BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

HAZIRLAYAN

GONCA GÜL KARADELİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

HAZIRLAYAN

GONCA GÜL KARADELİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. BANU ÇEVİK

ANKARA - 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gonca Gül KARADELİ tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.01.2024

Tez Adı : KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)		**İmza**
Doç. Dr. Banu ÇEVİK	Başkent Üniversitesi	……
Prof. Dr. Sultan KAV	Başkent Üniversitesi	……
Doç. Dr. Elif OK	Başkent Üniversitesi	……
Dr. Ögr. Üyesi Özlem CANBOLAT	Gazi Üniversitesi	……..….
Dr. Ögr. Üyesi Erdal CEYLAN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	……

ONAY

Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü
Tarih: … / … /2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

Tarih: 17 /02 /2024

Öğrencinin Adı, Soyadı	: Gonca Gül KARADELİ
Öğrencinin Numarası	: 22120299
Anabilim Dalı	: Hemşirelik
Programı	: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı	: Doç. Dr. Banu ÇEVİK
Tez Başlığı	: KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 55 sayfalık kısmına ilişkin, 28/12/2023 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %9'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: :…….

ONAY

Tarih: 17/01/2024

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza

Doç. Dr. Banu ÇEVIK

…….

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansımın tüm aşamasında ve çalışmamın tamamlanmasında kıymetli katkıları olan, beni geliştiren, araştırmaya sevk eden, hemşireliğe dair farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, görüş ve önerilerini benimle paylaşan, bu yolda beraber yürüdüğümüzü her zaman hissettiren, sabrını ve anlayışını asla esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Banu ÇEVİK'e,

Yüksek lisans eğitimi boyunca dersleriyle bana vizyon kazandıran, bilgileriyle ışık tutan, çok kıymetli hocam Prof. Dr. Sultan KAV'a,

Tez konumun belirlenmesinde büyük katkıları olan, araştırmama öncülük eden, tüm samimiyeti ile bilgi ve birikimini aktaran değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülay TURGAY'a,

Yüreklendirici sözleriyle, yardımlarıyla bana akademik yolda yürüme şevki kazandıran değerli hocam Öğr. Gör. Yasemin ESKİGÜLEK'e,

Çalışmamın anket aşamasında, kendi hastalıkları ile mücadele ederken eş zamanlı olarak tezimin oluşmasına katkı sağlayan tüm değerli hastalarıma,

Araştırmamın iznini veren, çalıştığım klinikte hastalarımla daha rahat iletişimde kalmama yardımcı olan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi yönetimine ve servis sorumluma,

Sabırla, özveriyle, destek ve inançları ile yanımda olan, hayatımın her anında sonsuz ilgisi ve sevgisi ile varlığından güç aldığım, emeklerinin karşılığını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim değerli ailemin her bir üyesine,

Her zaman ve her zorlukta manevi desteklerini yanımda hissettiğim, samimiyetlerine gönülden inandığım, motive kaynaklarım canım dostlarıma teşekkür ederim.

Gonca Gül KARADELİ

ÖZET

KARADELİ, Gonca Gül. Kanserli Bireylerde Stigma Algısı ve Spiritüel İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2024.

Bu çalışma onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi medikal onkoloji yataklı kliniğinde yatarak tedavi almakta olan kanserli bireyler oluşturmaktadır. Çalışma 20.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup, 235 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın verileri, "Hasta Tanıtım Bilgi Formu", "Kanser Damgalama Ölçeği" ve "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler bağımsız örneklem T testi, varyans analizi, korelasyon analizi ve gruplar arasındaki farkın belirlenmesi için Post-Hoc Testlerden Bonferroni Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, kanserli bireylerin Kanser Damgalama toplam puan ortalaması 38.71±12.03 (min:23-mak:82) olarak bulunmuştur. Kanserli bireylerin kanser stigma puan ortalamalarının yaşları, cinsiyetleri, medeni ve çalışma durumları, eğitim düzeyleri ve kanser tanısı ile daha önce karşılaşma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmaya katılan kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş puan ortalaması 111.60±17.35 (min:57-mak:142) olarak bulunmuştur. Kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş puan ortalaması yaş grupları, yaşanılan yer, eğitim durumu ve ekonomik durum ve dini inançtan etkilendiği bulunmuştur.

Çalışmada kanserli bireylerin Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kanser Damgalama Ölçeği puanları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r:-0.234, p:0.000). Spiritüel İyi Oluş puan ortalaması arttıkça kanser Damgalama ölçeği puan ortalaması azalmaktadır.

Spiritüel İyi Oluş ölçeğinin alt boyutu olan doğayla uyum ile kanser stigma ölçeği toplam puan, sosyal izolasyon ve ayrımcılık arasında düşük düzeyde negatif yönde, suçluluk ve nitelik arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak kanserli bireylerin stigma algısının spiritüel İyi Oluş Durumları ile hafif düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda kanserli bireylerin stigma algısını azaltıcı eğitim, destek hizmetleri konusunda danışmanlık verilmesi ve spiritüel alanda destekleyici hizmetlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Hemşirelik, Spiritüalite, Spiritüel İyi Oluş, Stigma, Damgalama

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Proje No: KA23/259) tarafından onay alınmıştır.

ABSTRACT

KARADELİ, Gonca Gül. Determination of Stigma Perception and Spiritual Well-Being in Individuals with Cancer, Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Master's Program with Thesis, 2024.

This study is a descriptive research conducted with the aim of determining stigma perception and spiritual well-being in cancer patients undergoing inpatient treatment at an oncology clinic. The population of the study consists of cancer patients receiving inpatient treatment at the Medical Oncology ward of Ankara Gazi University Health Research and Application Center. The study was conducted between September 20, 2023, and December 01, 2023, and involved a total of 235 patients.

Data for the research were collected using the "Patient Introduction Information Form," the "Cancer Stigma Scale," and the "Spiritual Well-Being Scale." Descriptive statistics, independent samples t-test, analysis of variance, correlation analysis, and Bonferroni Test for determining differences between groups were employed in the evaluation of the data.

According to the results of the study, the average total score for Cancer Stigma in cancer patients was found to be 38.71±12.03 (min: 23-max: 82). Significant differences were observed in the average stigma scores of cancer patients based on their ages, genders, marital and employment statuses, education levels, and previous encounters with cancer diagnoses. The average Spiritual Well-Being score of participating cancer patients was found to be 111.60±17.35 (min: 57-max: 142). The Spiritual Well-Being scores of cancer patients were influenced by age groups, place of residence, educational status, economic status, and religious beliefs.

In the study, a low-level negative relationship was found between the Cancer Stigma Scale scores and Spiritual Well-Being Scale scores of cancer patients ($p < 0.05$). There is a statistically significant negative correlation between Cancer Stigma Scale scores and Spiritual Well-Being Scale scores (r: -0.234, p: 0.000). As Spiritual Well-Being increases, Cancer Stigma Scale scores decrease.

Regarding the sub-dimension of the Spiritual Well-Being Scale, harmony with nature exhibited a low-level negative relationship with the total score of the Cancer Stigma Scale, social isolation, and discrimination, while showing a moderate-level positive relationship with guilt and quality.

In conclusion, a mild relationship was identified between cancer patients' stigma perception and their spiritual well-being. In light of these results, it is recommended to provide counseling on reducing stigma perception, supportive services, and supportive services in the spiritual domain for cancer patients.

Keywords: Cancer, Nursing, Spirituality, Spiritual Well-Being, Stigma, Stigmatization

Approval for this research was obtained from the Başkent University Medical and Health Sciences Research Board and Clinical Research Ethics Committee (Project No: KA23/259).

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR i
ÖZET ii
ABSTRACT iv
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ ix
1. GİRİŞ 1
1.1. Araştırma Soruları 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Kanser ve Risk Faktörleri 4
2.1.1. Kanser hastalığında tedavi ve yan etkileri 5
2.2. Stigma Tanımı 8
2.2.1. Stigma türleri 10
2.2.2. Stigmanın nedenleri 11
2.3. Kanser Stigması 12
2.4. Spiritüalite ve Spiritüalite ile İlişkili Kavramlar 14
2.4.1. Spiritüalitenin temel ögeleri 16
2.5. Spiritüel İyilik Kavramı 17
2.6. Kanserli Bireylerde Stigmanın Önlenmesi ve Spiritüel İyilik Halinin Geliştirilmesine İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırmanın Tipi 21
3.2. Araştırmanın Yerinin Özellikleri 21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
3.4. Veri Toplama Araçları 22
3.4.1. Hasta tanıtım bilgi formu 22
3.4.2. Kanser damgalama ölçeği 22
3.4.3. Spiritüel iyi oluş ölçeği 24
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması 24
3.6. Araştırmanın Uygulanması 25

Sayfa

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 26
3.9. Araştırmanın Sınırlıkları 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 44
5.1. Kanserli Bireylerin Stigma Algısı 44
5.2. Kanserli Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Durumları 48
5.3. Spiritüel İyi Oluş Durumları ile Kanserli Bireylerde Stigma Algısı Arasındaki İlişki 50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 52
6.1. Sonuçlar 52
6.2. Öneriler 53
KAYNAKLAR 54
EKLER
EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTATİSTİK DANIŞMANLIK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME
EK 2: BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
EK 3: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA KURULU ONAYI
EK 4: ANKARA GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ANKET UYGUL AMA ONAYI
EK 5: HASTA TANITIM BİLGİ FORMU
EK 6: KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ
EK 7: SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ
EK 8: KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ
EK 9: SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ
EK 10: ORJİNALLİK RAPORU

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Kanser tedavi yöntemlerinde sıklıkla görülen yan etkiler 8
Tablo 3.1. Korelasyon katsayısı yorumu 25
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri 27
Tablo 4.2. Hastalığa ve tedaviye ait bilgiler 28
Tablo 4.3. Hastaların kanser algısına ilişkin bilgiler 29
Tablo 4.4. Hastaların spiritüalitelerine ilişkin bilgiler 30
Tablo 4.5. Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları.....31
Tablo 4.6. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özeliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları.....32
Tablo 4.7. Hastaların Kanser Tanı ve Tedavi Özeliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları 35
Tablo 4.8. Hastaların Kanser Algısı Özelliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları dağılımı 37
Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özeliklerine göre spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalamaları.....39
Tablo 4.10. Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği Puanları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasındaki ilişki 42

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

CART	kimerik antijen reseptör tedavisi
GLOBOCAN	dünyanın birçok ülkesinde ulusal düzeyde, başlıca kanser türlerinin insidansı, mortalitesi ve prevalansı hakkında güncel Tahminler Sunmak Amacıyla Oluşturulan Proje
IARC	uluslararası kanser araştırma ajansı
KDÖ	Kanser Damgalama Ölçeği
KNİ	kontrol noktası inhibitörleri
KT	kemoterapi
maks	maksimum
min	minimum
n	sayı
p	anlamlılık düzeyi
RT	radyoterapi
SPSS	sosyal bilimler için istatistiksel paketler
t	bağımsız örneklem t testi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
$\bar{X}$±SS	ortalama±standart sapma
%	yüzde

1. GİRİŞ

Kanser insidansı giderek artmakta olup, özellikle gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. WHO-IARC 2018 yılında dünya çapında kanserle yaşayan bireylerin sayısı yaklaşık 18 milyon ve yaşamını kaybeden kişilerin de sayısı 9.6 milyon iken 2020 yılında toplam vaka 19.3 milyon ve ölüm 10 milyon kişi olarak bildirilmiştir (1). Bu durum dünyadaki kanser yükünün giderek arttığını göstermektedir. Yeni vaka sayısının 2040 yılında 28 milyon, yaşamını kaybeden birey sayısının 17 milyon ve toplam vaka sayısının da 75 milyon olacağı öngörülmektedir (1,2). Ülkemizde ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almakla birlikte bu ölüm nedenini %15,2 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ikinci sırada yer almaktadır (3).

Kanser hayatı tehdit edici, ilerleyici, bireylerde acı, ıstırap ve ölümü çağrıştıran tedavi ve semptom yönetimi zor olan bir hastalık olarak algılanmaktadır (4). Kanser, tanı ve tedavisine duygusal tepkiler dahil olmak üzere karmaşık psikososyal sonuçlara sahiptir (4). Kanser tedavisine bağlı olarak bireylerde cerrahi işlemlerin sebep olduğu yara izleri, kemoterapinin sebep olduğu alopesi ve radyoterapinin neden olduğu yanık izleri gibi etkiler görülmektedir. Bu etkiler fiziksel aktivitede azalma, ağrı, sosyal izolasyona neden olabileceği gibi ruhsal sorunlar ve strese yol açabilir (4,5). Yaşanılan psikolojik stres, tedavinin yan etkileri ve tedaviye bağlı bireylerin vücut imajlarındaki değişiklikler kanserli bireylerde kansere yönelik stigma algısı ortaya çıkarabilmektedir (4,6).

Stigma (damgalama) Yunanca "stizein" kelimesinden köken alır. Stigma hastalığı nedeniyle bireye diğer insanlardan farklı davranılması ve başkaları tarafından yapılan ayrımcılık ve yanlış anlama nedeniyle bireyin içsel utanç yaşaması, yara, iz, işaret, onur kırıcı durum, etiketleme anlamlarına gelir (7,8). Stigma "bireyin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum" olarak literatürde belirtilmektedir (4,6,9).

Kanser stigması, "kanser ölüm demektir" ve "ölüme yakın hissetme ve hastalığın ciddiyetinin farkında olma", "hastayı ölüme yatkın hale getirme ve kalan gün sayısını hesaplama" kavramlarıyla ilişkilendirilen hayatı tehdit eden durumları içermektedir (10,11). Bu nedenle birçok toplumda "kanser" terimi ölüm, korku, kaygı, huzursuzluk, acı gibi duygular ve kontrol edilemeyen durumlar ile ilişkilendirilir. Kanserli bireyin stigma algısı

ya da stigmaya maruz kalması bireyin sosyal kimliğini zedelemekte, sosyal ve psikolojik iyilik halini de olumsuz etkilemektedir (6,12,13). Bu nedenle bireyler bir kez stigmaya maruz kaldıklarında, genellikle sosyal statülerinden sıyrılırlar ve kalıplaşmış, ayrımcılığa uğramış ve izole edilmiş hale gelirler, hatta toplumdan dışlanmış hissederler. Bireyler stigmayı içselleştirdikleri zaman ise kanser stigması bireylerin dünyaya bakışlarının bir parçası haline gelmeye başlar. Bu bireyler utanç, suçluluk, düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, korku yaşayabilirler. Ayrıca sosyal olarak geri çekilme, tedaviye uyumda azalma, tedaviyi aramada gecikme, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği gibi sonuçların da ortaya çıkmasına neden olabilir (4,6,11,13).

Spiritüalite (maneviyat) insanların hayatlarını anlamlı kılan ve onlara umut veren doğuştan gelen içgüdüleri ifade eder (14). Başkalarıyla bağ kurmayı, hayatta anlam ve amaç bulmayı kolaylaştırır. Bireylerin kendilerini ve güçlerini tanımalarını sağlar. Güçlü yanlarını ve olumlu yaşam algılarını destekleyerek onlara umut ve huzur duygusu verir (14).

Spiritüalite kavramı özellikle bireyler acı veren ve tedavisi olmayan hastalıklarla karşı karşıyayken; algılara, tutumlara, deneyimlere ve sosyokültürel koşullara bağlı olarak değişmektedir (15,16). Kanserli birey iyi bir spiritüalite elde ederse, hastalıkla ilgili olumlu bir deneyime sahip olabilir ve ölümcül hastalık koşullarıyla yüzleşmeye hazır duruma gelir. Ancak birey hastalıkla ilgili olumsuz deneyime sahipse daha fazla acı çekebilir ve yaşam sonu krizleriyle yüzleşmeye hazır olmayabilir (17,18). Bu doğrultuda spiritüalite hastaları stigmaya karşı koruyabiliyor gibi görünmektedir ve aynı zamanda hastalar için stigmaya karşı en etkili uyum mekanizması olarak kabul edilmektedir (19,20).

Spiritüalite, insanların hayatlarını anlamlandırabilecekleri ve hayatın en ciddi zorluklarının ortasında bile kendilerini bütün, umutlu ve huzurlu hissedebilecekleri bir durumdur. Yaşamı tehdit eden bir hastalıktan muzdarip bireyler, hastalanmadan önce düşünmedikleri ölümlülük veya hayatın anlamı ile ilgili sorularla mücadele edebilirler. Bu durumda bazı bireyler varoluşsal ihtiyaçlarını karşılamak için dini değerleri ya da din dışı spiritüel değerleri tercih edebilir (15,21).

Spiritüel iyilik, "hayatta bir anlam duygusu, uyum, huzur, barış ve kişinin inancından güç ve rahatlık çekme duygusu" olarak tanımlanabilen spiritüalitenin bir bileşenidir (21). Yaşamdaki anlam algısı, yaşamdaki bir anlayış, anlam ve amaç duygusu anlamına gelir.

İnanç, kişinin inancından ve manevi inançlarından elde ettiği bir rahatlık veya güç duygusudur (15,21). Spiritüel iyilik durumunun kanserli bireylerde ağrı yönetimini daha iyi sağladığı, depresyon ve stresi azalttığı, bireylerin baş etme becerisini ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (22-24).

Literatürdeki birçok çalışma, spiritüalitenin bireylerin yaşamlarına olumlu katkılarını göstermekle birlikte kanserli bireylerde stigma kavramına da sık çalışılmıştır (21-24). Stigmaya maruz kalma nedeniyle birçok kanserli bireylerin tedavi süreçleri ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca kanserli bireylerin tıbbi tedavilerini alırken spiritüalite konusunda destek olma, spiritüel iyilik durumlarını güçlendirmeye yönelik bakım uygulamaları eksik kalmaktadır. Bu iki kavramı birlikte ele alan Güney Appalachia'da Human Immünodeficiency Virüs (HIV) taşıyan bireyler ile yapılan bir çalışma (25) olup başka çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışmada kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amaçlanmaktadır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Kanserli bireylerde kansere ilişkin stigma algısı nasıldır?
2. Kanserli bireylerin spiritüel iyi oluş durumları nasıldır?
3. Kanserli bireylerin tanıtıcı özelliklerine kanser stigma algısı arasında fark var mıdır?
4. Kanserli bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre spiritüel iyi oluş durumları arasında fark var mıdır?
5. Kanserli bireylerin kanser stigma algısı ile spiritüel iyi oluşları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Risk Faktörleri

Kanser, kronik, ilerleyici, yaşamı tehdit eden, fiziksel, psikolojik, davranışsal ve duygusal tepkilere neden olan önemli bir küresel sağlık sorunudur (1,2). Dünya Sağlık Örgütü kanseri bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesiyle meydana gelen, vücutta kapladığı bölgenin komşularını işgal ederek diğer organ ve dokulara yayılabilen ve anormal hücrelerin artmasıyla gelişen geniş bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (2).

Kanser insidansı giderek artmakta olup, özellikle gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütüne bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı verilerine göre (WHO-IARC) 2018 yılında dünya çapında kanserle yaşayan bireylerin sayısı yaklaşık 18 milyon ve yaşamını kaybeden kişilerin de sayısı 9.6 milyondur. 2020 yılında kanser vaka sayısı 19.3 milyon ve ölüm sayısı 10 milyon kişi olarak bildirilmiştir. 2040 yılında yeni kanserli vaka sayısının 28 milyon, yaşamını kaybeden birey sayısının 17 milyon ve toplam vaka sayısının da 75 milyon olacağı öngörülmektedir (1,2).

Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, Türkiye'de ise her 5 ölümden biri kanser hastalığı nedeniyle olmaktadır (27,3). Türkiye'de ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada, %15,2 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ikinci sırada yer almaktadır (3).

Dünya genelinde 2020 yılında en yaygın görülen kanser türleri cinsiyet ayrımı olmadan bakıldığında sırasıyla; meme kanseri (2,26 milyon), akciğer kanseri (2,21 milyon), kolon ve rektum kanseri (1,93 milyon), prostat kanseri (1,41 milyon), cilt kanseri (1,20 milyon), ve mide kanseri (1,09 milyon)'dır (1). Cinsiyetlere göre bakıldığında; kadınlarda sırasıyla meme kolorektal, akciğer serviks ve troid kanserinin; erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal, karaciğer kanserinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (1,2).

Kanser risk faktörleri, kanserin gelişme olasılığını artıran veya etkileyen çeşitli faktörlerdir. Risk faktörleri, kişilerin yaşam tarzları, çevresel etmenler ya da genetik faktörler

ile ilişkili olabilir. Bu riskler; sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı, meyve ve sebze tüketiminin az olması (600 gramdan az), obez olma, Helicobacter pylori, Hebatit B, Hepatit C gibi enfeksiyonlar, fiziksel aktivite eksikliği, kimyasal maddelere maruz kalma, radyasyon, ileri yaş olarak sıralanabilir (26,27). Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri tütün kullanımı, obezite, alkol tüketimi, düşük meyve ve sebze alımı ve fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklanmaktadır. 2018 yılında dünya çapında teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %13'ü, Helicobacter pylori, insan papilloma virüsü (HPV), hepatit B virüsü, hepatit C virüsü ve Epstein-Barr virüsü dâhil olmak üzere kanserojen enfeksiyonlara atfedilmiştir (1,26).

2.1.1. Kanser hastalığında tedavi ve yan etkileri

Kanser tedavisi ile hücresel çoğalmanın ve tümör yükünün azaltılması, tümör hücrelerinin yok edilmesi, metastazın önlenmesi amaçlanmaktadır. Kanser tedavisinde tümörün boyutu, histolojik özellikleri, evresi, metastaz durumu, hastalığın süresi, hastanın fiziksel ve ruhsal durumu ve gereksinimleri tedavi seçeneklerini belirlenmektedir (28).

Kanser hastalığının tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi yöntemleri sıklıkla tercih edilen ve tek başına ya da birlikte kullanılan tedavi yöntemleridir (5,29). Son yıllarda gelişen teknoloji ve gelişmeler sayesinde hormon tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi ve kök hücre nakli, gibi yöntemler de tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (5,30,31).

Kemoterapi tedavisi; Kanser hücrelerine karşı seçici öldürücü etkisi olan doğal, kimyasal, biyolojik ajanlarla yapılan uygulamalardır (5). Kemoterapi tedavisi antikanser ilaçlar sayesinde kanserli hücrenin gelişimini engelleyerek, hücre ölümüne yol açan ya da kanser hastalığının neden olduğu semptomları hafifletmek için kullanılan tedavi türüdür. Bu tedavi intratekal, intraartiküler, subkutan, oral, intravenöz, intrakaviter, intramüsküler olarak uygulanabilir (29). Kemoterapi tedavisi "kür" adı verilen düzenli periyotlarla verilmektedir. Bir kür, bir veya daha fazla günde verilebilir. Kürler şeklinde uygulanması ara dönemde kemoterapi ilaçları tarafından etkilenmiş normal hızda bölünen hücrelerin yerine yeni, sağlıklı hücrelerin üretilmesi için fırsatı olur (29,31).

Radyoterapi tedavisi (RT); Tüm kanser vakalarının %50'sinde etkili bir tedavi yöntemi olup kapsamlı bir kanser tedavi programının önemli bir bileşenidir. Radyoterapi hedeflenen bölgeye gönderilen ışınların o bölgedeki tümöral oluşuma maksimum seviyede, sağlıklı hücrelere ise minimum seviyede etki etmesi istenen bir yöntemdir (32). Radyoterapi küratif olarak tek bir yöntem olarak ya da cerrahi, kemoterapi veya her ikisiyle birlikte kullanılabilir. RT, lokalize kanserleri tedavi etmek ve lokal kontrolü sağlamak (tedavi edilen bölgede nüksetmeden tam yanıt) veya lokal olarak ilerlemiş veya yayılmış kanserlerde semptomların hafifletilmesini sağlamak için kullanılır (33).

Cerrahi tedavi*:* Cerrahi tedavi tek başına kullanılan yöntem olmasının yanında radyoterapi ve kemoterapi tedavisiyle birlikte sıklıkla kullanılmaktadır Profilaktik olarak gelişen kanserlerin engellenmesi, biyopsi ile tanı konması, kanserli dokunun ya da kitlenin vücuttan çıkarılmasında tercih edilir (29). Tedavide cerrahi rezeksiyonun önemli bir faktör olduğu kanserler arasında; melanomlar, meme, kolon, rektum, tiroid, mide ve akciğer kanserleri yer alır. Günümüzde ameliyatlar genellikle laparoskopik veya robotik kodlama ile yapılmaktadır (34).

Gen tedavi; Kalıtsal ya da kazanılmış olan hastalıkları tedavi etmek amacıyla genlerin DNA ve RNA moleküllerinin hücrelere, organ ya da dokulara transfer edilmesi işlemidir (31). Gen tedavisinde amaç; farklılaşmış, değişime uğramış geni düzelterek hastanın iyileştirilmesini sağlamaktır. Bu alanda tümör baskılayıcı gen nakli, onkolitik viroterapi ve gen yönelimli enzim ilaç tedavileri gibi birçok farklı tedaviler yer almaktadır (29,31).

Hormon tedavi: Büyümek için östrojen ve progesteron hormonlarını kullanan tümörün büyümesini yavaşlatan ya da durduran, özellikle meme kanseri ve prostat kanseri için etkili bir tedavidir (35). Hormon tedavisi kanser tedavisinde vücutta malignitenin büyüme şansını azaltmak ve erkeklerde prostat kanserini en aza indirmek veya ona karşı koruma sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu tedavi seçeneği, ameliyat ve radyasyon tedavisine devam edemeyen kişiler için yararlıdır (36).

İmmünoterapi: Bir kişinin kendi bağışıklık sistemine ait belli bölümlerin kanseri de içeren bir grup hastalıkla mücadele etmek üzere kullanıldığı bir tedavi biçimidir. Bu tedavi ile immün sisteme ait hücrelerin kanser hücrelerini hedef alarak onları yok etmeleri sağlanır (28). Günümüzde kanser tedavisi için onaylanmış çok sayıda immünoterapi ilacı

bulunmaktadır. Bu ilaçlar; kontrol noktası inhibitörleri (KNİ), lenfosit düzenleyici sitokinler, kimerik antijen reseptör tedavisi (CART) ve kanser aşılarıdır (37).

Kök hücre tedavisi: Henüz farklılaşmamış olan, uzun süre bölünebilen, kendini yenileyebilme özelliği olan, çeşitli hücre ve dokulara farklılaşıp özelleşmiş hücrelere kaynaklık eden, hasarlı bölgeleri tamir edebilme özelliği olan hücrelere kök hücre denir (28,38). Kök hücreler, çoğunlukla, kanser gibi çeşitli hastalıkların yok edilmesi veya organların yenilenmesi gibi hücresel tedavide hasarlı hücreleri değiştirmek veya organları yenilemek için kullanılmaktadır (39,40). Kök hücre tedavisi sağlıklı kök hücrelerin toplanıp hasta bireylere nakledilmesi işlemidir. Bu yöntem hem tedavi hem de koruma amaçlı yapılmaktadır (41). Bazı kanser hastalıklarında kemoterapi ve radyoterapi sonrasında, sağlıklı bireylerden alınan kök hücreler bu hastalara verilmektedir. Bu sayede hastada kalan kanser hücrelerinin yok edilmesi ve hastanın bağışıklık sisteminin yeniden güçlendirilmesi amaçlanmaktadır (42). Allojenik hemapoetik kök hücre nakli birçok malign ve malign olmayan tümörlere karşı etkin tedavi seçeneklerinin başında gelmektedir. İnsan lökosit antijenleri ile uyumlu donörlerin bulunması, enfeksiyon hastalarının daha iyi saptanması ve yönetilmesi allojenik nakillerde mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmıştır (43). Nakledilen hastaların %50'sine varan oranda uzun süreli hastalıksız sağkalım tanımlanmıştır (44).

Kanserin tedavisi için kullanılan tedavi yöntemlerinin birçoğu kanserli hücrelerin çoğalmasını engelledikleri gibi normal hücreleri de etkileyerek istenmeyen birçok yan etki oluşmasına sebebiyet vermektedir. Ortaya çıkan bu yan etkiler, kişiden kişiye, bireyin sosyodemografik özelliklerine, tedavide kullanılan yönteme, kullanılan ilaçların türlerine göre değişkenlik gösterebilir (5,45,46). Kanser tedavisinin neden olduğu yaygın yan etkiler arasında yorgunluk, ağrı, alopesi, çeşitli enfeksiyonlar, anemi (trombositopeni, nötropeni), bulantı ve kusma, iştahsızlık, boşaltım problemleri, ağız içi yaralar, nöropati, uyku bozuklukları, infertilite, psikolojik bozukluklar, cilt ve tırnak yapısındaki değişiklikler sayılabilir (47). Bu yan etkilerin bir bazıları tedavi yöntemlerine bağlı olarak görülmektedir. Kanser tedavi yöntemlerine göre en yaygın görülen yan etkiler Tablo 2.1'de sunulmuştur.

Kanserin tedavi sürecinde ortaya çıkan fiziksel yan etkilerin dışında bireyler ve yakınları bu süreçten psikososyal olarak da etkilenirler. Bunlar arasında sosyal izolasyon, aile süreçlerde bozulma, iş yaşantısında değişimler, ekonomik sorunlar, stigmaya maruziyet, beden imgesinde değişimler yer almaktadır. Hastalar bu sorunları algıladıklarında ya da

tedavileri ile ilgili zorluk yaşadıklarında, tedavi uyumları, ruhsal durumları (anksiye, depresyon, inkâr, tükenmişlik vb) ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (9,45). Bu nedenle kanserin tedavi sürecinde bireyler ve yakınları fiziksel, duygusal (korku, umutsuzluk vb), sosyal (aile-iş- arkadaş ilişkileri), spiritüel (yaşamın, varolmanın anlamı) açıdan sürekli desteklenmeli ve bilgilendirilmelidir.

Tablo 2.1. Kanser tedavi yöntemlerinde sıklıkla görülen yan etkiler (5,9,37,45,46)

Tedavi yöntemi	**Sık görülen yan etkiler**
Kemoterapi	Kemik iliğinin baskılanmasına bağlı olarak; anemi, trombositopeni, nötropeni, şaç dökülmesi Bulantı Kusma Yorgunluk Alopesi Dispne Mukozit İlaçların geç toksisiteleri (akciğer, böbrek hasarı, vb)
Radyoterapi	Yorgunluk Cilt değişiklikleri Radyoterapi uygulanan bölgeye özel oluşan yan etkiler; saç dökülmesi, ağız ve diş sorunları (ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, tat alma bozukluğu.,) pnömoni, ağrılı idrar yapma vb.
Cerrahi tedavi	Kanama Enfeksiyon Derin ven trombozu Ağrı Deri bütünlüğünde bozulma
İmmünoterapi	Kontrol noktası inhibitör ilaçlara bağlı olarak; yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, dermatolojik ve mukozal yan etkiler, konstipasyon-diyare, hepatotoksisite, endokrinopatiler(diyabet, tiroid bezi fonksiyon bozuklukları, adrenal yetmezlik).
Hormon tedavisi	Prostat kanserinin tedavisine bağlı olarak; cinsel isteksizlik, sıcak basması,diyare, bulantı, yorgunluk Meme kanserinin tedavine bağlı olarak; sıcak basması, vaginal kuruluk, cinsel isteksizlik, yorgunluk, psikolojik sorunlar
Kök hücre nakli	Erken dönem komplikasyonlar; oral mukozit, graft versus host hastalığı, enfeksiyona yatkın olma, pnömoni, hemorojik sistit Geç komplikasyonlar; cinsel sorunlar, fertilite sorunları, enfeksiyonlar, psikolojik sorunlar, yaşam kalitesinde bozulma, ekonomik sorunlar

2.2. Stigma Tanımı

Stigma, kişiyi istenmeyen veya hoş karşılanmayan niteliklere sahip olması bakımından diğerlerinden ayıran bir "işaret" olarak tanımlanabilir (48). Stigma kavramı ilk kez Yunan kültüründe kullanılmıştır. Yunanca "stizein" kelimesinden gelen stigma, hastalığından dolayı bireyin sıradan insanlardan farklı muamele görmesini ve bireyin başkaları tarafından yapılan ayrımcılık ve yanlış anlama nedeniyle içsel utanç yaşamasını ifade eder (48,49). Stigma toplumun belirli bireylere veya hasta gruplarına karşı önyargılar sonucunda tutum geliştirmesine ve onları toplumdan dışlamasına yol açan davranışlar bütünüdür (6,12).

Toplumlarda bireyler yüzyıllardır stigmaya maruz kalmışladır. Orta çağda suçlu bireylerin utanılacak bir davranış yaptığının toplum tarafından anlaşılması için bu davranışın göstergesi olarak kızgın bir demirle vücutlarında bir yerin işaretlenmesi yapılarak "*kara lekeli"* bireyler olarak adlandırıldığı belirtilmektedir (6). Yunanlılar, kamusal yerlerde kaçınılması gereken kişileri belirtmek için, bu kişilerin bedenlerini kazıyarak veya yakarak işaretlemişlerdir (50). Özellikle 20.yüzyılın başlarında psikiyatrik hastalıklar ve zihinsel sağlık sorunlarıyla ile stigma ve ayrımcılığın literatürde yaygın hale geldiği vurgulanmaktadır (6,12,50). Bu dönemde, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar sıklıkla akıl hastanelerine kapatılmış ve toplumdan izole edilmiş. Bu izolasyon, zihinsel sağlık sorunları olan bireylerin toplumda stigmatize edilmesine yol açmıştır (50). Modern Dönem olarak 20. yüzyılın sonlarından itibaren, insan hakları hareketleri ve bilinçlenme çabaları stigmanın azaltılmasına katkıda bulunmuştur. AIDS salgını gibi olaylar, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği gibi konularda farkındalık yaratılmasına ve bu konularda stigmanın azaltılmasına yardımcı olmakla birlikte medya ve eğitim, toplumun farklılıklara daha hoşgörülü bir yaklaşım benimsemesine de katkıda bulunmuştur. Stigmanın tarihçesi, insan topluluklarının tarih boyunca farklı gruplara, bireylere veya fikirlere yönelik olumsuz algılar, önyargılar ve dışlamalarla nasıl başa çıktığını inceleyen bir alanın parçası olarak söylenebilir (50,51).

Goffman tarafından ilk kez tanımı yapılan stigma "*daha az kıymet verme davranışı*", bu etiketi taşıyan kişilerin "*daha az istenebilir olması*", "*neredeyse insan gibi algılanmaması*", "*derinden gözden düşüren bir özellik*'' olarak açıklanmıştır. Goffman, stigmayı "*derin itibarsızlaştırıcı bir nitelik*" ve taşıyıcısını "*tam ve sıradan bir kişiden lekeli, küçümsenen bir kişiye*" indirgeyen bir şey olduğunu belirtmiştir. Goffman'a göre bedenin çeşitli fiziki deformasyonlarından şekilsel bozukluklara yönelik, bireysel olarak zayıf irade, sahtekarlık olarak da algılanan karakter bozukluklarına yönelik ve ırk, ulus gibi etnolojik olarak etkileyen üç farklı stigmadan bahsedilir ve aslında tüm farklılıkların damgalanabilir olduğunu öne sürmüştür (52). Link ve Phelan damgalanma sürecinin dört adımda gerçekleştiğini söylemiştir. İlk olarak bireyler kendi aralarında kategorize edilmiş ve ''farklı'' olarak nitelendirilmişlerdir. İkinci olarak etiketlenmiş farklılıklar ve istenmeyen özelliklerinden bahsedilir. Üçüncüsü, toplumda istenmeyen özelliklerle etiketlenen bireyler ''biz'' kategorisinden ''onlar'' kategorisine yerleştirilir. Dördüncü aşama ise ''onlar'' kategorisine dâhil olan bireyler toplumdan dışlanır, değersizleştirilir, saygınlığını kaybederler ve toplumun kalanından ayrımcılık yaşarlar (51).

Dubin ve arkadaşları stigmayı sosyal bir eşitsizlik olarak tanımladığını ve stigmanın temel unsurlarını ise bireyin bütünlüğünü etkileyen "etiketleme, stereotip, ayırma, konum kaybı ve ayrımcılık" olduğunu belirtmiştir (53).

2.2.1. Stigma türleri

Toplumda yaşayan bireyler birçok yönden stigmaya maruz kalabilir. Bu stigma maruziyetleri deri rengi, cinsiyet, ırk özelliklerinden ya da inanç, kıyafet gibi sosyokültürel özelliklerinden veya kanser tüberküloz epilepsi, obezite ruhsal sorunlar gibi hastalıklardan kaynaklanabilir (54,55). Stigmaya maruziyet değişik şekillerde olabilir. Literatürde yer alan stigma türleri; algılanan (içselleştirilmiş/öz) stigma, deneyimlenen stigma, yapısal stigma, beklenen stigma ve sosyal stigmadır (6,54-56). Stigma türlerinin tanımları;

Algılanan (içselleştirilmiş/öz) stigma; Toplumun ya da bireyin inancından kaynaklanan, ayrımcılığa uğrama korkusu veya damgalanmanın hayata geçirilmesi korkusudur (6,54,55). Algılanan stigma önemli bir hastalığın gizlenmesine, suçluluk duygusuna veya sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Sosyal izolasyon, hastalığı ifşa etme korkusu, suçluluk duyguları, kendini önemsizleştirme, sağlıksız hissetme, düşük beklentiler veya yaşamın devamı ilgili kaygı yer alır. Bu nedenlerle kanserli bireylerde öz stigma tedaviye uyum ve öz bakımlarını olumsuz yönde etkilemektedir (54-56).

Deneyimlenen stigma: Ayrımcılık yoluyla bireyin yaşadığı bir stigma türüdür (30). Bireyin reddedilme ve ayrımcılıkla fiilen karşılaşma durumu olarak tanımlanmaktadır. Deneyimlenen stigma; stereotiplerin, önyargıların ve ayrımcılığın kurbanı olma algısıyla karakterize edilir (56).

Yapısal stigma: Kasıtlı veya kasıtsız olarak sosyal sistemler veya kurumlar aracılığıyla işlenen stigma türüdür (30).

Beklenen Stigma; Stigmayı deneyimleyen bireyin başkalarından gelecek olası olumsuz tepkilerden korktuğunda hissedilen stigma türüdür (30).

Sosyal Stigma; Kanserli bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir etmendir. Sosyal stigma psikolojik refaha sahip kanserli bireyin depresyon ve diğer psikojik

sıkıntılar deneyimlemesine neden olur. Bu bağlamda stigmaya maruz kalan kanserli bireylerde sosyal etkinliklerden kaçınma, tedaviye uyumsuzluk, yeterli korunma önlemlerinin alınmaması ya da hastalık durumunu gizleme gibi davranışlarda bulunabilir (50,51).

Stigma, tedavi edilebilir sağlık sorunları için uygun yardım arayışını geciktirebilir ve tedaviyi sonlandırabilir. Stigmayı içselleştirmiş kronik hastalıklarla yaşayan insanlar, bakıma ulaşmanın daha zor olacağını düşünüyor olabilirler, çünkü bakımı hak etmediklerini veya bakımın kendileri için işe yaramayacağını düşünebilmektedirler. Stigma ile sık ilişkilendirilen hastalıklar arasında bulaşıcı hastalıklar dışında (HIV, AIDS gibi), kanser, epilepsi, psikiyatrik hastalıklar, obezite ve diyabet sayılabilir (57-59).

2.2.2. Stigmanın nedenleri

Stigma birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Sosyal yaşam içerisinde farklı olduğu düşünülen bireye karşı hissettirilen ve hissedilen birçok değersizlik duygusu stigmaya neden olabilir. Bu sebepler, psikojenik, toplumsal ve teknolojik nedenler olarak sınıflandırılabilir (6,30).

Psikojenik nedenlere bağlı olarak gelişen stigmada duygular stigmanın oluşmasında yadsınamaz bir öneme sahiptir. Stigmanın zemini ön yargılar ve inançlardır (6).

Toplumsal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan stigmada bireyler çevrelerindeki insanları, özellikleri sayesinde sosyal açıdan gruplara, sınıflara ve kategorilere ayırır. Her kategori için bir birey imajı oluşturulur. Sınıflandırmalar, genellemelere ve çarpıtmalara sebep olurken; önyargıların temelini oluşturur (6). Toplumsal stigmada bireysel farklılıklar sınıflandırılarak, stereotipik biçimde ve bilişsel olarak “biz” ve “onlar” tabiri ile ötekileştirme, ayırma, dışlama ortaya çıkmaktadır (59). Toplumsal stigmanın sonucu olarak stigmaya maruziyetine bağlı bireylerde iş birliğinde azalma ve sosyal izolasyon gelişebilmektedir. Bireylerde özgüven kaybı olmakla birlikte, görünüm endişesi üzerine de yoğun düşünceler hâkim olur (6,30).

Toplumsal stigmanın nedenlerinden birisi de kültürdür. İçinde bulunulan toplumun gelenek ve görenekleri, dini inançları ve korkuları stigmanın şiddetini belirler. Stigmalar

genellikle güçlü taraftan güçsüz tarafa doğru olur. Özellikle ataerkil toplumlarda, kadınlarda erkeklere göre daha fazla stigma görülür (6,50,60).

Teknolojik nedenlere bağlı olarak stigmanın nedenleri arasında sinema filmleri, sosyal medya mesajları, kitleleri etkileyen güçteki haber medyaları yer almaktadır (61).

2.3. Kanser Stigması

Hastalıkla ilgili stigma, kronik hastalığı veya fiziksel engeli olan birine karşı bir dizi olumsuz tutum, inanç, düşünce ve davranıştır. Kanser tanısı konulduğu andan itibaren stigma kavramından söz edilebilir (12). Kanser teşhisi alan bir kişi, bu haberi aile üyelerine, arkadaşlarına ve topluma açıkladığında, bazı insanlar korku, endişe veya kaçınma tepkileri gösterebilirler (9). Çünkü kanser genellikle yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilir ve acı ve ölümle eş anlamlıdır. Ölüm, kötü kader, felaket ve sefalet imgesi kansere karşı tutumun olumsuz bazı parçalarıdır (9,12). Bu tepkiler, hastaları stigmatize hissettirebilir ve toplumsal izolasyon yaşamalarına neden olabilir (9,12).

Kanser, kanser tanısı alan kişilerin tüm yaşamını tehdit ettiği için birçok bilişsel, psikolojik, duygusal ve sosyal sorunlara da yol açabilir. Hastalığın tanı ve tedavi süreci hastanın benlik saygısında, beden algısında, yaşam kalitesinde, yaşam işleyişinde, cinsel yaşamında, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevre ile ilişkilerinde değişikliklere neden olabilir (9,12,62). Kanser pek çok toplumda sadece bir hastalık olarak değil aynı zamanda tedavisi mümkün olmayan, ölümü simgeleyen ölümcül bir hastalık olarak da görülmektedir. Kansere yönelik bu olumsuz algı, kanserli bireylere yönelik olumsuz tutumların gelişmesine neden olmakta ve kanserle ilgili damgalanmayı ortaya çıkarmaktadır (12). Genel ve spesifik kanser türlerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanserli bireylerin algılanan damgalanma düzeyleri %13 ile %90 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (58,59,63,64).

Kanser tedavisi sırasında, özellikle kemoterapi veya radyoterapi gibi tedavilerin yan etkileri nedeniyle, bireylerin fiziksel görünümlerinde değişiklikler meydana gelebilir. Saç dökülmesi, kilo kaybı, deri problemleri gibi bu değişiklikler, kanserli bireylerin çevrelerindeki insanlar tarafından olumsuz algılanabilir. Bu, kanserli birey tarafından stigmatize edildiğini hissetmesine neden olabilir (9,12,62).

Kanser hastalığına sahip bireyler iyileştiklerinde dahi hem fiziksel hem de sosyal olarak yetersiz olarak görülür ve hatta bu hastalığın kişinin hataları nedeniyle meydana geldiği görüşü hâkim olabilir. Bu düşünceler hem toplum hem de kişinin kendisi tarafından damgalanmasına neden olmaktadır. Kanser genel olarak stigmatize edilen bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen kanser türlerine özgü spesifik stigma da görülebilmektedir. Örneğin, akciğer kanserinde, sigara ve kanser ilişkisi ortaya konulmuş olsa da kanser gelişiminde genetik faktörler ve kontrol edilebilir çevresel toksin maruziyeti de kanser oluşumunda rol oynamaktadır. Buna rağmen bireyler sigara kullanımından dolayı suçluluk ve davranışa dair utanç hissedebilir (58,65). Meme ve prostat kanserli bireylerde damgalanma, kadın veya erkek kimliğinin veya cinsel işlevselliğin kaybından da etkilenmektedir. Buna karşın kolon kanserinde vücut değişiklikleri her zaman gözle görülmez ve bu nedenle ilk etapta majör bir stigma algısına yol açmaz (48). Ayrıca toplum tarafından meme kanserinin kadınlarda sık görüldüğünün bilinmesi sonucunda meme kanserine yakalanan erkekler de stigmaya maruz kalmaktadır (66). Kanserin tedavisinde, cerrahi yara izleri ve alopesi gibi fiziksel yaralar bırakmakla beraber stigma gibi gizli yaralarda bırakmaktadır bu sebeple hastalık süresince ve sonrasında stigmatizasyon devam etmektedir (58,64). Stigma psikolojik sorunlara neden olduğunda bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (48).

Kanser stigması, kanserli bireylerde ve kansere yakalanma riski taşıyan gruplar üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Stigma korkusu, bireylerin tarama ve önleme prosedürlerine katılımlarına engel oluşturmaktadır (57,64,67). Bireyler damgalanmalarının sonuçlarında düşük benlik saygısı, anksiyete, suçluluk, sosyal izolasyon, değersizlik, toplum tarafından reddedilme yaşayabilmektedir (57,64,66,67). Almanya'da meme, prostat ve kolon ve akciğer kanserli 858 birey ile yapılan bir çalışmanın sonucunda bu hasta gruplarında izolasyon, finansal güvensizlik ve içsel utanmanın var olduğu, akciğer kanserli bireylerin stigma algısının daha yüksek olduğu, prostat kanserli bireylerde ise stigma algısının daha düşük olduğu belirtilmiştir (68). Hindistan'da 300 kanserli birey ile yapılan çalışmada; hastaların kanseri bir ''ölüm cezası'' olarak algılandıkları ve diğer bireyler ile iletişimlerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (67).

Kanser tedavisi sonrasında, bazı insanlar tedavi sonuçları nedeniyle fiziksel, bilişsel, duygusal veya sosyal zorluklar yaşayabilirler. İşverenler, arkadaşlar ve hatta aile üyeleri, tarafından kanser sonrası rehabilitasyon ve iyileşme süresinde kanserli bireyler dışlanabilir

(6). Kanserli bireyler iyileştiğinde kişinin yeterliliğinin ve üretkenliğinin azalacağı veya hastalığın tekrarlama ihtimali nedeniyle iş hayatına devam edemeyeceği düşüncesi nedeniyle işine son verilmesi; ya da aile üyesi, arkadaş ya da komşuyla iletişimden kaçınmak, bu gibi durumlarda tedirginlik hissetmek, bu tür kişilerle temastan ya da çalışmaktan kaçınmak bilişsel ve duygusal ayrımcılığa örnek olarak verilebilir. Kanserli bireyler stigmayı içselleştirdiğinde, bu onların dünya görüşlerinin bir parçası haline gelebilir ve suçluluk duygusuna, düşük öz saygıya, sosyal geri çekilmeye, korkuya ve reddedilmeye yol açabilir. Kanserli bireylere yönelik önyargı ve stigma tedaviye uyumun azalmasına, semptom sıklığının artmasına ve yaşam beklentisinin kısalmasına yol açabilmektedir (6,13).

2.4. Spiritüalite ve Spiritüalite ile İlişkili Kavramlar

Spiritüalite bireyin kendisi ve diğer bireyler ile olan, evrendeki yerini, tanrı veya yüksek bir güç gibi çevresi ile olan ilişkisini açıklayan yaşamın amacı, anlamı ve kabul etme çabasıdır (69,70). Spiritüalite kelimesi 14. yüzyılda Latince “spiritus” kelimesinden türetilmiş olup, “nefes almak”, “canlılılık”, “canlandırmak” ve “yaşam gücü” anlamlarına gelen birleştirici güç olarak açıklanan geniş bir kavramdır (71,72). Çince'de *ruh* 'kim', gökyüzünü, yeri, evreni ve doğayı doyuran 'enerji' anlamına gelir (73). Türkçe’de spiritüalite kelimesinin karşılığı bulunmadığı için Arapça kökenli ‘’maneviyat’’ “maddi olmayan”, “yürek gücü” anlamlarında kullanılmaktadır (73,74). *Maneviyat* terimi batı kültürünün anahtar kavramlarından biri haline gelmiştir çünkü bu terim, insanın, ruhun veya yaşamsal ruhun, yaşamın armağanının en yüksek ve en maddi olmayan parçası olan Yunanca *pneuma* kelimesini temsil etmektedir. Bu bir yaşam prensibidir, bedenin maddeselliğine zıt bir yaşam gücüdür (70,75).

Spiritüalite kavramının iyi anlaşılabilinmesi için ilişkili kavramların bilinmesi oldukça önemlidir. Bu kavramlar;

Spiritüalite: Bireyin metaryelin ötesinde ilişkili olduğu, etkileşimde bulunduğu herşeydir (69). Spiritüalite, dini uygulamaları içersin ya da içermesin, yaşamın anlamı ve anlamına dair içsel yanıt arayışı olarak tanımlanabilir Spiritüalite, yaşamla ilgili nihai soruları ve bunların kutsal ve aşkın olanla olan ilişkisini anlamaya yönelik kişisel girişimleri ifade eder; bu, dini uygulamaların gelişmesine yol açabilir (78). Spiritüalite inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalarla ifade edilir şeklinde tanımlamıştır (79).

İnanç: Tanrıya, bir dine, bir düşünceye gönülden bağlı olunmasıdır. İnanç; gündelik yaşam ile şekillenir. Bireye ait inançlar idealleri ve değerleri oluşturur. İnanç, kişinin inancından ve manevi inançlarından elde ettiği bir rahatlık veya güç duygusudur (21,70). Örneğin birey, doktoruna, hemşiresine inanırsa tedaviye uyumu artabilir ve bu tedaviden alacağı yanıtın olumlu yanıtları olabilir. Benzer şekilde hasta bireyleri tanıyan, onlara şifa dağıtan güçlü bir varlığa inanan bireyler hastalıklarıyla alakalı kriz durumlarıyla daha iyi başa çıkabilirler (76).

Din: Spiritüalite; inançları, değer uygulamalarını ve dini de içinde bulunduran kapsamlı bir kavram olmakla birlikte genellikle dini düşünceler ve uygulamalarla sağlamlaştırılır ve din, manevi bir yaşam tarzı için bir yol sağlar (77). Bu nedenle din spiritüalitenin içinde bulunan temel olgulardan yalnızca birisidir. Dinin aksine spiritüalite, bireye özgü olmakla birlikte, bir inanca, herhangi bir öğeye, ahlaki değerlere veya etik ilkelere bağlı bir kavram değildir. Din, genellikle tanımlanmış bir inanç sistemi, doktrinler ve kurallar içerir. Dinler genellikle belirli bir Tanrı veya tanrılara, kutsal metinlere, ritüellere ve ibadet biçimlerine sahiptir, genellikle bir toplumsal ve organize yapıya sahiptirler. Bu yapılar Kiliseler, camiler, sinagoglar veya tapınaklar gibi ibadet yerlerini ve rahipler, din adamları veya liderler gibi dini otoriteleri içerebilir (70,77). Toplumsal normlar ve etik kurallar geliştirmeye yardımcı olabilir. Bu kurallar, toplumun davranışlarına yönlendirme yapar bir grup insanın ortak bir inanç sistemine sahip olmaları nedeniyle kolektif bir kimlik sağlar. Bu, insanların topluluklarına aidiyet hissetmelerine yardımcı olabilir (77). Ulusal ve uluslararası bir fikir birliğinde spiritüaliteyi insanların nihai anlamı, amacı ve aşkınlığı aradığı ve kendisi, ailesi, diğerleri, topluluk, toplum, doğa ve önemli veya kutsal olanla ilişkiyi deneyimlediği, insanlığın dinamik ve içsel bir yönü olduğunu vurgulamıştır (79).

Umut; Bir bireyin istenen hedeflere ulaşma konusunda algılanan yeteneği, motivasyonu, gelecekte olağanüstü olayların yaşanacağına olan inancı olarak tanımlanabilir (80). Literatürde hastaların yüksek düzeyde umut, hastalığı kabullenme, yaşam ve ölüm arasında uzlaşma ve tedavi rejimlerine artan tolerans deneyimlediğinde hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabildiklerini bildirilmiştir (4,81). Spiritüalite ve dini inançlar umudu etkileyen faktörler olarak kabul edilmektedir. Kanser tedavisi sırasında manevi iyi oluşun yüksek düzeyde tutulması, depresyon semptomlarını azaltabilir ve umut düzeylerini artırarak yaşam kalitesini artırabilir (4).

Kanada Hemşireler Birliği (CNA), spiritüalitenin bir bireyin sağlığının ayrılmaz bir parçası olduğunu savunmakla birlikte Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA) "*Spiritüel Distres ve Spiritüel Boyutun Güçlendirilmesi Potansiyeli*" adlı tanıları hemşirelik tanı listesinde yer verilmiştir (82).

2.4.1. Spiritüalitenin temel ögeleri

Spiritüalite kavramının temel öğelerini "bireyin kendisi, başkaları ve ulu güç"; "yaşamın amacı ve anlamı"; "bağlanmışlık"; "öz aşkınlık" ve "değer" oluşturmaktadır (4,70).

Bireyin kendisi, başkaları ve ulu güç ögesi bireyin kendisinin iç kaynaklarını geliştirmesi ile oluşur. Bireyin spiritüalitesi yaşadığı çevre, kültüre göre şekil alır. Başka bireyler ile olan ilişkilerde birey sevgi, anlayış, hoşgörü, güven duyma gibi spiritüel gereksinimlerini karşılar. Bu nedenle bireyin başkaları ile olan ilişkisi spiritüel boyutu açısından önemlidir Bireyin tanrı ile olan ilişkisi dini açıdan değerlendirilir. Bu güç dini tanrısal bir güç olabileceği gibi, bireyin ailesi, bireyin işi, bireyin kendisi gibi şeyler de olabilir (70).

Yaşamın anlamı evrensel bir gereksinim olup kriz karşısında önemi daha da artar. Örneğin, hayatı tehdit eden bir tanı konulan bireyin hayatını anlamlandırmaya hastalık hakkında düşünmesin neden olur. Anlam bulma çabası spiritüel iyi oluş ile ilişkili bir kavramdır (11).

Spiritüalite bireyin kendisi, başkaları ve tanrı arasındaki ilişkiyi ifade eder. Aile, arkadaş, tanrı bireyin spiritüel destek kaynaklarını oluşturmaktadır ve bunlar arasında sevgi saygı bağışlama, dostluk ilişkisi şekillenmektedir. Birey bu destek kaynakları ile iyi ilişkiler kurarak spiritüel iyi oluş durumunu güçlendirebilir.

Öz aşkınlık üstün bir varlık nihai güce doğru bir farkındalık olarak ifade edilmektedir. Bireyin kendisini kabul etmesi ve yaşamdan anlam bulması ayrıca başkalarına uzanarak ya da doğayla bağlantı kurarak daha yüksek bir varlığa ya da yaşamın amacına ulaşmasıdır (11,70).

Spiritüalitenin bir başka ögesi olan değer ise bireyin hayatında önceliği olan objeleri, hayalleri, ya da ilişkileridir (70).

Spiritüalite, aşılamaz olarak algılanan sorunlar karşısında güçsüz kaldığı durumlarda, kendinden daha üstün bir güce (örneğin Tanrı, bir enerji, doğa...) teslim olma ve ona güvenme durumudur. Bireyin yaşamdaki amacını ve yolunu bulması, onu doğaya yaklaştırarak büyük evrenden ayrı olduğunu fark etmesini sağlar. Spiritüalite; umudu, anlam bulma dürtüsünü ve bunaldığında daha yüksek bir güce teslim olmayı içerdiği için bireyleri olumlu duygular geliştirmeye yönlendirir (11).

2.5. Spiritüel İyilik Kavramı

Spiritüel iyilik fiziksel sağlık kadar önemli olduğundan, kişinin manevi çerçevesini korumak, o bireyin mutluluğunu güvence altına almanın ayrılmaz bir parçasıdır. Bir kişinin tamamen sağlıklı olduğuna karar vermenin kriteri beden, beyin ve ruh arasındaki uyumdur. (83). Spiritüel İyilik bireylerin genel sağlık ve refahının temel boyutu olup, sağlığın diğer tüm boyutlarına (yani fiziksel, zihinsel, duygusal ve mesleki) etki eder ve bunları birleştirir (81).

Spiritüel değerleri hayatında merkeze alan bireyler, farklı durumların üstesinden daha kolay gelebilmektedir. Spiritüel değerlerden uzaklaşan ve yaşam amacını kaybeden bireyler çeşitli psikolojik sorunlar yaşamakta ve bu durum fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda spiritüel iyilik halinin günlük yaşam aktiviteleri, semptom sıkıntıları ve fiziksel koşullardaki değişiklikler (örneğin uyku kalitesi ve psikolojik sağlık) ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (81,84).

Hastalık, ölüm gibi üzüntü veren olaylarla karşılaşan insan, varlığını sorgulamaya başlar ve spiritüel değerleri sayesinde hayatına yeni bir anlam katabilir (85). Spiritüel değerlerini keşfedemeyen ya da yaşayamayan kişiler, karşılaştıkları sorunları çözmeye çalışırken kendilerini yalnız ve çaresiz hissedebilirler. Bu çaresizlik duygusu onları toplumdan uzaklaşmaya ve yabancılaşmaya itmekte, bu da sosyal dokuda bölünmelere neden olmaktadır (11).

Spiritüel iyilik yaşamın anlamını ve amacını aramak ve kendinden daha büyük bir gücün varlığının farkına varmaktır. Spiritüel sağlığa kavuşmuş kişi, hayattan son derece memnundur ve kendini gerçekleştirmiş bir bireydir. Spiritüel iyilik dini ve varoluşsal olmak üzere iki boyuta ayrılmıştır. İnsanın Tanrı ya da daha büyük bir güce yaklaşması ve bunun sonucunda ortaya çıkan manevi doyum, dini iyi oluş durumudur. İnsanın anlam arayışı ve yaşamını buna göre yapılandırması varoluşsal iyi oluştur. Spiritüel iyilik kişinin Tanrı ile, bir üst güçle, kendisi ve çevresiyle olan ilişkisinden doyuma ulaştığını gösterir (11,84).

Kanser hastalarında olumlu spiritüel iyi oluş, bireyin hastalıkla karşı karşıya kaldığında bile anlam, amaç bulmasını ve kendini gerçekleştirmesini sağlar. Kanserli bireyler ile yapılan çalışmalarda spiritüel iyi oluş "hastaların maneviyatının, hayatlarını anlamlandırmalarına ve ciddi bir hastalığın ortasında bile kendilerini bütün, umutlu ve huzurlu hissetmelerine yardımcı olma derecesi" olarak tanımlanmaktadır (85). Anlam, bireyin "yaşamdaki anlam ve amaç duygusunu" ifade eder ve spiritüalitenin bilişsel bir yönü olarak kabul edilir (21). Çalışmalarda kanser tedavisi sırasında manevi iyi oluşun yüksek düzeyde tutulması, üzüntü, kaygı, depresyon ve yorgunluk semptomlarını azaltığı, umut düzeylerini artırarak yaşam kalitesini artırabildiği belirtilmektedir (4,81,85,86). Yıldırım ve ark. 2014 yılında ileri evre kanserli bireylerde karşılanmamış bakım gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada kanserli bireylerde spiritüel gereksinimlerinin oranı %72 olarak bulunmuş olup bireylerin sağlık hizmetinde spiritüel ihtiyaçlarının çok az desteklendiğini ifade edilmiştir. Yang ve ark. tarafından 2023 yılında Çin'de palyatif ünitede yatan 108 ileri evre kanserli bireylerin katıldığı çalışmada spiritüel iyilik hallerinin uykusuzluk, yorgunluk, ağrı, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi incelenmiş olup, spiritüel iyilik halinin, uykusuzluk, yorgunluk veya kaygıyı önlemeye yardımcı olabileceği belirtilmiştir (87).

Spiritüel iyilik hali, bir bireyin yaşamın anlamını ve değerini bulma kapasitesini yansıtırken, stigma ise toplumun bazı bireyleri olumsuz etiketlemesi veya damgalamasıdır. Stigmatizasyonun üstesinden gelmek, kişisel güçlenme ve destek ile mümkün olabilir. Spiritüel iyilik hali, bu süreçte kişinin içsel kaynaklarını bulmasına ve olumsuz etiketlere karşı daha dirençli olmasına yardımcı olabilir (21-24).

2.6. Kanserli Bireylerde Stigmanın Önlenmesi ve Spiritüel İyilik Halinin Geliştirilmesine İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları

Kanser ilişkin stigmanın önlenmesi ve spiritüel iyilik halinin geliştirilmesi, hemşirelerin kanser hastalarına ve kanserle mücadele eden bireylere sundukları önemli desteklerden biridir. Bu girişimler içerisinde eğitim verme ve bilinçlendirme, destek gruplar, psikososyal değerlendirme, spiritüel destek, aileye destek ve aile eğitimi, kültürel duyarlılık ve sosyal hizmet destekleri yer almaktadır (8).

Hemşireler, bireyleri ve ailelerini kanser hastalığı, kanserden korunma yolları, kanser tanı ve tedavi seçenekleri hakkında eğitmek ve bilinçlendirmek için önemli bir rol oynamaktadır. Yanlış bilgilere dayalı gelişen kanser stigma algısının azaltılması için doğru ve güncel bilgiler sağlamak önemlidir. Bu bilgileri sağlamadan önce kansere yönelik tutumların, kanser taramaya yönelik davranışların, kanser taramalarına katılmayı engelleyen düşünceler ve nedenlerin, kanser hasta yakınlarının kansere yönelik düşüncelerin belirlenmesi eğitim ve bilinçlendirmeyi yapabilmek için çok önemlidir (88). Toplum için yapılan bilinçlendirme kampanyaları kanser riskini önleyici davranışların benimsenmesini teşvik etmeye yönelik kamuyu aydınlatma kampanyaları şeklinde olmalı ve kanser konusundaki stigma algısının daha da artırmayacak şekilde tasarlanmalıdır (8).

Hemşireler, kanserli bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve bu ihtiyaçlara uygun destek ve hizmetleri yönlendirmelidir. Bu destekler kanserli bireylerin duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olabilir. Bazı bilişsel ve davranış terapi yöntemleri stigma algısını azaltmada ve spiritüel iyiliği artırmada etkili olabilmektedir. Bu tedavilerden bazıları; bilişsel davranışçı terapi, itibar terapisi, anlam merkezli psikoterapi, kabul ve kararlılık ve gevşeme terapisidir (91).

Hemşireler, kanserli bireylerin ve ailelerinin spiritüel ihtiyaçlarının farkında olmalı ve desteklemelidirler. Bazı bireyler için spiritüellik, iyilik halini artırmada önemli bir rol oynayabilir. Bu, dinî liderlerle iletişime geçilmesi veya kanserli bireyin kişisel spiritüel uygulamalarına destek verilmesi yoluyla yapılabilir (8).

Hemşireler, kanser tanısı konan kişinin ailesine, hastalığın etkileri ve tedavi süreci hakkında bilgi verebilir. Özellikle kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin ağız ülseri,

bulantı, kusma, alopesi gibi yan etkileri, görülme nedenleri, yapılması gereken girişimler aile üyelerini anlatılmalıdır. Bu bilgiler bakım sırasında ailenin daha fazla anksiyete ya da stres düzeylerini azaltır. Bu semptomların geçici olduğunun bilinmesi kansere yönelik stigma algısını azaltabilir (54,55,90).

Hemşireler, kanserli bireyin kültürel ve dini inançlarına saygı göstermelidir. Her hastanın spiritüel ihtiyaçları farklı olabilir, bu nedenle kültürel duyarlılık önemlidir (8).

Hemşireler, kanserli bireylerin ve ailelerinin finansal, iş veya sosyal destek ihtiyaçlarını belirler ve gerektiğinde sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirirler. Kanserli bireylerin işyerlerinde, bakım aldıkları sağlık kuruluşlarında veya bakımları için sosyal destek aradıkları devlet veya sivil toplum kuruluşlarında çıkarlarını korumaya yönelik yasal düzenlemelerin olması önemlidir (8).

Hemşirelerin stigmanın önlenmesi ve spiritüel iyilik halinin geliştirilmesine yönelik bu girişimleri, kanserli bireylerin daha iyi bir psikolojik ve duygusal duruma sahip olmalarına katkı sağlayarak kanserle daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına ve iyi bir yaşam kalitesi elde etmelerine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma erişkin onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanser tanılı bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yerinin Özellikleri

Bu araştırma, 20.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi medikal onkoloji yataklı kliniğinde yatarak tedavi almakta olan kanserli bireyler ile yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü kliniğin yatak kapasitesi 22'dir. Hastaların klinik durumlarına göre en az bir refakatçisi eşlik etmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü klinikte 14 hemşire görev almaktadır. Hemşirelerin üçü 08:00-16:00 şiftinde diğerleri ise 4 vardiya (08:00:16:00; 16:00-08:00; 08:00-24:00; 24:00-08:00) şeklinde çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yürütüldüğü kliniğe yıllık hasta yatış sayısı yaklaşık 1000 olmakla birlikte bu sayıya 2. kez yatarak tedavi olan hastalar dahil edilmemiştir. Çalışmanın örneklem belirlenmesi için yapılan biyoistatistik ön değerlendirilmesinde evreni bilinen örneklem hesabı yapılmıştır [EK 1]. Buna göre, çalışmanın örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde ve minimum örneklem genişliği; $\alpha=0.05$, $d=0.065$ ve $p=0.50$* olmak üzere en az toplam 185 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın verilerin toplandığı zaman dilimi içerisinde araştırmanın kriterlerini karşılayan toplam 239 hastaya ulaşılmıştır. Verilerin toplanma aşamasında 4 hastanın veri toplama formunda yer alan ölçek maddelerinin tamamına yakınında eksiklikler olduğu için veriler çalışmaya dahil edilmemiş ve çalışma 235 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil etme kriterleri;

- 18 yaşın üzerinde olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Okuma yazma bilen,
- En az bir kez hastaneye yatarak yataklı klinikte tedavi gören
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve bilgilendirilmiş olur formunu [Ek-2] dolduran hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmadan dışlama kriterleri;

- Anket formunu eksik dolduran,
- Kanser tanısını bilmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verileri "Hasta Tanıtım Bilgi Formu" [EK-5], "Kanser Damgalama Ölçeği" [EK-6] ve "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" [EK- 7] kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta tanıtım bilgi formu

Hasta Tanıtım Bilgi Formu literatürden yararlanarak oluşturulmuştur (6,11,17,18). Bu form hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren 12 soru; hastanın tanı ve tedavisine ilişkin bilgileri içeren 8 soru, kanser algısına ilişkin bilgileri içeren 9 soru, spiritülaliteye ilişkin bilgileri içeren 3 soru olmak üzere toplamda 32 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Kanser damgalama ölçeği

Kanserli bireylerde hastalığa bağlı içselleştirilmiş damgalama düzeyini tanımlamak amacıyla So ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir (98). Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2019 yılında Paltun ve Bölükbaş tarafından yapılmıştır (97). Ölçeğin orijinal hali 24 madde iken geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 6. madde çıkarılmış olup son ölçek 23

maddeden oluşmaktadır. Ölçek şuçluluk, sosyal izolasyon, uzaklaşma-kaçınma, ayrımcılık, nitelik ve tıbbi destek eksikliği olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır.

Şuçluluk alt boyutu; Toplam 5 maddeden (1, 2, 3, 4, 5) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının yüksek olması daha fazla suçluluk hissedildiğini belirtir.

Sosyal izolasyon alt boyutu: Bu alt boyut 5 maddeden oluşmakta olup (8,9,10,11,12) puanının yüksek olması sosyal izolasyonun fazla olduğunu gösterir

Uzaklaşma- kaçınma alt boyutu; Bu alt boyut 4 maddeden oluşmakta olup (13,14,15,16) puanının yüksek olması uzaklaşma-kaçınma davranışının fazla olduğunu gösterir.

Ayrımcılık alt boyutu; Toplam 4 maddeden (10, 17, 19, 20) oluşmaktadır. Puan ortalamalarının yüksek olması daha fazla ayrımcılık hissedildiğini gösterir.

Nitelik alt boyutu; Toplam 3 maddeden (21, 22, 23) oluşmaktadır. Puan ortalamasının yüksek olması hastalığa atfedilmiş olumsuz düşüncelerin fazla olduğunu göstermektedir.

Tıbbi desteğin eksikliği: Toplam 2 maddeden (7, 24) oluşmaktadır. Bu boyutun puanının yüksek olması tıbbi destek eksikliğinin fazla olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1 puan), kısmen katılıyorum (2 puan), genellikle katılıyorum (3 puan) ve kesinlikle katılıyorum (4 puan) şeklinde 4'lü likert tipindedir Ölçekten en düşük 23 puan, en yüksek 92 puan alınabilir. Bireylerin aldıkları puanın artması damgalama düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, alt boyutlarının cronbach alfa değerleri sırasıyla; suçluluk 0.75, sosyal izolasyon 0.91, uzaklaşma 0.85, ayrımcılık 0.69, nitelik, 0,89, tıbbi destek eksikliği 0.66 olarak bulunmuştur (99). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.89 bulunmuştur. Alt boyutlarının cronbach alfa değerleri sırasıyla suçluluk 0.83, sosyal izolasyon 0.70, uzaklaşma 0.75, ayrımcılık 0.81, nitelik 0.86, tıbbi destek eksikliği 0.62 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Spiritüel iyi oluş ölçeği

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ükemizde Ekşi ve Kardaş tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir. Ölçek yetişkinlerin yaşamlarının değerleriyle ne kadar uyumlu olduğunu ve kişisel, sosyal, çevresel ve aşkın terimlerdeki nihai anlam anlayışlarını değerlendirmektedir. Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin aşkınlık", "doğayla uyum"ve "anomi" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte Aşkınlık alt boyut maddeleri 1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 no'lu maddeler; Doğayla Uyum alt boyut maddeleri: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 28 no'lu maddeler; Anomi alt boyut maddeleri 3, 7, 11, 15, 19, 23, 26 no'lu maddelerdir. Ölçek 1 ve 5 arasında değişen beşli likert tiptedir. Ölçekteki ifadeler, "bana hiç uygun değil" ve "bana tamamen uygun" arasında değişmektedir. Ölçeğin "aşkınlık" ve "doğayla uyum" puanlarının yüksek olması spiritüel iyi oluşu arttığını ifade eder. "Anomi" alt boyunda yüksek puanlar olumsuzluk şeklinde olup insanı mutsuzluk ve yalnızlığa iten olumsuz kavram olarak yorumlanmaktadır. Anomi, toplum normlarının insan davranışı üzerindeki denetim ve kontrolü yitirmesine karşılık bireyin kendisinin nasıl bir davranış sergilemesi gerektiği hususunda kararsız oluşu anlamına gelmektedir.

Ölçekten alınacak puan aralığı 29-145 arasında değişmektedir. Ölçeğin anomi alt boyutundaki maddelerin ters puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayılarına bakıldığında; aşkınlık alt boyutu 0.95, doğayla uyum alt boyutu 0.86 ve anomi alt boyutu 0.85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0.88' dır (121). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0.91 ölçek alt boyutlarının cronbach alfa değerleri için aşkınlık alt boyutu 0.94, doğayla uyum alt boyutu 0.84, anomi 0.76 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışma Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi medikal onkoloji yataklı kliniğinde yatarak tedavi almakta olan kanserli bireyler üzerinde yüz yüze görüşerek evrenin yaklaşık %5'ine ulaşılarak 10 bireyle yapılmıştır. Yapılan ön uygulama da anlaşılmayan bir bölüm olmadığından ön uygulamaya katılan 10 bireyin verileri çalışma verilerine dâhil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, 20.09.2023-01.12.2023 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler medikal onkoloji yataklı kliniğinde yatarak tedavi almakta olan kanserli bireylerin odalarında yapılmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Anketlerin çoğunluğu araştırmacı tarafından hastaların beyanına göre doldurulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 25 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, verilerin normal dağılım durumuna göre parametrik testlerden yararlanılmıştır. Açık uçlu sorular gruplandırılarak analiz edilmiştir. Bütün veriler Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks' istatistikleri kullanılarak çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınarak normal dağılımına bakılmış ve veriler normal dağıldığı için parametrik analizler kullanılmıştır. İkili alt gruplara sahip olan bağımsız değişkenlerde Student's T testi, ikiden fazla alt gruba sahip bağımsız değişkenlerde Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. İkiden fazla olan gruplar arası farkın hangi gruplardan kaynaklandığı tespit etmek için post-hoc testlerinden Bonferroni Testi kullanılmıştır. İkili bağımlı değişken arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Bu analiz göre pearson korelasyon katsayısının (r) değerine göre değerlendirilmiş ve Tablo 3.1'e göre yorumu yapılmıştır (91). Çalışmada $p<0.05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3.1. Korelasyon katsayısı yorumu

Korelasyon katsayısı (r)	**Yorum**
0.00	İlişki yok
0.01-0.29	Düşük düzeyde ilişki
0.30-0.70	Orta düzeyde ilişki
0.71-0.99	Yüksek düzeyde ilişki
1.00	Mükemmel ilişki

(91)

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu"ndan (Proje No: KA23/259) gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılabilmesi için kurum izni alınmıştır [EK-4].

Kanser damgalama Ölçeğinin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Bölükbaş'tan yazılı izin alınmıştır [EK-8]. Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin kullanılabilmesi için Kardaş'tan yazılı olarak izin alınmıştır [EK-9].

Bu çalışmaya katılan hastalara çalışmanın amacına ilişkin bilgiler içeren onam formu okutulmuş ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlıkları

- Anket ve ölçeklerin araştırmacı tarafından doldurulması,
- Çalışmanın yapıldığı birimdeki kanser türlerinin hepsinin çalışmaya dahil edilmesidir.

4. BULGULAR

Bu bölümde onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=235)

Hastaların Tanıtıcı Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Yaş (yıl) x̄ ±SD 50.88±14.54 (min:18-mak:80)		
Yaş grup aralığı		
18-35 yaş	38	16.2
36-55 yaş	97	41.3
56-80 yaş	100	42.5
Cinsiyet		
Kadın	115	48.9
Erkek	120	51.1
Eğitim durumu		
İlkokul	38	16.2
Ortaokul	34	14.5
Lise	78	33.2
Üniversite	73	31.1
Yüksek Lisans/ Doktora	12	5.0
Medeni durum		
Evli	164	69.8
Bekar	71	30.2
Yaşadığı yer		
Köy	21	8.9
Kasaba	14	6.0
İlçe	43	18.3
İl	157	66.8
Aile yapısı		
Çekirdek aile	180	76.6
Geniş aile	55	23.4
Çalışma durumu		
Çalışıyorum	49	20.9
Çalışmıyorum	149	63.4
Hastalığımdan dolayı işi bıraktım	37	15.7
Meslek		
Memur	39	17.3
İşçi	27	11.9
Serbest	35	15.5
Emekli	65	28.8
Ev hanımı	49	21.7
Öğrenci	11	4.9
Sosyal Güvence		
Var	222	94.5
Yok	13	5.5
Ekonomik durumu		
Gelir-giderden fazla	46	19.6
Gelir-gidere denk	123	52.3
Gelir-giderden az	66	28.1
Sigara içme durumu		
Evet	92	39.1
Hayır	143	60.9
Dini inanç düzeyi		
Zayıf	16	6.8
Orta	61	26.0
Güçlü	109	46.4
Çok güçlü	49	20.9

**X̄ ± SD (Min.-Mak.) = Ortalama, standart sapma (minimum-maksimum)*

Tablo 4.1'de hasta tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 50.88±14.54 (min:18-mak:80) olup, %42.5'i 56- 80 yaş grubu aralığındadır. Hastaların %51.1'i erkek, %69.8 i evli, %36'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir. Katılımcıların %66.8'i ilde yaşarken, %76.6'sı çekirdek aile yapısına sahiptir. Hastaların meslekleri incelendiğinde emeklilik oranı %28.8 olup olarak çalışmayan hasta oranı da %63.4 olarak bulunmuştur. Sosyal güvenceleri %94.5 oranında var olup, %52.3'ün ekonomik durumu gelir-gidere denk şekildedir. Sigara içme durumlarına bakıldığında sigara içmeme oranı %60.9'dur. Dini inançları sorulan hastaların %46.4'ü inanç düzeylerini güçlü olarak tanımlamışlardır.

Tablo 4.2. Hastalığa ve tedaviye ait bilgiler (n=235)

Hastalığa ve Tedaviye Ait Bilgiler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Hastanın tanısı*		
Akciğer kanseri	58	24.7
Gastrointestinal sistem kanserleri (Karaciğer kanseri, pankreas kanseri)	56	23.8
Meme kanseri	33	14.0
Jinokolojik kanserler (Over kanseri, serviks kanseri, endometrium kanseri)	33	14.0
Kolon kanseri	24	10.2
Kemik ve sarkomlar	11	4.8
Diğer (tiroid, cilt, beyin,timüs,mediasten,larenks,mesane)	20	8.5
Hastalık tanısından şimdiye kadar geçen süre (ay) $\bar{x}$ ±SD: 16.13±2.35 (min:1-mak:120)		
0-12 ay	160	68.1
13-24 ay	38	16.2
25-36 ay	17	7.2
37 ay ve üstü	20	8.5
Hastanın aldığı kemoterapi kürü ortalama $\bar{x}$ ±SD:5.25±4.18 (min:0-mak:32)		
Metastaz durumu		
Var	131	55.7
Yok	104	44.3
Metastaz varlığı olan organlar ** (n=186)		
Böbrek	22	11.9
Karaciğer	44	23.6
Beyin	41	22.1
Akciğer	22	11.9
Kemik	44	23.6
Diğer (periton, lenf, cilt, mide, periton, mesane, pankreas)	13	6.9
Tedavi süresince destek olan birinin varlığı		
Evet	214	91.1
Hayır	8	3.4
Dönem dönem	13	5.5
Destek olan kişiler (n=227)		
Birinci Derece (anne, baba, eş, çocuk)	192	81.7
İkinci Derece (kardeş, dede, nine, torun)	25	10.6
Diğer (arkadaş, bakım verici)	10	4.3
Hastaneye yatma sıklığı (yılda)		
1 kez	42	17.9
2 kez	73	31.1
3 kez	62	26.4
4 ve üzeri	58	24.7

*Tek primer kanserler araştırmaya dahil edilmiştir.

**Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastalığa ve tedaviye ait bilgiler Tablo 4.2'de yer almaktadır. Hastalarda en fazla görülen kanser tanıları sırasıyla akciğer (%24.7), gastrointestinal sistem kanserleri (%23.8), meme ve jinokolojik kanserleridir (%14). Hastaların kanser tanısından şimdiye kadar geçen süre ortalaması 16.13±2.35 (min:1-mak:120) ay olup %68.1'i 0-12 ay arasındadır. Hastaların ortama aldığı kemoterapi kür sayısı ortalaması ise 5.25±4.18 (min:0-mak:32)'dir. Hastaların %55.7'sinde metastazı vardır. Metastaz varlığı olan organlar incelendiğinde ise en fazla metastazın %23.6 oranıyla karaciğer ve kemik olduğu görülmektedir. Bir yılda hastaneye yatış sıklığı %24.7 oranıyla 4 ve üzeri olarak bulunmakla birlikte tedavi süresinde hastaların %91.1'nin sosyal destek kaynaklarının olduğu ve destek aldığı belirlenmiştir. Destek kaynaklarına bakıldığında ise %81.7 ile birinci derece olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hastaların kanser algısına ilişkin bilgiler (n=235)

Hastaların Kanser algısına ilişkin bilgiler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Ailede daha önce kanserli bireyin varlığı		
Evet	136	57.9
Hayır	99	42.1
Evetse yakınlık derecesi (n=136)		
Birinci Derece (anne, baba, eş, çocuk)	55	40.5
İkinci Derece (kardeş, dede, nine, torun)	36	26.5
Üçüncü Derece (amca,dayı,hala,teyze,yeğen)	24	17.6
Yanıt vermeyen	21	15.4
Arkadaşlardan kanser tanısı olan bireyin varlığı		
Evet	101	43.0
Hayır	134	57.0
Kanser tanısını çevreyle paylaşma durumu		
Evet	218	92.8
Hayır	17	7.2
Sosyal etkinliklere katılma durumu		
Evet	114	48.5
Hayır	121	51.5
Hayırsa nedeni (n=109)		
Enfeksiyon Riski (aktif kemoterapi süreci, sağlık çalışanı tavsiyesi)	43	39.5
Semptom Yükü (ağrı, yorgunluk, halsizlik)	32	29.4
Duygusal Durum Değişikliği (üzgün, mutsuz)	14	12.8
Fiziken Bağımlılık (oksijen ihtiyacı, yürüyememe, hareket kısıtlılığı)	11	10.1
Beden İmgesindeki Algı (acınmak istememe, kendini fiziken beğenmeme)	9	8.2
Hastalık nedeniyle kanserin önlenebilirlik durumu		
Evet	98	41.7
Hayır	137	58.3
Kanserin tedavi edilebilirlik durumu		
Evet	162	68.9
Hayır	73	31.1
Kanserin bulaşıcılık durumu		
Evet	8	3.4
Hayır	227	96.6
Kanserin şu an hissettirdikleri* (n=260)		
Güçsüzlük	55	21.2
Üzgün	48	18.5
Direnme-şavaşma	38	14.6
Belirsizlik	23	8.9
Ölüm	20	7.7
Çaresizlik	20	7.7
Ağrı	17	6.5
Muhtaç olma-bağımlı olma	15	5.6
Suçluluk	13	5.0
Yalnızlık	11	4.3

** Birden fazla yanıt verilmiştir.*

Tablo 4.3'te hastaların kanser algısına ilişkin bilgiler sunulmaktadır. Hastaların %57.9'unun ailesinde daha önce kanser tanısı almış bir birey bulunmaktadır. Kanser tanısını daha önce almış bireylerin hasta bireylerle yakınlık dereceleri %40.5'inde birinci derece olarak bulunmuştur. Katılımcıların %43'ünün arkadaşlarında kanser tanısı bulunmaktadır. %92.8'i kanser tanısını çevresi ile paylaşmış olmasına rağmen %51.5 kişi sosyal etkinliklere çeşitli sebeplerle katılamamaktadır. Bu sebepleri sırasıyla enfeksiyon riski (%39.5), semptom yükü (%29.4), duygusal durum değişiklikleri (%12.8), fiziken bağımlılık (%10.1) ve beden imgesindeki (%8.2) algıdır. Hastaların %58.3'ü kanserin önlenemez bir hastalık olduğunu, %68.9'u tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu ve %96.6'lık bir kısım da kanserin bulaşan bir hastalık olmadığını ifade etmiştir. Kanserin hissettirdikleri hastalara sorulduğunda ise % 21.2'si güçsüz, %18.5'i üzgün, %14.6'sı direnme-savaşma, %8.9'u belirsizlik, %7.7'si ölümü ve çaresizliği hissettiğini ifade etmiştir. Yine kanserin hissettirdikleri arasında %6.5'i ağrıyı, %5.6'yı muhtaç olma durumunu, %5'i suçluluğu ve %4.3'ü yalnızlığı dile getirmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların spiritüalitelerine ilişkin bilgiler (n=235)

Hastaların Spiritüalitelerine İlişkin Bilgiler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Zor zamanlarda başa çıkmaya yardımcı olan *(n=240)		
Aile desteği	126	52.5
Dini ritüeller	46	19.1
Hobiler	45	18.7
Yaşama arzusu	16	6.6
Baş edememek	7	3.1
Yaşamda en çok değer verdikleri* (n=253)		
Aile	191	75.5
İnanç ve değerler (namaz kılma, Kuran okuma, iyilik yapma vb.)	31	12.2
Hobiler (yoga,yürüyüş,müzik dinleme vb.)	18	7.1
Sağlık	10	4.0
Değer verilen bir şeyi yok	3	1.2
Hastalık sonrasında inanç değişikliği durumu		
İnancı değişmedi	215	91.5
Evet, değişti ve arttı	19	8.1
Evet, değişti, azaldı	1	0.4

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.4'te Spiritüaliteye ilişkin bilgiler yer almaktadır.''Zor zamanlarla başa çıkmanıza yardımcı olan şeyler nedir?'' sorusuna hastaların %52.5'i aile desteği, %19.1'i dini ritüeller, %18.7'si hobilerinden bahsetmiştir. Yaşamdaki en çok değer verdikleri şeyler sorgulandığında ise yine aile %75.5 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Aileyi sırasıyla %12.2 ile inanç ve değerler, %7.1 ile hobiler ve %4 ile sağlık takip etmektedir. Hastaların %1.2'si ise hayatlarında değerli hiçbir şeyin kalmadığını ifade etmişlerdir. Tablo 4.1'de sorgulanan

dini inanç düzeyinin hastalık sonrasında değişip değişmediği değerlendirildiğinde %91.5'inde değişiklik olmadığı ve %8.1'inin inancında artış olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları (n=235)

Ölçek ve ölçek alt grupları	***x*** **±Sd (min-mak)**	**Ölçek min-mak**
Kanser Stigma Ölçeği ve Alt Boyutları		
Suçluluk	10.2±4.27 (5-20)	5-20
Sosyal izolasyon	7.18±2.65 (5-20)	5-20
Uzaklaşma-Kaçınma	15.72±3.31(4-20)	4-20
Ayrımcılık	15.72±3.31(4-16)	4-16
Nitelik	5.03±2.50 (3-12)	3-12
Tıbbi destek eksikliği	3.01±1.47 (2-8)	2-8
Ölçek Toplam Puanı	38.71±12.03 (23-82)	23-92
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutları		
Aşkınlık	61.81±12.84 (15-75)	15-75
Doğayla uyum	29.93±5.01 (7-35)	7-35
Anomi	19.85±5.84 (7-35)	7-35
Ölçek Toplam Puanı	111.60±17.35 (57-142)	29-145

Sd: =Standart Sapma; x : ortalama; (Min.-Mak.) = minimum-maksimum

Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamaları tablo 4.5'te sunulmaktadır. Hastaların kanser damgalama ölçeği toplam puan ortalaması 38.71±12.03 olarak bulunmuştur. Kanser damgalama ölçeğinin alt grup puan ortalamalarından; suçluluk puan ortalaması 10.2±4.27, sosyal izolasyon puan ortalaması 7.18±2.65; uzaklaşma-kaçınma puan ortalaması 15.72±3.31, ayrımcılık puan ortalaması 15.72±3.31, nitelik puan ortalaması 5.03±2.50 ve tıbbi destek eksikliği puan ortalaması 38.71±12.03 olarak bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçeğinin puan ortalaması 111.60±17.35 olarak bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt grup puan ortalamalarından; Aşkınlık puan ortalaması 61.81±12.84, doğayla uyum puan ortalaması 29.93±5.01, anomi alt grup puan ortalaması 19.85±5.84 olarak bulunmuştur

Tablo 4.6. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özeliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	Kanser Damgalama Ölçeği ve Ölçek Alt Grupları												Ölçek toplam puan	
	Suçluluk		Sosyal İzolasyon		Uzaklaşma- Kaçınma		Ayrımcılık		Nitelik		Tıbbi destek eksikliği			
	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz
Yaş Grupları														
18-35 yaş	18.21±4.39[a]	F:6.730	7.28±2.69	F:0.992	7.26±2.92	F:0.008	6.05±2.42	F:0.082	11.02±2.79	F:2.980	3.05±1.39	F:0.239	38.89±12.86	F:0.108
36-55 yaş	19.65±3.71	**p:0.001**	6.89±2.32	p:0.372	7.22±3.03	p:0.992	6.14±2.96	p:0.992	11.80±2.06	p:0.060	2.93±1.47	p:0.788	38.28±11.46	p:0.898
56-80 yaş	20.75±3.44[b]	**a>b**	7.42±2.29		7.19±3.42		6.01±2.85		12.16±1.97		3.08±1.51		39.07±12.34	
Cinsiyet														
Kadın	19.92±3.77	t:-0.127	7.24±2.75	t:0.341	7.59±3.36	t:1.772	6.50±3.28	t:2.316	11.84±2.20	t:0.094	3.06±1.52	t:0.533	40.01±13.04	t:1.625
Erkek	19.85±3.85	p:0.899	7.12±2.56	p:0.733	6.85±2.96	p:0.079	5.65±2.23	**p:0.021**	11.81±2.18	p:0.925	2.96±1.43	p:0.595	37.47±10.88	p:0.107
Eğitim durumu														
İlkokul	21.63±3.84[a]	F:4.606	7.50±3.53	F:0.189	7.42±3.51	F:0.889	7.00±3.81	F:1.396	12.28±2.45	F:1.299	3.39±1.58	F:2.408	41.68±14.28	F:1.158
Ortaokul	19.82±2.84	**p:0.001**	7.17±2.41	p:0.944	7.41±3.52	p:0.472	6.11±2.98	p:0.236	12.11±1.40	p:0.271	3.17±1.54	p:0.052	39.38±13.21	p:0.330
Lise	20.35±3.56		7.11±2.37		7.58±3.08		5.98±2.78		11.91±2.28		3.10±1.50		38.88±12.02	
Üniversite	18.72±3.81[b]	**a>b**	7.06±2.57		6.72±2.96		5.73±2.21		11.45±2.00		2.80±1.40		37.31±10.31	
Y. Lisans	19.88±5.28		7.33±2.60		6.58±3.08		6.07±2.82		11.33±3.20		2.08±0.28		34.91±9.92	
Medeni Durum														
Evli	20.46±3.50	**t:3.639**	7.18±2.78	t:0.053	7.22±3.30	t:0.018	6.25±3.06	t:-1.520	12.03±2.07	t:2.222	2.99±1.51	t:-0.364	38.90±12.35	t:0.366
Bekar	18.54±4.15	**p:0.000**	7.16±2.34	p:0.958	7.21±2.90	p:0.986	5.64±2.12	p:0.082	11.35±2.36	**p:0.027**	3.07±1.38	p:0.716	38.28±11.31	p:0.715
Aile Yapısı														
Çekirdek aile	19.67±3.91	t:1.586	6.94±2.42	t:2.520	7.03±3.05	t:1.605	5.94±2.72	t:1.257	11.82±2.08	t:0.096	2.91±1.42	t:-2.002	37.55±11.42	t:2.719
Geniş aile	20.60±3.36	p:0.114	7.96±3.19	**p:0.032**	7.81±3.54	p:0.110	6.49±3.11	p:0.210	11.85±2.50	p:0.924	3.36±1.60	**p:0.046**	42.52±13.27	**p:0.007**
Çalışma durumu														
Çalışıyorum	19.10±4.05	F:3.102	6.53±1.86	F:2.088	6.04±2.34[a]	F:4.353	5.75±1.97	F:0.733	11.24±2.56	F:2.258	3.00±1.55	F:0.212	35.44±8.87	F:2.391
Çalışmıyorum	20.35±3.69	p:0.051	7.41±2.85	p:0.126	7.54±3.32[b]	**p:0.014**	6.24±3.11	p:0.481	12.00±2.09	p:0.107	2.98±1.42	p:0.809	39.75±12.68	p:0.094
İşi bıraktım	19.05±3.71		7.10±2.61		7.45±3.28	**a<b**	5.81±2.54		11.91±1.93		3.16±1.56		38.89±12.03	
Sosyal Güvence Durumu														
Var	19.77±3.84	t:1.840	7.23±2.69	t:1.224	7.28±3.21	t:1.330	6.12±2.89	t:1.207	11.84±2.14	t:0.363	3.00±1.46	t:0.538	38.99±12.11	t:1.435
Yok	21.76±3.73	p:0.067	6.30±1.65	p:0.222	6.07±2.36	p:0.185	5.15±0.80	p:0.229	11.61±2.93	p:0.788	3.23±1.64	p:0.592	34.07±9.81	p:0.153
Sigara kullanma durumu														
Hayır	19.22±3.85	t:2.150	7.15±2.78	t:-0.142	6.77±3.16	t:1.726	6.05±2.43	t:0.078	11.42±2.30	t:2.303	3.16±1.57	t:1.218	37.91±12.22	t:-0.823
Evet	20.31±3.73	**p:0.033**	7.20±2.57	p:0.889	7.50±3.17	p:0.086	6.08±3.05	p:0.938	12.09±2.07	**p:0.022**	2.92±1.40	p:0.225	39.23±11.91	p:0.411
Dini inancı														
Zayıf	13.06±4.21[a]	F:4.368	7.12±2.91	F:1.807	7.31±3.41	F:0.405	6.56±2.70	F:0.450	9.25±3.13[a]	F:5.258	3.62±1.82	F:0.212	41.43±12.41	F:1.102
Orta	19.13±3.70[b]	**p:0.000**	7.57±2.93	p:0.147	7.45±3.34	p:0.749	6.31±2.79	p:0.717	11.52±1.96[b]	**p:0.000**	2.88±1.21	p:0.809	38.68±11.98	p:0.471
Güçlü	20.30±2.99[b]	**a<b**	6.77±2.13		6.97±3.13		5.89±2.74		12.00±2.06[b]	**a<b**	2.80±1.30		37.63±11.09	
Çok güçlü	22.14±2.44[b]		7.63±3.14		7.42±3.06		6.00±3.10		12.67±1.63[b]		3.44±1.86		40.28±13.90	

F: Anova test değeri; t=Bağımsız Örneklem T Testi; p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Kanser Damgalama Ölçeği ve ölçek alt gruplarından sosyal izolasyon, uzaklaşma-kaçınma, ayrımcılık nitelik, tıbbi destek eksikliği puan ortalamalarına göre yaş grup aralıkları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Ölçek alt grubundan sadece suçluluk puan ortalaması açısından yaş grup aralıkları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). 50-80 yaş grubundaki hastaların suçluluk puan ortalamaları 18-35 yaş grupları arasında olan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek ve anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmadığı belirlenmiş olup ölçek alt gruplarından sadece ayrımcılık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre kadınların ayrımcılık puan ortalaması (6.50±3.28), erkeklerin puan ortalamasına (5.65±2.23) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.6).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin puan ortalamalarının eğitim durumuna göre değişmediği belirlenmiş olup ölçek alt gruplarından suçluluk alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Eğitim grupları arasında farkın kaynaklandığı grupların belirlenmesi amacıyla yapılan Bonferroni post-hoc analizine göre bu farklılığa ilkokul mezunu olanların suçluluk puan ortalaması (21.63±3.84), üniversite mezunu olanların puan ortalamasına (18.72±3.81) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.6).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin puan ortalamalarının medeni duruma göre değişmediği belirlenmiş olup ölçek alt gruplarından suçluluk ve nitelik alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre evli olanların suçluluk puan ortalaması (20.46±3.50), bekar olanların puan ortalamasına (18.54±4.15) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca evli olanların nitelik puan ortalamaları (12.03±2.07) bekar olanların puan ortalamasından (11.35±2.36) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların Kanser Damgalama puanı, sosyal izolasyon ve tıbbi destek eksikliği puan ortalamaları açısından aile yapısı grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş ailenin ölçek toplam puanı (42.52±13.27), çekirdek ailenin ölçek toplam puanından

(37.55±11.42) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sosyal izolasyon puan ortalamalarına bakıldığında; geniş ailenin puan ortalaması (7.96±3.19), çekirdek ailenin puan ortalamasından (6.94±2.42) daha yüksektir ($p<0.05$). Geniş ailenin tıbbi destek eksikliği puan ortalaması (3.36±1.60), çekirdek ailenin puan ortalamasından (2.91±1.42) yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği alt grubundan uzaklaşma-kaçınma puan ortalaması açısından çalışma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Çalışma durumlarına göre gruplar arasında farkın kaynaklandığı grupların belirlenmesi amacıyla yapılan Bonferroni post-hoc analizine göre; çalışanların uzaklaşma-kaçınma puan ortalamaları (6.04±2.34), çalışmayan hastaların puan ortalamalarına (7.54±3.32) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4,6).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin alt gruplarından suçluluk ve nitelik alt boyutunda sigara içme durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre sigara içenlerin suçluluk puan ortalaması (20.31±3.73), sigara içmeyenlerin şuçluluk puan ortalamasının (19.22±3.85) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Nitelik alt boyutu açısından bakıldığında; sigara içenlerin nitelik puan ortalaması (12.09±2.07), sigara içmeyenlerin nitelik puan ortalamasından (11.42±2.30) daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.6).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin alt gruplarından suçluluk ve nitelik alt boyutunda dini inanç düzeyine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre dini inancı zayıf olanların puan ortalamaları dini inancı orta, güçlü ve çok güçlü olanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Nitelik alt boyutunda ise dini inancı zayıf olanların puan ortalamaları orta, güçlü ve çok güçlü olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4,6).

Tablo 4.6'da yer almamakta olan hastaların meslek, yaşadığı yer, ekonomik durumu özeliklerine göre Kanser Damgalama Ölçeği ve ölçek alt grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Kanser Tanı ve Tedavi Özeliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	Kanser Damgalama Ölçeği ve Ölçek Alt Grupları												Ölçek toplam puan	
	Suçluluk		Sosyal İzolasyon		Uzaklaşma- Kaçınma		Ayrımcılık		Nitelik		Tıbbi destek eksikliği			
	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz
Tanı süresi														
0-12 ay	20.03±3.67[a]	F:5.133	7.21±2.83	F:0.992	7.04±3.13	F:0.309	5.97±2.83	F:2.489	11.82±2.16	F:1.537	2.96±1.44	F:1.154	38.19±12.33	F:0.521
13-24 ay	18.18±4.09[b]	**p:0.002**	7.00±1.95	p:0.372	7.42±3.13	p:0.819	6.42±2.90	p:0.309	11.34±2.59	p:0.207	3.39±1.88	p:0.328	40.89±10.63	p:0.668
25-36 ay	22.29±2.77[c]	a>b	7.17±2.76		7.70±4.10		5.94±2.63		12.16±1.97		2.70±0.91		38.41±14.43	
37 ve üstü	19.90±3.93	a<c	7.25±2.38		7.80±2.91		6.30±2.93		12.10±1.97		2.95±1.14		39.05±10.11	
Metastaz durumu														
Var	20.27±3.77	t:1.748	7.45±2.95	t:1.791	7.58±3.31	t:2.016	6.33±3.11	F:1.396	12.09±2.08	F:2.136	3.06±1.60	F:0.602	40.67±12.40	t:2.834
Yok	19.40±3.81	p:0.082	6.83±2.19	p:0.065	6.75±2.96	**p:0.045**	5.74±2.38	p:0.098	11.49±2.27	**p:0.034**	2.95±1.29	p:0.548	36.25±11.11	**p:0.005**
Tedavi süresince destek olan birinin varlığı														
Evet	20.14±3.54 [a]	F:7.902	7.17±2.67	F:0.059	7.22±3.15	F:0.120	6.04±2.86	F:0.237	11.97±1.96[a]	F:8.656	2.94±1.42	F:4.197	38.40±12.08	F:0.809
Hayır	15.12±6.40[b]	p**:0.000**	7.50±3.07	p:0.943	7.50±3.07	p:0.887	6.75±2.96	p:0.789	8.87±4.01[b]	**p:0.000**	3.00±1.06	p:0.016	42.12±10.06	p:0.449
Dönem dönem	18.61±4.27	**b<a**	7.15±2.19		7.15±2.19		6.07±2.21		11.30±2.98	**b<a**	4.15±2.03		41.76±12.21	
Hastaneye yatma sıklığı														
1 kez	20.30±3.77	F:0.946	7.54±3.57	F:0.738	7.38±3.38	F:0.245	6.35±3.41	F:0.340	11.61±2.49	F:1.452	3.04±1.83	F:0.274	39.71±14.47	F:0.717
2 kez	19.60±3.77	p:0.419	7.08±2.14	p:0.531	7.02±3.14	p:0.865	5.87±2.69	p:0.796	11.47±2.22	p:0.228	2.95±1.21	p:0.844	37.82±11.50	p:0.543
3kez	19.45±3.66		6.85±2.15		7.11±3.16		5.96±2.79		12.12±1.89		2.93±1.45		37.64±12.29	
4 ve üzeri	20.41±4.06		7.39±2.94		7.44±3.16		6.22±2.58		12.10±2.16		3.15±1.53		40.27±10.43	

F: Anova test değeri; t=Bağımsız Örneklem T Testi; p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.7'de hastaların kanser tanı ve tedavi özelliklerine göre Kanser Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği ve ölçek alt gruplarından sosyal izolasyon, uzlaşma-kaçınma, ayrımcılık nitelik, tıbbi destek eksikliği puan ortalamalarına göre tanı süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçek alt grubundan suçluluk puan ortalaması açısından tanı süresine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Tanı süresine göre gruplar arasında farkın kaynaklandığı grupların belirlenmesi amacıyla yapılan Bonferroni post-hoc analizine göre; kanser tanısı konulan sürenin 0-12 ay arasında olan bireylerin suçluluk puan ortalaması (20.03±3.67), 13-24 ay arasında tanı konulan bireylerin puan ortalamasından (18.18±4.09) daha düşük ve 25-36 ay arasında tanı konulan bireylerin puan ortalamalarından (22.29±2.77) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.7).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeği toplam puanı ve ölçek alt gruplarından, uzaklaşma-kaçınma ve nitelik puanları açısından metastaz durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Metastazı olan bireylerin ölçek toplam puan ortalaması (40.67±12.40) metastazı olmayan bireylerin puan ortalamalarına (36.25±11.11) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Metastazı olan hastaların uzaklaşma-kaçınma ve nitelik alt gruplarının puan ortalamaları metastazı olmayan hastaların puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.7).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeğinin suçluluk ve nitelik alt boyut puanları açısından tedavi süresince destek olan birinin varlığına göre gruplar arasında anlamlı fark vardır. Bonferroni post-hoc analizine göre; tedavi süresince destek olan birinin var olduğunu belirten grubun suçluluk puan ortalaması (20.14±3.54), destek olan birisinin olmadığını belirtenlere göre (15.12±6.40) daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 4.6). Destek olan birinin var olduğu grubun nitelik puan ortalamaları (11.97±1.96) destek olan birinin olmadığı grubun nitelik puan ortalamalarına (8.87±4.01) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.7).

Hastaların hastanede yatma sıklığına göre Kanser Damgalama Ölçeği ve ölçek alt grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Kanser Algısı Özelliklerine Göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Kanser Damgalama Ölçeği ve Ölçek Alt Grupları													
	Suçluluk		Sosyal İzolasyon		Uzaklaşma- Kaçınma		Ayrımcılık		Nitelik		Tıbbi destek eksikliği		Ölçek toplam puan	
	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz
Ailede daha önce kanser tanısı almış birey varlığı														
Evet	19.90±12.62	t:0.071	7.08±2.59	t:0.690	7.44±3.28	t:1.266	6.21±3.06	t:0.896	12.07±2.17	t:2.016	3.05±1.50	t:0.508	39.31±12.62	t:0891
Hayır	19.86±34.13	p:0.944	7.32±2.36	p:0.494	6.90±3.03	p:0.207	5.87±2.46	p:0371	11.49±2.16	**p:0.045**	2.95±1.43	p:0.512	37.89±11.16	p:0.374
Kanser tansısını arkadaşlarının bilme durumu														
Biliyor	20.07±3.57	t:2.756	7.17±2.63	t:0.179	7.27±3.18	t:0.179	6.04±2.79	t:1.003	11.88±2.14	t:1.513	3.01±1.48	t:0.049	38.75±11.98	t:0.172
Bilmiyor	17.47±5.66	**p:0.006**	7.29±2.97	p:0.874	6.47±3.18	p:0.874	6.41±3.26	p:0.317	11.05±2.58	p:0.132	3.00±1.45	p:0.991	38.23±12.98	p:0.872
Sosyal etkinliklere katılma durumu														
Katılıyorum	19.50±4.11	t:1.490	7.23±2.60	t:0.301	7.02±3.07	t:0.891	6.24±2.80	t:0.912	11.39±2.49	t:3.011	3.18±1.59	t:1.692	38.35±11.99	t:0.444
Katılmıyorum	20.24±3.47	p:0.138	7.13±2.71	p:0.763	7.39±3.28	p:0.374	5.90±2.84	p:0.363	12.23±1.76	**p:0.003**	2.85±1.34	p:0.092	39.05±12.10	p:0.658
Kanserin önlenebilme durumu														
Evet	19.91±3.52	t:0.098	7.13±2.73	t:0.245	6.67±3.18	t:2.231	6.19±2.80	t:0.557	11.68±2.04	t:0.886	3.22±1.56	t:1.831	37.91±11.95	t:0.863
Hayır	19.86±4.01	p:0.922	7.21±2.60	p:0.808	7.60±3.13	**p:0.027**	5.98±2.84	p:0.577	11.93±2.28	p:0.379	2.86±1.39	p:0.068	39.29±12.09	p:0.389
Kanserin tedavi edilme durumu														
Tedavi edilebilir	19.76±3.69	t:0.742	7.04±2.42	t:1.150	7.03±3.05	t:1.333	5.88±2.49	t:1.537	11.66±2.09	t:1.776	2.92±1.42	t:1.412	37.24±10.75	t:2.836
Tedavi edilemez	20.16±4.06	p:0.233	7.47±3.09	p:0.251	7.63±3.43	p:0.183	6.49±3.43	p:0.126	12.20±2.35	p:0.077	3.21±1.58	p:0.158	41.98±13.99	**p:0.011**

t=Bağımsız Örneklem T Testi; p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.8'de hastaların kanser algısı özelliklerine göre Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların Kanser Damgalama ölçeği toplam puanı ve ölçek alt boyutları suçluluk, izolasyon, uzaklaşma-kaçınma, tıbbi destek eksikliği ve ayrımcılık alt boyutlarında ailede daha önce kanserli birey varlığına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Sadece nitelik alt boyut puan ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Ailede daha önce kanserli birey olan grubun nitelik puan ortalaması (12.07±2.17), ailede daha önce kanserli birey olmayan grubun nitelik alt boyut puan ortalamalarından (11.49±2.16) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.8).

Çalışmada hastaların Kanser Damgalama ölçeği alt boyutlarından suçluluk ve nitelik alt boyut puan ortalaması açısından gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Arkadaşlarından kanser tanısını bilenlerin suçluluk puan ortalaması (20.07±3.57), kanser tanısını bilmeyenlerin suçluluk alt puan ortalamalarından (17.47±5.66) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.8).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeği toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından nitelik alt boyutunda gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal etkinliklere katılmayanların nitelik puan ortalaması (12.23±1.76), sosyal etkinliklere katılanların nitelik alt puan ortalamalarından (11.39±2.49) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.8).

Hastaların Kanser Damgalama toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından uzaklaşma-kaçınma alt boyutunda gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kanserin önlenebilir olduğunu düşünenlerin uzaklaşma-kaçınma puan ortalaması (6.67±3.18), kanserin önlenebilir olduğunu düşünmeyenlerin uzaklaşma-kaçınma alt puan ortalamalarından (7.60±3.13) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.8).

Hastaların Kanser Damgalama ölçeği toplam puanında kanser tedavi edilebilir bir hastalıktır algısına göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Kanserin tedavi edilebilir olduğunu düşünenlerin kanser stigma ölçeği puan ortalamaları (37.24±10.75), tedavi edilebilir olduğunu düşünmeyenlere (41.98±13.99) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özeliklerine göre spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalamaları (n=235)

Tanıtıcı özellikler	Ölçek ve ölçek alt grupları							
	Aşkınlık		Doğayla Uyum		Anomi		Ölçek toplam puanı	
	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz	X±SD	Analiz
Yaş grupları								
18-35 yaş	56.65±11.85[a]	F:4.881	26.94±5.82[a]	F:6.899	18.86±5.01	F:0.645	102.47±15.61[a]	F:7.645
36-55 yaş	61.51±13.37	**p:0.008**	30.05±4.97[b]	**p:0.001**	20.07±6.29	p:0.526	111.63±17.52[b]	**p:0.001**
56-80 yaş	64.15±12.19[b]	a<b	30.95±4.26[b]	a<b	20.02±5.71		115.07±16.69[b]	a<b
Cinsiyet								
Kadın	62.60±12.10	t:0.885	29.88±5.02	t:-0.030	19.84±5.56	t:0.582	112.28±16.23	t:0.582
Erkek	61.11±13.52	p:0.377	29.97±5.03	p:0.976	19.86±6.13	p:0.561	110.95±17.88	p:0.561
Eğitim Durumu								
İlkokul	66.39±11.03[a]	F:3.989	30.92±5.36	F:2.058	18.60±6.65	F:1.009	115.92±15.37[a]	F:3.428
Ortaokul	63.58±12.43	**p:0.004**	31.23±3.29	p:0.059	20.58±5.60	p:0.403	115.41±18.51	**p:0.010**
Lise	63.11±11.40		30.30±4.73		19.69±6.13		113.11±15.82	
Üniversite	58.48±13.97[b]	a>b	28.80±5.26		20.56±4.97		107.76±18.42	a>b
Y. lisans	54.33±14.96[b]		27.50±6.50		18.50±6.84		100.33±15.92[b]	
Medeni durum								
Evli	63.00±12.14	t:2.116	30.34±4.78	t:1.943	19.49±581	t:1.443	112.80±16.35	t:1.618
Bekar	59.16±14.05	**p:0.048**	28.97±5.41	p:0.067	20.69±5.89	p:0.150	108.83±19.29	p:0.107
Yaşadığı yer								
Köy	66.52±9.11	F:4.184	31.71±3.59	F:3.429	19.00±5.96	F:0.238	117.23±14.89	F:3.805
Kasaba	69.85±6.66 [a]	**p:0.007**	32.64±2.59 [a]	**p:0.018**	20.00±5.98	p:0.870	122.50±10.32 [a]	**p:0.011**
İlçe	63.51±13.33	a>b	30.53±5.62	a>b	19.55±6.48		113.60±17.98	a>b
İl	60.03±13.13 [b]		29.28±5.34 [b]		20.03±5.68		109.30±17.48 [b]	
Çalışma durumu								
Çalışıyorum	58.02±14.27 [a]	F:4.975	28.14±5.70 [a]	F:4.205	19.48±5.70	F:0.649	105.65±17.21 [a]	F:4.718
Çalışmıyorum	63.79±11.41 [b]	**p:0.008**	30.50±4.81 [b]	**p:0.016**	19.73±5.80	p:0.524	114.03±16.54 [b]	**p:0.010**
İşi bıraktım	58.94±14.92	a<b	30.00±4.34	a<b	20.83±6.26		109.63±19.02	a<b
Ekonomik Durum								
Geliri giderden fazla	56.45±14.07 [a]	F:5.710	27.93±5.67 [a]	F:4.689	19.91±5.47	F:0.013	104.30±17.72 [a]	F:5.520
Geliri gidere denk	63.81±10.72 [b]	**p:0.004**	30.39±4.32 [b]	**p:0.010**	19.88±5.74	p:0.987	114.04±14.92 [b]	**p:0.005**
Geliri giderden az	61.93±14.58	a<b	30.46±5.42	a<b	19.75±6.35		112.16±19.96	a<b
Dini inancı								
Zayıf	36.68±10.66 [a]	F:7.790	23.37±6.90 [a]	F:6.710	21.25±5.94	F:0.680	81.31±9.89 [a]	F:7.710
Orta	57.98±12.21 [b]	**p:0.000**	28.52±5.01 [b]	**p:0.000**	19.55±5.09	p:0.565	106.06±16.59 [b]	**p:0.000**
Güçlü	64.28±10.21 [b]	a<b	30.72±3.96 [b]	a<b	20.13±5.83		115.10±14.31 [b]	a<b
Çok güçlü	69.46±6.63 [b]		32.06±4.21 [b]		19.14±5.85		120.67±13.20 [b]	

F: Anova test değeri; t=Bağımsız Örneklem T Testi; p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.9'da hastaların tanıtıcı özeliklerine göre spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyumda yaş grubu özelliklerine göre fark vardır ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; hastalardan 18-35 yaş grubu olanların spiritül iyi oluş ölçek toplam puan ortalaması (102.47±15.61) 36-55 yaş ile 56-80 yaş grubunda olan hastaların ölçek toplam puan ortalamalarına (111.63±17.52; 115.07±16.69) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Aşkınlık alt boyutuna bakıldığında; 18-35 yaş grubunda olan hastaların puan ortalaması (56.65±11.85), 56-80 yaş grubunda olan hastaların puan ortalamalarına (64.15±12.19) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Doğayla uyum alt boyutunda ise; 18-35 yaş grubunda olan hastaların aşkınlık puan ortalaması (26.94±5.82), 36-55 ve 56-80 yaş grubuna göre (30.05±4.97; 30.95±4.26) anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt gruplarından aşkınlık alt grubunda eğitim durumu özelliklerine göre farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; aşkınlık puan ortalaması ilkokul mezunu olanların (66.39±11.03), üniversite (58.48±13.97) ve yüksek lisans mezunun olanlara (54.33±14.96) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Spiritüel ölçek toplam puanına bakıldığında; ilkokul mezunlarının ölçek toplam puan ortalamaları (115.92±15.37) yüksek lisans mezunlarının ölçek toplam puan ortalamalarından (100.33±15.92) daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Çalışmada hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından doğayla uyum ve anomi alt boyutlarında medeni duruma göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Aşkınlık alt boyutu ile medeni durum özelliğine göre fark bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olanları aşkınlık puan ortalamaları (63.00±12.14) bekar olanların puan ortalamasından (59.16±14.05) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutunda yaşadığı yer özelliklerine göre fark vardır ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; aşkınlık puan ortalaması kasabada yaşayanları (69.85±6.66), ilde yaşayanlara (60.03±13.13) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Doğayla uyum alt

boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; kasabada yaşayanları (32.64±2.59), ilde yaşayanlara (29.28±5.34) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanına bakıldığında; kasabada yaşayanları (122.50±10.32), ilde yaşayanlara (109.30±17.48) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutunda çalışma durumu özelliklerine göre fark vardır ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; aşkınlık puan ortalaması çalışanların (58.02±14.27), çalışmayanlara (63.79±11.41) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Doğayla uyum alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; çalışanların (28.14±5.70), çalışmayanlara (29.28±5.34) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında; çalışanların (105.65±17.21), çalışmayanlara (114.03±16.54) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Çalışmada hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutunda ekonomik durum özelliklerine göre fark vardır ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; Spiritüel iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderine denk olanların puan ortalamaları (114.04±14.92), geliri giderine eşit olanların puan ortalamalarına (104.30±17.72) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aşkınlık puan ortalamasına bakıldığında; geliri giderine denk olanların puan ortalamaları (63.81±10.72) geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarına (56.45±14.07) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Doğayla uyum alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderine denk olanları puan ortalamaları (30.39±4.32), geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarına (27.93±5.67) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.9).

Çalışmada hastaların spiritüel iyi oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutunda dini inancı özelliklerine göre fark vardır ($p<0.05$). Bonferroni post-hoc analizine göre; Spiritüel iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında; dini inancı az olanların puan ortalamalarının (36.68±10.66), dini inancı orta, güçlü ve çok güçlü olanların puan ortalamalarına göre düşük olduğu saptanmıştır. Aşkınlık ve doğayla uyum puan ortalamasına bakıldığında da dini inancı düşük olanların orta, güçlü

ve çok güçlü olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (p<0.05; Tablo 4.9).

Tablo 4.9'da yer almamakta olup spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarına göre hastaların tanıtıcı özelliklerinden aile yapısı, meslek, sosyal güvence ve sigara içme durumlarına ilişkin anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.10. Hastaların Kanser Damgalama Ölçeği Puanları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasındaki ilişki (n=235)

	Suçluluk	**Sosyal izolasyon**	**Uzaklaşma kaçınma**	**Ayrımcılık**	**Nitelik**	**Tıbbi destek eksikliği**	**Kanser Damgalamaölçeği**
Aşkınlık	r:0.745* **p<0.001**	r:-0.163* **p<0.001**	r:-0.111 **p:0.091**	r:-0.209* **p<0.001**	r:0.653* **p<0.001**	r:-0.078 **p:0.233**	r:-0.209* **p<0.001**
Doğayla uyum	r:0.580* **p<0.001**	r:-0.130* **p:0.046**	r:-0.083 **p:0.204**	r:-0.222* **p<0.001**	r:0.643* **p<0.001**	r:0.230 **p:0.000**	r:-0.190* **p:0.003**
Anomi	r:-0.297* **p<0.001**	r:-0.112 **p:0.086**	r:0.0.03 **p:0.962**	r:-0.099 **p:0.130**	r:0.381* **p<0.001**	r:0.044 **p:0.500**	r:0.074 **p:0.250**
Spiritüel iyi oluş ölçeği	r:0.619* **p<0.001**	r:0.195* **p:0.003**	r:0.104 **p:0.106**	r:-0.252* **p<0.001**	r:-0.141* **p:0.031**	r:0.543* **p:0.000**	**r:-0.234*** **p<0.001**

**p<0.05
***r: Korelasyon kat sayısı

Tablo 4.10'da hastaların Kanser Damgalama Ölçeği puanları ile spiritüel iyi oluş ölçeği puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Çalışmada hastaların Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalamaları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Kanser Damgalama Ölçeği puanları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r:-0.234, p:0.000). Buna göre Kanser Damgalama ölçeği puanı artıkça Spiritüel İyi Oluş puanı azalmaktadır.

Ölçek alt boyutlarına bakıldığında; suçluluk alt boyut ile aşkınlık alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur (r:0.745, p:0.001). Aşkınlık ile sosyal izolasyon (r:-0.163; p:0.000) ve ayrımcılık (r:-0.209; p:0.001) arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki vardır. Aşkınlık ile nitelik alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (r:0.653, p:0.000). Aşkınlık alt boyutu ile kanser stigma ölçeğinin toplam puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:-0.209; p:0.001). Spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutu olan doğayla uyum ile suçluluk (r:0.580; p:0.000) ve nitelik (r:0.643; p:0.000) alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Doğayla uyum ile sosyal izolasyon (r:-0.130; p:0.046) ve ayrımcılık (r:-0.222;

p:0.001) arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki vardır. Doğayla uyum ile kanser stigma ölçeği toplam puan ortalaması arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (r:-0.190; p:0.003). Anomi alt boyutu ile suçluluk (r:-0.297; p:0.000) arasında düşük düzeyde negatif yönde ve nitelik (r:0.381; p:0.000) arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Spiritüel iyi oluş ölçeğinin kanser stigma ölçeği alt boyutlarından olan suçluluk (r:0.619; p:0.000) ve tıbbi destek eksikliği (r:0.543; p:0.000) ile orta düzeyde pozitif yönde, sosyal izolasyon alt boyutu (r:0.195; p:0.003) ile düşük düzeyde pozitif yönde ve ayrımcılık (r:-0.252; p:0.000 ve nitelik alt boyutları (r:-0.141; p:0.031) ile düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Kanserli bireylerin stigma algıları ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. Kanserli Bireylerin Stigma Algısı

Kanser tanısı korku, cezalandırılma, acınası bir durum, insanlar için yadsınamaz bir kader ve keder olarak tanımlanmıştır. Stigma, kanserli hastalar ve aileleri için fiziksel, ruhsal ve sosyal, ekonomik ve kanser tarama ve tıbbi destek arayışında önemli sorunlara neden olan küresel bir sorundur (54,76,92). Bu çalışmada kanserli bireylerin stigma algıları düşük olup stigma maruziyetlerini az olduğu belirlenmiştir. Paltun'un (97) çalışmasında Kanser Damgalama Ölçeği puan ortalaması 37.98±11.40; bir başka çalışmada (98) 35.28±9.12 olup sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir.

Çalışmada Kanser Damgalama Ölçeği ya da ölçek alt boyutlarının bireylerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sigara içme durumu ve dini inanç durumlarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatür incelendiğinde; 60 yaş üstü kanser hastalarının, özellikle "iyileşmenin imkansızlığı" düşüncesiyle kansere karşı olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmektedir. Kayıplar dönemi olarak da tanımlanan geriatrik dönemde sağlık ve sosyal yaşamda kayıplar yaşanmakta, yaşlının bağımsızlığı azalmaktadır. Artan bağımlılık ve kayıplar ileri yaştaki insanları daha fazla ayrımcılığa maruz bırakmaktadır. Farklı kanser türlerine sahip yaşlı hastaların hastalık ve yaşlılıklarına bağlı çifte damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları ve kendilerine daha olumsuz tutum sergiledikleri gösterilmiştir (76,99,100). Bu çalışmada kanser stigma ölçeği alt grubundan sadece suçluluk puan ortalaması açısından yaş grup aralıkları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. 50-80 yaş grubundaki hastaların suçluluk puan ortalamaları 18-35 yaş grupları arasında olan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksektir. Cataldo Akciğer Kanseri Damgalama ölçeği kullanılarak akciğer kanserli hastalar yapılan çalışmada yaş artıkça stigma algısının arttığı belirtilmiştir (101). Belçika'da 2017 yılında 65 yaş üstü 101 kanserli bireyde yapılan çalışmada yaş arttıkça stigma algısının arttığı belirlenmiştir (99). Bu sonuçlar yaşlı

bireylerde hastalık süreci ve başkalarına bağımlılığın artması, sosyal izolasyon, ölüm korkusu durumlarına bağlı stigma algısının artabileceğini göstermektedir.

Sağlığın önemli sosyal belirleyicilerinden biri de cinsiyettir. Erkekler veya daha yaşlı aile üyeleri, kadınların sağlık hizmetlerine ne zaman ve nasıl erişebilecekleri konusunda genellikle karar vericilerdir (101). Bu çalışmada kanserli bireylerde Kanser Damgalama Ölçeğinin puan ortalamalarının cinsiyete göre değişmediği belirlenmiş olup ölçek alt boyutlarından sadece ayrımcılık alt boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farklılığa göre kadınların ayrımcılık puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. (Tablo 4.6). Literatüre baktığımızda da cinsiyetin kansere ilişkin stigmayı etkilediğine ilişkin çalışmalar yer almaktadır (56,104,105). Cinsiyetle ilişkili olarak, 2021 yılında yapılan meta-analiz çalışmasına göre, kanser stigmasının cinsiyetle pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastalıkla ilişkili değişkenler açısından, kanser stigmasının semptom şiddetiyle ve ciddi vücut imaj kaybıyla ilgili olduğu ortaya çıkmıştır (103). Kanserin vücut bölgesindeki yeri, özellikle kadın ve erkeklik rolleri ile ilgili yerlerde bulunması, gözle görülebilir yerlerde olması ve görsel yan etkilerinin kanserli bireylerde stigmayı arttırdığı söylenebilmektedir (67).

Çalışmada Kanser Damgalama Ölçeğinin alt gruplarından suçluluk alt boyutunun eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 4.6). İlkokul mezunu olanların suçluluk puan ortalaması, üniversite mezunu olanların puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuş olması literatür ile uyumlu olup yüksek düzeyde stigmanın daha düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu söylenebilir (10,76). Günümüzde artan teknoloji sayesinde yüksek eğitimli kişilerin doğru bilgiyi arama, hastalığın farkına varma veya internet gibi bilgi kaynaklarına erişme olasılıkları daha yüksektir (54). Ancak eğitim düzeyi düşük olan hastaların psikolojik durumlarını düzenleyebilecek yardımları bulmalarının daha zor olması, hastalığın hayatları üzerindeki baskısından daha fazla endişe duyuyor olmasının stigmayı arttırdığı söylenebilir (10,76,106,107).

Çalışmada kanserli bireylerin medeni durumuna göre Kanser Damgalama Ölçeğinin alt gruplarından suçluluk ve nitelik alt boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kanseri bireylerden evli olanların nitelik puan ortalamaları bekar olanların puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 4.6). Bir başka çalışmada evli kanserli bireylerin

kanser damgalama alt gruplarından olan utanç ve suçlama alt gruplarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (92). Bu durum aile bireylerinin tetkik ve tedavi durumlarına eşlik ediyor olması, sürecin belirsiz, uzun ve zorlu olması nedeniyle açıklanabilir. Literatürde medeni durumun kanser stigması ile ilişkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda daha fazla çalışmalar gereksinim olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin çalışma durumlarına bakıldığında çalışmayan bireylerin Kanser Damgalama Ölçeği alt boyutundan uzaklaşma- kaçınma puan ortalamaları çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada aynı şekilde çalışmayan kanserli bireylerin kanser damgalama ölçeği puanları çalışanlara göre daha yüksektir (108). Bunun nedeninin çalışan grubun ekonomik durum, sağlık destek imkanları, arkadaş ve sosyal imkanlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilmektedir.

Çalışmada sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre suçluluk ve nitelik puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). İki çalışma sonucunda aktif sigara içenler, sigara içmeyenlere göre daha fazla kaygılıyken, eski sigara içenler de sigara içmeyenlere göre daha fazla endişe dile getirdikleri belirtilmektedir (109,110). Özellikle akciğer kanseri sigara ile ilişkilendiği için bu bireyler çok daha fazla stigma yaşayabilmektedirler (111-113).

Kanserli bireylerin meslek, yaşadığı yer, ekonomik durumu özeliklerine göre Kanser Damgalama Ölçeği ve ölçek alt grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.6). Meslek, yaşadığı yerle ilişkili sonuçlar literatürle uyumlu bulunmakla birlikte ekonomik durumla ilişkili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Ekonomik gelirin daha iyi olması sağlık imkanlarına daha fazla ulaşma imkanını sunduğu, bireylerin ulaşım, bakım hizmeti, ilaç temininin ekonomik güç nedeniyle zorlanmadan elde etmelerine bağlı olarak stigmanın daha az görüldüğü literatürde savunulmaktadır (54,76,103). Bu çalışmada ekonomik durumla ilgili fark olmamasının nedeni çalışmanın il hastanesinde, kolay ulaşılabilir bir merkezde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kanserli bireylerin Kanser Damgalama ölçeğinin toplam puan ortalamalarının tanıdan sonra geçen süreye göre değişmediği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Ancak ölçek alt boyutları arasında bulunan suçluluk alt boyutu ile tanı konulan süre arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. En yüksek suçluluk puanına sahip aylar 25-36 ay olmakla birlikte bu

anlamlılığın sebebini uzun süren ve zamanla değişime uğrayan çeşitli tedavi seçeneklerinden, hastaneye yatış sıklığının artmasından kaynaklı refakat eden bireylere duyulan suçluluk olabileceğini düşünülmektedir. Tedavilerinde destekleyici kişiler bulunan kanserli bireylerin suçluluk puan ortalamasının da yüksek olması bu durumu doğrulamaktadır (Tablo 4.7).

Metastazı olan kanserli bireylerin uzaklaşma-kaçınma ve nitelik alt boyutlarının puan ortalamaları metastazı olmayan kanserli bireylerin puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu sonuç literatür bilgisiyle uyumlu olup, metastaz sonucunda çıkan semptom şiddeti ile ilgili olduğu savunulmaktadır (114).

Bireylerin hastalık hakkındaki görüşlerinin çeşitli kaynaklardan gelen bilgilerin birleştirilmesiyle oluşturulduğu söylenebilmekle birlikte bunların aile ve arkadaşlardan gelen geri bildirimler olduğu açıklanmıştır. Ayrıca kişisel deneyimin de görüşlere etkisinin önemi vurgulanmıştır (115). Deneyim bireylerde olumlu ya da olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Çalışmada ailede daha önce kanser tanısı almış birey olan grubun nitelik puan ortalaması, ailede daha önce kanser tanısı alan birey olmayan grubun nitelik alt puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Bulgularımızla uyumlu olarak, yapılan çalışmalarda aile deneyimlerinin hastalığa dair olumsuz düşüncelere neden olabildiğini belirten çalışma mevcuttur (116). Ancak yapılan başka bir çalışmada daha önce ailelerinde ya da tanıdıklarında kanserli bireylerle deneyimi olan kişiler, daha önce kanserli bireyle herhangi bir deneyimi olmayanlara kıyasla daha az olumsuz görüşe sahip olduğu bulunmuştur (107). Farklı bu iki durumunda deneyimin niteliği ve kişilerle olan yakınlığın etkisi altında değişebileceği düşünülmektedir.

Sosyal etkinliklere katılmayanların nitelik puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.8). Gökler ve ark, (115) bireylerin kanser tanısı aldıktan sonra sosyal ortama çok az katıldıklarını belirtmiştir. Kanserli bireyler ister bozulmuş bir yaşam tarzı ister sınırlı fiziksel kapasite olsun, herhangi bir nedenden ötürü uzun bir süre sosyal izolasyon yaşadıklarında, kendileri hakkında olumsuz algılar, özellikle de genel sağlıkları ve öz bakım yetenekleri hakkında olumsuz algılar geliştirmeye başlarlar (116). Çalışmamızda bu anlamlılık damgalama nedenli olmasından ziyade çoğunlukla enfeksiyon riski korkusu ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.3).

Kanserli bireylerin Kanser Damgalama Ölçeği toplam puanı, ölçek alt boyutlarından sosyal izolasyon ve tıbbi destek eksikliği puanı açısından aile yapısı grupları arasında anlamlı bir fark vardır. Geniş ailenin Kanser Damgalama Ölçeği alt boyutlarından sosyal izolasyon ve tıbbi destek eksikliği toplam puanları, çekirdek ailenin ölçek toplam puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu konuda bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Bu sonucun geniş ailede birey sayısının fazla olması, aile içerisindeki ekonomik dağılım, aile içerisinde farklı bireylerdeki sağlık sorunlarının varlığı gibi durumlardan kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2. Kanserli Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Durumları

Pek çok kanserli birey, hastalıklarıyla başa çıkabilmek için maneviyat veya dini inanç ve benzeri uygulamalarla destek aramaya başvurabilmektedir. Dini ve manevi değerler, özellikle kanserle baş etmeye çalışan bireylerin spiritüel iyilik düzeylerinin artmasına katkı sağlayabilir (19,114,117). İnsanlık var olduğundan beri manevi değerler bütünü spiritüaliteye ilgi ve ihtiyaç her toplumda her çağda görülmüştür. İnsanların spiritüaliteye verdikleri önem kişiden kişiye değişebilmekle birlikte, manevi değerleri hayatlarının merkezine koyan insanlar yaşadıkları sorun ve sıkıntıları kolay atlatmaktadırlar (119).

Ekşi ve Kardaş (118) çalışmalarında spiritüel iyilik durumunun yaş gruplarına göre, doğayla uyum alt boyutu yaş ile ilişkili bulunmuş olmakla birlikte çalışmamızda aşkınlık ve doğayla uyumun 18-35 yaş grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında; 18-35 yaş aralığında olan grubun toplam ölçek puanı diğer iki yaş gurubuna göre daha düşük bulunmuştur. Yaşla beraber sosyal destek kaynaklarının artması ile birlikte de kanserli bireylerin yaşlarının ilerledikçe onları mutsuz eden durumların azaldığını, tutum ve davranışlarında tutarlı ve kararlı olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızla paralel olarak literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında, orta yaşlı bireylerin spiritüalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (101,119,120).

Spiritüel İyi Oluş ölçeği toplam puanına ve aşkınlık alt boyut puanına bakıldığında; ilkokul mezunlarının ölçek toplam puan ortalamaları, yüksek lisans mezunlarının ölçek toplam puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Sonuçlarımız araştırmalarla uyumlu olmasına rağmen (19,114,121) olmakla birlikte Pahlevan Sharif S,

(2019) tarafından yapılan bu araştırma eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin spiritüalitede daha düşük puanlar aldığı ve spiritüalite için eğitimin düzenleyici bir değişken olduğunu belirtmiştir (121).

Çalışmada kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş ölçek alt boyutlarından doğayla uyum ve anomi alt boyutlarıyla gruplar arasında medeni durum özelliklerine göre fark yoktur ancak evli olanların aşkınlık puan ortalamaları, bekar olanların puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 4.9). Çalışmamızla uyumlu olarak kanserli bireylerde spiritüel ihtiyaçların karşılanmasında özellikle umut ve huzur sağlamak açısından aile üyelerinin rolünün önemli olduğu savunulmuştur. 2023 yılında Soyer Er (122) tarafından yapılan çalışmada evli bireylerin ve ameliyat edilebilir meme kanseri teşhisi konulanların spiritüel iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Boşanmış ya da bekar kanserli bireylerle, evli kanserli bireylerin spiritüalitelerinin karşılaştırmasının yapıldığı çalışmada evli kanserli bireylerin daha yüksek spiritüaliteye sahip olduğu bulunmuştur (123).

Kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyut puanı açısından yaşadığı yer özelliklerine göre fark bulunmuştur. Kasabada yaşayanların toplam puan ve aşkınlık puan ortalaması, ilde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kavalalı'nın 347 onkoloji hastasında spiritüel iyi oluş hali ile yalnızlık ve ölüm korkusu arasındaki ilişkiyi araştırdığı tez çalışmasında, köy veya ilçede yaşayan hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (86). Bu sonucun şehirlerde yaşamın karmaşık ve aceleci olması nedeniyle kanserli bireylerin fiziki yorgunluklarına eklenerek bireylerin daha fazla yorgunluk hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyut puanı açısından dini inancı özelliklerine göre fark bulunmuştur. Dini inancı az olanların puan ortalamalarının, dini inancı orta, güçlü ve çok güçlü olanların puan ortalamalarına göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Literatürde dini inançlara sahip kanserli bireyler, hayatın zorluklarıyla baş etme, hastalıklarında anlam bulma ve yaşamın değerini anlama konusunda daha donanımlıdır (120,126). Dini inancı güçlü olanların ciddi hastalıklarla baş etmede huzur ve güç için dini inançlarına başvurdukları bilinmektedir (124,125). Müslümanlar şifanın Allah'ın elinde ve

kudretinde olduğuna, "hastalandığımda bana şifa verenin O olduğuna" inanırlar. İslam'da acı, iman açısından bir imtihan sayılır ve sabredenlerin mükâfatı vardır. Dolayısıyla dindar bireylerin daha olumlu manevi başa çıkma mekanizmalarını kullanma eğiliminde oldukları söylenebilir (124-126). Bir başka çalışmada; dini inancı güçlü olan, 1 -2 yıl içinde teşhis konulan ve evre IV'teki bireylerin spiritüel iyi oluş puanları daha yüksek bulunmuş olup dini inancın kanserli bireylerin spiritüel sağlığı üzerinde önemli olduğunu belirtilmiştir (127).

Kanserli bireylerin Spiritüel İyi Oluş ölçek alt boyutlarından aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutunda çalışma durumu özelliklerine göre fark bulunmuştur. Kanserli bireylerin spiritüel iyi oluş ölçek ve alt boyutlarından aşkınlık, doğayla uyum puan ortalaması çalışanların çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmamızın sonucundan farklı olarak meme kanserli bireyler ile yapılan bir çalışmada, çalışan kanserli bireylerin spiritüel iyi oluşlarının çalışmayanlara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir (122). Kanserli bireyler hastalığın ve tedavinin neden olduğu ağrı, bulantı, halsizlik gibi semptomlarla uğraşırken aynı zamanda çalışma durumuna bağlı olarak sahip olduklarını (statü, başarı, ekonomik güç, sosyal çevre vb) kaybetme düşüncesinin spiritüel iyilik hallerini olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Spiritüel İyi Oluş Durumları ile Kanserli Bireylerde Stigma Algısı Arasındaki İlişki

Kanser tanısı belirsizlik ve korkuyu beraberinde getirmekle birlikte hastalığın ve tedavisinin neden olduğu yaşam değişikliklerine uyum sağlamada, bireyin ciddi psikolojik sıkıntı yaşamasına neden olabilir. Bireyler hastalıklarıyla başa çıkmak için sıklıkla dini veya maneviyatı kullanırlar; bunun da uyum sürecini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (128,129).

Literatürde kanserli bireylerde stigma algısı ile spiritüel iyi oluş durumları arasında ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmadığından bulguların tartışması sınırlı kalmıştır. Bu çalışmada bireylerin kanser stigma algısı ile spiritüel iyi oluşları arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Spiritüel iyi oluş durumları azaldıkça stigma algıları artmaktadır. Ancak Kanser Damgalama Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş ölçeğinin alt boyutları ile ilişkiye bakıldığında; suçluluk duygusu artıkça aşkınlık durumu da pozitif yönde artmaktadır. Aşkınlık kişinin karşısında kendini aciz olarak tanımladığı ve boyun eğdiği güçlü ve yüce bir varlığa inanması olarak tanımlanır (118). Aşkınlık kavramının

tanımına dayanarak yüce bir güce bağlılığın suçluluk duygusunu tetiklediğini ve kişinin bu duruma kendisinin neden olduğunu düşündüğü söylenebilir. Aşkınlık ile stigma toplam puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü ilişki vardır. Aşkınlık arttıkça stigma puanı azalmaktadır. Aşkınlık alt boyutu ile sosyal izolasyon ve ayrımcılık alt boyutları arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki vardır. Aşkınlığın artması ile suçluluğun artışı kişinin sosyal olarak izole olmasına ve izolasyonun nedeni olarak da ayrımcılığa uğramasına neden olabildiğini söyleyebiliriz.

Spiritüel iyilik, kişinin kendisi, doğa ve yüce güç ile olan ilişkilerin olumlu duygularını, davranışlarını yansıtabilmesidir. Spiritüel iyi oluş; spiritüel gelişim içinde olma, başkalarıyla iletişim kurma, yaşamda anlam ve aşkın'a inanma ve aşkınla ilişki kurma duygusu olarak tanımlanmaktadır. Doğayla uyum spiritüel iyi oluşu olumlu etkiler. Bu çalışmada doğayla uyum ile kanser stigma ölçeği toplam puan, sosyal izolasyon ve ayrımcılık arasında düşük düzeyde negatif yönde, suçluluk ve nitelik arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bireylerin doğayla uyumu artıkça, başka güç ya da nesneler ile iletişime/etkileşime geçtikçe kanser stigmasına maruziyetinin azaldığını söyleyebiliriz. Ancak birey yüce güçle iletişimde olmasına, doğayla uyumunun iyi olmasına rağmen bazı önlenemeyen alışkanlıklar (sigara, beslenme bozuklukları, inaktivite vb), ritüeller yada maruziyetler (stres, kimyasallar, ko-morbid sorunlar) sonucunda kansere yakalanabilir. Bu durum suçlu hissetmesine ve olumsuz düşüncelere sebep olabilir.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile tıbbi destek eksikliği arasında orta düzeyde ve sosyal izolasyon arasında düşük düzeyde pozitif yönlü, ayrımcılık ve nitelik alt boyutları ile düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bireylerin spiritüeliteleri iyi olduğunda tedavi arama, destek alma arayışı davranışları olumludur. Çünkü birey başına gelen bu durumda ceza gibi düşünmeden ziyade bir sınav, herkesin başına gelebileceği, kadersel bir durum olarak algılayabilir. Kendinde var olan yüce güç hastalıkla başetmesine de destek olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

- Bireylerin kansere ilişkin stigma algıları düşüktür.
- Bireylerin tanıtıcı özeliklerinden yaş, eğitim durumu, medeni durum, sigara kullanma ve dinin inancı durumlarının kanser stigma ölçeğinin suçluluk boyutunu puanlarının daha fazla olduğu, aile yapısında çekirdek aile olanların kanser stigma algısının daha fazla olduğu ancak yaşadığı yer, meslek ve sosyal güvence durumun kanser stigma algısına bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.
- Kanserin tedavi edilebilme durumu özelliklerinden kanserin tedavi edilebilir olmadığını düşünenlerin kanser stigma algısı daha yüksek bulunmuştur.
- Kanserli bireylerin spiritüel iyi oluşlarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Kanserli bireylerin eğitim durumu arttıkça, spiritüel iyi oluş durumlarının azaldığı bulunmuştur.
- Kasabada yaşayan kanserli bireylerin ilde yaşayan kanserli bireylere göre spiritüel iyi oluş durumlarının yüksek olduğu bulunmuştur.
- Dini inancını zayıf olarak tanımlayan kanserli bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin, güçlü ya da çok güçlü olarak tanımlayan kanserli bireylerden daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Kanserli bireylerin tanıtıcı özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, meslek ve sosyal güvence varlığının spiritüel iyi oluş durumlarına bir etkisi olmadığı bulunmuştur.
- Kanser Stigma Ölçeği puanları ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Onkoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören yetişkin kanserli bireylerin stigma algılarının değerlendirilmesi,
- Tedavi alan kanserli bireylerin kanser stigma algılarını azaltmak için farkındalık eğitimlerinin, sosyal destek programlarının düzenlenmesi,
- Stigmanın yol açtığı psikososyal ve sosyal sorunların birey, aile, tedavi ve iyileşme süreci üzerindeki etkisi dikkate alınarak; hasta ve ailedeki stigma geçmişinin incelenip sağlık ekibinin üyelerinin, özellikle de hemşirelerin, stigmayı azaltacak müdahale/girişimlerin düzenlenmesi,
- Kanserli bireylerin spiritüel alanda desteklenebilmesi için, destek hizmetleri konusunda danışmanlık verilmesi,
- Daha geniş örneklem ile kansere spesifik araştırmaların yapılması,
- Kanserli bireylerin kansere ilişkin stigma algılarını ve spiritüel iyi oluş durumlarını ortaya koyacak nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sung H, Ferlay J, Siegel R., et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209–249.

2. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. The Global Cancer Observatory 2020 [Tüm kanser verileri]; 2020. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf. (Erişim tarihi: 28.01.2024).

3. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2022; 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679. (Erişim tarihi: 17.01.2024).

4. Costa DT, Silva D, Cavalcanti I, et al. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019;72(3):640–645.

5. Kurt B. Kemoterapi. İçinde: Kapucu S, Kutlutürkan S, edt. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2020, 51.

6. Özmen S, Erdem R. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2018;23(1):185-208.

7. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. https://sozluk.gov.tr/. (Erişim tarihi: 17.09.2023)

8. Akin-Odanye EO, Husman AJ. Impact of stigma and stigma-focused interventions on screening and treatment outcomes in cancer patients. Ecancermedicalscience. 2021;15:1308.

9. Çevik B, Kav S, Kaynar P, et al. Turkish validity and reliability of the Cancer Stigma Scale (CASS-T). Palliative and Supportive Care. 2023;21(1):100-107.

10. Tang WZ, Yusuf A, Jia K, et al. Correlates of stigma for patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2022;31(1):55.

11. Yılmaz Ö. The relationship between spiritual well-being and happiness: An investigation on teachers. Spiritual Psychology and Counseling. 2020;5:287–300.

12. Kyung MY, Myeong JC, Hyang SS. Stigma and distress among cancer patients: The mediating effect of self-blame. Korean Journal of Adult Nursing. 2018;30(1):89-97.

13. Yıldız E, Çaydan DÖ. Sistematik derleme: Kanserli hastalara yönelik damgalama ile ilgili araştırmaların sistematik bir analizi. Sağlık ve Toplum. 2020;20(1):9-24.

14. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. Supportive Care in Cancer. 2014;23(4):919-923.

15. Gireyhan AG. The moderator role of spirituality on the relationship between fear of COVID-19 and psychological well-being. Spiritual Psychology and Counseling. 2022;7(2):143-156.

16. Sukcharoen P, Sakunpong N, Sripa K. Spiritual dimension in palliative care from the perspective of Thai palliative caregivers. International Journal of Palliative Nursing. 2020;26(2):70-74.

17. Arisanti N, Sasongko E, Pandia V, et al. Implementation of palliative care for patients with terminal diseases from the viewpoint of healthcare personnel. BMC Research Notes. 2019;12:1-5.

18. Kong S, Guan N. Burden in family caregivers of cancer patients: The association with depression, religiosity and religious coping. Asian Pacific Journal of Cancer Care. 2019;4:171-182.

19. Kavalalı Erdoğan T, Koç Z. Loneliness, death perception, and spiritual well-being in adult oncology patients. Cancer Nursing. 2021;44(6):E503-E512.

20. Gültekin A, Kavak F. Does spiritual well-being affect medication adherence in individuals diagnosed with mental ıllness in Turkey? Journal of Religion and Health. 2022;61(1):64-78.

21. Rabitti E, Cavuto S, Iani L, et al. The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: Which are its meaningful dimensions? BMC Palliative Care. 2020;19:26.

22. Park S, Sato Y, Takita Y, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual wellbeing, and quality of life inpatients with breast cancer – A randomized controlled trial. Journal of Pain and Symptom Management. 2020;60:381-389.

23. Casu G, Ulivi G, Zaia V, et al. Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. Research in Nursing and Health. 2018;41:156-165.

24. Bai J, Brubaker A, Meghani S, et al. Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. J Pain Symptom Manage. 2018;56:390-398.

25. Hutson SP, Darlington CK, Hall JM, et al. Stigma and spiritual well-being among people living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. Issues in Mental Health Nursing. 2018;39(6):482-489.

26. Erbaycu AE. Akciğer kanserinde epidemiyolojive risk faktörleri. İçinde: Ünsal M, edt. Akciğer Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020; 1-5.

27. Rumgay H, Shield K, Charvat H, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. The Lancet: Oncology. 2021;22(8):1071-1080.

28. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3);153-164.

29. Goldman L, Schafer AI, Cecil RL. Goldman-Cecil Medicine. 27th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2020, 1184-1186.

30. Sheehan L, Corrigan P. Stigma of disease and its impact on health. In: Richards CS, Cohen LM, eds. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. New York: Wiley-Blackwell; 2020, 57-65.

31. Çevik B. Gen terapisi İçinde: Kapucu S, Kutlutürkan S, edt. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2020, 139.

32. Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition. New York: Mc Graw Hill Education; 2018, 480-502.

33. Mohan R, Grosshans, D. Proton therapy: Present and future. Advanced Drug Delivery Reviews. 2017;109:26-44.

34. Kleeff J, Ronellenfitsch U. Surgical oncology: Multidisciplinarity to improve cancer treatment and outcomes. Current Oncology. 2021;28(6):4471-4473.

35. Abraham J, Staffurth J. Hormonal therapy for cancer. Medicine. 2016;44(1):30-33.

36. Deli T, Orosz M, Jakab A. Hormone replacement therapy in cancer survivors- review of the literature. Pathology Oncology Research. 2020;26(1):63-78.

37. Gupta SC, Hunter KD, Pant AB. Immunotherapy: A new hope for cancer patients. Journal of Oncology. 2020;2020:3548603.

38. Erden Ş. Kök hücreler ve klinikte kullanımları. Journal of New Results in Engineering and Natural Science. 2014;3:1-8.

39. Greb T, Lohmann JU. Plant stem cells. Current Biology. 2016;26(17):816-821.

40. Kolios G, Moodley Y. Introduction to stem cells and regenerative medicine. Respiration. 2013;85:3-10.

41. De D, Karmakar P, Bhattacharya D. Stem cell aging and regenerative medicine. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2021;1326:11-37.

42. Yanbakan S. Hücresel tedavi ürünlerinin klinik kullanım alanları. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2015;6:202-208.

43. Kansoy S. Endikasyonlar: Allojenik kök hücre nakil kararı-Hangi hastalıkta, hangi hastaya, hangi zamanlama ile. İçinde: Özsan GH, edt. Hematopoietik Kök Hücre Nakli. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2019, 10-16.

44. Ali S, Mondal N, Choudhry H, et al. Current management strategies in breast cancer by targeting key altered molecular players. Frontiers in Oncology. 2016;6(45):1-9.

45. Kav S. Kanserde bakım. İçinde: Karagöz Ş, Demiray A, Doğan P, edt. Temel Hemşirelik Uygulamaları İçin Esaslar. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2023, 363-365.

46. Pekmezci H, Genç Köse B, Akbal Y, et al. Kemoterapi alan kanser hastalarında görülen semptomlar ve tamamlayıcı terapi uygulamaları kullanımları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2022;9(3):211-219.

47. Çelik Tarakçıoğlu G. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(4):93-100.

48. Lebel S, Payne AY, Mah K, et al. Do stigma and its psychosocial impact differ between Asian-born Chinese immigrants and western-born caucasians with head and neck cancer? Psychology, Health & Medicine. 2016;21(5):583-592.

49. Fang SY, Shu BC, Chang YJ. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. Breast Cancer Research and Treatment. 2013;137(1):13-21.

50. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;2(2):175-202.

51. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. The Lancet. 2006;367(9509):528-529.

52. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1963.

53. Dubin RE, Kaplan A, Graves LK, et al. Acknowledging stigma its presence in patient care and medical education. Canadian Family Physician. 2017;63:906-908.

54. Hasan Shiri F, Mohtashami J, Manoochehri H, et al. Explaining the meaning of cancer stigma from the point of view of Iranian stakeholders: A qualitative study. International Journal of Cancer Management. 2018;11(7):e61165.

55. Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, et al. Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2018 Aug 24;19(8):2285-2290.

56. Squiers L, Siddiqui M, Kataria I, et al. Perceived, experienced, and internalized cancer stigma: Perspectives of cancer patients and caregivers in India. North Carolina: RTI Press; 2021, 24582.

57. Ettridge KA, Bowden JA, Chambers SK, et al. "Prostate cancer is far more hidden…": Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. European Journal of Cancer Care. 2018;27(2):e12790.

58. Chambers SK, Baade P, Youl P, et al. Psychological distress and quality of life in lung cancer: The role of health-related stigma, illness appraisals and social constraints. Psycho-Oncology. 2015;24(11):1569-1577.

59. Phelan SM, Griffin JM, Jackson GL, et al. Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. Psycho-Oncology. 2013;22(1):65-73.

60. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9:71-78.

61. Kadıoğlu M, Hotun Şahin N. Stigmatizasyon (damgalama) ve kadın. Sağlık ve Toplum. 2015;25(3):3-9.

62. Fujisawa D, Hagiwara N. Cancer stigma and its health consequences. Current Breast Cancer Reports. 2015;7(3):143-150.

63. Cho J, Choi EK, Kim SY, et al. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. Psycho-Oncology. 2013;22(10):2372-2378.

64. Lopamudra T, Shankar DS, Kumar AS, et al. Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology. 2017;38(2):146-152.

65. Occhipinti S, Dunn J, O'Connell DL, et al. Lung cancer stigma across the social network: Patient and caregiver perspectives. Journal of Thoracic Oncology. 2018;13(10):1443-1453.

66. Midding E, Halbach SM, Kowalski C, et al. Men with a "woman's disease": Stigmatization of male breast cancer patients – a mixed methods analysis. American Journal of Men's Health. 2018;12(6):2194-2207.

67. Bhattacharyya GS, Malhotra H, Babu G, et al. Cancer stigma related to beliefs of patients and care providers. Annals of Oncology. 2018;29(8):557-561.

68. Ernst J, Mehnert A, Dietz A, et al. Perceived stigmatization and its impact on quality of life-results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. BMC Cancer. 2017;17(1):741.

69. Cheng Q, Liu X, Li X, et al. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. Supportive Care in Cancer. 2019;27(9):3403-3409.

70. Turgay G. Spiritüalite ve spiritüel bakım. İçinde: Yılmaz Akman A, Kav S, edt. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Güncel Konular. Antalya: Nobel Kitabevi; 2022, 129.

71. Vincensi BB. Interconnections: Spirituality, spiritual care, and patient-centered care. AsiaPacifc Journal of Oncology Nursing. 2019;6(2):104.

72. Cherry KE, Marks LD, Benedetto T, et al. Perceptions of longevity and successful aging in very old adults. Journal of Religion, Spirituality & Aging. 2013;25(4):10.1080/15528030.2013.765368.

73. Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(2):360-370.

74. Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):184-190.

75. Lomas T. The dynamics of spirituality: a cross-cultural lexical analysis. Psychology of Religion and Spirituality. 2018;11:131-140.

76. Yılmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, et al. Cancer-related stigma and depression in cancer patients in a middle-income country. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2019;7(1):95-102.

77. Herlianita R, Yen M, Chen CH, et al. Perception of spirituality and spiritual care among Muslim nurses in Indonesia. Journal of Religion and Health. 2018;57(2):762-773.

78. Brasileiro TOZ, Souza VHS, Prado AAO, et al. Spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease. Revista de Enfermia. 2017;35(2):159–170.

79. Puchalski C, Vitillo R, Hull S, et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine. 2014;17(6):642-656.

80. Khezri E, Bagheri-Saveh MI, Kalhor MM, et al. Care based on the support-based spiritual care model increases hope among women with breast cancer in Iran. Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2022;30(1):423-429.

81. Garduño-Ortega O, Morales-Cruz J, Hunter-Hernández M, vd. Spiritual well-being, depression, and quality of life among Latina breast cancer survivors. Journal of Religion and Health. 2021;60(3):1895-1907.

82. Nanda International. Homepage; 2023. https://nanda.org/. Erişim Tarihi: 22.12.2023.

83. Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliği ve güvenirliği. International Periodical for the Languages Literature and History of Turkish or Turkic. 2014;9(2):905-907.

84. Pilger C, Santos ROPD, Lentsck MH, et al. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017;70(4):689-696.

85. McLouth LE, Ford CG, Pustejovsky JE, et al. A systematic review and meta-analysis of effects of psychosocial interventions on spiritual well-being in adults with cancer. Psychooncology. 2021;30(2):147-158.

86. Erdoğan KT. Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı ile Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2019.

87. Yang Y, Zhao X, Cui M, et al. Dimensions of spiritual well-being in relation to physical and psychological symptoms: A cross-sectional study of advanced cancer patients admitted to a palliative care unit. BMC Palliative Care. 2023;22(1):137.

88. Lee Y, Lee K, Kim S. Factors affecting cancer prevention behaviors and cancer screening in first-degree relatives of breast and colorectal cancer patients in Korea: A cross-sectional study. Research and Theory for Nursing Practice. 2021;35(4):307-325.

89. Selene GC, Omar CIF, Silvia AP. Palliative care, impact of cognitive behavioral therapy to cancer patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2016;217:1063-1070.

90. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Cancer; 2023. https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/signs-andsymptoms-of-cancer.html. Erişim Tarihi: 12.11.2023.

91. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2020, 311-314.

92. Yıldız K, Koç Z. Stigmatization, discrimination and illness perception among oncology patients: A cross-sectional and correlational study. European Journal of Oncology Nursing. 2021;54:102000.

93. Bu X, Li S, Cheng A, et al. Breast cancer stigma scale: A reliable and valid stigma measure for patients with breast cancer. Frontiers in Psychology. 2022;10(13):841280.

94. Feng LS, Li XY, Wang HR, et al. Development and validation of the cancer self-perceived discrimination scale for Chinese cancer patients. Health and Quality of Life Outcomes. 2018;16(1):165.

95. Cataldo JK, Slaughter R, Jahan TM, et al. Measuring stigma in people with lung cancer: Psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale. Oncology Nursing Forum. 2011;38(1):46-54.

96. Li S, Wang X, Wang M, et al. Association between stigma and sleep quality in patients with breast cancer: A latent profile and mediation analysis. European Journal of Oncology Nursing. 2023;67:102453.

97. Paltun B. Kanser Damgalama Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ordu, 2019.

98. So HS, Chae MJ, Kim HY. Reliability and validity of the Korean version of the cancer stigma scale. Journal of Korean Academy of Nursing. 2017;47(1):121-132.

99. Schroyen S, Marquet M, Jerusalem G, et al. The link between self-perceptions of aging, cancer view and physical and mental health of older people with cancer: A cross-sectional study. Journal of Geriatric Oncology. 2017;8:64-68.

100. Cho J, Choi EK, Kim SY, et al. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: A nationwide survey in Korea. Psychooncology. 2013;22:2372-2378.

101. Brown Johnson CG, Brodsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. Journal of Psychosocial Oncology. 2014;32(1):59-73.

102. Sarfraz M, Waqas H, Ahmed S, et al. Cancer-related stigmatization, quality of life, and fear of death among newly diagnosed cancer patients. Omega (Westport). 2022;21:302228221140650.

103. Huang Z, Yu T, Wu S, et al. Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2021;29(3):1195-1203.

104. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, et al. Cancer stigma and cancer screening attendance: A population based survey in England. BMC Cancer. 2019;19(1):566.

105. Üstün B, Şengün İF. Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek: Damgalamayla mücadele eğitim programı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma. 2018;15(2):131-135.

106. Zha M, Li J, Liu Y, et al. Correlation between stigma and disability acceptance in patients with hemiplegia due to cerebral hemorrhage. Chinese Nursing Management. 2020;20(3):459-463.

107. Thanigachalam S, Sarkar S, Sethuramachandran A, et al. Effect of community-based health education on misconceptions related to caregiving for cancer among elderly in a rural area of Puducherry: A pre-post-intervention study. Indian Journal of Community Medicine. 2023;48(5):755-761.

108. Hamid W, Jahangir MS, Khan TA. Lived experiences of women suffering from breast cancer in Kashmir: a phenomenological study. Health Promotion International. 2021;36(3):680–692.

109. Darnaud N, Mory JE, Romy P, et al. Perceptions and feelings of a French sample regarding lung cancer screening. BMC Public Health. 2023;23(1):2333.

110. Rose S, Kelly B, Boyes A, et al. Impact of perceived stigma in people newly diagnosed with lung cancer: A cross-sectional analysis. Oncology Nursing Forum. 2018;45(6):737-747.

111. Godward J, Riordan BC, Winter T, et al. Lung cancer attracts greater stigma than other cancer types in Aotearoa New Zealand. Journal of Oncology. 2022;2022:2183055.

112. Safavi AH, Bryson E, Delibasic V, et al. Enhancing symptom screening and patient education among patients with metastatic lung cancer: A qualitative analysis. Journal of Cancer Education. 2024;39(1):86-95.

113. Diaz D, Quisenberry AJ, Fix BV, et al. Stigmatizing attitudes about lung cancer among individuals who smoke cigarettes. Tobacco Induced Diseases. 2022;20:38.

114. Wei LL, Zhang ST, Liao Y, et al. Factors influencing spiritual wellbeing among pancreatic ductal adenocarcinoma patients receiving chemotherapy. World Journal of Psychiatry. 2023;13(9):675-684.

115. Gökler DI, Yalçınay İM, Yiğit İ. Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. Journal of Psychosocial Oncology. 2017;35(6):776-796.

116. Somayaji D, Mohedat H, Dean GE, et al. Patients' perceptions at diagnosis: Lung cancer discovery and provider relationships. Cancer Nursing. 2022;45(5):397-405.

117. Carreno DF, Eisenbeck N, Uclés-Juárez R, et al. Reappraising personal values in cancer: Meaning-in-life adaptation, meaningfulness, and quality of life. Psychooncology. 2023;32(12):1905-1917.

118. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. Spiritual Psychology and Counseling. 2017;2(1):73-88.

119. Kutlu Ö, Ermin C, Aygin D. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ve manevi algılarının değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2020;3(3):130-142.

120. Gürsu O, Ay Y. Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. Journal of International Social Research. 2018;11(61):1176-1190.

121. Pahlevan Sharif S, Ong FS. Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay muslim women with breast cancer. Journal of Religion & Health. 2019;58(4):1060-1071.

122. Soyer Er Ö, Erkan HN. The mediating role of psychological resilience in the relationship between spiritual well-being and supportive care needs in women with breast cancer. European Journal of Breast Health. 2023;19(4):297-303.

123. Shi X, Wang F, Xue L, et al. Current status and influencing factors of spiritual needs of patients with advanced cancer: a cross-sectional study. BMC Nursing. 2023;22:131.

124. Ahmadi F, Erbil P, Ahmadi N, et al. Religion, culture and meaning-making coping: a study among cancer patients in Turkey. Journal of Religion & Health. 2019;58(4):1115-1124.

125. Ahmadi F, Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. Journal of Religion & Health. 2011;50(1):36-45.

126. Ibrahim MA, Isa KQ, Haji-Idris HA, et al. Spiritual coping with stress among emergency and critical care nurses: a cross-sectional study. Community Mental Health Journal. 2020;56:287-293.

127. Hu X, Gao J, Liang S, et al. Status and influential factors of spiritual well-being in cancer patients with drug clinical trials: a cross-sectional study. Supportive Care in Cancer. 2023;31(12):646.

128. Atlas M, Hart TL. Appraisals of cancer, religious/spiritual coping, and hope in patients with colorectal cancer. Journal of Psychosocial Oncology. 2023;41(3):337-354.

129. Visser A, Jager Meezenbroek EC, Garssen B. Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings. Social Science & Medicine (1982). 2018;214:57-66.

EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTATİSTİK DANIŞMANLIK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

03/12/2023

ÇALIŞMA BİLGİLERİ

Çalışmanın Adı: Kanserli Bireylerde Stigma Algısı ve Spiritüel İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi

Araştırmacının Adı-Soyadı: Gonca GÜL KARADELİ

Bölümü/Anabilim Dalı: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

"Kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarının belirlenmesi" isimli proje çalışmasının proje özeti ve araştırma hipotezleri detaylı olarak incelenmiştir. Yaşanılan psikolojik stres, tedavinin yan etkileri ve tedaviye bağlı bireylerin vücut imajlarındaki değişiklikler kanserli bireylerde kansere yönelik stigma algısı ortaya çıkarabilmektedir. Kanser stigması, "kanser ölüm demektir" ve "ölüme yakın hissetme ve hastalığın ciddiyetinin farkında olma", "hastayı ölüme yatkın hale getirme ve kalan gün sayısını hesaplama" kavramlarıyla ilişkilendirilen hayatı tehdit eden durumları içermektedir. Spiritüalite (maneviyat) insanların hayatlarını anlamlı kılan ve onlara umut veren doğuştan gelen içgüdüleri ifade eder. Spiritüel iyilik, "hayatta bir anlam duygusu, uyum, huzur, barış ve kişinin inancından güç ve rahatlık çekme duygusu" olarak tanımlanabilen spiritüalitenin bir bileşenidir. Literatürdeki birçok çalışma, spritüalitenin bireylerin yaşamlarına olumlu katkılarını göstermekle birlikte kanserli bireylerde stigma kavramına da sık çalışılmıştır. Stigmaya maruz kalma nedeniyle birçok kanserli bireylerin tedavi süreçleri ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir. Ayrıca kanser hastaları tıbbı tedavilerini alırken spritüalite konusunda destek olma, spritüel iyilik durumlarını güçlendirmeye yönelik bakım uygulamaları eksik kalmaktadır. Bu iki kavramı birlikte ele alan çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışma kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarına belirlemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi medikal onkoloji yataklı kliniğinde yatarak tedavi gören kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde bir araştırma olarak planlanmıştır. Bu bölümde bir yılda yaklaşık 1000 hasta yatmaktadır. Veriler 01 Ağustos – 01 Aralık 2023 tarihleri arasında hastaneye gidilerek yüz yüze tekniği ile toplanacaktır. Araştırma Kurulu'nun onayı alındıktan sonra yapılması planlanmaktadır. Çalışmaya 18 yaşın üzerinde olan, sözel iletişime kurabilen, okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kanserli bireyler dahil edilecektir.

Çalışmada veriler "Sosyodemografik Form", "Kanser Damgalama Ölçeği" ve "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" kullanılarak toplanacaktır.

Hasta tanıtım bilgi formu, literatürden yararlanarak geliştirilmiş olup, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren 12 soru; hastanın tanı ve tedavisine ilişkin bilgileri içeren 8 soru, kanser algısına ilişkin bilgileri içeren 9 soru, spritülaliteye ilişkin bilgileri içeren 3 soru ve toplamda 32 sorudan oluşmaktadır.

Kanser Damgalama Ölçeği, Kanserli bireylerde hastalığa bağlı içselleştirilmiş damgalama düzeyini tanımlamak amacıyla So ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2019 yılında Paltun tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal hali 24 madde iken geçerlilik ve güvenilirlikte 6. madde çıkarılmış olup ölçek 23 maddedir. Ölçek altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; Sosyal izolasyon (8.,9.,10.,11.,12) uzaklaşma-kaçınma (13.,14.,15.,16) ayrımcılık (17.,18.,19.,20) suçluluk ((1.,2.,3.,4.,5), nitelik (21.,22.,23) ve tıbbi desteğin eksikliği (7.,24)'dir. Ölçeğin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1 puan), kısmen katılıyorum (2 puan), genellikle katılıyorum (3 puan) ve kesinlikle katılıyorum (4 puan) şeklinde 4'lü likert tipindedir Ölçekten en düşük 24 puan, en yüksek 96 puan alınabilir. Bireylerin aldıkları puan arttıkça damgalama düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Halil Ekşi ve Kardaş tarafından 2017 yılında ölçek geliştirme ve geçerliği yapılmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Aşkınlık, doğayla uyum ve anomiyi içeren 3 alt boyutu bulunmaktadır. Likert ölçekte 1'den 5'e kadar, 1-Bana hiç uygun değil, 2-Bana uygun değil, 3-Bana biraz uygun, 4- Bana oldukça uygun ve 5-Bana tamamen uygun fikirlerini temsil etmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarında açıklayıcı faktör analizi aşkınlık, uyum ve anominin spiritüalitinin önemli 3 boyutu olduğunu açığa çıkarmıştır. Aşkınlık alt boyutu: 1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 no'lu maddeler, doğayla uyum alt boyutu: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 28 no'lu maddeler, anomi alt boyutu: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 26. maddelerdir. Toplam puan alınmak istendiğinde anomi alt boyutundaki maddeler ters puanlanır. Ölçekten alınacak puan aralığı 29-145 arasında değişmektedir.

İstatistiksel analizler SPSS v25.0 paket programı ile gerçekleştirilecektir. Çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak; kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde frekans (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılacaktır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov normallik testleri kullanılacak olup tanımlayıcı istatistik olarak; normal dağılıma uygun değişkenler için ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayanlar için medyan(minimum-maksimum) değerleri verilecektir. Çalışmada kullanılması planlanan uygun hipotez testi yöntemleri, nicel değişkenler bakımından bağımsız iki grup arasında bir fark olup olmadığı parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda "Student t testi", sağlanmadığı durumda "Mann-Whitney U testi" olarak belirlenmiştir. Bağımsız ikiden fazla grup arasında bir fark olup olmadığı parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda "Tek Yönlü Varyans Analizi", sağlanmadığı durumda "Kruskal Wallis Testi" olarak belirlenmiştir. Kategorik değişkenlerin incelenmesi için gerekli varsayımların sağlandığı koşullarda "Pearson Ki-Kare", sağlanmadığı durumlarda ise "Freeman-Halton test (Fisher's Exact test)" kullanılacaktır. Değişkenler arasındaki ilişki parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda Pearson Korelasyon Testi ile

parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise Spearman Korelasyon Testi ile incelecektir. Tüm hipotez testlerinde I. Tip hata olasılığı α=0.05 olarak alınacaktır.

Çalışma için gerekli minimum örnek genişliği.

Popülasyona ilişkin oran tahmini için gerekli örneklem genişliğinin hesaplanmasında N biliniyorken (N=1000);

$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * (1-p)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2} * p * (1-p)}$ formülü kullanılmıştır. Buna göre, çalışmaya alınması gerekli minimum örneklem genişliği; α=0.05, d=0.065 ve p=0.50* olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam **185 kişi** olmaktadır.

Tüm çalışmayı kapsayacak minimum örnek genişliği **185 kişi** olarak belirlenmiştir. Bu örnek genişliği çalışmada kullanılması planlanan diğer analizler için gereken örnek genişliklerini de kapsamaktadır.

**Bu oran, ilgili I. Tip hata olasılığı ve hoşgörü miktarı kullanılarak elde edilecek maksimum örneklem genişliğini vermek üzere seçilmiştir.*

Arş. Gör. Caner İNCEKAŞ
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Biyoistatistik Anabilim Dalı

EK 2: BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ek-2

Değerli katılımcılar;

Bu araştırma Başkent Üniversitesi tarafından desteklenen bir yüksek lisans çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinin erişkin onkoloji kliniklerinde yatan hastaların kansere ilişkin stigma algıları ve spiritüel iyi oluş durumlarının incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Vereceğiniz cevaplar gizlilik ve etik ilkeler doğrultusunda konu ile ilgili olarak kullanılacaktır. Soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanız önemlidir. Cevaplarınız gizli kalacak, araştırmacı dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup; araştırma sonrasında herhangi bir sorunuz olduğu takdirde aşağıdaki adresten araştırmacı ile irtibata geçebilirsiniz.

İlginiz ve katılımınız için sonsuz teşekkürler.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad-Soyadı: Tarih:

İmza:

Araştırmacı: Gonca Gül KARADELİ

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

EK 3: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA KURULU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.08.2023-261188

1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Ek-1

Sayı : E-85878037-604.01.02-261188
Konu : Gonca Gül Karadeli'nin Proje Onayı

28.08.2023

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınız Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gonca Gül Karadeli'nin tez çalışması olan KA23/259 nolu "Kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarının belirlenmesi " başlıklı araştırma projesinin onayı ile ilgili Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan gelen yazı ekte tarafınıza sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü

Ek:Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan gelen yazı

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.08.2023-260927

1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-91694447-604.01.02-260927
Konu : Proje Onayı 24.08.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Hemşirelik Anabilim Dalında görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik tarafından yürütülecek olan Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gonca Gül Karadeli'nin tez çalışması KA23/259 nolu "Kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarının belirlenmesi " başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 02/08/2023 tarih ve 23/123 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.
— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:…) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.
— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:…) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK
Kurul Başkanı V.

Dağıtım:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Hemşirelik Anabilim Dalına

1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/259	23/123	02/08/2023

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik tarafından yürütülecek Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gonca Gül Karadeli'nin tez çalışması olan KA23/259 nolu "Kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Ayşe Elif Küpeli

Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Prof. Dr. Taner SEZER

Doç. Dr. Seda TÜRKOĞLU BABAKURBAN

Dr. Öğr. Üyesi Rafat V. YILDIRIM

.SLI GİBİDİR

EK 4: ANKARA GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ANKET UYGUL AMA ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.09.2023-E.753039

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-42000842-199-753039
Konu : Gonca Gül Karadeli Anket Uygulama İzni

22.09.2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 11.09.2023 tarihli ve 265538 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gonca Gül Karadeli'nin Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik danışmanlığında yürüteceği "Kanserli bireylerde stigma algısı ve spiritüel iyi oluş durumlarının belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz Medikal Onkoloji yataklı kliniğinde yapması uygun görülmüştür. Bölümden alınan cevabi yazı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI
Başhekim

Ek:1 sayfa

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSUFTDUY6Z
Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

EK 5: HASTA TANITIM BİLGİ FORMU

EK- 1.

KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ HASTA TANITIM BİLGİ FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

1. **Yaşınız** .....
2. **Cinsiyet**
   ❑Kadın ❑ Erkek
3. **Eğitim durumunuz**
   ❑İlkokul
   ❑Ortaokul
   ❑ Lise
   ❑ Üniversite
   ❑Yüksek lisans/ Doktora
4. **Medeni durum**
   ❑Evli ❑Bekar
5. **Yaşadığınız yer**
   ❑ Köy ❑ Kasaba ❑ İlçe ❑ İl
6. **Aile yapısı:**
   ❑Çekirdek aile ❑ Geniş aile
7. **Çalışma durumunuz**
   ❑ Çalışıyorum
   ❑ Çalışmıyorum
   ❑ Hastalığımdan dolayı işi bıraktım
8. **Mesleğiniz**
   ❑ Memur
   ❑ İşçi
   ❑ Serbest
   ❑ Emekli
   ❑ Ev hanımı
   ❑ Öğrenci
9. **Sosyal güvence durumunuz?**
   ❑ Var ❑ Yok
10. **Ekonomik durumunuz**
    ❑ Gelir-Giderden fazla ❑Gelir-Gidere denk ❑Gelir-giderden az
11. **Sigara içiyor musunuz?**
    ❑ Var ❑Hayır
12. **Dini inancınız**
    ❑ Zayıf ❑Orta ❑ Güçlü ❑ Çok Güçlü

B. HASTALIĞA VE TEDAVİYE AİT BİLGİLER

1. **Kaç yıl/ aydır kanser tanısı ile takip ediliyorsunuz?**

   ……

2. **Kanser tipiniz nedir?**

   ……

3. **Kanser evresini hangisidir?**

   ❑ I evre ❑II evre ❑ III evre ❑IV evre ❑Evresini bilmiyor

4. **Toplamda kaç kür kemoterapi aldınız**?

   ……..

5. **Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı?**

   ❑ Evet ❑Hayır

6. **Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiğini işaretleyiniz.**

   ❑ Böbrek
   ❑ Karaciğer
   ❑ Beyin
   ❑ Akciğer
   ❑ Kemik
   ❑ Cilt
   ❑ Diğer(belirtiniz)……

7. **Tedavi süresince size destek olan birisi oldu mu?**

   ❑ Evet ❑Hayır ❑Dönem dönem

   Cevabınız evet ise yakınlık derecesi…….

8. **Hastaneye yatma sıklığınız (bir yılda) nedir?**

   ❑ 1 kez
   ❑ 2 kez
   ❑ 3 kez
   ❑ Diğer …….. (belirtiniz)

C. KANSER ALGISINA İLİŞKİN BİLGİLER

1. **Ailede daha önce kanser tanısı alan birey oldu mu?**
   ❑Evet ❑Hayır
   Cevabınız evet ise bu birey kimdi……
2. **Arkadaşlarınızdan kanser tanısı alan oldu mu?**
   ❑Evet ❑Hayır
3. **Kanser yönelik düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?**
   ……..
4. **Kanser tanınızı yakın çevre ve arkadaşlarınız biliyor mu?**
   ❑Evet ❑Hayır
   Cevabınız hayır ise nedenini açıklar mısınız
   ……
5. **Arkadaş çevresine ya da sosyal etkinliklere katılabiliyor musunuz?**

❑Evet ❑Hayır
Cevabınız hayır ise nedenini açıklar mısınız
……

6. **Size göre kanser önlenebilir bir hastalık mıdır?**
   ❑Evet ❑Hayır
7. **Kanser tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?**
   ❑Evet ❑Hayır
8. **Kanser bulaşıcı bir hastalık mıdır?**
   ❑Evet ❑Hayır
9. **Hastalığınız size şu an neler hissettiriyor?**
   ……

D. SPRİTUALİTEYE İLİŞKİN BİLGİLER

1. **Zor zamanlarda başa çıkmanıza yardımcı olan nedir?**
   ……
2. **Yaşamınızda en çok değer verdiğiniz şeyler nelerdir?**
   ……
3. **Hastalık sonrasında inancınızda bir değişiklik oldu mu?**
   ❑Evet ❑Hayır

   Evet ise açıklayınız

   ……

EK 6: KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

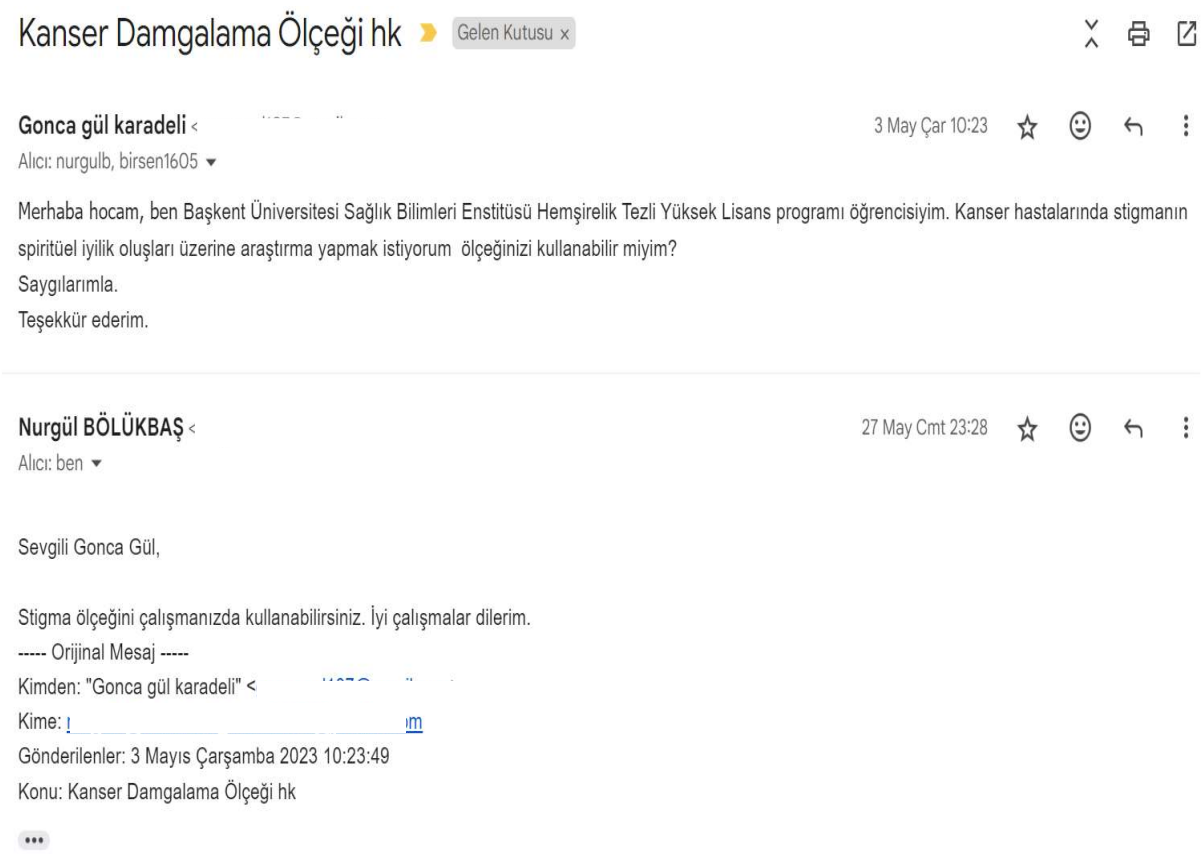
	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size en uygun olduğunu düşündüğünüz ifadeyi işaretleyiniz. **Her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız, katkılarınız için teşekkür ederiz.**	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Kısmen katılıyorum**	**Genellikle katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1.	Kanser olduğum için kendimi suçlu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kanser olmak kötü bir insanmışım gibi hissettiriyor	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Kanser olduğum için diğer insanlar kadar iyi olmadığımı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Kanser olmam kötü hissetmeme neden oluyor	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Dünyanın geri kalanından izole edilmiş dışlanmış gibi hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Sağlık personelleri belirtilerimi ciddiye almadığı için kanser tanım gecikti	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Kanser olduğumu söylediğimde arkadaşlarımı kaybettim	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Tepkileri yüzünden bazıları ile görüşmeyi kestim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	İnsanlar fiziksel olarak benden uzak duruyorlar	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	İnsanlar kanser olduğumu öğrendikten sonra aramayı bıraktı	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	İnsanlar kanser olduğum için benden korkuyor gibi görünüyor	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Tanıdığım insanlar iyi yönlerimi görmezden geliyorlar	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	İnsanlar kanser olduğumu bildiklerinde bana dokunmaktan kaçınıyorlar	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Kanser ölümle ilişkilendirdiği için insanlar sizden kaçıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Tanıdığım bazı insanlarla aramızda mesafe arttı	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	İnsanların bana karşı ayrımcılık yapmasından endişeleniyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Kanserli insanlara toplumdan dışlanmış gibi davranılıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların tepkilerinden incindim	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Kanser olduğumu öğrendiklerinde insanların beni yargılamalarından endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Kanser kişinin kendisinden kaynaklı bir hastalıkmış gibi görülüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Bazı insanlar kanser olmak benim hatammış gibi davranıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Bireyin kötü alışkanlıkları olmasa bile bazıları bireyin kötü alışkanlıkları nedeniyle kanser olduğunu varsayıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Sağlık personelleri kanser hastalarının belirtilerini ciddiye almıyorlar (örneğin akciğer kanseri için öksürük, kolon kanseri için kabızlık, meme kanseri için kitle, serviks kanseri için anormal kanama, mide kanseri için mide şişkinliği ve hazımsızlık)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7: SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

ÜÇ FAKTÖRLÜ SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: **(1) Bana Hiç Uygun Değil** **(2) Bana Uygun Değil** **(3) Bana Biraz Uygun** **(4) Bana Oldukça Uygun** **(5) Bana Tamamen Uygun** Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun **değil**	Bana uygun **değil**	Bana **biraz** uygun	Bana **oldukça** uygun	Bana **tamamen** uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 8: KANSER DAMGALAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Kanser Damgalama Ölçeği hk Gelen Kutusu ×

Gonca gül karadeli < 3 May Çar 10:23

Alıcı: nurgulb, birsen1605

Merhaba hocam, ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Kanser hastalarında stigmanın spiritüel iyilik oluşları üzerine araştırma yapmak istiyorum ölçeğinizi kullanabilir miyim?
Saygılarımla.
Teşekkür ederim.

Nurgül BÖLÜKBAŞ < 27 May Cmt 23:28

Alıcı: ben

Sevgili Gonca Gül,

Stigma ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.
----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: "Gonca gül karadeli" <
Kime:
Gönderilenler: 3 Mayıs Çarşamba 2023 10:23:49
Konu: Kanser Damgalama Ölçeği hk

EK 9: SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği hk Gelen Kutusu x

Gonca gül karadeli 3 May Çar 10:27

Merhaba hocam, ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Kanser hastalarında stigmanı...

Selami Kardaş 3 May Çar 22:23

Merhabalar,Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte: https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegiÖlç

Gonca gül karadeli 4 May Per 00:39

Alıcı: Selami

Elbette geri dönüş yaparım hocam. Teşekkür eder iyi akşamlar dilerim.

Saygılarımla.

Selami Kardaş 3 May 2023 Çar, 22:23 tarihinde şunu yazdı:

EK 10: ORJİNALLİK RAPORU

KANSERLİ BİREYLERDE STİGMA ALGISI VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%9	%10	%3	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	%2
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	ssyv.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
10	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
11	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
13	www.journaltxdbu.com İnternet Kaynağı	<%1
14	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<%1
15	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
16	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1