



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK VE ÖLÜM
ALGISI İLE SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

**Samsun
Ocak-2019**



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK VE ÖLÜM
ALGISI İLE SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Ocak-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı ile Spiritüel İyi Hali Arasındaki İlişki başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 21/01/2019 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üye Şahizer ERAYDIN

Gaziosmanpaşa Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üye Serap TOPATAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... /... /2019

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim elemanları Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, varlığını hep yanımda hissettiğim aileme,

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen yüksek lisans arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.18.006 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

**ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK VE ÖLÜM ALGISI İLE
SİRİTÜEL İYİLİK HALİ ARASINDAKİ İLİŐKI**

Amaç: Bu araştırma onkoloji hastalarının yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 20.03.2018-20.09.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan 347 onkoloji hastası oluşturdu. Veriler hastayı tanıtıcı bilgi formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği ve FACIT-SP Spiritüel İyilik Hali Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek alt boyutları ve genel boyutlar arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelendi.

Bulgular: Hastaların %33,7'sinin lösemi tanısı aldığı, %37,2'sinin hastalığın 2. evresinde olduğu, %37,5'inde başka bir organa metastaz geliştiği saptandı. Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanı 26, Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanı 15, Motivasyon-Geride Anamlı Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanı 31, Yok Olma alt boyut ortanca puanı 23 ve FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ortanca puanı 42 olarak belirlendi.

Sonuç: Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı arttıkça, Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut puanları ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının azaldığı belirlendi. FACIT- Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arttıkça, Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut puanlarının arttığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji; ölüm algısı; spiritüel iyilik; yalnızlık.

**Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Ocak-2019**

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN THE LONELINESS AND PERCEPTION OF DEATH AND SPIRITUAL WELL BEING IN ONCOLOGY PATIENTS

Aim: This study was conducted as a cross-sectional and correlational study to determine the relation between oncology patients' loneliness and death perception and spiritual well-being.

Material and Method: The research population consisted of 347 oncology patients who were receiving in-patient treatment at the oncology clinic of the Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center between March 20, 2018 and September 20, 2018. The data were collected using the patient information form, the UCLA Loneliness Scale, the Personal Meanings of Death Scale and the FACIT-Sp Spiritual Well-Being Scale. The normality of the data was analyzed by the Kolmogorov Smirnov and Shapiro–Wilk tests. The Mann Whitney U test and the Kruskal Wallis test were used to compare non-normally distributed data. The correlation between the scale sub-dimensions and general dimensions was analyzed by the Spearman's rank correlation.

Results: It was found that of the patients, 33.7% were diagnosed with leukemia, 37.2% were at the second stage of the disease and 37.5% developed metastasis to an another organ. It was determined that the patients' total median score for the UCLA Loneliness Scale was 26, subdimension median score for the Afterlife was 15, subdimension median score for the Motivator/Legacy was 31, sub-dimension median score for the Extinction was 23 and total median score for the FACIT-Sp Spiritual Well-being Scale was 42.

Conclusion: It was determined that as the patients' total score for the UCLA Loneliness Scale increased, their subdimension scores for the Personal Meanings of Death Scale and total and subdimension scores for the FACIT- Sp Spiritual Well-being Scale decreased. It was found that as the total and sub-dimension scores of the FACIT-Spiritual Well-being Scale increased, the sub-dimension scores of the Personal Meanings of Death Scale increased.

Keywords: Loneliness; oncology; perception of death; spiritual well-being.

**Tugba KAVALALI ERDOGAN, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University Samsun, January-2019**

SİMGELER VE KISALTMALAR

DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FACIT-Sp	: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spirituality Well Being (Spiritüel İyilik Hali Ölçeği)
IASP	: International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği)
IDSA	: The Infection Diseases Society of America (Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları topluluğu)
TDK	: Türk Dil Kurumu
UCLA	: University Calinornia of Los Angeles-Loneliness Scale (Yalnızlık Ölçeği)

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanserin Epidemiyoloji ve Etiyolojisi	4
2.1.2. Kanserin Fizyolojik Etkileri	5
2.1.3. Kanserin Ailesel ve Ekonomik Etkileri	9
2.1.4. Kanserin Psikolojik ve Psikososyal Etkileri	9
2.2. Yalnızlık	10
2.2.1. Yalnızlığın Kuramsal Anlamı ve Sınıflandırılması	11
2.2.2. Yalnızlığın Nedenleri	12
2.2.3. Yalnızlığın Boyutları	13
2.2.4. Yalnızlığın Belirtileri	13
2.2.5. Yalnızlığın Sonuçları	14
2.3. Ölüm	15
2.3.1. Ölümü Açıklayan Kuramlar	16
2.3.2. Ölüm Algısı	16
2.3.3. Bireylerin Ölüme Karşı Verdiği Tepkiler	17
2.4. Spiritüalite	18
2.4.1. Spiritüalite İle İlişkili Kavramlar	19
2.4.2. Spiritüel Yaklaşımlar	22
2.5. Onkoloji Hastalarının Psikososyal Yönden Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü	23
3. MATERYAL VE METOT	27
3.1. MATERYAL	27
3.1.1. Araştırmanın Şekli	27
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.2. METOT	27

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	28
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	29
3.2.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	32
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	32
3.2.6 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	36
4.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	39
4.4. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	44
4.5. FACIT-Spiritüel İyilik Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	52
5. TARTIŞMA.....	64
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	64
5.2. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	65
5.3. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	66
5.4. FACIT-Spiritüel İyilik Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	68
5.5. UCLA Yalnızlık Ölçeği, Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği ve FACIT-Spiritüel İyilik Ölçeği Arasındaki İlişki.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar.....	73
6.2. Öneriler.....	74
KAYNAKLAR.....	75
EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	99

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünyada ve ülkemizde hızla artan, birey ve ailesi ile birlikte toplumun sosyoekonomik yükünü artıran önemli bir sağlık problemidir (Türkiye Kanser Daire Başkanlığı Raporu, 2014). Dünya kanser istatistik verileri doğrultusunda, kanserin ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Uluslararası Kanser Ajansı'nın (IARC) 2018 yılında yayınladığı veriler doğrultusunda dünyada toplam son beş yılda 43,8 milyon kişinin kanser tanısı aldığı ve 9,6 milyon kansere bağlı ölüm meydana geldiği bildirilmektedir (Bray ve ark., 2018).

Ülkemizde Türkiye Kanser Daire Başkanlığı'nın 2014 yılı verileri doğrultusunda, toplam kanser insidansının 210,2, yaşa standardize edilmiş kanser hızının ise erkeklerde yüz bin kişide 246,8 ve kadınlarda 173,6 olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte sırasıyla erkeklerin en sık akciğer, prostat, kolorektal ve mesane kanseri; kadınların da meme, tiroid, kolorektal ve uterus kanseri tanısı aldıkları görülmüştür. Diğer yandan son beş yılın verileri değerlendirildiğinde hem erkeklerde hem de kadınlarda, kanser sıklığında istatistiksel yönden, herhangi bir artma ya da azalma olmadığı bildirilmiştir (Türkiye Kanser Daire Başkanlığı Raporu, 2014).

Onkoloji hastalarında hastalığın tedavi ve prognozuna bağlı olarak fizyolojik, psikolojik, ailesel, ekonomik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmekte (Yeşilbalkan ve ark., 2005; Aydın Bektaş ve Akdemir, 2006; Hintistan ve ark., 2012); hastalığa ve tedaviye uyum azalabilmekte (Stein ve ark., 2003; Yeşilbalkan ve ark., 2005; Karabulutlu, 2009; Pınar ve ark., 2008; Hintistan ve ark., 2015), birey farklı emosyonel ve davranışsal tepkiler gösterebilmektedir (Bahar, 2007).

Günümüzde tıp, teknoloji ve kanser hastalığının tedavisindeki gelişmelere karşın kanser genellikle bireyler tarafından ölüm ile sonuçlanan bir hastalık olarak algılanmaktadır (Moadel ve ark., 1999; Arslan, 2016). Ölümün anlamı bireyden bireye farklılık gösterebilmekte ve bu anlam bireyin mevcut yaşam deneyimlerinden etkilenebilmektedir. Ölüm, bireyler tarafından uyku, boyun eğme, kavuşma, yeniden doğuş, ayrılık, kayıp, travma veya ceza olarak tanımlanabilmektedir (Sabuncu ve Özdilli, 2014). Bu doğrultuda onkoloji hastaları ölümü çok sık düşünebilmekte, ölüme verdikleri

anlama bağılı olarak huzursuzluk, öfke, aşırı bağımlılık, isyan ve dış dünya ile ilgilenmeme eğilimi gösterebilmektedir (Peykerli, 2003; Kelleci, 2005). Diğer yandan ölüm korkusu ve algısı, bireylerin içine kapanmasına neden olabilmekte, onkoloji hastaları kendini toplumdan izole edebilmekte ve gelişen bu duruma bağılı olarak yalnızlık duygusu yaşayabilmektedir (Yeloğlu ve ark., 2014; Çıracı, 2015).

Yalnızlık, gelecek hakkında endişeli olma ile birlikte umutsuzluğun da eşlik ettiği, hoş olmayan bir duygudur (Deckx ve ark., 2014). Öz'ün aktardığına göre; Sadler, yalnızlığı “Birey için önemli bir kişinin kaybı sonucunda yaşanan ya da başkalarından uzaklaşma duygusunun eşlik ettiği rahatsız edici bir duygu ” olarak tanımlamıştır. Rook ise yalnızlığı “Bireyin başkaları tarafından anlaşılmadığını ve reddedildiğini hissettiğinde, başkalarından uzaklaşıp yabancılaştığında ya da sosyal bütünleşme ve duygusal yakınlık sağlayan etkinliklerde uygun sosyal eşlerin bulunmayışı ile ortaya çıkan bir duygusal rahatsızlık durumu” olarak açıklamıştır (Akt: Öz, 2004). Yalnızlık onkoloji hastalarının oldukça sık deneyimlediği psikososyal problemlerden biridir (Çıracı, 2015). Bu konudaki yapılan bir çalışmada onkoloji hastalarının %26'sının yalnızlık yaşadığı bildirilmiştir (Kurt Öncü, 2008). Onkoloji hastaları ölüm korkusu, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik ve geleceğin belirsizliği başta olmak üzere hastalık ve tedavi sürecine ilişkin birçok problem yaşayabilmekte ve mevcut durumla baş edebilmek için spiritüel yönden desteklenmeye ihtiyaç duyabilmektedir (Yazgan, 2014).

Spiritüelite, yaşam boyu kazanılan bilgiler ile bireyin kendisi ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını, anlama ve kabul etme çabasıdır. Spiritüelite, dini içine alan fakat sadece din ile sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş bir boyuta sahip, bireyin yaşamına anlam katan ve yaşamının amacını oluşturan öğeleri içermektedir (Baldacchino ve Draper, 2001; Çetinkaya ve ark., 2007; Korkut Owen ve Owen, 2012). Spiritüelite doğa, sanat, müzik ve sosyal ilişkiler gibi birçok alanda bireye yaşamı anlamlandırma ile ilgili ilham veren her türlü yaşantıyı ifade etmektedir. Spiritüel iyilik hali ise yaşamın amacını anlamaya çalışmak ve yaşamın daha büyük güçlerle paylaştığı bağlantıların farkına varmak gibi süreçleri içinde barındırmaktadır. Spiritüel iyilik hali yüksek olan bireyler, iç huzuru sağlayabilmekte, yaşamdan doyum alabilmekte ve daha başarılı olabilmektedir (Korkut Owen ve Owen, 2012).

Spiritüalitenin kanser gibi yaşamı tehdit eden kronik hastalıklarla (Wenzel ve ark., 2003; Callister ve ark., 2004) baş etme sürecinde önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Bu doğrultuda bireyler hastalığa ilişkin olumsuz durumların değiştirilemediği ve sorunların çözümlenemediği kriz anlarında yaşama anlam veren spiritüel yaklaşımlardan yararlanabilmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda spiritüel değerlerin kanser ve kalp hastalıklarını önlediği, psikolojik ve fiziksel hastalıklarla başa çıkmayı güçlendirdiği (Peterman ve ark., 2002); distressi azalttığı, spiritüel iyilik hali ile hastalığa uyumu arttırdığı bildirilmektedir (Visser ve ark., 2010).

Ülkemizde onkoloji hastalarında yalnızlık (Çıracı, 2015; Arslan, 2016) ve spiritüel iyilik düzeyini (Öner, 2012; Yazgan, 2014) ayrı ayrı ele alan bazı çalışmalar yapılmış olmasına karşın onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu, araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler doğrultusunda onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki belirlenecek elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hastalarına uygun hemşirelik yaklaşımları geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütüldü.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Onkoloji hastalarında ölüm algısı nasıldır?
3. Onkoloji hastalarında yalnızlık ve spiritüel iyilik hali hangi düzeydedir?
4. Onkoloji hastalarının yalnızlık, ölüm algısı ve spiritüel iyilik halleri arasında bir ilişki var mıdır?
5. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri yalnızlık, ölüm algısı ve spiritüel iyilik hallerini etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, anormal hücre büyümesi ve çoğalması ile karakterize multifaktöriyel bir hastalıktır (Dalay ve Buyru, 2014; Can, 2017). Kanser, Hippocrates'dan (MÖ 460-375) günümüze kadar tüm malign tümörleri ifade etmek için kullanılmıştır (Eti Aslan ve ark., 2014). Kanserin gelişmesine neden olan bir çok faktör bulunmakla birlikte en önemli neden DNA'nın (Deoksi Ribonükleik Asit) doğru şekilde eşlenememesidir (Dalay ve Buyru, 2014; Can, 2017). DNA'nın doğru kopyalanamaması genlerde mutasyon gelişmesine yol açmakta, DNA'da oluşan genetik ve epigenetik değişiklikler hücrelere malign özellikler kazandırarak tümör hücresine neden olmaktadır (Dalay ve Buyru, 2014). Tümör, normal dokulara uyum göstermeyen ve kendisini oluşturan uyarının yok olması durumunda da büyümeye devam eden anormal bir doku kitlesidir (Eti Aslan ve ark., 2014).

2.1.1. Kanserin Epidemiyoloji ve Etiyolojisi

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde ölüme yol açan en önemli sağlık problemlerinden biridir. Kanser hastalığının tanı ve tedavisindeki gelişmelere karşın bu hastalığın görülme sıklığı günümüzde de tüm dünyada artmaya devam etmektedir (Ovayolu, 2016). DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın 2018 yılı verilerinde dünya genelinde 18 milyon yeni kanser vakası tanıldığı, 9,5 milyon kanser nedeniyle ölüm meydana geldiği ve yaşa standardize edilmiş kanser insidansının kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte dünyada en sık sırasıyla erkeklerin akciğer, prostat ve kolorektal, kadınların ise meme, kolorektal ve akciğer kanseri tanısı aldıkları saptanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü Kanser Raporu, 2014).

Ülkemizin 2014 yılına ait Kanser İstatistik verileri incelendiğinde, yılda toplam 163,000 kişinin kanser tanısı aldığı ve son beş yıl içinde kanser sıklığında herhangi bir artma ya da azalma görülmediği belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye'de yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde yüz bin kişide 246,8, kadınlarda ise 173,6 olarak bildirilmiştir. Diğer yandan ülkemizde erkeklerin sırasıyla en sık akciğer, prostat ve kolorektal kanseri tanısı alırken, kadınların ise meme, tiroid ve kolorektal kanser tanısı aldıkları saptanmıştır (THSK, 2017).

Kanserin oluşum mekanizması kesin olarak bilinmemesine karşın, primer nedenin DNA'nın doğru şekilde eşlenmesini önleyen DNA hasarı olduğu belirtilmektedir (Can, 2017). DNA'daki bu hasarın yalnızca bir faktöre değil birden çok faktöre bağlı olarak meydana geldiği kabul edilmektedir. Bu nedenle kanser multifaktöriyel bir hastalık olarak görülmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014). Kanserin oluşmasına neden olabilecek faktörler, değiştirilebilir risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere iki grupta incelenebilir. Değiştirilemeyen risk faktörlerine, yaş, cinsiyet ve genetik; değiştirilebilir risk faktörlerine ise sigara, alkol kullanımı, radyasyona maruz kalma, virüsler, bakteriler, parazitler, beslenme alışkanlıkları, gıdalardaki katkı maddeleri, uzun süre güneş ışığına maruz kalma, hava kirliliği, hormon kullanımı, sedanter yaşam, stres, gece yapay ışığa maruz kalma ve mesleki riskler örnek olarak verilebilir (Akdemir ve Birol, 2005; Kaptan ve Dedeli, 2012; Eti Aslan ve ark., 2014; Arifoğlu ve ark., 2015; Ovayolu, 2016; Can, 2017).

2.1.2. Kanserin Fizyolojik Etkileri

Onkoloji hastaları, hastalığın tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak ağrı, yorgunluk, nötropeni, enfeksiyon, trombositopeni, kanama, mukozit, bulantı, kusma, anoreksia, kaşeksi, diyare, konstipasyon, anemi, alopesia ve periferik nötropeni başta olmak üzere birçok fizyolojik problem yaşayabilir (Ünsar ve ark., 2007; Ögüt Düzen ve Korkmaz, 2015).

Ağrı: Ağrı, onkoloji hasta ve ailelerinin en çok korktukları semptomlardan biridir (Yıldırım, 2015). Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) ağrıyı "Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan kuvvetli doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleri ile ilgili hoş olmayan sensoryal, emosyonel bir duyum ve davranış" olarak tanımlamaktadır. Kanser ağrısı, kanser kitlesine, tedavi yöntemlerine, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine bağlı olarak gelişebilmekte ve prevalansı kanser yerleşim bölgesine göre değişebilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2012; Yazgan, 2014; Yıldırım, 2015). Ağrı, yeni tanı almış onkoloji hastalarının %25'inde, tedavisi devam eden onkoloji hastalarının ise yarısından fazlasında sık karşılaşılan bir durumdur. Literatürde kanser ağrısının onkoloji hastalarında yorgunluk, anksiyete, duygusal stres, depresyon ve sosyal etkileşimde azalmaya neden olduğu bu nedenle bu hastalarda ağrı yönetiminin son derece önemli olduğu bildirilmiştir (Kuzeyli Yıldırım ve ark., 2005; Paice ve ark., 2011).

Yorgunluk: Kansere bağlı yorgunluk, onkoloji hastalarının en çok deneyimledikleri semptomlardan biridir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network) kansere bağlı yorgunluğu “her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissi” olarak tanımlamaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2015). Radyasyon, kemoterapi, kök hücre nakli, hormonal-biyolojik ajan tedavileri ile doz yoğunluğu onkoloji hastalarında yorgunluğa neden olabilmektedir. Onkoloji hastalarında yorgunluk ile birlikte dinlenme gereksiniminde artış, güçsüzlük, konsantrasyonda bozulma, aktivite düzeyinde azalma, insomnia, hipersomnia ve emosyonel reaktivite gibi durumlar da gelişebilmektedir (Eti Aslan ve Ark., 2014; Usta Yeşilbalkan, 2015).

Nötropeni ve Enfeksiyon: Nötropeni, Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları Topluluğu (The Infection Diseases Society of America-IDSa) tarafından “Mutlak nötrofil sayısının 500/mm³’n altında olmasının ya da 500-1000/mm³’n altına düşmesinin beklendiği durum” olarak tanımlanmaktadır. Nötropeni, ilaçlar ya da uygulanan tedaviler, enfeksiyon ve nötrofil oluşumunda meydana gelen bazı problemler nedeniyle de gelişebilmektedir. Nötropeni, onkoloji hastalarının klinik durumlarını etkileyerek antibiyotik kullanımını artırabilmekte ve hospitalizasyon süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Diğer yandan onkoloji hastalarında enfeksiyon gelişimi tedavinin ertelenmesine, ilaç dozunun azaltılmasına, mortalite ve morbiditedeyede neden olabilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2012; Eti Aslan ve ark., 2014; Atay, 2015).

Trombositopeni ve Kanama: Sağlıklı bir erişkinde trombosit sayısı 150.000 ile 400.000 mm³ arasında değişmektedir. Kanser tedavisi gören bireylerde ise bu sayı 150.000 mm³’n altına düşmektedir. Trombositlerin en önemli görevi pıhtılaşmayı sağlayarak kanamayı durdurmaktadır. Onkoloji hastalarında antineoplastik ilaçlar kemik iliğini baskılamakta, trombosit üretimini azaltarak bireyde trombositopeni gelişmesine neden olmaktadır. Gelişen bu durum ise hastalarda kanama riskini artırmaktadır. Diğer yandan kanamalar hastanın en sık cilt, mukoz membranlar, bağırsaklar, idrar ve solunum yolu ile beyinde görülebilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Kayış, 2015; Ovayolu, 2016).

Mukozit: Mukozit, ağızdan anüse kadar uzanan kanal boyunca görülen toksik inflamatuvar bir reaksiyondur. Oral mukozit, kemoterapi ve radyoterapi alan onkoloji hastalarında sık görülen, ülseratif ve inflamatuvar bir süreçtir. Ağız mukozası hızlı hücre

yenilenmesine bağlı olarak kemoterapi ve radyoterapiden daha çok etkilenebilmektedir. Genel olarak kanser tedavisi uygulanan hastalarda, oral mukozit görülme oranı %30 ile %100 arasında değişmektedir. Literatürde mukozit görülme oranının baş ve boyun kanseri tedavisi gören hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2012; Karadakovan, 2015; Ovayolu, 2016).

Bulantı ve kusma: Bulantı ve kusma, kanser tedavisi sırasında veya sonrasında kemoterapik ajanlardan bir kısmının beyindeki kusma merkezini uyarmasına bağlı olarak meydana gelmektedir. Hastalığı ilerlemiş onkoloji hastalarında bulantı prevalansı %7 ile %49, kusma prevalansı ise %11 - %78 arasında değişmektedir. Onkoloji hastalarında bulantı ve kusmanın kontrol altına alınamaması, sıvı-elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksiya, kilo kaybı, ilaçların emiliminde veya böbreklerden atılımında yetersizliğe yol açabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Buluş, 2015; Ovayolu, 2016).

Anoreksiya (İştahsızlık): Anoreksiya, onkoloji hastalarında istemsiz kilo kaybı ile birlikte seyreden, oldukça çok sık görülen semptomlardan biridir. Yeni tanı alan onkoloji hastalarının yaklaşık %50'sinde, ileri evre onkoloji hastalarının ise %75'inden fazlasında anoreksiya ve kilo kaybı birlikte görülebilmektedir Hipotalamusun işlevlerindeki değişikliklerin, tat almadaki bozuklukların, yiyeceklerden tiksindenin, erken doymanın ya da hastalık nedeniyle yaşanan psikolojik stresin anoreksiyaya yol açtığı düşünülmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Ovayolu, 2016).

Kaşeksi: Kaşeksi, iştahsızlık, kas atrofisi, doku kaybı, halsizlik, yorgunluk, anemi ve hipoalbumemi gibi bulgular ile karakterize olan klinik bir tablodur. Onkoloji hastalarının yaklaşık olarak %63'nde kilo kaybı gelişebilmektedir. Ayrıca hastaların yaklaşık %22'si kaşeksi nedeniyle yaşamını yitirebilmektedir. Kaşektik hastalarda immün yanıtta bozulmalar gözlenmekte, enfeksiyon riski artmakta ve bu duruma bağlı olarakda hospitalizasyon süresi uzamaktadır. Bununla birlikte hastaların mortalite ve morbidite oranları artmakta, tedaviye karşı toleransları azalmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; zcan ve Vatansever, 2015).

Diyare: Literatürde, kemoterapi tedavisi gören hastaların yaklaşık olarak %75'inin diyare problemi yaşadığı bildirilmektedir. Onkoloji hastalarında sitotoksik ajanların bağırsak peristaltizmini etkilemesi, pelvis, abdomen ve lomber bölgeye radyoterapi uygulanması, cerrahi işlemler, bazı ilaçlar, enfeksiyon, anksiyete, stres ve tüple beslenme gibi bir çok faktöre bağlı olarak diyare gelişebilmektedir. Onkoloji

hastalarında diyarenin süresi ve şiddeti, kemoterapide kullanılan ilaca, ilacın dozuna ve ilacın uygulama sıklığına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (Ünsar ve ark., 2007; Kurt Öncü, 2008; Kurt ve Ünsar, 2011; Tuna Ünsar, 2015; Ovayolu, 2016).

Konstipasyon: Literatürde, onkoloji hastalarının %19,5 ile %100'ünün konstipasyon yaşadığı bildirilmiştir. Onkoloji hastalarında konstipasyon, bireyin önceki bağırsak alışkanlığına, tedavisine, tümör gelişimine, yetersiz sıvı alımına, hareketsizliğe, tedavide kullanılan antikolinergik, narkotik analjezik, antiemetik ve opioid gibi ilaçlara bağlı olarak gelişebilmektedir (Hintistan ve ark., 2012; Tuna Ünsar, 2015; Ovayolu, 2016).

Anemi: Literatürde, onkoloji hastalarının yaklaşık %50'sinde tanı ve tedavinin herhangi bir aşamasında anemi geliştiği bildirilmektedir. Kemoterapik ajanların kemik iliğinde eritrosit sentezi ile hematopoezisi bozması, nefrotoksik etkileri nedeniyle böbrekte eritropoetin üretiminin azalması onkoloji hastalarında anemi gelişmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte hasta ve hastalığın tipine, yetersiz beslenmeye ve kanamaya bağlı olarakda hastalarda anemi gelişebilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014; Ovayolu, 2016).

Alopesi: Alopesi, sitotoksik kanser tedavisinin en sık görülen majör yan etkilerinden biridir. Alopesi, hastaları hem fiziksel hem de psikososyal yönden etkileyen bir durumdur. Onkoloji hastalarının %65'inde alopesi görülebilmektedir. Alopesinin derecesi kemoterapinin tipine, dozuna ve uygulama yoluna bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Alopesi sitotoksik tedavinin kıl foliküllerinin mitotik etkilerini engelleyerek zayıflatması ve kıl kırılmasına yol açması ile saçlı deride başlamaktadır. Saç kaybı genellikle tedavi başladıktan 2-3 hafta sonra görülmekte ve tedavi sonlandıktan 8 hafta sonra saçlar yeniden çıkmaya başlamaktadır. Alopesi geçici olmasına rağmen, yeni büyüyen saç yapısında veya renginde değişiklikler meydana gelebilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2012; Eti Aslan ve ark., 2014; Balcı Yangın, 2015; Ovayolu, 2016).

Periferik nöropati: Periferik nöropati, kemoterapik ajanların kan-sinir bariyerini geçerek sinir hücrelerine zarar vermesi ile ortaya çıkmaktadır. Kemoterapi alan hastaların %10 ile %100'ünde periferik nöropati gelişebilmektedir. Nöropatinin derecesi uygulanan ilaca ve etkilenen sinir lifine göre değişebilmektedir. Periferik nöropati tedavinin değişmesine ya da sonlanmasına neden olabilmektedir. Hastalarda iğnelenme, karıncalanma, uyuşma, yanma, kas çekilmesi, el ve ayaklarda güçsüzlük şeklinde ortaya

çıkabilmektedir. Bununla birlikte hastanın yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Smith ve ark., 2011; Yazgan, 2014; Arıkan ve Kurt, 2015).

2.1.3. Kanserin Ailesel ve Ekonomik Etkileri

Kanser, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı ile birlikte ailevi ve sosyal rollerinde etkileyen oldukça travmatik bir süreçtir (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015). Kanser hastalığının tedavi ve prognozuna bağlı olarak meydana gelen değişiklikler, hasta ve yakınlarını etkileyerek, aile içi rollerde değişim ile birlikte sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Bayraktar, 2011). Bununla birlikte bakım vericilerin bakım yükü arttıkça fiziksel (halsizlik, gerginlik, tükenmişlik, iştah problemleri, ağrı ve uyku problemleri) ve emosyonel (depresyon, yalnızlık, anksiyete, stres, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk) bazı problemlerde ortaya çıkabilmektedir (Bektaş, 2015).

Kanser, hasta ve ailesinin biyolojik, psikolojik ve ekonomik boyutta mücadele etmesi gereken, tedavi maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Özellikle sosyal güvence kapsamında olmayan bazı ilaçların aileler tarafından alınması, hastanın fiziksel yetersizlikleri nedeni ile çalışamaması ya da aile üyelerinin bakım verici rolleri gereği işe gidememesi, hasta ve yakınlarının ekonomik yükünü artırabilmektedir (Bektaş, 2015). Bu doğrultuda aile üyelerinin bakım verici rollerinin desteklenmesi, ekonomik destek kaynaklarının belirlenmesi ve aile merkezli bir hemşirelik bakımının sunulması son derece önemlidir (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015).

2.1.4. Kanserin Psikolojik ve Psikososyal Etkileri

Hastalık, insan yaşamını etkileyen önemli bir olgu olmakla birlikte bireyi fiziksel, emosyonel, psikolojik ve psikososyal yönden etkileyebilmektedir. Bununla birlikte hastalık olgusuna karşı gösterilen tepkiler bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Kanser, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında tedavi ve prognozu oldukça zor bir hastalıktır (Bayraktar, 2011). Bu nedenle onkoloji hastalarında psikolojik ve psikososyal sorunlar tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında gelişebilmektedir (Holland ve ark., 2010; Cirhinlioğlu, 2014).

Kanser, “bireyin psikolojik durumunda bozulmalara neden olan ve psikososyal problemleri beraberinde getiren bir yıkım süreci” olarak da tanımlanabilmektedir (Yıldırım ve Gürkan, 2010; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2014). Yıldırım ve Gürkan’ın aktardığı üzere; Hersh (1985) “Kanser, kişinin kendi bedenini yok etmesini simgeler.

Nereden geldiği belli olmadan ve uyardıktan vurur. Herhangi bir zamanda ve herhangi bir yerde ortaya çıkar. Kanseri, bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrol kaybını sembolize eden anormal durumun göstergesidir” şeklinde tanımlayarak hastalığın birey üzerindeki etkisini vurgulamıştır (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Ülger ve arkadaşlarının aktardığı üzere (2014), Gyllensköld ise “Kanserin, doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğunu, sinsice hareket ettiğini, nedenleri pek açıklanamamakla birlikte zamanla kontrolün güçleştiğini, büyük acılara neden olduğunu, bireyi sosyal yönden etiklediğini, diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılandığını” belirtmiştir (Ülger ve ark., 2014).

Onkoloji hastalarında, hastalığın tanı, tedavi ve prognozu aşamalarında; uyum bozuklukları, anksiyete ve depresif bozukluklar, deliryum ve intihar düşüncesi gibi psikolojik bozukluklar yaygın olarak görülebilmektedir. Literatürde; onkoloji hastalarının yaklaşık olarak %50’sinin psikolojik baskı hissettiği, bu oranın tıbbi, kişisel, ailesel, kişiler arası ve sosyal etkenlere bağlı olarak bireyden bireye farklılık gösterdiği bildirilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2014). Bununla birlikte onkoloji hastaları okul, iş ve özel yaşamlarında birçok sorunla karşılaşabilmekte, stres ve anksiyete deneyimleyebilmekte, içinde bulunduğu çevreden uzaklaşarak sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Elçigil, 2014).

2.2. Yalnızlık

Yalnızlık, yaşam süreci içerisinde yaş, cinsiyet, ırk ve sınıf ayrımı olmaksızın bütün bireyler tarafından deneyimlenebilecek evrensel bir duygudur (Çıracı, 2015). Yalnızlık, bireylerin katlanmak zorunda oldukları, iç karartıcı, rahatsızlık verici ve bireyi sosyal çevresinden uzaklaştıran bir durumdur. Bireyler genellikle sosyal ve duygusal beklentilerinin gerçekleşmemesi ya da sosyal ilişkilerinin yetersiz olmasına bağlı olarak yalnızlık yaşayabilmektedir. Bu doğrultuda yalnızlık, “Sosyal ilişkilerdeki yoksunluk ve yetersizlikten kaynaklanan, bireyi memnun etmeyen psikolojik bir durum” olarak tanımlanabilmektedir (Öz, 2004; Çıracı, 2015).

Perlman ve Peplau (1982) yalnızlığı “Kişinin sosyal ilişkiler ağı niceliksel ya da niteliksel olarak yetersiz olduğunda ortaya çıkan nahoş bir deneyim” olarak tanımlamaktadır.

Öz'ün aktardığına göre Maustakos yalnızlığı “Yalnız olmak, o kadar güçlü ve derin hissedilir, o kadar ürkütücü bir değişikliktir ki o anda başka bir şeyi algılamaya, başka bir duyguyu hissetmeye yer yoktur” şeklinde açıklamaktadır (Akt: Öz, 2004).

Sullivan (1953), yalnızlığı “Kişilerarası yakınlığın yeterince karşılanamadığı durumlarda ortaya çıkan hoş olmayan bir durum olarak” tanımlamaktadır.

Rokach (1989) ise “Yalnızlığı her bireyin dünyaya geldiği andan itibaren yaşabildiği evrensel bir fenomen olarak” ele almaktadır (Akt: Öz, 2004).

2.2.1. Yalnızlığın Kuramsal Anlamı ve Sınıflandırılması

Öz'ün aktardığına göre Sadler (1974) yalnızlığı kişilerarası yalnızlık, psikolojik yalnızlık, sosyal yalnızlık, kültürel yalnızlık ve kozmik yalnızlık olmak üzere beş başlık altında sınıflandırmıştır. Kişilerarası yalnızlık; bireyin kendisini çevresindeki diğer bireylerden uzak olarak algılamasıdır. Psikolojik yalnızlık; benliğin farklı bileşenlerinin birbiriyle ilişki kuramaması ile oluşan yalnızlıktır. Sosyal yalnızlık; bireylerin dahil oldukları sosyal grup veya toplumdaki uzaklaşma duygusudur. Kültürel yalnızlık; bireyin kendini ait hissettiği kültürün kaybı ya da kültürde meydana gelen değişim nedeniyle başkalarından uzaklaşması sonucunda ortaya çıkan yalnızlıktır. Kozmik yalnızlık ise bireyin dini ritüellerinin yok olması nedeniyle yabancılaşma ya da Tanrı'dan uzaklaşması sonucunda hissedilen yalnızlıktır (Akt: Öz, 2004).

Arslan'ın aktardığına göre Weiss (1973) yalnızlığı duygusal ve sosyal yalnızlık olmak üzere iki grupta ele almaktadır. Duygusal yalnızlık; bireyin çevresiyle yakın ilişki kuramamasından kaynaklanan ve diğer bireylerle ilişki kurması durumunda ise başılabilen bir yalnızlıktır. Sosyal yalnızlık ise sosyal ilişkilerin olmamasından kaynaklanan, depresyon ile birlikte görülen yalnızlıktır (Arslan, 2016).

Öz'ün aktardığı üzere Young (1982) yalnızlığı geçici, durumsal ve kronik yalnızlık olmak üzere üçe ayırmaktadır. Geçici yalnızlık; pek çok insanın farklı zamanlarda nadiren yaşayabildiği, birkaç dakika ile birkaç saat arasında süren ve bireyi çok ciddi boyutlarda etkilemeyen yalnızlıktır. Durumsal yalnızlık; boşanma, ölüm, göç gibi bireyin sosyal ilişkilerinden kaynaklanan, bireyi fiziksel ve ruhsal yönden etkileyen, etkisi birkaç günden birkaç yıla kadar devam eden yalnızlık duygusudur. Kronik yalnızlık ise, bireyin diğer insanlarla ilişki kurma becerisindeki yetersizlik nedeniyle yaşanan uzun süreli yalıtılmışlık duygusudur. Kronik yalnızlık, özellikle sosyal ilişki kurmada ve yakın dostluklar geliştirmede güçlük çeken bireylerin yaşadığı yalnızlık türüdür (Öz, 2004).

Peplau (1995) ise yalnızlığı yapayalnızlık, tek başınalık ve yalnızlık olmak üzere üç başlık altında sınıflandırmaktadır. Yapayalnızlık, bireyin başka bireylerle birlikte vakit geçirmeyi istemesine karşın onlardan uzak olmasını ifade eden bir kavramdır. Tek başınalık, bireyin hayatını etkileyen kararları alırken yalnız olması ya da birlikteliğinin olmaması olarak açıklanabilir. Yalnızlık ise bireyin sosyal çevresi ile iletişiminin hem niceliksel hem de niteliksel olarak bozulması sonucunda yaşanan, hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanabilir.

2.2.2. Yalnızlığın Nedenleri

Bireylerde yalnızlık duygusu gelişmesine neden olan birçok faktör vardır. Gümüş'ün aktardığına göre Michela, Peplau ve Weeks yalnızlığa neden olan faktörleri kötümserlik, kendini yansıtmaktan korkma, çaba göstermeme, şanssızlık, sıkılganlık, fiziksel çekiciliği olmama, diğer insanlarla iletişime geçmeyi istememe, fırsat yoksunluğu, diğer insanların isteksizliği ve kişisel olmayan durumlar olarak sıralamaktadır (Gümüş, 2000).

Literatürde yalnızlığın bireysel ve çevresel faktörler olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Bireysel faktörler; bireylerin kişilik özellikleri nedeniyle yalnızlık yaşamalarına neden olan faktörlerdir. Yalnızlık duygusunun oluşmasında önemli rol oynayan kişilik özelliklerine içe dönüklük, çekingenlik, utangaçlık, dış denetimlilik, düşük benlik saygısı ve olumsuz benlik örnek olarak verilebilir. Ayrıca bireyin yaşı, cinsiyeti, aile yapısı ve yalnızlık ile başa çıkmada kullandığı stratejiler de bireylerin yalnızlık yaşamasına neden olabilir (Öz, 2004; Sungur Bozdoğan, 2011). Çevresel faktörler ise bireylerin sosyal çevresinin özelliklerine bağlı olarak yalnızlık yaşamalarına neden olabilmektedir. Literatürde, sosyal ilişki sıklığı ile sosyal ilişki ağı yetersiz olan bireylerin yalnızlığı daha çok yaşadıkları bildirilmektedir (Öz, 2004).

2.2.3. Yalnızlığın Boyutları

Yalnızlık fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve spiritüel olmak üzere beş boyutta ele alınabilir.

Yalnızlığın fiziksel boyutu: Bireylerin fiziksel hareketlerindeki yetersizlik, konuşma ve işitme engeli, yalnızlığın fiziksel boyutta gelişimini hızlandıran risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte bireylerin kronik bir hastalığa sahip olması ise, sosyal izolasyona neden olmaktadır (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlığın emosyonel boyutu: Bireyler, kendileri için önemli olan bir şeyin kaybını yaşadıklarında, sevdikleri birinin veya sır arkadaşlarının eksikliğini hissettiklerinde emosyonel yönden yalnızlık hissedebilmektedir. Özellikle daha önce yaşanan olayların yıldönümleri bireylerde, yalnızlık hissini artırarak bazı psikiyatrik problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlığın entelektüel boyutu: Yalnızlığı tanımlamak, bireyler için oldukça zor bir durumdur. Bu nedenle bireyler, kendilerini yalnız hissettiklerinde, yaşadıkları yalnızlığı tanımlayamamaktadır. Yalnızlık yaşayan bireylerde, farklı iki tutum gözlemlenebilmektedir. Birincisinde birey yalnızlığını sözel olarak ifade edebilmekte ve tanımlayabilmektedir. İkincisinde ise bireyler mantığa uygun olmayan ve gerçeklerle ilişkisi olmayan düşüncelere sahip oldukları için bilişsel bozulmalar yaşayabilmektedir. Yalnızlık hissi sona erdiğinde ise bireyler, bu duyguyu konuşmayı ya da hatırlamayı tercih etmemektedir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlığın sosyal boyutu: Bireylerin yakınlık kuramaması ya da primer grup ilişkilerinin azalması sonucunda oluşan, psikolojik distresin eşlik ettiği bir olgudur. Diğer yandan özgüven eksikliği ve düşük benlik saygısı da bireylerde yalnızlığın gelişmesine neden olabilmektedir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlığın spiritüel boyutu: Bireyler genellikle yalnızlık hissinden korkabilmekte ve bütün değerlerinden uzaklaştıklarını hissedebilmektedir. Bu doğrultuda, bireylerin özellikle dini inanç ve uygulamalara yönelmeleri, yalnızlık duygularını azaltabilmektedir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008) .

2.2.4. Yalnızlığın Belirtileri

Yalnızlığa ilişkin belirtiler, bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bir birey kendini yalnız hissettiğinde, bu durum bireyin yüz ifadelerinden

anlaşılabilir. Bu doğrultuda yalnızlık yaşayan bireylerin yüzlerinde anlamsız ve dalgın bir ifade gözlemlenebilmektedir. Aynı zamanda yalnız bireyler, güçsüzlük ve çaresizliklerini kabullenen, kendilerini herşeyden soyutlayan bireylerdir. Bununla birlikte bu bireylerde yeme alışkanlıklarında artma/ azalma, kilo alma/kaybetme, aşırı uyuma ya da uyumama, somatik ağrı, alkol kullanımı, umutsuzluk, kontrolsüz bir şekilde alışveriş yapma, aşırı televizyon izleme, ilaç kullanımı ve intihar girişimi gibi belirtilerden bir ya da birkaçı gözlemlenebilmektedir (Öz, 2004).

2.2.5. Yalnızlığın Sonuçları

İnsan, sosyal bir varlıktır. Bireylerin toplumdan uzaklaşarak yalnız kalması kendilerini yalıtılmış, amaçsız ve işe yaramaz hissetmelerine neden olabilir. Bu durum gün geçtikçe, yıkıcı kısır bir döngüye dönüşebilir. Bu döngü zamanla bireylerde depresyon gibi ruhsal problemler gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bununla birlikte bireylerin yaşama isteklerini ve doyumlarını kaybetmelerine yol açabilir (Yaşar, 2007). (Yaşar, 2007). Yalnızlık, bazen olumlu bir deneyimde olabilmektedir. Nitekim Yaşar'ın aktardığı üzere Younger (1995), “bireylerin kendilerini tanıyabilmek için yalnız kalmalarının iyi bir fırsat olabileceğini” bildirmiştir (Yaşar, 2007).

Bireyler için korkutucu bir deneyim olan yalnızlık bireyin hospitalizasyon sürecine bağlı olarak daha ciddi bir problem haline gelebilmektedir. Öz'ün (2004) aktardığı üzere Buch “Yalnızlığı hem akut hastalık hem de hastaneye yatmaktan kaynaklanan genellikle gözden kaçan psikososyal bir problem” olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte hastaneye yatan yetişkinlerin %50'sinin yalnızlık yaşadığı, özellikle özel odada ve kapalı ünitelerde yatan hastaların kendilerini daha yalnız hissettikleri bildirilmiştir (Öz, 2004).

Hastaneye yatma, yalnızlığın oluşumunda çevresel bir faktördür. Bu doğrultuda yalnızlık korkusu, hastanın hastaneye geldiği andan itibaren başlar. Hastane ortamı, bireyler tarafından aktivite kısıtlamasının olduğu, rahat hareket edilemeyen, gereksinimleri karşılama yönünden başka bir bireye bağımlı olunan, kendilerine pek çok girişimin uygulandığı, yakınlarından ayrı kalmaya neden olan, kendine özgü kuralları olan, gürültülü bir ortam olarak algılanmaktadır. Hastaneye yatma süreci ile birlikte birey üstlendiği hasta rolüne bağlı olarak aile, arkadaş ve meslektaşlarından ayrılır. Öz'ün (2004) bildirdiği üzere bu konuda Zack “Hastaneye yatma süreci ile birlikte bireylerin

yalnızlık yaşayabileceklerini ancak bu durumun geçici bir durum algılanması nedeniyle yalnızlığın azalabileceğini” bildirmiştir (Öz, 2004).

Hastalık biyopsikososyal bütünlüğü tehdit eden ve gelecekte de yalnız kalma korkusu yaşatan bir durumdur. Bununla birlikte hem fiziksel hem de psikolojik hastalık korkusu bütün gelişimsel dönemlerde yalnızlığa neden olabilmektedir. Nitekim literatürde uzun süre başkalarından izole olmayı gerektiren hastalıklar ile yalnızlık arasında bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir. Öz’ün aktardığı üzere Alkan’ın hastanede yatan bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmada bireylerin %65.2’sinin hastaneye yattığında yalnızlık yaşadığı, yaşanan yalnızlığın eğitim hariç, bireyin diğer sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada eğitim düzeyi ile yalnızlık arasında negatif bir ilişki söz konusu olduğu, bireyin eğitim düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin azaldığı bildirilmiştir.

Yalnızlık yaşadığını kabullenmek, yalnızlıkla baş etmede ilk basamaktır. Sosyal destek ile yalnızlık arasında da pozitif bir ilişki vardır. Nitekim, bireylerin sosyal destek düzeyleri arttıkça yalnızlık düzeyleri azalmaktadır. Yalnızlıkla etkin bir şekilde başedebilmenin yolu, amaçlı ve yaratıcı olmaktan geçmektedir. Bununla birlikte yalnızlığın hasta için anlamı ve yaşamına etkisi belirlendikten sonra uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Öz, 2004).

2.3. Ölüm

Ölüm, tüm yaşayan organizmaların paylaştığı evrensel bir olaydır (Sabuncu ve Özdilli, 2014). Ölüm, ilkel toplumlardan günümüze kadar hala bilinmezliğini koruyan ve insanların yanıt aramaya çalıştıkları bir kavramdır. Ölüm, yaşamın bir parçasıdır. Toplumumuzda, doğum mutluluk veren ve kutlamalara sebep olan bir olgu olmasına karşın, ölüm üzerinde konuşulamayan ve genellikle bireylerde korku uyandıran bir kavramdır (Öz, 2004). Bazı bilim adamları ve filozoflar ölümü yok oluş olarak açıklarken, bazı filozoflar ise ölümü biçim değiştirme olarak tanımlamışlardır. Bireylerin ölüme verdikleri kişisel anlam, yaşam deneyimlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Ölümün uyku, boyun eğme, kavuşma, yeniden doğuş gibi olumlu yanlarının yanı sıra ayrılık, kayıp, travma ve ceza gibi olumsuz yanları da bulunmaktadır (Sabuncu ve Özdilli, 2014). Ölüm, incelendiği bilime göre farklı şekillerde açıklanabilmektedir (Karaca, 2000; Badur, 2004; Aksu ve Okçay, 2010). Kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşümsüz biçimde kaybolması, biyolojik ölüm olarak

tanımlanmaktadır (Dekkers, 1996; Badur, 2004; Jones, 2004). Psikolojik anlamda ölüm ise zihnin bilinçli işlevlerini yapamamasıdır (Karaca, 2000; Aksu ve Okçay, 2010). Sosyal ölüm ise kişinin fiziksel işlevlerini tıbbi teknoloji sayesinde gerçekleştirebildiği, toplumsal işlevlerini ise diğer bireylerle etkileşim kuramadığı için yerine getiremediği bir durumdur (Karaca, 2000; Aksu ve Okçay, 2010).

2.3.1. Ölümü Açıklayan Kuramlar

Varoluşçu kurama göre ölüm: Varoluş kuramcılarına göre insan, doğduğunu ve bir gün öleceğini bilen tek canlıdır. Varoluş kuramcıları için ölüm yaşarken unutulmaması gereken, yaşama yön veren, yaşamın amacını ve anlamını keşfetmeye yardımcı olan bir kavramdır (Yalom, 2008; Sezer ve Saya, 2009; Dönmez, 2012; Önsöz, 2013; Özdemir, 2014). Varoluşçu yaklaşıma göre, “Bireyler kendi ölümlerini düşünüp, bu düşüncelerin davranışlarını yönlendirmesini sağlarsa, bireyler için tüm alışlagelmiş yaşam tarzları önemini yitirir. Böylece birey kendi yolunu çizer” (Karakuş ve ark., 2012; Önsöz, 2013; Özdemir, 2014). Varoluş kuramcıları ölümden ya da insana acı veren her türlü şeyden kaçınmanın, yaşamın kendisinden kaçınma ile sonuçlandığını ileri sürmüşlerdir (Yalom, 2008; Sezer ve Saya, 2009; Dönmez, 2012; Önsöz, 2013; Özdemir, 2014).

Psikoanalitik kurama göre ölüm: Psikoanalitik kuramın kurucusu Freud’a göre ölüm, hayatın asıl bir bileşenidir. Psikoanalitik kurama göre birey, yaşam içgüdü ve ölüm içgüdü ile birlikte dünyaya gelir. Yaşam içgüdü, genellikle bireyin yaşama sevincini ve cinsel içgüdülerini içerir. Ölüm içgüdü, bireyde yıkıcı ve yok edici eğilimleri kapsar (Dönmez, 2012; Önsöz, 2013; Özdemir, 2014). Psikoanalitik kurama göre, her birey bilinçaltında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bu nedenle bireyler, ölümlü olma düşüncesine karşı güçlü duygusal tepkiler gösterirler. Bununla birlikte ölümlü ilgili bilimsel bilgi eksikliği de bireylerin tutucu davranışlar sergilemesine neden olabilir (Dönmez, 2012; Önsöz, 2013; Özdemir, 2014).

2.3.2. Ölüm Algısı

Hayatın kaçınılmaz bir gerçeği olan ölüm, insanoğlunun yaşamak zorunda olduğu, yaşamın anlamını içinde barındıran bir gerçektir (Topuz, 2013). Toplum tarafından ölüm, genellikle diğer bireyler tarafından yaşanan bir olgu olarak görülmektedir. Bu nedenle bireylerin büyük çoğunluğu, kendi ölümlerinin erken olduğunu düşünmektedir. Aynı zamanda ölüm ile ilgili düşünceler bastırılarak,

bilinçaltına itilmektedir. Ölümü hatırlamak, ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini paylaşmak tercih edilmemektedir. Diğer yandan toplumda özellikle yaşlı bireyler ölüme daha yakın görülmektedir. Fakat ölüm, zamanı belli olmayan ve her bireyin yaşayacağı bir gerçektir (Öz, 2004; Sezer ve Saya, 2009; Topuz, 2013; Menekli ve Fadiloğlu, 2014).

Ölüm algısı ise bireyseldir. Ölüm algısı bireyin etrafında gerçekleşen ölüm olaylarına, bireysel deneyimlere, dini inanca ve kültürel değerlere göre şekillenebilmektedir (Öz, 2004; Sezer ve Saya, 2009; Topuz, 2013; Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Bireylerin içinde bulunduğu gelişim dönemi, ölüm algısını etkileyen önemli bir faktördür (Önsöz, 2013; Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Gelişimsel açıdan ölüm algısı, geri dönülemezlik/son, evrensellik/uygulanabilirlik, kaçınılmazlık, sonlanma/işlevsellik ve nedensellik olmak üzere beş aşamada gerçekleşmektedir. Geri dönülemezlik ya da son ölen bireyin tekrar geri dönemeyeceğini fark etmektir. Evrensellik ya da uygulanabilirlik; tüm canlıların ölümü bir gün yaşayacağını kavramaktır. Kaçınılmazlık, yaşayan bütün canlıların sonunda öleceğini anlamaktır. Sonlanma ya da işlevsizlik vücudun işlevlerini kaybetmesi sonucunda ölümün gerçekleştiğini kabul etmektir. Nedensellik ise vücudun fonksiyonlarını tamamen yitirmesi nedeniyle, ölümün yaşandığını anlamaktır (Sezer ve Saya, 2009). Bireylerin ölüm algısını etkileyebilecek birçok faktör bulunmakla birlikte, literatürde bireylere ölüm ile ilgili eğitimler verilmesinin, bireylerin ölüm algılarını olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmiştir (Rosenthal, 1980; Wass, 1983).

2.3.3. Bireylerin Ölüme Karşı Verdiği Tepkiler

Ölüme karşı hissedilen evrensel duygu korku olmasına karşın, her birey ölüm karşısında farklı duygular hissedebilmektedir. Bireylerin yaşadıkları ölüm korkusu, bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarından ayrılma, bedenini kaybetme ve acı duyma gibi düşüncelerinden kaynaklanabilmektedir (Kartopu, 2006; Altay ve ark., 2010). Ölümün bir gün gerçekleşeceğini bilmek, bireylerin zaman zaman ölümü düşünmesine neden olabilmektedir. Ancak bu düşüncenin aşırı, patolojik ve ölçsüz olması bireylerin psikolojisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla bireyin günlük yaşamını etkilememesi için kişinin ölüm hakkındaki düşüncesinin sınırlarının belirlenmesi önemlidir. Çünkü bireyin uyum ve dengesi bozulduğunda, kaygı düzeyi artabilmekte ve yaşadığı çevreye uyumu azalabilmektedir (Biro, 2003).

Kubler Ross ölmek üzere olan bireylerin çeşitli aşamalardan geçtiğini, fakat aşamaların her zaman birbirini izlemediğini bildirmiştir. Kubler Ross aynı zamanda

bireylerin yaşadıkları psikolojik evreleri tanımlamıştır. Ross'un bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada, bireylerin ölüme karşı gösterdiği aşamaların süresi ve sırasının bireysel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kubler Ross bireylerin ölümcül bir hastalığa karşı verdiği tepkilerin inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada gerçekleştiğini bildirmiştir (Uşşaklı, 2010):

İnkâr (İzolasyon); ölüm gerçeğine karşı bireylerin gösterdiği ilk tepkidir. Bu aşamada birey öleceğine inanmak istemez. “Hayır ... ben değilim, bir yanlışlık olmalı” gibi ifadeler kullanılır. Bireyler bu aşamada yaşam için büyük bir umuda gereksinim duyar (Uşşaklı, 2010).

Öfke (Kızgınlık); bu aşamada bireyler sağlıklı bireylere ve Allah'a öfke duymakta, “Niçin ben?” sorusunu sormakta ve kendilerini haksızlığa uğramış hissetmektedir. Zaman zaman birey yaşadığı bu öfkeyi Allah'a, sağlık personeline ve aile üyelerine yöneltebilmektedir (Uşşaklı, 2010).

Pazarlık; bu aşamada birey ölümü ertelemek için Allah ile anlaşma yapmaya çalışmaktadır. Birey genellikle yaşam süresinin uzaması ya da acı hissetmeden birkaç gün geçirebilme gibi isteklerde bulunmaktadır. Pazarlık aşaması bireyin ölümü erteleme çabası olarak değerlendirilebilmektedir (Uşşaklı, 2010).

Depresyon; birey fiziksel durumunun ağırlaşması ile birlikte depresyon yaşayabilmektedir. Bu süreçte birey “Evet, ben” diyerek içine kapanabilmekte, kendini deprese hissedebilmektedir. Kubler Ross bu dönemde reaktif ve hazırlayıcı depresyon olmak üzere iki tip depresyon tanımlamıştır. Reaktif depresyon, bireyin hastalıktan önce onu mutlu eden deneyimleri kaybedecek olması sonucunda yaşanan depresyon; hazırlayıcı depresyon ise yakın zamanda sevdiği kişilerden ayrılacak olma endişesi sonucunda yaşanan depresyon olarak tanımlanmaktadır (Uşşaklı, 2010).

Kabullenme; bireyin yaşadığı son aşamadır. Bu aşamada birey son isteklerini yerine getirme çabasına girmekte, genellikle yarım kalan işlerini bitirme isteği duymakta ve dine bağlanma görülebilmektedir. Kubler Ross bu aşamayı “Ne mutlu, ne mutsuz dönem” olarak tanımlamaktadır (Uşşaklı, 2010).

2.4. Spiritüalite

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır. İnsan bütüncül olarak değerlendirildiğinde spiritüel boyutu olduğu da görülmektedir. DSÖ yapmış olduğu sağlık tanımında iyilik halinin devamlılığını sağlamak için fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olduğu kadar

spiritüel yönden de bireylerin değerlendirilmesinin son derece önemli olduğunu bildirmiştir (Ergül ve Bayık, 2004; McSherry ve ark., 2004; Öz, 2004). Bununla birlikte geçmişte spiritüalitenin dini gruplardan etkilendiği, günümüzde ise bireyin daha çok iç dünyası ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Sülü, 2006).

Spiritüalite (maneviyat), insanın yaşam amacını oluşturan ve yaşama anlam veren bileşenleri kapsamaktadır. Literatürde spiritüalite kutsal ve dinsel arayış, fiziksel ya da sonu olan varoluştan geçerek evrenin anlamını bulma isteği, ilahi ya da daha üst güç yaşantısına gereksinim olarak tanımlanmaktadır (Sülü, 2006). Budist inançlarına göre spiritüalite, insan olmanın özü ve sonsuz huzur olarak tanımlanmaktadır. Spiritüalitenin bedeninin nefes alması ve bireyin varlığı için gerekli olduğu kabul edilmektedir (Como, 2007).

Spiritüalite tüm dünya genelinde kültürel geleneklerin ve dinlerin kabul ettiği, insanın varoluşu için gerekli olan, yaşam veren ilkeler olarak görülmektedir. Ayrıca literatürde spiritüalitenin insanda doğum anından itibaren bulunduğu ve yaşam deneyimlerini elde edene kadar uyku halinde olduğu kabul edilmektedir (Como, 2007).

Walsh (2008) spiritüaliteyi “Bilinç ötesi/metafizik inanç ve uygulamaları içine alan kapsayıcı yapı” olarak ifade etmiştir.

Narayanasamy ve Owen (2001) spiritüaliteyi “Gizli bir yolculuk, yaşama verilen anlam ve amaç, koşulsuz sevgi ile bağlanma” olarak tanımlamıştır.

Spiritüalite literatürde “bireyin yaşam prensibi ya da temeli”, “gizli yolculuk”, “koşulsuz sevgi ile bağlanma”, “kendi içinde bağlılık”, “sır, büyük güç, Tanrı ya da evren ile bağlantı hissi ya da yaşam ilişkisi”, “bireyin dünya ile ilişkili inançları” olarak da açıklanmaktadır (Akt: Narayanasamy ve Owen, 2001).

Spiritüalite kavramının dilimizde tam bir karşılığı olmaması nedeniyle, yerine maneviyat terimi kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu maneviyatı “Maddi olmayan, manevi şeyler, yürek gücü, moral” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2018).

2.4.1. Spiritüalite İle İlişkili Kavramlar

Bireyin kendisi, başkaları ve “Tanrı/Ulu güç” kavramı; spiritüalite kavramında öne çıkan üç güçlü temadır. Bireyin kendi spiritüalitesinin, iç benliğinde bulunan bileşenleri geliştirmesi sonucunda oluştuğu ve iç gücünü pozitif yönde etkilediği ileri sürülmektedir (Yılmaz, 2011). Spiritüalite, bireyin yaşadığı toplum koşulları ile gelişmektedir. Bu nedenle farklı toplumlarda ve koşullarda yaşayan bireylerin farklı

spiritüel bakış açısına sahip olması beklenen bir durumdur. Birey yaşadığı toplumda bağışlanma, diğer bireylerle ilişki kurma, başkalarına sevgi gösterme, başkalarından sevgi görme, güven ilişkisi kurma ve dokunma gibi temaslar yoluyla kendi spiritüel gereksinimlerini karşılar. Bu nedenle bireyin başkaları ile olan ilişkisi spiritüel boyutun bir temeli olarak görülmektedir (Yılmaz, 2011).

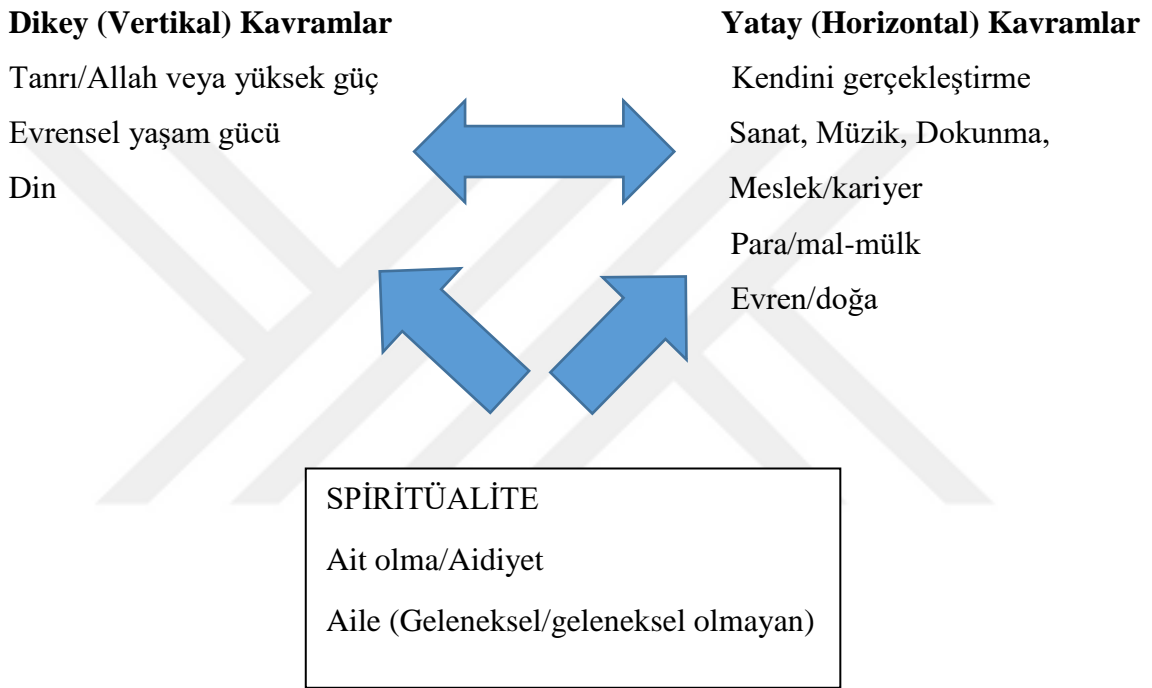
Bireyin Tanrı/Ulu güç ile olan ilişkisi ise geleneksel dini bir çerçevedir. Dine göre daha yalın ve daha az sınırlayıcı olan bir bakış açısıdır. Birey yaşamında en değer verdiği şeye Tanrı/Ulu güç gibi saygı gösterebilmektedir. Bireyin yaşamında olan Tanrı ya da Ulu gücün daha az kutsal ve realistik bir kavram olabileceği bildirilmektedir. Bu tanımda temel nokta, Tanrı ya da Ulu gücün bireyi aktive eden bir güç olmasıdır (Yılmaz, 2011).

Yaşamın anlamı ve amacı; spiritüalitenin merkezinde olan bir kavramdır. Bireylerin yaşama bir anlam vermesi, yaşam için temel olan evrensel bir gereksinimdir. Yaşama verilen anlamın eksik olması bireylerde boşluğa, umutsuzluğa ve spiritüel distrese neden olabilmektedir. Spiritüalitede yaşamın anlamı ve amacı, bireyin yaşamında değerli olan durum ve ilişkileri kapsamaktadır. Bireyin kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç temaları ile bu temaların birbiriyle olan ilişkisi yaşamın anlamını bulmaya katkıda bulunmaktadır. Yaşamın anlamı bireyin eşsizliğini ve bireyselliğini sağlamaktadır. Bireyler “Yaşamın anlamı nedir?, Neden acı çekme var?, Neden ben acı çekiyorum?” gibi sorulara cevap arayarak yaşamın anlamını araştırabilmektedir (Yılmaz, 2011).

Hastalık, acı çekme ve ölüm ile karşı karşıya kalma bireysel tehdit olarak algılanabilmektedir. Birey bu gibi durumlarda, kendisi ile barışık değildir. Bununla birlikte birey, baş etme sürecini başarılı bir şekilde yönetemediğinde yaşamın anlamını bulma konusunda zorluk yaşayabilir (Yılmaz, 2011).

İlgi/bağlanmışlık; kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bu üç temanın birbirleriyle olan ilişkisinin spiritüalitenin kalbi olduğu düşünülmektedir. İlgi/bağlanmışlığın üretebilme, başkalarına yararlı olma ve ulaşmak istediği hedefi başarma yeteneği olmak üzere üç şekilde gözlemlenebildiği belirtilmektedir. Bununla birlikte bu bileşenlerin bireyin diğer bireyler ile sevgi ve ilişki kaynaklarını belirlemesinde, bütünlük duygusunu yaşamasında son derece önemli olduğu kabul edilmektedir (Yılmaz, 2011).

Ormsby ve arkadaşlarının aktardığına göre Moberg (1979) spiritüaliteyi tanımlayabilmek için sosyolojik bir model geliştirmiştir. Bu modele göre spiritüalite dikey (vertikal) ve yatay (horizontal) olmak üzere iki boyutun kombinasyonudur (Şekil 1). Dikey boyut, kişinin Tanrı ile olan ilişkisini, yatay boyut ise bireyin yaşama stilini, kendisi, diğer bireyler ve çevresi ile olan ilişkisini ifade etmektedir. Spiritüalitenin dikey ve yatay boyutu, bireyin spiritüalitesinin dışı dönük göstergesi olarak kabul edilmektedir (Ormsby ve ark., 2003).



Şekil 1. Spiritüalitenin sosyolojik bir modeli (Yılmaz, 2011)

Spiritüel iyilik hali; dikey ve yatay boyutta bulunan bileşenler arasındaki pozitif ilişkiyi ifade etmektedir. Spiritüel iyilik hali, bireyin sağlığını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Birey spiritüel sağlık deneyimi iyi ise diğer bireyleri affedebilmekte, zorlukları ve hastalıkları daha kolay kabul edebilmektedir (Küçük, 2016).

İnanç; sağlığın ve spiritüalitenin merkezidir. Bireylerin, diğer bireyler ve kutsallar ile ilgili deneyimlerini anlamalarında ve cevap vermelerinde inançları önemlidir. Bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili inançları göz önünde bulundurularak, yaşamlarını nasıl yönettikleri ve iyileşme durumları ile inançları arasındaki ilişkiyi nasıl yorumladıkları sorgulanmalıdır. Bireylerin sağlığına, farmakolojik tedavi ve klinik

uygulamalar ile birlikte yaşamına anlam veren inançları da katkıda bulunmaktadır (Cobb, 2014).

Umut; insan olmanın doğasında vardır. Umut kararlılık, dayanıklılık, güç, ilham vb. gibi olumlu deneyimlerle ilişkilidir. Umut, basit ve karmaşık bir kavramdır (Eliot, 2014).

Saygınlık; bireysel olarak belirlenmektedir. Saygınlık, insan sağlığını çeşitli yönlerden etkilediği için bu konuda birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda saygınlık ile maneviyat arasında karşılıklı, güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte onur ve maneviyatın birbiriyle ilişkili yapıları, insan ruhunu koruyan bir merhem olarakta görülebilmektedir (Sinclair ve Chochinov, 2014).

2.4.2. Spiritüel Yaklaşımlar

Yılmaz'ın aktardığına göre Bash (2004) spiritüalitenin Tanrıci olmayan yaklaşım, Tanrıci yaklaşım ve medya yoluyla yaklaşım olmak üzere üç şekilde tanımlanabileceğini ifade etmiştir (Akt: Yılmaz, 2011).

Tanrıci olmayan yaklaşım; “üstünlüğe teslim olma” düşüncesinin yerine “topluma ait olma” kavramını dikkate alan ve dinsel olmayan düşünce yolunu benimseyen bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre spiritüalite, var olmanın özüdür. Doğuştan gelen içgüdüsel bir farkındalıktır. Bireyin kendi manevi yönünü kavraması iç huzuru ve bireysel memnuniyeti artırmaktadır. Spiritüalite, bireyi bencil olmaktan uzaklaştırmakta, diğer bireylerin mutlu olmasına öncelik vermesini sağlamaktadır (Yılmaz, 2011; Uygur, 2016).

Tanrıci yaklaşım; bireyin yaşadığı ortam ve koşullarda var olan “üstün güç/Tanrı” ile arasında bir ilişkinin olduğu yaklaşımdır. Spiritüalitede bu ilişki bireyin öğrenme ve değişim süreci olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2011; Uygur, 2016).

Medya yolu ile yaklaşım; güçlü dini inanca sahip olmayanların konuşma ve düşünce şekillerine ilişkin sorulara yanıt vermeye çalışan yaklaşımdır. Spiritüalite, üstün güce ulaşmak için kullanılan bir kavramdır. Bu yaklaşım, hem üstün gücü içermesi hem de soru ve cevaplara ulaşabilmek için daha üstün gücün gerekli olduğunu reddetmesi nedeniyle oldukça karmaşıktır (Yılmaz, 2011; Uygur, 2016).

Kavramın açık bir şekilde tanımlanmasına yönelik olan bu yaklaşımlar, spiritüalitenin birçok tanımının yapılmasına neden olmuştur. Bu tanımlar genellikle din

ve anlam arama ile ilgilidir. Bu konudaki literatür incelendiğinde, spiritüalite tanımının genellikle dört temel konu doğrultusunda ele alınarak açıklandığı görülmektedir. Bunlar;

1. Dini inançlar sistemi olarak spiritüalite
2. Yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişki olarak spiritüalite
3. Dini olmayan değer ve inançlar sistemi olarak spiritüalite
4. Metafizik ya da üstünlük fenomeni olarak spiritüalite (Sessanna ve ark., 2007).

Tıp ve hemşirelik literatüründe, spiritüalite ile ilgili tanımlara bakıldığında, spiritüalitenin her zaman din ile ilişkili olmayacağı belirtilmiştir (Carroll, 2001). Ledger (2005), spiritüalite ile ilgili, dini ve dini olmayanları tanımları da içerecek şekilde en kapsamlı tanımın Murray ve Zenter (1989) tarafından yapıldığını bildirmiştir. Murray ve Zenter spiritüaliteyi, “Herhangi bir Tanrıya inanmayanlarda dahil olmak üzere ilham, saygı, tanrıya boyun eğme, anlam ve amacı araştıran dini bağlılığın ötesine giden kalite” olarak tanımlamaktadır (Akt: Yılmaz, 2011). Bununla birlikte spiritüalite geçmişte özellikle dini grup üyelerinin üzerinde çok durduğu bir kavram olması nedeniyle, genellikle din kavramı ile karıştırılmıştır.

1980’li yıllarda özellikle Hristiyanlıkta din ve spiritüalite arasında, güçlü bir bağın olduğu bildirilmiş olmasına karşın (Carroll, 2001), bu iki kavram arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır (Hatch var ark., 1998; Kostak, 2007). Spiritüalite, çoğunlukla kişisel ve iradi nitelikleri kapsarken, din toplumda paylaşılan inançlar ve ritüellerle bir topluluktaki bağlantıları içermektedir (Koenig, 2004). Din, yaygın anlamda inanç sisteminde kutsal ve metafizik değerlere ya da tanrı düşüncesine yer veren ve inanan bireylere bir yaşam biçimi öngören sistem olarak ifade edilmektedir (Küçük, 2016). Spiritüalite, dini inanç ve ritüelleri de kapsayan daha geniş ve bireysel bir kavramdır. Bu nedenle din, spiritüalitenin spesifik bir boyutu olarak düşünülebilmektedir. Diğer yandan dini inançları zayıf olan bireyler de, spiritüel bir boyuta sahip olabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007).

2.5. Onkoloji Hastalarının Psikososyal Yönden Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Psikososyal tedavi ve bakım, kanser hastalığının ayrılmaz bir parçasıdır. Psikososyal bakım, bireyin bilişsel, sosyal, duygusal, psikoseksüel, kültürel ve spiritüel

gereksinimlerini tanımlama ve karşılama sürecidir. Psikososyal bakımda amaç, bireyin tanı ve tedavisine uyumunu artırmak, içinde bulunduğu durumu değerlendirmesine ve kabul etmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte bireyin problemleri ile baş edebilmesi, yaşam planını ve önceliklerini oluşturabilmesi, umudunu koruyabilmesi, çevresindeki kişilerle ilişkilerini düzenleyebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi psikososyal bakımın diğer amaçları arasında yer almaktadır (Kocaman Yıldırım, 2014). Literatürde onkoloji hasta ve yakınlarına psikososyal bakım sunumunda tüm sağlık bakım profesyonellerinin özellikle de hemşirelerin birtakım becerilere sahip olmaları gerektiği; bu becerilerin psikososyal tanılama becerisi, terapötik iletişim becerisi, bilgi verme becerisi, baş etme becerisi, riskli grupları belirleme ve yönlendirme becerisini içerdiği bildirilmiştir (Kocaman Yıldırım, 2014):

Psikososyal tanılama; hemşire ile hasta ve yakınlarının ilk görüşmesiyle başlayan bir süreçtir. Hemşire tanılama sürecinde, bireyin sağlık ve hastalığı algılama durumunu, hastalığın yaşamını nasıl etkilediğini, stresle baş etme yöntemlerini, daha önce yararlandığı baş etme mekanizmalarını, değer ve inanç sistemlerini, ailesinin ve yakınlarının tutumunu, sosyal destek sistemlerinin varlığını belirlemeye yönelik açık uçlu sorular sormalıdır. Bununla birlikte hemşireler hastanın psikososyal gereksinimlerini belirleyebilmek için bu konuda geliştirilmiş olan ölçeklerden de yararlanabilir (Kocaman Yıldırım, 2014; Kocaman Yıldırım ve ark., 2014).

Terapötik iletişim becerisi; duygusal rahatlama ile birlikte bireyin sorunlarına, yeni bir bakış açısı geliştirilmesini sağlayan işbirlikçi bir süreçtir. Terapötik iletişimi başlatmak ve devam ettirmek için bazı tekniklerden yararlanılabilmektedir. Bu teknikler gözlemleri iletme, varlığını sunma, bilgi verme, açık uçlu sorular sorma, konuşmayı devam ettirmeye yöneltme, kabullenme ve yoğunlaşma tekniklerini içermektedir. Bu teknikler hasta ve hemşirenin karşılıklı olarak birbirini anlamasına yardımcı olmaktadır (Kocaman Yıldırım ve ark, 2014; Kocaman Yıldırım, 2014).

Bilgi verme becerisi; hastayı bilgilendirmek, soru sormasına fırsat vermek ve hastanın kararlara katılımını sağlamak, hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Literatürde kötü iletişimin ve yetersiz bilgilendirmenin hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Middleton, 2014). Onkoloji hemşirelerinin hasta ve yakınlarını mevcut durum hakkında bilgilendirmesi son derece önemlidir. Hemşire, hasta ve ailesine bilgi vermeden önce uygun bir ortam sağlamalıdır. Hemşire,

hastanın eğitim ihtiyacı doğrultusunda bilgi almak istediği konuları, beklentilerini ve eğitime hazır oluşluğunu belirlemelidir. Hastaya bilgi verirken, etkin iletişim tekniklerinden yararlanmalı, göz teması kurmalı ve hastanın beden dilini iyi gözlemlemelidir. Bilginin miktarı ve yönetimi hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte bu süreçte açık, net ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Hastanın eğitim ve bilgilendirme süreci anlatım, resim ya da çeşitli araç-gereçlerle desteklenmelidir. Hastanın soru sormasına fırsat verilmelidir. Hastanın verdiği bilgiler, belli aralıklarla özetlenmelidir. Bilgilerin hatırlanmasını kolaylaştırmak ve hastaya destek olmak amacıyla hastanın isteği doğrultusunda bir yakını da bu sürece davet edilebilir. Bilgilendirme sonrasında, hastadan öğrendiklerini tekrarlaması rica edilmelidir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2014; Kocaman Yıldırım, 2014).

Baş etme becerisi; onkoloji hemşireleri bu süreçte hastanın yardım isteme ve alma motivasyonu ile sosyal destek kaynaklarına ulaşabilirliğini değerlendirmelidir. Eğer hasta bireyin sosyal destek sistemi yetersiz ise, profesyonel bir desteğin sağlanması önemlidir. Literatürde onkoloji hastalarının destekleyici aile üyelerine sahip olmasının, sağlık sonuçlarını pozitif yönde etkilediği ve arkadaş desteğinin hasta bireylerin umutsuzluk düzeyini azalttığı bildirilmektedir. Bununla birlikte hasta bireylerin yaşadıkları güçlükleri sosyal destek mekanizmaları ve kendilerine bakım veren hemşirelerin yardım ve desteğiyle aştıkları bildirilmektedir (Günüşen ve ark., 2013; Öztunç ve ark., 2013; Kocaman Yıldırım, 2014; Yoo ve ark., 2014).

Hasta, bireyin sosyal destek sistemlerini kullanması kadar maneviyattan yararlanması da önemlidir. Bu doğrultuda hastanın manevi (spiritüel) gereksinimleri belirlenmelidir. Manevi gereksinimlerin tanınması sonrasında aktif dinleme, etkinlik terapisi, sanat terapisi, dikkati başa yöne çekme, hayvan destekli terapi, müzik terapisi, dini ritüelleri artırma, hayal kurma, hatırlama/anı terapisi gibi spiritüel hemşirelik girişimlerinden yararlanılabilir (Yılmaz, 2011; Kocaman Yıldırım, 2014; Eğlence, 2017).

Riskli hastaları belirleme ve yönlendirme; olası problemleri önleme açısından son derece önemlidir. Psikolojik distres ve semptom yükü yüksek olan, tedaviyi kabul etmeyen, destek sistemleri yetersiz olan ve intihar girişim riski bulunan hastaların onkoloji ekibi tarafından psiko-onkoloji veya konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresine yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu yönlendirme sonrasında hastalara bireysel veya grup

olarak biyofeedback, anksiyete yönetimi, danışmanlık, stresle baş etme becerileri, sanat ve aile terapisi gibi psikososyal girişimler uygulanabilmektedir. Literatürde, hastalara uygulanan psikososyal girişimler sonucunda, bireylerin tedaviye uyumunun arttığı, distres, anksiyete ve depresyon düzeylerinde bir azalma meydana geldiği bildirilmektedir (Galway ve ark., 2012; Yavuzsen ve ark., 2012; Matsuda ve ark., 2013; Kocaman Yıldırım, 2014).

Sonuç olarak kanser, ölüm ve acıyı çağrıştırmaları nedeniyle bireyleri duygusal, ruhsal ve davranışsal yönden etkileyen bir hastalıktır (Ateşçi ve ark., 2003). Kanser geleceğe yönelik belirsizlik içermesi, bireylerde umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, suçluluk, panik ve kaygı uyandırması bireylerin hastalığa uyumunu etkileyebilmektedir (Peykerli, 2003; Kelleci, 2005; Bahar, 2007; Çalışkan ve ark., 2015). Bu doğrultuda onkoloji hastalarına psikososyal destek ve bakım sunmada, bireylerin hastalık ve tedaviye uyumlarını artırmada sağlık ekibinin tüm üyelerine özellikle hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Ateşçi ve ark., 2003; Bahar, 2007; Çalışkan ve ark., 2015).

Bununla birlikte insanın yaşamında sınırlarını zorlayan hastalık gibi durumlarla başa çıkabilmesinde, spiritüel değerleri ve inançları oldukça önemli rol oynamaktadır. Onkoloji hastaları hastalığın tanı, tedavi ve prognozu süresince ölüm gerçeği ile yüzleşmekte; kişisel deneyimleri, ahlaki, spiritüel ve kültürel değerleri doğrultusunda dünya ve gelecekle ilgili yeni anlamlar geliştirmektedir. (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Literatürde, spiritüalitenin bireyin hastalığından anlam bulma yeteneği ile yaşama umudunu arttırdığı (Gönenç ve ark., 2016), bireyin manevi yönünün yüksek olmasının fiziksel ve mental sağlığını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Brady ve ark., 1999; Moadel ve ark., 1999; Hematti ve ark., 2015; Heather ve ark., 2015; Salsman ve ark., 2015). Onkoloji hastalarının yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik halleri arasında bir ilişkiden söz etmek mümkün olmakla birlikte, bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

3. MATERİYAL VE METOT

3.1. MATERİYAL

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin onkoloji kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 20.03.2018-20.09.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin onkoloji kliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan büyük ve gelişmiş bir üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve bazı çevre illerdeki onkoloji hastalarının çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi onkoloji servisi 22 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 25 hemşire, 08-16 ve 16-08 saatleri arasında vardiyalı olarak görev yapmaktadır.

3.2. METOT

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde, evrenin bilindiği durumlarda, örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017). Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin onkoloji kliniğinde Mayıs 2017 – Kasım 2017 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş olan 710 onkoloji hastası oluşturmuştur. Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 326 hasta olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 347 hastaya ulaşıncaya veri toplama süreci tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

N: Evrendeki birey sayısı.

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{710 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (710-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 326

Araştırmaya kolay iletişim kurulabilen, soruları cevaplamakta engel oluşturacak tıbbi açıdan herhangi bir hastalığı olmayan, kanser tanısı almış, 18 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü kadın ve erkek hastalar alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:57) hastalar, çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu çalışmada, anket formunun cevaplanma oranı %86'dır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Koçanoğlu, 2005; Öner, 2012; Yazgan, 2014; Çalışkan ve ark., 2015; Çıracı, 2015) hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici “Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu”, “UCLA Yalnızlık Ölçeği”, “Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği” ve “FACIT-Spiritüel İyilik Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında

taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Pilot çalışmada yer alan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılan onkoloji hastalarına, çalışma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler, yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulama süresi yaklaşık 15-20 dk'dır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 13 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, cevabı evet ise çocuk sayısı, evde kimlerle birlikte yaşadığı, gelir durumu) ve klinik bilgilerini içeren 18 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar, mevcut tanısı, kanser tanısını ne zaman aldığı, yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedavi türleri, başka organa yayılım olma durumu, hastalığını nasıl algıladığı, hastalığına uyum sağlama durumu, şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı, hastalığının tedavisine ne zaman başladığı, tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumu, arkadaşları, eşi ve ailesi ile ilişkilerini nasıl tanımladığı v.b.) olmak üzere toplamda 31 sorudan oluşmaktadır.

UCLA Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon)

UCLA-Yalnızlık Ölçeği, bireylerin yalnızlık algılarını değerlendirmek amacıyla Russell ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan bir ölçektir. Ölçek ilk olarak, 1980 yılında Russell ve arkadaşları tarafından, daha sonra ise 1996 yılında Russell tarafından tekrar revize edilmiştir. Russell, revizyon çalışmaları sonrasında UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin, üçüncü versiyonunun oldukça güvenilir olduğunu bildirmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak 1984 yılında Yaparel tarafından, daha sonrada 1989 yılında da Demir tarafından yapılmıştır.

UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin Üçüncü Versiyonu 5'i olumlu (2., 3., 7., 9. ve 10. maddeler), 5'i olumsuz (1., 4., 5., 6. ve 8. maddeler) olmak üzere 10 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin olumlu ifadelerini içeren maddeler puanlanırken "Hiç Yaşamam = 4 puan", "Nadiren Yaşarım = 3 puan", "Bazen Yaşarım = 2 puan" ve "Sık

Sık Yaşarım = 1 puan” olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin olumsuz ifadelerini içeren maddeler için ters puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 10, en yüksek toplam puan ise 40’dır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça yalnızlık duygusunun arttığı, ölçekten alınan toplam puan azaldıkça da yalnızlık duygusunun azaldığı kabul edilmektedir.

Russell, UCLA-Yalnızlık Ölçeği’nin üçüncü versiyonunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 olarak belirlemiştir (Russell, 1996). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak saptanmıştır. UCLA-Yalnızlık Ölçeği’nin kullanılabilmesi için Russell’dan izin alınmıştır (Ek-7).

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Cicirelli (1998) tarafından ölüme atfedilen anlamları ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Koçanoğlu tarafından yapılmıştır (Koçanoğlu, 2005). Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği “Yok Olma”, “Ölüm Sonrası Hayat” ve “Motivasyon/Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak” olmak üzere 3 alt boyut ile 15 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Her maddeye verilen puanlar 1 ile 5 puan arasında değişmektedir. Bu ölçeğin maddelerine verilen cevaplar doğrultusunda “Kesinlikle Katılmıyorum=1 puan”, “Katılmıyorum=2 puan”, “Kararsızım=3 puan”, “Katılıyorum=4 puan” ve “Kesinlikle Katılıyorum =5 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin bütününden elde edilecek bir toplam puan bulunmamaktadır. Alt boyutlardan elde edilen yüksek puan, bireylerin ölüme verdiği anlamı ifade etmektedir.

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği “Yok Olma” alt boyutu 5 maddeden (1.,2.,3.,6. ve 9. maddeler), “Ölüm Sonrası Hayat” alt boyutu 3 maddeden (7., 10. ve 12. maddeler) ve “Motivasyon/Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak” alt boyutu 7 maddeden (4., 5., 8., 11., 13., 14. ve 15. maddeler) oluşmaktadır.

Koçanoğlu’nun (2005) çalışmasında Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği’nin, Yok Olma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,78, Motivasyon/Geride Anlamlı Şeyler Bırakma Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,72, Ölüm Sonrası Hayat Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,82 ve ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,67 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği’nin, Yok Olma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,62, Motivasyon/Geride Anlamlı Şeyler Bırakma Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94,

Ölüm Sonrası Hayat Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,72 ve ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ise 0,90 olarak saptanmıştır. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe'ye uyarlayan Koçanoğlu'ndan izin alınmıştır (Ek- 8).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği

FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp), kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan bireylerin spiritüel iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla, Peterman ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir (Peterman ve ark., 2002). FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği, “Anlam” alt boyutu (2., 3., 5. ve 8. maddeler), “Barış” alt boyutu (1., 4., 6. ve 7. maddeler) ve “İnanç” alt boyutu (9., 10., 11. ve 12. maddeler) olmak üzere 3 alt boyut ile toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Peterman ve arkadaşları FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'nin Anlam/Barış ve İnanç olmak üzere 2 alt boyut ya da Anlam, İnanç ve Barış olmak üzere 3 alt boyut şeklinde kullanabileceğini bildirmektedir. FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması Aktürk ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Aktürk ve arkadaşları yapmış oldukları Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonrasında FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'nin 3 alt boyuttan oluşan formunu kullanımını önermektedirler (Aktürk ve ark, 2017).

FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne göre bireylerden geçirdikleri son 7 güne göre ölçeğin maddelerini cevaplandırmaları istenmektedir. Bu ölçeğin maddelerine verilen cevaplar doğrultusunda “Hiç=0 puan”, “Çok Az=1 puan”, “Biraz=2 puan”, “Oldukça=3 puan” ve “Çok Fazla=4 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte negatif anlam taşıyan sorular için ters puanlama yapılmaktadır (4. ve 8. maddeler). Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 48 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin spiritüel iyilik düzeyinin arttığına, alınan puanların azalması ise bireyin spiritüel iyilik düzeyinin azaldığına işaret etmektedir.

Peterman ve arkadaşları (2002) ölçeğin İnanç alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,88, Anlam/Barış alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,81 ve ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,87 olarak belirlemişlerdir. Aktürk ve arkadaşları (2017) ise ölçeğin İnanç alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0.93, Anlam alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik

katsayısını 0.78, Barış alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0.81 ve ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak saptamışlardır.

Bu çalışmada FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,95, Anlam Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83, Barış Alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 ve ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak belirlenmiştir. FACIT- Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'nin kullanımı için ölçeği geliştirenler ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek-9) (Ek-10).

3.2.4. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek alt boyutları ve genel boyutlar arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelendi. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach's Alpha ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman sıra korelasyonu testi kullanıldı. Nicel veriler ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, nitel veriler de frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (29.12.2017/ Sayı: B.30.2.0DM.0.20.08/1317) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-5). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden yazılı (16/01/2018/ Sayı: 153.74210-757.01-E.1427) (Ek-6) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Onkoloji kliniğinde yatan hastalara, araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın yalnızca bir hastanede yapılmış olması,
- Elde edilen bulguların hastalarla eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması, yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gözlemler yapılamaması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda hem nitel hem de nicel araştırma yöntemlerinden yararlanarak, hastalarla eşzamanlı olarak odak grup görüşmeleri yapılması önerilmektedir.



4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=347)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları 61,2 ± 13,2	30-40 yaş	23	6,6
	41-51 yaş	61	17,6
	52-62 yaş	94	27,1
	63-73 yaş	105	30,3
	74 yaş ve üzeri	64	18,4
Cinsiyet	Kadın	129	37,2
	Erkek	218	62,8
Medeni durum	Bekâr	56	16,1
	Evli	291	83,9
Eğitim durumu	Okur yazar değil	41	11,8
	Okur-yazar	41	11,8
	İlkokul	148	42,7
	Ortaokul	40	11,5
	Lise	50	14,4
	Üniversite	27	7,8
Çalışma durumu	Evet	55	15,9
	Hayır	292	84,1
Meslek	Ev hanımı	83	23,9
	İşçi	20	5,8
	Memur	17	4,9
	Serbest meslek	17	4,9
	Emekli	193	55,6
	Öğrenci	1	0,3
	İşsiz	16	4,6
Sosyal güvence	Var	329	94,8
	Yok	18	5,2
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	128	36,9
	İlçe	179	51,6
	Köy	40	11,5

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	312	89,9
	Geniş aile	33	9,5
	Diğer	2	0,6
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	317	91,4
	Hayır	30	8,6
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	124	35,7
	Çocukları	33	9,5
	Eşi ve çocukları	161	46,4
	Tek başına	16	4,7
	Diğer	13	3,7
Gelir durumu	Gelir giderden az	26	7,5
	Gelir gidere eşit	312	89,9
	Gelir giderden fazla	9	2,6

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %62,8’ini erkeklerin, %37,2’sini kadınların oluşturduğu, %83,9’unun evli, %16,1’inin bekâr olduğu, %42,7’sinin ilkökul mezunu olduğu, %15,9’unun çalıştığı, %55,6’sının emekli olduğu, %94,8’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %51,6’sının ilçede yaşadığı, %89,9’unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %91,4’ünün çocuk sahibi olduğu, %46,4’ünün evde eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı ve %89,9’unun gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlendi. Hastaların yaş ortalamaları $61,2 \pm 13,2$ ’dir (Tablo 1).

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=347)

Özellikler		n	%
Mevcut tanısı	Akciğer kanseri	103	29,7
	Lösemi	117	33,7
	Mide kanseri	23	6,6
	Kolon kanseri	19	5,5
	Lenfoma	18	5,2
	Diğer	67	19,3
	Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	139
Hayır		208	59,9
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=139)	Diyabet	57	40,7
	Hipertansiyon	90	64,3
	Kalp hastalığı	24	17,1
	KOAH	6	4,3
Yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma durumu	Evet	75	21,6
	Hayır	272	78,4
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	18	5,2
	2. Evre	129	37,2
	3. Evre	72	20,5
	4. Evre	128	37,1
*Uygulanan tedavi türü	Cerrahi tedavi	63	18,4
	Radyoterapi	80	23,3
	Kemoterapi	321	93,6
	Hormon tedavisi	2	0,6
Metastaz varlığı	Var	130	37,5
	Yok	217	62,5

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
*Cevabı evet ise hangi organlara yayılım gösterdiği (n=130)	Sürrenal	27	20,7
	Karaciğer	17	13,1
	Akciğer	44	33,8
	Kemik	52	40,0
	Beyin	2	1,5
	Tiroid	8	6,1
Mevcut hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	18	5,2
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	312	89,9
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	17	4,9
Hastalığına uyum sağlama durumu	Evet	319	91,9
	Hayır	28	8,1
Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı	Çok kötü	21	6,1
	Kötü	52	15,0
	Orta	46	13,2
	İyi	119	34,3
	Çok iyi	109	31,4
Tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını olma durumu	Evet	322	92,8
	Hayır	25	7,2
Arkadaşları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	259	74,6
	İyi	60	17,3
	Orta	25	7,2
	Kötü	3	0,9
	Çok kötü	0	0,0
Eşi ile ilişkisini nasıl tanımladığı(n=291)	Çok iyi	3	1,0
	İyi	242	83,2
	Orta	44	15,2
	Kötü	1	0,3
	Çok kötü	1	0,3

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Çocuğu ile ilişkisini nasıl tanımladığı (n=317)	Çok iyi	2	0,6
	İyi	265	83,6
	Orta	43	13,6
	Kötü	4	1,3
	Çok kötü	3	0,9
Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	266	76,7
	İyi	58	16,7
	Orta	18	5,2
	Kötü	5	1,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %33,7’sine lösemi, %29,7’sine akciğer kanseri tanısı konulduğu, %40,1’inin mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %64,3’ünün hipertansiyon, %40,7’sinin diyabet, %17,1’inin kalp hastalığı tanısı aldığı, %78,4’ünün yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmadığı, %37,2’sinin hastalığın 2. evresinde olduğu, %93,6’sına kemoterapi, %23,3’üne radyoterapi, %18,4’üne cerrahi tedavi uygulandığı, %62,5’inde başka bir organa metastaz gelişmediği, en çok metastaz gelişen organın %40,0 ile kemik olduğu, hastaların %89,9’unun mevcut hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı, %91,9’unun hastalığa uyum sağlayabildiği, %34,3’ünün şimdiki sağlık durumunu iyi olarak algıladığı, hastaların %92,8’ine tedavi süresince kendisine bir yakının eşlik ettiği, %74,6’sının arkadaşları ile olan ilişkisini “çok iyi”, %83,2’sinin eşi ile olan ilişkisini “iyi”, %83,6’sının çocukları ile olan ilişkisini “iyi” ve %76,7’sinin akrabaları ile olan ilişkisini “çok iyi” olarak tanımladığı belirlendi (Tablo 2).

4.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 3. UCLA Yalnızlık Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.- Mak.)
Ne sıklıkla bir arkadaşınız olmadığını hissediyorsunuz?	1,24	0,67	1(1-4)
Ne sıklıkta çevrenizdeki kişilerle çok sayıda ortak noktanız olduğunu düşünüyorsunuz?	3,43	0,85	4(1-4)
Ne sıklıkla kendinizi insanlara yakın hissediyorsunuz?	3,67	0,62	4(1-4)
Ne kadar sıklıkla kendinizi dışlanmış hissediyorsunuz?	1,40	0,77	1(1-4)
Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz?	1,73	0,95	1(1-4)
Ne sıklıkta kendinizi diğerlerinden izole ediyorsunuz?	1,29	0,59	1(1-4)
Ne sıklıkta gerçekte sizi anlayan birilerinin olduğunu hissediyorsunuz?	3,70	0,67	4(1-4)
Ne sıklıkta insanların etrafınızda olduğunu fakat sizinle olmadığını hissediyorsunuz?	1,69	1,14	1(1-4)
Ne sıklıkta konuşabileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?	3,79	0,60	4(1-4)
Ne sıklıkta yardım isteyebileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?	3,91	0,39	4(1-4)
Toplam	25,86	2,01	26 (19-34)

Min: Minimum, Mak: Maksimum

UCLA Yalnızlık Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nde en yüksek puanı, "Ne sıklıkla yardım isteyebileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz? (3,91±0,39)" ve "Ne sıklıkla konuşabileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz? (3,79±0,60)" ifadelerinden, en düşük puanı da "Ne sıklıkla bir arkadaşınız olmadığını hissediyorsunuz (1,24±0,67)" ve "Ne sıklıkla kendinizi diğerlerinden izole ediyorsunuz (1,29±0,59)" ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği madde puan ortalamaları 1,24±0,67 ile 3,91±0,39 arasında değişmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	p
Yaş grupları	30-40 yaş	26 (24-29)	$\chi^2=5,474$	0,242
	41-51 yaş	26 (21-28)		
	52-62 yaş	26 (19-29)		
	63-73 yaş	26 (21-34)		
	74 yaş ve üzeri	26 (21-34)		
Cinsiyet	Kadın	26 (20-34)	U= 12630	0,104
	Erkek	26 (19-34)		
Medeni durum	Bekar	26 (21-34)	U= 9032	0,434
	Evli	26 (19-34)		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	25 (22-34)	$\chi^2=14,283$	0,050
	Okur-yazar	26 (21-29)		
	İlkokul	26 (20-34)		
	Ortaokul	26 (21-28)		
	Lise	26 (21-29)		
	Üniversite	27 (19-29)		
Çalışma durumu	Evet	26 (19-29)	U=6669	0,045
	Hayır	26 (20-34)		
Mesleği	Ev hanımı	25 (20-34)	$\chi^2=12,687$	0,050
	İşçi	26 (24-28)		
	Memur	26 (19-28)		
	Serbest meslek	26 (25-29)		
	Emekli	26 (21-34)		
	Öğrenci	28 (28-28)		
	İşsiz	25,5 (20-28)		
Sosyal güvence	Var	92 (16 - 112)	U=2862,5	0,808
	Yok	92 (44 - 101)		

Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	p
Gelir durumu	Gelir giderden az	26 (24-29)	$\chi^2 = 1,812$	0,404
	Gelir gidere eşit	26 (19-34)		
	Gelir giderden fazla	26 (24-28)		
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	26 (19-29)	$\chi^2 = 1,373$	0,503
	İlçe	26 (20-34)		
	Köy	26 (22-29)		
Aile yapısı	Çekirdek aile	26 (19-34)	$\chi^2 = 5,013$	0,082
	Geniş aile	26 (24-34)		
	Diğer	24 (24-24)		
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	26 (19-34)	U=3800,5	0,108
	Hayır	26 (24-29)		
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	26 (20-29)	$\chi^2 = 1,844$	0,764
	Çocukları	26 (21-34)		
	Eşi ve çocukları	26 (19-29)		
	Tek başına	26 (22-29)		
	Diğer	25 (24-28)		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min:Minimum, Mak: Maksimum

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanları Tablo 4'te karşılaştırılmıştır. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların çalışma durumuna (U=6669, p=0,045) göre farklılık gösterdiği belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=5,474$, p=0,242), cinsiyet (U=12630, p=0,104), medeni durum (U=9032, p=0,434), eğitim durumu ($\chi^2=14,283$, p=0,050), mesleği ($\chi^2=12,687$, p=0,050), sosyal güvence durumu (U=2862,5, p=0,808), gelir durumu ($\chi^2 = 1,812$, p=0,404), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,373$, p=0,503), aile yapısına ($\chi^2=5,013$ p=0,082), çocuk sahibi olma durumu (U=3800,5, p=0,108) ve evde kimlerle yaşadığına ($\chi^2 = 1,844$, p=0,764) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların klinik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	P
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	26 (19-34)	U=13358,5	0,219
	Hayır	26 (20-34)		
Yakınlarında kanser tanısı almış birey bulunma durumu	Evet	26 (21-29)	U=8959	0,098
	Hayır	26 (19-34)		
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	26 (25-29)	$\chi^2 = 2,781$	0,427
	2. Evre	26 (21-34)		
	3. Evre	26 (19-29)		
	4. Evre	26 (20-34)		
Metastaz varlığı	Var	26 (20-34)	U=13950,5	0,861
	Yok	26 (19-34)		
Mevcut hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilmeyen bir hastalık	27 (24-29)	$\chi^2 = 5,646$	0,059
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	26 (19-34)		
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	26 (25-27)		
Hastalığa uyum sağlayabilme durumu	Evet	26 (19-29)	U=2950	0,002
	Hayır	27 (24-34)		
Şimdiki sağlık durumunu algılama durumu	Çok kötü	26 (24-28) ab	$\chi^2 = 10,514$	0,033
	Kötü	26 (21-28) ab		
	Orta	26 (20-34) ab		
	İyi	26 (19-34) a		
	Çok iyi	25 (21-29) b		
Tedavi sürecine kendisine eşlik eden yakını olma durumu	Evet	26 (19-34)	U=3768,5	0,586
	Hayır	25 (21-29)		

Tablo 5. Hastaların klinik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği	P
Arkadaşları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	26 (20-29)	$\chi^2=5,370$	0,147
	İyi	26 (19-34)		
	Orta	26 (22-34)		
	Kötü	25 (24-28)		
Eşi ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	26 (25-26)	$\chi^2 =4,802$	0,308
	İyi	26 (20-29)		
	Orta	26 (19-34)		
	Kötü	23 (23-23)		
	Çok kötü	28 (28-28)		
Çocukları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	26 (26 - 26)	$\chi^2 =1,856$	0,762
	İyi	26 (20 - 34)		
	Orta	26 (19 - 29)		
	Kötü	24,5 (23 - 26)		
	Çok kötü	25 (24 - 28)		
Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	26 (20-34)	$\chi^2=7,778$	0,051
	İyi	26 (19-29)		
	Orta	26,5 (24-34)		
	Kötü	25 (22-28)		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanları Tablo 5'te karşılaştırılmıştır. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların hastalığa uyum sağlama durumu (U= 2950, p=0,002) ve şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığına ($\chi^2=10,514$, p=0,033) göre farklılık gösterdiği belirlendi.

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların mevcut hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu (U=13358,5, p=0,219), yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=8959, p=0,098), hastalığın klinik evresi ($\chi^2 =2,781$, p=0,427), metastaz gelişme durumu (U=13950,5, p=0,861), hastalığını algılama durumu ($\chi^2 =5,646$, p=0,059), tedavi sürecine eşlik eden yakını bulunma durumu (U=3768,5, p=0,586), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=5,370$, p=0,147), eşi

ile ilişkisini ($\chi^2 = 4,802$, $p=0,308$), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2 = 1,856$, $p=0,762$) ve akrabaları ile olan ilişkisini tanımlama durumlarına ($\chi^2 = 7,778$, $p=0,051$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

4.4. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 6. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma, ortanca puanları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.- Mak.)
Ölüm Sonrası Hayat	3	13,24	2,79	15 (3-15)
Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak	7	30,73	4,99	31 (7-35)
Yok Olma	5	21,74	4,16	23 (5-25)

\bar{x} : Aritmetik ortalama, S.S.: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 6'da verilmiştir. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyutlarından Ölüm Sonrası Hayat alt boyut puan ortalaması $13,24 \pm 2,79$, Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puan ortalaması $30,73 \pm 4,99$ ve Yok Olma alt boyut puan ortalaması $21,74 \pm 4,16$ olarak belirlendi. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat, Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak ve Yok Olma alt boyut ortanca puanları sırasıyla 15, 31 ve 23 olarak saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.- Mak.)
Ölüm acı ve ıstırap demektir	3,81	1,46	5 (1-5)
Ölüm kişisel yok oluş demektir	4,28	1,22	5 (1-5)
Ölüm insanın hayallerinin yok olması demektir	4,54	0,95	5 (1-5)
Ölümün kaçınılmazlığı, yaşamın daha önemli görünmesini sağlar	4,69	0,73	5 (1-5)
Ölüm, başkalarına başarılarımızı fark etme olanağı verir	4,51	1,04	5 (1-5)
Ölüm, sevdiğimizden ayrılmak demektir	4,62	0,92	5 (1-5)
Ölüm sevdiğimizle tekrar kavuşmak demektir	4,29	1,33	5 (1-5)
Ölüm, bir amaç için onurla ve şerefle ölme fırsatıdır	4,45	1,10	5 (1-5)
Ölüm, her şeyin kaybı demektir	3,29	1,65	5 (1-5)
Ölüm yeryüzündeki hayatın ötesinde bir şeyin başlangıcı demektir	4,71	0,70	5 (1-5)

Tablo 7. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (devam)

Ölçek maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.- Mak.)
Ölüm kişiyi hedefler koymaya teşvik eder	4,50	1,00	5 (1-5)
Ölüm, yaşam sonrası yeni bir maceranın başlangıcıdır	4,61	0,93	5 (1-5)
Ölüm, bizi başarmaya/başarıya motive eder	4,51	1,03	5 (1-5)
Ölüm başardıklarımız için bir övülme fırsatıdır	4,33	1,23	5 (1-5)
Yaşam ölüme anlam katar	4,57	0,91	5 (1-5)

Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 7’de verilmiştir. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği’nde hastaların en yüksek puanı, “Ölüm yeryüzündeki hayatın ötesinde bir şeyin başlangıcı demektir (4,71±0,70)” ve “Ölümün kaçınılmazlığı, yaşamın daha önemli görünmesini sağlar (4,69±0,73)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Ölüm her şeyin kaybı demektir (3,29±1,65)” ve “Ölüm acı ve ızdırap demektir (3,81±1,46)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği madde puan ortalamaları 3,29±1,65 ile 4,71±0,70 arasında değişmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak	Yok Olma
Yaş grupları	30-40 yaş	15 (7-15)ab	34 (16-35)	25 (13-25)
	41-51 yaş	15 (3-15)ab	32 (14-35)	23 (9-25)
	52-62 yaş	14,5 (3-15)a	31 (10-35)	21,5 (9-25)
	63-73 yaş	15 (3-15)ab	31 (7-35)	23 (5-25)
	74 yaş ve üzeri	15 (10-15)b	32,5 (25-35)	25 (11-25)
Test istatistiği		$\chi^2=18,392$	$\chi^2=9,050$	$\chi^2=4,139$
p		0,001	0,060	0,388
Cinsiyet	Kadın	15 (3-15)	32 (14-35)	25 (9-25)
	Erkek	15 (3-15)	31 (7-35)	23 (5-25)
Test istatistiği		U=13805,5	U=13141,5	U=13426
p		0,746	0,298	0,457

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak	Yok Olma
Medeni durum	Bekar	15 (3-15)	31,5 (7-35)	24,5 (5-25)
	Evli	15 (3-15)	31 (14-35)	23 (10-25)
Test istatistiği		U=8579	U=8245	U=8225
p		0,472	0,885	0,906
Eğitim durumu	Okur yazar değil	15 (9-15)ab	31 (21-35)	23 (15-25)
	Okur yazar	15 (9-15)ab	33 (28-35)	22 (11-25)
	İlkokul	15 (4-15)a	31,5 (10-35)	25 (9-25)
	Ortaokul	13 (3-15)b	31 (7-35)	22 (5-25)
	Lise	15 (3-15)ab	31,5 (16-35)	25 (11-25)
	Üniversite	13 (3-15)ab	30 (20-35)	21 (13-25)
	Test istatistiği		$\chi^2=19,706$	$\chi^2=9,579$
p		0,001	0,088	0,520
Çalışma durumu	Evet	12 (3-15)	31 (16-35)	21 (11-25)
	Hayır	15 (3-15)	32 (7-35)	25 (5-25)
Test istatistiği		U=5197	U=5859	U=6365
p		<0,001	0,001	<0,001
Mesleği	Ev hanımı	15 (3-15)b	33 (14-35)	25 (9-25)
	İşçi	15 (7-15)b	32,5 (16-35)	25 (13-25)
	Memur	11 (3-15)a	29 (23-35)	20 (11-25)
	Serbest meslek	12 (9-15)ab	29 (20-35)	21 (15-25)
	Emekli	15 (3-15)b	31 (7-35)	23 (5-25)
	Öğrenci	13 (13-13)ab	33 (33-33)	21 (21-21)
	İşsiz	15 (10-15)ab	31 (23-35)	25 (12-25)
	Test istatistiği		$\chi^2=22,963$	$\chi^2=12,934$
p		0,001	0,050	0,056
Sosyal güvence durumu	Var	15 (3-15)	31 (7-35)	23 (5-25)
	Yok	14,5 (3-15)	31 (20-35)	19 (12-25)
Test istatistiği		U=2644,5	U=2349,5	U=2176,5
p		0,381	0,132	0,045

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak	Yok Olma
Gelir durumu	Gelir giderden az	10 (3-15)b	26,5 (14-33)b	19 (9-25)b
	Gelir gidere eşit	15 (3-15)a	32 (14-35)a	25 (10-25)a
	Gelir giderden fazla	12 (3-15)b	29 (7-35)b	11 (5-25)b
Test istatistiği		$\chi^2 = 40,118$	$\chi^2 = 36,642$	$\chi^2 = 27,123$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	15 (3-15)	31 (16-35)	23,5 (11-25)
	İlçe	15 (3-15)	31 (7-35)	23 (5-25)
	Köy	15 (6-15)	33 (14-35)	24 (10-25)
Test istatistiği		$\chi^2 = 1,707$	$\chi^2 = 2,473$	$\chi^2 = 1,173$
p		0,426	0,290	0,556
Aile Yapısı	Çekirdek aile	15 (3-15)a	31,5 (7-35)b	25 (5-25)a
	Geniş aile	11 (6-15)b	30 (14-35)a	20 (10-25)b
	Diğer	15 (15-15)ab	30 (30-30)ab	20 (20-20)ab
Test istatistiği		$\chi^2 = 29,580$	$\chi^2 = 15,921$	$\chi^2 = 28,945$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	15 (3-15)	31 (14-35)	23 (9-25)
	Hayır	15 (3-15)	31 (7-35)	25 (5-25)
Test istatistiği		U=3964	U=4408,5	U=4533,5
p		0,160	0,710	0,897
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	15 (3-15)	31 (16-35)ab	24 (11-25)
	Çocukları	15 (9-15)	32 (21-35)ab	22 (11-25)
	Eşi ve çocukları	15 (3-15)	31 (7-35)ab	23 (5-25)
	Tek başına	13 (4-15)	28 (10-35)a	20 (9-25)
	Diğer	15 (11-15)	34 (28-35)b	25 (20-25)
Test istatistiği		$\chi^2 = 5,667$	$\chi^2 = 10,415$	$\chi^2 = 5,154$
p		0,225	0,034	0,272

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanları Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanının hastaların yaş grupları ($\chi^2 = 18,392$,

p=0,001), eğitim durumu ($\chi^2=19,706$, p=0,001), çalışma durumu (U=5197, p<0,001), mesleği ($\chi^2=22,963$, p=0,001) gelir durumu ($\chi^2 =40,118$, p<0,001) ve aile yapısına ($\chi^2=29,580$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=13805,5, p=0,746), medeni durum (U=8579, p=0,472), sosyal güvence durumu (U=2644,5, p=0,381), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,707$, p=0,426), çocuk sahibi olma durumu (U=3964, p=0,160) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=5,667$, p=0,225) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 8).

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanının hastaların çalışma durumu (U=5859, p=0,001), gelir durumu ($\chi^2 =36,642$, p <0,001), aile yapısı ($\chi^2=15,921$, p <0,001) ve evde kimlerle yaşadığına ($\chi^2 =10,415$, p =0,034) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=9,050$, p= 0,060), cinsiyet (U=13141,5, p= 0,298), medeni durum (U=8245, p= 0,885), eğitim durumu ($\chi^2=9,579$, p= 0,088), mesleği ($\chi^2=12,934$, p=0,05), sosyal güvence durumu (U=2349,5, p= 0,132), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,473$, p= 0,290) ve çocuk sahibi olma durumlarına (U=4408,5, p= 0,710) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 8).

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Yok Olma alt boyut ortanca puanının hastaların çalışma durumu (U=6365, p <0,001), sosyal güvence durumu (U=2176,5, p= 0,045), gelir durumu ($\chi^2 =27,123$, p <0,001) ve aile yapısına ($\chi^2=28,945$, p <0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yok Olma alt boyut ortanca puanının hastaların yaş grupları ($\chi^2=4,139$, p= 0,388), cinsiyet (U=13426, p= 0,457), medeni durum (U=8225, p= 0,906), eğitim durumu ($\chi^2=4,207$, p= 0,520), mesleği ($\chi^2=12,285$, p= 0,056), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,173$, p= 0,556), çocuk sahibi olma durumu (U=4533,5, p= 0,897) ve evde kimlerle yaşadığına ($\chi^2 =5,154$, p= 0,272) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların klinik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak	Yok Olma
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	15 (3-15)	31 (7-35)	24 (5-25)
	Hayır	15 (3-15)	31 (14-35)	23 (9-25)
Test istatistiği		U=13239	U=14263,5	U=14429,5
p		0,127	0,830	0,976
Yakınlarında kanser tanısı almış birey bulunma durumu	Evet	12 (3-15)a	29 (16-35)	20 (11-25)
	Hayır	15 (3-15)b	33 (7-35)	25 (5-25)
Test istatistiği		U=5613	U=5510	U=6837
p		<0,001	<0,001	<0,001
Hastalığın klinik evresi	1.Evre	15 (9-15)	31,5 (22-35)	25 (21-25)
	2.Evre	15 (3-15)	31 (14-35)	22 (9-25)
	3.Evre	15 (3-15)	33 (7-35)	25 (5-25)
	4.Evre	15 (3-15)	31 (16-35)	23 (11-25)
Test istatistiği		$\chi^2 = 1,976$	$\chi^2 = 1,078$	$\chi^2 = 8,511$
p		0,577	0,782	0,050
Metastaz varlığı	Var	15 (3-15)	31 (16-35)	23 (11-25)
	Yok	15 (3-15)	31 (7-35)	24 (5-25)
Test istatistiği		U=13564,5	U=14044	U=13744
p		0,493	0,945	0,673
Mevcut hastalığım nasıl algıladığı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	8 (3-12)a	20,5 (16-31)a	20(13-25)ab
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	15 (3-15)b	32 (7-35)b	25 (5-25)b
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	14 (9-15)c	32 (23-35)b	21 (11-23)a
Test istatistiği		$\chi^2 = 59,765$	$\chi^2 = 38,768$	$\chi^2 = 17,839$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Hastalığına uyum sağlama durumu	Evet	15 (3-15)	32 (7-35)	24 (5-25)
	Hayır	9 (3-15)	21 (16-35)	20 (11-25)
Test istatistiği		U=2065,5	U=1405	U=2584
p		<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 9. Hastaların klinik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakma	Yok Olma
Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı	Çok kötü	11 (4-15)b	31 (20-35)b	25 (13-25)ab
	Kötü	15 (3-15)b	31 (7-35)b	25 (5-25)ab
	Orta	15 (3-15)b	31 (14-35)b	20 (9-25)b
	İyi	15 (6-15)b	32 (14-35)a	21 (10-25)b
	Çok iyi	15 (11-15)a	33 (23-35)a	25 (11-25)a
Test istatistiği		$\chi^2=28,843$	$\chi^2=38,449$	$\chi^2=24,180$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi süresine eşlik eden yakını bulunma durumu	Evet	15 (3-15)	31 (7-35)	24 (5-25)
	Hayır	13 (4-15)	31 (10-35)	20 (9-25)
Test istatistiği		U=3152,5	U=3129,5	U=2427,5
p		0,038	0,058	<0,001
Arkadaşları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	15 (9-15)c	33 (21-35)a	25 (11-25)a
	İyi	12 (3-15)b	29 (16-35)b	20 (11-25)b
	Orta	8 (3-13)a	20 (7-35)c	17 (5-25)b
	Kötü	13 (7-15)abc	30 (16-35)abc	20 (13-21)ab
Test istatistiği		$\chi^2=138,542$	$\chi^2=88,282$	$\chi^2=72,297$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Eşi ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	14 (14-15)ab	33 (33-35)ab	22 (22-25)ab
	İyi	15 (3-15)b	32 (16-35)b	25 (11-25)b
	Orta	12 (3-15)a	28,5 (14-35)a	19 (10-25)a
	Kötü	13 (13-13)ab	35 (35-35)ab	25(25-25)ab
	Çok kötü	15 (15-15)ab	30 (30-30)ab	21(21-21)ab
Test istatistiği		$\chi^2=54,375$	$\chi^2 =27,353$	$\chi^2 =38,664$
p		<0,001	<0,001	<0,001
Çocukları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	10 (10 - 10)ab	23 (23 - 23)ab	18(18-18)ab
	İyi	15 (3 - 15)b	32 (16 - 35)b	25(11 -25)b
	Orta	12 (3 - 15)a	29 (14 - 35)a	20(10 - 25)a
	Kötü	11,5 (10 - 13)ab	30,5(26 -35)ab	22,5(20-25)ab
	Çok kötü	15 (7 - 15)ab	30 (14 - 30)ab	20(9 - 21)ab
Test istatistiği		$\chi^2 =58,298$	$\chi^2 =32,270$	$\chi^2 =45,665$
p		<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 9. Hastaların klinik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakma	Yok Olma
Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	15 (8-15)a	33 (20-35)a	25 (11-25)a
	İyi	12 (3-15)b	29 (16-35)a	20 (11-25)b
	Orta	7,5 (3-12)c	20 (7-28)b	16 (5-25)b
	Kötü	10 (7-15)bc	22 (14-35)ab	17 (9-21)b
Test istatistiği		$\chi^2=129,533$	$\chi^2=91,435$	$\chi^2=89,348$
p		<0,001	<0,001	<0,001

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyut ortanca puanları Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanının hastaların yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=5613, p<0,001), hastalığını algılama durumu ($\chi^2 =59,765$, p<0,001), hastalığına uyum sağlama durumu (U=2065,5, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=28,843$, p<0,001), tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumu (U=3152,5, p=0,038), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=138,542$, p<0,001), eşi ile ilişkisini ($\chi^2=54,375$, p<0,001), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=58,298$, p<0,001) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=129,533$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 9). Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma (U=13239, p=0,127), hastalığın klinik evresi ($\chi^2 =1,976$, p=0,577) ve metastaz gelişme durumuna (U=13564,5, p=0,493) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Motivasyon Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanının hastaların yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=5510, p<0,001), hastalığını algılama durumu ($\chi^2 =38,768$, p<0,001), hastalığına uyum sağlama durumu (U=1405, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=38,449$, p<0,001), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=88,282$, p<0,001), eşi ile ilişkisini ($\chi^2 =27,353$, p<0,001), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=32,270$, p<0,001) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=91,435$, p<0,001) göre farklılık

gösterdiği belirlendi (Tablo 9). Motivasyon Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=14263,5, p=0,830), hastalığın klinik evresi ($\chi^2 = 1,078$, p=0,782), metastaz gelişme durumu (U=14044, p=0,945) ve tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumuna (U=3129,5, p=0,058) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Yok Olma alt boyut ortanca puanının hastaların yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=6837, p<0,001), hastalığını algılama durumu ($\chi^2 = 17,839$, p<0,001), hastalığına uyum sağlama durumu (U=2584, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=24,180$, p<0,001), tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumu (U=2427,5, p<0,001), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=72,297$, p<0,001), eşi ile ilişkisini ($\chi^2 = 38,664$, p<0,001), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=45,665$, p<0,001) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=89,348$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 9). Yok Olma alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=14429,5, p=0,976), hastalığın klinik evresi ($\chi^2 = 8,511$, p=0,050) ve metastaz gelişme durumuna (U=13744, p=0,673) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

4.5. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 10. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.-Mak.)
Anlam	4	13,09	3,56	15 (3 - 16)
Barış	4	12,39	4,24	14 (0 - 16)
İnanç	4	14,45	3,32	16 (0 - 16)
Toplam	12	39,93	9,8	42 (5 - 48)

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 10'da verilmiştir. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam, Barış ve İnanç alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $13,09 \pm 3,56$, $12,39 \pm 4,24$ ve $14,45 \pm 3,32$ olarak belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği alt boyutlarından

Anlam, Barış ve İnanç alt boyut ortanca puanları sırasıyla 15, 14, ve 16 olarak saptandı. Bu çalışmada FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puan ortalaması $39,93 \pm 9,8$ ve ortanca puanı 42 olarak saptandı (Tablo 10).

Tablo 11. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min.- Mak.)
Kendimi huzurlu hissediyorum	3,20	1,18	4 (0-4)
Yaşamak için bir nedenim var	3,43	0,92	4 (0-4)
Yaşamım verimlidir	3,16	1,19	4 (0-4)
İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum	2,89	1,48	4 (0-4)
Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	3,32	0,91	4 (0-4)
Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	3,20	1,06	4 (0-4)
İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	3,11	1,16	4 (0-4)
Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	3,18	1,31	4 (0-4)
Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum	3,66	0,84	4 (0-4)
Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum	3,65	0,85	4 (0-4)
Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi	3,63	0,89	4 (0-4)
Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum	3,51	0,99	4 (0-4)

Min: Minimum, Mak: Maksimum

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 11’de verilmiştir. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği’nde hastaların en yüksek puanı, “Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum ($3,66 \pm 0,84$)” ve “Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum ($3,65 \pm 0,85$)” ifadelerinden, en düşük puanı da, “İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum ($2,89 \pm 1,48$)” ve “İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum ($3,11 \pm 1,16$)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği madde puan ortalamaları $2,89 \pm 1,48$ ile $3,66 \pm 0,84$ arasında değişmektedir (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Yaş grupları	30-40 yaş	14 (6 - 16)	11 (2 - 16)	16 (8 - 16)	37 (24 - 48)
	41-51 yaş	16 (6 - 16)	15 (4 - 16)	16 (8 - 16)	45 (26 - 48)
	52-62 yaş	13 (3 - 16)	13 (3 - 16)	16 (1 - 16)	42 (8 - 48)
	63-73 yaş	15 (3 - 16)	13 (1 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
	74 yaş ve üzeri	13,5 (3 - 16)	13 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (7 - 48)
Test istatistiği		$\chi^2 = 5,268$	$\chi^2 = 3,580$	$\chi^2 = 9,084$	$\chi^2 = 2,278$
p		0,261	0,466	0,059	0,685
Cinsiyet	Kadın	16 (3 - 16)	15 (0 - 16)	16 (6 - 16)	43 (17 - 48)
	Erkek	14 (3 - 16)	13 (1 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
Test istatistiği		U=13007,5	U=13318	U=12799,5	U=13141,5
p		0,216	0,387	0,080	0,291
Medeni durum	Bekar	14 (3 - 16)	12,5 (2 - 16)	16 (0 - 16)	42 (7 - 48)
	Evli	15 (3 - 16)	14 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
Test istatistiği		U=8849	U=9078	U=8769	U=9032,5
p		0,280	0,155	0,257	0,182
Eğitim durumu	Okuryazar değil	16 (5 - 16)b	16 (1 - 16)b	16 (12 - 16)a	48 (20 - 48)a
	Okur yazar	16 (3 - 16)ab	16 (2 - 16)ab	16 (0 - 16)ab	44 (13 - 48)ab
	İlkokul	15 (3 - 16)b	13 (0 - 16)b	16 (7 - 16)ab	42 (19 - 48)ab
	Ortaokul	14 (6 - 16)ab	15,5 (2 - 16)ab	16 (0 - 16)ab	44,5 (8 - 48)ab
	Lise	15 (4 - 16)ab	15 (1 - 16)ab	16 (0 - 16)ab	44 (5 - 48)ab
	Üniversite	12 (3 - 16)a	11 (3 - 16)a	16 (1 - 16)b	38 (8 - 48)b
Test istatistiği		$\chi^2 = 12,099$	$\chi^2 = 12,738$	$\chi^2 = 13,755$	$\chi^2 = 12,754$
p		0,033	0,026	0,017	0,026
Çalışma durumu	Evet	13 (6 - 16)	12 (4 - 16)	16 (6 - 16)	40 (18 - 48)
	Hayır	16 (3 - 16)	15 (0 - 16)	16 (0 - 16)	44 (5 - 48)
Test istatistiği		U=6536,5	U=6915	U=7886,5	U=6542
p		0,020	0,086	0,792	0,024

Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Anlam	Bariş	İnanç	Toplam
Mesleği	Ev hanımı	16 (6 - 16)ab	16 (0 - 16)	16 (6 - 16)	47 (17 - 48)ab
	İşçi	16 (6 - 16)ab	16 (4 - 16)	16 (15 - 16)	48 (26 - 48)b
	Memur	12 (8 - 16)a	12 (4 - 16)	16 (6 - 16)	40 (18 - 46)a
	Serbest meslek	13 (8 - 16)ab	13 (7 - 16)	16 (8 - 16)	42 (24 - 48)ab
	Emekli	15 (3 - 16)ab	13 (1 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)ab
	Öğrenci	16(16 -16)ab	16 (16 - 16)	16 (16 - 16)	48 (48 - 48)ab
	İşsiz	16 (12 - 16)b	15,5 (6 - 16)	16 (11 - 16)	44 (38 - 48)ab
Test istatistiği		$\chi^2 =13,553$	$\chi^2=12,779$	$\chi^2=13,887$	$\chi^2=14,709$
p		0,035	0,050	0,050	0,023
Sosyal güvence durumu	Var	15 (3 - 16)	13 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
	Yok	15,5 (6 - 16)	16 (5 - 16)	16 (6 - 16)	44 (17 - 48)
Test istatistiği		U=2699,5	U=2428	U=2580,5	U=2695
p		0,504	0,176	0,249	0,506
Gelir durumu	Gelir giderden az	13 (4 - 16)	11 (0 - 16)	15 (0 - 16)a	40 (5 - 48)
	Gelir gidere eşit	15 (3 -16)	14 (1 - 16)	16 (0 - 16)b	43 (7 - 48)
	Gelir giderden fazla	13 (10 - 16)	10 (9 - 16)	12 (8 - 16)ab	38 (27 - 48)
Test istatistiği		$\chi^2 =3,129$	$\chi^2=3,389$	$\chi^2=13,112$	$\chi^2=4,858$
p		0,209	0,184	0,001	0,088
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	13 (3 - 16)a	12 (1 - 16)a	16 (0 - 16)b	40 (5 - 48)a
	İlçe	16 (3 - 16)b	16 (1 - 16)b	16 (0 - 16)b	44 (7 - 48)b
	Köy	16 (6 - 16)b	16 (0 - 16)b	16 (12 - 16)a	48 (26 - 48)b
Test istatistiği		$\chi^2 =12,444$	$\chi^2=16,136$	$\chi^2=13,337$	$\chi^2=16,380$
p		0,002	<0,001	<0,001	<0,001
Aile yapısı	Çekirdek aile	16 (3 - 16)a	15 (0 - 16)a	16 (0 - 16)	44 (5 - 48)b
	Geniş aile	11 (6 - 16)b	12 (2 - 16)b	16 (9 - 16)	36 (25 - 48)a
	Diğer	12 (12-12)ab	7 (7 - 7)ab	14 (14 - 14)	33 (33 - 33)ab
Test istatistiği		$\chi^2 =16,255$	$\chi^2=12,688$	$\chi^2=3,943$	$\chi^2=16,191$
p		<0,001	0,002	0,139	<0,001

Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	15 (3 - 16)	13 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
	Hayır	15,5 (6 - 16)	15 (5 - 16)	16 (6 - 16)	47 (17 - 48)
Test istatistiği		U=4551,5	U=4512	U=4250	U=4599,5
p		0,681	0,627	0,227	0,759
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	16 (3 - 16)	16 (1 - 16)	16 (0 - 16)	48 (5 - 48)
	Çocukları	16 (3 - 16)	16 (0 - 16)	16 (1 - 16)	46 (7 - 48)
	Eşi ve çocukları	13 (4 - 16)	13 (1 - 16)	16 (0 - 16)	42 (8 - 48)
	Tek başına	12,5 (6 - 16)	11,5 (2 - 16)	14 (0 - 16)	39 (8 - 48)
	Diğer	14 (6 - 16)	11 (2 - 16)	16 (14 - 16)	39 (27 - 48)
Test istatistiği		$\chi^2 = 4,864$	$\chi^2 = 7,849$	$\chi^2 = 7,574$	$\chi^2 = 8,495$
p		0,302	0,097	0,108	0,075

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanları Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların eğitim durumu ($\chi^2=12,754$, $p=0,026$), çalışma durumu ($U=6542$, $p=0,024$), mesleği ($\chi^2=14,709$, $p=0,023$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=16,380$, $p<0,001$) ve aile yapısına ($\chi^2=16,191$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş grupları ($\chi^2=2,278$, $p=0,685$), cinsiyet ($U=13141,5$, $p=0,291$), medeni durum ($U=9032,5$, $p=0,182$), sosyal güvence durumu ($U=2695$, $p=0,506$), gelir durumu ($\chi^2=4,858$, $p=0,088$), çocuk sahibi olma durumu ($U=4599,5$, $p=0,759$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,495$, $p=0,075$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 12).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam alt boyut ortanca puanının hastaların eğitim durumu ($\chi^2 = 12,099$, $p=0,033$), çalışma durumu ($U=6536,5$, $p=0,020$), mesleği ($\chi^2 = 13,553$, $p=0,035$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2 = 12,444$, $p=0,002$) ve aile yapısına ($\chi^2 = 16,255$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Anlam alt boyut ortanca puanının hastaların yaş grupları ($\chi^2 = 5,268$, $p=0,261$), cinsiyet ($U=13007,5$,

p=0,216), medeni durum (U=8849, p=0,280), sosyal güvence durumu (U=2699,5, p=0,504), gelir durumu ($\chi^2 = 3,129$, p=0,209), çocuk sahibi olma durumu (U=4551,5, p=0,681) ve evde kimlerle yaşadığına ($\chi^2 = 4,864$, p=0,302) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış alt boyut ortanca puanının hastaların eğitim durumu ($\chi^2=12,738$, p=0,026), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=16,136$, p<0,001) ve aile yapısına ($\chi^2=12,688$, p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Barış alt boyut ortanca puanının hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=3,580$, p=0,466), cinsiyet (U=13318, p=0,387) medeni durum (U=9078, p=0,155), çalışma durumu (U=6915, p=0,086), mesleğine ($\chi^2=12,779$, p=0,050), sosyal güvence durumu (U=2428, 0,176), gelir durumu ($\chi^2=3,389$, p=0,184) çocuk sahibi olma durumu (U=4512, p=0,627) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,849$, p=0,097) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 12).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç Alt Boyut ortanca puanının hastaların eğitim durumu ($\chi^2=13,755$, p=0,017), gelir durumu ($\chi^2=13,112$, p=0,001) ve yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=13,337$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. İnanç Alt Boyut ortanca puanının hastaların yaş grupları ($\chi^2=9,084$, p=0,059), cinsiyet (U=12799,5, p=0,080), medeni durum (U=8769, p=0,257), çalışma durumu (U=7886,5, p=0,792), mesleği ($\chi^2=13,887$, p=0,050), sosyal güvence durumu (U=2580,5, p=0,249), aile yapısı ($\chi^2=3,943$, p=0,139), çocuk sahibi olma durumu (U=4250, p=0,227) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,574$, p=0,108) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların klinik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (N=347)

Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Mevcut tanısı dışında kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	15 (3 - 16)	13 (1 - 16)	16 (0 - 16)	42 (8 - 48)
	Hayır	15 (3 - 16)	14,5 (0 - 16)	16 (0 - 16)	43 (5 - 48)
Test istatistiği		U=14403	U=14390,5	U=14320,5	U=14274
p		0,951	0,940	0,853	0,837
Yakınlarında kanser tanısı almış birey bulunma durumu	Evet	12 (3 - 16)	12 (1 - 16)	16 (0 - 16)	39 (5 - 48)
	Hayır	16 (3 - 16)	15,5 (0 - 16)	16 (0 - 16)	47 (7 - 48)
Test istatistiği		U=7559,5	U=8046	U=7705	U=6916,5
p		<0,001	0,003	<0,001	<0,001
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	14 (6 - 16)	13 (5 - 16)	16 (16 - 16)b	42 (27 - 48)
	2. Evre	16 (4 - 16)	15 (1 - 16)	16 (1 - 16)ab	44 (7 - 48)
	3. Evre	15 (4 - 16)	14 (1 - 16)	16 (0 - 16)ab	43 (5 - 48)
	4. Evre	14 (3 - 16)	13 (0 - 16)	16 (0 - 16)a	41 (8 - 48)
Test istatistiği		$\chi^2 = 2,194$	$\chi^2 = 2,526$	$\chi^2 = 14,068$	$\chi^2 = 4,161$
p		0,533	0,471	0,003	0,245
Metastaz varlığı	Var	14,5 (3 - 16)	13 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (8 - 48)
	Yok	15 (4 - 16)	14 (1 - 16)	16 (0 - 16)	43 (5 - 48)
Test istatistiği		U=13432,5	U=13194,5	U=12390,5	U=12894
p		0,431	0,290	0,017	0,165
Hastalığın algılama durumu	Tedavi edilemeyen bir hastalık	8 (6 - 15)a	7,5 (4 - 16)a	9 (6 - 16)a	24 (17 - 43)a
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	16 (3 - 16)b	14 (0 - 16)b	16 (0 - 16)b	44 (5 - 48)b
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	14 (10 - 16)b	15 (10 - 16)b	16 (10 - 16)ab	41 (30 - 48)b
Test istatistiği		$\chi^2 = 26,202$	$\chi^2 = 16,483$	$\chi^2 = 28,149$	$\chi^2 = 24,052$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hastalığına uyum sağlama durumu	Evet	15 (3 - 16)	14 (1 - 16)	16 (0 - 16)	43 (7 - 48)
	Hayır	8 (4 - 16)	7,5 (0 - 16)	13 (0 - 16)	28,5 (5 - 48)
Test istatistiği		U=2279,5	U=2696	U=2595,5	U=2344,5
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 13. Hastaların klinik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı	Çok kötü	8 (3 - 16)c	7 (1 - 16)c	14 (1 - 16)c	29 (8 - 48)c
	Kötü	9 (3 - 16)c	8 (2 - 16)c	15 (0 - 16)c	30 (8 - 48)c
	Orta	12,5 (4 - 16)c	12 (0 - 16)c	16 (0 - 16)bc	40 (5 - 48)c
	İyi	16 (6 - 16)b	15 (3 - 16)b	16 (4 - 16)b	43 (21 - 48)b
	Çok iyi	16 (6 - 16)a	16 (4 - 16)a	16 (8 - 16)a	48 (26 - 48)a
Test istatistiği		$\chi^2 = 127,792$	$\chi^2 = 138,706$	$\chi^2 = 64,700$	$\chi^2 = 134,788$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını olma durumu	Evet	15 (3 - 16)	14 (0 - 16)	16 (0 - 16)	42 (5 - 48)
	Hayır	14 (9 - 16)	13 (7 - 16)	16 (8 - 16)	42 (27 - 48)
Test istatistiği		U=3906,5	U=4009	U=3979,5	U=3984
p		0,795	0,972	0,906	0,930
Arkadaşları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	16 (3 - 16)a	16 (0 - 16)a	16 (0 - 16)a	48 (7 - 48)a
	İyi	12 (4 - 16)b	11 (1 - 16)b	16 (0 - 16)b	36,5 (5 - 48)b
	Orta	9 (6 - 16)b	8 (4 - 16)b	12 (6 - 16)c	29 (17 - 48)b
	Kötü	10 (9 - 16)ab	11 (10 - 16)ab	16(16- 16)ab	36 (36 - 48)ab
Test istatistiği		$\chi^2 = 63,891$	$\chi^2 = 48,862$	$\chi^2 = 80,420$	$\chi^2 = 74,204$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Eşi ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	10 (10 - 16)ab	10 (10 - 16)ab	10 (10 - 16)	30 (30 - 48)ab
	İyi	16 (3 - 16)b	16 (0 - 16)b	16 (0 - 16)	46 (5 - 48)b
	Orta	11 (6 - 16)a	12 (3 - 16)a	16 (4 - 16)	36 ,5(18 - 48)a
	Kötü	16 (16 - 16)ab	16 (16 - 16)ab	16 (16 - 16)	48(48 - 48)ab
	Çok kötü	10 (10 - 10)ab	10 (10 - 10)ab	16 (16 - 16)	36 (36 - 36)ab
Test istatistiği		$\chi^2 = 33,606$	$\chi^2 = 14,608$	$\chi^2 = 8,542$	$\chi^2 = 24,549$
p		<0,001	0,005	0,740	<0,001
Çocukları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	16 (6 - 16)b	15 (7 - 16)b	16(12-16)ab	47 (27 - 48)b
	İyi	16 (3 - 16)b	16 (0 - 16)b	16 (0 - 16)b	46 (5 - 48)b
	Orta	11 (6 - 16)a	10 (3 - 16)a	16 (4 - 16)a	36 (17 - 48)a
	Kötü	15 (8 - 16)ab	13 (8 - 16)ab	12 (8 - 16)ab	40 (24 - 48)ab
	Çok kötü	10 (10 - 10)ab	7 (7 - 10)b	14(12- 16)ab	33 (29 - 36)ab
Test istatistiği		$\chi^2 = 43,761$	$\chi^2 = 32,698$	$\chi^2 = 20,579$	$\chi^2 = 39,177$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 13. Hastaların klinik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı	Çok iyi	16 (3 - 16)a	16 (0 - 16)a	16 (0 - 16)a	48 (5 - 48)a
	İyi	11,5 (7 - 16)b	12 (3 - 16)b	16 (4 - 16)b	37 (18 - 48)b
	Orta	8,5 (6 - 15)b	9,5 (5 - 15)b	12 (6 - 16)c	29,5 (17 - 42)b
	Kötü	11 (10 - 16)ab	12 (7 - 16)ab	12(7 -16)abc	30 (29 - 48)ab
Test istatistiği		$\chi^2 = 60,439$	$\chi^2 = 38,703$	$\chi^2 = 64,020$	$\chi^2 = 66,183$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanları Tablo 13’de karşılaştırılmıştır. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ortanca puanının yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=6916,5, p<0,001), hastalığını algılama durumu ($\chi^2=24,052$, p<0,001), hastalığa uyum sağlama durumu (U=2344,5, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=134,788$, p<0,001), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=74,204$, p<0,001), eşi ile ilişkisini ($\chi^2=24,549$, p<0,001) , çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=39,177$, p <0,001) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=66,183$, p <0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=14274, p= 0,837), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=4,161$, p=0,245), metastaz gelişme durumu (U=12894, p=0,165) ve tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumuna (U=3984, p=0,930) göre farklılık göstermediği belirlendi. (Tablo 13).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam alt boyutu ortanca puanının yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu (U=7559,5, p<0,001), hastalığını algılama durumu ($\chi^2=26,202$, p<0,001), hastalığa uyum sağlama durumu (U=2279,5, p<0,001), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=127,792$, p<0,001), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=63,891$, p<0,001), eşi ile ilişkisini ($\chi^2=33,606$, p <0,001), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=43,761$, p<0,001) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=60,439$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Anlam alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=14403, p= 0,951), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=2,194$, p=0,533), metastaz

gelişme durumu ($U=13432,5$, $p=0,431$) ve tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını bulunma durumuna ($U=3906,5$, $p=0,795$) göre farklılık göstermediği belirlendi. (Tablo 13).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış alt boyutu ortanca puanının yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu ($U=8046$, $p=0,003$), hastalığını algılama durumu ($\chi^2=16,483$, $p<0,001$), hastalığa uyum sağlama durumu ($U=2696$, $p<0,001$), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=138,706$, $p<0,001$), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=48,862$, $p<0,001$), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=32,698$, $p<0,001$), eşi ile ilişkisini ($\chi^2=14,608$, $p=0,005$) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=38,703$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Barış alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=14390,5$, $p=0,940$), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=2,526$, $p=0,471$), metastaz gelişme durumu ($U=13194,5$, $p=0,290$) ve tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını olma durumu ($U=4009$, $p=0,972$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç alt boyutu ortanca puanının yakın çevresinde kanser tanısı almış birey bulunma durumu ($U=7705$, $p<0,001$), hastalığın klinik evresi ($\chi^2=14,068$, $p=0,003$), metastaz gelişme durumu ($U=12390,5$, $p=0,017$) hastalığını algılama durumu ($\chi^2=28,149$, $p<0,001$), hastalığa uyum sağlama durumu ($U=2595,5$, $p<0,001$), şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı ($\chi^2=64,700$, $p<0,001$), arkadaşları ile ilişkisini ($\chi^2=80,420$, $p<0,001$), çocukları ile ilişkisini ($\chi^2=20,579$, $p<0,001$) ve akrabaları ile ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=64,020$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. İnanç alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=14320,5$, $p=0,853$), tedavi süresince kendisine eşlik eden yakını olma durumu ($U=3979,5$, $p=0,906$) ve eşi ile olan ilişkisini tanımlama durumuna ($\chi^2=8,542$, $p=0,740$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek		UCLA Yalnızlık Ölçeği
Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği	Ölüm Sonrası Hayat	r= -0,135*
	Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak	r= -0,336**
	Yok Olma	r= -0,197**

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * p<0,05, **p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 14’te sunulmuştur. Bu çalışmada Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği’nin Ölüm Sonrası Hayat (r=-0,135, p<0,05), Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak (r=-0,336, p<0,01) ve Yok Olma alt boyutları (r=-0,197, p<0,01) ile UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 14).

Tablo 15. UCLA Yalnızlık Ölçeği ve FACIT-Sp-12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek		UCLA Yalnızlık Ölçeği
FACIT-Sp-12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği	Anlam	r= -0,180*
	Barış	r= -0,208*
	İnanç	r= -0,152*
	Toplam	r= -0,217*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

UCLA Yalnızlık Ölçeği ve FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 15’te sunulmuştur. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı (r= -0,217, p<0,01), Anlam (r= -0,180, p<0,01), Barış (r= -0,208, p<0,01) ve İnanç alt boyut puanları (r= -0,152, p<0,01) arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 15).

Tablo 16. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği arasındaki ilişki

Ölçek		Ölüm Sonrası Hayat	Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak	Yok Olma
FACIT-Sp-12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği	Anlam	r=0,417*	r=0,415*	r=0,283*
	Barış	r=0,312*	r=0,398*	r=0,242*
	İnanç	r=0,479*	r=0,450*	r=0,381*
	Toplam	r=0,425*	r=0,468*	r=0,337*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 16’te verilmiştir. Bu araştırmada FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam alt boyut puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm sonrası Hayat (r=0,417, p<0,01) ve Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanları (r=0,415, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki, Yok Olma alt boyut puanı (r=0,283, p<0,01) arasında ise pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış alt boyutu ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat (r=0,312, p<0,01) ve Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanları (r=0,398, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki, FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış alt boyutu ile Yok Olma alt boyut puanı (r=0,242, p<0,01) arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç alt boyutu ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat (r=0,479, p<0,01), Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak (r=0,450, p<0,01) ve Yok Olma alt boyut puanları (r=0,381, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat (r=0,425, p<0,01), Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak (r=0,468, p<0,01) ve Yok Olma alt boyut puanları (r=0,337, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

Kanser hastalığının tanı ve tedavisi onkoloji hastalarını fiziksel ve psikososyal yönden etkilemekte, yalnızlık ve ölüm korkusuna neden olabilmekte ve bireyler mevcut durumları ile başa çıkabilmek için genellikle spiritüaliteye yönelebilmektedir. Bu çalışma, Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin, onkoloji kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan hastalarda, yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, araştırma kapsamındaki hastaların, yaklaşık olarak yarısının (%40,1), mevcut hastalığı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı tanısı aldıkları saptandı. Araştırma, bulgularımızı destekler nitelikte onkoloji hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da, hastaların mevcut tanıları dışında kronik bir hastalığı olduğu (Pınar ve ark., 2008; Karabulutlu, 2017), sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı (Küçükkatırcı, 2013; Gülcivan ve Topçu, 2017) tanısı aldıkları bildirilmiştir. Kronik hastalıklar, bireyi başkalarına bağımlı hale getirebilmekte, birey ve ailesinin stres, korku, anksiyete, çaresizlik ve yalnızlık gibi duygular yaşamasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte kronik hastalıklar bireylerin iş yaşamını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek bireysel, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açabilmektedir (Yılmaz, 2016). Bu doğrultuda, mevcut hastalıkları dışında kronik bir hastalığa sahip olan onkoloji hastalarının, mevcut durumları ile başetme becerilerinin güçlendirilmesinin hastalığa uyumlarını artırabileceği, tedavi ve prognozlarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların %89,9'unun mevcut hastalığını "uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık" olarak algıladığı ve %34,3'ünün şimdiki sağlık durumunu "iyi" olarak tanımladığı belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte, Çalışkan ve arkadaşlarının (2017) hematolojik onkoloji hastalarının anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların %76'sının "kanseri uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık" olarak algıladığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise, onkoloji hastalarının

%62,3'ünün genel durumlarını "iyi" olarak tanımladıkları bildirilmiştir (Kutlu ve arkadaşları, 2011).

Onkoloji hastalarının hastalık algısı, tedavi süresinin uzunluğu, geleceğe ilişkin belirsizlik, tedavinin yan etkileri, hastalığın tekrar etme olasılığı ve ölüm korkusu gibi birçok faktöre bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Nitekim literatürde hastalık algısının, bireylerin hastalığına ilişkin yorumu ve değerlendirmesi ile birlikte psikososyal durumunu, davranışsal ve emosyonel tepkilerini doğrudan doğruya etkileyebilecek çok önemli bir değişken olduğu bildirilmiştir (Kocaman ve ark., 2007; Armay ve ark., 2008; Karabulutlu ve Karaman, 2015; Çalışkan ve ark., 2017). Bu doğrultuda, hastaların hastalık ve tedavi sürecine uyumunu artırabilmek ve iyilik düzeylerini yükseltebilmek için, sağlık ve hastalığa ilişkin algılarının belirlenmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hastaların %92,8'inin tedavi süresince kendisine eşlik eden bir yakının olduğu belirlendi. Literatürde onkoloji hastalarının tedavi süresince yakınlarından aldığı desteğin, son derece önemli olduğu vurgulanmakla birlikte (Pınar ve ark., 2008; Çivi ve ark., 2011; Ayar, 2018), bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, yakınlarından yeterli destek göremeyen hastaların, hastalığa uyum sağlama konusunda sorun yaşadıkları (Türkmen ve Çam, 2012) ve hastalarda birtakım psikolojik problemlerin ortaya çıktığı bildirilmektedir (Yılmaz, 2016). Bu doğrultuda, hasta ailesi ve yakınlarının bakım ve tedavi sürecine dahil edilmesi, hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyebilir (Ateşçi ve ark., 2003; Bahar, 2007).

5.2. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin 10 maddelik versiyonu kullanılmış olmakla birlikte onkoloji hastalarının, UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması $25,86 \pm 2,01$ olarak saptandı. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 10 ile 40 arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada onkoloji hastalarının orta düzey yalnızlık duygusuna sahip oldukları görüldü. Onkoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması Ayar'ın (2018) çalışmasında $18,4 \pm 5,1$, olarak bildirilmiştir. Onkoloji hastalarının yalnızlık düzeyi yapılan araştırmalara göre (Ayar, 2018; Çıracı, 2015; Kurt Öncü, 2008) farklılık göstermekte birlikte, bu farklılığın araştırma kapsamındaki hastaların kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği

düşünülmektedir. Bununla birlikte kanser, hasta ve ailesini biyolojik, sosyal, ekonomik özellikle de psikolojik yönden etkileyen bir hastalıktır (Bahar, 2016). Bu doğrultuda hastanın, hemşirelik bakımı planlanırken, bireyin holistik yaklaşım doğrultusunda çok boyutlu ele alınması ve psikolojik yönden desteklenmesi önemlidir.

UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan toplam puan arttıkça yalnızlık duygusunun arttığı, ölçekten alınan toplam puan azaldıkça da yalnızlık duygusunun azaldığı kabul edilmektedir. Bu doğrultuda UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanının, hastaların hastalığa uyum sağlama ve sağlığını algılama durumuna göre farklılık gösterdiği, ölçek toplam puanının hastalığa uyum sağlamayan bireylerde, daha yüksek olduğu görüldü. Kanser tedavisi hastalarda, başta saç dökülmesi olmak üzere oral mukozit, kas içi kanamalar ve çeşitli cilt reaksiyonlarına neden olabilmektedir. Onkoloji hastalarında meydana gelen bu fiziksel değişimler ve enfeksiyon riski, bireylerin kendilerini toplumdan tecrit ederek sosyal izolasyon ve yalnızlık yaşamalarına yol açabilmektedir (Kurt Öncü, 2008).

5.3 Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Bu araştırmada bireylerin Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyutundan aldıkları belirlendi. Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanı $30,73 \pm 4,99$ olarak saptanmış olmakla birlikte bu alt boyuttan alınabilecek puan aralığı 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyutundan elde edilen puanının yüksek olması, bireylerin ölüme verdiği anlama işaret etmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma kapsamındaki hastaların ölümü "hayatı anlamlı kılma ve geride kalanlara miras bırakma olarak kabul etme düzeylerinin" oldukça yüksek olduğu görüldü. Bireyler, kişisel deneyimleri doğrultusunda çevrelerindeki olaylara, nesnelere ve ölüme bir anlam yüklerler. Ölüm insana ait evrensel bir özellik olmakla birlikte, bireylerin bir çoğunda kaygıya neden olabilir. Bireylerin sahip oldukları herşeyi, bedenini, malı ve mülkünü, benliğini veya yaşamdaki güzel şeylerini kaybedecek olma duygusu stres ve kaygı yaşamalarına yol açabilir (Sezer ve Paya, 2009; Cirhinlioğlu, 2014). Bazı bireyler, ölümü yalnızlık ve izolasyona neden olan bir durum (Çetinkaya ve ark., 2007), bazı bireylerde stresten kurtulma, ailesine ve çevresine anlamlı şeyler bırakma olarak değerlendirebilir (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Bireylerin ölüme verdikleri anlam, din, kültür, toplumsal değer, inanç, adet ve gelenekler doğrultusunda gelişir. Bireylerin ölüme karşı geliştirdikleri tutum ve tepkiler toplumsal, dinsel ve kültürel farklılıklar gösterebilir (Dunn ve ark., 2005). Ölüm düşüncesi bazı bireyler tarafından “yok olma”, bazı bireyler tarafından “ölümsüz bir hayatın başlangıcı” olarak kabul edilebilir (Tanhan ve Arı, 2006). Özellikle İslam kültüründe bazı bireyler ölümü “sevgiliye kavuşma” ve “uykudan uyanma” olarak görebilir. Bu doğrultuda bireylerin ölüme olumlu bir anlam yüklemesi bireyin yaşamını pozitif yönde etkileyerek, yaşamını anlamlı kılabilir (Tanhan ve Arı, 2006; Erdoğan ve Özkan, 2007; Sezer ve Saya, 2009). Bu çalışmada onkoloji hastalarının motivasyon-geride anlamlı şeyler bırakma düzeylerinin yüksek olmasının, hastalığın çağrıştığı ölüm ile dini ve kültürel özelliklerinden etkilendiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanının hastaların yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma, hastalığını tanımlama, hastalığına uyum sağlama ve mevcut sağlıklarını algılama durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanının yakın çevresinde kanser tanısı almayan, hastalığını “uzun süreli ve kolay tedavi edilebilen bir hastalık” olarak tanımlayan, şimdiki sağlık durumunu “çok iyi ve iyi” olarak algılayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Belirsizlik, panik, kaygı ve korku duygularına neden olan kanser hastalığı, bireylerin geçmiş yaşam deneyimlerinden, sağlık ve hastalık algılarından, hastalığa yükledikleri anlamdan, toplumsal özellikleri ile kültürden etkilenebilmektedir (Kelleci, 2005; Bahar, 2007).

Literatürde özellikle sağlık ve hastalık algısının (Çapık, 2006; Kaya, 2014), bireylerin sağlık inançlarından, sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarından ve sağlık sorunlarını yorumlama biçimlerinden de etkilendiği bildirilmektedir (Kaya, 2014). Aynı zamanda bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, özellikle spiritüel iyilik düzeyi yüksek olan hastaların geleceğe yönelik umutlarının fazla olduğu, kendilerini daha huzurlu, mutlu ve güvende hissettikleri, fiziksel, emosyonel ve psikososyal adaptasyonlarının yüksek olduğu ve stres yaratan durumlar ile daha iyi başa çıkabildikleri bildirilmektedir (Boscaglia ve ark., 2005; Boztilki ve Ardiç, 2017). Bu doğrultuda onkoloji hastalarının sağlık algıları ile spiritüel güç, moral, motivasyon ve iç huzurunun ölüme yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerini azalttığı düşünülmektedir.

Diğer yandan kanser hastalığının tedavi sürecine bağlı olarak, hastaların büyük çoğunluğu çalışmamakta, işlerinden ayrılmak zorunda kalmakta ve bu duruma bağlı olarak da ekonomik sıkıntılar yaşamaktadır (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015). Onkoloji hastaları, kendileri için son derece sıkıntılı olan bu süreçte iç huzuru sağlayabilmek için, genellikle spiritüaliteye başvurmaktadır (Boscaglia ve ark., 2005; Romero ve ark., 2006). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda maneviyat ve spiritüalitenin bireyin ölüme ilişkin korku ve kaygılarını azalttığı bildirilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014; Dülger, 2014; Kasapoğlu, 2015). Elde edilen bulgular doğrultusunda, onkoloji hastalarının hastalık ve tedavi sürecine bağlı zorluklar ile başa çıkabilmek için, spiritüaliteye yöneldikleri ve ölümü yaşama anlam veren bir durum olarak algıladıkları düşünülmektedir.

5.4 FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Onkoloji hastalarının spiritüel iyilik düzeylerini değerlendiren FACIT-SP Spiritüel İyilik Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 0-48 arasında değişmekle birlikte bu çalışmada FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalaması $39,9 \pm 9,8$ olarak belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği'nden alınan puanların yükselmesi bireyin spiritüel iyilik düzeyinin artmasına, alınan puanların azalması ise bireyin spiritüel iyilik düzeyinin azalmasına işaret etmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların spiritüel iyilik hallerinin oldukça yüksek olduğu görüldü. Literatürde onkoloji hastalarının spiritüel iyilik düzeylerini belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı çalışmalarda hastaların FACIT-Sp Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamasının $16,7 \pm 8,1$ ile $39,5 \pm 11,2$ arasında değiştiği bildirilmiştir (Purnell ve ark., 2009; Öner, 2012; Gaston-Johansson ve ark., 2013; Bovero ve ark., 2016).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Anlam Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hastaların Anlam Alt Boyutu puan ortalaması $13,1 \pm 3,6$ olarak belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Anlam Alt Boyut puan ortalaması, Whitford ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında $13,7 \pm 2,8$, Aktürk ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında $12,6 \pm 3,1$, Öner'in (2012) çalışmasında $10,5 \pm 3,7$ ve Gaston-Johansson (2013) çalışmasında ise $14,3 \pm 3,3$ olarak saptanmıştır. Bovero ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise hastaların Anlam Alt Boyutundan $11,0 \pm 4,2$ ile $16,5 \pm 4,0$ arası puan aldıkları belirlenmiştir.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Barış Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hastaların Barış Alt Boyut puan ortalaması $12,4 \pm 4,2$ olarak belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, Barış Alt Boyut puan ortalaması Whitford ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında $12,0 \pm 3,4$, Gaston-Johansson (2013) çalışmasında $11,3 \pm 5,4$, Aktürk ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında $10,9 \pm 3,7$ ve Öner'in (2012) çalışmasında $8,8 \pm 3,8$ olarak saptanmıştır. Bovero ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise onkoloji hastalarının Barış Alt Boyutundan $11,0 \pm 4,2$ ile $16,5 \pm 4,0$ arası puan aldıkları belirlenmiştir.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği İnanç Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 16 arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hastaların İnanç Alt Boyut puan ortalaması $14,4 \pm 3,3$ olarak belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak İnanç Alt Boyut puan ortalaması Whitford ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında $11,7 \pm 4,3$, Öner'in (2012) çalışmasında $12,6 \pm 3,3$, Gaston-Johansson (2013) çalışmasında $13,6 \pm 4,2$ ve Aktürk ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında $11,9 \pm 4,5$ olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın Bovero ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada ise onkoloji hastalarının İnanç Alt Boyutu puan ortalamasının $4,1 \pm 3,4$ ile $8,4 \pm 4,1$ arasında değiştiği bildirilmiştir.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanının hastaların; eğitim düzeyine, çalışma durumuna, yerleşim yerine ve aile yapısına göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında okur yazar olmayan, çalışan, ilçe ve köyde yaşayan ve çekirdek aile yapısına sahip olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Onkoloji hastalarının spiritüel iyilik hali yapılan araştırmalara göre (Purnell ve ark., 2009; Whitford ve ark., Öner, 2012; Gaston-Johansson ve ark., 2013; Bovero ve ark., 2016; Aktürk ve ark., 2017) farklılık göstermekte birlikte, bu farklılığın araştırma kapsamındaki hastaların sosyodemografik, klinik, dini ve kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanının onkoloji hastalarının hastalığını tanımlama, hastalığına uyum sağlama, mevcut sağlıklarını algılama ve yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunma durumuna göre farklılık

gösterdiği belirlendi. FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında, hastalığını tedavi edilebilen bir hastalık olarak gören, hastalığına uyum sağlayan, mevcut sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak tanımlayan, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey bulunmayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. İyilik hali, optimal düzeyde sağlıklı olmaya yönelme ile birlikte beden, akıl ve ruhun bütünleşmesidir. Aynı zamanda bireysel iyilik hali amaçlara sahip olma ve daha anlamlı yaşam geçirme hedefi olan, sosyal, kişisel ve ekolojik olarak tüm alanlarda işlevsel olan bir yaşama da işaret etmektedir (Myers ve ark., 2000). Spiritüel iyilik hali, bireyin diğer insanlarla, kendisi ve çevresiyle uyum halinde olmasıdır (Aktürk ve ark., 2017). Literatürde spiritüel iyilik halinin kronik, ilerleyici ve yaşamı tehdit edici bir hastalık durumunda, bireylerin yaşamdan anlam çıkararak hastalıklarını kabul etmelerine, hastalıkları ile başedebilmelerine, gelecek hakkında plan yapabilmelerine ve sağlık durumlarını daha iyi algılayabilmelerine yardım ettiği belirtilmektedir (Eğlence, 2016).

Onkoloji hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda spiritüel iyilik, inanç ve değerlerin bireyin genel sağlığını, iyileşmesini ve hastalığını kabul etmesini pozitif yönde etkilediği (Pearce ve ark., 2012; Richardson, 2012), yaşadıkları sorunlarla başetme becerilerini güçlendirdiği ve yaşam kalitelerini yükselttiği bildirilmektedir (Eğlence, 2016). Bu doğrultuda, hemşirelerin, hastanın bakımını planlarken bireyin spiritüel gereksinimlerini de belirleyerek uygun girişimlerde bulunması son derece önemlidir.

Bu araştırma FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında arkadaşları, eşi, çocukları ve akrabaları ile ilişkisini “iyi ve çok iyi” olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Kanser, tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemleri de beraberinde getiren bir hastalıktır. Bu doğrultuda, onkoloji hastalarının aldıkları tedaviden üst düzey yarar sağlayabilmeleri, yaşadıkları psikososyal ve ekonomik sorunları en aza indirebilmeleri için sağlık bakım profesyonellerinin, hastaların ihtiyaç duydukları sosyal desteği sunabilmeleri büyük önem arz etmektedir (Feher ve Maly, 1999; Işıksan, 2007; Ayaz ve ark., 2008).

5.5. UCLA Yalnızlık Ölçeği, Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği ve FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Arasındaki İlişki

Araştırma kapsamındaki hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanı ($r=-0,336$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların yalnızlık düzeyleri azaldıkça, bireylerin ölümü “yaşama anlam veren ve geride kalan yakınlarına miras bırakmayı sağlayan bir durum” olarak algılama düzeylerinin arttığı belirlendi. Kastenbaum’un (1996) bu konuda yaptığı bir çalışmada da, araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun “ölümsüz bir hayat düşünün” sorusuna, hayatın anlamını yitireceği cevabını verdikleri bildirilmiştir (Akt: Dülger, 2014). Ölüme yüklenen anlam, kültürden kültüre göre farklılık göstermekle birlikte (Ellis ve Wahab, 2013), bu konudaki literatürde bazı kültürlerin ölümü bir motivasyon kaynağı ve geride anlamlı şeyler bırakma durumu olarak kabul ettikleri belirtilmektedir (Dülger, 2014). Varoluşçu kuramcılardan biri olan Yalom da (1980) ölümün bireyin yaşamına anlam kattığını ve insanları motive ettiğini bildirmektedir. Bu doğrultuda hemşirelik bakımı planlanırken, hastaların ölüme yükledikleri anlamın gözönünde bulundurulması ve bu konuda bireylere, gerekli psikososyal desteğin sağlanması son derece önemlidir.

Bu araştırmada UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile FACIT-SP Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi ($r=-0,217$, $p<0,01$). Hastaların yalnızlık düzeyleri azaldıkça, spiritüel iyilik düzeylerinin arttığı saptandı. Yalnızlık duygusu bireyin terk edilmişlik ve kimsesizlik duygusu yaşamalarına neden olabilir (Erol ve ark., 2016). Literatürde bireyin spiritüel boyutunun insanları sevmeyi, umut etmeyi ve inanmayı güçlendirdiği ve yalnızlık duygusunu azalttığı belirtilmektedir (Eğlence, 2016). Bu doğrultuda bireyin spiritüel iyilik düzeyinin yükseltilmesinin ve sosyal gruplara dahil edilmesinin, kişilerarası iletişimi güçlendirerek, yalnızlık duygusunu azaltabileceği düşünülmektedir.

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak ($r=0,468$, $p<0,01$) alt boyut puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı. Bu çalışmada hastaların spiritüel iyilik düzeyleri arttıkça, yaşama anlam veren ve geride kalan yakınlarına miras bırakmayı sağlayan bir durum olarak, algılama düzeylerinin yükseldiği belirlendi.

Literatürde spiritüel boyutun, yaşamın, sağlığın, hastalığın ve ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olduğu bildirilmektedir (Eğlence, 2016). Bu doğrultuda bireylerin spiritüel iyilik düzeylerindeki artışın ölüme yükledikleri anlamı da olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak kanser, bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen çok boyutlu bir hastalıktır. Onkoloji hastalarının yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal sorunlar ile baş edebilmeleri için, sahip oldukları spiritüel iyilik düzeyleri ile yararlandıkları başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilmesi son derece önemlidir. Diğer yandan onkoloji hastalarına bakım sunarken, hastaların psikososyal sorunları ile birlikte ölüme yükledikleri anlamların belirlenmesinin ve uygun hemşirelik bakımının planlanmasının tedaviye uyumlarını artıracığı, sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini geliştireceği ve iyileşme süreçlerini hızlandıracağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %33,7'sine lösemi, %29,7'sine akciğer kanseri tanısı konulduğu, %40,1'inin mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %37,2'sinin hastalığın 2. evresinde olduğu, %93,6'sına kemoterapi tedavisi uygulandığı, %37,5'inde başka bir organa metastaz geliştiği, %91,9'unun hastalığına uyum sağladığı, %92,8'inin tedavi süresince kendine eşlik eden bir yakınının olduğu belirlendi.

Onkoloji hastalarının yalnızlık düzeylerini değerlendiren UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanı 26 olarak belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanının hastaların çalışma durumu ($U=6669$, $p=0,045$), hastalığa uyum sağlama durumu ($U= 2950$, $p=0,002$) ve şimdiki sağlık durumlarını nasıl algıladıklarına ($\chi^2=10,514$, $p=0,033$) göre farklılık gösterdiği saptandı.

Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği alt boyutlarından Ölüm Sonrası Hayat alt boyut ortanca puanı 15, Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyut ortanca puanı 31 ve Yok Olma alt boyut ortanca puanı 23 olarak saptandı. Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği, Ölüm Sonrası Hayat alt boyutu, Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyutu ve Yok Olma alt boyut ortanca puanlarının hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$).

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam ortanca puanı 42, Anlam alt boyut ortanca puanı 15, Barış alt boyut ortanca puanı 14 ve İnanç alt boyut ortanca puanı 16 olarak saptandı. Hastaların FACIT-SP Spiritüel İyilik Hali Ölçeği, toplam ortanca puanının, hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği ortaya çıkarıldı ($p<0,05$).

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği'nin Ölüm Sonrası Hayat alt boyutu ($r=-0,135$, $p<0,05$), Motivasyon-Geride Anlamli Şeyler Bırakmak alt boyutu ($r=-0,336$, $p<0,01$) ve Yok Olma alt boyut puanları ($r=-0,197$, $p<0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile FACIT-Sp-12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı ($r = -0,217, p < 0,01$), Anlam alt boyut puanı ($r = -0,180, p < 0,01$), Barış alt boyut puanı ($r = -0,208, p < 0,01$) ve İnanç alt boyut puanı ($r = -0,152, p < 0,01$) arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

FACIT-SpnSpiritüel İyilik Hali Ölçeği toplam puanı ile Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Ölüm Sonrası Hayat alt boyut puanı ($r = 0,425, p < 0,01$), Motivasyon-Geride Anlamlı Şeyler Bırakmak alt boyut puanı ($r = 0,468, p < 0,01$) ve Yok Olma alt boyut puanı ($r = 0,337, p < 0,01$) arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Onkoloji hastalarının, yalnızlık düzeylerinin periyodik aralıklarla belirlenmesi,
- Onkoloji hastalarının ailesi, arkadaşları ve değer verdiği kişilerin bakıma dahil edilmesi ve hastaların onlarla daha çok vakit geçirmelerine fırsat verilmesi,
- Onkoloji hastalarına bakım ve tedavi sunan sağlık bakım profesyonellerine, hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması konusunda eğitimler düzenlenmesi,
- Onkoloji hastalarının holistik yaklaşım doğrultusunda ele alınarak, spiritüel iyilik düzeylerinin belirlenmesi ve yükseltilmesi,
- Onkoloji hastalarına ihtiyaç duymaları halinde psikolojik/manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması,
- Onkoloji hastalarının yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik araştırma sayısı sınırlı olması nedeniyle, bu konuda hem nicel hem nitel araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. Akdemir, N, Birol L. Editör, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık. 2005;18-24.
- Aksu, T, Okçay, H. Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5(14):113-126.
- Aktürk Ü, Erci B, Araz M. Functional evaluation of treatment of chronic disease: validity and reliability of the turkish version of the spiritual well-being scale. Palliat Support Care 2017; 1-9.
- Altay B, Gönener D, ve Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi, 2010; 15: 10-16.
- Arıkan F, Kurt S. Periferal nöropati. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 489-491.
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser epidemiyolojisi. Can G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 19-26.
- Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2008; 10:192-200.
- Arslan A. Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Atay S. Nötropeni ve enfeksiyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 347-348.
- Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):145-152.
- Ayar T. Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun. Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Ayaz S, Yaman Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6): 880-885.
- Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26: 488-499.

- Badur, S. Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler, Cogito, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2004; 93-105.
- Bahar, A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2007; 10(1).
- Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. Journal of advanced nursing 2001; 34(6): 833-841.
- Balcı Yangın H. Alopesi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 421-423.
- Bayraktar S. Korkulu rüyamız kanser. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 10-28.
- Bektaş H. Kanser sürecinde aileye yaklaşım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 933-939.
- Bırol L. Terminal evredeki hasta bakımı. Akdemir N, Bırol L. Editör, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003: 46-48.
- Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer 2005; 15(5):755-761.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1):73-78.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Psikososyal distres. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 551-565.
- Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. Eur J Cancer 2016; 25: 961-969.
- Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi 2017; 3(Supp:1):39-45.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A, Global cancer statistic 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018; 68: 394-424.
- Buluş M. Bulantı ve kusma. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 385-394.
- Callister LC, Bond AE, Matsumura G, Mangum S. Threading spirituality throughout nursing education. Holistic nursing practice 2004; 18(3): 160-166.

- Can G. Kanser. Eti Aslan F, Olgun N. Editör, Fizyopatoloji'de. 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2017; 33-51.
- Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Carroll BA. Phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality* 2011; 6(1): 81-98.
- Ceyhan S. Kayseri Nuh Naci Yazgan sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri. Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Cicirelli V G. Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies* 1998; 22: 713-734.
- Cirhinlioğlu FG. Din Psikolojisi. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2014.
- Cobb M. Belief. Cobb M, Pulchalski CM, Rumbold B. Editör, *Spirituality in Healthcare*'nde, 2. Baskı, Oxford University Press. 2014; 114-118.
- Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic nursing practice*, 2007; 21(5): 224-236.
- Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg* 2015; 17(1):27.-36.
- Çalışkan E, Gürhan N, Tekgündüz AİE. Hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumları. *Acta Oncol Turcica* 2017; 50(3):207-217.
- Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A., Spiritüel bakım ve hemşirelik, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8(1):47-50.
- Çıracı Y. Onkoloji hastalarında yalnızlık duygusu. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi* 2011; 53:248-253.
- Dalay N, Buyru N. Kanser Biyolojisi. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği*'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 7-16.

- Deckx L, Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18(5): 466-477.
- Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı* 2009; 21(2):45-53.
- Dekkers W. Neye “Ölüm” Deriz? Batı Kültüründe Yaşam Sonu Hakkında Bazı Düşünceler. *3P Dergisi* 1996; 4(3): 9-16.
- Dönmez ÇF, Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum* 2005; 32(1): 97-104.
- Dülger K, Ölüm kaygısının ölüm anlamları, baş etme stilleri ve bağlanma stilleri ile ilişkisinde ölümlülük farkındalığının biçimlendirici rolü, Okan Üniversitesi Sostal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Eğlence R. Kronik Hastalıklar ve Spiritüel Bakım. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar'da, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2016; 687-696.
- Elçigil A. Sağkalanların gereksinimleri ve yaşadıkları sorunlar. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği*'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 957-964.
- Elliott J. Hope. Cobb M, Pulchalski CM, Rumbold B. Editör, *Spirituality in Healthcare*'nde, 2. Baskı, Oxford University Press. 2014; 119-125.
- Ellis L, Wahab EA. Religiosity and fear of death: a theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research* 2013; 55: 149-189.
- Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 14(3): 171-179.
- Ergül S, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniv Hemşire YO Der* 2004; 8(1):37-45.
- Erol S, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S, Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *GÜSBD* 2016; 5(3): 60-69.
- Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. *Onkoloji*. Karadakovan A, Eti Aslan F. Editörler, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2014; 187-209.
- Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 408-416.

- Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11(11): 547-554.
- Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. In *Oncology Nursing Forum* 2013; 40(2):120-121.
- Gülcivan G, Topçu B. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 2017;5(2):63-74.
- Gümüş AE. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve beden imgelerinden doyum düzeylerinin sosyal kaygı düzeyleri ve ilişkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2000; 33(1-2).
- Günüşen NP, İnan FŞ, Üstün B. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; 14(5): 313-3149.
- Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Hellmich LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: Development and testing of a new instrument. *The Journal of Family Practice* 1998; 46(6): 476-486.
- Heather JS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, Merluzzi TV, Munoz AR, George L, Synder MA, Salsman, JM. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 2015; 121(21): 3760-3768.
- Hintistan S, Çilingir, D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1(3):153-164.
- Hintistan S, Pekmekci H, Nural N, Gülhan Güner S. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hem Der* 2015; 4(1): 1-9.
- Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol* 2010; 8(1):4-12.
- Işıkhan V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2007;18:15-29.
- Jones, C. Huzur içinde yatsın: ölüme dair her şey. İstanbul Dharma Yayınları. 2004.
- Kaptan G. Dedeli Ö, Temel iç hastalıkları hemşireliği kavram ve kuramlar 2012.
- Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(3):271-284. DOI: 10.17681/hsp.84549.

- Karabulutlu EY, Yaralı S, Karaman S. Evaluation of distress and religious coping among cancer patients in Turkey. *J Relig Health* 2017; 1-10. DOI 10.1007/s10943-017-0453-6.
- Karaca, F. Ölüm Psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları. 2000.
- Karadakovan A. Mukozit. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 371-389.
- Karakuş G. Öztürk Z. Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012; 21(1): 42-49.
- Kartopu S. Dini Yaşayısta Hayatı Sorgulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2006.
- Kasapoğlu F. Development of spiritual orientation scale: The study of validity and reliability. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015; 16(3):51-68. DOI: 10.17679/iuefd.16360640.
- Kaya S. Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Kayış A. Trombositopeni ve Kanama. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 355-369.
- Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri/Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(1): 41-47.
- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:271-280.
- Koenig GK. Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal* 2004; 97(12): 1194-1200.
- Korkut Owen F, Owen DW. İyilik hali yıldızı modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi* 2012; 3(9): 24-33.
- Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(6): 105-115.
- Kocaman Yıldırım N, Psikososyal bakımda onkoloji hemşiresi. Can G., *Onkoloji Hemşireliği'nde*. Nobel Tıp Kitabevi, 2014: 1043-1056.
- Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M, İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 4(3): 153-158.

- Koçanoğlu A. Personal meanings of death and religiosity as predictors of death anxiety and death fear of university students. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Kurt Öncü H. Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Kurt S, Ünsar S. Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. *European journal of oncology nursing* 2011; 15(2): 137-144.
- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2011; 27(3), 149-153.
- Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M, Fadıllıoğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı* 2005; 17(4); 17-22.
- Küçük L. Bakımda spiritual yaklaşım. Atabek Aştı T., Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı'nda, Akademi Yayıncılık, 2016: 1136-1145.
- Küçükkatırcı S. Akciğer kanserli hastalarda beslenme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 23-26.
- Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research* 2013; 23(1): 21-30.
- McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of clinical nursing* 2004;13(8): 934-941.
- Menekli T, Fadıloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(4): 222-229.
- Middleton RJ. Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard* 2014; 28(21): 39.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skummy A, Dutcher J. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 1999; 8(5): 378-385.
- Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *J Ss Dev* 2000; 78(3):251-266. DOI:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.

- Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of advanced nursing*, 2001; 33(4): 446-455.
- Ormsby A, Harrington A. The spiritual dimensions of care in military nursing practice. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9(5): 321-327.
- Ovayolu Ö. Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörlere, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri. 2016; 285-301.
- Öğüt Düzen K, Kormaz M. Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *DEUHFED* 2015; 8(2): 67-76.
- Öner H. Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Önsöz SB. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Öz F. Yalnızlık. Öz, F. Editör. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar'da*. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 2004; 180-202.
- Özcan S, Vatansever S. Kanser kaşeksisi. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 407-408.
- Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(1): 571-578.
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(3): 157-182.
- Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2269-2276.
- Peplau LA, Perlman D. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. John Wiley & Sons Inc. 1982; 36:1-18.
- Peplau HE. Loneliness. *Am J Nurs* 1995;(12):244-250.

- Peterman A, Fitchett G, Brady LM. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale. *Annals of Behavioral Medicine* 2002; 24(1): 49–58.
- Peykerli, G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4): 62-65.
- Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Int J Hematol & Oncol/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008; 18(3):141-149.
- Purnell JQ, Andersen BL, Wilmot JP. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Couns Values* 2009; 18(53): 165.
- Richardson P, Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care. *Clin J Oncol Nurs* 2012; 16(4): 150-155.
- Rokach A. "Antecedents of loneliness: A Factorial Analysis". *Journal of Psychology* 1989;123:4.
- Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med* 2006; 29(1):29-36. DOI: 10.1007/s10865-005-9038-z.
- Rosenthal NR. Adolescent death anxiety: The effect of death education. *Education* 1980; 101(1): 95-101.
- Russell DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996; 66(1):20-40.
- Sabuncu N, Özdilli K. Ölüm. Sabuncu N. Editör, *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar'ında*. Ankara, Alter Yayıncılık. 2011; 158.
- Sadler W. Oh the verge of a lonely life. *Humanities* 1974;10:255-276.
- Salsman, JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Snyder MA, Fitchett G. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer* 2015; 121(21): 3769-3778.
- Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature. A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing* 2007; 25(4): 252-262.
- Sezer S. Saya P. Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 13: 151-165.
- Sinclair S, Chochinov HM. Dignity. Cobb M, Pulchalski CM, Rumbold B. Editör, *Spirituality in Healthcare'nde*, 2. Baskı, Oxford University Press. 2014; 145-149.

- Smith EML, Beck SL, Cohen J. The total neuropathy score: A tool for measuring chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Oncology Nursing Forum* 2008; 35(1):96-102. DOI: 10.1188/08.ONF.96-102.
- Smith EML, Cohen, JA, Pet MA, MStat, MAP, Beck SL. The validity of neuropathy and neuropathic pain measures in patients with cancer receiving taxanes and platinum. *Oncology nursing forum* 2011; 38(2): 133-142.
- Stein KD, Denniston M, Baker F, Dent M, Hann DM, Bushhouse S, West M. Validation of a modified Rotterdam Symptom Checklist for use with cancer patients in the United States. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003; 26(5): 975-989.
- Sungur Bozdoğan İB. Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Sülü E. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 2(3): 34-43.
- Topuz, İ. Ölüm algısı ölçeği (ÖAÖ) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi* 2013; 11(26), 279-300.
- Tuna Ünsar S. Diyare ve Konstipasyon. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015;395-402.
- Turan Kavradım S, Canlı Özer, Z. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(2):154-164. DOI: 10.5455/cap.20130901084242.
- Türk Dil Kurumu Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_Erişim Tarihi:20. 08.2018
- Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, İstatistiklerle Türkiye, 2014.
- Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014 <http://www.kanser.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:21.07.2017
- Usta Yeşilbalkan Ö. Yorgunluk. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 335-336.
- Uşşaklı E. Ölüm ve ölmek üzerine (çeviri). Ak, NB. Editör, 1. Baskı, Ankara, April Yayıncılık. 2010; 21-119.
- Uygur D. Hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyuş ile arasındaki ilişkinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

- Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2014; 28(2):85-92.
- Ünsar S, Yıldız Fındık Ü., Kurt S, Özcan H, Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5): 90-106.
- Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. Psycho-oncology 2010; 19(6): 565-572.
- Wass H. Death education in the home and at school. Information Analyses Counseling and Student Services. Florida, 1983.
- Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. Int J Gynecol Obstet 2003; 83:211-229.
- Whitford HS, Olver IN. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning and faith and their association with quality of life and coping in oncology. Psycho-Oncology 2011.
- WHO Cancer Report 2014, Edited By Stewart B, Wild CP. 2017; http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/ Erişim Tarihi: 8.12.2017.
- Yalom I. Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek. İstanbul: Kabalcı Yayınları, 2008.
- Yaşar R. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 17(1):237-260.
- Yavuzşen T, Karadibak D, Cehreli R, Dirioz M. Effect of group therapy on psychological symptoms and quality of life in Turkish patients with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(11): 5593-5597.
- Yazgan EÖ. Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Yeloğlu ÇH, Güveli H, Hocoğlu Ç. Son Dönem Hastalarında Psikiyatrik Yaklaşım. Literatür Sempozyum, 2015; 43-50.
- Yeşilbalkan ÖU, Akyol D, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1):13-31.
- Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniv HYO Derg 2010; 26(1):87-97.
- Yıldırım Y. Kanser ağrısı. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 317-318.

- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 61-70.
- Yılmaz M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar'da, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2016; 687-696.
- Yoo W, Shah DV, Shaw BR, Kim E, Sağlık P, Roberts LJ, Gustafson DH. The role of family environment and computer-mediated social support on breast cancer patients' coping strategies. J Health Commun 2014; 19(9): 981-998.



EKLER

EK-1 Anket Formu

ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK VE ÖLÜM ALGISI İLE SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamamız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Araş.Gör. Tuğba Kavalalı Erdoğan
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

HASTA TANITIM FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5.Çalışıyor musunuz?: ()Evet ()Hayır

6.Mesleğiniz:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz()Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

9. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır

11.Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:

12.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

()Eşim ()Çocuklarım ()Eşim ve çocuklarım ()Tek başına ()Diğer (Belirtiniz):

13.Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla

14. Kronik bir hastalığınız var mı?: ()Evet ()Hayır

15.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Böbrek hastalığı ()KOAHA ()Diğer(belirtiniz):

16. Mevcut tanınız:

()Mide CA ()Özefagus CA ()Meme CA ()Beyin CA ()Kolon CA ()Lösemi

()Rektum CA ()Böbrek CA ()Mesane CA ()Akciğer CA ()Karaciğer CA ()Larinks CA ()Nazofarens CA ()Prostat CA ()Over CA ()Uterus CA ()Serviks CA

()Safra yolları ile ilgili CA ()Yumuşak doku CA ()Tiroid CA ()Diğer(Belirtiniz)

17. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?.....

18. Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) kanser tanısı almış başka birey var mı?

Evet Hayır

19. Hastalığınızın klinik evresi:.....

20. Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri (Birden fazla işaretlenebilir):

Cerrahi tedavi Radyoterapi Kemoterapi Hormon terapisi

21. Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? Var Yok

22. Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

Sürrenal Karaciğer Akciğer Kemik Beyin Cilt Diğer (belirtiniz):

23. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?

Tedavi edilemeyen bir hastalık

Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

Diğer:.....

24. Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi: Evet Hayır

25. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

26. Hastalığınızın tedavisine ne zaman başladınız?.....

27. Tedavi süresince size eşlik eden bir yakınınız var mı? Evet Hayır

28- Arkadaşlarıyla ilişkisini nasıl tanımladığı

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

29- Eğer evliyse eşiyle ilişkisini nasıl tanımladığı:

Evli değil Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

30- Eğer çocuğu varsa çocuklarıyla ilişkisini nasıl tanımladığı:

Çocuğu yok Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

31- Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı:

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

EK-2 UCLA Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon)

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakkamı daire içine alarak belirtmenizdir.	HİÇ BİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	SIK SIK
1. Ne sıklıkla bir arkadaşınız olmadığını hissediyorsunuz?	1	2	3	4
2. Ne sıklıkta çevrenizdeki kişilerle çok sayıda ortak noktanız olduğunu düşünüyorsunuz?	1	2	3	4
3. Ne sıklıkla kendinizi insanlara yakın hissediyorsunuz?	1	2	3	4
4. Ne kadar sıklıkla kendinizi dışlanmış hissediyorsunuz?	1	2	3	4
5. Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz?	1	2	3	4
6. Ne sıklıkta kendinizi diğerlerinden izole ediyorsunuz?	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta gerçekte sizi anlayan birilerinin olduğunu hissediyorsunuz?	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta insanların etrafınızda olduğunu fakat sizinle olmadığını hissediyorsunuz?	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta konuşabileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?	1	2	3	4
10. Ne sıklıkta yardım isteyebileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?	1	2	3	4

EK-3 Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği

ÖLÜMÜN KİŞİSEL ANLAMLARI ÖLÇEĞİ Aşağıdaki her bir ifadede ölümün çeşitli anlamları verilmektedir. Lütfen bu ifadelerden sizin için en uygun olanı işaretleyiniz. Her bir ifade için lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Ölüm acı ve ızdırap demektir	5	4	3	2	1
2. Ölüm kişisel yok oluş demektir.	5	4	3	2	1
3. Ölüm insanın hayallerinin yok olması demektir.	5	4	3	2	1
4. Ölümün kaçınılmazlığı, yaşamın daha önemli görünmesini sağlar.	5	4	3	2	1
5. Ölüm, başkalarına başarılarımızı fark etme olanağı verir.	5	4	3	2	1
6. Ölüm, sevdiklerimizden ayrılmak demektir.	5	4	3	2	1
7. Ölüm sevdiklerimizle tekrar kavuşmak demektir.	5	4	3	2	1
8. Ölüm, bir amaç için onurla ve şerefle ölme fırsatıdır.	5	4	3	2	1
9. Ölüm, her şeyin kaybı demektir.	5	4	3	2	1
10. Ölüm yeryüzündeki hayatın ötesinde bir şeyin başlangıcı demektir.	5	4	3	2	1
11. Ölüm kişiyi hedefler koymaya teşvik eder.	5	4	3	2	1
12. Ölüm, yaşam sonrası yeni bir maceranın başlangıcıdır.	5	4	3	2	1
13. Ölüm; bizi başarmaya/başarıya motive eder.	5	4	3	2	1
14. Ölüm başardıklarımız için bir övülme fırsatıdır.	5	4	3	2	1
15. Yaşam ölüme anlam katar.	5	4	3	2	1

EK-4 FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Ölçeği

FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali (Version 4):Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların Önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1.Kendimi huzurlu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Yaşamak için bir nedenim var.	0	1	2	3	4
3.Yaşamım verimlidir.	0	1	2	3	4
4.İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
5.Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
6.Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum.	0	1	2	3	4
7.İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum.	0	1	2	3	4
8.Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun.	0	1	2	3	4
9.Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum.	0	1	2	3	4
10.Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum.	0	1	2	3	4
11.Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.	0	1	2	3	4
12.Hastalığımla ilgili olarak ne olursa ne olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum.	0	1	2	3	4

EK-5 UCLA Yalnızlık Ölçeği İngilizce Formu

The following statements describe how people sometimes feel. For each statement, please indicate how often you feel th way described by writing a number in the space provided.	NEVER	RARELY	SOMETIMES	ALWAYS
1.How often do you feel that you lack compainship?	1	2	3	4
2. How often do you feel that you have a lot common with people around you?	1	2	3	4
3. How often do you feel close to people?	1	2	3	4
4. How often do you feel left out?	1	2	3	4
5. How often do you feel that no one really knowa you well?	1	2	3	4
6. How often do you feel isolated from others?	1	2	3	4
7. How often do you feel that there are people who really understand you?	1	2	3	4
8. How often do you feel that people are around you but no with you?	1	2	3	4
9. How often do you feel that there are people you can talk to?	1	2	3	4
10. How often do you feel that people you can turn to?	1	2	3	4

EK- 6 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1317

29 .12.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Onkoloji **Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı ile Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki** başlıklı OMÜ KAEK 2017/451 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 28.12.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-7 Hastane İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-757.01-E.1427
Konu : Tez Çalışması Yapma İsteğiniz
Hakkında

16/01/2018

SN. TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN

İlgi : 15/01/2018 tarihli yazınız.

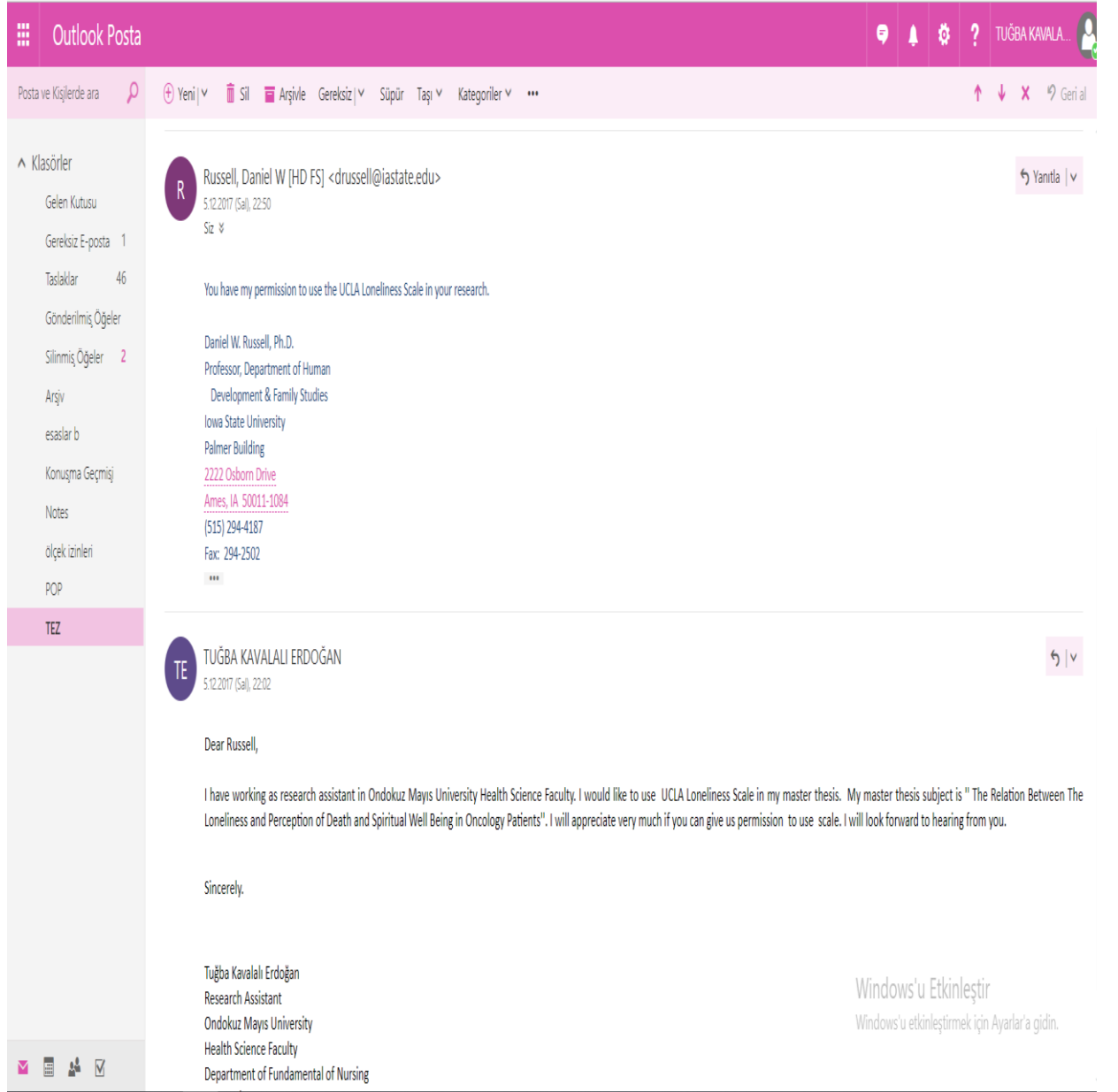
"Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı ile Spirittüel İyilik Hali Arasındaki İlişki"
konulu tez çalışmanızı Hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/> Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr
Meral TULUM
meral.tulum@omu.edu.tr
Dahili Tel: 2327
5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://cbysorgu.omu.edu.tr> adresinden 0U2Y-DMB9-05DY kodu ile yapılabilir.

EK-8 UCLA Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon) Kullanım İzni



Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler

Klasörler

- Gelen Kutusu
- Gereksiz E-posta 1
- Taslaklar 46
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 2
- Arşiv
- esaslar b
- Konuşma Geçmiş
- Notes
- ölçek izinleri
- POP
- TEZ**

R Russell, Daniel W [HD FS] <drrussell@iastate.edu>
5.12.2017 (Sal), 22:50
Siz

Yanıtla

You have my permission to use the UCLA Loneliness Scale in your research.

Daniel W. Russell, Ph.D.
Professor, Department of Human
Development & Family Studies
Iowa State University
Palmer Building
2222 Osborn Drive
Ames, IA 50011-1084
(515) 294-4187
Fax: 294-2502

TE TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN
5.12.2017 (Sal), 22:02

Yanıtla

Dear Russell,

I have working as research assistant in Ondokuz Mays University Health Science Faculty. I would like to use UCLA Loneliness Scale in my master thesis. My master thesis subject is "The Relation Between The Loneliness and Perception of Death and Spiritual Well Being in Oncology Patients". I will appreciate very much if you can give us permission to use scale. I will look forward to hearing from you.

Sincerely,

Tuğba Kavalalı Erdoğan
Research Assistant
Ondokuz Mays University
Health Science Faculty
Department of Fundamental of Nursing

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

EK-9 Ölümün Kişisel Anlamları Ölçeği Kullanım İzni

The screenshot shows an Outlook email interface. The top bar is pink and contains the Outlook logo, the text "Outlook Posta", and a user profile for "TUĞBA KAVALLI...". Below the top bar is a navigation bar with options like "Yeni", "Sil", "Arşivle", "Gereksiz", "Süpür", "Tağı", "Kategoriler", and "Geri al". The left sidebar shows a list of folders: "Klasörler", "Gelen Kutusu", "Gereksiz E-posta 1", "Taslaklar 46", "Gönderilmiş Öğeler", "Silinmiş Öğeler 2", "Arşiv", "esaslar b", "Konuşma Geçmiş", "Notes", "ölçek izinleri", "POP", and "TEZ". The main content area displays an email from "TUĞBA KAVALLI ERDOĞAN" (TUĞBA KAVALLI ERDOĞAN) dated "15.03 (Per), 13:37" with the email address "aysel.kocanoglu@dso.bau.edu.tr". The email body contains the following text:

Merhaba Tuğba,

Tez çalışmamın üzerinden 13 sene geçmiş, ve hep uygulamacı olarak çalıştımdan izin konusunda nasıl yardımcı olabilirim bir bilginim yok. Ölçeği tezekki haliyle tabii ki kullanabilirsiniz, bundan memnun olurum. Dilerim çalışmanız için faydalı olur. Daha fazlası gerekiyorsa da ne yapmam gerekiyor beni yönlendirirseniz yardımcı olmak isterim.

Saygılarımla

Aysel Koçanoğlu
Uzman Psikolog, Bahçeşehir University

Psikolojik Danışma & Rehberlik Merkezi (PDRM)
0212 381 58 60

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Arş. Gör. Tuğba KAVALLI ERDOĞAN
OMÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SAMSUN

EK-10 FACIT-Sp Spiritüel İyilik Hali Kullanım İzni (Geliştiren kişi)



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

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. The terms of this license will grant permission Licensor provides to TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN ("Investigator") the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN is granted license to use the **Turkish** version of the **FACIT-Sp-12** in **one not for profit study**:

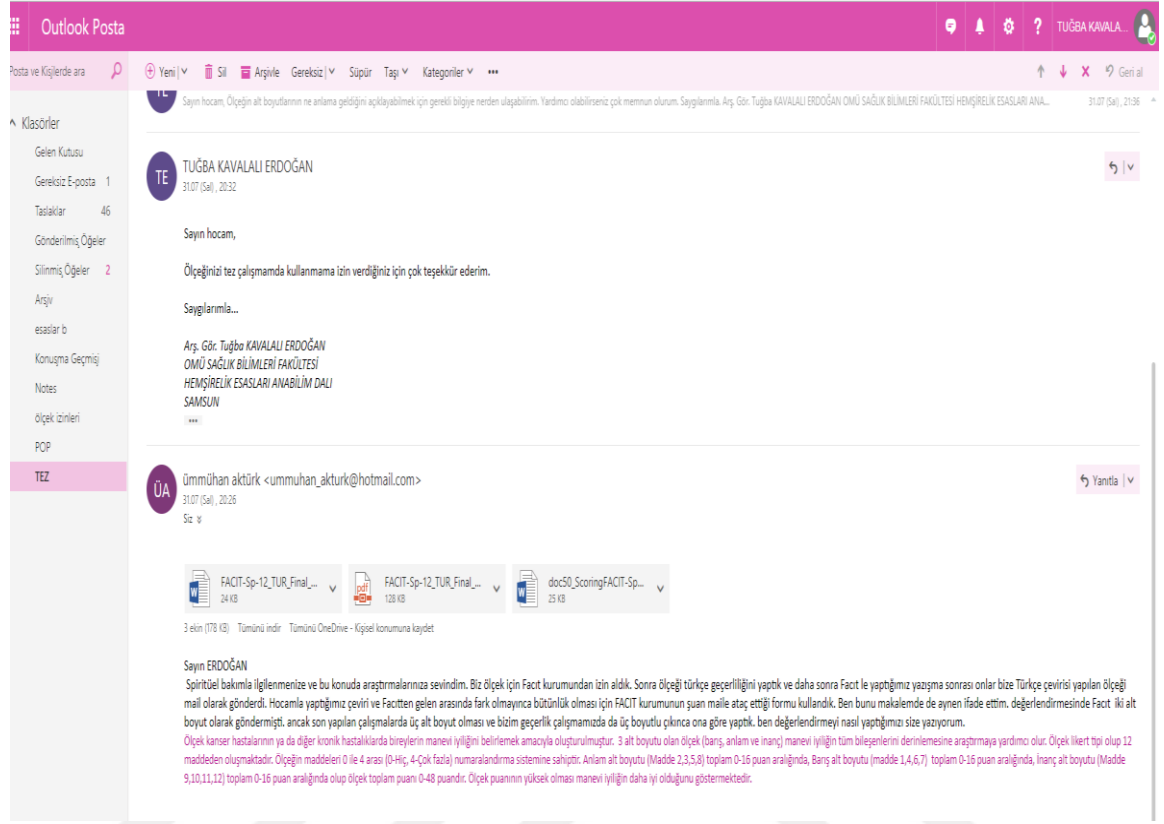
This current license is only extended to TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN's research project subject to the following terms:

- 1) (TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN) 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, TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN) 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) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN's project.
- 10) TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: December 6, 2017

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

EK-11 FACIT-Sp Spiritüel İyilik Halı Kullanım İzni (Geçerlilik ve güvenilirlik yapan kişi)



Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Tagı | Kategoriler

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-posta 1

Taslaqlar 46

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 2

Arşiv

esaslar b

Konuşma Geçmiş

Notes

Ölçek izlenleri

POP

TEZ

Sayın hocam, Ölçeğin alt boyutlarının ne anlama geldiğini açıklayabilmek için gerekli bilgiye nerden ulaşabiliyim. Yardıma olabilirsiniz çok memnun olurum. Saygılarımla. Arş. Gör. Tuğba KAVALALI ERDOĞAN OMU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK ESASLARI ANA...

31.07 (Sal), 21:36

TUĞBA KAVALALI ERDOĞAN

31.07 (Sal), 20:32

Sayın hocam,

Ölçeğinizi tez çalışmamda kullanmama izin verdiğiniz için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Arş. Gör. Tuğba KAVALALI ERDOĞAN
OMU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SAMSUN

Ömmühan aktürk <ummuhan_akturk@hotmail.com>

31.07 (Sal), 20:26

Siz

FACIT-Sp-12_TUR_Final_... 24 KB

FACIT-Sp-12_TUR_Final_... 128 KB

doc50_ScoringFACIT-Sp... 25 KB

3 ekin (178 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın ERDOĞAN

Spiritüel bakımla ilgilenenize ve bu konuda araştırmalarınıza sevindim. Biz ölçek için Facit kurumundan izin aldık. Sonra ölçeği türkçe geçerliliğini yaptık ve daha sonra Facit ile yaptığımız yazma sonrası onlar bize Türkçe çevirisi yapılan ölçeği mail olarak gönderdi. Hocamla yaptığımız görüş ve Faciten gelen arasında fark olmayınca bütünlük olması için FACIT kurumunun şuan maille atış ettiği formu kullandık. Ben bunu makalede de aynen ifade ettim. Değerlendirmesinde Facit iki alt boyut olarak göndermişti, ancak son yapılan çalışmalarda üç alt boyut olması ve bizim geçerlik çalışmamızda da üç boyutlu çıkınca ona göre yaptık. Ben değerlendirmeyi nasıl yaptığımızı size yazıyorum.

Ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Chok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (Madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Doğum Yeri: Merzifon/Amasya

Doğum Tarihi: 23/07/1990

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Lisans – Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu-2013
Yükseklisans - Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2015

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Samsun Ayvacık Devlet Hastanesi 2014-2016
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2016-...

E-posta: tugbakavalali@hotmail.com