



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK
DUYGUSU**

Yasemin ÇIRACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2015



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK
DUYGUSU**

Yasemin ÇIRACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2015

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans/Doktora Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin Çıracı'nın hazırladığı "Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Duygusu" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Nesrin NURAL

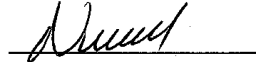


Yüksek Lisans/Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof Dr. Halil KAVGACI



Doç. Dr. Nesrin NURAL



Doç. Dr. Sevilay HİNDİSTAN



Tarih: 22/04/2015

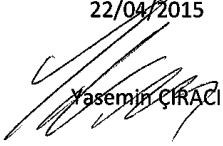
Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

22/04/2015


Yasemin ÇİRACI

İthaf

Bu Yüksek Lisans tezimi, tezimin her aşamasında büyük bir sabırla ve sevgiyle benden desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a ve desteklerini her zaman yüreğimde hissettiğim çok değerli aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, bilimsel katkıları ve bilgileriyle rehberlik eden danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Verilerin toplanmasında ve analizinde yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak-Burun-Boğaz servisinde görev yapmakta olan başta Sayın Uzman Dr. Tolgar Lütfü KUMRAL, Sayın Elmas ÇAVUŞ ve değerli meslektaşım Havvanur ÖKTEM olmak üzere diğer hemşire ve doktorlara,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren değerli hastalarım,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarım Fırat YAŞAR ve Selçuk ODABAŞ'a,

Sevgilerini hep yüreğimde hissettiğim sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

YASEMİN ÇIRACI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İç Kapak Sayfası	
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kanser	6
4.1.1. Kanserin Fiziksel Etkileri	7
4.1.2. Kanserin Psikolojik ve Sosyal Etkileri	9
4.2. Ölüm Kavramı ve İyi Ölüm	10
4.3. Terminal Dönem	12
4.3.1. Terminal Dönemde Hastaların Fizyolojik Gereksinimleri	13
4.3.2. Terminal Dönemde Hastaların Duygusal Gereksinimleri	14
4.4. Palyatif Bakım	15
4.4.1. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü	16
4.5. Yalnızlığın Tanımı	18
4.5.1. Yalnızlığın Kuramsal Anlamı ve Sınıflandırılması	19
4.5.2. Terminal Dönem ve Yalnızlık	21
4.5.3. Yalnızlıkla Baş Etmede Hemşirenin Rolü	22
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Tipi	24
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	24
5.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	24

5.5. Veri Toplama Araçları	25
5.5.1. Hasta Bilgi Formu	25
5.5.2. University of California Los Angeles Loneliness Scale	25
5.6. Verilerin Toplanma Yöntemi	26
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	26
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	27
6. BULGULAR	28
7. TARTIŞMA	37
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	43
9. KAYNAKLAR	46
10. EKLER	53
10.1. Ek 1. Onam Formu	
10.2. Ek 2. Hasta Bilgi Formu	
10.3. Ek 3. UCLA-LS (University of California Los Angeles Loneliness Scale)	
10.4. Ek 4. Kurum İzni	
11. ETİK KURUL ONAYI	58
12. ÖZGEÇMİŞ	59

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	28
Tablo 2. Hastaların Kansere Türlerine Göre Dağılımı	29
Tablo 3: Hastaların Yalnızlık Düzeyini Etkileyebilecek Değişkenlerin Dağılımı	30
Tablo 4: Hastaların Genel Yalnızlık Düzeyleri	31
Tablo 5: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yalnızlık Puan Ortalamaları Dağılımı	31
Tablo 6. Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenlere Göre Yalnızlık Düzeylerinin Dağılımı	33
Tablo 7. Yalnızlık İçin Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Çoklu Regresyon Sonuçları	34
Tablo 8. Yalnızlık İçin Hastaların Duygu Durumlarını Etkileyebilecek Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Sonuçları	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Hastaların Ziyaret Edilme Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri	34
Şekil 2. Hastaların Aile Desteğini Yeterli Bulma Düzeyine Göre Yalnızlık Düzeyleri	35
Şekil 3. Hastaların Yaşadıkları Duyguları Paylaşma Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri	36

SİMGELER, KISALTMALAR ve FORMÜLLER DİZİNİ

UCLA-LS University of California Los Angeles Loneliness Scale

1. ÖZET

Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Duygusu

Yalnızlık kanser hastaları için aşırı hassasiyet, güvensizlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmeyen korkusu ile ilişkili birçok sorunu beraberinde getiren olumsuz bir duygudur. Bu araştırma kanser hastalarında yalnızlık duygusunu belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini, 14 Kasım 2014 – 14 Ocak 2015 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi onkoloji servisinde yatan ve kabul etme kriterlerine uyan 55 palyatif bakım hastası oluşturdu. Veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve bazı klinik özelliklerini içeren hasta bilgi formu ve UCLA Yalnızlık Ölçeği (University of California Los Angeles Loneliness Scale) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar ve ortalamalar, “Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testleri”, “Independent samples t-testi” testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), çoklu regresyon analizi kullanıldı. Araştırmada kullanılan UCLA Yalnızlık Ölçeği iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) 0,91 olarak bulundu.

Araştırmaya alınan hastaların genel yalnızlık düzeyi $53,61 \pm 9,29$ olarak belirlendi. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yalnızlık düzeyini istatistiksel açıdan etkilemediği saptandı ($p > 0,05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre; ziyaret edilme durumu, duygularını paylaşabilme durumu ve aile desteğinin yalnızlık düzeyini istatistiksel açıdan etkilediği görüldü ($p < 0,05$). Hastaların çoğu psikolojik desteğe gereksinimleri olduğunu belirtti. Araştırma sonuçları son dönemdeki kanser hastalarının yüksek oranda yalnızlık duygusu yaşadığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: kanser, palyatif bakım hastası, son dönem, yalnızlık

2. SUMMARY

Loneliness Of Oncology Patients

Loneliness is a negative feeling of the majority of cancer patients and brings many negative consequences such as extreme sensitivity, vulnerability, helplessness, death and associated with fear of the unknown. This research was performed as a cross-sectional and descriptive in order to determine the loneliness in cancer patients. The sample was 55 patients with palliative care who lied in oncology service of Okmeydanı Education and Research Hospital between 14 November 2014- 14 January 2015 and whose degree of disease was stage-4 or treatment terminated. Data were collected using a questionnaire that has patients' personal characteristics and disease information and the UCLA Loneliness Scale (University of California Los Angeles Loneliness Scale) was used to calculate loneliness score. For the analysis of data, percentage distributions and averages, to examine the status of affected by the scores of some variables nonparametrik Kruskal Wallis ve Mann Whitney U test, " Independent samples t -test " test, for more than two groups one-way analysis of variance (ANOVA), multiple regression analysis and chronbach alpha test was used. For this study chronbach alpha is 0.91.

Loneliness score of the patients in the study is 53.61 ± 9.29 . When the patients' demographic variables were examined age, sex, marital status, number of children and education level did not influence average score of loneliness ($p > 0.05$). When the variables that may affect the level of loneliness were examined patients are more lonely who have no visitor, have inadequate family support and have no relative for sharing emotional status ($p < 0.05$). Regression analysis results showed that visit status, share feelings and family support affected loneliness ($p < 0.05$). More than half of the patients said that they wanted psychological support to express themselves. Research results show that the oncology patients at end of their life felt high rates of loneliness.

Key words: cancer, palliative care patient, end of life, loneliness

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser en kısa tanımını ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmalarıdır. Kanser hastaları ve onlara bakım sunanları da etkileyen, inişler ve çıkışlar gösteren, özel gereksinimleri ve sorunları olan kronik bir hastalıktır (1).Kanser tanısının konulması, birey ve aile için travmatik bir deneyimdir. Diğer hastalıklara göre kanser, bireyin günlük yaşam dengelerini daha çok bozabilmekte, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik her alanda etkileyebilmektedir. Kanser aynı zamanda birey için “uyum mekanizmalarının etkilenmesi, geleceğe yönelik planlarının bozulması, gücünü yitirme” gibi anlamlar taşıyabilmektedir (2).

Kanser son yıllarda dünyada ve ülkemizdeki ölüm nedenleri içinde ikinci sıraya yükselerek önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kanserinin görülme sıklığı ve ölüm oranları, ekonomik faktörler, eğitim ve sağlık bakımındaki engellerden etkilenmektedir. Dünyada 2000 yılı itibari ile 22 milyon kanser hastasının yaşadığı ve yeni vakalar içinde akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserlerinin ilk beş sırada yer aldığı belirtilmektedir (3). Ülkemizde 2009 yılı kanser istatistiklerine göre her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır. Bu verilere göre; erkeklerde en sık akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir ve her 4 kadından biri meme kanseridir (4).

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, psikososyal sorunların en fazla gözlemlendiği durumlardan biridir. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan ciddi sonuçlar doğurur. Hastalığın uzun dönemli yan etkileri birçok faktöre bağlıdır. Ayrıca bu faktörler, kanserin kendisinden ve tedavisine bağlı olarak hastanın işlevselliğinin sınırlanmasından, hastalıkla başa çıkma gibi bireysel faktörler ve normal yaşlanma sürecindeki yaşam biçimi değişikliklerinden etkilenebilir (5). Kanser, bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşa ve kaygının, ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize etmektedir (6). Bireyin bugüne kadar kullandığı uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulması anlamına gelmektedir (7).Kanserle karşılaşan kişi, yalnızlık, endişe, korku, öfke, mutsuzluk, çökkünlük, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular hissedebilir. Tedavi için kullanılan ilaçların da psikolojik etkilerini yaşayabilir.

Babaoğlu ve Öz (2003) yaptıkları çalışmada hastaların yeterince anlamadıklarını, aile bireylerinden yeterli destek göremediklerini ve iletişimde zorlandıkları için duygusal ve sosyal problemler yaşadıklarını belirtmiştir (8).

Ölümü yaklaşan hasta ve ailesinin içinde bulunduğu süreç “terminal dönem” olarak adlandırılmaktadır. Terminal dönemdeki genel sorunlar, hastanın içinde bulunduğu evreye, ölüme atfedilen anlama ve destek sistemlerine göre değişmektedir. Bu sorunlar; dış dünya ile ilgilenmeme, korkuya bağlı huzursuzluk, aşırı bağımlılık, isyankarlık, sağlığını olumsuz etkileyecek tutum ve davranışlara yönelme, yalnız kalma eğilimi ve sağlıklı insanlara karşı öfkeli davranışlar sergileme şeklinde özetlenebilmektedir (9).

Ölmek üzere olan hasta birçok farklı duyguyu aynı anda yaşar ve içinde bulunduğu süreçte duygusal açıdan birçok gereksinimi vardır. Hasta kendini güvende hissetmek, kişiliğini kaybetmemek, ailesine bulunduğu çevreye ait olma duygusunu yitirmemek ister. Ölümün yaklaştığını bilmek, bu hastaların bazılarında korkuya neden olabilir. Hasta sağlığına yeniden kavuşamayacağını anlayıp ölüme yaklaştığını fark ettiğinde, içine kapanabilir ve çektiği ızdırabın sona ermesini ya da kendisi için önemli kişileri ve olayları görebilecek kadar yaşamayı isteyebilir (1).

Son evredeki kanser hastaları da ölüm ve tedavinin yan etkilerine ilişkin endişeler, terk edilme ve yalnız bırakılma korkusu, kişiliğini, mahremiyetini, onurunu koruyamama endişeleri yaşayabilir. Genellikle ölüm kanserle birlikte artık kaçınılmaz bir gerçektir. Kronik fiziksel hastalığı olan bireyler özellikle de kanser hastaları için hastalığın yeniden ortaya çıkması veya ilerlemesi korkusu önemli bir tehdit unsurudur (10).

Hastalarda gelişen korku ya da endişenin neden olduğu anksiyete aşırı korkuya, huzursuzluğa ve kaygı bozukluğuna neden olabilir. Son evredeki hastalar; başkalarına yük olma, ölümler fiziksel ve mental yeteneklerinin kaybolması, ölüm ile ilgili ağrı beklentisinde olma ve önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme korkusu içinde olabilir (11).

Yalnızlık kanser hastaları için önemli psikososyal sorunlardan biridir ve diğer birçok hastalıkla mücadele eden hastalar gibi kanser tanısı olan hastaları da etkilemektedir (12). Yalnızlık özellikle yaşlı ve kanser tanısı olan hastalar için zor ve acı bir duygudur. Erişkin kanser hastalarının yaklaşık yarısı yalnızlık duygusu yaşamaktadır (13). Jinekolojik kanser tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada sosyal desteğe gereksinimi olan hastalarda yalnızlık düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Sosyal ve emosyonel destek alamayan hastalarda yalnızlık duygusunun daha yoğun olduğu ve sosyal izolasyonu da arttırdığı belirtilmektedir (14). Yalnızlık olumsuz bir deneyimdir ve aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular gibi birçok olumsuz sonucu da beraberinde getirir. Bu nedenle son evre kanser hastalarında yalnızlık duygusunun değerlendirilmesi önemlidir (15).

Literatürde kanser tedavi süreci devam eden hastaların yaşadığı semptomların her birinin tek tek değerlendirildiği çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalar genelde hastanın yaşadığı tüm sorunlara ilişkin veri sağlamakta ancak terminal dönemdeki hastaların yaşadığı duygulara özellikle de belirli duygulara derinlemesine veri sağlamakta yetersiz kalabilmektedir.

Bu bakış açısı ile kanser hastasının yalnızlık duygusunu ne şiddette yaşadığını bilmek ve değerlendirebilmek, hemşirenin bireye özgü bakım sunabilmesi için önemlidir. Bu araştırma literatürdeki bu eksikliği gidermek ve son evredeki onkoloji hastalarının yaşadıkları yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Kanser

Kanser, DNA'daki sıralamalarda meydana gelen değişiklikler sonucu çekirdekdeki genetik sistemin değişime uğraması ile meydana gelir (1). Hücresel genlerde gerçekleşen somatik ve kalıtsal mutasyonlar ve artan genetik değişiklikler kansere neden olur. Kanserin tedavi yöntemlerinde önemli gelişmeler olmasına rağmen, diğer hastalıklara göre daha korkutucu ve yaşamı tehdit eden bir hastalıktır (16). Anormal şekilde çoğalmaya başlayan hücreler bulundukları yerdeki doku ve organları zedeleyerek aynı zamanda daha uzaktaki organları da etkileyerek, organların işlevlerini engeller (1). Kontrolsüz olarak bölünen bu hücreler, bulundukları yerlerde bir kitle oluşturacak şekilde çoğalıp, bulunduğu bölgenin dışına yayılmıyorsa benign (selim) tümör, bulunduğu yerden diğer doku ve organlara yayılma eğilimi gösteriyorsa malign (habis) tümör adını alır (17). Malign tümörler; normal hücrelerdeki işlev, görünüş ve özellikleri yitirseler bile bazı durumlarda köken aldıkları hücrelerin işlevlerine hiç benzemeyen yeni hücresel işlevler de gösterebilirler. Örneğin; bazı tümörler endokrin bez özelliği olmamasına rağmen hormon salgılama özelliği kazanabilirler (16). Malign tümörler aynı zamanda, beslenme ve oksijen gereksinimlerini karşılamak için yerleştikleri dokuda yeni kılcal damarlar oluşturma yeteneğine sahiptirler. Bu sayede çevre dokularda yeni kan damarlarının oluşmasını sağlayacak proteinlerin sentezlenmesine neden olurlar (1).

Türkiye'de 2009 yılında yapılan kanser istatistiğine göre; yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 269,7, kadınlarda ise 173,3'dür (100000 kişide). 2009 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır. Genç erkeklerde (15-24 yaş grubu) testis ve kemik kanserleri, kadınlarda ise tiroid ve Hodgkin hastalığı en sık karşılaşılan kanserlerdir. Aynı zamanda, sağ kalım süresi incelenen kanserler içinde en kötü olan akciğer kanseridir (4).

Günümüzde kanserin tek bir faktöre değil, farklı birçok nedene bağlı ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Kansere neden olabilecek faktörler:

- Genetik ve ailesel faktörler
- Hormonal faktörler ve doğurganlık
- Diyet faktörleri
- Fiziksel etkenler
- Sigara
- Kimyasal maddeler
- Virüsler, bakteriler, parazitlerolarak sıralanmıştır (1).

Kanser tedavisinde son yıllarda görülen ümit verici gelişmelere karşın genelde iyileşme oranının %25'in üzerine çıkmadığı belirtilmektedir. Kanserın ölümcül bir hastalık olması bireyi fizyolojik ve psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir (18).

4.1.1. Kanserın Fiziksel Etkileri

Kanser hastaları, hastalık ve uygulanan tedavinin yan etkilerinden dolayı fiziksel komplikasyon gelişimi açısından yüksek riskli hastalardır. Kanser tedavisinin türü ve prognozu nedeniyle hastalar birçok fiziksel sorunla karşılaşmaktadır. Kanser hastalarında en sık karşılaşılan fiziksel semptomlar (1, 19, 20,21);

Ağrı: Ağrı, kanser hastalarında en sık deneyimlenen ve hastaları en çok etkileyen semptomlardan biridir. Aynı zamanda ilerlemiş kanser hastalarının %75'inden fazlasında görülen bir semptomdur. Ağrının en sık nedeni kemik metastazıdır. Ağrı genellikle kroniktir ve hastayı yalnız fiziksel değil psikolojik açıdan da olumsuz etkiler. Kanser ağrısı; hastanın günlük aktivitesine, duygusal yaşamına, motivasyonuna, aile ve yakınları ile etkileşimine ve genel yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etki yaratır.

Yorgunluk: Kemoterapi ve radyoterapinin yan etkisi olarak görülen yorgunluk en sık karşılaşılan fakat tedavi yöntemi en kısıtlı semptomdur. Yorgunluk; kanser hastalarının hayatlarında çok önemli bir sorun olmakla birlikte, hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer insanlarla ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerini engelleyebilmektedir.

Bulantı-kusma: Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen bir problemdir. Kanser hastalarının bir çoğu küratif tedavi veya palyatif bakım süresince bulantı-kusma

yaşayabilir. Engellenemeyen bulantı-kusma; sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksiya, kilo kaybı, ilaç emiliminde azalma gibi fizyolojik sorunları da beraberinde getirir. Aynı zamanda kişinin sosyal ilişkilerini, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesini etkiler ve psikolojik açıdan zorlayıcı bir deneyimdir.

Trombositopeni: Tümör hücrelerinin kemik iliğine infiltrasyonu, kemoterapi, dissemine intravasküler koagülasyon ve pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı nedeniyle kanamaya eğilimin artmasıdır. Hastada peteşi, ekimoz, hematüri, hipotansiyon, taşikardi, anemi ve trombosit sayısında azalma görülmektedir. Trombositopeni görülen hastalar kanama riski nedeniyle dikkatle gözlenmesi gereken hasta grubunu oluştururlar .

Nötropeni: Tümör hücrelerinin kemik iliği infiltrasyonu, kemoterapi/radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması ve immünoşüpresyona bağlı olarak gelişen ve enfeksiyon gelişme riskine yol açan önemli bir semptomdur.

Mukozit: Kanser hastalarında en sık görülen ve en fazla rahatsızlık veren cilt sorunlarının başında gelir. Nedeni; kemoterapötik ajanların ve radyoterapinin ağızdan anüse kadar bütün sindirim sistemini etkilemesi ve mukozada harabiyet yaratmasıdır.

Anemi: Tümör infiltrasyonu ve tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkar. Kemoterapik ajanlar direkt olarak kemik iliğinde öncü eritrosit sentezi dahil olmak üzere hematopoezisi bozarak anemiye neden olur. Hastalarda yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da taşipne görülmesi aneminin önemli belirtileridir.

Aynı zamanda hastalarda, bulantı-kusma ya da hipotalamus işlevlerinin azalması nedeniyle yiyeceklerden tikslenme, tat almada azalmaya bağlı olarak iştahsızlık ve kaşeksi görülebilir. Radyoterapi ve kemoterapinin kıl foliküllerinin mitotik etkinliklerini azaltarak kıl dökülmesine neden olmasıyla da alopesi görülebilir. İntestinal fonksiyon değişiklikleri nedeniyle de hastalarda diyare veya konstipasyon, karşılaşılan diğer fizyolojik etkilerdir (1).

4.1.2. Kanserin Psikolojik ve Sosyal Etkileri

Ölüm olasılığının olduğunu bilmek ve belirlenen tedavi yöntemleri, bireyin hastalığa bakış açısını değiştirir ve strese neden olur. Birey yüz yüze geldiği hastalık stresi nedeniyle birçok psikolojik sıkıntıyı aynı anda yaşayabilmektedir.

Kanser bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırıp ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşıklığın ve kaygının yoğun yaşandığı bir hastalıktır (5). Bu nedenle hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imgesinin bozulması, cinsel işlevlerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlar gelişebilmektedir (17).

Kanser hastalarında, tanı aşamasından itibaren tedavi aşamalarının tümünde farklı emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Birçok hasta ilk kanser tanısı konulduğunda kendisini kötü hisseder, şok geçirir ve birçok duyguyu aynı anda yaşar. Hastalar geleceğin belirsizliği korkusu ve hastalığın getirdiği stresle baş edebilmek için kendilerine destek sağlayacak kaynaklara ihtiyaç duyar (22). İleri evrede ise hasta, bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşarken, diğer yandan hastalığın ölümü yaklaştırıyor olması hastaların duygularını olumsuz etkilemekte, kaygı ve korku düzeyini arttırmaktadır (10).

Elizabeth KüblerRoss ilk tanı evresinden itibaren hastaların tepkilerini şöyle değerlendirmiştir (10, 30, 18):

İnkâr: Hastalık ya da önemi reddedilir. Ölümle ilk yüzleşmedir ve hastaya hastalığı kabullenmek için zaman verir.

Öfke: Hastalığa, doktorlara, yakınlarla bazen de diğer sağlıklı bireylere karşı duyulan kızgınlıktır. Hasta başkaları sağlıklıyken neden kendisinin böyle bir hastalıkla mücadele ettiğini sorgular.

Pazarlık: Bu dönemde hasta işbirliği yapar, biraz daha zaman için tedavilere uyum, gerekenleri yapma ve çaba gösterme eğilimindedir.

Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutmaya başlar.

Kabullenme: Bu dönemde hasta hastalığını kabullenir. Yakınlarıyla görüşebilmek, vedalaşabilmek ve ölmenden önce vasiyetini düzenleyebilmek hastanın öncelikli istekleridir.

Kanserin bireyin hayatını olumsuz yönde etkileyen ve bireyin ölümle ve yaşamla ilgili beklentilerini değiştiren bir hastalık olması ve kullanılan tedavilerin ciddi sonuçlarının olma olasılığı birçok psikiyatrik sorunun da nedeni olmaktadır. Kanser hastaları yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıkta artış ve aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşmek zorunda kalırlar. Psikolojik düzeyde kanser tanısı iyileşmenin olduğu durumlarda bile ölüm, acı, depresyon ve kaygı ile birlikte düşünülmekte ve önemli ölçüde psikolojik sıkıntıya neden olmaktadır. Tanı sonrası gelişen psikolojik sıkıntılar hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir (23, 5).

Aydoğan ve arkadaşları (2012) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini pozitif yönde anlamlı bulmuş ve medikal tedavinin yanı sıra bu hastalarda destek tedavinin de önemine vurgu yapmışlardır (24). Tokgöz ve arkadaşları (2008), kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak bulmuş ve kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Ölüm korkusu, çaresizlik, hayallerin gerçekleşmeyeceği korkusu, otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkıma uğrayacağı gibi düşünce ve kaygılar, depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır (23).Çam ve Gümüş (2005), hastaların duygusal olarak yoğun belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük, üzüntü, endişe yalnızlık ve öfke hissettiklerini, sürekli olarak hastalığı düşündüklerini ve bu düşüncüyü unutamadıklarını ve başkaları tarafından anlaşılamama yönünde kaygıları olduğunu belirtmektedir (25).

4.2. Ölüm Kavramı ve İyi Ölüm

Ölüm; canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesi, hayatın sonu, dünyadan göçmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek ya

da bu dünyadan taşınmak olarak tanımlanmaktadır. Ölüm, yaşayan tüm organizmaların paylaştığı evrensel bir gerçek olmakla birlikte korkutucu ama kaçınılmaz bir olaydır. Bu nedenle ölüm, çoğu kişi için soğuk ve konuşulması zor bir kavramdır (27).

Psikoanalitik görüşe göre, her insan bilinçaltında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bu inanç, ölümlü olmaya karşı başlangıçta güçlü bir duygusal tepkiye yol açar. Ölüme ilişkin bilimsel bilginin yetersizliğiyle de bireyde tutucu davranışlar gözlemlenir (26). Varoluşçu görüşe göre ise insan için ölüm kaçınılmazdır. Bu yaklaşım, insanların ölümü yaşamaktan kaçamayacağını ve ölümün aslında yaşamın anlamının içinde saklı olduğunu benimser (27).

Ölüme yönelik sorgulama; yaşamın anlamlandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Kişinin ölüme yüklediği anlam yaşamı değerlendirmesinde ve kişisel rol kavramında önemli rol oynamaktadır. Ölümü düşünmek bazı kişiler için stres kaynağı olurken, kimileri için stresten kurtulmanın bir yolu; kimileri için bir yok oluş anlamını taşıırken, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır (4). Ölümü bir son, yok oluş, kişiliğin sona ermesi ve kaybediş olarak görenler ölümü, yaşamı ve ilişkileri kesen, bozan, sona erdiren bir düşman olarak görürler. Ölümü, yaşam gibi bir başlangıç olarak görüp onu açıkça kabullenenler ise yaşadıkları süre içerisinde hayatı anlamlı kılmak ve ondan zevk almak için çabalarlar. Bu şekilde hayatın bir parçası olarak ölüm korkutucu olmaktan çok kendini gerçekleştirmenin bir adımı olarak algılanır (29). Bazı insanlara göre sevdiği insanlarla birlikte olup, onlara “hoşça kal” deme olanağı bulabilmek, bazılarına göre ise saygılı ve becerikli bakım alma, bağımlı olmadan, ağrı, inkontinans, delirium yaşamadan ve travmatik tedavi müdahalelerine maruz kalmadan ölmek, onurlu ölüm olarak kabul edilmektedir (30). Kötü ölüm ise kişilerde, gereksiz acıların yaşandığı, hasta ve ailesinin istek ve değerlerinin önemslenmediği, hasta ile ilgili bireylerin bazılarının suçluluk duygusu yaşadığı, ihmal, şiddet, istenmeyen ve duyarsız tedavilerin zorla uygulandığı durumu ifade eder (31).

Son yıllarda tıp alanında önemli gelişmeler olmasına rağmen hala bazı hastalıklar ölümcül olmaya devam etmektedir. Kanser hastalığı da bu gelişmelere rağmen hastalar için olumsuz bir deneyim olup ölümcül hastalıklar arasında yer almaktadır. İyileştirilemeyen kanser hastaları için son dönem ölümle tanıştıkları zorlayıcı ve korkutucu bir süreçtir. Bu dönemdeki hastalar için belki de en önemli olan

ise temel insanlık hakkı olan iyi ölüm hakkıdır. Bu nedenle bu dönemdeki hastaların en önemli ihtiyacı huzurlu, ağrısız ve rahat bir şekilde yaşamlarının sona ermesidir (32). İyi ölümün öncelikleri; ölümün ne anlama geldiği ve ölümden ne umulduğunu bilmek, olayları kontrol altına alabilmek, mahremiyetin korunması, ağrının ve etkilerinin kontrol altına alınması, ölüm yeri tercihinin desteklenmesi, yaşamın son anının kimlerle olacağı, kimlerle sonun paylaşılacağı, vedalaşma zamanı geldiğinde ayrılmayı ve yaşamı anlamsızca sürdürmeme gibi konulardır (33).

Her hasta görüşü, düşüncesi, inançları ne olursa olsun onurlu bir şekilde, iyi bakım alarak ve acısız ölümü hak eder. Çünkü “iyi ölüm” hastalar, aileler ve bakım vericilerin gereksiz stresten kaçınmaları, acı çekmemeleri, hasta ve aile isteklerinin dikkate alınması, klinik- kültürel-etik standartlara uygun yaklaşımları içermekte ve bireye özgü bakımı temel almaktadır (34). Hastalarda iyi ölümün gerçekleşebilmesi için ölüm sürecini gereksiz şekilde uzatmaktan kaçınmalı, ağrı ve semptom kontrolü sağlanmalıdır. Aynı zamanda hasta ve aile ile alınan kararlar konuşulmalı ve ölüme hazırlanabilmeleri için onlara fırsat verilmelidir. Hastanın huzurlu bir şekilde yaşama veda edebilmesi için kendisini özel ve önemli hissetmesi önemlidir ve hasta emosyonel açıdan yalnız kalmamalıdır (35).

Son dönemde iyi bir ölümün gerçekleşebilmesi için verilecek olan hizmette en önemli rol hemşirelere düşmektedir (36). İki sağlıklı insanın dahi ölüm hakkındaki düşünceleri ve algıları aynı değilken hasta iki bireyin ölümle ilgili tutumlarının aynı olması beklenemez. Bu nedenle hemşirelerin hastanın bakım ihtiyaçlarını bireye özgü belirlemesi öncelikli planı olmalıdır. Hemşire hastaya yaşam sonu bakım hizmeti sunarken kendisi de ölüme dair farkındalığını arttırmalı, ölüm kavramı üzerindeki görüşlerini tartmalı, bilgi ve becerisiyle hastaya bütüncül bir bakım hizmeti sunmalıdır.

4.3. Terminal Dönem

Terminal dönemdeki hasta, yaşamının son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelir (37). Bu evredeki hasta başkalarına yük olma, ölümler fiziksel ve bilişsel yetenekleri yitirme, ağrı tutumlarında değişim ve önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme korkusu içinde olabilir. Terminal dönemde bireylerin diğer

insanlara ve olaylara psikolojik, sosyolojik bakışları ve beklentileri değişmekte, topluma yaklaşımları farklılaşmaktadır (10).

4.3.1. Terminal Dönemde Hastaların Fizyolojik Gereksinimleri

Terminal dönemdeki hastalar, hastalığın ilerlemesi ve uygulanan tedavi yöntemleri nedeniyle birçok fizyolojik gereksinimlerini tek başlarına karşılayacak yeterlilikte olamazlar. Bu nedenle hastanın yakınları ve sağlık profesyonelleri iş birliği içinde hastanın bu gereksinimlerini karşılamasına yardım etmelidir (1,18, 38);

- Ölümü yaklaşan hastalarda ağız bakımı hem ülserasyon gelişiminin azaltılması hem de hastanın konforunun artırılması açısından önemlidir. Bu nedenle gerektiğinde ağız silinir ve balgam oluşmaması için hasta yan yatırılır. Dudaklara koruyucu krem sürülebilir.
- Hastanın konuşması zamanla bozulacağından ifade edemediği gereksinimleri takip edilerek karşılanır. İşitme duyusu en son yitirileceğinden hastanın yanında üzüleceği ve etkileneceği konular konuşulmamalıdır.
- Hastanın vücut ısısı genellikle yüksektir fakat hastanın periferik dolaşımın bozulmasına bağlı deri soğuk ve nemlidir. Terleyen hastanın kıyafetleri, hem hastanın konforu hem de bası yarasının engellenmesi için sık sık değiştirilmelidir.
- Yatak yarası oluşumunu engellemek için hastaya sık sık pozisyon verilmeli, deri gözlenmeli ve masaj yapılmalıdır. Hastanın solunum fonksiyonları bozulduğu için oda havalandırılmalı, hastaya rahat nefes alabileceği bir pozisyon verilmeli, gerekirse oksijen tedavisi uygulanmalıdır.
- Hastanın bilinci yerinde değilse düşme riskine karşı gerekli önlemler alınmalı, yatak başı kaldırılmalıdır. Hastanın dolaşım sistemi ile ilgili yaşam belirtileri sık sık kontrol edilmelidir.
- Bazı hastalarda idrar ve dışkılama problemleri mevcuttur. Bu hastalar konstipasyon, idrar retansiyonu, idrar veya gaita inkontinansı yönünden değerlendirilmeli ve perine bakımları sık aralıklarla yapılmalıdır.
- Bulantı hisseden ve kusan hastalar az az ve sık aralıklarla beslenmelidir. Eğer beslenmeyi tolere edemiyorsa hasta zorlanmamalı parenteral tedaviye

geçilmelidir. Yutma fonksiyonu kaybolmamışsa aralıklı olarak oral sıvı alımı sağlanabilir.

- Hastanın genel görünümüne önem verilmelidir. Vücut banyosu düzenli aralıklarla yapılmalı, gereksiz ve kirli olan eşyalar odadan uzak tutulmalıdır.
- Hasta veya ailesi dini inançları doğrultusunda ibadet yapmak isterlerse anlayışla karşılanmalı ve mümkünse bunun için ortam hazırlanmalıdır.

4.3.2. Terminal Dönemde Hastaların Duygusal Gereksinimleri

Hasta olan birey, hastalık döneminde birçok bilinmeyen ile karşılaşabildiğinden, fiziksel ve psikolojik değişimler yaşayabilmektedir. Hasta yalnızlık, korku, kendi yaşantısını kontrol edememe, acı duyma, ateş, bulantı, kusma gibi semptomları yaşama endişesi duyar ve beden bilincinin bozulması, duygusal yoksunluk gibi sorunlar yaşayabilir (39).

Ölmek üzere olan hasta birçok farklı duyguyu aynı anda yaşar ve içinde bulunduğu süreçte duygusal açıdan birçok gereksinimi vardır. Hasta kendini güvende hissetmek, kişiliğini kaybetmemek, bulunduğu çevreye ait olma duygusunu yitirmemek ister. Ölümün yaklaştığını bilmek, bazı hastalarda korkuya neden olabilir (10).

Terminal dönemdeki hasta ailesine ve başkalarına yük olma, ölümler, fiziksel ve bilişsel yeteneklerini kaybetme, ölüm ile ilgili ağrı beklentisinde olma, önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme, terkedilme korkusu içinde olabilir (18,40). Hastanın bu stres durumu ile başa çıkabilmesi, hastalığın prognozuna, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile baş etme yöntemleri ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlıdır (5).

Prognozu kötü olan hastalıklar her hastada farklı şiddet, düzey ve çeşitte psikolojik tepkilere yol açmalarına rağmen gösterilen psikolojik tepkiler genellikle yas reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, kızgınlık, hostilite, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır (41). Ağrı, yalnızlık

ve izolasyon, terminal dönemdeki hastalar için istenmeyen durum olmalarına karşılık en sık yaşanan üç önemli durumdur (9).

Terminal dönemdeki hastalar bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşarken, diğer yandan hastalığın ölümü yaklaşıyor olması hastaların kaygı ve korku düzeyini arttırmaktadır (10). Terminal dönemdeki hastaların çoğunlukla yaşadıkları korkular; ölüme yaklaşma, acı çekme, ölüm sürecinin uzaması, dengenin kaybolması, saygınlığını yitirme, yalnız kalma ve soyutlanma duygusudur (42).

4.4. Palyatif Bakım

Palyatif bakım iyileşmenin mümkün olmadığı son dönemde hastayı rahatlatarak, yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutacak tedavidir (43). Literatürde palyatif bakım “uygun ölüm”, “iyi ölüm”, “huzurlu ölüm”, “dayanılabilir ölüm” gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmıştır (44). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer sorunların, erken tanı ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve tinsel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda DSÖ palyatif bakımı semptom kontrolü, takım çalışması, ilişkiler ve iletişim, hastalık sürecinde ve ölümden sonra hasta yakınlarına destek olarak da tanımlamaktadır (45).

Palyatif bakım, hayatı tehdit eden hastalığı olan ya da hastalık potansiyeli olanlarda acının dindirilmesi için bütüncül yaklaşım sağlar (46). Bu nedenle palyatif bakım saygılı, açık ve duyarlı bir yaklaşımla sunulmalı; her bir ülkedeki yasaların yanı sıra bireyin kişiliğine, kültürel ve dini değerlerine, inanış ve uygulamalarına duyarlı olunmalıdır (47). Palyatif bakım son dönemdeki hasta ve ailesi için birçok acil ihtiyaçların karşılanması ve gereksiz acıların azaltılması yönünden insani bir ihtiyaçtır. Unutulmaması gereken; bazı kanser türleri hastalar için ölümcül olmaya devam ettiği sürece, orta ve uzun vadede erken tanı ve tedavi ile palyatif bakım ihtiyacı ertelense dahi bu ihtiyaç hiçbir zaman göz ardı edilemez. Palyatif bakımın etkili olabilmesi için hastaya ölümün de yaşam gibi normal bir süreç olduğu benimsetilmelidir. Ölüm sürecini uzatmak için gereksiz girişimlerden kaçınılmalı ve hasta bakımı psikolojik ve

fiziksel olarak entegre edilmelidir. Ölüm anına kadar hasta mümkün olduğunca aktif yaşam için desteklenmelidir (48).

İleri evrede olan ve iyileşmek için neredeyse hiç şansı olmayan hastalar için palyatif bakımın hem fiziksel hem de psikolojik etkileri önemlidir. Hastalar için bilinmeyene gidişten kaynaklı korku ya da geride kalanlar için üzülmeye duyguları baskındır. Aileler hastalara nasıl yaklaşacaklarını bilemeyebilirler. Palyatif bakım yalnızca hastaya yönelik girişimlerden oluşmaz aynı zamanda hastanın ailesinin de gereksinimleri ön plandadır. Bu nedenle bakımın amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmaktır (49). Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek oldukça zor bir görev olmakla birlikte çok özel bir deneyimdir. Bireyselleşmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım her hasta için gereklidir, fakat bu süreç ölmekte olan bir hasta için çok daha değerlidir (31).

Ölüm gerçeği ile yüzleşmek hasta ve ailesi için travmatik bir durum olabilmektedir. Hastanın fiziksel ihtiyaçları kadar sosyal, duygusal ve spiritüel ihtiyaçları da göz önünde tutulması gerektiği unutulmamalıdır Bu nedenle; yaşamlarının son günlerinde ölmekte olan hastaların nitelikli bakım almaları sağlanmalı, sağlık profesyonelleri becerilerini geliştirmeli ve konu ile ilgili eğitilmelidir. Aynı zamanda hastanın ailesiyle iletişiminin sürekliliği sağlanmalı, hastalık ve yas sürecinde hastanın ailesine emosyonel destek verilmelidir (30).

4.4.1. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü

Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımın ana hedefini oluşturmaktadır. Bu bağlamda palyatif bakım, insanların fiziksel özelliklerinde değil iç dünyalarında var olan onurlu sözlerle ve davranışlar yoluyla iletilir; insanların fiziksel kayıpları ile başa çıkarken bütünlüklerini korumalarına yardımcı olur ve ölmekte olan kişileri onurlandırır ve korur (50).Hasta ve ailelere nitelikli palyatif bakım sunmanın temelinde ise, hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin içgörü kazanmaları vardır (31).

Terminal dönemdeki hastaya verilecek olan hizmette hasta ile uzun süreli teması nedeniyle en önemli rol hemşirelere düşmektedir. Bu temas hemşireye, hasta ve

ailesinin psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek ve hastalığa yönelik hastayı en çok etkileyen semptom ve olayları değerlendirebilmek için son derece önemli fırsatlar verir (48). Terminal dönemde hastalar emosyonel olarak oldukça zayıftır ve hemşireler hastaların korkuları, hastanın bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludurlar (18). Ölmekte olan hastaların yaşamlarının son deneyimi olan ölümle yüzleşmeden önce nitelikli bir bakım almaları temel haklarıdır. Bu bakımı sağlayacak hemşirelerin, yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme aile tepkilerini anlamaya ve onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazırlanması gerekmektedir (51).

Son dönemdeki hasta için değerli olma, ilişkileri sürdürebilme, ruhsal ve mental bütünlüğü korumak oldukça önem kazanır. Bu dönemde hemşire semptom kontrolü için kanıta dayalı uygulamalar yapabilmeli, hasta ve ailesinin yaşam ve hastalık kavramlarının anlamlarını bulmalarına yardım emelidir (30). Hemşirenin terminal dönemdeki hastaya verdiği bakımın kaliteli olabilmesi için; hastanın korkularını ifade etmesine olanak vermesi, saygınlığını, bireyselliğini ve aile bütünlüğünü korumaya yardımcı olması, aileyi psikolojik olarak desteklemesi ve semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlaması öncelikli bakım planları olmalıdır (52). Hemşirenin ölmekte olan hastaya karşı tutumlarını desteklemenin hiçbir teknik zorluğu olmamasına rağmen insancıl zorluğu vardır. Burada ihtiyaç duyulan öncelikli bilgi, hemşirelerin ölmekte olan hastaya karşı tutumlarının ne olduğu ve bunun nasıl değerlendirebileceğini bilmektir(31).

Palyatif bakım hemşiresi, insanların içsel bir değeri olduğunu, yaşam ve ölümün de doğal bir süreç olduğunu kabul etmeli, yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme aile tepkilerini anlamaya ve onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazırlanmalıdır (30). Hastası ile yaşam sonu isteklerini ve vasiyetini konuşabilmelidir. Hastada bilişsel kayıpları ve psikolojik acıyı azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikolojik bozuklukları düzeltmek, yalnızlık ve izolasyonu önlemek, ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarla baş etmeye yardım etmek, hastanın

tedaviye etkin katılımını sağlamak ve hastanın umutlarını destekleyip güçlendirmek hemşirenin sorumluluğunda olan ve önemle üzerinde durması gereken konulardır (53).

4.5. Yalnızlığın Tanımı

Yalnızlık evrenseldir ve yaş, cinsiyet, ırk, sınıf ayrımı olmaksızın her birey yaşamının bir kesitinde yalnızlık yaşayabilmektedir (54).Perlman ve Peplau (1981: 32) yalnızlığı “kişinin sosyal ilişkiler ağı niceliksel ya da niteliksel olarak önemli şekilde yetersizse ortaya çıkan nahoş bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (55).

Yalnızlık genel olarak “sosyal ilişkilerdeki yoksunluk ve yetersizlikten kaynaklanan, bireyi pek memnun etmeyen, psikolojik bir durum” olarak tanımlanmaktadır (2,3).Yalnızlık, gerçekleşmeyen sosyal ve duygusal beklentiler sonucunda oluşan bir boşluk duygusu olarak algılanabilir. Bu nedenle yalnızlık, bireylerin katlanmak durumunda kaldıkları iç karartıcı, rahatsızlık veren ve sosyal çevreden uzaklaştıran bir parçalanmışlık duygusudur (57).

Yalnızlık kişinin sosyal ilişkilerindeki yetersizlikten ve yaşadığı duygusal travmalardan kaynaklanır. Yalnızlık bireylerin mutsuz, güvensiz ve depresif hissetmelerine, tehditlere karşı daha duyarlı olmalarına, çevresine düşmanca tavır takınmasına neden olmakla birlikte, bireyleri sosyal etkileşimden uzaklaştırdığı için toplum sağlığını da tehdit eder (55). Diğer insanlara güvenememe, utangaçlık, çekingenlik, öfke, gerginlik, şiddete maruz kalma korkusu bireyi toplumdan uzaklaştırmakta, yalnızlık ve yabancılaşma duygularını artırmaktadır. Ayrıca ruhsal iyilik halini bozarak, depresyon gelişmesine neden olabilmektedir (58).

Yalnızlık, sosyal izolasyonla benzer özellikleri paylaşırsa da ondan farklıdır. Sosyal izolasyon yalnızlıkla tek bırakılmanın bir karışımıdır. Bu anlamda yalnızlığın temelini, sosyal ilişkilerin yetersizliği ve bu ilişkilerden alınan doyumun düşüklüğü oluşturmaktadır (59).Peplau yalnızlığın gelişiminde kişisel özellikler, sosyal ilişkiler, ekonomik durum ve kültürel özellikler, ayrılık, kayıp, yeni bir iş ya da herhangi bir hastalık, bireyin yalnızlığı yaşama şekli, sosyal ilişkileri, yalnızlığın nedenlerine yönelik düşüncelerine benzer özelliklerin önemli olduğunu vurgulamıştır (60).

4.5.1. Yalnızlığın Kuramsal Anlamı ve Sınıflandırılması

Yalnızlık kişinin iç dünyasını olumsuz yönde etkileyen ve sosyal çevresinden uzaklaşmasına neden olabilen süreç deneyimidir. Kişilik özelliklerinden ve sosyal çevreden etkilenen yalnızlık duygusu, her birey için farklı boyutlarda yaşanabilir. Beck ve Young'e (1978) göre yalnızlığın üç alt boyutu vardır: kronik yalnızlık, durumsal yalnızlık ve geçici yalnızlık. Kronik yalnızlık uzun süren, doyum sağlayıcı kişilerarası ilişkiler kuramama durumunda yaşanan yalnızlıktır. Durumsal yalnızlık bireyin yaşamında meydana gelen değişiklikler sonucu ortaya çıkan yalnızlık biçimidir. Geçici yalnızlık ise, en sık yaşanan, insanların herhangi bir anda yaşayabilecekleri ve birisi onunla konuşmaya başladığı anda sona erecek yalnızlık türüdür (61). Peplau ve Perlman'a (1982) göre yalnızlık, kişinin var olan ilişkisi ile arzuladığı sosyal ilişkisi arasındaki fark sonucunda oluşan ve kişi için hoş olmayan öznel bir durumdur (60).

Bozdoğan'ın aktardığına göre; Demir (1990) yalnızlığı nedenine ve belirtilerine göre şu şekilde sınıflandırmıştır (62):

Derin yalnızlık: Kişilerarası ilişkilerin kesilerek depresyonla birlikte oluşan yalnızlık.

Sosyal durum yalnızlığı: Kendini toplum içinde yalnız hissetme sonucu oluşan yalnızlık.

Duygusal yalnızlık: Beden ve çevre şartları iyi olsa bile psikolojik anlamda beklenen cevabın alınamayışı nedeniyle oluşan yalnızlık.

Gizli yalnızlık: İç dünyasındaki üzüntülerden kaynaklanan, diğer insanlara yansıtılmayan ve görünen davranışları normal olan yalnızlık

Varoluşsal yaklaşıma göre kişi zaten yalnızdır. Bu nedenle yalnızlık, kişinin kendisine ilişkin derin bir farkındalık kazanmasını sağlayan normal ve sağlıklı bir duygudur. Bu yaklaşıma göre önemli olan, kişinin yalnızlıkla yaşayabilme başarısıdır (4). Bilişsel yaklaşımda ise önemli olan nokta, bireyin kendisini ve sosyal ilişkilerini değerlendirme algısıdır. Yalnızlık yaşayan kişi için, ilişkileri yaşayışı, onun belirlediği ölçütler için yeterli olmayabilir. Bu durumda kişi öznel değerlendirmeleriyle, kendine ve ilişkilerine dair negatif, içsel ve net yüklemelerde bulunup, gerçek olmayan, mantıksız inançlar geliştirebilmektedir. Bu nedenle, sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluk,

farklılık algısı, uyuşmazlık durumu gibi bireyin, sosyal ilişkilerindeki fikirleri, yalnızlık yaşantısını ortaya çıkaran temel faktörler olarak açıklanmıştır (55).

Sosyologlar, yalnızlığın nedenlerini temel olarak bireyin kendisinde değil dış etkenlerde aramış ve bir süreç olan sosyalizasyon kavramına vurguda bulunmuşlardır. Ovayolu ve arkadaşlarının aktardığına göre; etkileşimsel yaklaşımın öncüsü Weiss ise yalnızlığın tek başlılık olmadığını aksine kişisel ve durumsal yaşantıdan etkilendiğini, dikkat çekici bir yapıdan kaynaklandığını savunmuştur (58). Yalnızlığı oluşturan yaşantılardan yola çıkılarak yapılan sınıflamalarda ise; tek başına yaşamdan kaynaklanan somut yalnızlık, yaşadığı toplumla bütünleşememekten oluşan yabancılaşma biçiminde yaşanan yalnızlık, diğer insanlar tarafından, itilme sonucu oluşan yalnızlık, çevre ile zayıf ilişkiler kurma ya da ilişkileri en aza indirme şeklinde bireyin kendi isteği ile oluşan yalnızlık ve insanın kendini anlaşılmamış ve tek başına hissettiği gerçek yalnızlık üzerinde durulmaktadır (62).

Yalnızlık duygusunu yaşayan bireylerin kişilik yapılarında çekingenlik, sosyal kaygı, sosyal etkileşimlere aşırı derecede kötümser beklentilerle yaklaşma, alınganlık, güvensizlik, benlik saygısının düşük olması gibi özellikler bulunabilir. Bu nedenle, yalnız kişilerin kendileriyle ve çevreleriyle barışık olmadıkları, ruhsal çatışmaları olduğu için de uyum sorunu yaşadıkları belirtilmektedir (57). Yalnızlık duygusunu yaşayan bireyler kendilerini çevredeki diğer insanlarla uyum içinde hissedemezler. Çevreye ve kendilerine güvenemedikleri için ihtiyaçları olduğu zamanda dahi yardım isteyebilecekleri kişi sayısı azdır. Olumsuz değerlendirilme eğiliminde olduklarından, diğer insanlardan da negatif tepki alma beklentisi içindedir. Heyecan duyulan bir olay karşısında diğer insanlara göre daha fazla tepki göstermektedirler. Benlik değerlerinde azalma, yaşanan olaylar karşısında kendisini suçlama, benmerkezci olma, kendilerini terkedilmiş ve boşlukta hissetme gibi kişilik özelliklerine sahip olabilirler (63).

4.5.2. Terminal dönem ve Yalnızlık

Terminal dönem, kanser hastaları için yoğun duyguların yaşandığı ve belirsizliklerle dolu bir süreçtir. Ölümün yaklaştığını bilmek, bu hastaların bazılarında korkuya neden olabilir. Ölüyor olma, acı çekme, ölüm sürecinin uzaması; dengenin kaybolması, saygınlığını yitirme, yalnız kalma ve soyutlanma duygusu, terminal

dönemde hastaların en çok yaşadıkları korkulardır (10,18). Hastalar bu süreçte çevrelerinden uzaklaşarak içine kapanık olmayı ve yalnızlığı seçebilirler. Hastanın diğer insanlardan kendisini izole etmesi, negatif düşünceleri, etrafında kimsenin olmadığını ifade edişi ya da yakınmaları hemşirelerin üzerinde durması gereken duygusal problemlerdir. Hastaları dinlemek ve hastaların hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak için destekleyici sorular sormak önemlidir. (64). Polat'ın aktardığına göre; Buchda, yalnızlığın önemli derecede bir hastalığı olan bireylerde hem akut hastalık hem de hastaneye yatmaktan kaynaklanan sıklıkla gözden kaçan psikososyal bir problem olduğunu belirtmiştir (54). Bu nedenle kanser hastalarında yalnızlık oluşumunda fikir edinmek önemlidir.

Tedavi boyunca kanser tedavisinin yan etkileri olarak gözlemlenen kas içi kanamalar, saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlerin olması ve hastaların hastalığını diğer insanlara bulaştırabileceğini düşünmesi ile hastalar kendilerini toplumdan izole edebilirler. Aynı zamanda yaşadıkları süreç ve sahip oldukları kişilik özellikleri de hastaları sosyal çevreden uzaklaştırabilir. Hasta, çevresindeki insanlara güçsüz görünmek istemediğinden ve hastalığıyla mücadelede tek başına olmak isteyerek de yalnızlığı tercih edebilir(65). Bu dönem sadece hasta için değil ailesi ve sağlık ekibi için de zor bir evredir. Hasta karşısında tıbbi olarak yapabilecekleri azalmış olan sağlık ekibi bu çaresizlik nedeniyle hastanın yanına gitmekte ruhsal olarak zorlanırken aynı zamanda farkında olmadan hastanın kendisini yalnız hissetmesine de yol açmaktadır (30). Bu evredeki hasta ile çok dikkatli ve özenli iletişim kurmak önemlidir. Terminal dönemdeki hasta ile konuşurken konuşma içeriğinin aile ile birlikte belirlenmesine, kısa ve basit cevaplar verilmesine, hastanın sorunlarının sebeplerinin açıklığa kavuşup netleşmesine ve umudun daima korunmasına çok dikkat edilmelidir (9).

4.5.3. Yalnızlıkla Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Yalnızlık yaşantısı bazı ortak özellikler taşısa da, her birey ve kültür tarafından farklı biçimde yaşanmaktadır. Bu nedenle her birey ve kültürün yalnızlıklarını açıklayışları ve onunla baş etme yöntemleri de farklılaşmaktadır. Aynı şekilde, yalnızlığı azaltmak için kullanılan psikolojik stratejiler de farklılık göstermektedir. Bu

nedenle, hemşirenin bireyi bir bütün olarak iyi değerlendirmesi ve ele almasıyla bireyin sorunları çözümlenebilir (65).

Hemşire, kendisini diğer insanlardan izole etmiş olan ve içine kapanık hastalara destekleyici sorular sorarak yalnızlık duygularını paylaşabilmelidir. Hastalar sözel olarak duygularını doğrudan ifade edemeyebilir. Bu nedenle hemşire hastanın yalnızlık duygusunu değerlendirirken; sosyo-demografik özelliklerini, kişiler arası ilişkilerini, kişilik yapısını, sözel ya da duygusal tepkilerini, psikolojik yardımı kabullenebilme durumlarını, hastalığın boyutlarını ve hastanın bu durumdan hoşnutluğunu incelemeli, tepkilerini değerlendirmeli ve hastaya yaklaşırken duyarlı davranmalıdır (30).

Hemşirenin empati yapabilme becerisi çok önemlidir. Hastayı bütüncül olarak ele almalı ve duygusal tepkilerini değerlendirirken hastaya karşı yapıcı ve ilgili olmalıdır. Teropatik dokunma hasta ve hemşire arasındaki duygusal güveni artırabileceğinden hemşire pozitif yaklaşımlarla hastaya dokunarak güvenilir olduğunu hissettirmelidir (54).

Yaşanılan yalnızlık kişiye özgü olduğundan, hemşirenin hastayı değerlendirirken ve girişimlerini planlarken tamamen hastanın kişilik özelliklerine ve durumla olan mücadelesinin boyutuna yönelik davranması önemlidir. Yalnız hastayla çalışan hemşirenin sahip olması gereken iletişim becerileri şunlardır (10, 39, 54, 63);

- Hastaya hastalığı ve yaşayabileceği duygular hakkında açıklama yapmalıdır ve hastayı bu konuda yalnız olmadığı konusunda ikna edebilmelidir.
- Hasta yakınlarını hiçbir zaman unutmamalı, bu süreçte onların da duygularını önemsemeli ve hastalık konusundaki açıklamaları hasta yakınlarına da yapmalıdır.
- Hastanın ailesini de sürece katarak hastaya yalnız olmadığını hissettirmelidir. Aynı zamanda ailevi ilişkiler de güçlendirilmelidir.
- Hastanın değer verdiği özel eşyalarını yanına almasına olanak sağlamalıdır. Bu sayede hasta yalnızlığını unutabilir ve kendisini daha özel hisseder.
- Hastanın yapmaktan hoşlandığı ve yapabilecek yeterlilikte olduğu uğraşları öğrenmeli ve yapmasında yardımcı olmalıdır.

- Hastayı ağrı, saç dökülmesi, yorgunluk gibi sosyal hayattan uzaklaştıran, beden imajını bozan ve benlik saygısını kaybetmesine neden olabilen faktörleri değerlendirmeli ve hastayı bu duyguları yaşarken yalnız olmadığı konusunda bilgilendirmelidir.
- Kendisini sosyal çevreden izole etmemesi konusunda hastayı teşvik etmelidir.
- Hastaya kendisine nasıl hitap edilmesinden hoşlandığı sorarak hastaya o şekilde hitap etmeli ve önemsendiğini hatırlatmalıdır.
- Hastalık konusunda duygularını ifade etmesini sağlayarak korkusunu azaltmalıdır fakat asla gerçek dışı durumlarla hastayı umutlandırmamalıdır.
- Hasta bireye, hem hemşiresi hem de duygularını paylaşan bir insan olarak yanında olduğunu hissettirmelidir. Hastaya dokunmalıdır çünkü dokunma yalnızlık duygusunu ve ağrı dahil bir çok fizyolojik sıkıntıyı da unutmaya yardımcı olur.
- Hastanın iletişimde süreklilik sağlayarak yalnızlık duygusunu azaltmalıdır.
- Hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşamında da bireyin kronik yalnızlık yaşamını engellemek için yardım etmelidir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, son dönemdeki onkoloji hastalarının yaşadıkları yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul İli Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji Kliniği'nde 14 Kasım 2014-14 Ocak 2015 tarihleri arasında yapıldı. Onkoloji servisinde yılda ortalama 2144 hasta yatmaktadır. Bu hastaların yaklaşık %35-40'ını palyatif bakım gereksinimi olan hastalar oluşturmaktadır. Onkoloji servisi klinik radyasyon onkolojisi ve tıbbi onkoloji olmak üzere iki bölümde hizmet vermektedir. Klinikte 22 uzman ve 6 asistan doktor, 11 hemşire çalışmaktadır. Klinik, toplam 60 yatak kapasiteli olup iki oda izolasyon odasıdır. Sadece dört oda tek kişiliktir ve odalardan biri mahkum hastalara ayrılmıştır. Dört kişilik odalarda yataklar perde kullanılarak ayrılmıştır ve resüsitasyon gereken hastaya yine aynı odada müdahale edilmektedir. Klinikte hastaları düzenli olarak ziyaret eden bir psikolog ya da konsültasyon-liyezon hemşiresi bulunmamaktadır. Bu klinikte çalışan hemşirelerin tamamı palyatif bakım hakkında mezuniyet sonrası profesyonel bir eğitim almamıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2014 yılında İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nin Onkoloji Kliniği'nde palyatif tedavi amacıyla yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklem araştırmanın kabul ölçütlerine uyan ve palyatif tedavi alan 55 kanser hastası alındı.

5.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalarda bulunması gereken özellikler aşağıda sıralanmıştır;

- Kanser tanısı olan,
- Hastalığını bilen (“neyin var?” sorusuna hastalığının adını verebilen),
- Metastazı olan, kanser evresi 4 olan veya tedavisi sonlandırılan hastalar
- 18 yaşından büyük olan,
- En az okuryazar olan,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olan,
- İzolasyon uygulaması olmayan,
- İletişim kurabilen
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta Bilgi Formu” ve “**UCLA-LS (Universtiy of California Los Angeles Loneliness Scale)Yalnızlık Ölçeği**” kullanılarak toplanmıştır.

5.5.1. Hasta Bilgi Toplama Formu

Hasta bilgi toplama formu konuyla ilgili literatür bilgilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur (39,54, 56, 60). Formda kişisel özelliklerin sorulduğu 8 (cinsiyet, yaş, eğitim vb.), hastalık bilgisi ve duygusal durumun sorulduğu 9 olmak üzere (yakınlarınızın desteğini yeterli buluyor musunuz, duygusal durumunuzu paylaşacak yakınınız var mı? vb.) toplam 17 soru yer almaktadır.

5.5.2. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği:

Russell, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilen ve Russell, Peplau ve Cotrana tarafından tekrar gözden geçirilmiş olan UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği (Universtiy of California Los Angeles Loneliness Scale) onu düz onu ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin her bir maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu veya düşünce belirten bir ifade sunulmakta ve bireylerden bu ifadedeki durumu ne sıklıkla yaşadıklarını Likert tipi dördümlü bir derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Puanlamada olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddeler (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), “hiç yaşamam”(4), “nadiren yaşarım”(3), “bazen yaşarım”(2), “sık sık yaşarım”(1) şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeleri içeren maddeler (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17,18) bunun tam tersi olarak, “hiç yaşamam”(1), “nadiren yaşarım”(2),

“bazen yaşarım”(3), “sık sık yaşarım”(4) şeklinde puanlandırılmaktadır. Bireylerin tüm maddelerden aldıkları puanlar toplanarak her birey için “genel yalnızlık puanı” elde edilmektedir. Her bir madde için puanlama 1–4 arasında değiştiği için ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir (66). Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Demir (1989) tarafından yalnızlıktan yakınan ve nöratif depresyon tanısı almış 36 hasta ile 36 normal denek üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan bu çalışmada Cronbach Alfa Katsayısı 0.96, beş hafta arayla uygulanan test-tekrar test yöntemi elde edilen korelasyon katsayısı ise 0.94 olarak bulunmuştur . Elde edilen bulgulara göre UCLA-LS ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği yeterli bulunmuş ve amaca hizmet edebileceği belirtilmiştir (67).

Bu çalışmada UCLA-LS’ nin geçerlilik güvenilirlik kat sayısı 0.91 dir.

5.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması için, hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşülerek ve araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde yanıtlar alınarak anket formları doldurulmuştur. Bir anket yaklaşık 30 dk sürmüştür.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

- Verilerin değerlendirilmesinde hastaların kişisel özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik dağılımlar ve ortalamalar,
- Ölçek puanlarını belirlemek amacıyla puan ortalamaları,
- Ölçek puanlarının bazı değişkenlerden etkilenme durumunu incelemek amacıyla Nonparametrik Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testleri,
- İki grubun karşılaştırılmasında “Independent Samples t-testi” testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA),
- Yalnızlık düzeyinin bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesinde çoklu regresyon analizi,
- Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacı ile Cronbach alfa katsayı hesaplaması uygulanmıştır.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisinde yatmakta olan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların alınması, örneklemin küçük olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına alınacak hasta grubunun terminal dönemdeki hastalardan oluşması, hastaların çoğunun genel durumunun kötü olması ve bazı hastaların iletişim kurmayı reddetmesi örneklem sayısını etkilemiştir.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlayabilmek için İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 04.11.2014 tarihli 234 sayılı kararına göre resmi izin alınmıştır ve araştırma izni İstanbul Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Beyoğlu Genel Sekreterliği tarafından 97175836-774-99- sayılı yazı ile onayladıktan sonra çalışma başlatılmıştır. Araştırma 14 Kasım 2014- 14 Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmaya, bilgilendirilmiş gönüllü oluru dolduran ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Onam formunu imzalamayan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Hiç bir şekilde hastalar araştırmaya dahil olmaya zorlanmamış ve hiçbir şekilde yanlış veri girilmemiştir. Hiçbir şekilde hastaların isimleri araştırmada kullanılmamıştır.

Ayrıca veri toplamadan önce hastalara çalışmanın amacı açıklanmış, soruları cevaplanmış, bilgilendirildikten sonra onayları sözel ve yazılı olarak alınmıştır. Hastaların hastalık durumları ve konunun hassaslığı üzerinde durularak veri toplama sırasında hastaya terapotik yaklaşım gösterilmiş ve psikolojik açıdan hasta rahatlatılmış, hastalara güven duygusu verilmeye çalışılmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, hastaların hastaların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular ile hastaların yalnızlık düzeyleri ve yalnızlıklarını etkileyen değişkenlere ait bulgular ile yalnızlık düzeyleri, hastalıkların dağılımı, genel yalnızlık düzeyleri bazı değişkenlere ait regresyon analizi yer almaktadır.

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenler

Bu bölümde son dönemdeki kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), tanılarının ve yalnızlık düzeylerini etkileyebilecek değişkenlerin (ziyaret durumu, duygusal sorunu paylaşma, tanıyı öğrenme zamanı vb.) sayı ve yüzdeliklerine yer verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (N=55)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	27	49.1
Erkek	28	50.9
Yaş		
18-28	1	1.8
29-39	9	16.4
40 ve üzeri	45	81.8
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar	12	21.8
İlköğretim	34	61.8
Ortaöğretim ve üzeri	9	16.4
Medeni durum		
Evli	5	9.1
Bekar/dul	50	90.9
Çocuk sahibi olma		
Çocuğu yok	5	9.1
1-2 çocuk	30	54.5
3 ve üzeri çocuk	20	36.4
Yaşadığı kişiler		
Yalnız	3	5.5
Aile	52	94.5
Yaşadığı yer		
Köy	9	16.4
İlçe	19	34.5
Şehir	27	49.1
Toplam	55	100

Araştırmaya alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo1’ de sunulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %50.9’u erkek, yarısından fazlası (%81.8) 40 ve üzeri yaşta, büyük çoğunluğu (%90.9) bekar/duldur. Hastaların %61.8’ i ilköğretim mezunu ve tamamı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %54.5’i 1-2 çocuğa sahip ve %94.5’i çekirdek aile yapısında, % 49.1’ i şehirde yaşamaktadır.

Tablo 2: Hastaların Kansere Türlerine Göre Dağılımı

Kanser türü	Sayı (N=55)	Yüzde (%)
Beyin tümörü	16	29.1
Akciğer kanseri	15	27.3
Meme kanseri	11	20.0
Mide kanseri	5	9.1
Kolon kanseri	4	7.3
Larenks kanseri	3	5.5
Over kanseri	1	1.8
TOPLAM	55	100

Tablo 2’de kanser türlerine göre hastaların tanılarının dağılımı gösterilmektedir. Elde edilen verilere göre; hastaların %29.1’inde beyin tümörü, % 27.3’ünde akciğer kanseri ve %20’sinde meme kanseri vardır.

Tablo3’ de hastaların yalnızlık düzeyini etkileyebilecek bazı değişkenlere göre dağılımı incelenmiştir. Tablodaki verilere göre; hastaların %65.5’i aile bireyleri, %14.5’i akrabaları tarafından ziyaret edilmekte ,%20’sinin ise ziyaretçisi yoktur. Hastaların %60’ı yakınları tarafından haftada bir kez ziyaret edilmekte ve %45.5’i 13 aydır tanısını bilmektedir. Hastaların %27.3’ünün yakın akrabalarında kanser öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %56.4’ü duygusal sorunlarını paylaşacak kimsenin olmadığını ve %52.7’sinin yaşadıkları stresle baş etmek için herhangi bir baş etme yönteminin olmadığını %60’ı psikolojik desteğe gereksinimi olduğu ifade etmektedir.

Tablo 3: Hastaların Yalnızlık Düzeyini Etkileyebilecek Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (N=55)	Yüzde (%)
Ziyaretine gelen kişiler		
Aile	36	65.5
Akraba	11	14.5
Ziyaretçisi olmayan	8	20.0
Ziyaret edilme durumu		
Her gün	11	20.0
Haftada bir	33	60.0
Ayda bir	4	5.5
Ziyaretçi yok	8	14.5
Taniyi öğrenme zamanı		
0-6 ay	10	18.2
7-13 ay	25	45.5
14 ay ve üzeri	20	36.4
Yakınlarının hastalık deneyimi		
Var	15	27.3
Yok	40	72.7
Hastalık hakkında bilgi durumu		
Yeterli	34	61.8
Yetersiz	21	38.2
Hastalık hakkında eğitim alma		
Evet	29	52.7
Hayır	26	47.3
Aile desteği		
Yeterli	22	40.0
Kısmen yeterli	24	43.6
Yetersiz	9	16.4
Duygusal sorunlarını paylaşabilme		
Paylaşacak yakını var	24	43.6
Paylaşacak yakını yok	31	56.4
Stresle baş etme yöntemleri		
Dua etme/ailesine sarılma	26	47.3
Yok	29	52.7
Psikolojik desteğe gereksinim duyma		
İhtiyaç duyuyor	33	60.0
İhtiyaç duymuyor	22	40.0
Toplam	55	100

6.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yalnızlık Düzeyleri

Bu bölümde son dönemdeki kanser hastalarının tanı, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaşadığı yer ve kişilere göre yalnızlık düzeyinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4: Hastaların Genel Yalnızlık Düzeyleri

Genel yalnızlık düzeyi	Sayı	Yalnızlık Puanları X±SD
Yalnızlık puanı (20-80 puan)	55	53.61±9.29

X: Ortalama, SD: Standart Sapma

Hastaların genel yalnızlık düzeyleri Tablo 4’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre; hastaların yalnızlık düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Tablo 5: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yalnızlık Puan Ortalamaları Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler N=55	Yalnızlık Puanları X±SD	Test	p
Kanser türü			
Akciğer kanseri	54.86±7.67	KW:3.013, df:5	p=0.698
Beyin tümörü	53.43±8.15		
Meme kanseri	50.90±10.69		
Mide kanseri	54.20±17.13		
Kolon kanseri	51.25±8.01		
Larenks kanseri	57.00±5.29		
Cinsiyet			
Kadın	51.51±8.68	MWU:261.000	p=0.898
Erkek	55.64±9.55		
Yaş			
29-39	53.66±11.30	MWU: 177.500	p=0.561
40 ve üzeri	53.61±9.29		
Öğrenim düzeyi			
Okur-yazar	56.08±5.12	KW:0.820, df:2	p=0.482
İlköğretim	53.73±8.62		
Ortaöğretim ve üzeri	49.88±4.88		
Medeni durum			
Evli	51.00±15.32	MWU:115,000	p=0.769
Bekar/dul	53.88±8.67		
Çocuk sahibi olma			
Çocuğu yok	51.00±5.32	KW:0.087, df:2	p=0.957
1-2 çocuk	53.33±10.10		
3 ve üzeri çocuk	54.70±6.06		
Birlikte yaşadığı kişiler			
Yalnız	61.66±6.05	MWU:37.500	p=0.140
Aile	53.15±9.25		
İkamet ettiği yer			
Köy	54.33±7.19	KW:6.127, df:2	p=0.047
İlçe	49.42±10.61		
Şehir	56.33±8.04		

Tablo 5’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yalnızlık düzeyinin dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunun (53.66 ± 11.30); erkeklerin (55.64 ± 9.55); okuryazar olanların (56.08 ± 5.12) ve bekar/dul olanların (53.88 ± 8.67) yalnızlık düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Yalnızlık düzeyi çocuk sayısı 3 ve üzeri olan grupta (54.70 ± 6.06); yalnız yaşayanlarda (61.66 ± 6.05) daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Şehirde yaşayanlarda yalnızlık düzeyi (56.33 ± 8.04) daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. 18-28 yaş aralığında ve over kanseri olan hasta sayısı 1 olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır.

6.3. Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenlere Göre Yalnızlık düzeyleri

Bu bölümde hastaların yalnızlık düzeyini etkileyebilecek durumlara göre (ziyaret sıklığı, tanıyı bilme süresi, hastalığı kimlerin bildiği, yakınlarının hastalık öyküsü, hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve aile desteği, duygusal sorunları paylaşabilme, stresle baş etme yöntemleri) yalnızlık düzeyinin karşılaştırıldığı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde; yalnızlık düzeyi ziyaretçisi olmayan hastalarda (60.37 ± 4.62) daha yüksek bulunmuş olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Ailesinin desteğini yetersiz bulanlarda yalnızlık düzeyi (60.00 ± 5.07) daha yüksek bulunmuş olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yaşadığı duygusal problemleri yakınlarıyla paylaşacak kimsenin olmadığını söyleyenlerde yalnızlık düzeyi daha yüksek (57.54 ± 5.94) bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Diğer verilere bakıldığında; tanıyı öğrenme zamanı 14 ay ve üzeri olanlarda (56.20 ± 8.49), yakınlarında kanser öyküsü olmayanlarda (54.42 ± 9.93), hastalığa ilişkin bilgisi yetersiz olanlarda (56.52 ± 9.06) yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Gruplar incelendiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Psikolojik desteğe gereksinim duyanlarda (55.60 ± 8.23) yalnızlık düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark sınır düzeyde anlamlıdır ($p = 0.05$).

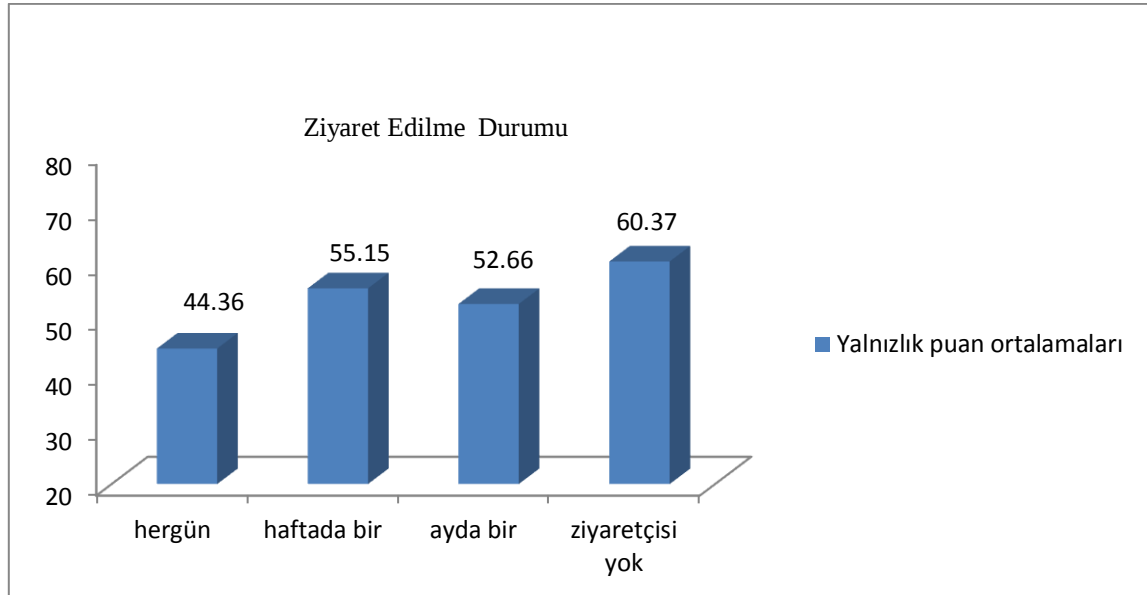
Tablo 6: Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenlere Göre Yalnızlık Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenler (N=55)	Yalnızlık Puanları X±SD	Test	P
Ziyaret edilme durumu			
Her gün	44.36±10.71	KW:13.91, df:3	p=0.003
Haftada bir	55.15±7.42		
Ayda bir	52.66±10.26		
Ziyaretçi yok	60.37±4.62		
Taniyi öğrenme süresi			
0-6 ay	55.40±6.65	KW:3.343, df:2	p=0.188
7-13 ay	50.84±10.27		
14 ay ve üzeri	56.20±8.49		
Yakınlarında kanser öyküsü			
Var	51.46±7.17	MWU:217.500	p=118
Yok	54.42±9.93		
Hastalığa ilişkin bilgisi			
Yeterli	51.82±9.09	MWU:246.000	p=0.054
Yetersiz	56.52±9.06		
Hastalığa ilişkin eğitim alma			
Evet	52.62±9.89	MWU:349.500	p=0.642
Hayır	54.73±8.62		
Aldıkları aile desteğinin düzeyi			
Yeterli	48.63±10.21	KW:9,802, df:2	p=0.007
Kısmen yeterli	55.79±7.33		
Yetersiz	60.00±5.07		
Duygusal durumunu paylaşabilme			
Paylaşacak yakını var	48.54±10.42	MWU:177.000	p=0.001
Paylaşacak yakını yok	57.54±5.94		
Stresle baş etme yöntemi			
Dua etme/ailesine sığınma	55.34±7.65	MWU:312.500	p=0.276
Yok	52.06±10.43		
Psikolojik desteğe gereksinim duyma			
İhtiyaç duyuyor	55.60±8.23	MWU:249.000	p=0.050
İhtiyaç duymuyor	50.63±10.14		

Tablo 7: Yalnızlık için Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Çoklu Regresyon Sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	T	p
Tanı	.22	.74	-.04	-.29	.77
Tanı zamanı	2.12	1.69	.16	1.24	.21
Yaş	-3.90	3.19	-.18	1.18	.24
Cinsiyet	2.95	2.84	.16	1.03	.30
Öğrenim Durumu	-2.45	2.15	-.16	1.13	.26
Medeni durum	14.93	7.67	.46	1.94	.05
Çocuk sahibi olma	.56	2.76	.03	0.20	.84
Ziyaret durumu	3.71	1.81	.36	2.04	.04
Yaşadığı kişiler	-9.22	9.32	.23	-1.03	.30
Yaşadığı Yer	-.38	1.85	.02	-.20	.83
R²	.39				

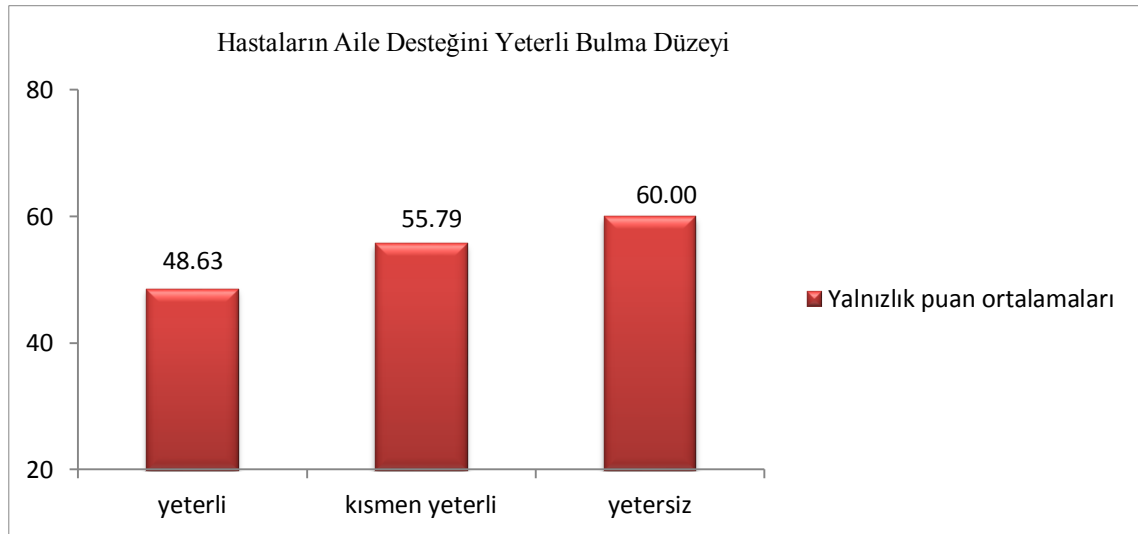
Regresyon analizinden elde edilen bulgular ziyaretçilerin ziyaret sıklığı ile hastaların yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($R^2=.39$, $F = 2.52$, $p<0.05$). Regresyon denklemine giren diğer değişkenler ile yalnızlık düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p>.05$). Bu bulgu, ziyaret durumunun hastaların yalnızlık düzeyleri için önemli olduğunu göstermektedir.

**Şekil 1:** Hastaların Ziyaret Edilme Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri

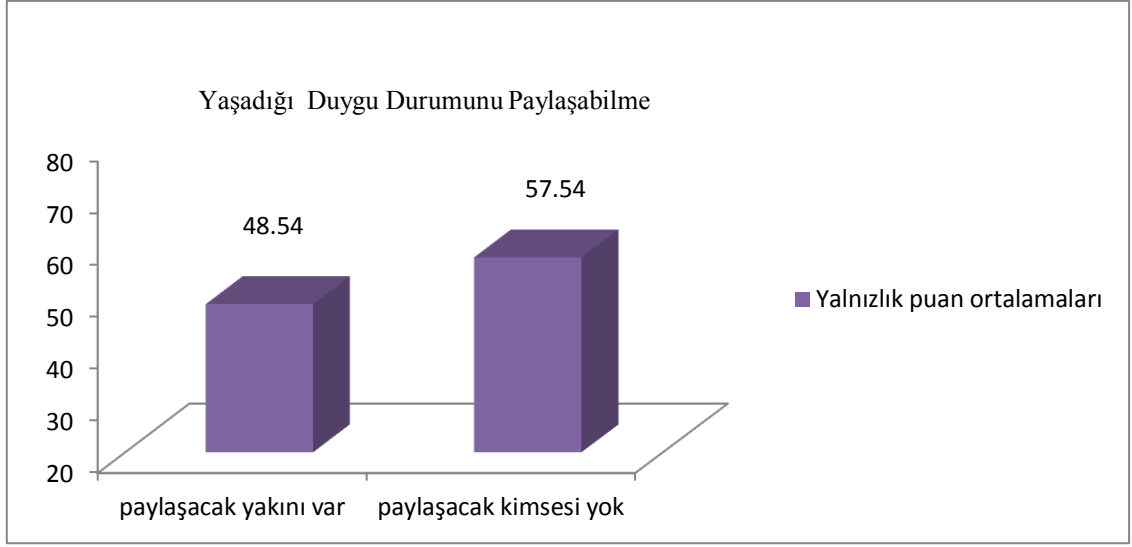
Tablo 8: Yalnızlık için Hastaların Duygu Durumlarını Etkileyebilecek Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	T	P
Aile öyküsü	.78	2.48	.03	.31	.75
Hastalığa ilişkin bilgisi	2.10	2.20	.11	.95	.34
Aile ve yakınlarının destek düzeyi	4.55	1.56	.35	2.92	.00
Duygusal sorunu paylaşma	5.89	2.30	.31	2.56	.01
Stresle baş etme yöntemi	-3.46	2.16	-.18	-1.60	.11
R²	.38				

Regresyon analizinden elde edilen bulgular duygu durumları içerisinde aile ve yakınlarının destek düzeyi ve duygusal durumunu paylaşabilme ile hastaların yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu göstermiştir ($R^2 = .38$, $F = 6.10$, $p < 0.05$). Regresyon denklemine giren diğer değişkenler ile yalnızlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).



Şekil 2: Hastaların Aile Desteğini Yeterli Bulma Düzeyine Göre Yalnızlık Düzeyleri



Şekil 3: Hastaların Yaşadıkları Duyguları Paylaşma Durumuna Göre Yalnızlık Düzeyleri

7. TARTIŞMA

Son dönemdeki kanser hastaları ölüm gerçeğiyle yüzleşmekle birlikte birçok duygusal problemle de karşı karşıya kalmaktadır. Hastalar bu dönemde acı çekme, ateş, bulantı, kusma gibi fiziksel semptomların yanı sıra, yalnızlık, korku, kendi yaşantısını kontrol edememe, beden bilincinde bozulma, duygusal yoksunluk vb. olumsuz deneyimler de yaşayabilmektedir. Bu durum yalnızca hastaları değil ailelerini ve sosyal çevrelerini de olumsuz etkilemektedir.

Son dönemdeki kanser hastalarının yalnızlık düzeyinin 53.61 ± 9.29 olması, hastaların genel olarak yoğun yalnızlık duygusu yaşadığını göstermektedir. Dansuk ve arkadaşlarının (2002) jinekolojik kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların yalnızlık puan ortalaması 38.8 ± 8.3 olarak bulunmuştur ve hastalığın evresi ilerledikçe yalnızlık puan ortalamasının da arttığı görülmüştür (68). Şahin ve arkadaşları (2012) aktif tedavisine devam eden kanser hastalarında yalnızlık puan ortalamasını 70.70 ± 12.31 olarak bulmuştur (64). Yalnızlık bireyin içinde bulunduğu karakteristik özelliklerle ilgilidir. Çalışmalarda yalnızlık düzeyi ortalamalarında ki farklılığın nedeni hastalığın tanı zamanı ve evresiyle ilişkili olabilir. Ayrıca, hastaların hastalığa ve tedaviye bağlı olarak yaşadıkları semptomların yükü yalnızlığın düzeyini etkiliyor olabilir. Rasedale ve arkadaşlarının (2009) meme kanseri tanısı olan hastalarla yaptıkları nitel çalışmada, hastaların tamamının yalnızlık yaşadığını ve ilerleyen süreçte bireylerin daha yoğun psikolojik sıkıntılara açık olduğunu belirtmişlerdir (69).

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Yalnızlık Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğu beyin tümörü, akciğer kanseri ve meme kanseri hastasıdır. Hastaların kanser türü ile yalnızlık düzeyi arasında fark bulunmamakla birlikte ($p > 0.05$) Larenks kanseri tanısını alan hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksek bulundu. Yalnızlık bireyin savunma mekanizması olarak geliştirdiği acı dolu bir deneyimdir (57). Yıldırım ve Kocabıyık (2009) yaptıkları çalışmada gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda yalnızlık düzeyini daha yüksek bulmuşlardır (70). Pehlivan ve arkadaşlarının (2011) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada ise akciğer kanseri olan hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksek saptanmıştır

(71). Bu sonuçlar, hastaların yaşadıkları yalnızlık düzeyinin kanser türlerinden bağımsız olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada 29-39 yaş grubunun yalnızlık düzeyi daha yüksek olmakla birlikte, hastaların yaş grubu ile yalnızlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Deckx ve arkadaşlarının (2013) yetişkin ve genç kanser hastalarında yalnızlığı karşılaştırdığı çalışmasında yetişkin hastaların yalnızlık düzeyi yüksek çıkmasına rağmen gruplar arasındaki fark anlamsızdır (15). Yıldırım ve Kocabıyık'ın (2009) Türkiye'deki kanser hastalarının yalnızlık durumlarını ve sosyal destek algılarını inceledikleri çalışmalarında da benzer olarak yaş grupları arasında yalnızlık puan ortalamaları için anlamlı bir fark bulunmamıştır (70). Bu sonuç, kanser hastalarında yaşın yalnızlık için önemli bir parametre olmadığını göstermektedir.

Cinsiyet durumuna göre yalnızlık düzeyi incelendiğinde, erkek hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak, yalnızlık ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Alkan ve Sezgin' in (1996) hastanede yatan yetişkin hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarında da cinsiyetin yalnızlığa etkisi olmadığı bulunmuştur (72). Bu sonuçlar, cinsiyetin yalnızlık üzerinde etkili bir faktör olmadığını göstermektedir.

Eğitim durumunun yalnızlık düzeyine etkisi incelendiğinde, hastaların yalnızlık düzeyi okuryazar olanlarda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza paralel olarak Khorshid ve arkadaşlarının (2004) yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmalarında eğitim seviyesi arttıkça yalnızlık puanı azalmıştır (73). Buna karşın Avcı ve Kumcağız'ın (2011) meme kanseri hastalarında, yalnızlık puan ortalaması yükseköğretim mezunu olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (74). Çalışmaların sonuçlarının farklı çıkması hastaların yaşadıkları yalnızlık düzeyinin kişisel özelliklerden etkilenebileceğini ve tanıya yüklediği anlamla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada medeni durumun yalnızlık düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Buna karşın çok az bir fark olsa da bekar/dul olanların yalnızlık puan ortalamaları daha yüksektir. Pehlivan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırma

sonuçları da bu sonucu destekler niteliktedir (71). Her iki çalışma sonuçları bekar/dul olanların yalnızlık duygusunu daha yoğun yaşadığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça yalnızlık düzeyleri artmaktadır. Fakat gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çalışmamıza paralel olarak Öncü'nün (2008) mastektomi olmuş kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile yalnızlık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (65). Polat'ın (2008) çalışması da bu bulguları destekler niteliktedir (54). Bu sonuç, kalabalık aile yapısında sorumluluğun dağılması ve aile içinde kaliteli iletişimin geliştirilememesine bağlı olabilir. Diğer taraftan, yaşam sonu dönemlerinde iletişimin zorlu bir süreç olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya alınan ve yalnız yaşadığını belirten hastaların yalnızlık düzeyi ailesiyle birlikte yaşayan hastalardan daha yüksektir ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ocak'ın (2002) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında yalnız yaşayan hastaların yalnızlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (39). Yıldırım ve Kocabıyık 'ın (2009) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde yalnız yaşayanların yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (70). Kvaal ve arkadaşları (2013) kronik hastalığı olan yaşlılar ile yaptıkları çalışmada yalnız yaşayanlarda yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (75). Bu sonuçlar, bireyin yalnız yaşıyor olması ya da aile içi iletişimin yetersiz olmasının yalnızlığı arttırabildiğini düşündürmektedir.

Hastaların yalnızlık düzeyi şehirde yaşayanlarda daha yüksektir ve şehirde yaşayanlar ve ilçede yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Ocak'ın (2002) çalışmasında da çalışmamıza paralel olarak şehirde yaşayanlarda yalnızlık duygusu daha yüksek çıkmıştır fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır (39). Her iki çalışma sonucuna göre; şehirde yaşamının getirdiği yaşam zorluklarının ve beraberinde getirdiği iletişim sorunlarının bireyleri yalnızlığa sürüklediği düşünülebilir. Alkan ve Sezgin'in (1998) çalışmasında bu çalışmanın aksine yaşanan yerin yalnızlık durumunu etkilemediği görülmüştür (56).

7.2. Hastaların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Değişkenler ve Yalnızlık Düzeyleri

Çalışmamızda yalnızlık düzeyi ziyaretçisi olmayan hastalarda daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmamıza paralel olarak Khorshid'in çalışmasında da (2004) ziyaretçisi olmayan hastalarda yalnızlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (73). Hasta ziyaretlerinin ve ailenin tedavide önemli yeri vardır. Ziyaretçisi olmayan hastalarda bu gereksinimin hemşireler tarafından karşılanması önemlidir.

Kanser hastası olduğunu daha uzun süredir bilenlerde yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur ancak yalnızlık düzeyi ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Bu durum, hastalığını yeni öğrenmiş olma ve henüz kabullenmemiş olmayla ilişkili olabilir. Diğer taraftan uzun süredir bu durumla birlikte yaşıyor olmak, artık yaşamdan umudu kesme ya da yaşama küsme ile de ilişkilendirilebilir. Sevil ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da, hastalığın süresi hastaların yalnızlık düzeyini artırmaktadır (14). Freidman ve arkadaşlarının (1989) çalışmasında da benzer şekilde hastaların hastalık süresi yalnızlık düzeyini etkilemektedir (13). Bu sonuç, hastalık süresi uzadıkça yalnızlığın arttığını göstermektedir. Buna karşın, Fukui ve arkadaşlarının (2003) meme kanseri olan Japon hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastalık süresi uzadıkça yalnızlık düzeyinin azaldığı görülmüştür (76). Deckx ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da benzer olarak süre ilerledikçe yalnızlık düzeyi azalmıştır (77). Bu sonuç, hastalığın prognozu ve algılanmasıyla ilişkili olabilir.

Hastaların neredeyse tamamı tanılarını aile üyelerinin bildiğini düşünmektedir. Hastaların içinde bulundukları durumu aile bireyleriyle paylaşımları yalnızlık durumlarını etkileyebilmektedir. Polat'ın çalışmasında (2008) yalnızlık düzeyi tanısını başkalarıyla paylaşmayan hastalarda daha yüksek olduğunu, ancak istatistiksel olarak fark olmadığını belirtmektedir (54). Bu sonuçlar hastaların tedavi ve bakımında rol oynayan doktor ve hemşirelerin tutumlarından da kaynaklanıyor olabilir. Günümüzde halen hastanın tanısını bilme/bilmeme ile ilgili yaklaşımlarda farklılıklar vardır. Hasta ve ailesiyle bir aradayken tanının söylenmediği durumlarda hasta ya da aile bireyleri bunu paylaşmaktan kaçınıyor ya da zorlanıyor olabilirler. Genelde bu kaçınmanın arkasında karşı tarafı üzme kaygısı yaşanabilmektedir.

Yakınlarında kanser hastalığı öyküsü bulunmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0.05$) yalnızlık düzeyi yüksektir. Aile içinde ya da yakınlarında aynı hastalığı yaşamak bireye deneyim kazandırmaktadır. Bu da hastalığı ile ya da içinde bulunduğu duygu durumuyla baş etmede etkili olabilmektedir.

Araştırmaya alınan hastaların, hastalığı hakkında yetersiz bilgiye sahip olanlarda yalnızlık düzeyi daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bilgi, belirsizlikleri azaltmakta ve kişinin ön görüşünü artırmaktadır. Bu nedenle hastaların hastalığı ve prognozlarıyla ilgili bilgilendirilmeleri önemlidir.

Yakınlarının desteğini yetersiz bulanlarda yalnızlık düzeyi (60.00 ± 5.07) daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Kavlak ve Saruhan'ın (2002) çalışmasında da benzer şekilde hastaların sosyal destek algıları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır (78). Mosher ve arkadaşlarının (2012) çalışması da çalışmaya paralel olarak hastaların eş ve arkadaşlarının desteği arttıkça yalnızlık düzeyinin azaldığını göstermektedir (79). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların sosyal destek algıları arttıkça yalnızlık düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan psikolojik desteğe gereksinimi olduğunu belirten hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Çalışmaya paralel olarak Sevil ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında psikolojik desteğe gereksinim duyan hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (14).

Duygusal problemlerini paylaşacak kimsesi olmayan hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Yakınlarının desteğini alamayan hastalarda da yalnızlık düzeyinin yüksek olması ile bu sonuç birbirini destekler niteliktedir. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ait regresyon analizinden elde edilen bulgularda bu sonuçları desteklemektedir. Ziyaretçilerin ziyaret sıklığı ile hastaların yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu bulunmuştur. Hastaların duygu durumlarına ait regresyon analizi incelendiğinde yakınların desteğini değerlendirme ve duygusal durumu paylaşma ile hastaların yalnızlık ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Mosher ve

arkadaşlarının çalışmasında da (2012) hastaların yakınlarının desteği ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişki anlamlıdır (79). Benzer şekilde şahin ve Tan'ın (2012) alışmasında da aileden aldıkları sosyal destek algıları ile yalnızlık düzeyi arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır (64). Alkan ve Sezgin'in yaptıkları çalışmada da (1998) yalnızlığını paylaşmayan hastaların büyük çoğunluğunun yalnızlığını paylaşacak kişilere gereksinim duyduğu belirtilmektedir (56). Bu sonuç, hastaların duygularını paylaşabilecek yakınlarının olmasının yalnızlık duygusunu azaltmada önemli olduğunu göstermektedir. Jirka ve arkadaşlarının çalışmasında (1996) sosyal destek ve yalnızlık arasında negatif yönde bir ilişki bulmuştur (80). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2007) yalnızlık ve sosyal destek arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır. Bu çalışmaların ortak bulgusu, yüksek sosyal desteğin yalnızlık düzeyini azalttığıdır (81). Hastalar aileleriyle, özellikle de çocuklarıyla daha sıkı bir bağ geliştirebilmektedirler.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

İstanbul ili Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde 14 Kasım 2014-14 Ocak 2015 tarihleri arasında palyatif bakım almak için yatmakta olan 55 kanser hastasının yalnızlık düzeyi ile ilgili elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Bu çalışmada, kanser hastalarının yalnızlık düzeyi 53.61 ± 9.29 çıkmıştır. Hastaların %50.9'u erkek, %81.8'i 40 ve üzeri yaşta %90'ı bekar/dul ve %61.8'i ilköğretim mezunu, %54.5'i 1-2 çocuğa sahip, tamamı herhangi bir işte çalışmamakta, çekirdek aile yapısında ve %49.1'i şehirde yaşamaktadır. Hastaların %29.1'i beyin tümörü hastasıdır.

Hastaların %60'ı haftada bir yakını tarafından ziyaret edilmekte, tamamının özel uğraşı bulunmamakta, %45.5'i hastalığını 14 aydan uzun süredir bilmektedir.

Hastaların %72.7'sinin yakın akrabalarında kanser öyküsü bulunmamaktadır. Hastaların %98.2'si hastalığını sadece ailesinin bildiğini düşünmekte %56.4'ü duygusal sorunlarını paylaşacak kimsenin olmadığını ve %52.7'si yaşadığı stresle baş edemediğini ve %60'ı psikolojik desteğe gereksinimi olduğunu belirtmektedir.

29-39 yaş grubunun (53.66 ± 11.30); erkeklerin (55.64 ± 9.55); okuryazar olanların (56.08 ± 5.12) ve bekar/dul olanların (53.88 ± 8.67), ikiden çok çocuk sahibi olanların (54.70 ± 6.06) ve yalnız yaşayanların (61.66 ± 6.05) yalnızlık düzeyi yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Şehirde yaşayanlarda yalnızlık düzeyi (56.33 ± 8.04) köy ve ilçede yaşayanlara oranla daha yüksektir ve şehirde yaşayanlar ile ilçede yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$).

Ziyaretçisi olmayan (60.37 ± 4.62), ailesinin desteğini yetersiz bulan (60.00 ± 5.07) ve yaşadığı duygusal problemleri paylaşacak kimsenin olmadığını söyleyen hastalarda yalnızlık düzeyi daha yüksektir (57.54 ± 5.94) ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Taniyi öğrenme zamanı 14 ay ve üzeri olanlarda (56.20 ± 8.49), yakınlarında hastalık öyküsü olmayanlarda (54.42 ± 9.93), hastalık hakkındaki bilgi durumu yetersiz olanlarda (56.52 ± 9.06) ve psikolojik desteğe gereksinim duyanlarda (55.60 ± 8.23) yalnızlık düzeyi daha yüksektir ve gruplar arasında fark yoktur ($p > 0.05$).

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve duygu durumlarını etkileyebilecek değişkenler ile yalnızlık durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine göre; ziyaretçilerin ziyaret sıklığı, aile ve yakınların desteği ve duygusal sorunu paylaşma ile hastaların yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<.05$). Regresyon denklemine giren diğer değişkenler ile yalnızlık düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p>.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve hastalarla görüşme sırasında edinilen gözlemler doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir;

1. Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım verirken hastaların yalnızca yaşamını uzatmaya yönelik gereksinimleri değil, sosyal ve duygusal sorunları da göz önüne alınmalıdır,
2. Yaşamdan ölüme geçiş dönemi olan terminal dönemde, hastalara bakım veren hemşireler hastalar ve duygusal durumları hakkında eğitilmelidir,
3. Hastaların tercih ve dileklerine, beklentilerine ve değerlerine saygı gösterilmesi esas alınarak hasta otonomisinin korunduğu, hastaların seçimlerine göre şekillenmiş yaşam sonu bakım planlanmalıdır,
4. Hastaların bilgi ve desteğe en çok gereksinimleri olan terminal dönemde, hastalara yeterli zamanı ayırarak ve doğru iletişim tekniğini kullanarak hastalara yalnız olmadıklarını hissettirecek insancıl destek sunulmalıdır,
5. Hastanelerde palyatif bakım veren klinikler hastaların durumlarına uygun düzenlenmeli, terminal dönemdeki hastaları için yaşamlarının son günlerini ailesi ile huzur içinde geçirebilecekleri ve onurlu bir şekilde yaşama veda edebilecekleri bir ortam oluşturulmalıdır,
6. Hastaların ve onlara bakım verenlerin psikolojik durumları göz önünde bulundurularak profesyonel destek terapileri düzenlenmelidir,
7. Hastalar ve aileleri için onlar adına verilen kararların önem derecesi düşünülerek bu kararlara hasta ve ailesinin de katılımları sağlanmalıdır,
8. Hastalar için açık, net kararlar alınmalı ve uygulanmalıdır,
9. Hastalardaki ani değişimler ve kötüye gidişin hastalarda ve ailesinde yarattığı travma esas alınarak hasta ve ailesi desteklenmelidir,

10. Yalnızlık düzeyinin en aza indirilmesi için hastalarla hastaların duygusal gereksinimleri göz önüne alınarak düzenli şekilde etkili iletişim kurulmalıdır,
11. Hastaların ailesi ve değer verdiği kişilerle iş birliği yapılarak hastaların yalnızlık düzeylerini azaltmak adına yapmaktan hoşlanabileceği aktiviteler düzenlenmelidir,
12. Yaşamdan beklediği ama gerçekleştiremeden öleceğini düşündüğü hayalleri öğrenilerek yaşamının son döneminde iyi ölümün gerçekleşebilmesi için hastalara hayalini gerçekleştirebileceği fırsatlar sunulmalıdır,
13. Hastaların maneviyatına saygı gösterilerek yaşamının son döneminde dini inançları doğrultusunda ibadetini gerçekleştirmesi için gerekli olanaklar sağlanmalıdır,
14. Hastaların aile ve arkadaş desteğine en çok gereksinim duyduğu terminal dönemde hastaların yakınları ile görüşmeleri sağlanmalı ve yakınların ziyaret sıklıkları arttırılmalıdır.
15. Hastaların yalnızlığını en iyi anlayabilecek kişiler olan hemşireler terminal dönemdeki hastalar ve emosyonel durumları hakkında eğitilmelidir,
16. Hemşirelere hastalara dokunmanın ve onlara yalnız olmadıklarını hissettirmenin ne kadar önemli olduğu hatırlatılmalıdır,
17. Hastalara “sizin için ne yapabilirim?” sorusunun sorulmasının ve psikolojik destek ihtiyaçlarının azaltılmasının önemi palyatif bakım ekibine hatırlatılmalıdır,
18. Hastaların yalnızlık düzeylerini etkileyebilecek değişkenler hakkında palyatif bakım ekibi bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. Kutluk T, Kars A (1992). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara.
2. Hinds C (1985). The needs of families who care for patients with cancer at home: Are we meeting them?. Journal of Advanced Nursing 10(6): 575-581.
3. Parkin DM (2001). Global cancer istatistics in the year 2000. The Lancet Oncology 2(9): 533-543.
4. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [online]. Available from: <http://www.kanser.gov.tr/dairefaaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>. [Accessed 01 October 2015].
5. Güleç G, Büyükkımacı A (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 3(2):343-367.
6. Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ (2013). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 1(2):53-58.
7. Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Dutcher J (1999). Seeking meaning and hope:self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. Psycho-Oncology 8(5): 378-385.
8. Babaoğlu E, Öz F (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 5(2):24-33.
9. Peykerli G (2003). Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25: 62-65.
10. Bahar A (2007). Ölüm sürecinde olan hasta: terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(6):147-158.
11. Yeloğlu ÇH, Güvenli H, Hocoğlu Ç.(2014) Son dönem hastalarında psikiyatrik yaklaşım. Literatür Sempozyum Dergisi 2:43-50
12. Fox CM, Harper AP, Hyner, G. C, Lyle, R. M (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality and major life events in women who develop breast cancer. Journal of Community Health 19(6): 467-482.

13. Friedman G, Florian V, Zernitsky-Shurka E (1989). The experience of loneliness among young adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology* 7(3): 1-15.
14. Sevil U, Ertem G, Kavlak O, Coban A (2006). The loneliness level of patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society* 16(1):472-477.
15. Deckx L, Van Den AM, Buntinx F (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing* 18(5): 466-477.
16. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(1): 15-28.
17. Topçul MR, Çetin İ (2013). Nanotechnology in the field of clinical oncology. *Marmara Medical Journal* 26:1-4
18. Çavdar İ (2011). Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 26(3):142-147
19. Azak A, Çınar S (2005). Fatigue syndrome in patients with lymphoma (Hodgkin and non-Hodgkin) and influencing factors. *The Turkish Journal of Hematology and Oncology* 15(2):75-85.
20. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2(5): 89-106.
21. Kurt S, Ünsar S (2011). Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 15(2): 137-144.
22. Mock V, Dow KH, Meares CJ, Grimm PM, Dienemann JA, Haisfield-Wolfe ME, Gage I (1997). Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *In Oncology Nursing Forum* 24(6): 991-1000
23. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Sempozyum* (46):51-61.

24. Aydoğan Ü, Çetin DY, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, Sağlam K (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 16(2):55-60.
25. Çam O, Gümüş A (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(3):52-60.
26. Sezer S, Saya P (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle University Journal of Ziya Gokalp Education Faculty* 13: 151-165.
27. Dönmez ÇF, Yılmaz M (2012). Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümle baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing* 3(3):141-147.
28. Tanhan AF, Arı F (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 3(2):34-43.
29. Duyan V (2014). Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 8(1):25-31.
30. İnci F, Öz F (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10: 253-260.
31. İnci F, Öz F (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4(2):178-187.
32. Van der Geest S. (2004). Dying peacefully: considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social science & medicine* 58(5): 899-911.
33. Yao CA, Hu WY, Lai YF, Cheng SY, Chen, CY, Chiu TY (2007). Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients?. *Journal of Pain and Symptom Management* 34(5): 497-504.
34. Aksu T, Fadiloğlu Ç (2013). Validity and reliability of good death scale. *Journal of Ege University Nursing Faculty* 29(1):1-15
35. Song J, Bartels DM, Ratner ER, Alderton L, Hudson B, Ahluwalia JS (2007). Dying on the streets: Homeless persons' concerns and desires about end of life care. *Journal of General Internal Medicine* 22(4): 435-441.

36. Han NY, Yoon HJ, Park EW, Cheong YS, Yoo SM (2002). Perception of a good death in the elderly. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine* 23(6):769-777.
37. Sucaklı MH (2013). An Approach to dying Patients and end-of-life care. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 7(3): 52-57.
38. Emanuel L, Ferris FD, VonGunten CF, VonRoenn JH (2008). The last hours of living: practical advice for clinicians. *Medscape* 2(2):6-21.
39. Ocak Z (2002). Hemodiyaliz hastalarında yalnızlık ve hemşirelik yaklaşımının belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
40. Işıkhani V (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 23(1):34-44.
41. Keser ÖN (2007). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı (Ed: Fatma Akça Ay). Medikal Yayıncılık, İstanbul.
42. Öz F (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12(1): 61-68.
43. Kebudi R (2006). Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. *Türk Onkoloji Dergisi* 21(1): 37-41.
44. Harstæde CW, Andershed B (2004). Good palliative care: How and where?:The patients' opinions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 6(1): 27-35.
45. World Health Organization. Definition of Palliative Care [online]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>. [accessed 10 March 2015].
46. Meghani SH (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing* 46(2): 152-161.
47. Turgay G (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakım Hakkındaki Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
48. World Health Organization (2008). Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes. Policy and Advocacy 6(6).
49. Özkan S (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi* 28(1): 69-74.

50. Dik A (2005).Terminal dönem hastaya yaklaşım. Hemşirelik Forumu, Temmuz-Ağustos, 59-60.
51. Cherlin E, Fried T, Prigerson H. G, Schulman-Green D, Johnson-Hurzeler R, Bradley EH (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said?. Journal of Palliative Medicine 8(6): 1176-1185.
52. Cherlin E, Fried T, Prigerson H. G, Schulman-Green D, Johnson-Hurzeler R, Bradley EH (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said?. Journal of Palliative Medicine 8(6): 1176-1185.
53. Keskin GÜ (2005). Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 21(2): 125-134.
54. Polat H, Ergüney S (2012). Tüberküloz hastalarında yalnızlık düzeyi ve depresyonla ilişkisi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 15(1).
55. Perlman D, Peplau L. A (1981). Toward a social psychology of loneliness. Personal Relationships 32: 31-56.
56. Alkan S, Sezgin A (1998).Yetişkin hastalarda yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2(1): 43-52.
57. Kızılgöçer M (2012). Modern psikolojide ve tasavvufta yalnızlık. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 1:131.
58. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D (2007). Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 293-296.
59. Yaşar MR. (2007). Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 17(1): 237-260.
60. Peplau LA, Perlman D (1982). Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. John Wiley & Sons Inc 36:1-18.
61. Beck AT, Young JE (1978). College blues. Psychology Today 12(4):80. İçinde: Duy B(2003). Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın yalnızlık ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisi. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

62. Bozdoğan BS (2011). Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
63. Ceyhan S(2005). Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
64. Sahin ZA, Tan M (2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16: 145-149.
65. Öncü KH (2008). Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
66. Russell D, Peplau LA , Cutrona CE (1980). "The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence". *Journal of Personality and Social Psychology* 39: 472-480.
67. Demir A (1989). "UCLA Yalnızlık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği". *Türk Psikoloji Dergisi* 7: 14-8.
68. Dansuk R, Ağargün M, Bülent K, Ağargün HP, Turan C, Orhan Ü (2002). Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 12(2):142-147.
69. Rosedale M (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. In *Oncology Nursing Forum* 36(2):175-183.
70. Yildirim Y, Kocabiyik S (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing* 19: 832-839.
71. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinç A, Camcı C (2011). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer* 20(4): 733-739.
72. Alkan S (1996). Hastanede yatan bireylerde yalnızlık. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

73. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş (2004).Huzur evinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 7(1): 45-50.
74. Avcı IA, Kumcağız H (2011). Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 12: 453-459
75. Kvaal K, Halting AG, Kvigne K (2014). Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach. *Scandinavian journal of caring sciences* 28(1): 104-111.
76. Fukui S, Koike M, Oob A, Uchitomi Y (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 30: 823-830.
77. Deckx L, Daniels L, Nelissen K, Van Abbema D, Visconti L, Stinissen P, et al (2013). Quality of life and loneliness in older cancer patients. Preliminary results of KLIMOP, a cohort study on the wellbeing of older cancer patients in Belgium and the Netherlands. *European Journal of General Practice* 19: 41.
78. Kavlak O, Saruhan A (2002). A study on determination the loneliness level in infertile women and to assess the factors that effect the loneliness level. *Ege Tıp Dergisi* 41(4): 229-232
79. Mosher CE, Lepore SJ, Wu L, Austin J, Valdimarsdottir H, Rowley S, et al (2012). Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation exploring the role of loneliness and cognitive processing. *Journal of Health Psychology* 17: 1022-1032.
80. Jirka J, Schuett S, Foxall MJ (1996). Loneliness and social support in infertile couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 25(1): 55-60.
81. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F (2008).Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 18(2): 71-79.

10. EKLER

10.1. EK 1: Hasta Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki onkoloji hastalarında yalnızlık duygusunu belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Giriş

Merhaba benim adım YASEMİN ÇIRACI. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. “Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Duygusu” adlı yüksek lisans tez çalışmam için sizinle görüşme yapmak istiyorum. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

10.2. EK-2: Hasta Bilgi Formu

1.BÖLÜM: Tanıtıcı Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

a- Kadın b- Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a- Okur-yazar b- ilkokul c- Ortaokul d-Lise e-Üniversite

4. Medeni durumunuz nedir?

a- Bekar /Dul b- Evli

5. Kaç çocuğunuz var?

a- Yok b. 1-2 çocuk c. 3 ve üzeri çocuk

6. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

a. Yalnızım b. Ailemle c. Akrabalarımle d. Arkadaşlarımla

7. Nerede oturuyorsunuz?

a. Köy b. ilçe c. Şehir

8. Düzenli olarak ziyaretinize gelen yakınınız var mı? Yakınlık derecesi.....?

a. Her gün b. Haftada bir c. Ayda bir d. Ziyaretçisi yok

2.BÖLÜM : Yalnızlık Düzeyini Etkileyebilecek Değişkenler

9. Hastalık tanınız ne zaman kondu? (Ay yada yıl olarak)

10. Hastalığınızı çevrenizde kimler biliyor?

a. Aile b. Arkadaşlar c. Akrabalar d. Hiç kimse

11. Aynı hastalıkla karşılaşan yakınlarınız var mı?

a- Var b- Yok

12.Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi misiniz?

- a. Evet b. Hayır

13. Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?

- a. Evet b. Hayır

14. Ailenizin bu süreçte size olan desteğini yeterli buluyor musunuz?

- a. Evet, yeterli b. Kısmen yeterli c. Hayır, yetersiz

15. Duygusal sıkıntılarınızı paylaşabileceğiniz birileri var mı, varsa kim?

- a. Evet..... b. Hayır

16. Hastalık sürecinde hissettiğiniz duygulara karşı baş etme yöntemleriniz var mı, varsa nedir?.....

17. Bu süreçte bizden beklentileriniz-istekleriniz neler/memnun musunuz?

.....

10.3. EK 3: UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği

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 rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben bu durumu HIÇ Yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZEN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim.	1	2	3	4
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

10.4. Ek 4: Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-774,99-
Konu : Araştırma İzni (Yasemin ÇIRACI)

İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ÇIRACI'nın "Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Duygusu" konulu yüksek lisans tez çalışmasını kurumunuzda yapabilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın yapılması sırasında gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinle rica ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

EKLER :
Anket (4 Sayfa)

11. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/11/2014-11539



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İl Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 48670771-514.10-
Konu : Etik Kurul

HEMŞ. YASEMİN ÇIRACI
(K.B.B.)

"Onkoloji Hastalarında Yalnızlık Duygusu" isimli çalışmanız Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.11.2014 tarihli 234 sayılı kararına göre etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Ülkü Aygen TÜRKMEN
Eğitim ve İdari Sorumlu

EKLER :
1 adet karar formu

NYDA®



10.11.2014 tarihli
11539 sayılı
yaptırın eti sonra pönde ilecektir.



Darülaceze Cad. No:27/27A Şişli / İSTANBUL
Telefon: 02123145555 Faks: 02122217800
e-Posta: kubra.agus@okmeydani.gov.tr
Elektronik imzalı suretine: <http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envislon/Dogrula/8V33PR9> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Kübra SUNKAR
Etik Kurul Birimi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÇIRACI Yasemin
Uyruğu : TC
Doğum Tarihi ve Yeri : 27/06/1990, Zonguldak
Medeni Hali : Bekar
E posta : yasmin_18f@hotmail.com
Yazışma Adresi: : Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012
Lise	Zonguldak Hasan Ali Yücel Lisesi	2008

AKADEMİSYEN/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
1Hemşire	Özel Giresun Ada Hastanesi	2012-2013
2Hemşire	İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi	2014-2015

YAYINLAR/BİLDİRİLER

- 1.Cıracı Y, Menekli T. “Kanserde terminal dönem; İyi ölüm”. Poster Bildiri. Ulusal Ege İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi. Aydın, 2015
- 2.Cıracı Y, Nural N. “Son Dönem Kanser Hastalarında Yalnızlık”. Poster Bildiri. MASCC/ ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer. Denmark, 2015 (26.06.2015 tarihli kabul edilmiş bildiri).
3. Nural N, Cıracı Y. “Son dönem kanser hastalarının duygusal durumları” Poster Bildiri. MASCC/ ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer. Denmark, 2015 (26.06.2015 tarihli kabul edilmiş bildiri)

YABANCI DİL

İngilizce (E seviyesi)