakanlığı E. Çelebi
E A H. Başhekim Yard.



ÜYE

Birah ÖZGÜR
Sağlık Teknikeri



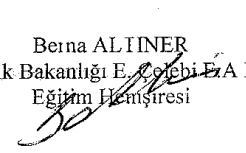
ÜYE

Hilal BAKKAL KILIÇ
Eczacı



ÜYE

Berna ALTINER
Sağlık Bakanlığı E. Çelebi E A H.
Eğitim Hemşiresi



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

July 23, 2018

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Beyza Nur KAHRAMAN** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Beyza Nur KAHRAMAN** (“Individual”) is granted license to use the Turkish version of the FACIT-Sp in one study

This current license extends to Individual subject to the following terms:

- 1) Individual agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Individual will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) Individual and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) Licensor reserves the right to withdraw this license if Individual engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.

EK-8

info@zeyneparmay.com

Siz

Beyza Merhaba,
Memnuniyetle. Kolayliklar dilerim.

Dr. **Zeynep Armay**
Klinik Psikolog/Psikoontolog

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

Prof. Orhan Ersek Sokak. Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

Tel: [0212- 2305848](tel:0212-2305848)

bayza kahraman <benuka_-95@hotmail.com> şunları yazdı:

Merhaba **Zeynep** Hanım
Ben Beyza Kahraman
Tezimde hastalık algısı ölçeğini kullanmak istiyorum. Bunun içinde sizden izin istiyorum.

9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince beni sabır ve anlayışla yönlendiren, değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Seda Pehlivan'a,

Tezime yol göstermeleri nedeniyle sayın jüri üyelerine,

Araştırmanın kurumlarında yapılabilmesi için gerekli izni vermelerinden dolayı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdürlüğü'ne,

Çalışmanın yürütüldüğü İç Hastalıkları, Palyatif Bakım, Kemoterapi Ünitesi bölümlerindeki araştırmaya katılan hastalara ve yardımlarını esirgemeyen sağlık personeli meslektaşlarıma,

Tezimin bulgular kısmında bana yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serkan Arık'a

Her zaman desteklerini arkamda hissettiğim sevgili ailem Ayhan KAHRAMAN, Şerife KAHRAMAN ve biricik kardeşim Dilara KAHRAMAN' a sabırlarından dolayı

Teşekkürlerimi Sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Beyza Nur KAHRAMAN

Doğum Yeri-Tarihi: Kütahya-3.10.1995

Eğitim Bilgileri

Ortaokul: Beytepe İlköğretim Okulu

Lise: Kütahya Lisesi

Üniversite: Dumlupınar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yabancı Dil: İngilizce

İş Bilgileri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç

Hastalıkları/ Dahiliye Hemşiresi/2018-Devam

İletişim Bilgileri

E-Posta: benuka--95@hotmail.com

Telefon: 0 (505) 534 02 06

Akademik Çalışmalar

Pehlivan S, Yılmaz RG, **Kahraman BN**, Doğan D. Nörolojik hastalıklarda bakım yükü: Sistemik Derleme.14. Uludağ İç Hastalıkları Kış Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, 2018.

Pehlivan S, Yılmaz RG, **Kahraman BN**, Doğan D. Hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara bakım vermeye ilişkin tutumları: Sistemik Derleme. 1. International Health Science and life Congress. Poster Bildiri, Burdur, 2-5 Mayıs 2018.

Yılmaz RG, **Kahraman BN**, Doğan D, Pehlivan S. Meme kanserinde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve kullanım nedenleri: Sistemik Derleme. International Health Science and life Congress. Poster Bildiri, Burdur, 2-5 Mayıs 2018.

Pehlivan S, Doğan D, **Kahraman BN**, Özkalemkaş F. Akut lösemili hastalarda alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisi. 1. International Internal Medicine nursing Congress. Sözel Bildiri, Antalya, 2018.

Pehlivan S, **Kahraman BN**, Yılmaz RG. Sistemik lupus eritematozus hastası kadınların doğurganlık ve gebeliğe bakışı 1. International Internal Medicine nursing Congress. Sözel Bildiri, Antalya, 2018.

Doğan D, **Kahraman BN**, Yılmaz RG, Pehlivan S. Palyatif bakımda beslenmenin yaşam kalitesine etkisi: Sistemik Derleme. 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, 2-4 Mart 2019.

Yılmaz RG, Doğan D, **Kahraman BN**, Pehlivan S. Kanser hastalarına verilen hemşirelik eğitimin önemi: Sistemik Derleme 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, 2-4 Mart 2019.

Kahraman BN, Yılmaz RG, Doğan D, Pehlivan S. Ülkemizde yaşlı istismarı ve ihmali: Sistemik Derleme 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi, Poster Bildiri, Bursa, 2-4 Mart 2019.

Pehlivan S, Doğan D, **Kahraman BN**, Özkalemkaş F. Akut lösemili hastalarda alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2019: 45: 173-178.

Yılmaz RG, Doğan D, **Kahraman BN**, Pehlivan S. Sosyal adalet savunuculuğu ve hemşirelik. 2. Uluslararası 5. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Sözel Bildiri, Bursa, 31 Ekim-01 Kasım 2019.