

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA VERİLEN LOGOTERAPİ
DANIŞMANLIĞININ KRONİK KEDER, İTİBAR DUYGUSU VE
YAŞAM ANLAMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**HAZIRLAYAN
YASEMİN ESKİGÜLEK**

DOKTORA TEZİ

ANKARA, 2023

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA VERİLEN LOGOTERAPİ
DANIŞMANLIĞININ KRONİK KEDER, İTİBAR DUYGUSU VE
YAŞAM ANLAMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**HAZIRLAYAN
YASEMİN ESKİGÜLEK**

DOKTORA TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SULTAN KAV**

ANKARA, 2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı çerçevesinde Yasemin ESKİGÜLEK tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2023

Tez Adı: Palyatif Bakım Hastalarına Verilen Logoterapi Danışmanlığının Kronik Keder, İtibar Duygusu ve Yaşam Anlamı Üzerindeki Etkisi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 14 / 08/2023

Öğrencinin Adı, Soyadı: Yasemin ESKİGÜLEK

Öğrencinin Numarası: 21810397

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Doktora

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Sultan KAV

Tez Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarına Verilen Logoterapi Danışmanlığının Kronik Keder, İtibar Duygusu ve Yaşam Anlamı Üzerindeki Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 80 sayfalık kısmına ilişkin, 14/08/2023 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 5'tir. 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: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

*İçinde bulunduğu koşulların ötesine geçerek diğçerlerinin yaşamına katkı sağlayanlara ve
anneme...*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca ve çalışmanın hazırlanması sürecinde engin bilgi ve deneyimiyle bana rehberlik eden ve her zaman yanımda olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Sultan KAV'a;

Tez izleme ve değerlendirme jürisi olarak değerli geri bildirimleriyle yol gösteren ve tezime katkı sağlayan Doç. Dr. İmatullah AKYAR ve Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK'e;

Tez değerlendirme jürisi olarak değerli geri bildirimleriyle yol gösteren ve tezime katkı sağlayan Prof. Dr. Azize KARAHAN, Doç. Dr. Elif OK ve Dr. Öğr. Üyesi Akile KARAASLAN EŞER'e;

Varoluş Analizi ve Logoterapi sertifikası eğitimim boyunca bana rehberlik eden ve tezimin program içeriğini şekillendirmeme yardımcı olan Sayın Memduh N. ÖZMERT'e;

Yaşam Anlamı Ölçeğini tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli izni veren Doç. Dr. Ahmet AKIN'a;

Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeğini tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli izni veren Dr. Öğr. Üyesi Merve YALÇINAY'a;

Kliniklerde çalışma yapabilmem için gerekli izinleri veren Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Hasan BOSTANCI'ya;

Medikal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet ÖZET ve Medikal Onkoloji Kliniği Sorumlu Hemşiresi Özlem YURTAL'a;

Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. M. Anıl ONAN'a ve Jinekoloji Kliniği Hemşiresi Selmin GÜNDÜZ'e;

Çalışmaya katılan tüm hastalara ve bu konuda hastalarını destekleyen yakınlarına;

Medikal onkoloji ve jinekoloji kliniklerinde desteklerini esirgemeyen tüm meslektaşlarıma ve hekim arkadaşlarıma;

Tezime istatistik danışmanlık veren Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a;

Doktora eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Neslihan UZEL, Safiye DOĞRUSOY, Seher KARA, Asuman BEDİR, Şengül GÖĞÜŞ, Ayşegül KALKAN, Deniz OKTAR, Asuman MARABA, Hülya BARAÇ, Filiz SARP ve Gazi Üniversitesi Hastanesi Hematoloji ve Jinekoloji Kliniklerindeki dostlarıma;

Eğitimim boyunca değerli emeklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Prof. Dr. Lale TAŞKIN, Prof. Dr. Nalan Özhan ELBAŞ, Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Şeyda ÖKDEM, Öğr. Gör. Nevin ÇELİKATEŞ, Öğr. Gör. Aysel ABBASOĞLU'na;

Eğitimimiz boyunca manevi desteğiyle her zaman yardıma koşan sevgili dostlarım Gülçin ŞAHİN ve Dila BAŞCI'ya;

Doktora eğitimim boyunca evraklar ve izlenmesi gereken süreçler konusunda her zaman destek olan bölüm sekreterimiz Sn. Beyhan TÜRKYILMAZ'a;

Çalışmamı tamamlayabilmem konusunda desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AY, Dr. Öğr. Üyesi Elif BUDAK ERTÜRK, Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK, Dr. Öğr. Üyesi Cansu AKDAĞ TOPAL, Öğr. Gör. Dr. Reyhan GÜREL, Öğr. Gör. Betül ŞAHİN, Öğr. Gör. İlçim KOYUNCU ERCAN, Araş. Gör. Emine KOÇ, Araş. Gör. Kübra Nur KABAKÇI SARIDAĞ, Araş. Gör. Tuğçe UÇGUN'a;

Yokluğunda bile varlığını kalbimde hissettiğim anneme, her zaman beni destekleyen ve bana umut veren değerli eşime, babama, kardeşlerime, tüm aileme ve dostlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ESKİGÜLEK Y. Palyatif Bakım Hastalarına Verilen Logoterapi Danışmanlığının Kronik Keder, İtibar Duygusu ve Yaşam Anlamı Üzerindeki Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, Ankara, 2023

Bu araştırma palyatif bakım hastalarına verilen logoterapi danışmanlığının bireylerin keder ve itibar duygusu ve yaşamda anlam bulmaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü tasarımıyla Eylül 2021-Haziran 2023 arasında gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ve jinekoloji kliniklerinde yatmakta olan, ileri evre kanser tanısına sahip 58 birey oluşturmuştur. Katılımcılar bilgisayar programında basit randomizasyonla müdahale (n=29) ve kontrol (n=29) grubuna atanmıştır. Veriler demografik bilgi formu, Palyatif Performans Skalası, Hasta İtibar Envanteri (HİE), Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYBÖ-HF) ve Yaşam Anlamı Ölçeği (YAÖ) ile toplanmıştır. Bu ölçekler bireyler çalışmaya dâhil edildiklerinde, 4. haftada ve 8. haftada uygulanmıştır. Müdahale grubuna 4 hafta boyunca, haftada 2 gün ortalama 45 dakika süren logoterapi danışmanlığı uygulanmıştır. Kontrol grubuna bir müdahalede bulunulmamıştır. Verilerin analizinde bağımsız gruplar arası t testi, varyans analizi, Pearson korelasyon analizi, tekrarlı ölçüm varyans analizi, eşli gözlem t testi, Cohen d etki büyüklüğü ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının eşli gözlem üçüncü değerlendirmesinde HİE'nin semptom distressi alt boyutu (p=0.01), UYBÖ-HF (p=0.01) ve YAÖ mevcut anlam alt boyutunda (p=0.03) müdahale grubu lehine anlamlı değişiklik saptanmıştır. Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde HİE (p=0.01), UYBÖ-HF (p=0.01) ve YAÖ mevcut anlam (p=0.02) alt boyutlarının zaman içinde gruplara göre anlamlı değişim gösterdiği saptanmıştır. Grup içi değişim incelendiğinde müdahale grubunda HİE (p=0.01), UYBÖ-HF (p=0.01) ve YAÖ mevcut (p=0.01) ve aranan (p=0.02) anlam alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmış olup bu farklılık YAÖ mevcut anlam puan ortalamasında artma, diğer bağımlı değişkenlerde ise azalma şeklinde gerçekleşmiştir. Kontrol grubunda HİE (p=0.01), UYBÖ-HF (p=0.02) ve YAÖ mevcut (p=0.04) ve aranan (p=0.04) anlam alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmış olup bu farklılık YAÖ mevcut ve aranan anlam puan ortalamasında azalma, diğer bağımlı değişkenlerin puan ortalamalarında artma şeklinde gerçekleşmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde HİE ve UYBÖ-HF'deki değişimleri cinsiyet, hastalık evresi ve aktif tedavi almanın; YAÖ mevcut anlam boyutunu ise hastalık evresi, eğitim düzeyi ve aktif tedavi almanın düşük düzeyde açıklayabildiği saptanmıştır. Bireylerin deneyim değerlerinin aileyle vakit geçirmek, doğayla ilgilenmek ve ibadet etmek; yaratıcı değerlerinin ailenin gereksinimlerini karşılamak ve evin geçimini üstlenmek; tutum değerlerininse fedakârlık etmek, sabırlı olmak ve inançları doğrultusunda yaşamak olduğu görülmüştür. Sonuç olarak program, palyatif bakım hastalarının keder ve itibara ilişkin distress düzeyini azaltmada ve yaşamlarında anlam bulma düzeyini artırmada etkili bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, İtibar, Kronik Keder, Logoterapi, Yaşamın Anlamı
Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu (Proje No: KA21/276) tarafından onaylanmıştır.

ClinicalTrials.gov kayıt numarası: NCT05129059

ABSTRACT

ESKIGULEK Y. Effect of logotherapy counseling program on chronic sorrow, dignity and meaning in life of palliative care patients. Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Doctoral Dissertation, Ankara, 2023

This study was conducted to evaluate the effect of logotherapy counseling program on feelings of grief and dignity and finding meaning in life of palliative care patients. The sample of this randomized-controlled study, conducted between September 2021-June 2023, was consisted of 58 individuals hospitalized due to advanced cancer, in the medical oncology and gynecology clinics of a university hospital. Participants were assigned to either intervention (n=29) or control (n=29) group by simple randomization via a randomization-specific computer program. Data were collected with demographic information form, Palliative Performance Scale, Patient Dignity Inventory (PDI), Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form (PGD-PF) and Meaning in Life (MIL) Questionnaire . Data collection forms were applied on admission, at the 4th and 8th weeks. Intervention group received logotherapy, lasting about of 45 minutes, 2 days a week for 4 weeks.. The control group received no intervention. Data were analyzed by independent sample t test, analysis of variance, Pearson correlation analysis, repeated measure analysis of variance, paired sample t test, Cohen d effect size and multiple linear regression analysis. According to the results of the study, paired group analysis at follow-up evaluation, a significant change was found in favor of the intervention group in mean scores of symptom distress sub-dimension of PDI (p=0.01), the PGD-PF (p=0.01) and the presence of meaning sub-dimension of the MIL (p=0.03). The time-dependent variation between the groups revealed that PDI (p=0.01), PGD-PF (p=0.01) and presence of meaning sub-dimension of MIL (p=0.02) showed significant changes over time between groups. Within-group analysis showed a significant difference in the intervention group in terms of PDI (p=0.01), PGD-PF (p=0.01) and presence (p=0.01) of and search for (p=0.02) meaning sub-dimensions of MIL. The mean score of presence of-meaning sub-dimension of MIL was increased in the intervention group while mean scores of other dependent variables were decreased. In the control group, a significant difference was found in mean scores of PDI (p=0.01), PDG-PF (p=0.02) and presence of (p=0.04) and search for (p=0.04) meaning sub-dimensions of MIL. The mean scores MIL sub-dimensions decreased in control group while mean scores of other dependent variables increased. The multiple linear regression analysis revealed that, although a low level, the changes in mean scores of PDI and PDG-PF were determined by gender, disease stage and actively receiving cancer treatment while presence of meaning sub-dimension of MIL was determined by stage of the disease, education level and actively receiving cancer treatment. The experiential values of individuals were to spend time with family, to watch nature or do yard work, and to pray; creative values were to meet the needs of the family and to take care of the household; and attitudinal values were to act upon own beliefs, to be altruistic and be patient. As a result, the program was found to be effective on decreasing sorrow and dignity related distress of palliative care patients, while increasing finding meaning in life.

Keywords: Chronic sorrow, dignity, logotherapy, meaning in life, nursing

This study was approved by Başkent University Medical and Health Sciences Research Board and Başkent University Ethics Committee (Project No: KA21/276).

ClinicalTrials.gov identifier number: NCT05129059

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Palyatif Bakım.....	5
2.1.1 Palyatif bakımın tanımı, tarihçesi ve kapsamı	5
2.1.2. Palyatif bakım hastalarının gereksinimleri	7
2.2. Hemşirelikte Kuram ve Modellerin Önemi.....	8
2.3. Kronik Keder Kuramı.....	8
2.3.1. Kronik keder kuramının temel kavramları.....	9
2.4. İtibar kavramı	13
2.5. Logoterapi.....	15
2.5.1. Logoterapinin tarihçesi.....	15
2.5.2. Logoterapinin temel ilkeleri ve kavramları	16
2.5.3. Anlam kaynakları.....	18
2.5.4. Logoterapinin temel kavramları ve varsayımları	18
2.5.5. Logoterapide kullanılan teknikler	20
2.5.6. Logoterapinin palyatif bakımda kullanımı.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.5. Randomizasyon	35
3.6. Consort Akış Diyagramı.....	36
3.7. Veri Toplama Araçları	38

3.7.1. Demografik veri formu	38
3.7.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hasta Formu.....	38
3.7.3. Hasta İtibar Envanteri.....	39
3.7.4. Palyatif Performans Skalası	39
3.7.5. Yaşam Anlamı Ölçeği.....	40
3.8. Verilerin Toplanması.....	40
3.8.1. Ön hazırlık aşaması.....	41
3.8.2. Logoterapi temelli danışmanlık programı	41
3.8.4.1. Müdahale grubunda araştırmanın uygulanması	45
3.8.4.2 Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması.....	46
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	46
3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi	47
3.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler	48
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
4. BULGULAR	50
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri....	50
4.2. UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ Puan Ortalamalarının Eşzamanlı Değerlendirmede Gruplar Arası Dağılımı	52
4.3. UYBÖ-HF Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı.....	54
4.4. HİE Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı	56
4.5. YAÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı	59
4.6. Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	62
4.7. Nitel Bulgular	65
5. TARTIŞMA.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler.....	80
KAYNAKLAR.....	81
EKLER	
EK 1: Örneklem Hesaplaması	

- EK 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**
- EK 3: Çalışmaya Dahil Etme Tablosu**
- EK 4: Demografik Veri Formu**
- EK 5: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu**
- EK 6: Hasta İtibar Envanteri**
- EK 7: Palyatif Performans Skalası**
- EK 8: Yaşam Anlamı Ölçeği**
- EK 9: Logoterapi Eğitim Programı**
- EK 10: Logoterapi Eğitimi Sertifikası**
- EK 11: Logoterapi Temelli Danışmanlık Uygulama Rehberi**
- EK 12: Çalışma Grubu Seans Kayıt Formu**
- EK 13: Bireylerin Anlam Kaynaklarını Keşfedebilmeleri için Kullanılabilecek Sorular**
- EK 14: Etik Kurul Onay Yazısı**
- EK 15: Kurum İzin Yazıları**
- EK 16: Yaşam Anlamı Ölçeği Kullanım İzni Ekran Görüntüsü**
- EK 17: Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Kullanım İzni Ekran Görüntüsü**

TABLÖLER LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Palyatif bakımda anlam merkezli müdahalelerin uygulandığı çalışmalar	22
Tablo 2.2. Anlam merkezli müdahalelerin palyatif bakım alanında kullanıldığı çalışmalar	23
Tablo 3.1. Logoterapi temelli danışmanlık programı	43
Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler	48
Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri.....	51
Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç, 4. hafta ve 8. hafta izlem zamanlarına göre PPS, HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ puanlarının karşılaştırması	53
Tablo 4.3. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası değişimi.....	54
Tablo 4.4. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı.....	55
Tablo 4.5. HİE puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı	57
Tablo 4.6. HİE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı....	58
Tablo 4.7. YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı	60
Tablo 4.8. YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı	61
Tablo 4.9. Bazı tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin tüm grupta UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ puan ortalamaları üzerindeki etkileri.....	63
Tablo 4.10. UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ mevcut anlam alt boyutu için oluşturulan regresyon modelleri.....	65
Tablo 4.11. Müdahale grubundaki katılımcıların anlam kaynakları ve tutum değişimi.....	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Kronik keder kuramı kavramsal modeli (9)	13
Şekil 2.2. Boyutsal ontoloji (108).....	17
Şekil 3.1. Araştırma CONSORT akış diyagramı.....	37
Şekil 3.2. Uygulama akış şeması	44
Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol gruplarının UYBÖ-HF ortalama puanlarının zamana göre değişim grafiği.....	55
Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarının HİE ve alt boyutlarının ortalama puanlarının zamana göre değişim grafiği.....	59
Şekil 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarının YAÖ mevcut ve aranan anlam alt boyutu ortalama puanlarının T1, T2 ve T3 değişimi grafiği	61

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

HiE	Hasta İtibar Envanteri
Ort	ortalama
p	istatistiksel anlamlılık
PPS	Palyatif Performans Skalası
r	korelasyon katsayısı
Ss	standart sapma
UYBÖ-HF	Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hasta Formu
YAÖ	Yaşam Anlamı Ölçeği
X ²	ki kare



1. GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici bir hastalıkla yüz yüze gelen birey ve ailesini kapsayan, bu bireylere bütüncül yaklaşarak yaşam kalitelerini artırmayı hedefleyen ve ölüm sürecinde aileye yas danışmanlığı verilmesini içeren bir yaklaşımdır. Kanser de yaşamı tehdit edici özelliğe sahip, palyatif bakım gerektiren bir hastalıktır (1). Palyatif bakımın temelinde hasta bireyin yaşamının sonuna kadar hastalığa ilişkin semptomlarının kontrol altına alınması, psikolojik ve spiritüel iyilik halinin sağlanması, otonomisinin artırılması, ailesine bakım sunulması ve ölüm sürecinde bireyin huzurunun sağlanması yatmaktadır (2).

Kronik keder; kronik hastalıklara sahip bireylerin, yakınlarının veya bir kayıp yaşamış kişilerin, kayıp deneyiminin neden olduğu yasa bağlı olarak yaygın biçimde ve periyodik olarak tecrübe ettikleri acı verici duyguların bütünüdür (3). Bu kayıp, sevilen kişiyle kurulan bağıllık ilişkisinin, ölüm dışındaki bir nedenle kesintiye uğraması veya arzu edilen durumla gerçek durumun birbiriyle uyumlu olmaması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (4, 5). İlişkiyi kesintiye uğratan durumlar; bireyin mental durumundaki bozulma nedeniyle kişiliğinin değişmesi veya yaşadığı kronik hastalık nedeniyle genel durumunun giderek bozulması, acı çekmesi ya da bakım bağımlılığının artması şeklinde sıralanabilir (5). Arzu edilen durumla gerçek durum arasındaki uyumsuzluk nedenleri ise hastalık nedeniyle bir uzvun kaybı veya sağlıklı bir bebeği olmasını dilerken kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olunması şeklinde örneklendirilebilir (5). Sevilen bir kişinin ölümüyle gerçekleşen kayıp duygusu ve buna bağlı verilen tepkiler “yas” olarak tanımlanmaktadır (6). Kronik keder ise ölüm dışında “canlı” bir kayıp söz konusu olması nedeniyle yastan ayrılmaktadır (5).

Kronik keder kavramı Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği’nin (NANDA) hemşirelik tanılarında, ‘baş etme ve stres toleransı’ bölümünde ele alınmıştır (7; 8). Kronik kederle baş etmek için yaşamda yeni bir anlam bulmayı sağlayan pozitif düşünme teknikleriyle uygulanan hemşirelik girişimlerinin yararlı olduğu belirtilmiştir (7-9). Kronik kederin uygun girişimlerle desteklenmemesi sonucunda birey; bağıllık ilişkisini sonlandırabilir, psikosomatik problemler yaşayabilir veya bu duyguyu yaşamasına neden olan olayları denge halini bozan bir tehdit olarak görüp duruma uyum sağlamakta

zorlanabilir (5). Bu durumlar, kronik ve palyatif bakım gerektiren hastalıklara sahip bireylerin yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (10).

Palyatif bakımda bireyin otonomisini artırmanın yolu itibar duygusunu güçlendirmekten geçmektedir (11). İtibar, bireyin kendini “saygı duyulmaya değer” olarak görmesini sağlayan, kişiye özgü bir duygu olup bireyin özgüveni ve diğer insanlardan gördüğü davranışlarla da ilişkilidir (12). Bireyin kendine verdiği değeri, itibar duygusunu artırmak için kullanılabilecek yöntemlerden biri de anlam merkezli girişimlerdir (13).

Anlam merkezli müdahaleler, bireyin yaşamında anlam bulmasını sağlayarak spiritüel iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmaya yarayan danışmanlık programları veya psikoterapi uygulamalarıdır (13-15). Bir metaanalizde, anlam merkezli girişimlerle verilen spiritüel bakımın, ileri evre ve terminal dönem kanser hastalarının fiziksel, psikososyal ve spiritüel iyilik haline olumlu katkı sağladığı saptanmıştır (14). Logoterapi, anlam merkezli yöntemlerden biridir.

Logoterapi, Viktor E. Frankl tarafından geliştirilmiş, üç temel prensibe sahip bir yaşamda anlam bulma yöntemidir (16). Bu prensiplerden birincisi yaşamdaki her durumda, en umutsuz anlarda bile yaşamın bir anlamı olduğudur. İkinci prensip, ana motivasyon kaynağının yaşamda bir anlam bulma arzusu olduğudur. Üçüncüsü ise insanın, değiştirilmesi çok güç koşullarda bile kendi tutumunu seçmekte özgür olmasıdır. Yaşamında anlam bulan ve problemlerin karşısında tutumunu özgür iradesiyle seçen insan, otonomisini ve itibar duygusunu koruyabilir (17, 18).

Kanser hastaları depresif duygu durumu, metastaz korkusu, belirsizlik, yaşamdan zevk alamama, acı çekme korkusu, yalnızlık gibi psikososyal problemler yaşamaktadır (19). Ahlström’ün çalışmasında kronik hastalığı olan 30 hastanın en az %60’ının kronik keder deneyimlediği; 28’inin ise fiziksel, emosyonel veya sosyal kayıp yaşadığı; bu kayıpların ise en sık olarak vücut fonksiyonları, ilişkiler, otonomi, hayali kurulan yaşam ve kimlik alanlarında olduğu saptanmıştır. Kimlik alanındaki kayıpların alt temalarının *insan olma değeri, benlik bilinci, özgüven, çekicilik, özsaygı ve itibar* olduğu belirlenmiştir (10). Bu problemler, klinik bir depresyondan ziyade terminal bir hastalıkla karşı karşıya gelmenin yarattığı anlam, değer ve amaç kaybından oluşan bir varoluşsal krizden kaynaklanmaktadır (20). Varoluşsal kriz uygun biçimde yönetilmediğinde veya göz ardı edildiğinde bireylerin

tedaviye uyumunda ve yaşam kalitesinde azalma, anksiyete ve depresyon riskinde artış gibi istenmedik sonuçlarla karşılaşilmektedir (21). Bu nedenle palyatif bakım hastalarına psiko-spiritüel bakım sağlanması önemlidir.

Depresif semptomları olan yaşlılarla yapılan grup logoterapisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, çalışma grubuna 4 hafta boyunca haftada iki gün, 90 dakikalık danışmanlık verilmiş olup katılımcıların yaşamın anlamı ve yaşam kalitesi ölçeklerinde aldıkları puanların kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (22). Grup logoterapisinin erişkin kanser hastalarındaki ölüm anksiyetesi ve spiritüalite üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, çalışma grubuna 5 hafta boyunca haftada 2 gün, 2 saatlik danışmanlık verilmiş olup katılımcıların ölüm anksiyetesi puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu ve müdahalenin anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (23). Sun ve arkadaşlarının çalışmasında meme ve jinekolojik kanserli kadınlara uygulanan grup logoterapisinin distres üzerinde anlamlı bir etkisi olmamasına rağmen depresyon ve demoralizasyon üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (24). Kang ve arkadaşlarının çalışmasında, terminal dönem kanser hastası olan adölesanlara verilen bireysel logoterapi eğitiminin, acı çekme düzeyini azaltırken yaşamı anlamlandırmayı kolaylaştırdığı, spiritüel iyilik hali bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (25). Bir başka çalışmada, kemoterapi alan meme kanserli hastalara verilen 4 seanslık logoterapi danışmanlığının, hastaların stres düzeyini azaltmada anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (26). Mok ve arkadaşlarının çalışmasında ileri evre kanser hastalarına uygulanan anlam temelli girişimin hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (27).

Kronik keder, kanser hastalarının sık yaşadıkları bir duygu olup bireyin yaşam kalitesini düşürmekte, itibar duygusunu zedelemektedir. Yapılan çalışmalar palyatif bakım hastalarının itibar duygusunda kayıp yaşadıklarını, bu durumun hastalarda psikolojik distres, semptom yükünde artış ve anlam duygusunda azalmaya yol açtığını göstermektedir (28-30) Ülkemiz literatüründe (TRDizin) Ocak 2023 tarihi itibarıyla kronik kederin kanser hastaları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Logoterapi ise 1950’li yıllardan beri bilinmesine rağmen ülkemizde kanser hastalarında uygulandığı yalnızca bir doktora tezine ulaşılmıştır (31). Yapılan çalışmalar, logoterapinin kanser ve diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin yaşadıkları psikolojik, spiritüel ve varoluşsal sorunları azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (23, 24, 26, 27). Literatürde hemşireler

tarafından kanser hastalarıyla yapılan yarı deneysel araştırmalarda çalışma grubuna uygulanan logoterapi temelli müdahalenin katılımcıların yaşamlarını daha anlamlı bulmalarına, varoluşsal distres ve stres düzeylerinin azalmasına, umutlarının artmasına katkıda bulunduğu gösterilmiştir (25-27, 32). Ayrıca, palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin, hastaların varoluşsal distresini diğer sağlık profesyonellerine göre daha kolay fark edip tanımlayabilmeleri, hastalarla kurdukları güven ilişkisi sayesinde hastaların mahrem konularda da kendilerine aılabilmeleri ve hastaların spiritüel veya varoluşsal distresini azaltmada yardımcı olabilecek danışmanlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olmaması nedeniyle spiritüel/varoluşsal müdahalelerin hemşireler tarafından yapılması önerilmektedir (33, 34). Bu nedenle, bir hemşirelik tanısı olan kronik kederi, bir hemşirelik kuramını ve kronik kedere yönelik bir hemşirelik uygulamasını bir araya getiren ilk çalışma olan bu araştırma ile palyatif bakım hastalarına verilen logoterapi danışmanlığının hastaların kronik keder, itibar duygusu ve yaşamda anlam bulma üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Hipotezleri:

H1: Logoterapi danışmanlığı alan hastaların Uzamış Yas Bozukluğu lği-Hasta Formu puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H2: Logoterapi danışmanlığı alan hastaların Hasta İtibar Envanteri puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H3: Logoterapi danışmanlığı alan hastaların Yaşam Anlamı lğinin mevcut anlam alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek, aranan anlam alt boyutu puan ortalamaları daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1 Palyatif bakımın tanımı, tarihçesi ve kapsamı

Palyatif kelimesi, etimolojik kökenini Latince pelerin, örtü anlamına gelen “pallium” kelimesinden almış olup terminal dönemdeki bireylerin semptomlarını hafifleterek hastalığın olumsuz etkilerinin üzerini örtmeye veya bireyi bu etkilerden korumaya çalışan bir bakım yaklaşımını tanımlamak için kullanılmıştır (35).

Toplumların, tarih boyunca terminal dönemde olan bireylerin bakımına ilgi duyduğunu gösteren bulgular Paleolitik çağa kadar uzansa da modern anlamda palyatif ve hospis bakımın öncülüğünü Cicely Saunders yapmıştır. Saunders, hemşire olarak başlayıp sosyal çalışmacı ve ardından hekim olarak devam ettiği çalışma hayatında, terminal dönemdeki bireylerin ölüme giden süreçte çektikleri acıyı hafifletebilmek için çalışmalar yapmış; yaklaşık 20 yıllık bir sürecin ardından 1967 yılında bugünkü modern palyatif bakımın öncüsü sayılan St. Cristopher’s Hospice merkezini kurmuştur (36, 37). Bu tarihten sonra dünya çapında yaygınlaşmaya başlayan palyatif bakım ve hospis hareketine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de katılarak 1986 yılında palyatif bakımı tanımlamış ve 1990’da palyatif bakımı bir uzmanlık dalı olarak tanımıştır (37, 38).

Palyatif bakımın odak noktası, Dünya Sağlık Örgütü’nün ilk tanımında küratif tedavilere yanıt vermeyen bireylerden oluşurken, 2002 yılında güncellenen tanımında kür şansına sahip olanlar da dâhil olmak üzere tüm kanserli bireyleri kapsamıştır (39, 40). Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakım tanımını, farklı dillere kolaylıkla tercüme edilebilmesi için daha sade bir dil kullanarak 2020 yılında güncellemiştir (41, 42). Bu tanıma göre palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalıklarla mücadele eden hastalar (çocuk ve erişkin) ve aileleri için yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım olup erken tanılama, doğru değerlendirme ve ağrıyla birlikte diğer fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerin tedavisi yoluyla acıyı önleme ve hafifletme amacını taşımaktadır (41). Bu amaçlara ulaşırken uyulan ilkeler; ölümün normal bir süreç olarak ele alınması nedeniyle ölümü hızlandırma veya geciktirmeye yönelik girişimlerin uygulanmaması, bireyin yaşamının sonuna kadar mümkün olduğunca

aktif kalması ve ailesiyle birlikte bakım sürecine katılması; ölüm sürecinde insan onuruna uygun bakım alması ve ölümden sonra aileye yas danışmanlığı sunulmasıdır (43).

Palyatif bakım sunumunda bireylerin gereksinimlerine, kültürlere ve ülkelerin ekonomik olanaklarına göre değişebilen modeller kullanılmaktadır. Bu modeller, zaman içinde gelişen ihtiyaçlar ve yapılan çalışmalar ışığında güncellenmektedir (44). Palyatif bakım, ilk yaygınlaştığı dönemlerde “kürden bakıma geçiş” süreci olarak ele alınmış olup daha sonraları tanı anında küratif tedaviyle birlikte yaşam sonuna doğru giderek artan yoğunlukta sunulmaya başlanmıştır (45). Yakın dönemde papyon modeli ve sonrasında 6S modeli de uygulamaya konulmuştur (46, 47). Papyon modeli, palyatif bakımın tanıyla birlikte başlatılması önerilmesine rağmen pek çok kurumda hastalığın ilerleyip tedavi olanağının kalmadığı durumlarda sunulması nedeniyle ortaya atılmıştır. Modele göre palyatif bakım hizmetinin yaşam sonuna yakın dönemde başlatılması, hasta birey ve ailesinin bakımı kabullenmesini güçleştirmektedir. Model, palyatif bakım süreci sonunda ölüm olduğu gibi yaşam sonu dönemde olmayan hastaların hayatta kalmaya devam edebileceğini de göz önünde bulundurarak oluşturulmuştur. İç içe geçmiş iki üçgenden oluşan papyonun sol tarafındaki üçgen hastalık yönetimini, sağ tarafındaki üçgen palyatif bakımı oluşturmakta ve bu üçgenlerin kesişim kümesi ise her iki tedavi şeklini yoğun bir biçimde kapsamaktadır (46). 6S modelinde ise S harfi ile başlayan 5 kavram iç içe geçmiş dairelerde yer almış olup altıncı kavram, diğer 5 kavramla kesişir biçimde konumlanmıştır. Bu beş kavram içten dışa doğru öz imge (self image), sentez ve stratejiler, sosyal ilişkiler ve semptom kontrolü olup altıncısı ise bireyin kendi kaderini tayin etme hakkıyla birlikte psikososyal gereksinimlerini temsil eden öz belirtimdir (self determination) (47). Ülkemizde ise palyatif bakım hizmetleriyle ilgili ilk girişimler 1985 yılından sonra başlamış olup 2011 yılında uygulamaya konulan Pallia-Türk projesiyle hız kazanmıştır (48). Ancak ülkemizde palyatif bakım hizmetleri çoğunlukla hastane koşullarında sunulmakta olup daha çok terminal dönem ve yaşam sonu bakım hizmeti şeklinde gerçekleştirilebilmektedir (49, 50).

Palyatif bakım yaklaşımında kullanılan tüm modellerin ortak amacı bireyin fiziksel, emosyonel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve ailenin de bakıma dâhil edilerek yaşam kalitesinin optimize edilmesidir (51). Bu nedenle palyatif bakım, multidisipliner bir ekip tarafından temel ve genel düzeyden uzman düzeye varan bir yelpazede, ev, hastane veya toplum temelli olmak üzere üç farklı yolla sunulabilmektedir. Bu multidisipliner ekip üyeleri esasen hekim ve hemşireden oluşmakta olup bireyin

gereksinimine ve hizmetin sunulduğu yere göre ekibe psikolog, eczacı, sosyal hizmet görevlisi ve diğer sağlık profesyonelleri dâhil edilmektedir (43). Palyatif bakımın çok boyutlu olmasından dolayı bu alanda çalışan ekip, semptom yönetiminin yanı sıra alandaki güncel gelişmeleri takip edebilmeli, rehberlik ve etkili iletişim becerilerine sahip olmalı, konunun etik ve legal boyutunu bilmeli ve psikososyal-spiritüel bakım konusunda yetkinlik sahibi olmalıdır (52, 53). Palyatif bakım hizmeti birey merkezli, çok boyutlu (fiziksel, emosyonel, psikososyal, spiritüel) ve insan onurunu gözetir biçimde verilmelidir (54).

2.1.2. Palyatif bakım hastalarının gereksinimleri

Dünya genelinde, doğuşta beklenen yaşam süresinin artışı, kronik hastalıkların insidansında ve buna bağlı olarak palyatif bakım gereksiniminde artışa yol açmıştır. Dünyada her yıl ortalama 56 milyon kişi palyatif bakıma ihtiyaç duysa da yalnızca %14'ü yeterli bakıma ulaşabilmektedir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklar, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere prognozu ve etkileri nedeniyle bireyin yaşam kalitesinin optimize edilmesini gerektiren tüm kronik durumlardır (41). Bu kronik hastalıklar (kanser, kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, kronik solunum yolu hastalıkları, nörolojik hastalıklar vb.), prognozları itibarıyla hasta bireyin genel durumunun giderek bozulmasına ve bakım bağımlılığının artmasına neden olmaktadır (54, 55). Bu nedenle palyatif bakım hastaları, günlük yaşamlarını sürdürmenin yanı sıra fiziksel, psikolojik, emosyonel, spiritüel, finansal ve sosyal açıdan da destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadır (56, 57). Bu gruptaki hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin karşılanmaması; bireylerde fiziksel performansta azalma, bakım bağımlılığının artması, sosyal izolasyon ve diğer depresif semptomlara yol açarak bireylerin yaşam kalitesini düşürebilmektedir (56-58). Bu gereksinimler, uygulanan tedavilerin yararları ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma; finansal açıdan güvende olma; kanserde cinsel yaşamla ilgili destek alabilme; yaşanan umutsuzluk, geleceğin belirsizliği, ölüm korkusu, öfke, kaygı ve diğer problemlerin sağlık personeli tarafından “normal” karşılandığının bilinmesi; hizmet aldıkları sağlık personeli tarafından duygularına özen gösterilmesi; diğer insanlar tarafından “birey” olarak kabul görme ve otonomilerini koruyabilme şeklinde açıklanabilir (57, 58). Bu gereksinimler incelendiğinde bireyin otonomisini güçlendiren, itibarını yükselten ve varoluşsal krizin hafifletilmesine olanak sağlayan uygulamaların önemi ortaya çıkmaktadır (10, 21, 59).

2.2. Hemşirelikte Kuram ve Modellerin Önemi

Kuramlar, bilimsel disiplinlerin temeli olup gerçek fenomenleri açıklamaya çalışan kavram ve önermelerden oluşur. Bu önermeler, bilimsel araştırmalarla test edilir ve elde edilen sonuçlar uygulamaya aktarılır (60, 61). Önermelerle açıklanmak istenen fenomenler ise bilimsel disiplinin odak noktasını oluşturan metaparadigmalardan oluşur (62). Hemşirelik felsefesi insan, çevre, sağlık ve hemşirelik metaparadigmalarını açıklamaya çalışan kuram, felsefe ve kavramsal modellerden yararlanan bilimsel bir disiplindir (62, 63).

Kuramlar büyük, orta veya mikro dereceli olabilir. Büyük dereceli kuramlar, daha az sayıda önermelere ve nispeten daha az soyut kavramlara sahip olup geneli açıklama iddiası taşırlar (63, 64). Orta dereceli kuramlar ise ilgili fenomenin daha dar bir kapsamına hitap eden, ampirik araştırmalarla test edilebilen daha somut kuramlardır (63, 64). Orta dereceli kuramlar tanımlayıcı, açıklayıcı veya prediktif olabilir. Orta dereceli tanımlayıcı kuramlar, bir fenomeni tanımlayan veya sınıflandıran ve hem kalitatif hem de kantitatif araştırmalarla test edilebilen kuramlardır. Açıklayıcı kuramlar iki kavram arasındaki ilişkinin nedenlerini ve derecesini belirleyen, çoğunlukla kantitatif yöntemlerle test edilen kuramlardır. Prediktif kuramlar ise bir fenomenin nasıl değiştiğini inceleyen ve genel olarak deneysel, kantitatif çalışmalarla test edilen kuramlardır (62). Orta dereceli kuramlar, hemşirelik disipliniyle ilgili fenomenler arasındaki ilişkileri belirleyerek hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunur (60, 62). Hemşireliğe katkı sağlayan orta dereceli kuramlardan biri de kronik keder kuramıdır.

2.3. Kronik Keder Kuramı

Kronik Keder Kuramı Eakes, Burke ve Hainsworth tarafından 1998 yılında duyurulmuştur (9). Bu kuramın temelini, ilk kez Olshansky (1962) tarafından mental retardasyonu olan çocukların ailelerinde gözlemlenen bir süreç olarak ortaya atılan kronik keder kavramı ile Lazarus ve Folkman (1984) tarafından tanımlanan stres ve adaptasyon modeli oluşturmuştur (4, 65, 66). Kuram; infertil bireyler, kronik hastalığı olan çocuk ve erişkinler, kronik hastalığa sahip bireylerin yakınları ve bakım vericileri için uygulanabilir bir modele sahiptir (4, 9). Kuramın kronik keder, kayıp, tetikleyici olaylar ve yönetim biçimleri olmak üzere dört temel kavramı bulunmaktadır.

2.3.1. Kronik keder kuramının temel kavramları

Kronik keder: Bir kayıptan kaynaklanan, öngörülebilir bir sonu olmayan, iç veya dış etkenlerle tetiklenebilen, progresif özellikte ve yoğunluğu artabilen üzüntü olup yas semptomlarının periyodik olarak depresmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu kedere yol açan kayıplar, ölüm dışındaki nedenlerden kaynaklanmakta olup bu yönüyle yastan ayrılmaktadır (5, 9, 67). Kronik keder, bireyi sonsuza dek değiştiren, geri dönüşü mümkün olmayan bir duruma bireyin kendisi, yakınları veya bakım vericileri tarafından verilen normal ve emosyonel bir yanıttır (68). Kuram, bireyin bir kayıp yaşadıktan sonra zaman içinde bunu döngüsel olarak yaşamaya devam edebileceğini kabul etmektedir (4, 67. Kronik kederin depresyondan farkı, belirtilerin tetikleyici olaylarla ortaya çıkıp zaman içinde azalması ve yine tetiklenmesi (döngüsellığı), kayıp durumu sona erene kadar devam etmesi ve bireyin yorgunluğunun kayıp durumuyla baş etme çabasından kaynaklanmasıdır (69).

Kayıp: Bu kavram, ideal ve gerçek durumlar/deneyimler arasındaki uyumsuzluk sonucunda ortaya çıkar. Kurama göre ideal durum, kabul edilen normların içinde olmak, umut edilenlerle gerçekte yaşanan durumların birbiriyle uyumlu olması ve kronik/yaşamı tehdit edici bir hastalığa sahip olmamak şeklinde tanımlanmıştır. Burada sözü edilen kayıp; önemli bir bağlılık ilişkisinin sona ermesi, bir vücut fonksiyonunun kaybı veya benliğin kalıcı biçimde bozulmasıyla başlayan, bireyde kronik bir keder duygusuna neden olan bir süreçtir (5, 9, 69). Bu kayıplar, doğal ve genellikle fiziksel ve/veya psikolojik varlığını sürdürmeye devam eden olumsuz bir olay/durum tarafından tetiklenen süregelen kayıp deneyimleridir (70).

Kayıp bazı biçimleri başlangıçta olmasa bile zaman içinde çok kez uyum sağlamayı gerektirmesi veya belirsizliğin devam etmesi sonucu daha kesin biçimde tanımlanabilir duruma gelmektedir. Bazıları ise sonu yakın, kısa olaylar gibi başlasa da arkasından gelen etkileri kişinin yaşamı boyunca sürebilir. Kayıp deneyiminde bundan sonra ne olacağına dair belirsizlik mevcuttur; yaşamın genel akışından ve normal insan deneyimi olarak görülen durumlardan sıklıkla kopuş görülür. Kişi yaşamakta olduğu deneyimle gerçek dünya ve öngörülemeyen gelecek arasında yaşamını sürdürmeye çalışmaktan kronik umutsuzluk yaşar (71, 72). Kayıp duygusuna yol açan durumlar, kronik hastalıkların yanı sıra sosyal bağların kopması, mahremiyetini koruyamama, güç ve kontrolün kaybı, gelecekle ilgili hayal ve

hedeflere ulaşamama, gelecek kaygısı yaşama, fonksiyonel kayıplar, “sağlıklı çocuğa” sahip olamama veya ebeveyn rolünün kaybı şeklinde örneklendirilebilir (72-74). Bu canlı kayıplar, diğer insanlar tarafından önemsenip dikkate alınmadığında veya etkili biçimde baş edilmediğinde bireyde güçsüzlük, çaresizlik, suçluluk duygusu, hayal kırıklığı, acı çekme, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (75).

Tetikleyici olaylar: Uyumsuzluğu açığa çıkaran, kaybın yeniden yaşanmasına yol açan, yas duygularını başlatan veya şiddetlendiren olaylar, durumlar veya koşullardır. Bu tetikleyiciler, bireyin kendi iç dünyasında hissettiği veya dış etkenlerle yaşadığı duygular olabilir. Bu etkenlere, gerçekte yaşanan durum ile sosyal, gelişimsel veya kişisel normlardaki uyumsuzluklar yol açmaktadır (3, 9). Örneğin bir çocuğun, okul çağına gelmesine rağmen hastalığı nedeniyle okula gidememesi, ebeveyni için her eğitim-öğretim dönemi başında tetikleyici bir olay (gelişimsel ve sosyal norm) olabilmektedir. Bu yönüyle tetikleyiciler, kederi yeniden canlandıran veya yoğunluğunu artıran kilometre taşları olarak görülebilir (3, 74, 76-78). Bir bakıma “yaşamın normal akmadığının” hatırlatıcılarıdır.

Tetikleyici olaylar hastalığa, sağlık hizmeti veren kişilere/kuruluşlara, aile/sosyal desteğe, bireyin iç gerçekliğine ve gelişimsel normlara ilişkin olmak üzere beş grupta özetlenebilir (3, 74, 76-78).

Hastalıkla ilişkili tetikleyiciler:

- Sağlık durumunun kötüleşmesi
- Fonksiyonel kayıplar yaşanması
- Yeni tıbbi araçlar veya prosedürlere uyum sağlanması
- Geleceğin belirsizliği

Sağlık hizmeti veren kişiler/kuruluşlarla ilişkili tetikleyiciler:

- Sağlık profesyonellerinin şefkatten yoksun tavırlar sergilemesi
- Sağlık profesyonellerinin çözümcü yaklaşım göstermemesi
- Sağlık kuruluşuna sürekli başvurmak zorunda olma

Aile/sosyal desteğe ilişkin tetikleyiciler:

- Profesyonel olmayan kaynaklardan hastalığa ilişkin çok fazla bilgi edinilmesi

- Diğer insanların yol açtığı olumsuz duygularla (acıma, damgalama vb.) baş etmeye çalışılması
- Diğer insanların duruma/kişiyeye bakış açılarının olumsuz olması
- Sosyal ilişkilerin veya aile desteğinin kaybı

Bireyin iç gerçekliğine ilişkin tetikleyiciler:

- Toplum içindeyken kendini savunmasız hissetme
- Güzel bir yaşamın kaçırıldığına dair suçluluk duygusu hissedilmesi
- Mahremiyetin korunamaması
- Özel günler (evlenme yıldönümü, doğum günü vb.)
- Geçmişteki güzel anıların hatırlatıcıları (gidilen yerler, nesneler, ortak görüşülen insanlar vb.)

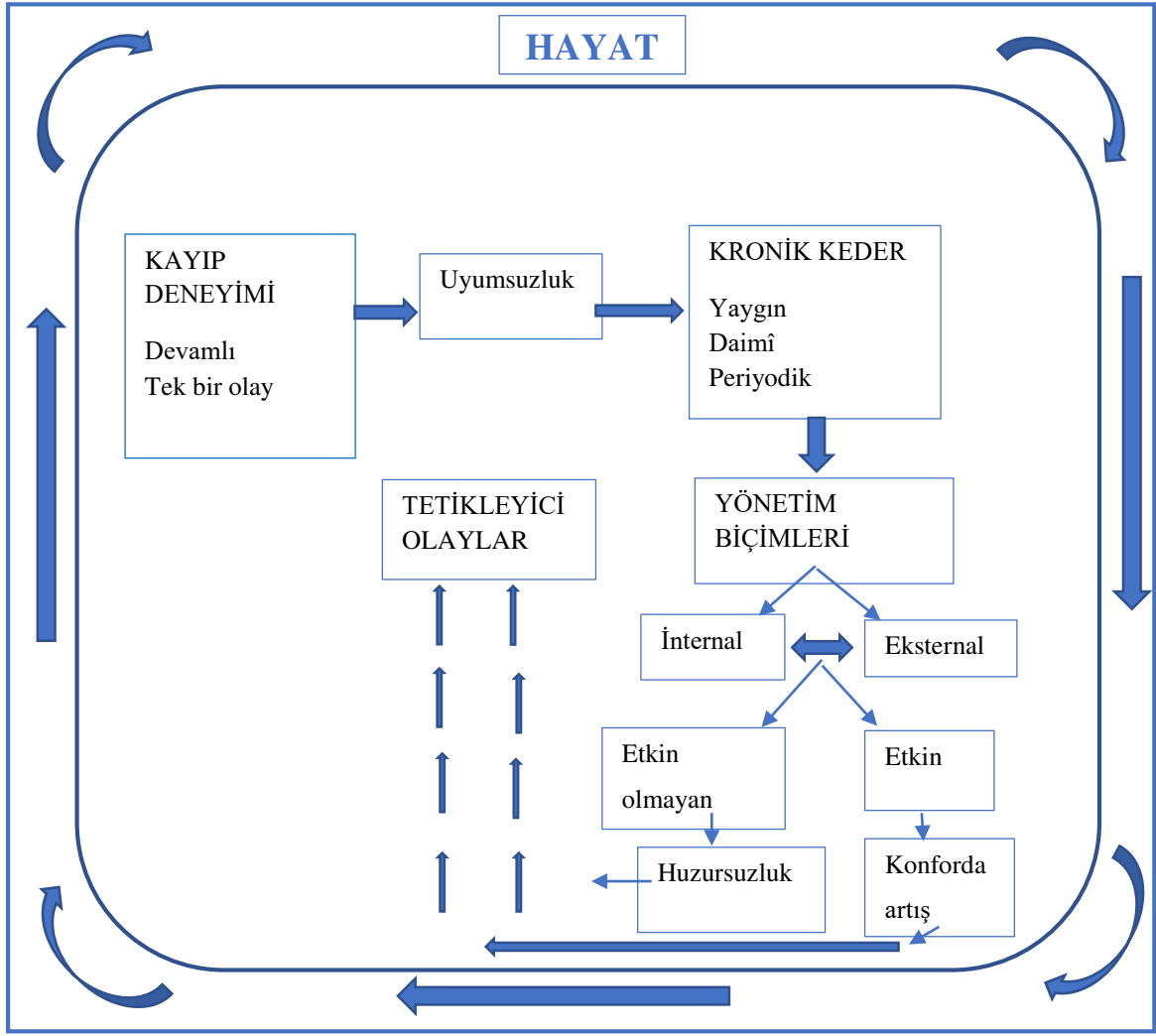
Gelişimsel normlara ilişkin tetikleyiciler:

- Bireyin, yaşamı boyunca tamamlaması beklenen gelişimsel süreçlerin tamamı veya bir kısmının kronik hastalık nedeniyle sekteye uğraması (konuşma, yürüme, okula gitme, evlenme vb.)
- Bireyin, bakım verici rolü nedeniyle kendi gelişimsel geçişlerini tamamlayamaması
- İnfertilite

Yönetim biçimleri: Bireyin kronik kederle baş etme yöntemleri olup etkin ve etkin olmayan yönetim biçimleri olmak üzere ikiye ayrılır (9). Etkin olmayan yönetim biçimleri, bireyin huzursuzluğunu artırarak kederini yoğunlaştırır. Etkin yönetim biçimleri ise bireyin kendi kendine gerçekleştirdiği, yaşamını kontrol altında hissetmesine olanak sağlayan internal yöntemler ve kronik kederin normal bir kavram olduğunu kabul eden gruplar ya da sağlık profesyonellerinden destek alınarak gerçekleştirilen eksternal yöntemlerdir. İnternal yöntemler tetikleyici olayların başlamasını geciktirme veya kederin yoğunluğunu azaltma potansiyeline sahip pozitif etkili bilişsel, davranışsal veya bilişsel-davranışsal bireysel baş etme stratejileri olup kabullenme, pozitif düşünme, yargılayıcı davranış sergileyen bireylerden uzak durma (kaçınma), dua etme, bakım verdiği kişiyle daha fazla ilgilenme, kendine inanma ve güvenme, dinlenme fırsatlarını değerlendirme, duygu ve düşüncelerini kabul etme yönündeki girişimleri içermektedir. Eksternal yöntemler ise kişisel yaşamındaki önemli dönemleri kaçırmamaya çalışma (doğum günü vb.); mizah; kayıp duygusuyla baş

etmeyi kolaylaştıracak bilgi edinmeye çalışma; yeni normale alışmaya çalışmak için adaptasyon yöntemlerini öğrenme; kederin aile yeleri, arkadaşlar veya sağlık profesyonelleri tarafından tanınması ve bu gruplardan destek alınması şeklinde örneklendirilebilir (9, 74, 79).

Kuram, kronik keder yaşayan bireyi empatik bir varoluşla dinleyerek içinde bulunduğu durumla baş edebilmesi için destek olunmasını önermektedir. Empatik varoluş; bireyin yargılayıcı olmayan, güven veren ve duygularının tanındığını ifade eden bir yaklaşımla dinlemek için hazır olunmasıdır (9). Kurama göre hemşirenin en yararlı rolü, eğitimci ve danışman rolüdür. Kronik keder kuramına göre uygulanacak girişimler, kronik/yaşamı tehdit edici hastalığı olan çocuklar ve yetişkinlerle bu bireylerin yakınları için yararlıdır (9). Kronik kederin çözümlenmesinde bireyin kayıp duygusunun diğer insanlar tarafından kabul edilmesi, gerçekçi beklentilerin desteklenerek bireyin kayıp sürecinde değişime uğrayan benliğinin yeniden yapılanmasına destek olunması ve bu süreçte yararlanılabilecek kaynakların belirlenmesi yararlıdır (72).



Şekil 2.1. Kronik keder kuramı kavramsal modeli (9)

2.4. İtibar kavramı

İnsanlık tarihi kadar eski olan “itibar” kavramı, Latince “dignitas” kelimesinden türetilen “dignity” sözcüğünün dilimizdeki karşılığıdır. Homeros epiklerinde (milattan önce 8. yüzyıl) açıkça belirtilmemiş olmasına rağmen o dönemin Homerik toplumunda “insanların paha biçilemez” olduğunu düşündüren bazı normatif uygulamaların öne çıktığı görülmüştür (80). Daha sonraları Aydınlanma çağıyla birlikte insan itibarının vazgeçilemez ve devredilemez bir hak olduğu düşüncesi önem kazanmış olup Kant tarafından “hiçbir şart gözetmeksizin tüm insanların doğuştan sahip olduğu bir değer” olarak tanımlanmış ve saygının ise bu değer kabulünün bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (80, 81). Kavram; eğitim, iş dünyası, yasalar, hükümetler ve din gibi insan etkileşiminin olduğu her alanda

kullanılmakta olsa da sağlık hizmetlerinde 1950’li yıllardan sonra önem kazanmıştır (82-84).

İtibar, bireyin hem kendi içinde duyumsadığı hem de diğer insanlar tarafından hissettirilen dinamik bir duygudur. Çok boyutlu ve kompleks bir kavram olması nedeniyle tanımlanması güç olup temelinde insanın hem kendinin hem de diğerlerinin değerli olduğu inancına sahip olarak davranış sergilemesi yatmaktadır. Bu değerlilik hali bireyin özsaygısını, mahremiyetini ve bütünlüğünü korumasına, eylemlerini anlamlandırmasına ve kişiler arası ilişkilerini olumlu bir çerçevede sürdürmesine olanak sağlamaktadır (83, 85, 86). İtibar kavramı esasen kişisel kimlik, liyakat, ahlaki duruş itibarı ve insan olma onuru olmak üzere 4 kategoride ele alınmaktadır. Liyakat itibarı bireyin sahip olduğu meslek, sosyal konum gibi durumlara bağlıdır. Ahlaki duruş itibarı ise bireyin eylemlerini ilkeleri doğrultusunda gerçekleştirmesidir. Kişisel kimlik itibarı bireyin kim olduğu, hangi koşullar altında “biricik” olarak kalabildiğine ilişkin algısının yanı sıra fiziksel görünüşündeki değişiklikler ve diğer insanlarla olan etkileşimiyle şekillenen bilinçli bir özsaygı ifadesidir (87-90). Bunlardan yalnızca “insan olma onuru” doğuştan gelmekte olup diğerleri sonradan kazanılmaktadır (88). Bu nedenle insanlık onurunda bir mutlaklık söz konusuyken diğerleri bireyin içinde bulunduğu toplumun özellikleri ölçüsünde görecelidir (90).

Bu görecelilik özellikle palyatif bakım alanı olmak üzere sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda bireyin itibarının korunması ve sürdürölmesini sağlamak açısından yararlıdır. Çünkü bireyin otonomisini koruyan, yaşadığı güçlüklerle baş etmesini kolaylaştıran ve biricikliğini sürdürmesini sağlayan itibar duygusu, palyatif bakım hastalarında hastalığın prognozu ve bakım gereksiniminin yüksek olması nedeniyle risk altındadır. Palyatif bakım hastalarının itibar duygusunu korumak için sunulan bakım hizmetinin insanlık onurunun yanı sıra kişisel kimlik itibarını yükselten uygulamaları da içermesi gerekir (84, 91-93). Bunlar bireye nezaket ve şefkatle yaklaşılmmasını, bireyin bir “hastalık” değil insan olduğu bilinciyle bakıma katılmasını sağlayan tüm girişimlerdir (94). İtibar kavramı, odak noktası bakım olan hemşireliğin temel etik değerlerinden biri olup kişilik, sosyallik, saygı ve otonomi olmak üzere dört tanımlayıcı özelliği bulunmaktadır. Kişilik bireyin biricikliğine ilişkin öz algısıdır. Sosyallik ise bireyin içinde bulunduğu toplum ve kültürel değerler ile olan etkileşiminin ifadesidir. Saygı; bireyi bir bütün olarak görüp mahremiyetini, gizliliğini, inancını ve spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak yapılan etik eylemler

bütünüdür. Otonomi ise bireyin seçme ve karar verebilme özgürlüğü tanıyan, bağımsızlığını artıran ve haklarını bilmesini sağlayan bir yetkinliktir (84).

2.5. Logoterapi

Logoterapi Freud'un psikanalizi ve Adler'in bireysel psikolojisinden sonra Frankl tarafından geliştirilmiş bir ekoldür. Psikoterapinin Üçüncü Viyana Okulu olarak bilinen ekol, Yunanca "anlam" kelimesinin karşılığı olan "logos" ile türetilmiş olup en basit haliyle anlam yoluyla iyileşmeyi ifade etmektedir (95-97).

2.5.1. Logoterapinin tarihçesi

Frankl, 1905 yılında Viyana'da doğmuş ve 1997 yılında hayatını kaybetmiş olan Yahudi asıllı bir nörolog ve psikiyatridir. Frankl psikoterapiye olan ilgisinden dolayı önce Freud'un, sonra da Adler'in öğrencisi olmuşsa da bu ekollerin bireye olan indirgemeci yaklaşımından dolayı "insanın" eksik kaldığını öne sürerek 1930'lu yıllarda kendi yoluna devam etmiştir. Bundan sonrasında gençlik merkezleri oluşturmuş ve psikoterapinin "insani" yönüyle birlikte önce suç işlemeye yatkın gençlere, ardından toplumda psikolojik destek gereksinimi olan gruplara danışmanlık vermeye başlamıştır. Bu süreç hem topluma hizmet ettiği hem de insanı kendine odaklanmak yerine varoluş amaçlarına yönlendiren kuramını geliştirdiği bir dönem olmuştur (98-100). Frankl 1942-1945 yılları arasında Nazi toplama kamplarında tutsak edildiğinde bir yandan annesinin, kardeşinin ve eşinin katledilmesinin acısıyla yaşarken bir yandan da kamptaki diğer tutuklulara yaşama tutunmalarını kolaylaştıracak anlamlar bulmaları için yardımcı olmaya çalışmıştır. Toplama kampı sonrası burada yaşanan acıları "İnsanın Anlam Arayışı" kitabında tüm dünyaya aktarmış ve yeniden hastanede çalışmaya başlayarak insanların yaşamın anlamına odaklanmasına yardımcı olmaya devam etmiştir (95, 101).

2.5.2. Logoterapinin temel ilkeleri ve kavramları

Logoterapi antropoloji, felsefe, fenomenoloji ve psikoloji bilimlerinden yararlanmakta olup 3 temel ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler anlam istemi, yaşamdaki anlam ve irade özgürlüğüdür (98).

Anlam istemi (will to meaning): Logoterapiye göre yaşamı sürdürmenin ana motivasyon kaynağı bir anlam bulma arzusudur. Birey, kökleri insan doğasının noetik boyutunda bulunan bu motivasyonla varoluş nedeni olan amaçları bulmaya çalışır. Freud'un "haz" ve Adler'in "güç" isteminin karşısı olup Frankl'a göre yaşam zevk ve güç peşinde harcanamayacak kadar değerlidir. Birey bu motivasyona sahip olduğunda acılara katlanıp sorunlarla baş edebilir (18, 95, 96).

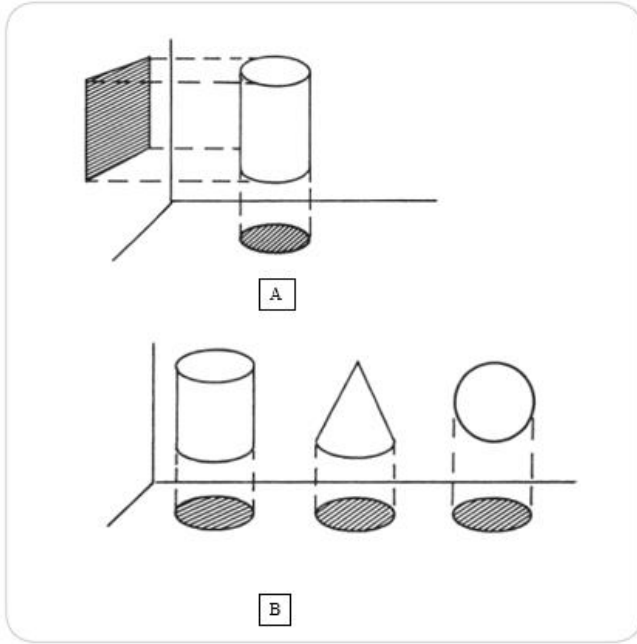
Yaşamdaki anlam (meaning in life): Logoterapi felsefesine göre yaşamın her durumda, en umutsuz anlarda bile bir anlamı vardır. Bu anlam bireyin varoluşuna ve kişiliğine uygun amaçlardan oluşmakta olup yalnızca birey tarafından gerçekleştirilebilen, koşullara ve bireylere göre değişen ve aşkınlık taşıyan bir gereksinimdir. Bu aşkınlık bireyin topluma ve doğaya, bir diğer deyişle kendisi dışına yönelmesini ifade etmektedir. Logoterapiye göre yaşamda iki tür anlam vardır. Bunlardan ilki "anın" anlamı olup bireye ve koşullara göre değişmesinden dolayı bu şekilde isimlendirilmiştir. İkincisi ise "nihai" anlam olup bireyin kendisi tarafından algılanamaz. Çünkü "nihai" anlam bireyin anlık anlamlarının toplamı olup dünyada bıraktığı izlerden oluşmaktadır. Logoterapi bireyin anlam istemini ortaya çıkarmaya hedeflediğinden dolayı "anın" anlamına odaklanmıştır. Yaşamdaki anlam, logoterapinin felsefi yönünü temsil etmekte olup bireyin dünya görüşüyle şekillenmektedir (17, 102).

İrade özgürlüğü (freedom of will): İnsanın değiştirilmesi çok güç koşullarda bile kendi tutumunu seçmekte özgür olmasıdır. Bu nedenle özgürlük içinde bulunulan durumdan değil bireyin kendisinden gelmektedir (95, 96, 103). İrade özgürlüğü "nasıl yaşamalıyım?" sorusuna yanıt aramakta olup logoterapinin antropolojik yönünü temsil etmektedir (104).

Boyutsal ontoloji: Frankl'a göre insan fiziksel, mental (psişe) ve noetik (spiritüel, tinsel) boyuttan oluşmakta olup bu boyutlar Frankl'ın logoterapi felsefesinde antropolojiyi temsil etmektedir. Fiziksel boyut bireyin somatik yönüdür. Mental boyutta bireyin bilişsel

fonksiyonlarını, sosyal yönünü ve duygularını kapsayan süreçler gerçekleşmektedir. Noetik boyut ise bireyin ahlak, etik ve inanç değerlerini taşıdığı, seçimlerini yaptığı ve yaşamının anlamını algıladığı boyuttur. İnsan fiziksel ve mental boyutta “yönetilen” konumundayken noetik boyutta “yöneten” pozisyonundadır. Bu boyutlar logoterapide “boyutsal ontoloji” olarak ele alınmış olup indirgemeci yaklaşımla incelendiğinde bireyin özü doğru değerlendirilemeyeceği belirtilmiştir. İndirgemeci yaklaşımda birey patolojik durumları yaşadığı boyuta göre değerlendirilmektedir. Halbuki logoterapi felsefesinde noetik boyut her zaman sağlıklıdır. Bireyin noetik boyuttaki sorunları “sağlıklı ağrı” olup varoluşunu gerçekleştirebileceği duruma gelebilmesi için yaşadığı sancılardan oluşmaktadır. Fiziksel ve mental hastalık durumlarında ise noetik boyut farkındalığı sayesinde bireyin yalnızca hastalıktan ibaret olmadığı, bir hastalığı varken bile gerçekleştirebileceği anlamlar olduğu inancıyla güçlenmesine olanak sağlanmaktadır (95, 97, 105-107).

Şekil 2.2’de indirgemeci yaklaşımın örnekleri verilmiştir. A şeklinde bir silindirin dikey yüzünün iki boyutlu yansıması dikdörtgen biçiminde; B şeklinde ise silindir, koni ve kürenin yatay yüzünün iki boyutlu yansıması daire biçiminde görülmektedir. Bu şekillerin her biri farklı olmasına rağmen üç boyutlu bakılmadığında benzer görünüme sahip olmaları indirgemeci yaklaşımın yanıltıcılığını göstermektedir.



Şekil 2.2. Boyutsal ontoloji (108)

2.5.3. Anlam kaynakları

Logoterapide bireyin anlam kaynakları yaratıcı değerler, deneyimsel değerler ve tutum değerleridir. Bu değerler anlam üçgenini oluşturmaktadır. Bireyin yaşamı bu değerler arasında geçmektedir (18, 103-105, 109, 110).

Yaratıcı değerler: Bireyin eylemleriyle dünyaya kattığı değerlerdir. Bu eylemler çalışma ve insanlara yardımcı olmayı içermektedir. Bireyin ailesi ve sevdikleri için yemek yapması, yardım gereksinimi olan bireylere karşı sosyal sorumluluk üstlenmesi, bir işte çalışarak hem kendisine hem de topluma yararlı olması bu grupta bulunmaktadır. Birey bunları yerine getirirken elinden geleni en iyi şekilde yapması durumunda bu eylemler amaçlı bir değere dönüşmektedir (16, 103).

Denevim değerleri: Bireyin dünyadan aldığı ve kendisinde estetik duygular uyandıran değerlerdir. Bunlar sinema, tiyatro, müzik gibi sanatsal içerikli olabileceği gibi gökyüzü, bahar, çiçekler gibi doğal varlıklar veya kişiler arası kurulan güzel ilişkiler de olabilmektedir. Sevgi, iyilik, güzellik ve doğruluk bu değere ait kavramlardır (16, 103).

Tutum değerleri: Bireyin kaçınılmaz bir kader karşısında takındığı tavidir. “Başarı” ile “kendini gerçekleştirme” durumunu ayırt eden bir değerdir. Yaşamda deneyim değerleri veya yaratıcı değerlerden mahrum olunabilen anlar olabilmektedir. Bunlar ölümle karşılaşmak, yatağa bağımlı olmayı gerektirecek bir hastalığa sahip olmak, hapis cezası almak, şiddete uğramak gibi insanın kendi tercihi olmayan fakat yaşam tarafından sunulan, bireyin kaderini kontrol edip yeniden şekillendirme olanağına sahip olmadığı durumlardır. Bu koşullar altında bile birey, kendi otantik kişiliğine uygun tutumu seçerek kendini gerçekleştirebilme olanağına sahiptir. Böylece kişisel bir trajedi bir zafere dönüşebilmektedir. Bu değer, insan özgürlüklerinin sonuncusu olup bireyin karşılaştığı acıya “beni yok edebilirsin fakat beni yenemezsin” diyerek meydan okumasıdır (16, 103).

2.5.4. Logoterapinin temel kavramları ve varsayımları

Otantik varoluş: Bireyin yaşamda sıradan bir biçimde bulunmadığının, yaşamın sorduğu soruları yanıtlarken seçeneklere sahip olduğunun, tüm seçimlerinde özgür ve bu

özgürlükten sorumlu olduğunun bilincinde olarak değerlerini gerçekleştirmesi durumudur (111).

Trajik pesimizm: Trajik üçleme olarak da isimlendirilmektedir. Acı, suçluluk ve ölümden oluşmakta olup tüm insanlar için kaçınılmazdır (16, 112).

Trajik optimizm: Bireyin trajik pesimizme karşı takındığı tutum olup bir acıyı başarıya, suçluluk duygusunu kendini geliştiren bir deneyime ve yaşamın geçiciliğini eyleme geçme motivasyonuna dönüştürebilme yeteneğidir. Birey bunu inanç, sevgi ve umudunu kullanarak gerçekleştirir (18).

Özgürlük ve sorumluluk: Logoterapi bireyin seçimlerinde hem özgür olduğunu hem de bu seçimlerinden sorumlu olduğunu varsaymaktadır. Birey seçimlerinde özgür olduğu kadar bu seçimlerin sonuçlarının sorumluluğunu da üstlenmek zorundadır (113). Bu özgürlük ve sorumluluğun farkında olan birey “kişi (persona)” olarak tanımlanır. Frankl “kişi üzerine 10 tez” isimli derslerinde *persona* nın özelliklerini açıklamıştır. Buna göre kişi bölünemez (indirgenemez) ve birleştirilemez (bir kitleye asimile edilemez) bir bütündür. Kişi karşılaştığı her durumda yeni kararlar alarak yoluna devam ettiği için her zaman “yeni” olmayı sürdürür. Kişi her türlü sosyal etiketlemeden bağımsız bir onura sahip, tinsel ve bütünleştirici bir varlıktır. Aynı zamanda anlam istenciyle yaşamını şekillendiren varoluşsal bir varlıktır. Kişi benliği olan ve kendisinden uzaklaşıp psiko-fiziksel varlığını aşarak tinine ulaşabilen dinamik ve metafizik bir varlıktır (114).

Yaşamın anlamı her birey için farklı olsa da tamamen subjektif değildir. Bu anlamlar mantıklı bir temele dayanmalı, normatif etik ve evrensel ahlaki ilkelere uygun olmalıdır (113).

Varoluş analizi: Bireyin sorumluluklarının ne düzeyde farkında olduğunu anlaması amacıyla yapılan ve anlam istemini tetiklemeye yarayan analizdir (114).

Varoluşsal boşluk: Bireyin yaşamdaki anlamı gerçekleştiremediği, bulunduğu halden olması gereken hale ulaşamadığı durumlarda deneyimlediği sıkıntıdır. Kısa süreli olması, insanın noetik gelişimi için yararlı olsa da uzaması halinde bireyde agresyon,

depresyon ve bağımlılıktan oluşan nevrotik üçleme durumlarından biri gelişerek varoluşsal engellenmeyle sonuçlanabilmektedir (18, 101, 114).

Logoterapi 3 ilke çerçevesinde oluşturulmuş 6 varsayım üzerine kurulmuştur (100):

1. İnsan somatik, mental ve noetik boyutlarıyla bir bütündür.
2. Yaşam en acı dolu koşullar altında bile anlamlıdır.
3. İnsanın ana motivasyonu yaşamda bir anlam bulma çabasıdır.
4. İnsan her koşul altında anlam bulma çabasını aktive edebilme özgürlüğüne sahiptir.
5. Yaşamın anlamı yaşamdan ne beklendiğiyle değil, yaşamın sunduğu şartlar karşısında bireyin vereceği yanıtlarla belirlenir.
6. Birey her zaman eşsizdir.

2.5.5. Logoterapide kullanılan teknikler

Logoterapide kullanılan teknikler derefleksiyon, paradoksal niyet ve tutum modülasyonudur. Tutum modülasyonu Sokratik diyalog yoluyla sağlanır. Logoterapist bu süreçte bireyin eşsizliğini vurgulayarak özgürlüğünün farkına varmasını sağlamaktan sorumludur. Bu bakımdan logoterapi sürecinde bireye anlam verilmez, anlamları kendisinin keşfetmesi sağlanır (96, 115).

Derefleksiyon: Aşırı niyet, aşırı öz gözlem ve aşırı düşünme durumlarında bireyin düşünce odağını değiştirerek öz aşkınlık kapasitesini artırmayı ve “kendine aşırı biçimde odaklanmayı” azaltmayı hedefleyen bir yöntemdir. Aşırı niyet aşırı düşünmeye, aşırı düşünme de aşırı niyete yol açan bir kısır döngüdür. Bir işin gerçekleşmesini aşırı isteme, impotans nedeniyle aklını sürekli cinsel yaşamıyla meşgul etme gibi bireyin kendine aşırı odaklandığı ve otantiklikten uzaklaştığı durumlarda kullanılmaktadır. Bireyin ilgisi pozitif bir konuya yönlendirildikten sonra kendisine anlamlı gelen faaliyetlerden oluşan bir liste oluşturarak bu kısır döngüye girdiğinde bu faaliyetleri gerçekleştirmesi istenir. Bireye anlamlı gelen faaliyetlerin yapılması, bireyin öz aşkınlığa ulaşmasına olanak sağlar (96, 116).

Paradoksal niyet: Beklenti kaygısı, fobi ve obsesif kompulsif bozukluk durumlarında kullanılan bir yöntemdir. Bireyin kaygı, korku ve takıntılarına yönelik olası en kötü senaryoları oluşturup kendisine gülmesi sağlanarak öz uzaklaşma kapasitesini artırması ve psikojenik tetikleyicilerden uzaklaşması beklenir (117).

Sokratik diyalog ve tutum modülasyonu: Sokratik diyalog, bireyin kendi potansiyelinin farkına varmasını sağlayan bir öz keşif yolculuğudur. Bireyin kendine uzaktan bakıp noetik boyutuyla iletişim kurarak yaşamındaki anlamları ve değerleri keşfedebilmesine yarar. Tinin meydan okuma gücünü ve anlam iradesini artırarak bireyde tutum modülasyonu oluşmasına olanak sağlar. Sokratik diyalogda bireyle iletişim kurarken “kim ve neden” sorusu sorulmaz. Danışanın kullandığı kelimeler kullanılarak iki uçlu sorular sorulur. Anlamanın 5 alanına yönelik (kendini keşfetme, seçimler, biriciklik, sorumluluk ve kendini aşma) olup bireyin otantik kişiliğini açığa çıkarır. Kaçınılmaz bir kader karşısında tutum değişikliği oluşturmak için kullanılabildiği gibi logoterapinin diğer aşamalarında da öz keşif amacıyla kullanılabilir. Bu yöntem bireyin biricikliğini keşfedip bir bakıma yeniden doğmasını sağladığı için “ebe” diyalogu olarak da adlandırılmaktadır (118; 119).

2.5.6. Logoterapinin palyatif bakımda kullanımı

Logoterapi ileri evre kanser ve palyatif bakım hastalarının yaşamı anlamlandırmalarına, değerlerini sürdürebilmelerine ve itibar duygusunu güçlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Logoterapinin palyatif bakımda kullanımı ve kapsamını belirlemek üzere bir literatür taraması yapılmıştır. Tarama için ilk önce araştırma sorusu oluşturulmuş ve anahtar kelimeler belirlenmiştir. Araştırma sorusu PICOS formatında oluşturulmuş olup Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Palyatif bakımda anlam merkezli müdahalelerin uygulandığı çalışmalar

P: Patient/Population	Palliative care	Palyatif bakım
I: Intervention	Meaning centered intervention	Anlam merkezli müdahale
C: Comparison	Usual care	Rutin bakım
O: Outcome	Depends on purpose of study	Çalışma amacı
S: Study Type	Interventional	Girişimsel

Taramaya Ocak 2000- Nisan 2023 tarihleri arasında PubMed, Ebsco, Scopus ve PsychInfo veri tabanlarında, örnekleme palyatif bakım hastaları olan, İngilizce tam metnine ulaşılabilen, girişimsel çalışmalar dahil edilmiştir. Tarama aşağıdaki terimlerle yapılmıştır:

((((((terminal cancer) OR (advanced cancer)) OR (terminally ill)) OR (end of life)) OR (palliative care)) OR (hospice care)) AND (meaning centered)) OR (logotherapy)

Literatür taramasında toplam 133 çalışmaya ulaşılmış olup konu ile ilgisiz olanlar, yinelenen içerikler ve girişimsel olmayan çalışmalar çıkarılmıştır. Toplam 10 çalışmanın tam metni incelenmiştir. Bunlardan 4'ü anlam merkezli psikoterapinin ileri evre kanser hastalarının spiritüel iyilik hali, anlam ve psikolojik distressi üzerindeki etkisini değerlendirmek; 3'ü müdahalenin uygulanabilirliğini ve hastalar tarafından kabul edilebilirliğini değerlendirmek; 1'i katılımcıların anlam merkezli terapilere katılmasını engelleyen faktörleri belirlemek; 1'i müdahalenin emosyonel iyilik hali ve diğeri de ölüm anksiyetesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tüm çalışmalar 18 yaş üstü, ileri evre kanser hastalarıyla yürütülmüş olup anlam merkezli müdahale en az 3 en çok 10 seans şeklinde uygulanmıştır. Çalışmaların 9'u yüz yüze, birisi video konferans şeklinde olup yüz yüze uygulananların birisi katılımcıların ev ortamında yapılmıştır. Anlam merkezli müdahale, incelenen tüm çalışmaların değerlendirilen parametrelerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışmalar Tablo 2.2'de sunulmuştur.

Tablo 2.2. Anlam merkezli müdahalelerin palyatif bakım alanında kullanıldığı çalışmalar

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
1. Breitbart vd, 2010, ABD (120)	Anlam merkezli grup psikoterapisinin ileri evre kanser hastalarının spiritüel iyilik, anlam ve psikolojik distres üzerindeki etkisini değerlendirmek	90 birey (müdahale: 49, kontrol: 41) Blok randomizasyon	Dâhil etme: 18 yaş üstü, evre III veya IV solid kanser ve non-Hodgkin lenfoma tanısı olan, İngilizce konuşabilen ayaktan tedavi alan hastalar Hariç tutma: Önemli düzeyde bilişsel bozulma yaşayan, psikoza olan veya fiziksel kısıtlılığı olan bireyler	AMGP: Psikiyatrist, doktora öğrencileriyle birlikte klinik psikolog DGP: Klinik psikolog veya doktora öğrencileriyle birlikte lisanslı sosyal çalışmacı	FACIT-SiÖ BUÖ HÖKTL YOT HADÖ 3 ölçüm: müdahale öncesi, müdahale tamamlandığında ve müdahalenin tamamlanmasından 2 ay sonra	Haftada 1 kez, toplam 8 seanslık logoterapi temelli AMGP	Haftada 1 kez, toplam 8 seans, kanser ve etkileriyle baş etme stratejileri ne dayalı DGP	55 hasta (AMGP = 35; DGP = 20) 8 haftalık seansları ve bunların 38'i de (AMGP = 25; DGP = 13) 2 aylık takip sürecini tamamlamıştır. AMGP spiritüel iyilik hali ve anlam bulma duygusunda DGP'ye göre anlamlı düzeyde iyileşme olduğu belirlenmiştir.

AMGP: anlam merkezli grup psikoterapisi, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon, DGP: Destekleyici grup psikoterapisi, HÖKTL: Hızlandırılmış Ölüme Karşı Tutum Listesi, SiÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği, YOT: Yaşam Oryantasyon Testi

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
2. Breitbart vd, 2012, ABD (121)	Anlam merkezli bireysel psikoterapinin ileri evre kanser hastalarının spiritüel iyilik, anlam ve psikolojik distresi üzerindeki etkisini değerlendirme k	120 birey (müdahale: 64, kontrol: 56) Permütasyonlu blok randomizasyon	Dâhil etme: 18 yaş üstü, evre III veya IV solid kanser ve non- Hodgkin lenfoma tanısı olan, İngilizce konuşabilen ayaktan hastalar Hariç tutma: Önemli düzeyde bilişsel bozulma yaşayan, psikoza olan, fiziksel kısıtlılığı bulunan veya Karnofsky performans skoru 50 puan altında olan bireyler	AMBP: Klinik psikolog veya psikoloji bölümü doktora öğrencileri TM: Lisanslı masaj terapistleri	BUÖ HADÖ-Anksiyete HADÖ-Depresyon AMBP MYKÖ MSDÖ-Di MSDÖ-Sy 3 ölçüm: müdahale öncesi, müdahale tamamlandığında ve müdahalenin tamamlanmasından 2 ay sonra	Haftada 1 kez, 1 saat, toplam 7 seanslık logoterapi temelli AMBP	Haftada 1 kez, 1 saat, toplam 7 haftalık TM	Seansları 78 hasta, 2 aylık takip süreci 67 hasta tamamlamıştır. AMBP'nin ileri evre kanser hastalarının spiritüel acılarının azalmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında anamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

AMBP: Anlam Merkezli Bireysel Psikoterapi, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, MYKÖ: McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği, MSDÖ-Di: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği-Global Distres İndeksi, MSDÖ-Sy: MSDÖ-Semptom Yükü, TM: Terapötik Masaj

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
3. Applebaum vd, 2012, ABD (122)	İleri evre kanser hastalarının randomize kontrollü, anlam merkezli psikoterapile re devam etmemesinin altında yatan nedenleri saptamak	153 birey (müdahale: 79, kontrol: 74) Blok randomizasyon	Dâhil etme: 18 yaş üstü, evre III veya IV solid kanser ve non-Hodgkin lenfoma tanısı olan, İngilizce konuşabilen ayaktan hastalar Hariç tutma: Önemli düzeyde bilişsel bozulma yaşayan, psikozu olan veya fiziksel kısıtlılığı olan bireyler	AMGP: psikiyatrist, klinik psikolog veya ikinci doktora düzeyindeki psikologlar/psik oloji doktora öğrencilerinin eşlik ettiği sosyal çalışmacı SP: klinik psikolog veya lisanslı sosyal çalışmacı (sosyal çalışmacı veya psikoloji doktora öğrencilerinin yardımcı terapist olarak eşlik etmesiyle)	HADÖ BUÖ BDI FACIT-SİÖ IERS 3 ölçüm: müdahale öncesi, müdahale tamamlandığınd a ve müdahalenin tamamlanmasın dan 2 ay sonra	Haftada 1 kez, 90 dakikalık, toplam 8 seanslık logoterapi temelli AMGP	Haftada 1 kez, 90 dakikalık, toplam 8 seanslık kanserle baş etmeye yönelik DP	Çalışmayı 66 hasta tamamlamıştır. Hastaların çalışmadan ayrılmasının en sık nedenleri kendini çok hasta hissetmek, ulaşım problemleri, ölüm, terapiye olan ilgiyi kaybetmek olarak saptanmıştır. Terapiye başlamadan önce 43 hasta çalışmadan çekilmiş olup bu hastalar seansların bitiminde ayrılan 17 hastaya göre daha az finansal problem bildirmişlerdir. Terapi sürecinde çalışmadan ayrılan 27 hastanın fiziksel sağlığının süreci tamamlayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.

AMGP: Anlam Merkezli Grup Psikoterapisi, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, DP: Destekleyici Psikoterapi, FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, İEDEÖ: İntrinsik/Ekstrinsik Dinsel Eğilim Ölçeği, SİÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
4. Breitbart vd, 2015, ABD (123)	Anlam merkezli grup psikoterapisinin ileri evre veya terminal kanser hastalarının psikolojik distresini azaltma ve spiritüel iyilik halini artırma üzerindeki etkinliğini değerlendirmek	253 birey (müdahale:132, DGP: 121) Küme tipi randomizasyon (Her kol 4 gruptan oluşmakta)	Dâhil etme: 18 yaş üstü, evre IV veya kötü prognozlu evre III kanser tanısı olan, İngilizce konuşabilen ayaktan hastalar Hariç tutma: Bilişsel bozulma, psikotik semptomlar veya fiziksel kısıtlılıklar gelişmesi	AMGP: psikiyatrist, klinik psikolog veya ikinci bir klinik psikiyatri alanında doktora eğitimi alan öğrencilerin eşlik ettiği, ileri evre kanser hastalarıyla çalışma deneyimi olan sosyal çalışmacı DGP: ikinci bir psikolog veya klinik psikoloji doktora öğrencisinin yardımcı terapist olarak eşlik ettiği klinik psikolog veya sosyal çalışmacı	FACIT SİÖ MYKÖ BDE HADÖ HAIQ HÖKTL 3 ölçüm: müdahale öncesi, müdahale tamamlandığında ve müdahalenin tamamlanmasın dan 2 ay sonra	Haftada 1 kez, toplam 8 seanslık logoterapi temelli AMGP	Haftada 1 kez, toplam 8 seanslık bireyin hastalık sürecine ilişkin deneyimlerine odaklanan DGP	Çalışmayı toplam 102 hasta (AMGP: 57, DGP: 45) tamamlamıştır. Dini inanca sahip olmanın, her iki grup için çalışmaya devam etmede anlamlı bir faktör olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunun spiritüel iyilik hali ve yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde iyileşme; depresyon, ümitsizlik, ölümü hızlandırma arzusu ve fiziksel semptom distresinde önemli düzeyde azalma saptanmıştır.

AMGP: Anlam Merkezli Grup Psikoterapisi, BDE: Beck Depresyon Envanteri, DGP: Destekleyici Grup Psikoterapisi, FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HUDA: Hastalıkta Umutsuzluk Değerlendirmesi Anketi, MYKÖ: McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği, HÖKTL: Hızlandırılmış Ölüm Karşı Tutum Listesi, SİÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
5. Breitbart vd, 2018, ABD (124)	Anlam merkezli bireysel psikoterapinin, ileri evre kanser hastalarında destekleyici psikoterapi ve zenginleştirilmiş rutin bakıma göre spiritüel iyilik hali ve yaşam kalitesini artırmada, psikolojik distresi azaltmadaki etkisini belirlemek	321 birey (AMBP: 109, DP: 108, ZRB: 104). Distres düzeyi ve Karnofsky performans skoruna göre tabakalı randomizasyon	Dâhil etme: 18 yaş üstü, evre IV solid tümör tanısı olan, İngilizce konuşabilen, Distres Termometres ine göre 4 ve üzeri puan alan hastalar Hariç tutma: Önemli düzeyde bilişsel bozulma veya şiddetli psikiyatrik rahatsızlık	AMGP ve SP: psikiyatrist, klinik psikolog, sosyal çalışmacı veya ileri evre kanser hastalarıyla çalışmış olan klinik psikoloji doktora öğrencisi	FACIT-SİÖ YTP-R MYKÖ HUDA HÖKTL HADÖ-anksiyete HADÖ-depresyon 4 ölçüm: müdahale öncesi, müdahale ortası (4 hafta), müdahale sonrası (8 hafta) ve müdahale sonrası (16 hafta)	Haftada 1 kez, toplam 8 seanslık logoterapi temelli AMBP,	Haftada 1 kez, toplam 8 seanslık, bireyin kanseri deneyimine ilişkin duygularına ve kaygılarına odaklı DP ZRB grubuna kanseriyle baş etmede yardımcı olacak kaynaklar ve The Human Side of Cancer kitabının imzalı bir kopyası verilmiştir.	175 hasta tüm çalışmayı tamamlamıştır (AMBP: 68, SP: 54, ZRB=53). Yaşam kalitesini iyileştirme ve anlam duygusunu artırmada AMBP'nin SP'ye göre daha etkili olduğu saptanmıştır.

AMBP: Anlam Merkezli Bireysel Psikoterapi, AMGP: Anlam Merkezli Grup Psikoterapisi, DP: Destekleyici Psikoterapi, FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HUDA: Hastalıkta Umutsuzluk Değerlendirmesi Anketi, HÖKTL: Hızlandırılmış Ölüm Karşı Tutum Listesi, MYKÖ: McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği, SİÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği, YTP-R: Yaşam Tutumu Profili-Revize, ZRB: Zenginleştirilmiş Rutin Bakım

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
6. Kissane vd, 2019, Avustralya (125)	İleri evre kanser hastalarına uygulanan anlam ve amaç terapisinin uygulanabilirliği ni ve kabul edilirliliğini değerlendirmek; gelecekteki randomize kontrollü çalışmalar için post-travmatik büyüme, yaşam tutumu, depresyon ve demoralizasyon u değerlendirmek için gerekli etki büyüklüğünü saptamak	57 birey (müdahale: 30, kontrol: 27) Basit randomizasyon	Dahil etme: 18 yaş üzeri, en az orta derecede İngilizce bilen, prognozu 12 ay veya daha az olarak belirlenen bireyler Hariç tutma: Terapiye katılmasına engel olabilecek bilişsel veya psikiyatrik bozukluğu bulunan ve ileri evre kanser nedeniyle kırılganlık düzeyi yüksek olan bireyler	Psiko-onkolog	PTGI YTP-R KSE DS-II 2 ölçüm: başlangıç ve müdahale sonrası (başlangıçtan 6-8 hafta sonra)	Her biri 60 dakika süren, 6 haftalık, anlam ve amaç odaklı (MaP) terapi seansı	Rutin bakım (çalışma başladıktan 9 hafta sonra bu gruptaki 15 birey, müdahale grubuna dahil edilmiştir)	Çalışma 47 birey (müdahale: 40, kontrol: 17) ile tamamlanmıştır. MaP terapisinin uygulanabilir ve kabul edilir olduğu saptanmıştır. Müdahalenin posttravmatik büyüme ve yaşam tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

DÖ-K: Demoralizasyon Ölçeği-Kısa, KSE: Kısa Semptom Envanteri, PTBE: Posttravmatik Büyüme Envanteri, YTP-R: Yaşam Tutumu Profili-Revize

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
7. Fraguell- Hernando vd, 2020, İspanya (126)	Evde palyatif bakım alan hastalarda anlam merkezli bireysel psikoterapinin danışmanlık temelli psikoterapiye göre emosyonel iyilik hali üzerindeki etkisini değerlendirmek	51 birey (müdahale: 24, kontrol: 27 birey)	Dâhil etme: 18 yaş ve üzeri, ileri evre kanser tanısı olan, evde palyatif bakım alan, hekim tarafından öngörülen yaşam beklentisi 1 ayın üzerinde olan, olur formunu imzalayan bireyler Hariç tutma: Bireyin seanslara katılımını engelleyecek düzeyde psikiyatrik veya psikolojik bozukluğu olması, çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, yaşam beklentisinin 1 ayın altında olması	Terapist	HADÖ EDS DÖ-K 2 ölçüm: çalışmaya öncesi ve üçüncü seans bitiminde	AMBP-PC 4 hafta içinde her biri 45-60 dakika süren 3 seans şeklinde ve hastanın evinde uygulanmış logoterapi temelli psikoterapi	Her biri 45- 60 dakika süren 3 seanstan oluşan, bireyin baş etme ve kanserle ilişkili duygularına odaklanmış psikoterapi	Çalışmayı her iki grupta 16 olmak üzere toplam 32 birey tamamlamıştır. AMBP-PB katılımcıların anksiyete, depresyon ve emosyonel distresini azaltmada daha etkili bulunmuştur.

AMBP: Anlam Merkezli Bireysel Psikoterapi, DÖ-K: Demoralizasyon Ölçeği-Kısa, EDS: Emosyonel Distres Saptama, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, PB: Palyatif Bakım

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
8. Quilez- Bielsa vd, 2022, İspanya (127)	İleri evre kanser hastalarında anlam merkezli psikoterapiyle bütünleştirilen temel bakımın rutin psikolojik destek uygulamasına kıyasla etkinliğini, uygulanabilirliği ni ve kabul edilirliliğini değerlendirmek	30 birey: AMP-EB için 20 (10 birey bireysel terapi, 10 birey grup terapisi), kontrol grubu için 20 birey Müdahale grubunda grup psikoterapisine dahil edilen 10 birey randomize edilmemiş, diğer katılımcıların randomizasyon yöntemi belirtilmemiştir.	Dâhil etme: 18 yaş üzeri, histolojik olarak doğrulanmış ileri evre kanser (anrezektabl evre III veya IV) ve onkolog tarafından “tedavi edilemez” olarak tanımlanan kanser hastalığına sahip olan, ECOG performans skoru 2’nin altında olan ve psiko-onkoloji birimi tarafından emosyonel distresi olduğu bildirilen bireyler Hariç tutma: -	Psiko-onkoloji bölümünden psikiyatrist	EQ-5D-3L QOL FACIT SİÖ HADÖ ÖŞÖ-KF HUDA DMÖ DT 2 ölçüm: Çalışmaya dâhil edildiğinde veya müdahaleye başlamadan hemen önce ve müdahale sonrası (müdahale grubu için seanslar bittikten 1 hafta sonra, kontrol grubu için çalışmaya dahil edildikten 1 hafta sonra)	AMP-EB: Haftada 1, bireysel program için 45 dakika ve grup programı için 1 saat süreli, toplam 4 seans, logoterapi temelli psikoterapi ve öz bakımı geliştirmeye yönelik planlama	PBDPG: İlk ziyarette psikolojik ve emosyonel değerlendir me yapılmış, iki hafta sonraki ikinci ziyarette kanserle ilgili bir endişeleri olup olmadığı sorulmuş olup bunun dışında bir müdahalede bulunulmam ıştır.	28 birey çalışmayı tamamlamıştır (AMP-EB: 18 birey ve BDPG: 10 birey). AMP-EB’nin anksiyete ve depresyon semptomlarını , umutsuzluğu ve demoralizasyo nu azaltırken spiritüel iyilik halini ve anlam duygusunu artırdığı saptanmıştır.

AMP-EB: Anlam Merkezli Psikoterapi-Palyatif Bakım ve Esas Bakım, BDPG: Bireysel Destekleyici Psikolojik Girişim, DMÖ: Demoralizasyon Ölçeği, DÖ-K: Demoralizasyon Ölçeği-Kısa, DT: Distres Termometresi, ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group, FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HUDA: Hastalıkta Umutsuzluk Değerlendirmesi Anketi, QOL: Yaşam Kalitesi, ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği-Kısa Formu, SİÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği,

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kont rol	Sonuç
9. Winger vd, 2022, ABD (128)	Anlam merkezli, ağrıyla baş etme becerileri eğitiminin (davranışsal ağrı yönetimi girişimi) ileri evre kanser hastalarına uygulanabilirliği ni ve kabul edilirliğini değerlendirmek	Elektronik kayıtlar taranarak çalışmaya katılmaya uygun olan hastalar davet edilmiştir. Çalışmaya 98 hasta davet edilmiş, bunlardan 30'u çalışmaya katılmıştır.	Dâhil etme: Evre IV solid tümör veya evre III pankreas veya akciğer kanseri olan, telefon görüşmesinde son 1 haftada ağrı puanını $\geq 4/10$ olarak bildiren, Distres termometresine göre distres düzeyi $\geq 3/10$ olan, ECOG performans skoru 2 ve altında olan, İngilizce konuşup okuyabilen, 18 yaş ve üzeri bireyler Hariç tutma: Ciddi düzeyde bilişsel bozukluğu, tedavi edilmemiş ciddi mental hastalığı veya primer beyin tümörü olan bireyler	Doktora düzeyinde eğitimi olan klinik psikolog	Primer sonuçlar: KSE-KF FACIT-SiÖ Sekonder sonuçlar: KAÖEÖ GABÖ HSA HUDA YSE MYKÖ 3 ölçüm: başlangıçta, müdahale sonrası ve 4 haftalık takip sonunda	Toplam 4 seanstan oluşan, 45-60 dakika aralığında süren videolar bir tablete yüklenerek müdahale grubundaki katılımcılara verilmiştir. Değerlendirmeler REDCap üzerinden yapılmış ve her katılımcıya her değerlendirme için 20 dolar ödenmiştir. Videolar relaksasyon egzersizleri, yönlendirilmiş imgeleme uygulamalarının yanı sıra bireyin anlam ve değerlerini keşfetmeye yönelik müdahaleler bulunmaktadır.	Yok	Çalışmayı 23 hasta tamamlamıştır. Müdahale sonrası değerlendirmede katılımcılar uygulamadan çok memnun olduklarını ve edindikleri becerileri haftalık olarak uyguladıklarını belirtmişlerdir. Müdahale sonrasındaki iki değerlendirmede de primer çıktılarının tamamında, sekonder çıktılarının da neredeyse tamamında iyileşme olduğu görülmüştür. Müdahalenin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu saptanmıştır.

FACIT: Kronik Hastalık Tedavisi Fonksiyonel Değerlendirmesi, GABÖ: Genelleştirilmiş Anksiyete Bozuklukları Ölçeği, HSA: Hasta Sağlık Anketi, HUDA: Hastalıkta Umutsuzluk Değerlendirmesi Anketi, KSE-KF: Kısa Semptom Envanteri-Kısa Formu, KAÖEÖ: Kronik Ağrı Öz Etkililik Ölçeği, MYKÖ: McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği, SiÖ: Spiritüel İyilik Ölçeği, YSE: Yorgunluk Semptom Envanteri

Yazarlar, Yıl, Ülke	Amaç	Örneklem Randomizasyon	Dâhil Etme Hariç Tutma Kriterleri	Müdahaleyi Uygulayanlar	Ölçüm Araçları Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	Sonuç
10. Heidary vd, 2023, İran (129)	İleri evre kanser hastalarında grup logoterapisinin ölüm anksiyetesi ve varoluşsal yalnızlık üzerindeki etkisini değerlendirmek	64 birey (müdahale: 32, kontrol: 32) Blok randomizasyon	Dâhil etme: En az 18 yaşında, bir onkolog tarafından doğrulanmış ileri evre kanser (evre III veya IV) hastalığı olan, yaşam beklentisi 6 ayın üzerinde olan, kanser tedavisi devam etmekte olan, en az ilkokul mezunu bireyler Hariç tutma: Başka kronik hastalıkları olan, alkol/ilâç/madde kötüye kullanım öyküsü bulunan, ciddi nörolojik veya işitme problemleri olan, akut psikiyatrik bozukluğu bulunan ve daha önce logoterapi deneyimi bulunan bireyler	15 yıllık logoterapi deneyimi olan psikoterapist	Templer ÖAÖ VYA 2 ölçüm: Çalışma başlangıcında ve çalışma sonrası (pre ve post-test) .	Haftada 2 saat, 10 haftalık grup logoterapisi	Kontrol grubu rutin bakım almış olup çalışma tamamlandıktan sonra talep eden bireylere logoterapi uygulanmıştır.	63 birey çalışmayı tamamlamıştır (müdahale: 31, kontrol: 32) Müdahale grubunun ölüm anksiyetesi ve varoluşsal yalnızlık düzeyinde müdahale öncesine ve kontrol grubuna göre anlamlı azalma saptanmıştır.

ÖAÖ: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, VYA: Varoluşsal Yalnızlık Anketi

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmanın amacı logoterapinin palyatif bakım hastalarının keder, itibar duygusu ve yaşamda anlam bulmaları üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Araştırma, randomize kontrollü desene göre tasarlanmış olup CONSORT kontrol listesine göre uygulanarak raporlanmıştır (130). Araştırmanın ClinicalTrials.gov tanımlayıcısı NCT05129059'dur.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Uzamış Yas bozukluğu Ölçeği, Yaşam Anlamı Ölçeği ve Hasta İtibar Envanteri puanlarıdır. Bağımlı değişkenler müdahale ve kontrol gruplarına çalışma başlangıcı (T1), çalışmanın hemen sonrası (T2) ve çalışma bittikten 4 hafta sonra (T3) değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni, logoterapi danışmanlığıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, tanı ve evre gibi diğer bağımsız değişkenlerin etkisi de incelenmiştir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 30 Eylül 2021-20 Haziran 2023 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinde Medikal Onkoloji ve Jinekoloji kliniklerinde yapılmıştır.

Gazi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği 22 yataklı olup aktif kemoterapi/radyoterapi alan, palyatif bakım gereksinimi olan veya yeni tanı aldığı için ileri tetkik/tedavi planlaması yapılan hastalar yatmaktadır. Bu klinikte her şiftte 3 hemşire çalışmakta olup şiftler 8 veya 16 saatlik zaman diliminden oluşmaktadır. Toplam çalışan hemşire sayısı 15'tir. Klinikte 2 hekim görev yapmaktadır.

Gazi Hastanesi Jinekoloji Kliniği, 27 yataklı olup benign jinekolojik hastalıkların yanı sıra kanser nedeniyle cerrahi işlem geçiren ve işlem sonrası kemoterapi/radyoterapi planlaması yapılan hastalar yatmaktadır. Jinekoloji kliniğinde hafta içi 2 hafta sonu tek hemşire 8 veya 16 saatlik shiftlerle çalışmaktadır. Bu klinikte toplam 8 hemşire çalışmakta olup çalışan hekim sayısı ise klinik ihtiyacına göre değişmektedir. Bu kliniklerde yatmakta olan hastalara düzenli olarak sunulan manevi bakım veya psikolog hizmeti bulunmamakta olup gerekli olduğunda psikiyatri bölümüne danışılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 30 Eylül 2021-20 Haziran 2023 tarihleri arasında çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde yatan ileri evre kanser hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme biyoistatistik alanında uzman, bağımsız bir akademisyen tarafından 0.35 etki büyüklüğü, %85 güç ile 58 birey olarak hesaplanmıştır (EK-1). Araştırma, Gazi Üniversitesi Hastanesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinin medikal onkoloji ve jinekoloji kliniklerinde yatmakta olan ileri evre kanser hastalarıyla yürütülmüş olup çalışma grubuna 29, kontrol grubuna 29 birey dâhil edilmiştir. Bireysel logoterapi danışmanlığı verilen önceki çalışmalara ilişkin etki büyüklüğüne ulaşamadığı için örneklem büyüklüğünde daha önce yapılan grup çalışmaları referans alınmıştır (25-27). Referans alınan araştırmaların örneklem sayısı 29, 58 ve 70 bireydir (25-27). Araştırmaya dâhil etme ve sonlandırma kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- a. 18 yaş ve üzeri;
- b. İleri evre (evre 3 veya 4) kanser nedeniyle hastanede yatmakta olan;
- c. En az bir aydır tanısını bilen;
- d. İletişim kurmasına engel bir durumu bulunmayan;
- e. Palyatif performans skoru %50 ve üzerinde olan;
- f. DSM-V'e (131) (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) göre bir tanısı olmayan;
- g. Yaşam beklentisi 6 ayın üzerinde olan;
- h. Kronik kederin aşağıda belirtilen tanımlayıcı özelliklerinden en az birini deneyimlediğini sözel olarak ifade eden;

- i. Çalışmaya katılmaya istekli olup Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (EK-2) onaylayan bireyler olarak belirlenmiştir.

Kronik kederin tanımlayıcı özellikleri aşağıda sıralanmıştır (67):

- Herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, zaman içinde azalabilmesine rağmen hiçbir zaman tam anlamıyla geçmeyen periyodik üzüntü
- Kayıp, hayal kırıklığı ve korku duygularını tetikleyen internal ve eksternal uyaranların varlığı
- İlk hayal kırıklığı veya kayıptan yıllar sonrasında üzüntü veya kederin progresyonu ya da yoğunlaşması

Hastalar bu sorulardan birine “evet” yanıtı verdiklerinde kronik keder deneyimledikleri öngörülmüştür:

- ‘Hastalığınız nedeniyle zaman zaman kendinizi bunalmış hissediyor musunuz?’
- ‘Kendinizi iyi hissettiğiniz zamanlarda bile hastalığınız nedeniyle sizi üzebilen durumlar oluyor mu?’

Sonlandırma kriterleri:

- a. Katılımcının kendi isteği ile çalışmadan çekilmesi
- b. Araştırma sürecinde hastanın palyatif performans skalası skorunun %40 ve altına düşmesi

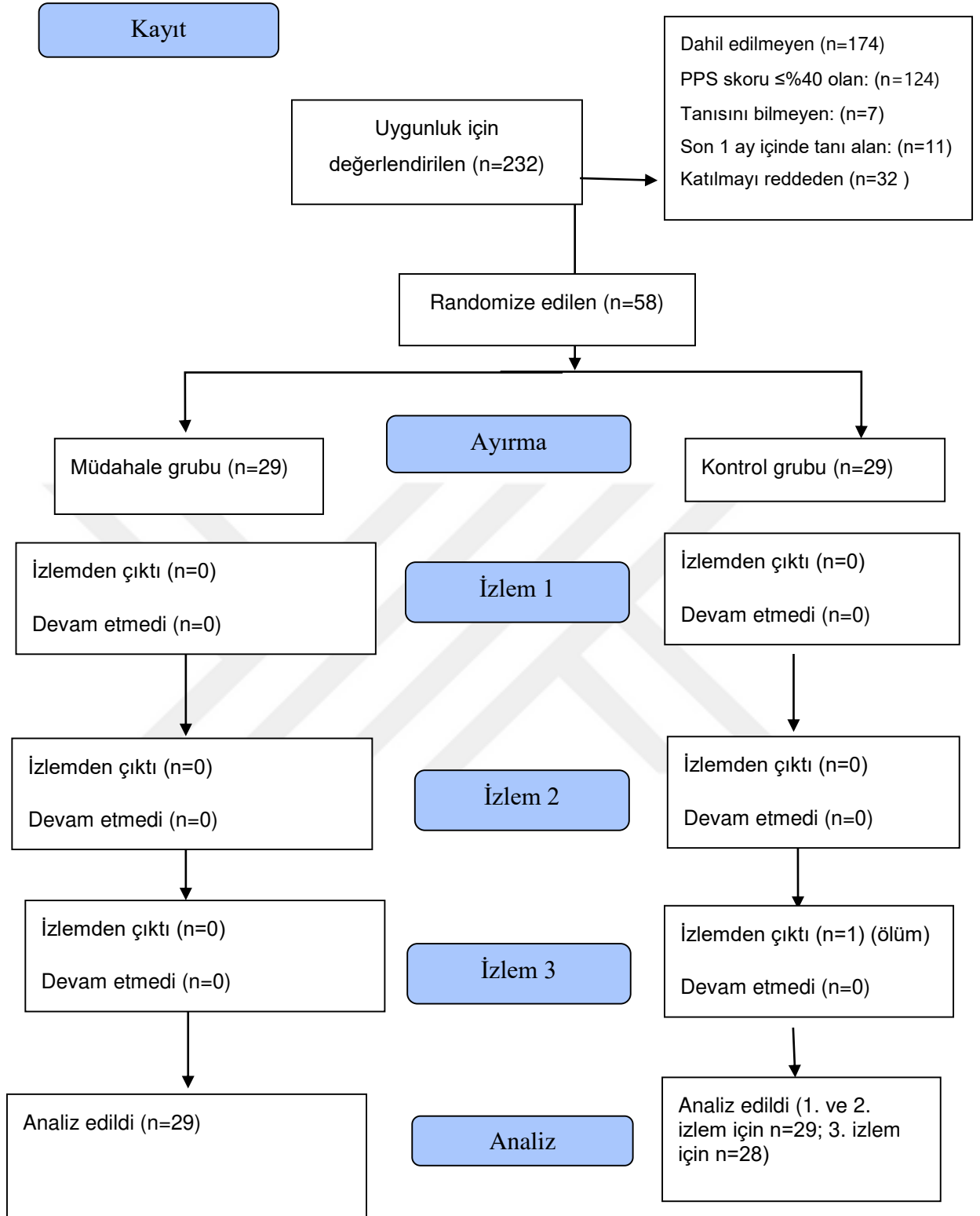
3.5. Randomizasyon

Katılımcılar basit randomizasyon yöntemi ile müdahale veya kontrol grubuna atanmıştır. Atama, randomizasyona özgü bilgisayar programı aracılığı (Research Randomizer) ile yapılmıştır. Araştırmacı, çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde yatan hastaların genel durumu, tanı tarihi, tanısını bilme durumu, yaş, hastalık evresi ve mental durumu konusunda klinikte çalışan hekim ve hemşirelerden bilgi alarak dâhil edilebilecek hastaları yattıkları oda numarasına göre listelemiştir. Araştırmacı bu listedeki sıra numarasına göre hastaları ziyaret ederek hastaların PPS skorlarını değerlendirmiş ve hastalık sürecindeki duygu ve deneyimlerini saptamaya yönelik bir çalışma yapılacağı bilgisini

vermiştir. Bireyin, araştırmaya katılmayı kabul etmesi durumunda hangi gruba dâhil olacağı bilinmediğinden çalışmaya davet edilirken çalışma süresi, veri toplama süreleri ve araştırma amacına ilişkin kısa bilgi verilmiştir. Bu aşamada kronik kederin tanımlayıcı özelliklerinden herhangi birini deneyimlemekte olup olmadıkları da sorularak dâhil etme kriterlerini karşılayıp çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar EK3'te gösterilen listeye kabul etme sıralarına göre eklenmiştir. Bu sıra numaraları <https://randomizer.org/> adresinde bulunan randomizasyon motoruna girilerek 1 ve 2 numaralı iki gruba randomize edilmesi sağlanmıştır. Bu gruplar, klinikte çalışmakta olan hemşire veya bir başka görevli tarafından kura çekilerek müdahale ve kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Araştırmacı, çalışmaya yeni katılımcı dâhil edebilmek için çalışmanın yapıldığı klinikleri 10-15 gün ara ile ziyaret ederek her ziyarette bu işlemi tekrarlamıştır. Çalışmada yanlılık riskini azaltmak için araştırmanın istatistik analizleri bağımsız bir uzman tarafından yapılmış ve analiz edilen verilerde grup ismi belirtilmemiştir. Ayrıca, katılımcılara da çalışmanın hangi grubunda oldukları bilgisi verilmemiştir.

3.6. Consort Akış Diyagramı

Şekil 3.1'de araştırmanın CONSORT diyagramı verilmiştir. Araştırmaya 30 Eylül 2021-20 Haziran 2023 tarihleri arasında çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde yatan 232 ileri evre kanser hastası uygunluk için değerlendirilmiş olup bu bireylerden 174'ünün çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılamadığı görülmüştür. Bu hastaların 124'ünün PPS skorunu %40 ve altında olduğu, 11'inin son 1 ay içerisinde tanı aldığı ve 7'sinin tanısını bilmediği belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmaya 90 birey davet edilmiş, bu bireylerden 32'si katılmayı kabul etmemiştir. Böylece araştırmaya 58 birey dâhil edilerek müdahale ve kontrol gruplarına 29'ar birey şeklinde atanmıştır. Araştırmanın kontrol grubunda T3'te bir katılımcı vefat etmiş, ancak bu bireye ait T1 ve T2 verileri analizlere dâhil edilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma CONSORT akış diyagramı

3.7. Veri Toplama Araçları

Veriler EK-4'te sunulan demografik veri formu, EK-5'te sunulan Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hasta Formu (UYBÖ-HF), EK-6'da sunulan Hasta İtibar Envanteri (HİE), EK-7'de sunulan Palyatif Performans Skalası (PPS) ve EK-8'de sunulan Yaşam Anlamı Ölçeği (YAÖ) ile toplanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının verileri çalışma başlangıcı (T1), dördüncü haftada (T2) (müdahale grubunda uygulamanın tamamlanma zamanı) ve uygulama tamamlandıktan 4 hafta sonra (T3) toplanmıştır.

3.7.1. Demografik veri formu

Bu form katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu gibi sosyodemografik özellikleriyle kanser tanısı ve tedavisine ilişkin bilgileri toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu form bireyin tanıtıcı özelliklerine ilişkin 9 ve tıbbi özelliklerine ilişkin 3 olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmuştur. Formdaki tanıtıcı özellikler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, evde kimlerle ve nerede (ilçe, il vb) yaşadığı, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve bireyin algıladığı sosyo-ekonomik durumu kapsamaktadır. Tıbbi özelliklerde ise hastalık tanısı, hastalık evresi uygulanan tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

3.7.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği Hasta Formu

Orijinali Prigerson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 25 maddeden oluşan ölçeğin, 13 maddesinin faktör analizinde toplam varyansı açıklamaya yeterli katkı sağlamaması üzerine kalan 12 maddenin Jacobsen ve arkadaşları tarafından tek faktör altında yeniden düzenlenmesiyle elde edilmiştir (132, 133). Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu (UYBÖ-HF) tek boyut ve 12 maddeden oluşmakta olup Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2017 yılında Gökler Danışman, Yalçınay ve Yıldız tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert tipte olup 1-4. maddeler için 1 puan "hiç", 5 puan "günde birçok kez" anlamına gelirken diğer maddelerde 1 puan "hiç" ve 5 puan "çok fazla" olarak ifade edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en az puan 12 ve en çok puan 60 olup alınan toplam puan arttıkça bireyin yas belirtilerinin yoğunluğu da artmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa

katsayısı 0.88 olup varyansın %46'sını açıkladığı saptanmıştır. Ölçek, kanser hastalarının, hastalığın yol açtığı kayıp ve yas duygularının yoğunluğunu değerlendirmek için kullanılmakta olup ters puanlanan maddesi bulunmamaktadır (134). Bu aracın araştırmada kullanılma nedeni bireylerdeki keder duygusunu değerlendirmektir. Türkçe dilinde yalnızca keder düzeyini ölçmeye uygun bir araca ulaşılamamış, uzamış yasin kederi de kapsamamasından (5) dolayı araştırmada bu ölçek kullanılmıştır. Bu araştırmada, ölçeğin T1 verilerinden elde edilen Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuş olup UYBÖ-HF ile HİE ($r=0.76$), HİE'nin semptom distresi ($r=0.81$), varoluşsal distres ($r=0.69$), bağımlılık ($r=0.50$), özgüven ($r=0.52$) ve destek bakım gereksinimi ($r=0.49$) alt boyutları arasında pozitif yönde, orta ila kuvvetli düzeyde bir korelasyon saptanmıştır.

3.7.3. Hasta İtibar Envanteri

Orijinali Chochinov ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek palyatif bakım hastalarında itibar distresini değerlendirmektedir (135). Envanterin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eskigölek ve Kav tarafından yapılmış olup 25 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları semptom distresi, varoluşsal distres, özgüven, bağımlılık, destek bakım gereksinimidir. Envanter 5'li Likert tipte (1=sorun değil; 5=baş edilmesi güç bir sorun) puanlanmakta olup Cronbach alfa katsayısı 0.94'tür. Envanterden alınabilecek en az puan 25, en çok puan 125 olup alınan toplam puan ne kadar yüksekse bireyin itibar duygusu da bu ölçüde zedelenme riski taşımaktadır. Ölçeğin ters puanlanan maddesi bulunmamaktadır (136). Bu araştırmada, ölçeğin T1 verilerinden elde edilen Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Palyatif Performans Skalası

Palyatif Performans Skalası (PPS), palyatif bakım hastalarının hareket durumunun, özbakım aktivitelerinin ve bilinç düzeyinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirebilmesi için Anderson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Değerlendirmede en soldaki sütunda bulunan hareket durumundan başlanıp aşağı doğru inilerek hastaya en uygun yüzdelik dilim bulunur. Bunun ardından hareket durumu ile aynı satırda bulunan hastalık bulgusu, özbakım, beslenme ve bilinç düzeyi satırları da aynı şekilde

değerlendirilerek %10 ile %100 arasındaki performans dilimlerinden uygun olan skor belirlenir. % 0 ile gösterilen performans durumu “ölüm” anlamına gelmektedir. Hastanın performans durumunu belirlemede soldaki sütunlar sağdakilere göre daha etkili olup yüzdelik dilim ne kadar yüksekse bireyin performansı da o kadar yüksektir (137).

3.7.5. Yaşam Anlamı Ölçeği

Orijinali Steger ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Akın ve Taş (2015) tarafından yapılmıştır (138, 139). Ölçek 10 madde ve iki alt boyuttan oluşmakta ve 7’li Likert tipte puanlanmakta olup dokuzuncu maddesi ters puanlanmaktadır. Ölçeğin 1, 4, 5, 6 ve 9. maddeleri “mevcut anlam” (Cronbach alfa 0.77); diğer maddeleri “aranan anlam” (Cronbach alfa 0.83) alt boyutunu oluşturmakta olup boyutlar toplam varyansın %57’sini açıklamaktadır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp bireyin yüksek puan aldığı alt boyut özelliğine yakın olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Alt boyutlardan alınabilecek minimum puan 7, maksimum puan ise 35’tir (138, 139). Mevcut anlam alt boyutundan alınan puanın yüksek olması bireyin yaşamını anlamlı bulduğu, aranan anlam alt boyutundan alınan puanın yüksek olması ise bireyin yeni anlamlar keşfetmeye açık olduğu veya yaşamını daha anlamlı kılmak istediği anlamına gelmektedir (140). Bu araştırmada ölçeğin mevcut ve aranan anlam alt boyutları için T1 verilerinden elde edilen Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.80 ve 0.78’dir. Ölçeğin mevcut anlam alt boyutu ile UYBÖ-HF ($r=-0.42$), HİE ($r=-0.39$) ve HİE’nin semptom distressi ($r=-0.39$), varoluşsal distressi ($r=-0.41$), özgüven ($r=-0.53$), bağımlılık ($r=-0.21$) ve destek bakım gereksinimi ($r=-0.14$) alt boyutları arasında zayıf-orta düzeylerde, negatif yönlü korelasyon saptanmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma ön hazırlık, ön uygulama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır.

3.8.1. Ön hazırlık aşaması

Bu aşamada araştırmacı, logoterapi danışmanlığı uygulayabilmek için Viktor Frankl Enstitüsü Türkiye şubesinden (141), 19 Ocak-8 Haziran 2021 tarihleri arasında 21 haftalık online eğitim almıştır. Eğitim sonrasında logoterapi temelli eğitim uygulayabilmek için sertifika sınavına girerek başarılı olmuştur. Viktor Frankl Enstitüsü Türkiye şubesi 2016 yılında Memduh Özmert tarafından kurulmuş olup International Association of Logotherapy and Existential Analysis tarafından akredite edilmiştir. Eğitim programı EK-9'da ve kazanılan sertifika EK-10'da verilmiştir.

3.8.2. Logoterapi temelli danışmanlık programı

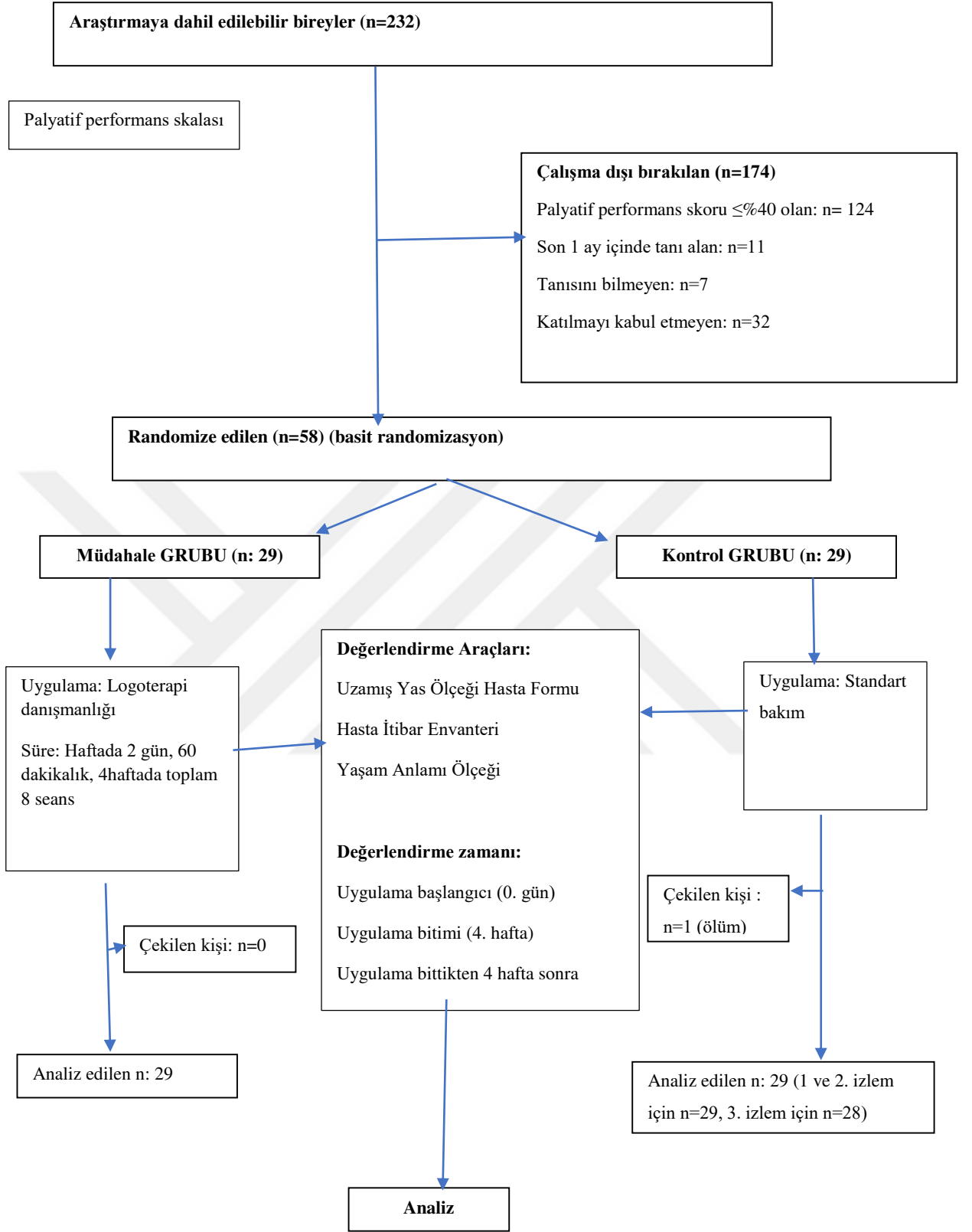
Logoterapi danışmanlığı programının içeriği Tablo 3.1'de açıklanmıştır. Logoterapi danışmanlığı programı toplam 8 seanstan oluşmaktadır. Birinci seans tanışma seansı olup uygulamanın anlaşılır olmasını sağlamak için programın amacı açıklanarak katılımcının soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca hastalık sürecindeki deneyimlerini paylaşmasına olanak sağlanmıştır. İkinci seansta bireyin, sağlıklı zamanlarında ve hastalık sürecinde kendisine ilham veren deneyim değerleri tartışılmıştır. Bu görüşmede hastalık sürecinde deneyim değerlerine karşı bir ilgi azalması olup olmadığına da odaklanılmıştır. Üçüncü seansta bireyin sağlıklı olduğu zamanlarda dünyaya verebildiklerinin ne kadarını devam ettirebildiği ve bundan sonra neleri yapabileceği tartışılmıştır. Bu seans bireyin hastalık nedeniyle meydana gelen rol değişimlerini fark edebilmesini de amaçlamaktadır. Dördüncü seansta, yaşamı boyunca karşılaştığı güçlüklerle baş etme tercihleri tartışılmıştır. Bu seans bireyin tutum değerlerini keşfedebilmesini amaçlamaktadır. Beşinci seans, bir öncekinin devamı niteliğinde olup bireyin logoterapinin trajik üçleme kavramlarının (acı, suçluluk ve sonluluk) tanımlayarak yaşadığı kederi baş edebildiği bir probleme dönüştürebilecek bakış açısını kazanmasını hedeflemiştir. Altıncı seansta bireyin logoterapinin trajik iyimserlik kavramlarını (sevgi, inanç ve umut) tanımlayarak yaşama bağlanma yollarını keşfetmesi amaçlanmıştır. Yedinci seans ise önceki görüşmelerdeki keşifler ışığında bireyin içinde bulunduğu durumu kabullenmede ve baş etmede en çok zorlandığı alanların belirlenmesini, hastalığa bakışını fark edebilmesini, deneyimlemekte olduğu olumsuz koşullarda tutumunu özgürce seçebilmesini, değerlerini sürdürebilmesini ve biricikliğini koruyabilmesini hedeflemiştir. Sekizinci seansta önceki seanslardan devam edilmesi veya tekrar edilmesi

istenen konulara odaklanılmış, tüm süreç gözden geçirilerek bireyde gerçekleşen tutum değişimi değerlendirilmiştir. Seans içerikleri literatüre göre oluşturulmuştur (22, 25, 142). Uygulama içeriği Viktor Frankl Enstitüsü Türkiye şubesinin kurucusu Memduh Özmert'e danışılarak onayı alınmış, programda bir değişiklik yapılmamıştır. Uygulama akışı Şekil 3.2'de gösterilmiştir. Programın her bir basamağında kullanılan sonda sorular Ek-13'te verilmiştir.



Tablo 3.1. Logoterapi temelli danışmanlık programı

Seans	İçerik	Uygulama	Amaç
1	Tanışma	Programın amacının açıklanması, hastanın sorularının yanıtlanması	Güvene dayalı ilişki kurulması, programın anlaşılabilirliğinin sağlanması
2	Deneyim değerleri	Bireyin sağlık ve hastalık sürecinde kendisini iyi hissettiren ve ilham veren deneyimlerini gözden geçirmesi “Kendinizi ve diğerlerini sevmek için ne yaparsınız?”	Bireyin, dünyadan aldıklarını keşfedebilmesi
3	Yaratıcı değerler	Bireyin sağlık ve hastalık sürecinde yapabildiklerini gözden geçirmesi “Yaşamınız hakkında ne düşünüyorsunuz?”	Bireyin, kanserin olumsuz etkilerine rağmen dünyaya verebileceklerini keşfedebilmesi
4	Tutum değerleri	Bireyin geçmişteki problem çözme ve baş etme becerilerini anımsayabilmesi “Yaşamınızdaki terslikleri nasıl karşılırsınız?”	Bireyin, kaçınılmaz bir kader karşısında takındığı tutumu keşfedebilmesi
5	Trajik üçleme “Acı, suçluluk ve sonluluk”	Kendisine yatırım yapması gereken (acı) ve yaşama borçlu olduğu (suçluluk) durumları ve geri gelmeyecek olan zamanı (sonluluk) en anlamlı şekilde kullanabilme yollarını tartışma “Yaşamınızda en çok yapmak istediğiniz neydi?” “Yaşamınızda neyi farklı yapmayı isterdiniz?” “Bugünkü gücünüzle neleri yapabilirsiniz?”	Bireyin geçmiş deneyimlerinden güç alarak içinde bulunduğu durumu anlamlandırması
6	Trajik iyimserlik “Umut, inanç ve sevgi”	Umut, inanç ve sevgi kavramlarını tanımlamak “İçinde bulunduğunuz durumdan kaynaklanan acı ve sıkıntılara dayanmanız için size güç veren nedir?” “Bir çocuk gelip size yaşamdan öğrendiğiniz en önemli ders nedir diye sorsa ne söylersiniz?”	Bireyin kendisini yaşama bağlayan durumları keşfedebilmesi
7	Tutum modülasyonu	Bireyin anlam kaynakları çerçevesinde içinde bulunduğu duruma farklı açılardan bakabilmesine yardımcı olmak, özgürlük ve sorumluluk alanlarını belirlemek “Sağlıklıyken yapıp şu an yapamadığınız neler var? Bunları şu anda yapabilmeniz nasıl mümkün olur?”	İçinde bulunduğu durumla baş edebilmesi
8	Değerlendirme	Önceki görüşmelerin pekiştirilmesi, bireyin neleri keşfedebildiğinin belirlenmesi	Tutum değişiminin değerlendirilmesi



Şekil 3.2. Uygulama akış şeması

3.8.3. Ön Uygulama

Ön uygulama aşaması 30 Eylül 2021 tarihinde, medikal onkoloji kliniğinde ileri evre kanser nedeniyle yatmakta olan, 52 yaşındaki bir kadın hastayla 60 dakika süreyle, yüz yüze yapılmıştır. Bu aşamada tüm seanslar kısaca uygulanmıştır. Katılımcı görüşme içeriğinin anlaşılabilir ve uygulanabilir olduğunu ifade etmiştir. Ön uygulama sürecinde elde edilen bulgular ve katılımcının geri bildirimi Memduh Özmert'e danışılarak uygun olduğu yönünde görüşü alınmıştır. Ön uygulama yapılan hasta, örnekleme dâhil edilmemiştir.

3.8.4. Uygulama

Randomizasyon sonrasında katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve atandıkları gruba göre izlenecek yol hakkında bilgi verilmiştir. Her iki grupta da katılımcılara çalışmaya dâhil oldukları günden başlanarak demografik veri formu, HİE, YAÖ ve UYBÖ-HF uygulanmış; 4 ve 8. hafta verilerinin toplanacağı tarihler belirlenmiştir. Uygulama aşaması 30 Eylül 2021- 20 Haziran 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.8.4.1. Müdahale grubunda araştırmanın uygulanması

Müdahale grubundaki katılımcılara çalışma takvimi açıklanmış ve görüşmelere başlanmıştır. Görüşmeler hasta odasında, yüz yüze ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılmıştır. Görüşmeler sırasında hastanın yalnız olması sağlanmış, talep etmesi halinde yakını da eşlik etmesine olanak tanınmıştır. Görüşmeler sırasında hasta yorgun düşerse ara verilebileceği veya o gün için görüşmenin bitirilebileceği güvencesi verilmiştir. Görüşmeleri erken bitiren veya devam etmek istemeyen hasta olmamıştır. Toplamda 7 hasta, görüşmeleri yakınıyla birlikte yapmayı tercih etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun tek kişilik odada yatması, geri kalanların ise 2 kişilik odada tek kişi kalması nedeniyle görüşmeler sırasında mahremiyet sağlanabilmiştir. Görüşme takvimi 4 hafta boyunca, haftada iki gün, 60 dakika olacak şekilde hastanın uygun bulunduğu günlere göre planlanmıştır. Çalışma süresi içinde taburcu olan hastaların görüşme planları kontrole gelme ve yeniden yatış planlarına göre düzenlenerek tamamlanmıştır. Bu süreçte kontrole gelen hastalarla poliklinikte uygun bir odada görüşülmüş, yeniden yatış planı olan hastaların görüşme planları yatış tarihlerine

göre düzenlenmiştir. Görüşmeler sırasında hastanın deneyim değerleri, yaratıcı değerler ve tutum değerlerine ilişkin bilgileri not alınmış olup iletişimin kopmasını engellemek için seansa ait diğer detaylar görüşme sonrasında not alınmıştır. Bu veriler bireyin hastalık öncesi ve sonrasında kendisini hem kendi hem de başkasının gözünden tanımlamasını, aktarmak istediği deneyimler ve cesaret kaynaklarını, ailesinden devraldığı yaşam mirasını ve biricikliğini koruyan değerlerini kapsamaktadır. Seanslar sonunda görüşme süresi de not edilmiştir. Görüşmeler sırasında hastanın rahat hissetmesi için ses kaydı alınmamıştır. Görüşme içeriğine ilişkin verilerin toplandığı formlar EK-11 ve EK-12’de gösterilmiştir. Veri toplama formlarının uygulandığı tarihlerde her bir katılımcının PPS skoru değerlendirilerek çalışmaya devam edip edemeyeceği saptanmıştır. Görüşmeler ortalama 45 dakika (min: 30-maks:60 dakika) olarak gerçekleştirilmiştir.

3.8.4.2 Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması

Kontrol grubundaki katılımcılara ilk görüşmede veri toplama formları uygulanmış olup boş veri toplama formlarının üzerine 4. ve 8. hafta verilerinin tarihleri yazılarak bu tarihlerde doldurmaları istenmiştir. Bu tarihlerde hastalar aranarak hastanede yatanların verileri yüz yüze alınmıştır. Taburcu olanların verileri kontrole geldikleri süreçte toplanmıştır. Kontrole gelen hastaların verileri poliklinikte uygun olan bir odada toplanmış, yatan hastaların ise hasta odasında alınmıştır. Bunun dışında hastalara veri toplama formlarını araştırmacının telefonuna WhatsApp uygulaması veya e-posta üzerinden gönderebilme olanağı sağlanmış, ayrıca posta yoluyla göndermeyi talep eden hastalara üzerinde araştırmacının iş yeri adresi ve pul bulunan zarflar verilebileceği bildirilmiştir. Katılımcılar, bu alternatif yolları tercih etmemişlerdir. Bu grupta 4 hastanın 8. hafta verileri telefon görüşmesi yoluyla, diğer katılımcıların verileri yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veriler toplanırken hastanın mahremiyetine dikkat edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan (KA21/276, 16/06/2021 tarih ve 21/105 sayılı karar ile) (EK-14) onay alınmıştır. Bu onay sonrası Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi

Başhekimliğinden ve uygulamanın yapılacağı kliniklerin anabilim dalı başkanlıklarından izin alınmıştır (EK-15). Ayrıca araştırmada YAÖ kullanılabilmesi için Dr. Ahmet Akın (EK-16) ve UYBÖ-HF için Dr. Merve Yalçınay'dan (EK-17) yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce tüm katılımcıların yazılı olurları alınmıştır.

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada uygulanan analizler Tablo 3.2’de gösterilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS (Statistical Analysis System) 9.4 programı kullanılmıştır. Analizler, verilerin hangi gruba ait olduğunu bilmeyen bağımsız bir akademisyen tarafından yapılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (143). İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı 0.00-.0.10 arası olduğunda iki değişken arasında ihmal edilebilir ilişki, 0.10-0.39 olduğunda zayıf ilişki, 0.40-0.69 olduğunda orta düzeyde ilişki, 0.70-0.89 olduğunda kuvvetli ilişki ve 0.90-1.00 olduğunda çok kuvvetli ilişki olduğu biçiminde yorumlanmış olup ilişkinin yönü de pozitif veya negatif olarak belirtilmiştir (144). Aynı hastalardan alınan birden fazla nicel tipteki değişkenlerin analizinde tek yönlü tekrarlı ölçüm varians Analizi kullanılmıştır. Aynı hastalardan farklı izlemlerde alınan ölçümleri ikili olarak karşılaştırmak için bağımlı gruplar arası veya eşli gözlem t-testi uygulanmıştır. Hipotezler tek yönlü olduğu için araştırmanın istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Tanıtıcı (demografik) ve tıbbi özelliklerin UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ puanı üzerindeki etkisini değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ’nün alt boyutları için normallik varsayımı sağlandıktan sonra hastalık evresi, cinsiyet, yaş, PPS skoru, eğitim düzeyi, evde birlikte yaşadığı kişiler, algılanan sosyo-ekonomik

durum, medeni hal ve aktif tedavi alma durumu adım adım ekleme (stepwise) yöntemiyle regresyon modeline dâhil edilmiştir. Her bir ölçek için ANOVA istatistiğinin $p=0.001$ düzeyinde anlamlılık gösterdiği değişkenler alınarak geçerli model oluşturulmuştur. Her bir ölçek için elde edilen modellerde çoklu bağlantı [VIF: 1-1.5 (N)] ve otokorelasyon (Durbin-Watson: 1.896) sorunu olmadığı, standart artıkların %95 güven aralığında $[-3 +3]$ arasında olduğu saptanarak regresyon analizi şartları sağlanmıştır (145). Araştırmada ayrıca iki grup arasındaki farkın klinik önem düzeyini belirlemek için Cohen d etki büyüklüğü katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre d değeri 0,2'den küçük olduğunda etki büyüklüğünün zayıf, 0.5 olduğunda orta ve 0,8'den büyük ise kuvvetli olarak yorumlanmıştır (146).

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Amaç	Analiz Türü
Örneklem hesaplanması, çalışma öncesi etki büyüklüğü ve çalışma gücünün belirlenmesi	Güç analizi
Çalışma sonrası etki büyüklüğünün hesaplanması	Cohen d etki büyüklüğü
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesi	Shapiro-Wilk
Randomizasyon sonrası gruplar arasındaki homojenliğin test edilmesi	Ki Kare
Gruplar arasında bağımlı değişkenlerin başlangıç, dördüncü ve sekizinci haftadaki değişiminin test edilmesi	Bağımsız gruplar arası t testi
Grup içinde bağımlı değişkenlerin başlangıç, dördüncü ve sekizinci haftadaki değişiminin test edilmesi	Tekrarlı ölçüm varyans analizi Bağımlı gruplar t testi
Demografik değişkenlerin UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi	Çoklu doğrusal regresyon analizi

3.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler

- Araştırmaya dâhil edilebilir bireylerin yaklaşık yarısı çalışma süresinin 8 hafta olması nedeniyle katılmayı kabul etmemiştir.
- Her biri 60 dakika olarak planlanan görüşmeler, hastaların yorulması nedeniyle ortalama 45 dakika sürelerle yapılabilmektedir.

- Görüşmeler sırasında katılımcıların bazıları yaşadıkları duygu yoğunluğu nedeniyle ağlamıştır. Hasta yakını bu duruma şahit olduğunda hastasının çok üzüldüğü gerekçesiyle kaygılandığı ve tepki gösterdiği durumlar olmuştur.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Kronik kederi değerlendirmeye uygun, Türkçe geçerlik-güvenirliği yapılmış bir ölçüm aracına ulaşamadığı için araştırmada UYBÖ-HF kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya müdahale grubunda 29, kontrol grubunda 29 olmak üzere toplam 58 ileri evre kanser hastası dâhil edilmiş olup kontrol grubunda ikinci değerlendirme sonrası 1 hastanın vefatı nedeniyle toplam 57 birey ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 53.3 ± 11.69 yıldır (min-maks: 24-76 yıl). Tüm katılımcıların sağlık güvencesi bulunmaktadır. Katılımcıların ilk değerlendirmedeki palyatif performans skoru %60-90 arasında olup %63.8’sinin skoru %80’dir. Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 55.1 ± 11.07 yıl olup %58.6’sı kadın, %89.7’si evli, %58.6’sı eş ve çocuklarıyla yaşamakta, %27.6’sı ortaokul veya lise mezunu, %41.4’ü bir ilçede ikamet etmekte, %58.6’sı çalışmamakta, %82.8’si sosyoekonomik düzeyini “orta” olarak belirtmektedir. Bu gruptaki bireylerin %41.4’ü gastrointestinal, %34.5’i jinekolojik, %10.3’ü solunum sistem, %3.4’ü sarkom ve %10.3’ü diğer kanser tanısı almış olup %86.2’si evre 4 hastalığa sahiptir ve %86.2’si aktif tedavi almaktadır. Müdahale grubunda 1 hastanın PPS skoru %60; 7 hastanın %70; 17 hastanın %80 ve 4 hastanın %90’dır. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 51.6 ± 12.21 yıl olup %51.7’si erkek, %79.3’ü evli, %69.0’u eş ve çocuklarıyla yaşamakta, %48.3’ü ortaokul veya lise mezunu, %51.7’si bir ilçede ikamet etmekte, %58.6’sı çalışmamakta, %55.2’si sosyoekonomik düzeylerini “orta” olarak belirtmektedir. Bu gruptaki bireylerin % 27.6’sı sarkom, %27.6’sı gastrointestinal kanser, %20.7’si jinekolojik kanser, %17.2’si solunum sistemi ve % 6.9’u diğer kanser tanısı almış olup %82.8’i evre 4 hastalığa sahiptir ve %72.4’ü aktif tedavi almaktadır. Kontrol grubunda 5 hastanın PPS skoru %70; 20 hastanın %80 ve 4 hastanın %90’dır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların algıladıkları sosyoekonomik düzey ($p=0.03$) dışındaki tüm değişkenler bakımından benzer dağılıma sahip oldukları görülmüştür. Sosyoekonomik düzeydeki farklılığın orta ile kötü olan grup arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri

Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		T testi p	X² p
	n=29	Ss	n=29	Ss		
Yaş (yıl)						
Ortalama	55.1	11.07	51.6	12.21	0.27	
Medyan (min-maks)	56.0 (30.0-76.0)		52.0 (24.0-74.0)			
Palyatif performans skoru					0.41	
Ortalama	78.28	7.11	79.66	5.66		
	n=29	%	n=29	%		
Cinsiyet						
Kadın	17	58.6	14	48.3		0.42
Erkek	12	41.4	15	51.7		
Medeni Hali						
Evli	26	89.7	23	79.3		0.27
Bekar	3	10.3	6	20.7		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Eş ve çocuklar/bir yakını	17	58.6	20	69.0		0.70
Eş	9	31.0	7	24.1		
Yalnız	3	10.3	2	6.9		
Eğitim durumu						
İlkokul	15	51.7	8	27.6		0.14
Ortaokul veya lise	8	27.6	14	48.3		
Üniversite	6	20.7	7	24.1		
Yaşadığı yer						
İlçe	15	51.7	12	41.4		0.44
İl	12	41.4	12	41.4		
Köy/kasaba	2	6.9	5	17.2		
Algıladığı sosyo-ekonomik durum						
İyi	5	17.2	9	31.0		0.03
Orta	24	82.8	16	55.2		
Kötü	0	0.0	4	13.8		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	0	0.0	1	3.4		0.59
Çalışmıyor	17	58.6	17	58.6		
Emekli	12	41.4	11	37.9		
Tanı						
Akciğer kanseri	3	10.3	5	17.2		0.09
Jinekolojik	10	34.5	6	20.7		
Sarkom	1	3.4	8	27.6		
Gastrointestinal	12	41.4	8	27.6		
Diğer	3	10.3	2	6.9		
Hastalık evresi						
III	4	13.8	5	17.2		0.71
IV	25	86.2	24	82.8		
Tedavi alma durumu						
Aktif tedavi almayan	4	13.8	8	27.6		0.19
Aktif tedavi alan	25	86.2	21	72.4		

4.2. UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ Puan Ortalamalarının Eşzamanlı Değerlendirmede Gruplar Arası Dağılımı

Müdahale ve kontrol gruplarının UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ puan dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda çalışma başlangıcında (T1), çalışmanın dördüncü haftasında (T2) ve sekizinci haftasında (T3) olmak üzere HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ değerlendirilmiştir. İlk değerlendirmede müdahale grubunun UYBÖ-HF ($p=0.01$), HİE ve HİE’nin semptom distressi ($p=0.01$), varoluşsal distress ($p=0.01$), özgüven ($p=0.01$) ve bağımlılık ($p=0.01$) alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki grubun PPS, HİE’nin destek bakım gereksinimi alt boyutu, YAÖ’nün aranan ve mevcut anlam alt boyutları bakımından benzer olduğu görülmüştür. Dördüncü haftadaki değerlendirmede kontrol grubunun YAÖ alt boyut puanlarında hafif bir düşüş görülürken HİE ve UYBÖ-HF puanlarında artış gözlenmiştir. Müdahale grubunda ise HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ’nün aranan anlam alt boyut puanlarında düşme görülürken mevcut anlam alt boyutu puanında artış gözlenmiştir. Bu değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Son değerlendirmede müdahale ve kontrol grupları arasında HİE’nin semptom distressi alt boyutu ($p=0.01$), UYBÖ-HF ($p=0.01$) ve YAÖ’nün aranan anlam alt boyutu ($p=0.03$) puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu değerlendirmede müdahale grubunun HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ puanlarında değişken düzeylerde bir azalma görülürken kontrol grubunda YAÖ alt boyut puanlarında çok düşük düzeyde azalma ve diğer puanlarda değişken düzeyde artış gözlenmiştir. P değeri örneklem büyüklüğünden de etkilendiği için istatistiksel önemliliğin $p<0.05$ olması, klinik bir anlamlılığı her zaman ifade etmeyebilir. Bu durumda etki büyüklüğünün hesaplanması önemlidir (146). Araştırmada Cohen d yöntemiyle T1’de tüm grup için $p<0.05$ olan cinsiyet, evre ve aktif tedavi alma durumunun bağımlı değişkenler üzerindeki etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Cohen d katsayısı <0.2 olduğunda zayıf, 0.5 olduğunda orta ve >0.8 olduğunda geniş bir etki büyüklüğünü belirtse de çoğu zaman klinik anlamlılıktan söz etmek için 0.5 ’in üzerinde olması beklenir (146). Bu nedenle gruplar arasında T1, T2 ve T3 farklarını değerlendirmek amacıyla bağımlı değişkenlerdeki farkın etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Buna göre T3’te HİE’nin semptom distressi ($d=0.67$), UYBÖ-HF ($d=0.65$) ve YAÖ mevcut anlam ($d=0.56$) alt boyutlarında gruplar arasında elde edilen farkın orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç, 4. hafta ve 8. hafta izlem zamanlarına göre PPS, HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ puanlarının karşılaştırması

	Zaman																				
	T1							T2							T3						
	Grup							Grup							Grup						
	Müdahale		Kontrol		t	p	d	Müdahale		Kontrol		t	p	d	Müdahale		Kontrol		t	p	d
	Ort	Ss	Ort	Ss				Ort	Ss	Ort	Ss				Ort	Ss	Ort	Ss			
HİE Semptom Distresi	22.45	7.02	16.86	7.00	-3.03	0.01	0.79	17.41	5.78	18.86	7.24	0.53	0.59	0.22	15.86	5.12	20.36	7.96	2.55	0.01	0.67
HİE Varoluşsal Distres	16.31	3.54	12.59	4.00	-3.75	0.01	0.98	13.03	3.44	13.62	4.82	0.45	0.65	0.14	12.45	3.38	14.36	4.89	1.72	0.09	0.45
HİE Özgüven	4.28	1.10	3.55	0.78	-2.89	0.01	0.75	3.62	0.82	3.72	0.92	-1.52	0.13	0.11	3.48	0.83	3.82	0.94	1.44	0.15	0.38
HİE Bağımlılık	11.34	3.25	8.76	3.35	-2.98	0.01	0.78	10.97	3.25	9.62	3.50	0.14	0.89	0.39	10.55	3.58	10.43	3.68	-0.13	0.89	0.03
HİE Destek Bakım	3.10	1.14	2.66	0.86	-1.69	0.09	0.44	2.79	1.01	2.83	0.93	0.22	0.82	0.03	2.83	1.10	3.18	0.86	1.33	0.18	0.35
HİE toplam	57.48	14.01	44.41	14.34	-3.51	0.01	0.92	47.83	12.78	48.66	15.65	0.42	0.67	0.05	45.17	12.60	52.14	16.38	1.80	0.07	0.47
UYBÖ-HF	33.52	7.55	26.31	8.06	-3.52	0.01	0.92	27.28	6.58	28.14	9.04	-1.69	0.09	0.10	25.83	6.49	30.82	8.75	2.45	0.01	0.65
YAÖ Mevcut Anlam	23.86	4.15	25.72	4.28	1.68	0.09	0.44	26.55	2.91	24.90	4.39	1.98	0.06	0.44	26.31	2.74	24.79	4.38	-1.58	0.11	0.41
YAÖ Aranan Anlam	16.28	2.70	18.31	5.85	1.70	0.09	0.44	15.21	2.32	17.62	6.15	0.45	0.65	0.51	14.28	2.74	16.75	5.60	2.13	0.03	0.56

d: Cohen d, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme

4.3. UYBÖ-HF Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı

Tablo 4.3'te UYBÖ-HF puan ortalamalarının gruplar arasında T1-T3 değişimi görülmektedir. Buna göre UYBÖ-HF puan ortalamalarının zaman içinde gruplara göre anlamlı değişim gösterdiği ($p=0.01$), bu değişimin orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır ($d=0.66$).

Tablo 4.3. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası değişimi

		UYBÖ-HF		
		N	Ort	Ss
Grup	Zaman			
Müdahale grubu	T1	29	33.52	7.55
	T2	29	27.28	6.58
	T3	29	25.83	6.49
	Genel	87	28.87	7.59
Kontrol grubu	Zaman			
	T1	29	26.31	8.06
	T2	29	28.14	9.04
	T3	28	30.82	8.75
	Genel	86	28.40	8.72
		F	p	d
Zaman		1.24	0.29	0.25
Grup		0.14	0.70	0.06
Zaman*Grup		9.12	0.01	0.66

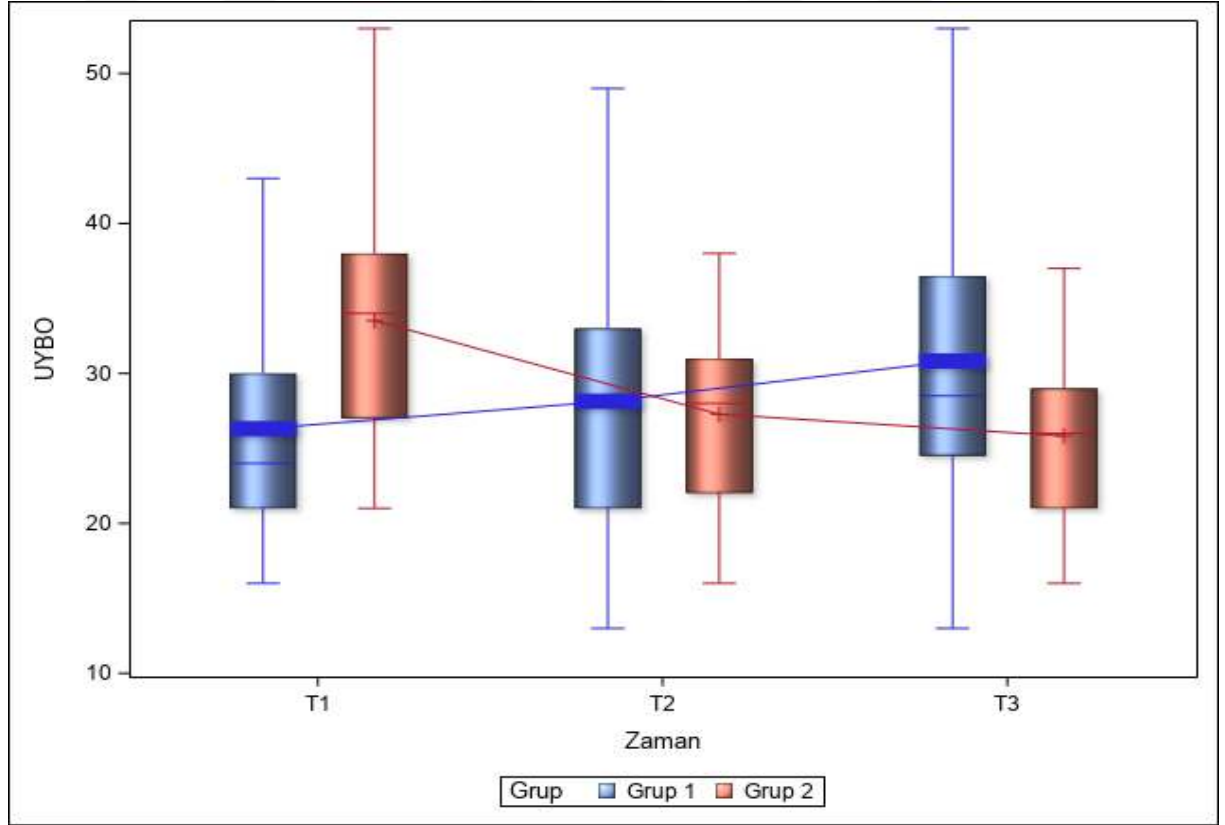
d: Cohen d, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme

Tablo 4.4'te UYBÖ-HF puan ortalamalarının grup içi değişim istatistikleri verilmiştir. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zaman içinde (T1-T3) müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalırken ($p<0.01$) kontrol grubunda arttığı ($p<0.01$) görülmüştür. Kontrol grubunda UYBÖ-HF (T1-T3: $p<0.01$) puanlarındaki artışın anlamlılık düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Gruplar arası değişim grafiği Şekil 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.4. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı

Müdahale Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	t	p	t	p
UYBÖ-HF	33.52	7.55	27.28	6.58	25.83	6.49	13.28	<.01	11.68	<.01	4.70	<.01
Kontrol Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	t	p	t	p
UYBÖ-HF	26.31	8.06	28.14	9.04	30.82	8.75	-3.31	0.02	-5.79	<.01	-3.94	<.01

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme



Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol gruplarının UYBÖ-HF ortalama puanlarının zamana göre değişim grafiği (Grup1: Kontrol grubu, Grup 2: Müdahale grubu)

Tablo 4.4'te UYBÖ-HF puan ortalamalarının grup içi değişim istatistikleri verilmiştir. UYBÖ-HF puan ortalamalarının zaman içinde (T1-T3) müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalırken ($p < 0.01$) kontrol grubunda arttığı ($p < 0.01$)

görülmüştür. Kontrol grubunda UYBÖ-HF ($p<0.01$) puanlarındaki artışın istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde gerçekleştiği saptanmıştır.

4.4. HİE Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı

Tablo 4.5'te HİE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplar arası T1-T3 değişimi verilmiştir. Buna göre gruplar arasında HİE ($p=0.01$), HİE'nin semptom distresi ($p=0.01$), varoluşsal distres ($p=0.01$) ve özgüven ($p=0.01$) alt boyutları ile UYBÖ-HF ($p=0.01$) ve YAÖ mevcut anlam ($p=0.02$) alt boyutlarının zaman içinde gruplara göre anlamlı değişim gösterdiği, HİE'nin bağımlılık ($p=0.29$) alt boyutunun gruplar arasında farklılık göstermesine rağmen bu farklılığın zaman içinde anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu değişimlerin HİE ($d=0.59$), HİE semptom distresi ($d=0.63$), varoluşsal distres ($d=0.60$) ve özgüven ($d=0.51$) alt boyutları puan ortalamalarında orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. HİE puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

		HİE Semptom Distresi			HİE Varoluşsal Distres			HİE Özgüven			HİE Bağımlılık			HİE Destek Bakım			HİE toplam		
		N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Grup	Zaman																		
Müdahale grubu	T1	29	22.45	7.02	29	16.31	3.54	29	4.28	1.10	29	11.34	3.25	29	3.10	1.14	29	57.48	14.01
	T2	29	17.41	5.78	29	13.03	3.44	29	3.62	0.82	29	10.97	3.25	29	2.79	1.01	29	47.83	12.78
	T3	29	15.86	5.12	29	12.45	3.38	29	3.48	0.83	29	10.55	3.58	29	2.83	1.10	29	45.17	12.60
	Genel	87	18.57	6.59	87	13.93	3.81	87	3.79	0.98	87	10.95	3.34	87	2.91	1.09	87	50.16	14.04
Kontrol grubu	Zaman																		
	T1	29	16.86	7.00	29	12.59	4.00	29	3.55	0.78	29	8.76	3.35	29	2.66	0.86	29	44.41	14.34
	T2	29	18.86	7.24	29	13.62	4.82	29	3.72	0.92	29	9.62	3.50	29	2.83	0.93	29	48.66	15.65
	T3	28	20.36	7.96	28	14.36	4.89	28	3.82	0.94	28	10.43	3.68	28	3.18	0.86	28	52.14	16.38
	Genel	86	18.67	7.46	86	13.51	4.59	86	3.70	0.88	86	9.59	3.53	86	2.88	0.90	86	48.36	15.61
		F	p	d	F	p	d	F	p	d	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Zaman		1.020	0.36	0.22	1.401	0.24	0.25	1.51	0.22	0.26	0.23	0.79	0.10	0.53	0.58	0.16	0.60	0.54	0.17
Grup		0.008	0.92	0.01	0.472	0.49	0.10	0.49	0.48	0.10	6.76	0.01	0.40	0.02	0.87	0.024	0.68	0.40	0.12
Zaman*Grup		8.458	0.01	0.63	7.613	0.01	0.60	5.48	0.05	0.51	1.84	0.16	0.29	2.36	0.09	0.337	7.37	0.01	0.59

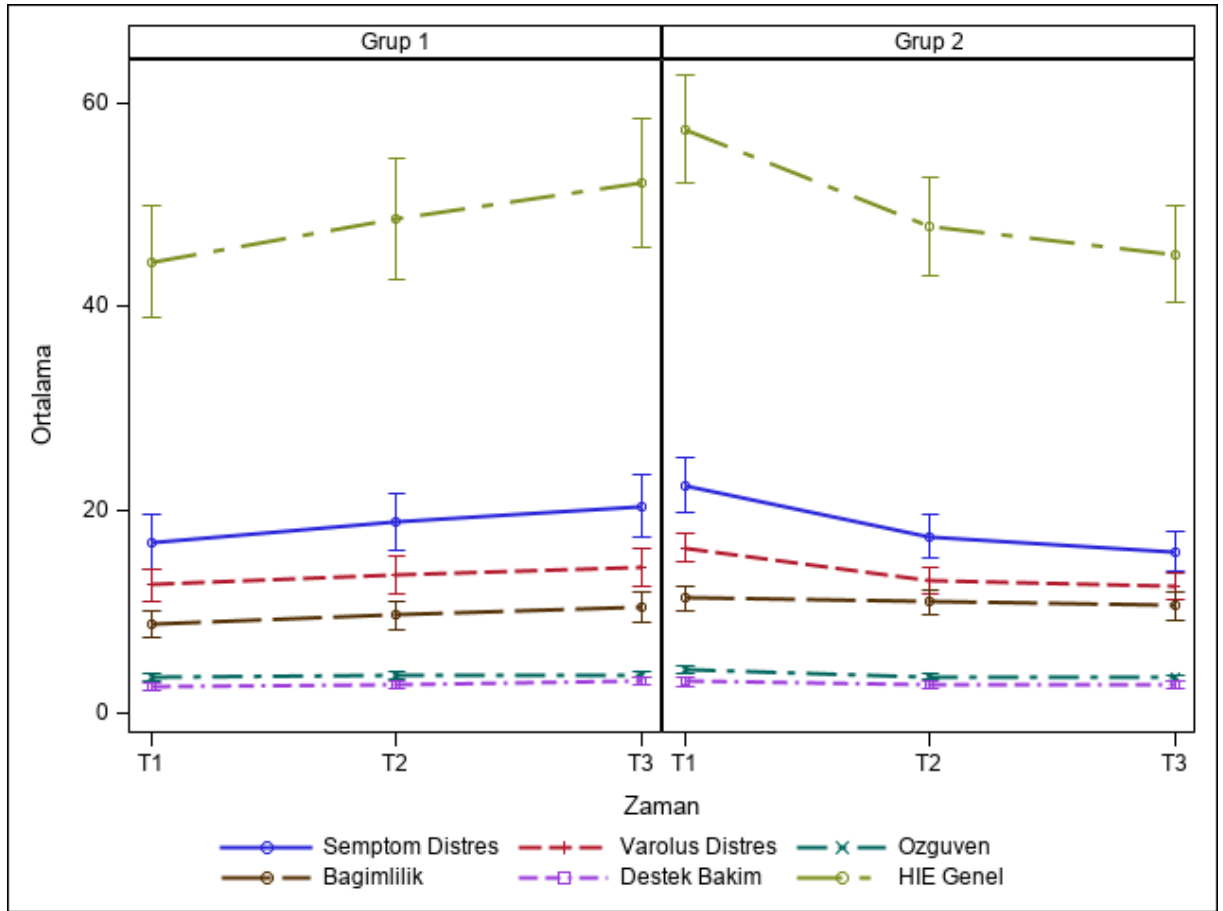
d: Cohen d, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme

Tablo 4.6’da HİE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi değişimleri gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının HİE puan ortalamalarının zamana göre (T1-T3) grup içi değişimi incelendiğinde müdahale grubunda HİE toplam puanı ($p<0.01$), HİE’nin semptom distresi ($p<0.01$), varoluşsal distres ($p<0.01$), özgüven ($p<0.01$) alt boyutlarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda HİE toplam puanı ($p<0.01$), HİE’nin semptom distresi ($p=0.01$), varoluşsal distres ($p=0.01$), özgüven ($p=0.01$) bağımlılık ($p=0.01$) ve destek bakım gereksinimi ($p=0.01$) alt boyutları puan ortalamalarındaki artışın anlamlılık düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Bu değişimlerin grafikleri Şekil 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.6. HİE ve alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı

Müdahale Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	t	p	t	p
HİE Semptom Distresi	22.45	7.02	17.41	5.78	15.86	5.12	9.56	<.01	8.61	<.01	4.16	0.01
HİE Varoluşsal Distres	16.31	3.54	13.03	3.44	12.45	3.38	12.73	<.01	11.77	<.01	3.34	0.01
HİE Özgüven	4.28	1.10	3.62	0.82	3.48	0.83	5.75	<.01	6.33	<.01	2.12	0.01
HİE Bağımlılık	11.34	3.25	10.97	3.25	10.55	3.58	1.78	0.08	2.09	0.04	1.84	0.07
HİE Destek Bakım	3.10	1.14	2.79	1.01	2.83	1.10	2.53	0.01	1.86	0.07	-0.44	0.66
HİE Toplam	57.48	14.01	47.83	12.78	45.17	12.60	13.23	<.01	10.59	<.01	4.10	0.01
Kontrol Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	t	p	t	p	t	p
HİE Semptom Distresi	16.86	7.00	18.86	7.24	20.36	7.96	-4.51	0.01	-3.84	0.01	-2.11	0.04
HİE Varoluşsal Distres	12.59	4.00	13.62	4.82	14.36	4.89	-3.84	0.06	-4.02	0.01	-2.01	0.05
HİE Özgüven	3.55	0.78	3.72	0.92	3.82	0.94	-1.98	0.05	-3.00	0.01	-1.00	0.32
HİE Bağımlılık	8.76	3.35	9.62	3.50	10.43	3.68	-2.69	0.01	-3.81	0.01	-3.58	0.01
HİE Destek Bakım	2.66	0.86	2.83	0.93	3.18	0.86	-1.72	0.09	-3.55	0.01	-3.10	0.01
HİE Toplam	44.41	14.34	48.66	15.65	52.14	16.38	-4.75	<.01	-4.55	0.01	-3.13	0.01

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme



Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarının HİE ve alt boyutlarının ortalama puanlarının zamana göre değişim grafiği (Grup1: Kontrol grubu, Grup 2: Müdahale grubu)

4.5. YAÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı

Tablo 4.7’de YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplar arası T1-T3 değişimi verilmiştir. Buna göre gruplar arasında YAÖ mevcut anlam ($p=0.02$) alt boyutunun zaman içinde gruplara göre anlamlı değişim gösterdiği, aranan anlam ($p=0.11$) alt boyutunun ise zaman içinde değişmesine rağmen bu değişimin gruplar arasında farklı olmadığı saptanmıştır. Bu değişimler YAÖ mevcut anlam alt boyutunda müdahale grubu lehine artış, YAÖ aranan anlam boyutunda ise azalma olarak gerçekleşmiştir. YAÖ mevcut anlam alt boyutundaki değişimin etki büyüklüğünün zayıf-orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

		YAÖ Mevcut Anlam			YAÖ Aranan Anlam		
		N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Grup	Zaman						
Müdahale grubu	T1	29	23.86	4.15	29	16.28	2.70
	T2	29	26.55	2.91	29	15.21	2.32
	T3	29	26.31	2.74	29	14.28	2.74
	Genel	87	25.57	3.51	87	15.25	2.69
Kontrol grubu	Zaman						
	T1	29	25.72	4.28	29	18.31	5.85
	T2	29	24.90	4.39	29	17.62	6.15
	T3	28	24.79	4.38	28	16.75	5.60
	Genel	86	25.14	4.32	86	17.57	5.84
		F	p	d	F	p	d
Zaman		0.956	0.38	0.21	11.21	0.01	0.33
Grup		0.541	0.46	0.11	0.040	0.96	0.51
Zaman*Grup		3.838	0.02	0.42	2.218	0.11	0.04

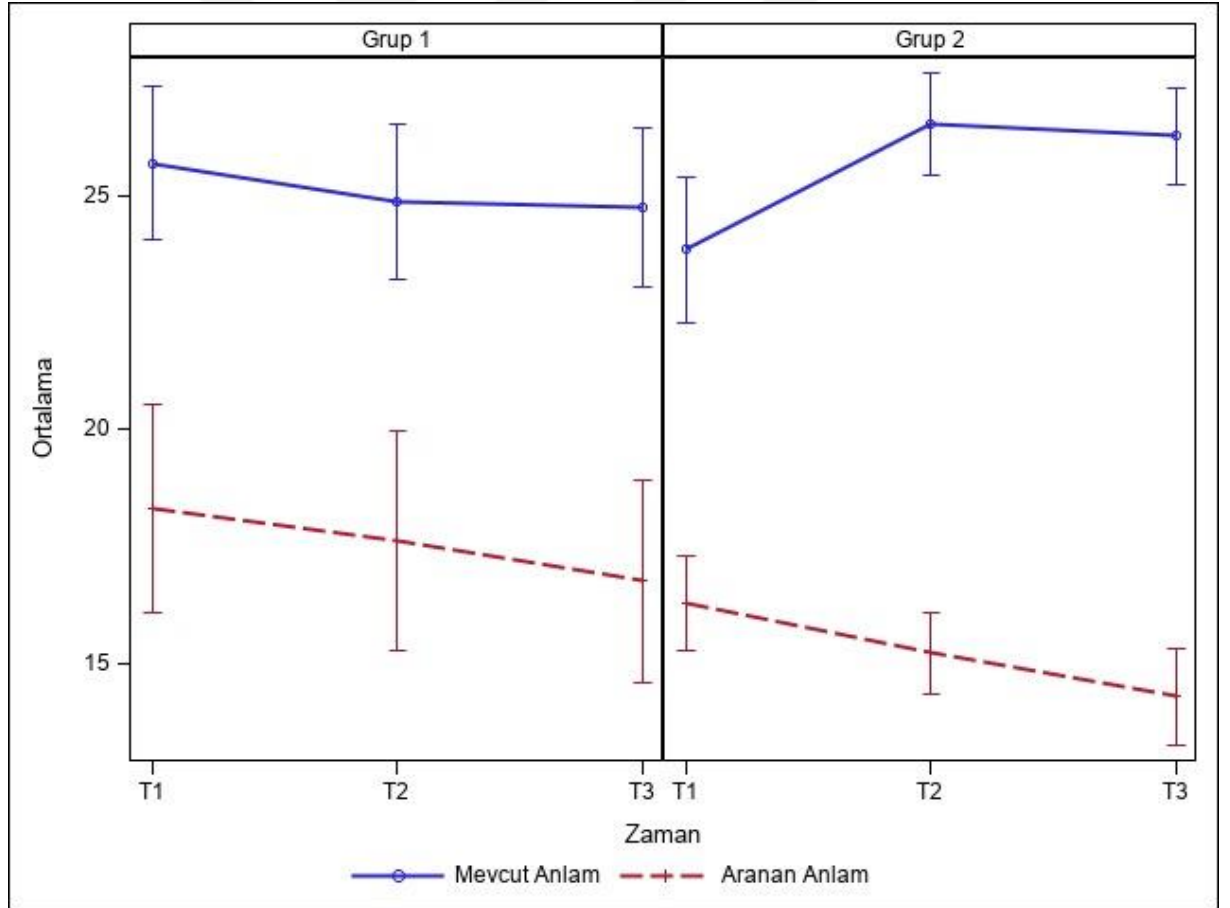
d: Cohen d, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme

Tablo 4.8’de YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi değişimleri gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının YAÖ alt boyut puan ortalamalarının zamana göre (T1-T3) YAÖ’nün mevcut anlam alt boyutu puanının T2 ve T3’te arttığı görülmüştür. Bu grupta YAÖ aranan anlam ($p<0.01$) alt boyutundaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda YAÖ’nün mevcut anlam ($p=0.05$) ve aranan anlam ($p=0.01$) alt boyutları puanlarının T2 ve T3’te azaldığı saptanmıştır. Bu değişimlerin grafiği Şekil 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.8. YAÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre grup içi dağılımı

Müdahale Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	t	p	t	p
YAÖ Mevcut Anlam	23.86	4.15	26.55	2.91	26.31	2.74	-7.66	<.01	-5.13	<.01	0.86	0.39
YAÖ Aranan Anlam	16.28	2.70	15.21	2.32	14.28	2.74	3.08	0.01	4.27	0.02	2.24	0.03
Kontrol Grubu												
	T1		T2		T3		T1-T2		T1-T3		T2-T3	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	t	p	t	p
YAÖ Mevcut Anlam	25.72	4.28	24.90	4.39	24.79	4.38	2.05	0.05	1.96	0.06	0.37	0.71
YAÖ Aranan Anlam	18.31	5.85	17.62	6.15	16.75	5.60	2.14	0.04	3.69	0.01	1.58	0.12

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme



Şekil 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarının YAÖ mevcut ve aranan anlam alt boyutu ortalama puanlarının T1, T2 ve T3 değişimi grafiği (Grup1: Kontrol grubu, Grup 2: Müdahale grubu)

4.6. Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin (yaş, cinsiyet, hastalık evresi, eğitim düzeyi, algılanan sosyo-ekonomik durum, aktif tedavi alma, ikamet edilen yer, medeni hal ve evde birlikte yaşanan kişiler) HİE, UYBÖ-HF ve YAÖ puanları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla tüm katılımcıların T1 verileri analiz edilmiştir. Tablo 4.9’da bu analizde istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu saptanan değişkenler verilmiştir. Analiz sonuçlarında kadın hastaların HİE toplam ($p=0.02$), HİE semptom distressi ($p=0.01$) ve UYBÖ-HF ($p=0.04$) puanları erkek cinsiyete göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Evre 4 hastalığa sahip bireylerin HİE toplam ($p=0.03$), HİE varoluşsal distress ($p=0.01$) ve UYBÖ-HF ($p=0.01$) puanlarının evre 3 hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca aktif tedavi almaya devam eden bireylerin ($n=46$) almayanlara göre HİE toplam ($p=0.01$), HİE semptom distressi ($p=0.02$), HİE varoluşsal distress ($p=0.01$), UYBÖ-HF ($p=0.01$) ve YAÖ mevcut anlam alt boyutu ($p=0.01$) puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ortaokul veya lise eğitimine sahip bireylerin YAÖ mevcut anlam alt boyutu ($p=0.03$) ilkokul ve üniversite mezunu olanlara göre; ilkokul mezunu bireylerin HİE özgüven alt boyutu ($p=0.01$) puanları diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırmada Cohen d yöntemiyle tüm grup için $p<0.05$ olan cinsiyet, evre ve aktif tedavi alma durumunun bağımlı değişkenler üzerindeki etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Buna göre cinsiyetin HİE semptom distressi ($d=0.50$); hastalık evresinin HİE ($d=0.76$), HİE’nin semptom distressi ($d=0.55$), varoluşsal distress ($d=1.15$), özgüven ($d=0.83$) ve bağımlılık ($d=0.70$) alt boyutları, UYBÖ-HF ($d=0.85$), YAÖ mevcut anlam ($d=0.719$) ve aranan anlam ($d=0.756$) alt boyutlarında; aktif tedavi alma durumunun HİE ($d=0.82$), HİE’nin semptom distressi ($d=0.77$), varoluşsal distress ($d=0.94$), özgüven ($d=0.52$), bağımlılık ($d=0.53$) ve destek bakım gereksinimi ($d=0.57$) alt boyutları, UYBÖ-HF ($d=0.92$) ve YAÖ mevcut anlam ($d=0.89$) alt boyutlarında orta-geniş düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9. Bazı tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin tüm grupta UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ puan ortalamaları üzerindeki etkileri

			Zaman																		
	T1							T1							T1						
	Cinsiyet							Evre							Aktif tedavi alma durumu						
	Kadın		Erkek					3		4					Almayan		Alan				
	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	d	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	d	Ort	Ss	Ort	Ss	t	p	d
HİE Semptom Distresi	22.16	8.12	16.78	5.59	2.90	0.01	0.50	16.33	5.24	20.27	7.73	-1.46	0.15	0.52	15.25	5.33	20.80	7.60	-2.38	0.02	0.77
HİE Varoluşsal Distres	15.26	4.80	13.52	3.19	1.60	0.11	0.33	10.67	3.20	15.14	3.99	-3.17	0.01	1.15	11.50	3.21	15.22	4.10	-2.91	0.01	0.94
HİE Özgüven	4.13	1.15	3.67	0.78	1.76	0.08	0.47	3.22	0.67	4.04	1.02	-2.31	0.02	0.83	3.50	0.80	4.02	1.04	-1.61	0.11	0.52
HİE Bağımlılık	10.58	3.79	9.44	3.14	1.23	0.22	0.15	8.00	3.94	10.43	3.35	-1.95	0.05	0.70	8.58	2.61	10.43	3.65	-1.65	0.10	0.53
HİE Destek Bakım	3.06	1.12	2.67	0.88	1.49	0.14	0.28	3.00	0.71	2.86	1.08	0.38	0.70	0.13	2.42	0.67	3.00	1.07	-1.79	0.07	0.57
HİE Toplam	55.19	17.28	46.07	11.71	2.32	0.02	0.41	41.22	10.53	52.73	15.7	-2.11	0.03	0.76	41.25	10.55	53.48	15.6	-2.55	0.01	0.82
UYBÖ-HF	31.97	9.23	27.56	7.15	2.01	0.04	0.20	24.00	6.61	31.00	8.47	-2.35	0.02	0.85	24.00	6.40	31.46	8.42	-2.85	0.01	0.92
YAÖ Mevcut anlam	23.94	4.55	25.78	3.80	-1.66	0.10	0.45	27.33	4.39	24.33	4.14	1.99	0.05	0.71	27.67	3.20	24.04	4.24	2.76	0.01	0.89
YAÖ Aranan Anlam	17.32	3.90	17.26	5.42	0.05	0.95	0.03	19.44	6.77	16.90	4.10	1.53	0.13	0.56	17.17	5.04	17.33	4.58	-0.11	0.91	0.03

d: Cohen d, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, T1: Çalışma başlangıcı ilk değerlendirme, T2: 4. Haftadaki değerlendirme, T3: 8. Haftadaki değerlendirme

Araştırmada tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ puan ortalamaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla tüm grupta başlangıç ölçümleri üzerinden her bir bağımlı değişken için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde tüm bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, birlikte yaşadığı kişiler, palyatif performans skoru, medeni hal, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, ikamet edilen yer, hastalık evresi ve aktif tedavi alma durumu) adım adım (stepwise) ekleme yöntemiyle modele dahil edilmiştir. Modele UYBÖ-HF ve HİE puan ortalamaları için hastalık evresi, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumu; YAÖ mevcut anlam boyutu için hastalık evresi, aktif tedavi alma durumu ve eğitim düzeyi dâhil edildiğinde geçerli olduğu görülmüştür. Bu modellerde referans değer olarak kadın cinsiyet, evre 3 hastalık, aktif tedavi alma ve ilkokul mezunu olma alınmıştır. Yaşam Anlamı Ölçeği aranan anlam boyutunu etkileyen faktörleri açıklayan geçerli bir model bulunmamıştır ($p=0.24$). Aranan anlam boyutunu açıklamada hastalık evresinin etkisinin %4 olduğu, evre ve eğitim düzeyi eklendiğinde %5'e yükseldiği, diğer tüm bağımsız değişkenlerle birlikte bu oranın %6 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10'da UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ mevcut anlam alt boyutu için oluşturulan regresyon modeli gösterilmiştir. Tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin UYBÖ-HF puan ortalamasındaki değişimin ne kadarını açıkladığını belirlemek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine normallik varsayımı sağlandıktan sonra hastalık evresi, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumu zorla ekleme (enter) yöntemiyle dâhil edilmiştir. Varyans analizi (ANOVA) istatistiği $p=0.001$ düzeyinde anlamlılık gösterdiği için modelin geçerli olduğu doğrulanmıştır. Buna göre hastalık evresi, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumunun UYBÖ-HF puanındaki değişimleri %26.5 oranında açıkladığı, çoklu korelasyon katsayısının $r=0.51$ olduğu saptanmıştır.

Hasta İtibar Envanteri puan ortalamasında evre, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumunun etkisini değerlendirmek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine normallik varsayımı sağlandıktan sonra modelin geçerliliği doğrulanmıştır (ANOVA $p=0.002$). Değişkenler modele enter yöntemiyle eklenmiş olup bu değişkenlerin HİE puanındaki değişimleri %24.1 oranında açıkladığı, çoklu korelasyon katsayısının $r=0.49$ olduğu saptanmıştır.

Yaşam Anlamı Ölçeği mevcut anlam boyutu puan ortalamasında eğitim düzeyi, hastalık evresi ve aktif tedavi alma durumunun etkisini değerlendirmek için yapılan çoklu

doğrusal regresyon analizine normallik varsayımı sağlandıktan sonra modelin geçerliliği doğrulanmıştır (ANOVA $p=0.003$). Değişkenler modele enter yöntemiyle eklenmiş olup bu değişkenlerin HİE puanındaki değişimleri %22.8 oranında açıkladığı, çoklu korelasyon katsayısının $r=0.47$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ mevcut anlam alt boyutu için oluşturulan regresyon modelleri

Model: UYBÖ-HF	B	Standart Hata	Beta	p	R	R kare
Sabit	10.30	10.75			0.51	0.265
Cinsiyet	-4.76	1.99	-0.28	0.021		
Evre	9.05	2.79	0.39	0.002		
Aktif tedavi alma	-7.10	2.78	-0.30	0.014		
Model: HİE	B	Standart Hata	Beta	p	R	R kare
Sabit	19.88	19.82			0.49	0.241
Cinsiyet	-9.76	3.68	-0.31	0.011		
Evre	14.99	5.15	0.35	0.005		
Aktif tedavi alma	-10.60	5.13	-0.25	0.044		
Model: YAÖ Mevcut anlam	B	Standart Hata	Beta	p	R	R kare
Sabit	30.21	5.85			0.48	0.228
Evre	-3.22	1.44	-0.28	0.029		
Aktif tedavi alma	3.50	1.43	0.30	0.017		
Eğitim	0.90	0.40	-0.28	0.027		

B: standardize olmayan beta, R: çoklu korelasyon katsayısı

4.7. Nitel Bulgular

Araştırma kapsamındaki görüşmelerin amacı bireylerin anlam kaynaklarının (deneyim değerleri, tutum değerleri ve yaratıcı değerler) farkına vararak bir tutum değişiminin gerçekleştirilmesidir. Tablo 4.11’de görüşmeler boyunca alınan notlar program sonunda derlenerek bireylerde gerçekleşen tutum değişimleri ve anlam kaynakları verilmiştir.

Tablo 4.11. Müdahale grubundaki katılımcıların anlam kaynakları ve tutum değişimi

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değişimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S1	K	Araba kullanmak	Yararlı olmak Kendini geliştirmek	Kendisi ve sevdikleri için direnmek	Kendisi ve sevdikleri için direnmek istiyor.
S2	K	Sağlığında yapabildiği her şey	Yardımcı olmak	Fedakârlık yapmak	Kendisi için pek çok şeyin bitmiş olduğuna, yaşamın sonuna geldiğine inanıyor, yine de biraz daha sakin olduğunu belirtiyor.
S3	K	Yeğenleriyle vakit geçirmek	Küçük bir ilçede yaşarken evlenip İstanbul'da yaşamayı becerebilmek Üretken olmak	Mücadeleci olmak	Deneyimlerinden ve sevdiklerinden aldığı güçle huzurlu hissediyor fakat fiziksel olarak tükendiğini ifade ediyor.
S4	E	Eşiyle geçirdiği vakitler	Çalışmak	Elinden bir şey gelmiyorsa kadere bağlamak	Hastalığının getirdiği kaygının eşinin ölümünden dolayı duyduğu üzüntüden çok daha az olduğunu söylüyor.
S5	E	Türkü dinlemek Ailesiyle pikniğe gitmek	Çalışmak ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak	Kendisiyle ilgili problemleri konuşarak, ailesinin yaşadığı problemleri onları koruyarak çözmek	Yaşamın sadece her şeyi kendin yaparak yaşanmadığı zamanları da olduğunu fark ettiğini ifade ediyor.
S6	E	İşinden aldığı zevk	Üretken olmak Ailesiyle ilgilenmek	Kırmızıçizgilerini korumak	Kendisini dinleyen biri olduğundan memnun olduğunu, öğrendiklerini aklında tutup uygulamaya çalışacağını ifade ediyor.

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değışimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S7	E	İbadet etmek İhtiyaçlarını kendi başına karşılayabilmek	Çalışmak	Hayata pozitif bakmak	Kendini daha iyi hissediyor, inancı daha güçlü olmasını sağlıyor.
S8	K	Çocukları Toprakla ilgilenmek Doğada bulunmak	Ailesiyle ilgilenmek Çocuklarına yol göstermek	İçine atıp sabretmek	Yaşamın yalnızca fiziksel performanstan ibaret olmadığını fark ettiğini belirtiyor.
S9	E	Dünyadaki güzellikleri görebilmek	Ailesine sahip çıkmak Yapılması gerekenleri yapmak	Olumsuz olaylara karşı sert ve dik durmak	Bir miktar rahatladığını ifade ediyor. Kamyonunu düşünmenin/hayal etmenin onu mutlu ettiğini söylüyor
S10	E	Doğada olmak	Çalışmak Ailesine faydalı olmak	Her zaman eldeki seçenekleri değerlendirip mantıklı hareket etmek	Genel olarak görüşmelerden memnun. Hayata bakışının doğru olduğunu pekiştğini belirtiyor.
S11	K	Köyünde yaşamak	Çocuklarını iyi insanlar olarak yetiştirebilmiş olmak	Nazik ve anlayışlı olmak	Hastalığı, inancı nedeniyle öbür dünyada daha iyi bir dereceye sahip olabilme fırsatı olarak görüyor
S12	K	Balkonunda bahçesini seyretmek	Son 7-8 senedir yatağa bağımlı olan annesine bakmak Çocuklarıyla ilgilenmek Çocuklarına rehberlik etmek	İçine atmak Yoran insanlardan uzak durmak	Hastalığın getirdiği sıkıntılarla baş etmenin biraz daha kolaylaştığını söylüyor

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değışimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S13	E	Koyunlarıyla vakit geçirmek	Çalışmak Hayvancılık yapmak Engelli oğlunun fiziksel bağımsızlığını artırmak için tedavisini sürdürmek	Yaklaşan tehlikelere karşı (örn: babasının borç yapması) kendini savunmak, engellemeye çalışmak ve çözüm aramak Problemleri en az kayıpla atlatmak	Genel olarak memnun, içindekileri biriyle paylaşmaktan mutlu olduğunu belirtiyor.
S14	E	Dini sohbetlere katılmak Doğayla iç içe olmak	Çalışmak Çocuklarını evlendirmiş olmak	İnanç değerlerine uymayan durumların karşısında durmak Elinde olmayan ve çözemediği olayları imtihan olarak görmek	Genel anlamda görüşmelerden memnun, yaptıklarının ve yapabileceklerinin farkına vardığını belirtiyor
S15	K	Torunlarıyla vakit geçirmek	Küçücük bile olsa insanlara iyilik yapmak	Kayınvalidesinin eziyetlerine boyun eğmemek	Genel anlamda görüşmelerden memnun, program süresinin biraz daha kısa olabileceğini söylüyor.
S16	E	Köyündeki tarlalarıyla ilgilenmek	Evinin geçimiyle ilgilenmek Anne-babası sağken onların ihtiyaçlarını karşılamış olmak Ulaşabildiği tüm insanlara yardımcı olmak	İnançlarına uygun yaşamak	Yaşamın sonsuza kadar sürmeyeceğinin farkında. Bu nedenle ölüme hazır olmak gerektiğini düşünüyor

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değışimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S17	K	Dua etmek	Engelli çocuğunun bakımını üstlenmek	Sabretmek	Görüşmelerden memnun ama finansal ve ev bakımına ilişkin problemlerini çözemediği için belirsizlik içinde olduğunu ifade ediyor. (Belediye gibi yardım alabileceği (temizlik vs) kurumlar hakkında bilgi verildi).
OS18	E	Torunlarıyla vakit geçirmek	Çalışmak Emekli olduktan sonra da çalışarak yaşama katkı sağlamak İnsanlara yardımcı olmak	Dini değerlerine göre yaşamak	Kendini daha mutlu hissediyor, inancı tazelenmiş, ailesiyle daha güzel günler yaşayacağına inanıyor
S19	K	Çocuklarıyla vakit geçirmek Doğayı izlemek İbadet etmek	Ailesinin günlük yaşamları için yapması gerekenleri yapmak (yemek, ev işleri vb)	Yaşamla mücadele etmek	Sabırlı ve mücadeleci ruhuyla ailesini ayakta tutabilmiş olduğunu, bundan sonra kendine değer vermek istediğini, önemli olanın güzel hatırlanmak olduğunu ifade ediyor.
S20	E	Mutlu eden herhangi bir şey yapmak	Eşinin, çocuklarının ve anne-babasının tüm sorumluluğunu üstlenmek	Kadere bağlamak	Hayatının hep fedakârlık yaparak geçtiğine inanıyor, yaşamın uzun boylu düşünülmemesi, anın yaşanması gerektiğini düşünüyor.
S21	K	Doğayı izlemek Denizde vakit geçirmek	Çalışmak Ailesiyle ilgilenmek	İç huzuruna göre davranmak	Seçilmiş değil, sıradan bir insan olduğunu düşünerek kanserle baş etmeye çalışıyor; görüşmeler sonrası yaşamın ertelenmemesi gerektiğini fark ettiğini söylüyor.
S22	K	Doğayı izlemek Çocuklarıyla vakit geçirmek	Ailesi için evi çekip çevirmek	Fedakârlık yapmak	Hastalık onu çok üzse de sevdiklerinin kendisi için yaptığı fedakarlıkları görünce sevildiğini ve değerli olduğunu fark ettiğini belirtiyor.

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değişimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S23	E	Arkadaşlarıyla vakit geçirmek	Üniversiteyi bitirmek	Mevcut durumunu kabullenmek	Genel durumu çok bozulduğu için kendini güçlükle ifade etti, dürüst ve iyi bir insan olarak yapabileceği şeyler olduğuna inanıyor.
S24	K	Doğayı izlemek	Hastalık öncesi oğlunun dükkânında çalışmaya başlamak	Sabırlı olmak Üzerinde fazla düşünmemek	Genel olarak görüşmelerden memnun, hastalık nedeniyle üzülmeyen çok yorucu olduğunu, iyileşmek için çaba göstermek gerektiğini ifade ediyor.
S25	K	Bahçesindeki ağaçların ve yetiştirdiği sebzelerin ürün vermesini izlemek	Çalışarak pek çok çocuğun ve okul öncesi öğretmeninin yaşamına dokunmak Yaşadığı ilçede halkın yararına işler yapmak	Disiplinli olmak	Bugüne kadarki bütün başardıklarının farkında, bundan sonrasında önceliğin kendisinde olacağını belirtiyor.
S26	K	Çocuklarının mutlu olduğunu görmek Çiçekleri izlemek	Kendi yaşamında başaramadıklarını çocuklarında gerçekleştirebilmiş olmak	Yaşadığı toplumun biçtiği “kadın” rolüne uygun biçimde sürdürmek	Kendisi için yapamadığı şeyleri çocuklarında gerçekleştirebildiğini belirtiyor. Görüşmelerden memnun, titizlik takıntısından çok şikâyetçi, bu konuda da rahatlamak istediğini söylüyor.
S27	K	Çocuklarıyla vakit geçirmek, eğlenmek	Kısa bir süre de olsa çalışma hayatına katılabilmiş olmak Çocuklarını yetiştirmek için elinden gelen her şeyi yapmak	Erdem ve ahlaki ilkeleri doğrultusunda yaşamını sürdürmek	Ölüm kaygısı taşımanın yorucu olduğunu, vakit varken bundan sonra yapabileceklerini planlamak gerektiğini belirtiyor.

Kod	Cinsiyet	Anlam Kaynakları			Tutum değışimi
		Deneyim Değerleri	Yaratıcı değerler	Tutum değerleri	
S28	K	Denizde yüzmek Evinin bahçesinden denizi izlemek	Çiçek yetiştirmek Resim yapmak İnsanlara yardımcı olacak gönüllü aktivitelere katılmak	İlkelerini her zaman korumak Eşiyile demokratik ve yaşamı her anlamda paylaşan bir ilişkiye sahip olmak	Hastalık öncesinde çok güzel bir hayatı olduğunu, bu nedenle hastalığı kabullenmek için çok çaba gösterdiğini, görüşmeler sırasında ise çabalarının sonuç verdiğini fark ettiğini ifade ediyor.
S29	K	Çiçekleriyle ilgilenmek Torunlarıyla vakit geçirmek	Çocuklarına yardımcı olmak Annesi ölmeden önce onun tüm bakım gereksinimlerini karşılamış olmak	Affedici olmak Kin gütmemek	Görüşmelerin kendisine huzur verdiğini düşünüyor.

5. TARTIŞMA

Kanser yolculuğu fiziksel, sosyal, emosyonel ve spiritüel bakımlardan bireyin yaşam kalitesini bozan; kedere ve demoralizasyona yol açan; yaşanan endişeler ve kayıplar nedeniyle hayatı anlamsızlaştırarak varoluşsal distrese neden olan bir hastalık sürecidir (147). Bu süreçte, sağlık hizmeti verenler tarafından sıklıkla hasta bireyin fiziksel semptomları yönetilmekte olup psikososyal, spiritüel, emosyonel ve varoluşsal problemleri çoğunlukla göz ardı edilmektedir (147, 148). Bu araştırma, palyatif bakım gereksinimi olan ileri evre kanser hastalarının varoluşsal ve spiritüel gereksinimlerini karşılama ihtiyacından yola çıkılarak oluşturulan logoterapi danışmanlığı programının hastaların kronik keder, itibar duygusu ve yaşamlarında anlam bulmaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre yokluk hipotezleri reddedilerek 3 alternatif hipotez doğrulanmış; logoterapi danışmanlığı programının ileri evre kanser hastalarının UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ mevcut anlam ve aranan anlam alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Bu etki UYBÖ-HF, HİE ve YAÖ aranan anlam puan ortalamalarında müdahale grubu lehine azalma, YAÖ mevcut anlam puan ortalamasında müdahale grubu lehine artış şeklinde gerçekleşmiştir.

Araştırmaya ileri evre, solid tümör nedeniyle palyatif bakım gereksinimi olan erişkin bireyler dahil edilmiştir. Katılımcılar keder duygularının kanser tanısı alma veya hastalığın yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığını bildirmişlerdir. Literatür incelendiğinde kronik kederin sıklıkla kronik hastalığı olan bireylerin yakınlarında değerlendirildiği (74, 149) belirlenmiş olup yalnızca kanser hastalarını değerlendiren nitel bir çalışmaya ulaşılmıştır (150). Bu bakımdan araştırmanın literatürdeki bu boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir. Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmedeki UYBÖ-HF puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları için sırasıyla 33.52 ve 26.31'dir. Bu ortalamalar, ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puan aralığına (min: 12, maks: 60) göre incelendiğinde orta düzeyde yas deneyimledikleri görülmektedir (134). İkinci ve üçüncü değerlendirmede müdahale grubunda UYBÖ-HF puan ortalaması azalırken kontrol grubunda arttığı, aradaki farkın T3'te istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası değişimi incelendiğinde müdahale grubu puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Logoterapinin

kanser hastalarının keder düzeyi üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşamadığından etkin biçimde yönetilmeyen kronik kederin depresyon, demoralizasyon, spiritüel iyilikte azalma gibi olumsuz sonuçları üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde bu bulgunun literatürde elde edilen sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir (23, 24). Jinekolojik kanser ve meme kanseri olan kadınların dâhil edildiği bir yarı deneysel çalışmada logoterapi uygulanan müdahale grubunda demoralizasyon ölçeği puan ortalaması azalırken kontrol grubunda arttığı, bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (24). Logoterapinin kanser hastalarının spiritüalite ve ölüm anksiyetesi düzeylerine etkisinin incelendiği bir başka çalışmada, kontrol grubunun aksine, müdahale grubunda spiritüalite ölçeği puan ortalamaları artarken ölüm anksiyetesi puanlarının azaldığı ve bu farklılığın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (23). Bu çalışmada müdahale grubunun UYBÖ-HF puan ortalamaları azalırken kontrol grubunun artması literatürle uyumludur. Bu nedenle müdahale grubuna uygulanan logoterapi danışmanlığının kronik keder düzeyini azaltmada anlamlı düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

İtibar, bireyin otonomisini koruyan ve yaşamını anlamlı kılabilirdiğinde umudunu sürdürmesine yardımcı olan subjektif bir değerli olma halidir (2). Literatürde kanser hastalarının semptom distresi ve psikolojik distresi artıp yaşam kalitesi azaldıkça itibar duygusunda kayıp yaşadıkları gösterilmiştir (151, 152). Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarının grup içi puan değişimi incelendiğinde ilk değerlendirmedeki HİE puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları için sırasıyla 57.48 ve 44.41 puan olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puanın 25 ve maksimum puanın 125 olduğu dikkate alındığında katılımcıları orta düzeyde itibar distresi yaşadıkları söylenebilir. Araştırmada müdahale grubundaki katılımcıların HİE ve tüm alt boyut puanlarının T1'e kıyasla T2 ve T3'te azaldığı, T1-T3 arasındaki azalmanın HİE ve HİE'nin semptom distresi, varoluşsal distres, özgüven ve bağımlılık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Hasta İtibar Envanterinin destek bakım gereksinimi alt boyutundaki T1-T2 değişimi istatistiksel olarak anlamlıyken T3'te anlamlı bir değişim gerçekleşmemiştir. Logoterapinin, destek bakım gereksinimi alt boyutunda etkili olması öngörülmediğinden dolayı bu sonucun beklendiği söylenebilir. Ancak, öngörülmemesine rağmen, çalışmada uygulanan müdahale sonrası HİE'nin bağımlılık alt boyutu puanında T1-T3 arasında istatistiksel düzeyde anlamlı azalma saptanmıştır. Bu alt boyutun içerdiği maddelerin kapsamı bireyin günlük yaşantısını sürdürebilmesi ve ağrı, dispne gibi bazı

fiziksel semptomların şiddetini içerdiğinden dolayı T1-T3 arasında müdahale grubunda gerçekleşen bu değişimin fiziksel semptomların daha etkili yönetilmesi gibi farklı değişkenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Hasta İtibar Envanteri ve alt boyutlarının zamana göre gruplar arası değişimi incelendiğinde HİE'nin bağımlılık ve destek bakım gereksinimi dışındaki tüm alt boyutları ve HİE toplam puan ortalamalarının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Logoterapinin kanser ve palyatif bakım hastalarında HİE üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırmanın HİE bulguları, İtibar Terapisi (Dignity Therapy) uygulanan bir çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. İtibar Terapisi Chochinov ve ark tarafından 2005 yılında geliştirilen, yaşamın son anlarını anlamlı kılmasına, psikososyal ve varoluşsal distresini azaltarak ölümünden sonra geride kalanlarına son sözlerini miras bırakmasına yardımcı olmak amacıyla 7-10 gün içerisinde 3-4 seans şeklinde uygulanan bir terapidir (153). Chochinov ve arkadaşlarının terminal dönem kanser hastalarında yaptıkları bir çalışmada İtibar Terapisi uygulanan grupta varoluşsal distres düzeyinin azaldığı ve yaşam sonu deneyimlerin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (154). Bununla birlikte Chochinov ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında HİE'nin Türkçe versiyonunda destek bakım gereksinimi alt boyutuna karşılık gelen maddelerde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (154). Bu bakımdan araştırmanın bulguları literatürle uyumludur. Ayrıca Chochinov ve arkadaşlarının çalışmasında, HİE'nin Türkçe versiyonunda bağımlılık alt boyutuna karşılık gelen puan ortalamalarında istatistiksel düzeyde anlamlı olmayan bir artış saptanmıştır (154). Araştırma bu yönüyle Chochinov ve arkadaşlarının çalışmasından (154) farklı olup bu farklılığın nedeni son yıllarda semptom yönetimine ilişkin yaşanan gelişmeler olabilir. Son yıllarda İtibar Terapisinin uygulandığı bir başka çalışmada müdahale grubunda HİE Türkçe versiyonunun bağımlılık boyutuna karşılık gelen maddelerde terapi uygulanan grubun puanlarının kontrol grubuna göre azaldığı, destek bakım gereksinimi boyutundaki maddelerin ise müdahale ve kontrol gruplarında benzer kaldığı bildirilmiştir (155). Araştırma bu yönüyle Vuksanovic ve arkadaşlarının sonuçlarıyla uyumludur. Kontrol grubundaki katılımcıların HİE ve tüm alt boyut puanlarının T1'e kıyasla T2 ve T3'te arttığı, T1-T3 arasındaki artışın HİE, semptom distresi, varoluşsal distres, özgüven, bağımlılık ve destek bakım gereksinimi alt boyutlarında anlamlı olduğu görülmüştür. Chochinov ve arkadaşlarının çalışmasında standart bakım grubunda HİE'nin bazı maddelerinin puan ortalamaları artarken bazıları azalmış olup bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (154). Araştırmanın bu bakımdan literatüre kısmen uyum gösterdiği

söylenir. Bu bulgular kapsamında logoterapi danışmanlığı programının palyatif bakım hastalarının itibar duygusunu arttırmada etkili olduğu söylenir.

Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmedeki YAÖ puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarında sırasıyla mevcut anlam alt boyutu için 23.86 ve 25.72, aranan anlam alt boyutu için 16.28 ve 18.31 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin her bir boyutundan alınabilecek minimum puan 7, maksimum puan 35 olduğu için grupların ilk değerlendirmeye göre yaşamlarını orta düzeyde anlamlı buldukları ve yeni anlamlar keşfetmeye daha az yatkın oldukları söylenir. Müdahale grubunda T1-T3 arası YAÖ mevcut anlam alt boyutu puan ortalamasının artarken aranan anlam boyutunun ise azaldığı, bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise T1-T3 arası YAÖ mevcut anlam ve aranan anlam boyutu puan ortalamasının azaldığı, aranan anlam alt boyutundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Aranan anlam alt boyutundaki azalma müdahale grubunun anlam bulması nedeniyle aranan anlam boyutundaki ifadelerle yanıtlarının değişmesinden dolayı öngörülen bir durumdur. Kontrol grubunda YAÖ mevcut anlam puan ortalamasının T1-T3'te anlamlı bir düşüş göstermediğinden dolayı aranan anlam alt boyutundaki azalmanın değerlendiriciler arasındaki güvenilirlik farkından kaynaklanıp kaynaklanmadığını test etmek için T1, T2 ve T3 YAÖ aranan anlam boyutu maddeleri dahil edilerek %95 güven aralığında, çift yönlü karma etki ve mutlak uyum yöntemiyle sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Analiz sonucu ortalama ölçüm sınıf içi korelasyon katsayısı $r=0.913$ olarak bulunmuş olup kontrol grubunda YAÖ aranan anlam boyutundaki azalmanın değerlendirici güvenilirliğinden kaynaklanmadığı görülmüştür. Gruplar arası zamana göre değişim incelendiğinde YAÖ mevcut anlam alt boyutu puan ortalamasının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, aranan anlam alt boyutu puan ortalamasının ise kontrol grubunda daha yüksek olmasına rağmen bu farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aydın'ın çalışmasında müdahale grubunda mevcut ve aranan anlam puanlarının arttığı, kontrol grubunda mevcut anlam alt boyutunun azalırken aranan anlam alt boyutu puan ortalamasının arttığı, bu değişimlerin grup içi ve gruplar arasında anlamlı olduğu bulgulanmıştır (31). Araştırma, müdahale grubunda mevcut anlam alt boyut puan ortalamasının artması ve kontrol grubunda azalması bakımından Aydın'ın (31) çalışmasıyla uyumlu olup aranan anlam alt boyutu bakımından bulguların uyumlu olmadığı görülmüştür. Bu farklılık örneklem grubunun hastalık evresi bakımından farklı olmasından kaynaklı olabilir. Yaşam Anlamı Ölçeğinin bir kesme noktası bulunmamaktadır (139). Ancak Steger,

ölçeğin kullanıldığı çalışmalardan derleyerek Amerika Birleşik Devletleri ve buna yakın kültüre sahip ülkelerde mevcut ve aranan anlam boyutları için 24 puanın bir kesme noktası olabileceğini öngörmüştür. Buna göre bireyin her iki boyuttan da 24 puan üzerinde almasını bireyin yaşam amacını anlamlı ve değerli bulduğu ve her zaman yaşamında yeni anlamlar keşfetmeye açık olduğu şeklinde yorumlamıştır. Mevcut anlam puanı 24'ün üzerinde ve aranan anlam puanı 24'ün altında olan bireyleri de yaşamlarının anlamlı ve değerli bir amacı olduğu, yeni anlamlar keşfetmeye açık olmadıkları, geleneklerine ve toplumsal değerlere bağlı oldukları yönünde yorumlamıştır (156). Toplumumuzun gelenekçi yapısı göz önüne alındığında bu yorum bizim toplumumuz için de uygun olabilir.

Zamana bağlı gruplar arası değişimin HİE, HİE'nin semptom distressi, varoluşsal distress ve özgüven boyutlarında, UYBÖ-HF ve YAÖ'nün mevcut anlam alt boyutunda istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu ve bu değişimlerin etki büyüklüklerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya benzer şekilde, anlam merkezli girişimlerin bağımlı değişkenler üzerindeki (spiritüel iyilik, yaşam kalitesi, FACIT vb) etki büyüklüklerinin incelendiği çalışmalarda uygulanan müdahalenin orta ila yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir (120, 121, 123, 124, 128). Müdahale grubunun T3 verileri değerlendirildiğinde yapılan görüşmelerde edindikleri bakış açılarını müdahale bittikten sonra da yaşamlarına dâhil etmeye devam ettikleri görülmüştür. Araştırmanın, bu bakımdan, uygulama sonrası iki ay takip edilen çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu söylenebilir (13, 120, 123, 128). Literatürde ulaşılan yalnızca bir çalışmada müdahale grubuna uygulanan anlam merkezli müdahalein, ikinci aydaki takipte kontrol grubuna göre anlamlı olan farkı koruyamadığı bildirilmiştir (121).

Araştırmada tanıtıcı ve tıbbi özelliklerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde UYBÖ-HF ve HİE puan ortalamaları için hastalık evresi, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumu; YAÖ mevcut anlam boyutu için hastalık evresi, aktif tedavi alma durumu ve eğitim düzeyinin bağımlı değişkenlerdeki değişimleri belirli bir düzeyde açıkladığı ve çoklu korelasyon katsayısının orta düzeyde, pozitif yönde bir ilişki gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmada UYBÖ-HF puan ortalamasındaki değişimlerin hastalık evresi, cinsiyet ve aktif tedavi alma durumundan etkilendiği belirlenmiş olup kadınların, evre 4 hastalığa sahip olanların ve aktif tedavi alanların UYBÖ-HF puan ortalamaları, minimum ve

maksimum değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser hastalarında UYBÖ-HF kullanılarak yapılan bir çalışmaya ulaşılamadığı için bulgular literatür doğrultusunda tartışılamamıştır.

Tayvan’da kanser hastalarıyla yapılan kesitsel bir çalışmada HİE Mandarin versiyonu puan ortalaması ile yaş, demoralizasyon ve depresyon arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu, 65 yaş üzerindeki bireylerin HİE puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (157). Bu çalışmada depresyon ve demoralizasyon bakılmamış olup yaş ile HİE puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmaların yaş ile korelasyon katsayısı arasındaki farkın nedeni bizim çalışmamızda 65 yaş üstü bireylerin örneklemin %15’ini oluşturması olabilir. Aktif tedavi alan grubun, evre 4 hastaların ve kadınların HİE ortalama, minimum ve maksimum puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bir çalışmada fiziksel bağımlılık ve depresyon düzeyi düşük kanser hastalarının yaşamlarının daha anlamlı olduğu, yaşam anlamı düzeyinin diğer sosyo-demografik değişkenlerden etkilenmediği saptanmıştır. Bu çalışmada mevcut anlam boyutunun eğitim düzeyi, aktif tedavi alma ve hastalık evresinden etkilendiği saptanmıştır (158). Hastalık evresi arttıkça fiziksel fonksiyonlarda bağımsızlık düzeyi azaldığı için araştırmanın bu bulgusunun Thompson ve Pitts ile uyumlu olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyinin YAÖ mevcut anlam alt boyutunda ortaokul ve lise mezunlarından kaynaklı bir etkiye sahip olduğu, ortaokul ve lise mezunlarının mevcut anlam alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evre 4 hastaların ve aktif tedavi alanların mevcut anlam puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. İleri evre kanser hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek, evli ve optimistik kişilik yapısına sahip olan bireylerin yaşamlarının daha anlamlı olduğu saptanmıştır (159). Araştırmanın eğitim düzeyinin yaşam anlamını etkilediği sonucu Gravier ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerdir.

Araştırmada yapılan görüşmeler sırasında katılımcılara yeni bir bilgi verilmemiş, örtük olan bilgi ve deneyimlerini keşfetmeleri için motive edilmişlerdir. Katılımcılar bu keşif sırasında tüm yaşamları boyunca neleri başatabildiklerini, nelere üzülüp nasıl baş ettiklerini ve kendileri için en önemli anları kendi cümleleriyle kendilerine bir bakıma “itiraf ederek” yaşamlarını gözden geçirmişlerdir. Buna bağlı olarak müdahale grubundaki tüm hastaların program sonunda yaşama bakışlarının değişken düzeylerde de olsa olumlu yönde değiştiği

gözlenmiştir. Çalışmaya davet edilen 90 katılımcının 32'si katılmayı kabul etmemesinin altında kültürel bir neden yatmakta olabilir. Ülkemizde, bir klinikte yatmakta olan kanser ve kanser dışı hastalıklara sahip bireylerle yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının olumsuz duygudurumu düzenleme beklentilerinin daha düşük olduğu, olumsuz duygudan uzaklaşmak için daha az çaba gösterdikleri bildirilmiştir (160). Benzer şekilde, ülkemizde 2008 yılında akciğer kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların yalnızca %9.8'inin üzüntü ve kederlerinin giderilmesini bekledikleri, bunu da psikologdan bekledikleri saptanmıştır (161). Bu bakımdan kanser hastalarının bu gereksinimin farkında olup olmadıklarına dair bir inceleme yapılması uygun olabilir.

Katılımcıların deneyim değerleri incelendiğinde kadınların ve erkeklerin sıklıkla çocukları ve torunlarıyla vakit geçirmek, doğayla ilgilenmek ve ibadet etmek yanıtları verdikleri görülmüştür. Yaratıcı değerlere kadınlar daha çok ailesinin gereksinimlerini karşılamak, çocuklarıyla ilgilenmek, evde bakım ihtiyacı olan kişilerin (engelli çocuk, yaşlı ebeveyn gibi) bakımını üstlenmek yanıtlarını verirken erkekler evin geçimini üstlenmek ve çalışmak şeklinde cevaplamışlardır. Kadınların tutum değerlerinin sıklıkla mücadele etmek, fedakârlık yapmak, ilkeleri doğrultusunda yaşamak ve sabırlı olmak; erkeklerinse en sık olarak inançlarına uygun yaşamak ve çözemedikleri durumları kadere bağlamak olduğu görülmüştür. Yaratıcı değerler Aydın'ın (31) çalışmasıyla uyumluyken deneyim değerlerinin doğayı seyretmek, bahçe işleri yapmak ile sınırlı kaldığı, hobilerinin olmadığı saptanmıştır. Bir aktivite yapmanın emosyonel iyilik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla evre I-III meme kanseri tanısı olan kadınların dâhil edildiği bir çalışmada katılımcıların yürüyüş yapma, yüzme, kitap okuma, müzik dinleme, fotoğraf çekme, yemek, resim ve tığ işi yapma gibi egzersizler ve aktivitelere katıldıkları saptanmıştır (162). Türkiye'de çoğunluğu evre II jinekolojik kansere sahip kadınlarla yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %87'sinin bir uğraşla ilgilendiği, bunların sıklıkla dizi izleme, hayal kurma, müzik dinleme, arkadaş vb. ziyareti ve yürüyüş olduğu bildirilmiştir (163). Bu bakımdan hobiler edinme ve bunları sürdürme üzerinde kültürel yapının bir etkisi olduğu söylenebilir. Hobi ve uğraşların kanser hastalarının mental sağlığı ve yaşamda anlam bulmaları üzerinde olumlu etkisi olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (164, 165). Bu bakımdan özellikle kanser ve palyatif bakım alanında hizmet veren hemşirelerin, bakım verdikleri bireylere bu yönde destek olmaları verdikleri bakımın kalitesini artırırken bireylerin de yaşam kalitesine katkıda bulunacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Literatür incelendiğinde bu araştırmanın palyatif bakım gereksinimi olan ileri evre kanser hastalarında keder ve itibar düzeyini değerlendiren ilk çalışma olduğu görülmüştür. Logoterapi danışmanlığı programının palyatif bakım hastalarının kronik keder, itibar düzeyi ve yaşamda anlam bulma üzerindeki etkilerinin değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada;
- Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi değişimi incelendiğinde müdahale grubunda başlangıç ile 8. hafta değerlendirmesi arasında UYBÖ-HF puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azalırken kontrol grubunda istatistiksel anlamlılık düzeyinde arttığı saptanmıştır. Gruplar arası zamana göre değişim incelendiğinde müdahale grubunun UYBÖ-HF puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düştüğü, bu nedenle logoterapi danışmanlığı programının müdahale grubunun UYBÖ-HF puan ortalamasını azaltmada etkili olduğu, bu azalmanın orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi değişimi incelendiğinde müdahale grubunun başlangıç ile 8. hafta değerlendirmesi arasındaki HİE puan ortalamalarının başlangıç düzeyine göre istatistiksel düzeyde anlamlı bir azalırken kontrol grubunda arttığı saptanmıştır. Gruplar arası zamana göre değişim incelendiğinde müdahale grubunun HİE puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düştüğü, bu azalmanın orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle logoterapi danışmanlığı programının palyatif bakım hastalarının itibar duygusuna ilişkin distressini azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi değişimi incelendiğinde müdahale grubunda başlangıç ile 8. hafta değerlendirmesi arasında YAÖ mevcut anlam alt boyutu puan ortalamasının anlamlı düzeyde artarken kontrol grubunda azaldığı, kontrol grubundaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Başlangıç ile 8. hafta değerlendirmesi arasında YAÖ aranan anlam alt boyutu puan ortalamalarının müdahale ve kontrol grubunda anlamlı düzeyde azaldığı

görülmüştür. Gruplar arası zamana göre değişim incelendiğinde müdahale grubunun YAÖ mevcut anlam puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı, bu artışın orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle logoterapi danışmanlığı programının palyatif bakım hastalarında yaşamı anlamlandırmada yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Araştırmada kadınların, evre 4 hastalığa sahip olanların ve aktif tedavi alan bireylerin UYBÖ-HF ve HİE puan ortalamalarının; evre 4 hastalığa sahip olanların, aktif tedavi alanların, ortaokul ve lise mezunu olanların YAÖ mevcut anlam boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların deneyim değerlerinin çocukları ve torunlarıyla vakit geçirmek, doğayla ilgilenmek ve ibadet etmek; yaratıcı değerlerinin ailenin gereksinimlerini karşılamak, evin geçimini üstlenmek ve çalışmak; tutum değerlerinin mücadele etmek, fedakârlık yapmak, ilkeleri ve inançları doğrultusunda yaşamak ve kadercilik olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

- Hemşirelerin palyatif bakım hastalarına yaklaşımında bireyin yaratıcı, tutum ve deneyim değerlerini ortaya çıkararak yaşamını anlamlandırmasına yardımcı olacak iletişim tekniklerini kullanabilmesi için ihtiyaç duyulan eğitimlerin planlanması ve palyatif bakım ekibinde konuya ilişkin farkındalık oluşturulması,
- Palyatif bakım hastalarının kronik keder deneyimlerine yönelik değerlendirme ve girişimsel çalışmaların artırılması,
- Palyatif bakım hastalarının kronik keder düzeyini değerlendirebilmek amacıyla uygun bir ölçme aracı geliştirilmesi,
- Logoterapinin farklı örneklem gruplarında, özellikle palyatif bakım hastalarının primer bakım vericileri ve palyatif bakım hizmeti sağlayan tüm sağlık ekibine psikolojik destek sağlamak amacıyla kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. WHO definition of palliative care. 2002. (Erişim Tarihi: 19 Aralık 2019). <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Chochinov HM. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002; 287(17): 2253-2260.
3. Burke LM, Eakes GG, Hainsworth MA. Milestones of chronic sorrow: perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. Journal of Family Nursing. 1999; 5(4):374-387.
4. Schreier AM, Dries NS. Theory of chronic sorrow. In: MR Alligood (eds). Nursing theorists and their work. 8th ed. Missouri: Elsevier Inc. 2014; p. 609-626.
5. Teel CS. Chronic sorrow: analysis of concept. Journal of advanced nursing. 1991; 16(11):1311-1319.
6. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. Clin Psychol Rev. 2001 Jul;21(5):705-34.
7. George TP. Chronic sorrow. In: BJ Ackley, GB Ladwig, MB Flynn Makic (eds). Nursing diagnosis handbook: an evidence based guide to planning care. 11th ed. Missouri: Elsevier Inc. 2017; p. 829-833.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023. NANDA International. 12th ed. New York: Thieme Medical Publishers Inc, 2021.
9. Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Middle-range theory of chronic sorrow. Image J Nurs Sch. 1998; 30(2):179-184.
10. Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. Journal of Clinical Nursing. 2007;16 (3): 76-83.
11. Ek K, Sahlberg-Blom E, Andershed B. Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. Journal of advanced nursing. 2011; 67(7): 1480-1490.
12. Zirak M, Ghafourifard M, Aliafsari Mamaghani E. Patients' dignity and its relationship with contextual variables: a cross-sectional study. J caring scii 2017; 6(1): 49-51.

13. Breitbart WS. Dignity and meaning in supportive care. *Palliative and supportive care*. 2018; 16(6): 641-642.
14. Kang KA, Han SJ, Lim YS, Kim SJ. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2019 Jul/Aug;42(4):332-340.
15. Sutkevičiūtė M, Stančiukaitė M, Bulotienė G. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Med Litu*. 2017;24(1):67-73.
16. Wong PTP. Integrative meaning therapy: from logotherapy to existential positive interventions. In: P Russo-Netzer, S Schulenberg, A Batthyany (eds). *Clinical Perspectives on Meaning*. Cham: Springer. 2016; p. 323-342.
17. Frankl VE. *Man's search for meaning*. 4th ed. Massachusetts: Beacon Press, 1992.
18. Devoe D. Viktor Frankl's logotherapy: the search for purpose and meaning. *Inquiries Journal/Student Pulse*. 2012; 7(4).
19. Mithrasan AT, Parasuraman G, Iyer RH, Vardarajan S. Psychosocial problems and needs of patients in palliative care center. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2018; 5(4):1-7.
20. Breitbart WS. Meaning-centered psychotherapy (MCP) for advanced cancer patients. In: A Batthyány (eds). *Logotherapy and existential analysis: proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna*. 1st ed. Springer International Publishing. 2013; p. 151-163
21. Vehling S, Kissane DW. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psychooncology*. 2018 Nov;27(11):2525-2530.
22. Kim C, Choi H. The efficacy of group logotherapy on community-dwelling older adults with depressive symptoms: A mixed methods study. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 57(2): 920-928.
23. Faraji Emafti M, Hedayatizadeh-Omran A, Noroozi A, Janbabai G, Tatari M, Modanloo M. The effect of group logotherapy on spirituality and death anxiety of patients with cancer: an open-label randomized clinical trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2019; 13(3): 1-8.

24. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Fu CF, Tsai PJ, Chiang CY. The Effects of Logotherapy on Distress, Depression, and Demoralization in Breast Cancer and Gynecological Cancer Patients: A Preliminary Study. *Cancer Nurs.* 2021 Jan/Feb;44(1):53-61.
25. Kang KA, Im JI, Kim HS, Kim SJ, Song MK, Sim S. The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science.* 2009; 15(2): 136-144. 312.
26. Putri SB, Jannah M. The effect of logotherapy on depression in breast cancer patients under chemotherapy. *World Journal of Research and Review.* 2019; 8(2); 30-32.
27. Mok E, Lau KP, Lai T, Ching S. The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. *Oncol Nurs Forum.* 2012 Nov;39(6):480-488.
28. Staats K, Grov EK, Husebø BS, Tranvåg O. Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home. *Health Care Women Int.* 2020 Sep;41(9):1036-1058.
29. Wang L, Wei Y, Xue L, Guo Q, Liu W. Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Curr Oncol.* 2019 Apr;26(2):188-193.
30. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology.* 2014 Mar;23(3):283-290.
31. Aydın R. Hemşire tarafından yapılan yaşamı anlamlandırma görüşmelerinin jinekolojik kanser hastalarında travma sonrası gelişim, yaşamda anlam bulma ve spiritüel iyi oluşluk üzerine etkisi. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelikte Doktora Tezi. Antalya, 2020.
32. Mamashli L, Okhli H, Fattahi M, Hajibeglo A, Bekmaz K. The effect of group logotherapy on the life expectancy of cancer patients in the north of Iran: a quasi-experimental study. *Psychiatria.* 2021; 18(1):30-35.
33. Keal R, Clayton JM, Butow P. Australian Palliative Care Nurses' Reflections on Existential/Spiritual Interventions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing.* 2014;16(2):105-112.

34. Fay Z, OBoyle C. How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs. *Int J Palliat Nurs*. 2019 May 2;25(5):233-243.
35. García-Baquero Merino MT. Palliative Care: Taking the Long View. *Front Pharmacol*. 2018 Oct 16;9:1140.
36. Saunders CD. The evolution of palliative care. *J R Soc Med*. 2001; 94(9): 430-432.
37. Clark D, Graham F, Centeno C. Changes in the world of palliative care. *Medicine*. 2015; 43(12): 696-698.
38. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, Verhagen SC; international working group convened by the European School of Oncology. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer*. 2004 Oct;40(15):2192-2200.
39. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>: World Health Organization, 1990.
40. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: World Health Organization, 2002.
41. Palliative care. World Health Organization. 2020. (Erişim Tarihi: 16 Ekim 2022) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
42. Dzierzanowski T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2021;13(4):187-200.
43. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Switzerland: WHO publications, 2016.
44. Brant JM, Silbermann M. Global Perspectives on palliative care for cancer patients: not all countries are the same. *Curr Oncol Rep*. 2021; 23(60):1-10.
45. Institute of Medicine (US) Committee on Care at the End of Life. In: MJ Field ve CK Cassel.(eds) *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington (DC): National Academies Press, 1997.

46. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jan;47(1):2-5.
47. Österlind J, Henoch I. The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nurs Philos*. 2021 Apr;22(2):123-134.
48. Kutluk T, Ahmed F, Cemaloğlu M, Aydın B, Şengelen M, Kirazlı M, Yurduşen S, Sullivan R, Harding R. Progress in palliative care for cancer in Turkey: a review of the literature. *Ecancermedicalscience*. 2021 Nov 25;15(1321):1-84.
49. Akyar I, Dionne-Odom JN, Ozcan M, Bakitas MA. Needs Assessment for Turkish Family Caregivers of Older Persons with Cancer: First-Phase Results of Adapting an Early Palliative Care Model. *J Palliat Med*. 2019 Sep;22(9):1065-1074.
50. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017; 4(2): 132-135.
51. Tan Jr AK. Models of Palliative Care in Long-Term Care: An Integrative Review. *International Journal of Caring Sciences*. 2019; 12(2): 892-905.
52. Melender HL, Hökkä M, Saarto T, Lehto JT. The required competencies of physicians within palliative care from the perspectives of multi-professional expert groups: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2020 May 9;19(1):65.
53. Hökkä M, Martins Pereira S, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliat Med*. 2020 Jul;34(7):851-870.
54. Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, Blay C, Boyd K, Moine S, Gignon M, Van den Eynden B, Leysen B, Wens J, Engels Y, Dees M, Costantini M. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Mar;53(3):509-517.
55. Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS, Conway B, Corcoran B, Dempster M, Gamble J, Stewart C, Rafferty S, McMahon M, MacMahon J, Mulholland P, Stockdale P, Chew E, Hanna L, Brown J, Ferguson G, Fogarty D. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med*. 2007 Jun;21(4):313-322.

56. Hart NH, Crawford-Williams F, Crichton M, Yee J, Smith TJ, Koczwara B, Fitch MI, Crawford GB, Mukhopadhyay S, Mahony J, Cheah C, Townsend J, Cook O, Agar MR, Chan RJ. Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2022 Aug;176:103728.
57. Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Tan JY. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2018 Jul 23;17(1):96.
58. Lazenby M. Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. In: *Seminars in oncology nursing*. WB Saunders, 2018. p. 274-283.
59. Chen W, Chen Y, Xiao H. Existential distress in cancer patients: a concept analysis. *Cancer Nurs*. 2022 Mar-Apr 01;45(2):471-486.
60. de Brito LSA, de Sousa NDL, Alencar AMPG, Rebouças VDCF, Pinheiro PP, Júnior JG. Concepts, theoretical models and nursing theories: integrative review. *Int Arch Med*. 2017; 10(166):1-8.
61. Şengün F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(2): 132-139.
62. Fawcett J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*. 2005;5(1):32-43.
63. Fawcett, J. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2006.
64. Merton RK. On sociological theories of the middle range. In: Simon and Schuster (eds). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press, 1949; 548-560.
65. Olshansky S. Chronic Sorrow: A Response to having a mentally defective child. *Social Casework*. 1962; 43(4):190-193.
66. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company, 1984.

67. Lindgren CL, Burke ML, Hainsworth MA, Eakes GG. Chronic sorrow: a lifespan concept. *Sch Inq Nurs Pract*. 1992 Spring;6(1):27-40.
68. Bettel AM, Latimer MA. Maternal coping and adaptation: A case study examination of chronic sorrow in caring for an adolescent with a progressive neurodegenerative disease. *Can J Neurosci Nurs*. 2009;31(4):15-21.
69. Harris DL, Winouker HR. Living losses: nonfinite loss, ambiguous loss, and chronic sorrow. *Principles and Practice of Grief Counseling*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company, 2019.
70. Bruce E, Schultz CL. Non-finite loss and challenges to communication between parents and professionals. *British Journal of Special Education*. 2002; 29(1): 9-13.
71. Jones SJ, Beck E. Disenfranchised grief and nonfinite loss as experienced by the families of death row inmates. *Omega (Westport)*. 2006-2007;54(4):281-99.
72. Schultz CL, Harris D. Giving voice to nonfinite loss and grief in bereavement. In: RA Neimeyer, DL Harris, HR Winokuer, GF Thornton (eds). *Grief and bereavement in contemporary society: bridging research and practice*. New York: Routledge, 2011; p. 235-245.
73. Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Chronic Sorrow: The experiences of bereaved individuals. *Illness Crisis & Loss*. 1999;7(2):172-182.
74. Olwit C, Mugaba M, Osiyaga CP, Nabirye RC. Existence, triggers, and coping with chronic sorrow: a qualitative study of caretakers of children with sickle cell disease in a National Referral Hospital in Kampala, Uganda. *BMC Psychol*. 2018 Oct 20;6(1):50.
75. Bathcelor LL, Duke G. Chronic sorrow in parents with chronically ill children. *Pediatric nursing*. 2019; 45(4):163-173.
76. Glenn AD. Using online health communication to manage chronic sorrow: mothers of children with rare diseases speak. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 30(1): 17-24.
77. Hooyman RN, Kramer BJ. *Living through loss: Interventions across the lifespan*. 1st ed. New York: Columbia University Press, 2006.
78. Krafft SK, Krafft LJ. Chronic sorrow: parents' lived experience. *Holist Nurs Pract*. 1998; 13(1):59-67.

79. Isaksson AK, Ahlström G. Managing chronic sorrow: experiences of patients with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 2008; 40(3):180-191.
80. Rankine P. Dignity in Homer and Classical Greece. In *Dignity: A History*, edited by Remy Debes, 19-45. New York: Oxford University Press, 2017.
81. Kant I. *Groundwork of the Metaphysics of Morals* (1785). Cambridge University Press, 1998.
82. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med*. 2007 Jan;64(2):292-302.
83. Coventry ML. Care with dignity: a concept analysis. *J Gerontol Nurs*. 2006;32(5):42-8.
84. Franco H, Caldeira S, Nunes L. Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nurs Ethics*. 2021 Aug;28(5):734-749.
85. Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. *J Adv Nurs*. 1996 Nov;24(5):924-31.
86. Matiti MR, Baillie L. *Dignity in healthcare: a practical approach for nurses and midwives*. 1st ed. London: Routledge, 2011.
87. Black K, Dobbs D. Community-dwelling older adults' perceptions of dignity: core meanings, challenges, supports and opportunities. *Ageing & Society*. Cambridge University Press; 2014;34(8):1292–1313.
88. Bidabadi FS, Yazdannik A, Zargham-Boroujeni A. Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nurs Ethics*. 2019 May;26(3):738-752.
89. Nordenfelt L. *The concepts of dignity: an analysis*. Ersta sköndal bräcke högskola. Tullinge: 2021.
90. Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindström UÅ. Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics*. 2013 Dec;20(8):851-60.
91. Simões Â, Sapeta P. The concept of dignity in nursing care: a theoretical analysis of the ethics of care. *Revista Bioética*. 2019; 27(2):244-252.
92. Dakessian Sailian S, Salifu Y, Saad R, Preston N. Dignity of patients with palliative needs in the Middle East: an integrative review. *BMC Palliat Care*. 2021 Jul 16;20(1):112.

93. Bylund-Grenklo T, Werkander-Harstäde C, Sandgren A, Benzein E, Östlund U. Dignity in life and care: the perspectives of Swedish patients in a palliative care context. *Int J Palliat Nurs*. 2019 Apr 2;25(4):193-201.
94. Fahlberg B. Promoting patient dignity in nursing care. *Nursing*. 2014 Jul;44(7):14.
95. Kimble MA, Ellor JW. Logotherapy: An overview. *Journal of Religious Gerontology*. 2000; 11(9): 24.
96. Frankl VE. Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1967;4(3):138-142.
97. Shantall T. What is logotherapy? The Life-changing impact of Viktor Frankl's logotherapy. Cham: Springer, 2020.
98. Längle A. The history of logotherapy and existential analysis. In: E van Deurzen, E Craig, A Längle, K. Schneider, D Tantam, S du Plock (eds). *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. John Wiley & Sons Ltd. 2019; p. 309-323.
99. Viktor Frankl Institute. Biography. 2022. (Erişim Tarihi: 12 04 2023). <https://www.viktorfrankl.org/biography.html>.
100. Saraswathi KN. Logotherapy. *Nursing Journal of India*. 2013; (104)1:37-38.
101. Marshall, M. Prism of meaning: Guide to the fundamental principles of Viktor E. Frankl's logotherapy. Ottawa: Ottawa Institute of Logotherapy, 2011.
102. Wong, PTP. Viktor Frankl's meaning-seeking model and positive psychology. In: A Batthyany, P Russo-Netzer (eds). *Meaning in Positive and Existential Psychology*. New York: Springer, 2014.
103. Frankl VE. On logotherapy and existential analysis. *The American Journal of Psychoanalysis*. 1958; 18(1):28-37.
104. Reitinger, C. Viktor Frankl's logotherapy from a philosophical point of view. *Existential Analysis*. 2015;26(2): 344-358.
105. Indinger S. Meaning is what is meant – Viktor Frankl's logotherapy. *InterAction - The Journal of Solution Focus in Organisations*. 2010;2(1): 27-47.
106. Strack KM, Schulenberg SE. Understanding empowerment, meaning, and perceived coercion in individuals with serious mental illness. *J Clin Psychol*. 2009 Oct;65(10):1137-48.

107. Zaiser R. Working on the noetic dimension of man: Philosophical practice, logotherapy, and existential analysis. *Philosophical practice*. 2005;1(2): 82-88.
108. Mathews, S. Viktor Frankl's laws of dimensional ontology and the fallacy of the dominant dimension. *Leading sapiens*. 2023. (Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2023). <https://www.leadingsapiens.com/viktor-frankl-laws-dimensional-ontology/>.
109. Eskigölek Y, Kav S. Palyatif Bakım Hemşireliğinde Bir Spiritüel Bakım Yaklaşımı: Acıyı Anlamlandırmak. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2022; 3(2): 144-155.
110. Hasbiansyah O. The search for meaning of life: Existentialism, Communication and Islam. *MediaTor*. 2002; 3(2): 249-258.
111. Anowai E, Chukwujekwu S. The Concept of authentic and inauthentic existence in the philosophy of Martin Heidegger: The 'quarrel' of communitarians and libertarians. *Review of european studies*. 2019;11(2): 1-7.
112. Das AK. Frankl and the realm of meaning. *Journal of humanistic education and development*. 1998; 36(4): 199-211.
113. Wong PTP. From Viktor Frankl's logotherapy to the four defining characteristics of self-transcendence. Paper presented at the research working group meeting for Virtue, Happiness, and the Meaning of Life Project. Columbia, SC: 2016.
114. Lewis MH. Logotherapy and existential analysis: a glossary of English terms. *The International Forum for Logotherapy*. 2016;39(1): 108-118.
115. Schulenberg SE, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy (Chic)*. 2008 Dec;45(4):447-63.
116. Costello SJ. *Applied Logotherapy*. Cambridge Scholars Publishing, 2019. ISBN: 978-1-5275-3142-0.
117. Riebel L. Paradoxical intention strategies: A review of rationales. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 1984;21(2): 260-272.
118. Vittorio LN, Murphy ST, Braun JD, Strunk DR. Using Socratic Questioning to promote cognitive change and achieve depressive symptom reduction: Evidence of cognitive change as a mediator. *Behav Res Ther*. 2022 Mar; 150:104035.
119. Delić H, Bećirović S. Socratic method as an approach to teaching. *European Researcher, Series A*. 2016; 111(10): 511-517.

120. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, Tomarken A, Timm AK, Berg A, Jacobson C, Sorger B, Abbey J, Olden M. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):21-28.
121. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, Olden M, Pessin H, Lichtenthal W, Sjoberg D, Cassileth BR. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 20;30(12):1304-9.
122. Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Pessin HA, Radomski JN, Simay Gökbayrak N, Katz AM, Rosenfeld B, Breitbart W. Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2012 Nov;21(11):1195-204.
123. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015 Mar 1;33(7):749-54.
124. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, Saracino RM, Marziliano AM, Masterson M, Tobias K, Fenn N. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018 Aug 1;124(15):3231-3239.
125. Kissane DW, Lethborg C, Brooker J, Hempton C, Burney S, Michael N, Staples M, Osicka T, Sulistio M, Shapiro J, Hiscock H. Meaning and Purpose (MaP) therapy II: Feasibility and acceptability from a pilot study in advanced cancer. *Palliat Support Care*. 2019 Feb;17(1):21-28.
126. Fraguell-Hernando C, Limonero JT, Gil F. Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study. *Support Care Cancer*. 2020 Oct;28(10):4803-4811.
127. Quílez-Bielsa E, Barrado-Moreno V, Lastra Del Prado R, Arbonés-Mainar JM, Sebastian-Sanchez M, Ventura-Faci T. An adaptation of meaning-centered psychotherapy integrating "essential care": a pilot study. *Palliat Support Care*. 2022; 20(4): 496-504.

128. Winger JG, Ramos K, Kelleher SA, Somers TJ, Steinhäuser KE, Porter LS, Kamal AH, Breitbart WS, Keefe FJ. Meaning-Centered Pain Coping Skills Training: A Pilot Feasibility Trial of a Psychosocial Pain Management Intervention for Patients with Advanced Cancer. *J Palliat Med.* 2022 Jan;25(1):60-69.
129. Heidary M, Heshmati R, Hayes J. Effect of Group Logotherapy on Anxiety About Death and Existential Loneliness in Patients With Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nurs.* 2023 Jan-Feb 01;46(1): E21-E30.
130. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, Elbourne D, Egger M, Altman DG. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ.* 2010 Mar 23;340:c869.
131. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). 2022.
132. Prigerson HG, Vandermerker LC, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: A case for inclusion in DSM-V. In: M Strobe, R Hansson, H Schut, W Stroebe (eds). *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives.* Washington DC: American Psychological Association Press, 2008.
133. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death Stud.* 2010 Mar;34(3):257-73.
134. Gökler Danışman I, Yalçınay M, Yıldız N. Measuring grief symptoms in cancer patients: The Reliability and validity study of the Turkish version of Prolonged Grief Disorder Scale. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2017; 28(3): 190-197.
135. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Dec;36(6):559-71.
136. Eskigölek Y, Kav S. Validity and reliability of the Turkish version of the Patient Dignity Inventory. *Palliat Support Care.* 2022 Jun;20(3):389-396.
137. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care.* 1996 Spring;12(1):5-11.

138. Steger MF, Frazier PA, Kaler M, Oishi S. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*. 2006 Jan;53(1):80-93.
139. Akın A, Taş İ. Yaşam Anlamı Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Electronic Turkish Studies*. 2015; 10(3): 27-36.
140. Rose LM, Zask A, Burton LJ. Psychometric properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a sample of Australian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2017;22(1):68-77.
141. Özmert M. Viktor Frankl Enstitüsü Türkiye. (Erişim Tarihi: 1 Haziran 2022). <https://www.viktorfrankltr.net/>.
142. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Moradi-Joo M, Akbari ME. Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2014;7(3):165-70.
143. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference. 12th ed. Pearson Higher Education, 2011.
144. Zou KH, Tuncalı K, Silverman SG Correlation and simple linear regression. *Radiology*. 2003;227(3):617-628.
145. Tranmer M, Murphy J, Elliot M, Pampaka M. Multiple Linear Regression. 2nd ed. Cathie Marsh Institute Working Paper, 2020.
146. Kılıç S. Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*. 2014; 4(1): 44-46.
147. Weng J, Pachman DR, Wild E, Ingram CJ. Dignity Conserving Therapy: An Intervention for Addressing Psychosocial and Existential Distress in Patients with Serious Illness. *Palliat Med Rep*. 2022 Sep 16;3(1):206-210.
148. Grassi L, Spiegel D, Riba M. Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Res*. 2017; 4(6):1-9.
149. Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Chronic Sorrow in Mothers of Children With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015 Sep-Oct;32(5):314-9.
150. Eakes GG. Chronic sorrow: a response to living with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1993 Oct;20(9):1327-34.

151. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002 Dec 21-28;360(9350):2026-30.
152. Wang L, Wei Y, Xue L, Guo Q, Liu W. Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Curr Oncol*. 2019 Apr;26(2): e188-e193.
153. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005 Aug 20;23(24):5520-5.
154. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011 Aug;12(8):753-62.
155. Vuksanovic D, Green HJ, Dyck M, Morrissey SA. Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Feb;53(2):162-170.
156. Steger MF. Meaning in life questionnaire. 2010. (Erişim Tarihi: 6 Temmuz 2023) <http://www.michaelfsteger.com/wp-content/uploads/2013/12/MLQ-description-scoring-and-feedback-packet.pdf>.
157. Li YC, Feng YH, Ma SC, Wang HH. Dignity and Related Factors in Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2023 Feb;17(1):8-14.
158. Thompson SC, Pitts J. Factors Relating to a Person's Ability to Find Meaning After a Diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994; 11(3): 1-21.
159. Gravier AL, Shamieh O, Paiva CE, Perez-Cruz PE, Muckaden MA, Park M, Bruera E, Hui D. Meaning in life in patients with advanced cancer: a multinational study. *Support Care Cancer*. 2020 Aug;28(8):3927-3934.
160. Turan N, Kaya N, Ülgen S, Bolol N, İşçi Ç. Kanserli Bireylerin Olumsuz Duygudurumu Düzenleme Beklentileri. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2019; 9(1): 80-84.
161. Gültekin Z, Pinar G, Pinar T, Kiziltan G, Doğan N, Algier L, Bulur I, Özyılkan Ö. Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008; 18(2): 99-106.

162. Burke SM, Sabiston CM, Vallerand RJ. Passion in breast cancer survivors: examining links to emotional well-being. *J Health Psychol.* 2012 Nov;17(8):1161-75.
163. Özcan K, Pınar G. Jine-onkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki Uğraş Seçimlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2021; 4(1): 65-76.
164. Chun S, Heo J, Lee S, Kim J. Leisure-Related Predictors on a Sense of Purpose in Life among Older Adults with Cancer. *Activities, Adaptation and Aging.* 2016 Jul 2;40(3):266-280.
165. Kim J, Kim J, Han A. The impact of leisure time physical activity on mental health and health perception among people with cancer. *Health Promot Perspect.* 2020;10(2):116-122.

EK 1: Örneklem Hesaplaması

[1] -- Monday, February 22, 2021 -- 13:28:32

F tests – ANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f = 0.35 (orta ile büyük etki arası değer)

α err prob = 0.05 (Tip I hata olasılığı)

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.85 (Güç olasılığı)

Number of groups = 2 (Müdahale-kontrol)

Number of measurements = 2 (önce – sonra ölçüm)

Corr among rep measures = 0.5

Output: Noncentrality parameter λ = 9.4733333

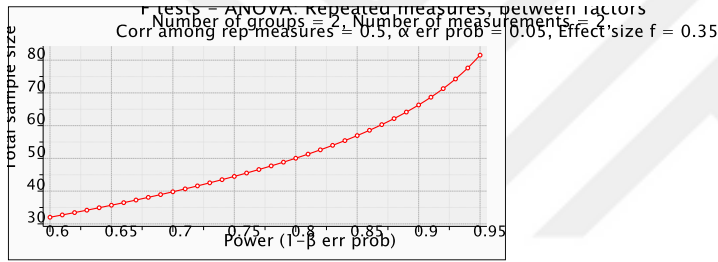
Critical F = 4.0129734

Numerator df = 1.0000000

Denominator df = 56.0000000

Total sample size = 58 (Toplam 58: kontrolle birebir olmak üzere 29 ar
kişi)

Actual power = 0.8564998



EK 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!! Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Kronik keder deneyimleyen palyatif bakım (ciddi bir hastalığa sahip bireyin ve ailesinin yaşadığı olumsuzlukları azaltmak, hastalığın yol açtığı istenmeyen etkileri azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla verilen bakım) hastalarına verilen logoterapi (hayata ve olaylara bakış açısını derinleştirerek yaşamda anlam bulma) danışmanlığının kronik keder ve itibar duygusu üzerindeki etkisi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 58 kişidir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 8 haftadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, kronik keder yaşayan kanser hastalarına verilen “yaşamda anlam bulma” danışmanlığının, bireyin itibar duygusu üzerindeki etkisini incelemektir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

- a. 18 yaş ve üzerinde olmanız;
- b. İleri evre kanser nedeniyle hastanede yatıyor olmanız;
- c. En az 1 ay önce tanı almış olmanız;
- d. İletişim kurmanıza engel bir durumunuzun olmaması;
- e. Kronik kederin tanımlayıcı özelliklerinden en az birini yaşadığını sözel olarak ifade etmeniz;
- f. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız gereklidir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada çalışma grubunda yer alırsanız 4 hafta boyunca, her biri 90 dakika olmak üzere danışmanlık programı alacaksınız. Danışmanlık programına başlamadan hemen önce, 4 haftalık program bittikten hemen sonra ve programın bitişinden 4 hafta sonra çalışma için gerekli anketleri yanıtlamanız beklenmektedir. Araştırmada kontrol grubunda yer alırsanız ilk görüşmede, ilk görüşmeden 4 ve 8 hafta sonrasında çalışma için gerekli anketleri yanıtlamanız beklenmektedir. Bu program kapsamında araştırmacı sizinle yüz yüze görüşecek ve demografik veri formundaki bilgileri doldurmanızı, hasta itibar envanteri, yaşam anlamı ölçeği ve uzamış yas bozukluğu ölçeğini değerlendirmenizi isteyecektir. Danışmanlık grubunun katılımcıları rastgele belirlenecektir.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırma planına uymanız ve araştırma sırasında sizi rahatsız eden bir durum olursa bunu sorumlu araştırmacıya bildirmeniz beklenmektedir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmemiz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar sizin gibi tanı almış diğer hastaların bakımının planlanmasına katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Çalışmaya katılmanız durumunda öngörülen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma tıbbi girişimsel bir işlem (vücut bütünlüğünü bozan işlemler) ya da ilaç çalışması olmayıp, araştırma kapsamında herhangi bir zarara uğramanız beklenmemektedir.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

İstedığınızde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacının Adres ve Telefonları:

Yasemin Eskigölek

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırma ile ilgili gider beklenmemektedir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız veya zaman içinde sağlık durumunuzun programa katılmanıza uygun olmaması durumunda araştırmacı izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada tıbbi bir tedavi uygulanmayacaktır. Standart sağlık hizmetini almaya devam edeceksiniz.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Uzman Hemşire Yasemin Eskigölek tarafından Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinin Medikal Onkoloji ve Jinekoloji Kliniklerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Araştırma ile ilişkili olarak herhangi bir girişimsel bir işlem (vücut bütünlüğünü bozan işlemler) ya da ilaç uygulaması olmadığı tarafıma bildirildi. Araştırma ilişkili sağlık sorunu yaşamayacağımı biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim/araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ONAM ALMA İÇİNE BAŐINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŐ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK 3: Çalışmaya Dahil Etme Tablosu

[illegible]

EK 4: Demografik Veri Formu

Kod No:

PPS:

Atandığı Grup:

PALYATİF BAKIM DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
- 3- Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış/Dul
- 4- Evde kiminle/ kimlerle yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız ☐ Annem ve babam
☐ Eşim ☐ Eşim ve çocuklarım
☐ Arkadaşlarım ☐ Diğer
- 5- Eğitim durumunuz:
☐ Okur-yazar ☐ Lise
☐ İlkokul ☐ Lisans/ Üniversite
☐ Ortaokul ☐ Yüksek lisans / Doktora
- 6- Yaşadığınız Yer: ☐ Köy/ Kasaba ☐ İlçe ☐ İl
- 7- Algılanan Sosyo-ekonomik durum
☐ İyi
☐ Orta
☐ Kötü
- 8- Çalışma Durumunuz
☐ Çalışıyor
☐ Çalışmıyor
☐ Emekli
- 9- Sağlık güvenceniz: ☐ SGK ☐ Özel Sağlık Sigortası ☐ Diğer ☐ Sağlık güvencem yok

I. HASTALIK VE TEDAVİSİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Hastalığınızın tanısını belirtiniz:
2. Hastalığınızın evresi: Tanı tarihi:
3. Uygulanan tedavi türünü belirtiniz:
☐ Cerrahi Tedavi (hangi girişim ve ne zaman uygulandı):
☐ Kemoterapi (hangi protokol ve kaç kür uygulandı):
☐ Radyoterapi (Uygulanan bölge ve kaç kür uygulandı):

EK 5: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu

	1 Hiç	2 En az 1 kez	3 Haftada en az 1 kez	4 Günde en az 1 kez	5 Günde birçok kez
1. Geçtiğimiz ay içerisinde, yeniden sağlıklı olabilmenin özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?					
2. Geçtiğimiz ay içerisinde, hastalığınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ıstırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?					
3. Geçtiğimiz ay içerisinde, size hastalığınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?					
4. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla hastalığınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?					
	1 Hiç	2 Biraz	3 Epey	4 Çok	5 Çok fazla
5. Yaşamdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda azalma (bir parçanızın öldüğü hissi gibi) hissediyor musunuz?					
6. Hastalığınızı kabullenmekle ilgili güçlük çektiniz mi?					
7. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?					
8. Hastalığınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?					
9. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?					
10. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?					
11. Hastalığınızı öğrendiğinizden bu yana hayatın doyum vermediğini, boş ya da anlamsız olduğunu hissediyor musunuz?					
12. Sosyal, mesleki ya da diğer önemli alanlardaki (aile yaşamı) işlevselliğinizde önemli bir azalma oldu mu?					

EK 6: Hasta İtibar Envanteri

Katılımcı Kod No:

Atandığı Grup:

Tarih:	Tarih:	Tarih:
--------	--------	--------

Hasta İtibar Envanteri

Her maddede yer alan ifadenin, son birkaç gün içerisinde sizin için ne kadar soruna ya da endişeye neden olduğunu belirtiniz.					
Maddeler	Sorun değil 1	Hafif bir sorun 2	Sorun 3	Büyük bir sorun 4	Baş edilmesi güç bir sorun 5
1. Günlük yaşantıyla ilgili işlerimi yapamıyorum (örn; banyo yapmak, giyinmek).					
2. Bedensel işlevlerimi bağımsızca yerine getiremiyorum (örn; tuvaletle ilgili konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum).					
3. Fiziksel sıkıntıya yol açan şikâyetler yaşıyorum (örn; ağrı, nefes darlığı, bulantı).					
4. Başkaları tarafından nasıl görüldüğümün önemli derecede değiştiğini hissediyorum.					
5. Bunalımda olduğumu hissediyorum.					
6. Kaygılı olduğumu hissediyorum.					
7. Hastalığım ve tedavisi hakkında belirsizlik hissediyorum.					
8. Geleceğim hakkında endişeliyim.					
9. Açık ve net bir şekilde düşünemiyorum.					
10. Günlük alışkanlıklarımı/düzenimi sürdüremiyorum.					
11. Artık eski ben değilmişim gibi hissediyorum.					
12. Faydalı ya da değerli olduğumu hissetmiyorum.					
13. Önemli rollerimi yerine getiremiyorum (örn; eş, ebeveyn).					
14. Artık, yaşamın bir anlamı ve amacı kalmadığını hissediyorum.					
15. Yaşamım boyunca anlamlı ve kalıcı bir katkıda bulunmadığımı hissediyorum.					

16. “Yarım kalan işlerim” varmış gibi hissediyorum (örn; söyleyemediğim, tamamlayamadığım şeyler).					
17. Manevi yaşantımın anlamlı olmamasından endişeliyim.					
18. Diğerlerine yük olduğumu hissediyorum.					
19. Yaşamımın kontrolünü elimde tutamadığımı hissediyorum.					
20. Hastalığımın ve bakım ihtiyaçlarımın, mahremiyetimi azalttığını düşünüyorum.					
21. Aile ve arkadaş grubum tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
22. Sağlık görevlileri/çalışanları tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
23. Hastalığımın getirdiği zorluklarla artık zihinsel olarak savaşamayacağımı hissediyorum.					
24. Olayları olduğu gibi kabul edemiyorum.					
25. Diğer insanlar tarafından saygılı ve anlayışlı muamele görmüyorum.					

EK 7: Palyatif Performans Skalası

Palyatif Performans Skalası (PPSv2) :					
PPS Düzeyi	Hareketlilik	Aktivite/Hastalık Bulgusu	Öz Bakım	Beslenme	Bilinç Düzeyi
%100	Tam	Normal aktivite Hastalık bulgusu yok	Tam	Normal	Tam
%90	Tam	Normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal	Tam
%80	Tam	Eforla normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%70	Azalmış	Normal iş/çalışma yapamaz Ciddi hastalık	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%60	Azalmış	Ev işi/hobi yapamaz Ciddi hastalık	Bazen yardım gerekebilir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%50	Genellikle oturuyor/uzanıyor	Hiç iş yapamaz Yayılmış hastalık	Epeyce yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%40	Genellikle yatakta	Birçok aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Genellikle yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%30	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%20	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Çok az yudum yudum	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%10	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Sadece ağız bakımı	Uykulu veya koma ± konfüzyon
%0	Ölüm	-	-	-	-

EK 8: Yaşam Anlamı Ölçeği

Katılımcı Kod No:

Atandığı Grup:

Tarih:	Tarih:	Tarih:
--------	--------	--------

Yaşam Anlamı Ölçeği

Her sorunun karşısında bulunan; (1) Benim için hiç doğru değil (2) Benim için doğru değil (3) Benim için biraz doğru değil (4) Kararsızım ve (5) Benim için biraz doğru (6) Benim için doğru (7) Benim için tamamen doğru anlamına gelmektedir.								
1	Yaşamımın anlamını biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
2	Yaşamımı anlamlı hissetmemi sağlayacak bir şeyler arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3	Her zaman yaşamımın amacını bulmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Yaşamımın net bir amacı var.	1	2	3	4	5	6	7
5	Yaşamımı neyin anlamlı hale getireceğine ilişkin bir öngörüye sahibim.	1	2	3	4	5	6	7
6	Tatmin edici bir yaşam amacı keşfettim.	1	2	3	4	5	6	7
7	Her zaman yaşamımı anlamlı hissettirecek bir şeyler araştırıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
8	Yaşamım için bir amaç ve misyon arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9	Yaşamımın net bir amacı yok.	1	2	3	4	5	6	7
10	Yaşamımda anlam arıyorum.	1	2	3	4	5	6	7

EK 9: Logoterapi Eğitim Programı

Online 2021 Güz Dönemi VALT Sertifika Program Takvimi			
Hafıza	Konu	Detaylar	Tarih
1	Giriş	Logoterapi Nedir? Anlam Nedir? Viyanalı psikoterapi okulları;	19 Ocak 2021 Salı
2	Ön Kabuller	Logoterapi prensipleri nelerdir?	26 Ocak 2021 Salı
3	İnsan Nedir?	İnsani (noetic) boyut nedir? Varoluşsal Boşluk nedir?	2 Şubat 2021 Salı
4	Anlam Nasıl keşfedilir?	Nihai anlam ve anın anlamı farkı? Anlam değerleri ve anlam nasıl keşfedilir? Yöntem olarak fenomenoloji nedir?	9 Şubat 2021 Salı
5	Fenomenoloji Değerler, Anlam ve Onur	Değerlerin değeri nedir?	16 Şubat 2021 Salı
6	Logoterapi Teknikleri	Paradoksal Niyet nedir? Nerede ve nasıl uygulanır?	23 Şubat 2021 Salı
7	Logoterapi Teknikleri	De-reflection nedir? Nerede ve nasıl uygulanır?	2 Mart 2021 Salı
8	Logoterapi Teknikleri	Paradoksal Niyet ve De-refleksiyon uygulamaları	9 Mart 2021 Salı
9	Logoterapi Teknikleri	Paradoksal Niyet ve De-reflection Bireysel nevrotik örüntüler	16 Mart 2021 Salı
10	Logoterapi Teknikleri	Sokratik Diyalog I	23 Mart 2021 Salı
11	Logoterapi Teknikleri	Sokratik Diyalog II	30 Mart 2021 Salı
12	Kişi (Persona) tanımı	Max Scheler ve V.Frankl'da kişi (persona) nedir? V.Frankl: "Kişi üzerine 10 tez"	6 Nisan 2021 Salı
13	Yaşam ve Tragedi	Trajik iyimserlik nedir? Nominal Sokratik Diyalog yöntemi	13 Nisan 2021 Salı
14	Yaşam ve Tragedi; Eğitimde Logoterapi	Trajik iyimserlik II Eğitimde Logoterapi ve eğitimin insanlaştırılması	20 Nisan 2021 Salı
15	Logoterapi Müdahale aşamaları	Logoterapi Müdahale aşamaları ve Turum modülasyonu	27 Nisan 2021 Salı
16	Logoterapi Diyalogları	Logoterapi müdahale diyalog ve diyalog örüntüleri	4 Mayıs 2021 Salı
17	Varoluşun Analizi I	Yaşamın Anlamı; Ölümün Anlamı; İstihbar ve acının Anlamı	11 Mayıs 2021 Salı
18	Varoluşun Analizi II	Sevginin Anlamı İşin Anlamı	18 Mayıs 2021 Salı
19	Ruhsal Bozukluklar kuram ve Terapi/danışmanlık	Elizabeth Lukas tarafından verilen konferans bilgilerinin aktarılması	25 Mayıs 2021 Salı
20	Ruhsal Bozukluklar kuram ve Terapi/danışmanlık	Viktor Frankl'ın Nevroz taksonomisi	1 Haziran 2021 Salı
21	Ruhsal Bozukluklar kuram ve Terapi/danışmanlık	Viktor Frankl'ın Nevroz taksonomisi	8 Haziran 2021 Salı

EK 10: Logoterapi Eğitimi Sertifikası

**VIKTOR FRANKL INSTITUTE OF
LOGOTHERAPY**

Having met the requirements set forth by the Institute's Committee on
Education and Credentialing, the International Board of Directors of
the Viktor Frankl Institute of Logotherapy bestows upon

YASEMIN ESKIGULEK MSc RN

the credential of
ACADEMIC ASSOCIATE
IN VIKTOR FRANKL'S LOGOTHERAPY
2022



Cynthia Wimberly, PhD
President and Diplomate
International Board of Directors
Viktor Frankl Institute of Logotherapy



EK 11: Logoterapi Temelli Danışmanlık Uygulama Rehberi

Kod No:

Kendini tanımlama	Hastalık öncesi Hastalıkla ilgili görüşleri	Hastalık sonrası
Yaratıcı değerler	Hangi deneyim	Rahatlama yöntemleri
Kayıp deneyimi ve baş etme	Geçmiş	Şimdiki
Aktarmak istediği deneyimler		
Kendini başkasının gözüyle tanımlama		
Nasıl hatırlanmak ister		
Cesaret kaynakları		
Tutum değişimi		
Sorumluluklar		
Kendine	Ailesine	Topluma
Yaşama tutunma		
İnanç	Sevgi	Mizah
Aldığı yaşam mirası	Devredeceği yaşam mirası	Anlam haritası
Görüşme sonrası deneyimler	Ne değişti, neyin farkına vardı?	Umut

EK 12: Çalışma Grubu Seans Kayıt Formu

Kriter:	Kod no	Klinik	Tanı	Evre	PPS:	Katılım Tarihi		Diğer:
Seans No:	1	2	3	4	5	6	7	8
Seans Tarihi:								
Seans Süresi:								
Notlar:								
Testler:	Ön Test		Ara Test		Son Test			

EK 13: Bireylerin Anlam Kaynaklarını Keşfedebilmeleri için Kullanılabilecek Sorular

Anlam Kaynakları	Soru Örnekleri	
Deneyim değerleri	• Kendinizi ve başkalarını sevmek için ne yaparsınız? • Yapmaktan veya katılmaktan mutlu olduğunuz aktiviteler nelerdir? • Size neler yaşam sevinci verir? • Kendiniz için yaptığınız en iyi şey neydi? • Size doyum sağlayan şeyler nelerdir?	Görüşme içeriği burada bulunan veya bunlara benzeyen sorulara verilen yanıtlara göre şekillendirilir. Örneğin bireye en çok yaşama sevinci veren durum bir müzik grubunun konserini dinlemekse en son ne zaman dinlediği, bunun kendisine neler hissettirdiği, bu konseri dinledikten sonra hangi alanda kendini güçlenmiş hissettiği soruları sorulabilir. Yaşamındaki en büyük başarısını “E sınıfı sürücü belgesi almak” olarak tanımlayan bir bireye bu belgeyle neleri başarabildiği ve bu başarıların diğer insanlara nasıl yarar sağladığı soruları sorulabilir. En cesur hissettiği zamanı haksızlık yapan patronuna karşı dik durarak kendisini savunmak olarak tanımlayan birine aynı duruşu hastalığına karşı sergilemesi durumunda nasıl hissedeceği veya bunun için neye ihtiyacı olduğu sorulabilir.
Yaratıcı değerler	• Yaşamınız hakkında ne düşünüyorsunuz? • Siz hiç doğmamış olsaydınız, dünyada neler eksik olurdu? • Yaşamınızdaki en büyük başarınız nedir? • Kendinizle en çok gurur duyduğunuz an hangisidir?	Sorular bireyin anlayabileceği kelimeler kullanılarak sorulur. Bu değerleri sorgulamanın amacı bireyin biricikliğini öne çıkararak özünü hatırlatmak, kırılan cesaretini yeniden güçlendirmek, sağlığını kaybetmiş olmasına rağmen yaşamını tüm gücüyle sürdürme isteğini harekete geçirmek ve içinde bulunduğu durumda varoluşuna en uygun tutumu seçmesine rehberlik etmektir. En basit ifadeyle bireyi var eden ve onu değerli kılan şeylerin kaybettikleri (sağlık, uzuv, maddiyat vb.) değil özünde taşıdıkları olduğunu vurgulamaktır.
Tutum değerleri	• Yaşamınızdaki terslikleri nasıl karşılırsınız? • Kendinizi en cesur hissettiğiniz zamanı hatırlıyor musunuz? Böyle hissetmenize neden olan durum neydi? • Bugünkü kişiliğinizi hangi deneyimleriniz şekillendirdi?	

EK 14: Etik Kurul Onay Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.06.2021-42510



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı :E-94603339-604.01.02-42510
Konu :Proje Onayı

22.06.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Yasemin Eskigölek tarafından yürütülecek olan KA21/276 nolu "Kronik keder deneyimleyen palyatif bakım hastalarına verilen logoterapi danışmanlığının kronik keder ve itibar duygusu üzerindeki etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16/06/2021 tarih ve 21/105 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi 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.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 15: Kurum İzin Yazıları

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : E-73050022-903.07.02-178155
Konu : Yasemin ESKİGÜLEK Tez
Çalışması Anket Uygulaması

29.09.2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 14.08.2021 tarih ve E-85878037-730.08.03-53466 sayılı yazısı.
b) Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğinin 27.09.2021 tarih ve E-42000842-903.07.01-175979 sayılı yazısı.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK'in Prof. Dr. Sultan KAV danışmanlığında yürütmekte olduğu "Kronik Keder Deneyimleyen Palyatif Bakım Hastalarına Verilen Logoterapi Danışmanlığının Kronik Keder ve İtibar Duygusu Üzerindeki Etkisi" başlıklı tez çalışmasında kullanacağı ilgi (a) yazınız ekinde yer alan anketi 01 Ağustos-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Hastanemiz Medikal Onkoloji ve Jinekoloji kliniklerinde yapması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Ek:Yazı (3 Sayfa)

DAĞITIM

Gereği:

Başkent Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi:

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi
Hastanesi Başhekimliğine



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Ek-1

Sayı : E-58875681-044-165845
Konu : Yasemin Eskigölek (Tez
Çalışması Anket Uygulaması)

14.09.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 20.08.2021 tarihli ve E-42000842-199-148780 sayılı yazı.

İlgili yazı incelenmiş olup Yasemin Eskigölek (Tez Çalışması Anket Uygulaması) uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Ek-2

Sayı : E-57676391-199-172276
Konu : Yasemin Eskigölek (Tez
Çalışması)

24.09.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 13.09.2021 tarihli ve 42000842-199- 163313 sayılı yazı.

Yasemin Eskigölek'in Prof. Dr. Sultan Kav danışmanlığında yürütmekte olduğu Etik Kurul onayı alınan "Kronik Keder Deneyimleyen Palyatif Bakım Hastalarına Verilen Logoterapi Danışmanlığının Kronik Keder ve İtibar Duygusu Üzerindeki Etkisi" başlıklı tez çalışmasında anketi Tıbbi Onkoloji bölümünde yapması uygun bulunmuştur. Gereğini arz ederim.

EK 16: Yaşam Anlamı Ölçeği Kullanım İzni Ekran Görüntüsü

ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x

13 Şubat Cmt 12:33

☆ ↶ ⋮

Yasemin Uslu Eskigölek

Sayın Doç. Dr. Ahmet Akın,
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim.
Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Yaşam Anlamı" ölçeğini, "kronik keder deneyimleyen palyatif bakım hastalarına verilen logoterapi danışmanlığının kronik keder ve itibar duygusu üzerindeki etkisi" başlıklı doktora tezi çalışmamda kullanabilmem için izninizi istemekteyim.
Saygılarımla.

--
Yasemin Eskigölek
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi
Gazi Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği Hemşiresi

Ahmet Akın

13 Şubat Cmt 13:06 ☆

Ölçek ektedir kullanabilirsiniz iyi çalışmalar Prof Dr Ahmet Akın İstanbul Medeniyet Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı 13 Şub 2021 Cmt 12:33 tar



EK 17: Uzamış Yaş Bozukluğu Ölçeği-Hasta Formu Kullanım İzni Ekran Görüntüsü

