



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

KANSER YALNIZLIK ÖLÇEĞİ VE KANSERE İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLER ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Ebru KARA

Eylül 2019

DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER YALNIZLIK ÖLÇEĞİ VE KANSERE İLİŞKİN
NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLER ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ebru KARA

Tez Danışmanı: Dr.Öğr. Üyesi İlgün Özen ÇINAR

Denizli, 2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Ebru KARA tarafından Dr. Öğr. Üyesi İlgün ÖZEN ÇINAR yönetiminde hazırlanan “Kanser Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:
Danışman :

Dr.Öğr.Üyesi İlgün ÖZEN ÇINAR
Pamukkale Üniversitesi



Üye:

Dr.Öğr.Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi



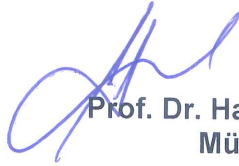
Üye:

Dr.Öğr.Üyesi Ayla TUZCU
Akdeniz Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nuntarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

17.03.2019



Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenleri ayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı:Ebru KARA

İmza:



ÖZET

KANSER YALNIZLIK ÖLÇEĞİ VE KANSERE İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİLER ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

KARA, Ebru

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Dr.Öğr. Üyesi İlgün ÖZEN ÇINAR

Eylül 2019, 87 Sayfa

Çalışmanın amacı, kansere bağlı yalnızlığın değerlendirilmesi ve kanserli hastaların olumsuz sosyal beklentilerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen Kansere Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin, kanser hastaları için geçerli ve güvenilir araçlar olup olmadığını incelemek ve Türk toplumuna kazandırmaktır. Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Polikliniğine kayıtlı olankanserli hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, 18 yaş üzerinde 2016-2017 yılları arasında polikliniğe kayıtlı olan, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden toplam 300 kanser hastasından araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Kansere Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği ile eş zaman geçerliliğini yapmak için Genel Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerliliğini değerlendirmede dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri, güvenilirliğini değerlendirilmede Cronbach alfa katsayısı, iki yarı güvenilirliği ve eşdeğer form güvenilirliği yöntemleri kullanılmıştır. Kansere Yalnızlık ölçeğinin ortalaması 18.28±5.2 Cronbach Alfa katsayısı 0.88 Spearman-Brown korelasyon değeri, r=0.78 bulunmuştur. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin ise ortalaması 19.5±5.9 Cronbach Alfa değeri 0.82 Spearman-Brown korelasyon değeri, r=0.86 saptanmıştır (p<0.001). Doğrulayıcı Faktör analizinde her iki ölçeğin uyum indeksleri kabul edilebilir değerlerde belirlenmiştir. Kansere yalnızlık ölçeği uyum indeksleri: CFI 0.98, GFI 0.96, χ^2/SD 2.99. Kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeği uyum indeksleri: CFI 1.00, GFI 1.00, χ^2/SD 1.33 olarak belirlenmiştir. Her iki ölçeğin tek faktörlü yapıları ile Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliğinin yüksek araçlar olduğu ve kanser hastalarında kullanılabileceği ortaya konulmuştur. Ölçeklerin klinik ve alan uygulamalarında kullanımı, kanser hastalarının yalnızlığının ve sosyal beklentilerinin tanımlaması, tedavi ve bakımlarına olan katkıyı artacağından önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Yalnızlık, Negatif Sosyal beklenti, Geçerlilik, Güvenilirlik

ABSTRACT**VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH CANCER LONELINESS SCALE AND THE CANCER-ASSOCIATED NEGATIVE SOCIAL EXPECTATIONS SCALE**

KARA, Ebru

Master Thesis, Department of Public Health Nursing
Supervisor: Assist. Prof. İlgün ÖZEN ÇINAR

September 2019, 87 Pages

The aim of the study is to examine whether the Cancer Loneliness Scale and Negative Social Expectation Scale developed to evaluate cancer-associated loneliness and determine negative social expectations of cancer patients, are valid and reliable tools for cancer patients and bring them to Turkish society. The population of the study consisted of cancer patients registered in Pamukkale University Oncology Polyclinic. The data of the study were collected from 300 cancer patients over the age of 18, registered to the polyclinic between the years 2016-2017, having no communication obstacle and agreeing to participate in the study as a volunteer by means of face to face interview technique by the researcher. In the data collection, Patient Information Form, Cancer Loneliness Scale and Cancer-related Negative Social Expectations Scale and the General Loneliness Scale were used to perform validity simultaneously. Language validity, scope validity and structure validity methods were used to evaluate the validity of the scales; Cronbach alpha coefficient, split-half reliability and equivalent form reliability methods were used to evaluate the reliability. The mean of the Cancer Loneliness scale was found to be 18.28 ± 5.2 , Cronbach alpha coefficient as 0.88, Spearman-Brown correlation value as $r=0.78$. As for the Negative Social Expectations Scale, the average was found as 19.5 ± 5.9 , Cronbach alpha value as 0.82, Spearman-Brown correlation value as $r=0.86$ ($p < 0.001$). In the Confirmatory Factor Analysis both scales' fit indices were determined as acceptable values. Cancer loneliness scale acceptable values: CFI 0.98, GFI 0.96, χ^2/SD 2.99 Cancer-related Negative Social Expectations Scale acceptable values: CFI 1.00, GFI 1.00, χ^2/SD 1.33. It has been revealed that both scales are highly valid and reliable tools for the Turkish society and can be used in cancer patients. The use of the scales in clinical and field applications and defining the loneliness and social expectations of the cancer patients are suggested since it increases the contribution to their treatment and care.

Keywords: Cancer, Loneliness, Negative Social Expectation, Validity, Reliability

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve tamamlanmasında her türlü desteği veren, eğitimim ve araştırmalarımnda bilimsel düşünmeme ve çalışmama katkı sağlayan, her konuda rehberlik eden, bilgi ve tecrübeleri ile yanımda olan başta danışman hocam Dr.Öğr. Üyesi İlgün Özen Çınar'a,

Yüksek lisans tez jürimde yer alan katkıları ve değerli bilgileri ile desteklerini sağlayan sayın Dr.Öğr. Üyesi Fadime Hatice İnci ve Dr.Öğr. Üyesi Ayla Tuzcu hocalarıma, tez çalışmam sırasında tecrübeleri ile yol gösterici ve destek olan Prof.Dr. Gamze Gököz Doğu ve tüm onkoloji polikliniği çalışanlarına, ölçeklerin kullanılması için izin veren ve destek sağlayan Rebecca Nichole Adams'a,

Tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan, her zaman desteğini hissettiğim canım kardeşim Sultan Kara'ya

Her konuda desteğini esirgemeyen ve hep yanımda olan anneme ve babama teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Amaç	4
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....	5
2.1. Kanser ve Kanserin Önemi	5
2.2.Yalnızlık.....	6
2.2.1. Yalnızlık ve Mental sağlık	7
2.2.2. Yalnızlık ve Fiziksel Sağlık	8
2.2.3.Yalnızlıkla ilişkili sağlık çıktıları.....	9
2.3.Kanser ve Yalnızlık.....	11
2.3.1. Kanser hastalarında yalnızlıkla ilgili girişimler	12
2.3.2. Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü	14
2.4. Negatif Sosyal Beklenti.....	15
2.5. Negatif Sosyal Beklentiler ve Yalnızlık.....	15
2.6. SOSYAL DESTEK.....	16
2.7. KÜLTÜRLER ARASI ÖLÇEK UYARLAMASI.....	17
2.7.1. Güvenilirlik ve Güvenilirlik Yöntemleri.....	18
2.7.2. Geçerlilik ve Geçerlilik Yöntemleri.....	19
2.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23

3.6.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (EK1)	23
3.6.2. Kansere Yalnızlık Ölçeği (EK2)	24
3.6.3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği (EK3)	24
3.6.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği (EK4)	24
3.7. Ölçeklerin Türkçe'ye Uyarlanmasında kullanılan Geçerlilik ve Güvenilirlik Yöntemleri.....	25
3.7.1. Kansere Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Dil ve Kapsam Geçerliliği.....	25
3.7.2. Kansere Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Yapı Geçerliliği.....	26
3.8. Verilerin Toplanması	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
4.2. Ölçeklerin Geçerlilik Bulguları.....	34
4.2.1. Dil Geçerliliği ve Kapsam Geçerliliği.....	34
4.2.2. Ölçeklerin Yapı Geçerliliği	35
4.2.4. Eş Zamanlı Geçerlilik	40
4.3. Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları	41
4.3.1. Verilerin Normallik dağılımı.....	41
4.3.2. İç Tutarlılık	43
4.3.3. Madde Analizi	43
4.3.4. İki Yarı Güvenilirliği (SplitHalf)	45
5. TARTIŞMA	46
5.1. Ölçeklerin Geçerliliği.....	46
5.1.1. Ölçeklerin Dil ve Kapsam Geçerliliği.....	46
5.1.2. Ölçeklerin Yapı Geçerliliği	46
5.1.3. Ölçeklerin Eş Zaman Geçerliliği.....	49
5.2. Ölçeklerin Güvenilirliği	49
5.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımı	49
5.2.2. Ölçeklerin İç Tutarlılığı.....	50
5.2.3. Ölçeklerin Madde Analizi	51
5.2.4. Ölçeklerin İki Yarı Güvenilirliği.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuç.....	54
6.2. Öneriler	54

6.2.1. Uygulayıcılara Öneriler.....	54
6.2.2. Araştırmacılara Öneriler.....	54
KAYNAKLAR	55
ÖZGEÇMİŞ	62
EKLER.....	63
EK – 1 TANITICI BİLGİ TOPLAMA FORMU	64
EK-2 KANSER YALNIZLIK ÖLÇEĞİ.....	66
EK-3 KANSERE İLİŞKİN NEGATİF SOSYAL BEKLENTİ ÖLÇEĞİ	67
EK -4 UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ.....	68
EK- 5 DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ.....	69
EK- 6 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ.....	71
EK-7 ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZİNİ.....	72

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.....	28
Şekil 4.1. KYÖ PATH diyagramı.....	36
Şekil 4.2. KYÖ Modifiye edilmiş PATH diyagramı.....	37
Şekil 4.3. KYÖ'nin Histogram grafiği.....	42
Şekil 4.4. KİNSBÖ PATH diyagramı.....	38
Şekil 4.5. KİNSBÖ Modifiye edilmiş PATH diyagramı.....	39
Şekil 4.6. KİNSBÖ Histogram grafiği.....	43

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1.Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	29
Tablo 3.2. Uyum İndeksleri Değerlendirme Kriterleri.....	30
Tablo 4.1.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4.2. Hastalık Öyküsüne Hastaların Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Ölçek Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları	34
Tablo 4.4. Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett's Testi Değerleri (KİNSBÖ).....	35
Tablo 4.5. KYÖ Temel Model ve Modifikasyon Sonrası Model Uyum indeksleri.....	36
Tablo 4.6. Temel Model ve Modifikasyon Sonrası Model Uyum indeksleri.....	39
Tablo 4.7.UCLA, KYO ve KİNSBÖ arasındaki İlişki.....	40
Tablo 4.8.Ölçeklerin Skewness-Kurtosis Katsayıları ve Kolmogorov-Smirnov Testi.....	41
Tablo 4.9. İç Tutarlılık	44
Tablo 4.10. Kanser Yalnızlık Ölçeği'nin (KYÖ) Madde Analizi.....	44
Tablo 4.11. KİNSBÖ nin madde Analizi.....	45
Tablo4.12.KYÖ ve KİNSBÖ Spearman-Brown Korelasyon Katsayıları.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA.....	Açıklayıcı Faktör Analizi
CVI.....	Content Validity Index
DFA.....	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI.....	Uyum İyiliği Test İndeksi
GI.....	Gastrointestinal
GLOBACAN.....	Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans
KİNSBÖ.....	Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği
KMO.....	Kaiser Meyer-Olkin
KYÖ.....	Kanser Yalnızlık Ölçeği
LİSREL.....	Linear Structural Relations
NFI.....	Normlandırılmış Uyum İndeksi
SPSS.....	Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
UCLA.....	Yalnızlık Ölçeği
WHO.....	Dünya Sağlık Örgütü
χ^2/SD	Ki-kare / Serbestlik Dereceleri

1.GİRİŞ

Kanser dünya genelinde giderek artan, ölüme neden olma açısından kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelen bir hastalıktır (WHO 2019). GLOBOCAN 2018 'e göre yılda 18,1 milyon insan kanser tanısı alırken 9,6 milyon insan kanser nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (Globacan 2018). Her yıl 2030 yılına kadar 13 milyon kişinin kanser nedeni yaşamını kaybedeceği öngörülmektedir. Dünya genelinde, kanser tanısı alan ve 5 yıl içinde hayatta kalan insan sayısının 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2019).

Teknolojik gelişmelerin son on yılda artmasıyla birlikte kanser tedavisinde olumlu gelişmeler sağlanmış ve kanser ölüm ile sonuçlanan akut hastalık olmaktan daha çok uzun süreli tedavi gerektiren, ev ortamında bakıma gereksinimi artan kronik bir hastalığa dönüşmüştür(Balaban vd 2011).Bunun sonucunda kanserli hastanın evde bakım sürecinde, hastalık semptomlarının yönetimi ve ilaçların yan etkilerinin kontrol altına alınması gibi aktif roller, hasta yakınları tarafından yapılmaya başlanmış ve sorumlulukları artmaya başlamıştır(Sert H 2015). Kanser hastaları tedavileri sırasında ve sonrasında psikolojik ve somatik belirtiler, varoluşçu kaygılar ve sosyal zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Buna ek olarak kanser deneyiminin birçok yönü hastalara kendilerini yalnız hissettirmektedir (Brintzenhofe-Szoc vd,2009; Kroenke vd, 2013).

Yalnızlık küresel, sosyal bir problemdir. Gelişmiş ülkelerde modernleşme ile birlikte insanların yalnızlık duygusu artmış, bir sorun olarak değerlendirilen kavram olmaya başlamıştır (Hawkley ve Cacioppo, 2010). Peplau ve Perlman'ın (1982) en sık kullanılan yalnızlık tanım "Kişinin başka insanlarla, var olan ilişkileri ile arzuladığı ilişkileri arasındaki niteliksel ve niceliksel farklılık sonucu ortaya çıkan hoş olmayan bir duygu durumu" şeklindedir. Diğer bireylere güvenilmediği ve destek alınamadığında bireyler

yalnızlık yaşamaya başlar. Yalnızlık kuramı, yalnız bireylerin başkalarına karşı daha olumsuz beklentilere sahip olduğunu ve başkaları tarafından da daha olumsuz bir şekilde görüldüğünü ileri sürer (Cacioppo 2009).

Hastalık, bireylerin biyopsikososyal bütünlüğü riske atan ve bir süre sonra yalnız kalma korkusu yaşatan bir durumdur. Her bireyin hastalığın algılayışı, değer yargılarına, gereksinimlerine, korkusuna göre değişiklik gösterir. Hastalık yaşayan bireyin ve ailesinin geleceği önemlidir. Bu durum fiziksel ve psikolojik hastalık korkusuna, her gelişimsel dönemde yalnızlık yaşanmasına neden olur. Literatürde uzun süre başkalarından izole olmayı gerekli kılan hastalıklar ve fiziksel hastalıklar ile yalnızlık arasında yüksek ilişki olduğu belirtilmektedir (Öz 2010).

Yalnızlık genel olarak toplumda ruhsal ve fiziksel sağlık için bilinen bir risk faktörüdür ve kanser hastalarının sağlığı için de olumsuz bir kavramdır (Jaremka L ve ark, 2013). Özellikle yalnızlık, kanser hastalarındaki bağışıklık fonksiyonun azalması ve depresyonun artması, yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu ve tüm nedenlerle birlikte mortaliteyi artırabilir (Jaremka 2014).

Kanserli hastaların bakımında, yalnızlık bakımın bir parçası olarak ele alınmasına rağmen (Kanser Eylem Takımı, 2007; Macmillan Cancer Support, 2014; Wells ve Kelly, 2008), kanserle ilgili yalnızlığı tanımlamak ve bunlara müdahale etmek için etkin yöntemler mevcut değildir. Kansere bağlı yalnızlığı tanımlamada sağlık personellerinin, yalnızlık duygularını ifade eden hastalara güvenmeleri ya da yalnızlığı ortaya koyan çeşitli yaklaşımlardan yararlanmaları gerekir. Ancak bu yaklaşımlar kanserli hastaları değerlendirmek için yeterli değildir. Yalnızlık belirsiz bir kavramdır, bireyler arasında farklılık gösterebilir. Bu durum yalnızlığın belirsiz ve tutarsız değerlendirilmesine neden olur (Weiss,1982). Tek maddeli değerlendirmeler yalnızlığın yetersiz bildirilmesine neden olabilir: ve yalnızlığın bireylerden ayırt edilmesinde zorluklar ortaya çıkabilir. Bireyler tartışılan nedenlerden dolayı yalnızlık duygularını açıklama konusunda isteksiz olabilirler. Çok maddeli değerlendirme araçları, psikososyal sorunların tanımlanmasını ve yönetimini kolaylaştırır, hastalar ve klinisyenler arasındaki iletişimi güçlendirir ve kişisel odaklı bakımı teşvik eder (Donaldson 2008). Ancak, en çok kullanılan çok maddeli yalnızlık araçları, örneğin, (UCLA) Yalnızlık Ölçeği (Russell 1996) ve Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği (De Jong Gierveld ve Kamphuis, 1985), kanser bağlamında gelişmedikleri için bağlamsal duyarlılıktan yoksundur. Bu nedenle kanserle ilgili yalnızlığın tüm boyutlarını ifade etme olasılığı düşüktür (Karademas vd 2016; McKenna 2011). Mevcut yalnızlık ölçeklerinin bir başka sınırlaması onların zayıf kavramsal temelleridir (Weiss 1982).

Kanser hastalarında yalnızlık yakından izlenmelidir. Yalnızlık teorisine göre, yani negatif sosyal beklentiler daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal destek kalitesi yalnızlık ve olumsuz sosyal beklentilerin kalıcılığını etkiler (Decck 2014). Bu beklentilerin düşük uyku kalitesi gibi sağlık risk faktörlerinin artmasında rolü olduğu hipotezi vardır. Kanser ile yaşama çeşitli yönleri ile yalnızlığa neden olur. Örneğin, birçok kanser hastasının varoluş kaygıları artmıştır, ancak aile üyeleri ile bu endişelerini paylaşmadığı düşünülmektedir. Olumsuz sosyal beklentiler, özellikle kanser deneyimiyle ilişkili olabilir; hastalar kanser teşhisini takiben arkadaşları ve aileleri tarafından yüksek seviyede destek ve sempati bekleyebilir ve bu beklentilere cevap verilmezse hayal kırıklığına uğrayabilirler. Yalnızlık teorisi ve yapılan araştırmalar, yalnızlığın kanser hastalarında negatif beklentilere neden olabileceğini göstermektedir (Adams 2016). Yalnızlık kanser hastalarında toplumdaki diğer bireylere göre farklı sosyal faktörlerden etkilenebilir. Etkili yalnızlık azaltma müdahaleleri olmasına rağmen, kanser hastaları için bu müdahaleler nadiren kanser hastalarını içerir (Masi 2010).

Kanserli hastalarda yalnızlıkla ilgili literatürde yapılan çalışmaların genel olarak UCLA yalnızlık ölçeği kullanılarak yapıldığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde; Fanakidou vd (2018) yaptığı çalışmada, genç meme kanseri hastalarında, mastektomi sonrası bir yıl içinde meme rekonstrüksiyonu olmayan hastalarda daha yüksek düzeyde yalnızlık bulmuştur. Jaremka vd (2012), meme kanserinden hayatta kalanlarda yaptığı çalışmada, yalnızlığın ağrı, depresyon ve yorgunluk semptom kümesinin riskini arttırdığını aynı zamanda yalnızlığın fiziksel ve zihinsel sağlığı da etkilediğini bulmuştur. Şahin ve Tan'ın (2012), kanserli Türk hastalar ve bakıcıları arasında ki yalnızlık, depresyon ve sosyal desteğin arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmada, hastaların %70'inde ve bakıcıların %63'ünde yüksek yalnızlık düzeyi bulunmuştur. Hasta ailelerinde ve bakıcılarda, yalnızlık düzeyleri ile algılanan sosyal destek arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Dolayısıyla, sosyal ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlik, yalnızlık ve depresyon duygularına katkıda bulunabilir. Başka bir araştırma, sosyal desteğin yüksek olduğu hastaların baş etme stratejilerini daha verimli kullandıklarını ve hastalıklarına daha iyi uyum gösterebileceklerini ortaya koymuştur (Tomaka vd 2006). Sevil vd. 2006 yılında jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda yalnızlık düzeylerini ve değişkenlerini belirlediği çalışmada, kadınların genel yalnızlık ortalama puanı orta düzeyde bulunmuştur. Pehlivan vd (2012), kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, azalan sosyal desteğin, artan yalnızlık ve umutsuzluk ile ilişkili olduğunu bulunmuştur. Farklı bir çalışmada, mastektomi cerrahisi uygulanan meme kanserli kadınlara ve eşlerine genel

yalnızlık ölçeği uygulanmış, ameliyattan önce veya sonra kendilerini yalnız hissetmedikleri bulunmuştur (Avcı vd 2011). Tüm bu çalışmalar kanser hastalarının yalnızlığını genel olarak tanımlamaktadır.

Kanser Yalnızlık ve Kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçekleri ile Adams ve arkadaşları tarafından (2018) yapılan çalışmada sosyal kısıtlamalar ve kansere bağlı yalnızlık arasında güçlü bir korelasyon bulunmuşlardır. Sosyal kısıtlamalar ve yalnızlık semptomlarıyla orta derecede ilişkilidir. Semptomlar arasında ağrı etkileşimi, yorgunluk ve uyku bozukluğu birbiriyle en yüksek korelasyona sahip bulunmuştur (Kansere bağlı yalnızlık, kanser hastaları için semptom yönetimi müdahalelerine kolayca dahil edilebilecek bir tedavi hedefidir. Yalnızlığı ve sağlığa diğer sosyal katkıları düşünen semptom yönetimi müdahalelerinin geliştirilmesi, kanser hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilmektedir.

Literatürde yalnızlıkla ilgili kullanılan ölçekler olmasına rağmen kanser hastaları için geliştirilmiş Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olan ölçek bulunmamaktadır. Bunun yanında genel yalnızlık ölçeği ile kanserli hastalarda yapılmış çalışmalar da sınırlı sayıdadır. Literatürde yapılan çalışmalar kanser hastalarında yalnızlık gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kansere bağlı yalnızlığı değerlendiren bir ölçek, kansere bağlı yalnızlığın değerlendirilmesini ve hastaları tanımlamamızı sağlayabilir. Bununla birlikte kanserli hastaların negatif sosyal beklentilerinin belirlenmesi de hastaların bakımına katkı oluşturabilir. Yalnızlık ve negatif sosyal beklentiler ölçeklerinin kullanımı kanser hastalarında yaşam kalitesine önemli bir katkı sağlayacak ve tedavi sürecini olumlu etkileyecektir. Böylece kanser hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlanabilir. Bu ölçekler hem klinik alanda hem de araştırmalarda kullanılarak hastalara ve literatüre katkı sağlayabilir.

1.1. Amaç

Bu araştırma, kansere bağlı yalnızlığın değerlendirilmesi ve kanserli hastaların olumsuz sosyal beklentilerinin belirlenmesiamacıyla geliştirilen Kanser Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği'nin, kanser hastaları için geçerli ve güvenilir araçlar olup olmadığını incelemek ve Türk toplumuna uyarlamaktır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kanser ve Kanserin Önemi

Kanser, etkilenen kişilere karşı ciddi bir kişisel zarar verir ve küresel kanser yükü gittikçe yükselmektedir, ancak birçok kanser vakası önlenebilir (World Cancer Research Fund 2018) Dünya da 2018 yılında 18,1 milyon yeni kanser vakası, 9,6 milyon kanser ölümü bildirilmiştir (Globacan 2018). Dünyada, yaşamları boyunca 5 erkek ve 6 kadından biri kansere yakalanmaktadır. Kanser tanısı alan ve 5 yıl içinde yaşayan toplam insan sayısının ise 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2018).

2018 de majör kanser tipleri, akciğer, meme ve kolorektal kanserlerdir. Dünyada bu üç kanser, kanser insidansının ve ölüm oranının üçte birinden sorumludur (WHO 2018). Erkeklerde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler de akciğer kanseri ilk sırada prostat kanseri ikinci sıradadır. Kadınlar da ilk sıra da meme kanseri olup bunu kolorektal ve serviks kanserleri izlemektedir (WHO 2018). 2018'de tahminler 2030 yılına kadar 13 milyon insanın kanser hastalığından öleceğini öne sürmektedir. (GLOBOCAN 2018).

Dünya genelinde her iki cinsiyette de en sık tanı alan kanser akciğer kanseridir. Erkekler de kanser ölümünün önde gelen nedenidir. Bunu insidans hızına göre prostat ve kolorektal kanser, mortaliteye göre de karaciğer ve mide kanseri izlemektedir. Kadınlarda ise meme kanseri en sık tanı alan kanserdir bunu insidans hızına göre kolorektal ve akciğer kanseri izler, rahim ağzı kanseri ise hem mortalite hem de insidans hızında dördüncü sıradadır (Bray vd 2018).

Türkiye Kanser İstatistikleri incelendiğinde ülkemiz için TÜİK 2015 verileri her beş ölümden birinin kanser nedeni olduğunu tespit etmiştir. Türkiye'de yaşa standardize edilmiş kanser hızı 2015 yılında erkeklerde 247,6, kadınlarda ise 177,5'tir Erkeklerde akciğer kanseri en sık görülen kanseridir. Kadınlarda ise en sık meme kanseri görülmekte olup, tanı konulan her dört kadın kanserinden biri olmaya devam etmektedir.

2015 yılında 17,531 kadın meme kanseri tanısı almıştır (Sağlık Bakanlığı 2018). Her geçen gün görülme sıklığı artan kanser, bedensel zorlukların yanı sıra hastaların sosyal yaşamında ağır ruhsal sorunlara yol açabilmekte, bu durum da hastalığın seyrini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir. (Steven vd 2012). Kanser hastalarının ruhsal durumlarını ve motivasyonlarını olduğundan çok daha güçlü tutmak zorunda kaldıkları bu hastalık sürecinde, yaşadıkları travmayı atlatmaları için psikososyal desteği tedavinin önemli bir parçası olarak görmek gerekmektedir (Ülger vd 2014).

2.2.Yalnızlık

Yalnızlık çok boyutlu bir kavram olmasından dolayı tanımlamaların net olarak yapılmasını güçleştirmektedir. Peplau ve Perlman'ın (1982) en sık kullanılan tanım yalnızlığı, bireyin sosyal ilişkileri ile arzuladığı sosyal ilişkisi arasında ki farklılıktan oluşan, hoş olmayan ruhsal durum olarak ifade eder. Yalnızlık ile ilgili birçok farklı tanım yapılmıştır. Sullivan'a göre yalnızlık "kişilerarası yakınlık gereksinimlerinin yetersiz olarak karşılanması sonucu ortaya çıkan, oldukça rahatsız edici ve hoş olmayan bir deneyim"dir. Öz'ün kaynağında belirttiğine göre, Sadler yalnızlığı, değeri büyük olan bir kişinin kaybı sonucu istenmeyen ve hoş olmayan bir durum olarak tanımlar. Rook; "birey kendisinin anlaşılmadığını hissettiği zaman çevresinden ve kendisinden uzaklaşarak, yabancılaşması" olarak tanımlar. Peplau ise yalnızlığı; yalnızlık, yapayalnızlık ve tek başınalık olmak üzere üçe ayırmaktadır. Tek başınalık bireyin kendi seçimidir ve tek başına olmak yalnız olmadan da mümkündür. Yapayalnızlık, birey diğerleri ile yakın ilişkilerde bulunmak istese bile, bir arada olmayı reddeder. Yalnızlık ise kişinin sosyal hayattan kopması, boş vermişliği, duygusal olarak sıkıntı ve üzüntünün hâkim olduğu bir durumdur (Öz 2010). Neto ve Barros (2000) yalnızlık duygusunun, sosyal ilişki ağını oluşturan ihtiyaçların kişiler tarafından karşılanmaması ya da doyum verici seviyede olmamasından kaynaklandığını savunmaktadırlar.

Tiwari (2013) yalnızlığı, "Yaşamında anlam bulamamak", "Olumsuz ve tatsız hissetmek" ve "Olumsuz sosyal ilişkilerle ilgili öznel, olumsuz bir duygu" "Bir kopukluk veya tecrit hissi." gibi ifade eden diğer tanımları vurgulamıştır. Yalnızlık önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ağrı, yaralanma, kayıp, keder, korku, yorgunluk ve bitkinliğe neden olur. Bu nedenle, insanı hasta eden ve çalışmasını ve iyileşmesini engelleyen bir hastalık olarak tanımlanabilir (Tiwari 2013).

Yalnızlığın ortak bir insani duygu olmasına karşın, her birey için karmaşık ve benzersiz bir deneyimdir. Tek bir ortak nedeni olmadığı için yalnızlığın önlenmesi ve tedavisi farklılık gösterir. Yalnızlık, nedenlerine göre, durumsal, gelişimsel ve içsel yalnızlık olarak sınıflandırılabilir (Tiwari 2013).

Yalnızlık duygusu bazı insanlarda kalabalıkların ortasında varlığını kabul ettirme çabası olarak yaşanırken bazılarında iş ortamından uzaklaşma, dinleme olarak yaşanır (Öz 2010). Yaşam süreçlerine göre yalnızlık üzerine yapılan araştırmalar, yalnızlığın ergenlik döneminde en yüksek olduğu, orta yetişkinlik döneminde yavaş yavaş azaldığı ve daha sonra geç yetişkinlik için artmakta olduğunu göstermektedir (Luhmann vd 2016; Hawkey LC ve Cacioppo J, 2010).

Yalnızlık, çeşitli psikiyatrik bozukluklara ve çeşitli fiziksel hastalıklara yol açabilir. Yalnızlığa doğru zamanda müdahale etmek önemlidir. Doğru zamanda yalnızlığı önlemek hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığı korur (Mushtaq vd 2014).

2.2.1. Yalnızlık ve Mental sağlık

Yalnız bir kişi genellikle kendini güçsüz, çaresiz, ayrı veya ayrımcı hisseder; etkileşimler sırasında zorluk çeker, terk edilmiş ve yalnız hiss ediyor (Twairi 2013).

Yalnızlık, depresyon, intihar eğilimi, azalmış pozitif duygular, yetersiz uyku kalitesi ve genel sağlık gibi birçok olumsuz zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Özellikle yalnızlık erkeklerde depresyon, düşük yaşam memnuniyeti ve düşük tolerans ile ilişkilidir (Zebhauser vd 2014). Yalnızlık ve depresyon birlikte olduğunda (Friedler B vd 2015) büyük bir psikolojik stres kaynağı olarak kabul edilmektedir (Hafner S vd 2012). Yaygın anksiyete, panik atak ve intihar eğilimi yalnızlık ile ilişkilidir. Yalnız bireylerde intihar düşüncesi %6'dan %42'ye yükselmiştir (Heinrich L vd 2006).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda, yalnızlık ve depresif belirtiler arasındaki ilişki gösterilmektedir. Yüksek yalnızlık düzeyi ergenlerde depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Mahon vd 2006), üniversite öğrencileri (Swami vd 2007; Wei vd 2005) ve yaşlı yetişkinler (Adams vd 2004; Alpass ve Neville, 2003; Golden vd 2009; Luanaigh ve Lawlor, 2008). Beş ve on yıllık uzun süreli çalışmalar, daha yüksek düzeyde yalnızlığın yaşlı erişkinlerde depresif belirtilerin arttığını göstermiştir (Cacioppo vd 2010; Heikkinen ve Kauppinen, 2004).

Yalnızlık ve izolasyon kavramları aralarında farklılık olan ve zaman zaman karıştırılan kavramlardır. Yapılan çalışmalarda, sosyal izolasyonun hastalık, sakatlık veya olumsuz yaklaşımlar sonucunda gelişen objektif bir deneyim olduğu ve bireyler tarafından seçilen bir durum olmadığı belirtilmektedir. Ortam değişikliği, bulaşıcı ya da enfeksiyona yatkınlığı artırıcı hastalıklar, bilişsel ya da duyuşsal alandaki bozulmalar, beden bütünlüğünü bozan durumlar, hareketsizlik ve bazı ruhsal hastalıklar sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Bu durumda birey çaresizlik, yalnızlık, terk edilme, öfke

ve düşmanlık gibi duyguları yaşayabilmektedir. Bu duygular bireyde; ağlama, başkalarıyla etkileşimden ve göz ilişkisinden kaçınma, aşırı uyuma ve regresyon gibi tepkilere yol açabilmektedir (Öz 2010).

2.2.2. Yalnızlık ve Fiziksel Sağlık

Yalnızlık, kardiyovasküler, serebrovasküler ve diğer kronik hastalıkların morbidite ve mortalitesini de arttırmaktadır (Friedler B vd 2015). Aynı zamanda yaşlanmada bilişsel gerileme ve Alzheimer hastalığı ile ilişkilendirilmiştir. Shankar vd Yalnızlığın fiziksel inaktivite, sigara içme ve çoklu sağlık riski davranışları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Shankar vd 2011). Yalnızlık sosyal izolasyon, sigara içme, obezite, sedanter yaşam tarzı ve yüksek tansiyon gibi mortalite riskini büyük ölçüde etkileyebilir (Cacioppo vd 2011). Sosyal olarak izole edilen erkekler (evli olmayan, altı arkadaştan veya akrabalarından az, dini veya sosyal örgütlere üye olmayanlar) %90 oranında kardiyovasküler ölüm riski ve bir kaza veya intihardan kaynaklanan ölüm riskinin iki katından fazladır. Ayrıca ölümcül olmayan inme riskini iki katına çıkarmaktadır (Kawachi vd 1996).

Ağrı, Depresyon ve Yorgunluk: fiziksel sağlığı ve uzun ömürlülüğü doğrudan etkiler (Burman ve Margolin, 1992; Holt-Lunstad vd 2010). Örneğin, yalnızlık, algılanan sosyal izolasyon deneyimi, geniş bir yelpazede sağlık sorunları için riski artırır; Avrupalılar sosyal izolasyon yaşayan bireylerin daha fazla kronik hastalığa ve koroner kalp hastalığına yakalandığını rapor etmişlerdir (Sugisawa vd 1994; Thurston ve Kubzansky, 2009).

Yalnızlığın (sosyal izolasyon) insan sağlığı üzerindeki etkisi, epidemiyolojik, histolojik ve genomik olarak doğrulanmıştır. Lillberg ve arkadaşları evliliğin bozulmasından ötürü meme kanseri riskinde iki kat artış olduğunu bulmuşlardır (Lillberg vd 2003). Holwerda vd Erkeklerde yalnızlık hissi ölüm oranının erkeklerde 1.3, kadınlarda 4,44 kişinin 10 yıllık takibinde 1.04 olduğunu bulmuşlardır (Holwerda vd 2012). 20 yıllık bir kadın izlem çalışmasında, gün içerisinde yalnız kalmak, miyokard enfarktüsü ve koroner ölüm ile ilişkilendirilmiştir (Eaker vd 1992). Başka bir çalışmada 14 yıllık takipte, yalnızlık erkeklerde kardiyovasküler mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Olsen vd 1991). Yalnızlığın genç yetişkinlerde hipertansiyona neden olabileceği görülmüştür (Hawkley vd 2003). Caspi ve diğerlerinin (2006) yılında yaptığı araştırmada, 20 yıllık izlemde sosyal olarak izole edilen çocukların, başlangıçta sosyal olarak izole edilmemiş

çocuklardan daha fazla sağlık riski (aşırı kilolu, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol) neden olduğunu bulmuşlardır.

Yaşlı erişkinlerde yaşam boyu Alzheimer hastalığı gelişme riski, yalnız bireyler için iki kattan fazladır (Wilson vd., 2007). İzole bireylerin, daha sosyal olarak bütünleşmiş olanlarla kıyaslandığında daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahip oldukları gösterilmiştir (Courtin ve Knapp, 2015; Holt-Lunstad vd 2010). Sosyal destek, zihinsel ve fiziksel sağlığın sürdürülmesinde veya bozulmasında kritik bir rol oynayan bir iletişim davranışıdır (House vd 1988; House vd 1988). Yalnızlık deneyiminde de rol oynamıştır (örneğin, Cacioppo vd, 2006; Schmitt ve Kurdek, 1985). Yalnızlığın, sosyal destek-sağlık ilişkisinin potansiyel bir aracı olduğu görülmektedir. Sosyal destek sağlığa yararlıdır. Sosyal olarak destekleyici iletişim ve ilişkiler, birçok insanın istediği sosyal etkileşimlerin tam niteliklerini sağlar. Böylece yalnızlık deneyimini en aza indirir veya önler. Sosyal destek, stresle başa çıkmak için hem maddi yardım ve kaynak sağlayarak hem de stresli olayların değerlendirilebileceği bir çerçeve sunarak, genellikle daha faydalı bir belirsizlik yönetimi duygusuyla insanların stresle baş etmelerine yardımcı olur (Albrecht ve Goldsmith, 2003). Genel olarak destekleyici ilişkilerin sağlığa faydalı olduğu, çünkü sosyal etki kaynağı oldukları, sosyal normlar oluşturdukları veya hastaları tıbbi yardım almak gibi şeyleri yapmaya ikna edebilecek uyum kazanma girişimleri oluşturdukları varsayılmaktadır (Cline 2003). Teorik olarak, yalnızlık bilişsel sorunlara neden olur ve daha sonra yalnızlığı daha da şiddetlendirir. Sosyal olarak destekleyici ilişkiler, insanların bilişsel güçlüklerle başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Jaremka vd 2014).

2.2.3.Yalnızlıkla İlişkili Sağlık Çıktıları

2.2.3.1. Ağrı, Yorgunluk ve Depresyon

Ağrı, depresyon ve yorgunluk semptom kümesi önemli bir sağlık sorunudur. Yalnızlık, bu semptomlar için ortak bir risk faktörüdür (Jaremka vd 2014). Yalnızlık anlayabildiği zaman üstesinden gelinebilir bir halde iken, baş edilemediği zamanlarda kişi sosyal izolasyon, depresyon, intihar gibi pek çok ruhsal sorunla karşı karşıya kalabilmektedir (Engin vd 2016). Yalnızlık ve depresyon da sıkça birbirine karıştırılan bir olgudur. Depresyonda da yalnızlık görülür fakat; bu bireyin arkadaşlık kuramamasından kaynaklanmaz ve yeni arkadaşlıklar kurularak da sona ermez (Öz 2010).

Kanser tanısı konmuş kişilerde depresyon ve anksiyete nadir değildir. Stres genellikle depresyon ve anksiyete için tetikleyicidir ve kanser kişinin yaşayabileceği en stresli olaylardan biridir. Bu koşullar kanser tedavisine müdahale edebilir. Örneğin, tedavi edilmemiş depresyon veya anksiyete hastaları, kanser tedavisi ilaçlarını alma ve yorgunluk ya da motivasyon eksikliği nedeniyle iyi sağlık alışkanlıklarını sürdürme olasılıklarının daha düşük olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca aileden veya diğer sosyal destek sistemlerinden de çekilebilirler, bu da kanserle başa çıkmak için gereken duygusal ve mali desteği istemeyeceği anlamına gelir. Bu da stres ve umutsuzluk duygularının artmasına neden olabilir (ASCO 2012). Nikbakhsh N vd (2014) çalışmasında, meme ve mide kanserli hastaların diğer tüm kanser tedavisi alan hastalardan daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon prevalansı olduğunu bulmuşlardır.

2.2.3.2.Emosyonel Destek

Kanser hastalarının tedaviye uyumunu sağlamak, yaşadıkları kaygı ve acıları azaltmak, hastalıklarıyla yüzleşmesini kolaylaştırmak, yaşam kalitelerini arttırmak, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerini sağlamak, hastalıklarıyla mücadele etme ve yaşam gücünü arttırmak, karşılaşılabilecekleri çok yönlü krizlerle baş etmeye yardımcı olmak, kabullenme ve empati yapma becerilerini geliştirmek için psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Sosyal destek, kanser hastaları için yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biridir (Ülger vd 2014).

2.2.3.3. Yaşam Kalitesi

Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile ilişkilendirilen yaşam kalitesi, en önemli evrensel hedeflerdendir. Kişinin yaşam doyumu ile ilişkili olduğundan, bu ihtiyaçların nicelik ve niteliği ile de ilgilenmektedir. Yaşam kalitesinin incelenmesi için ortak bir standart veya göstergeler sistemi yoktur (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Kutlu ve arkadaşlarının (2011) çalışması, depresyonun artması ile yaşam kalitesinin her alanda önemli ölçüde azaldığını göstermiştir.

Yapılan araştırmalarda, yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu belirtilmektedir. Özellikle yaşlılık dönemi, sağlık problemlerinin artması, rol ve statü kaybı, bilişsel becerilerin azalması, sosyal hayattan kopma ve yalnızlık gibi nedenlerle genellikle yaşam kalitesinde düşüşün en fazla olduğu dönemdir (Güven ve Şener, 2010, Altuğ 2009, Aslan 2009, Bektaş 2008; Paskulin ve Molzahn, 2007). Bakar (2012)

tarafından 65 yaş üzeri bireyler arasında yapılan bir çalışmada da kadın olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığın kötü algılanması ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ölümcül kanser hastalarının bakımında fiziksel ve psikolojik sorunlara da odaklanılması gerekmektedir. Hastanın bakım seviyesi, gereksinimlerine, aile katılımına ve tercihlerine bağlıdır. Ölümcül hastalara destek sağlamak için aile ve arkadaşlar, teşvik edilmeli ve sağlık uzmanları, ziyaretçi almayan hastalara ek destek sağlamalıdır. Sağlık hizmetleri uzmanları hastalara ihtiyaç duydukları şeyleri ve durumları hakkında ne hissettiğini sormalılar, zorunlu destek almalılardır. Bu adımlar hasta için yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır (Çıracı vd 2016).

2.3.Kanser ve Yalnızlık

Tüm erkeklerin ve kadınların yaklaşık %40'ı yaşamları boyunca herhangi bir zamanda kanser tanısı alacak ve yaklaşık %66'sı tanı sonrası 5 yıl hayatta kalacaktır (Howlader vd 2017). 2030 yılına kadar kanser nedeniyle her yıl 13 milyon insanın hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (WHO 2019).

Kanser, fiziksel bir rahatsızlık olduğu gibi, psikososyal sorunlarında sıklıkla gözlemlendiği bir hastalıktır. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan önemli sorunlar ortaya çıkarabilir. Sağlık koşullarının giderek bozulması, hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların ve sıkıntıların süreklilik kazanması gittikçe artması kanser hastalarını desteğe olan gereksinimini artırmaktadır (Bıkmaz 2009).

TION Çalışma Grubu'nun (2017) Güney Asya'da yaptıkları boylamsal çalışmada kanserden kurtulan hastaların anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntı açısından olumsuz etkilenmeye devam ettiğini ve yaşam kalitesinin hala olumsuz olarak etkilendiğini rapor etmişlerdir. Bu bilgiler ışığında kanserin bireylerin hayatını uzun süre olumsuz olarak etkileyen ciddi bir hastalık olduğu söylenebilir. Yalnızlık teorisi olumsuz sosyal beklentilerinde yalnızlığı arttırabileceğini ileri sürmektedir (Cacioppo ve Hawkey, 2009).

Kanser hastaları arasında, uyumsuz sosyal bilişler ve yalnızlığın karakteristik özellikleri, özellikle kanser deneyiminin yönleriyle ilişkili olabilir. Örneğin, hastalar kanser teşhisi sonrasında arkadaşlarından ve ailelerinden yüksek düzeyde destek ve ilgi bekleyebilirler; ancak, sosyal ağlarının üyelerinin bekledikleri desteği sağlamadığı

zaman birçok kişi hayal kırıklığına uğrayabilir veya yabancılaşabilir. Teori, bazı bireylerde kanserin yalnızlığı şiddetlendirdiğini öne sürse de (Gibb ve Coles, 2005), kanser hastalarında yalnızlık hakkındaki deneysel literatür; sınırlıdır. Kanser hastalarının yalnızlık düzeylerindeki anlamlı değişkenlik çalışmalarda mevcuttur, bazı çalışmalarda kanser hastalarının, (sağlıklı akranlar, diğer kronik rahatsızlıkları olan bireylerden) daha fazla yalnızlık yaşamadıklarını öne süren çalışmalar bulunmaktadır (Pendley vd 1997).

Yalnızlık düzeylerinin genel popülasyonda bulunanlardan daha büyük olduğunu öne süren diğer çalışmalar (Fox vd 1994; Şahin ve Tan, 2012). UCLA Yalnızlık Ölçeğindeki yalnızlık puanları düşük, orta veya yüksek olarak kategorize edilmiştir. Literatürde orta düzeyde yalnızlığı gösteren çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Fogel vd ve Neugut, 2002; Fox vd 1994; Friedman vd 1989; Jaremka vd 2013; Pehlivan vd 2012; Şahin ve Tan, 2012; Sevil vd 2006; ve Kocabıyık 2010).

2.3.1. Kanser hastalarında yalnızlıkla ilgili girişimler

Literatürde, kanser hastalarında yalnızlıkla ilgili araştırmalar çok seyrek. Kanser hastalarında, yalnızlığı azaltmak için yapılmış müdahale içeren araştırmalar (Cleary ve Stanton, 2015; Coleman vd 2005; De Vries vd 1997; Marcus vd, 2013; Samarel vd, 2002).

Bu çalışmalar standart psikoterapi, telefon temelli sosyal destek, psiko eğitim ve Reiki'yi (bir tür ruhsal iyileşme) hasta sonuçlarını iyileştirmek için kullanmıştır. Ayrıca yayınlanmış sadece bir çalışma, yalnızlığı azaltmak ve kanser hastalarında sosyal desteği artırmak için bir müdahaleyi özellikle test etmiştir (Fukui vd 2003).

Meme kanserli Japon kadınlar, 6 hafta süren bu grup eğitimine, sağlık eğitimi, baş etme becerileri eğitimi, stres yönetimi ve psikolojik destek üzerine odaklanmışlardır. 6 haftalık müdahalenin sonunda, müdahaleye atanan kadınlar, bekar liste kontrol grubundan çok daha az yalnızlık ve daha fazla tatmin olduklarını bildirmişlerdir; Birlikte ele alındığında, ön kanıtlar müdahalelerin kanser popülasyonundaki yalnızlığı azaltabileceğini göstermektedir, ancak diğer müdahale stratejilerinin yalnızlıkta daha fazla azalmaya yol açıp açmayacağını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Örneğin, yayınlanan müdahale denemesi yoktur.

Kanser hastaları, yalnızlık ile bağlantılı maladaptif sosyal bilişleri ele aldılar ve bu, genel popülasyonda yalnızlığın azaltılması için en başarılı strateji olarak bulunmuştur (Masi vd 2010).

Araştırmalar sosyal destek ve sosyal kısıtlamaların yalnızlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Deckx vd 2014; Lepore, 2001; Mosher vd 2012). Bir grup çalışmada yüksek düzeyde sosyal kısıtlamalar, kanser hastaları arasında daha fazla yalnızlık ile ilişkili bulunmuştur (Moshervd 2012), ancak daha yüksek düzeyde sosyal destek, birkaç çalışmada daha az yalnızlık ile ilişkili bulunmuştur (Mosher vd 2012).

Ayrıca, bir nitel çalışmada, baş ve boyun kanseri hastaları, diğer kanser hastalarıyla daha fazla temasın yalnızlık duygularını azalttığını bildirmişlerdir (Egestad 2013).

Kanser, bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunların etkilediği bir durumdur. Bu durum hastaların umut düzeylerini, yaşam kalitelerini azalmakta ve hastalıkla baş etmeleri olumsuz olarak etkilenmektedir (Kavradım ve zer, 2014). Kanserli hastalar, duygusal güçlükler yaşamaktadırlar. Psikososyal sorunlar genellikle uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete, azalan yaşam memnuniyeti ya da zgven kaybıdır (Gregurek vd 2010).

Kanser hastalarının yaşadığı güçsüzlük, fiziksel yorgunluk, beden işlevlerinde zayıflama ve duygusal alanda çevreye olan algı ortalama puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Hastalık süresi uzadıkca, (akut/kronik) algı ortalama puanları artmakta, kişisel kontrol ve tedavi kontrolünü sağlama algısı ortalama puanlarının azaldığı görülmüştür (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Meme kanseri hastalarına yapılan bir çalışma da yüksek yalnızlığın, yorgunluk ve ağrıda artışa neden olduğu bulunmuştur (Jaremka vd 2014). Ayrıca alışmalar meme kanseri hastalarında daha yüksek düzeyde yalnızlık ve daha zayıf bağışıklık arasındaki ilişki bulmuştur (Jaremka vd 2013, Nausheen vd 2010). Kanser hastalarında tahmin edilen sağ kalım süresi, yüksek riskli yalnızlık profiline sahip hastaların, düşük riskli yalnızlık profili olan hastalara göre ortalama olarak daha kısa bir sağ kalım süresine sahip oldukları bulunmuştur (You vd 2014). Sevil ve arkadaşlarının (2006) jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, sosyal desteğe ihtiyacı olan hastaların yalnızlık düzeyi diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır (Sevil vd 2006).

2.3.2. Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü

Hasta birey, sosyal, kültürel, fiziksel ve ruhsal çevresi ile bir bütündür. Hastaya bakım veren hemşirelerin hastayı tüm bu yönleri ile bir bütün olarak ele alması ve değerlendirmesi sorunların çözümlenmesinde önemlidir. Bu sorunlardan biri olan yalnızlık duygusu ile baş etmede bireylerin yalnızlığa ilişkin tepki ve davranışları iyi değerlendirilmelidir. Çünkü yalnızlık her birey için farklı anlam taşır. Bakım veren hemşireler "Kendimi yalnız hissediyorum" şeklinde ifade eden ya da konuşmasında yalnızlık mesajları veren hastaya açıklayıcı sorular sorarak değerlendirme yapmalıdır (Öz 2010).

Günümüzde, kansere bağlı yalnızlığı tanımlamak için sağlık personellerinin, yalnızlık duygularını ifade eden hastalara güvenmeleri ya da sıralanan yaklaşımlardan birini kullanarak hastaların yalnızlığını ortaya koymaları gerekir: 1. Deneyimi tanıma: hastalarla yalnızlığın konuşulması, 2. Tek bir soru ile yalnızlığın sistematik değerlendirilmesi (örn. "Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?"), 3. Mevcut olan yalnızlık ölçekleri ile yalnızlığın değerlendirilmesi yapılabilir. Ancak bu yöntemlerin her biri kanserli hastalarda değerlendirme için yeterli değildir. Yalnızlık belirsiz bir kavramdır ve dolayısıyla hem madde hem de tepkilerin anlamı bireyler arasında farklılık gösterebilir ve bu durum yalnızlığın belirsiz ve tutarsız bir şekilde değerlendirilmesine neden olur (Weiss 1982).

Kanserli hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmede semptom yönetimi oldukça önemlidir. Bu konuda verilecek kapsamlı bir bakımla hastanın ve ailesinin gereksinimleri karşılanmalıdır. Kanser hastalarının semptomlarını kontrol altına alabilmede bakım veren hemşirelerin, hastalara ve onlara bakım verenlere eğitim vermelidir. Hemşireler kanser hastaların semptomlarını düzenli izlemeli, fizyolojik semptomlarla birlikte psikolojik semptomlarda gözlemeli, kanser hastalarının ve ailelerin deneyimlerinin onlar için önemli olduğu göz ardı edilmemelidir (Uğur 2014).

Hemşire kanser hastalarına uygun hemşirelik tanımlarını koyduktan sonra hasta için amaçlarını iyi belirlemeli ve hastayı bakıma katmalıdır. Hastanın bakıma katılmaması sorunların uzamasına, çözümsüz kalmasına ve daha büyümesine neden olacaktır. Yalnızlığın hasta için anlamı ve yaşamına etkisini değerlendirilmelidir (Öz 2010)

2.4. Negatif Sosyal Beklenti

Yalnızlık kuramı, yalnız bireylerin başkalarına karşı daha olumsuz beklentilere sahip olduğunu ve başkaları tarafından da daha olumsuz bir şekilde görüldüğünü ileri sürer (Cacioppo 2009). Bu teoriye göre, negatif sosyal bilişler (yani negatif sosyal beklentiler) daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal destek kalitesi yalnızlık ve olumsuz sosyal bilişlerin kalıcılığını etkiler (Decxk 2014). Bu bilişlerin zayıf uyku kalitesi gibi sağlık risk faktörlerinin artmasında rolü olduğu hipotezi vardır. Kanserin çeşitli yönleri yalnızlığa katkıda bulunur. Birçok kanser hastasının varoluş kaygıları artmıştır, ancak aile üyeleri ile bu endişelerinin paylaşmadığı düşünülmektedir (Adams 2016).

Framingham yavruları kohortunda yapılan çalışmalarda, sosyal ağların sigarayı bırakma (Christakis ve Fowler, 2008) ve alkol yoksunluğu (Rosenquist vd 2010) gibi pozitif sağlık davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Daha fazla sosyal bağı olduğunu bildiren kişilerin ölüm riskleri daha düşüktür ve sosyal entegrasyon ve sosyal desteğin artması daha iyi fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilişkilidir (Seeman vd 2001).

Lutgendorf vd (2009), yüksek depresyon ve düşük sosyal desteğin, yumurtalık kanserinde tümör progresyonunu desteklediğini doğrulamıştır. Yalnızlığın, gastrointestinal (GI) kanser hastaları ve onların aile bakıcılarının küresel ruh sağlığı üzerindeki olumsuz (sosyal kısıtlamalar) ve duygusal destek ilişki nitelikleri üzerindeki etkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmada, katılımcıların yalnızlığı ve zihinsel sağlığı, eşlerinin duygusal desteği, yalnızlığı veya zihinsel sağlığı ile önemli ölçüde ilişkili bulunmamıştır. İleri GI kanser hastaları ve bakıcıları için, başkalarından duygusal desteğin, insanlık dışı sağlık kavramını azalttığını göstermektedir. Ancak, katılımcılar, kişilerarası ilişkide olan kişilerarası ilişkiden bağımsızdırlar. Ayrıca, katılımcılar yalnızlık ve zihinsel sağlık ile ilgili ilişkilerinin eksikliklerini açıklayan sosyal kısıtlamalar geliştirmişlerdir. Kanser hastaları ile bakım verenler arasındaki sosyal süreçlerde karşılıklı bağımlılığın sürdürülmesi, müdahale gelişimini bilgilendirecektir (Seçinti vd 2018).

2.4.1. Negatif Sosyal Beklentiler ve Yalnızlık

Yalnızlık teorisine göre, yeni negatif sosyal beklentiler daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür. Sosyal destek kalitesi yalnızlık ve olumsuz sosyal beklentilerin kalıcılığını etkiler (Decxk 2014). Bu beklentilerin zayıf uyku kalitesi gibi sağlık risk faktörlerinin artmasında rolü olduğu hipotezi vardır. Kansere ile yaşama çeşitli yönleri ile yalnızlığa neden olur. Örneğin, birçok kanser hastasının varoluş kaygıları artmıştır, ancak aile üyeleri ile bu endişelerinin paylaşmadığı düşünülmektedir. Olumsuz sosyal beklentiler, özellikle kanser deneyimiyle ilişkili olabilir; örneğin, hastalar kanser teşhisini takiben arkadaşları ve aileleri tarafından yüksek seviyede destek ve sempati bekleyebilir ve bu beklentilere cevap verilmezse hayal kırıklığına uğrayabilirler. Yalnızlık teorisi ve yapılan araştırmalar, yalnızlığın kanser hastalarında benzersiz çökeltilere sahip olabileceğini göstermektedir (Adams 2016).

2.5. SOSYAL DESTEK

Kanser ciddi bir sağlıktan sapma durumudur ve kanserli bireyin bakım ve tedavi gereksinimlerinin karşılanmasında ailenin önemli rolü vardır (Babaoğlu vd 2003; Bektaş vd 2009).

Kanser sorunu olan bireyin bakımı zordur ve bakım veren kişinin yaşam kalitesi tüm boyutları ile çoğu zaman olumsuz etkilenir. Ayrıca ailede kanserli bir bireyin olması durumunda, aile işlevlerinde de önemli değişiklikler meydana gelir ve genellikle bu değişim aileye artı bir yük oluşturacak niteliktedir (Bektaş ve Özer 2009; Duan vd 2015).

Bireyler başa çıkmada başkalarından duygusal destek alma davranışını da kullanırlar. Bunlar duygusal ve fiziksel olarak başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. Levy vd (1990) yakın zamanda mastektomi olmuş kadınlarla yaptıkları çalışmalarında başkalarından sosyal destek arayan kadınların bağışıklık sistemlerinin daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Kansere hastalarıyla yapılan bir çalışmada da duygusal pozitif başa çıkma stratejileri kullanmanın kanserin yarattığı üzüntülü halden kurtulmalarında etkili olduğu görülmüştür (Dempster vd 2011).

Kanser hastalarıyla yapılan başka bir çalışma ise başa çıkma davranışlarını bağlanma biçimleriyle ilişkilendirmiş ve bağlanma biçimlerinin stresli olay karşısında

psikolojik uyumu arttırdığını göstermiştir (Schmidt vd 2012). Kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğu sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür (Çalışkan vd 2015).

Eşler arası uyum arttıkça meme kanseri olan evli kadın hastaların daha etkin baş edebildikleri, görülmektedir. Meme kanseri olan evli hastaların eşler arasındaki uyum açısından da değerlendirilerek gereksinimlerinin belirlenmesi ve duygusal destek sağlayıcı hemşirelik girişimlerinin planlanması hastanın kanser yaşantısına uyumu açısından yarar sağladığı görülmüştür. Psikiyatri hemşirelerinin en önemli sosyal destek kaynağı olan eşleri ve daha sonra diğer aile üyelerini de sürece dahil etmeleri hastalık sürecinde yarar sağlayacaktır (Akdeniz 2012).

Baş etme sürecinde olumlu duygular bireye karşılaştığı durumdan kurtulabilmek için azim verir, bireyin direncini artırır. Bunlar üç yolla etki eder; nefes alıp vermek, kişiye stresli durumda nefes alacağı bir olanak sağlar, umut, olumlu duyguları besler ve bireyin çabalama isteğini artırır ve son olarak olumlu duygulanım, tükenişi azaltır ve direnci artırır. Bütün bunların meme kanserinde de problemin üstesinden gelmede etkili olduğunu göstermiştir (Folkman 2008).

2.6. KÜLTÜRLER ARASI ÖLÇEK UYARLAMASI

Önceden geliştirilmiş bir ölçüm aracının standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olabilmesi için güvenilirlik (reliability) ve geçerlilik (validity) gibi iki özelliğe sahip olması istenir (Esin 2017). Bir ölçme aracının sahip olması gereken en önemli niteliği güvenilir ve geçerli olmasıdır. Ölçme aracının geçerliliği ve güvenilirliği ve istenilen düzeyde değil ise ölçülmeye çalışılan özellikler veya ölçeğin kullanıldığı bilimsel araştırmalardan elde edilen sonuçlarda geçerli ve güvenilir olmayacaktır (Seçer 2017). Bu nedenle ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin uygunluğu sağlanmalıdır (Seçer 2017).

Doğru şekilde uyarlanmış ve kullanılan ölçüm araçları, bireyler ve kültürler arasındaki farklılıkları ortaya çıkarır, ortak özelliklerini anlamamıza yardım eder, özellikle küreselleşen dünyada sağlık çalışanları için önemlidir ve çok kültürlü, çok merkezli araştırmaların yapılmasına olanak tanıyacağından uluslararası iş birliklerine katkı sağlar (Çapık vd 2018; Seçer 2018).

2.6.1. Güvenilirlik ve Güvenilirlik Yöntemleri

Güvenilirlik ölçme sonuçlarının hatalardan arınık olma derecesi veya ölçme sonuçlarının kararlılık derecesi olarak tanımlanabilir (Esin 2017; Seçer 2017; Can 2014). Ölçümlerin tutarlılığını saptamada aynı objelerle ilgili iki ölçüm arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Güvenilirlik katsayıları ölçülen birimin grup içindeki konumun kararlılığını dikkate alır ve bu güvenilirlik tahmininde çeşitli teknikler kullanılır (Tavşancıl 2014; Esin 2017; Seçer 2017).

Ölçme araçlarının güvenilirliğinde, ölçme aracının duyarlı, kararlı ve tutarlı olması istenir (Seçer 2017). Güvenilirliği belirlemede dört farklı yöntem kullanılmaktadır: Test tekrar test yöntemi, paralel form güvenilirliği, iki yarı güvenilirliği, iç tutarlılık güvenilirliği ile sağlanabilir (Seçer 2017; Esin 2017; Tavşancıl 2014).

2.6.1.1. Test Tekrar Test Yöntemi

Testin aynı gruba belli bir zaman aralığı ile iki kez uygulanması ve bu iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Uygulamalar arası zaman aralığı iyi ayarlanmalıdır. Elde edilen korelasyon değerinin yüksekliği (0,70 ve üzeri) yüksekliği, test tekrar test güvenilirliğinin sağlandığını gösterir (Seçer 2017; Seçer 2018).

2.6.1.2. Paralel (Eşdeğer) Formlar

Eşdeğer niteliğe sahip iki ölçme aracının, aynı gruba iki farklı oturumda yapılmasına dayanan yöntemdir. Zamana karşı test maddelerinin duyarlılığını gösterir (Seçer 2017). Hesaplanan korelasyon katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısıdır. Ölçeğin paralel formlar güvenilirliğini verir (Tavşancıl 2014). Bu yöntem testin güçlü olduğunu kanıtlamak amacı ile tercih edilmiştir (Esin 2017).

2.6.1.3 İki Yarı Güvenilirliği (Split-Half)

Ölçeğin uygulama sonrası elde edilen verilerinin kendi içerisinde iki eşit parçaya bölünmesi ve bu iki eşit parça arasındaki tutarlılığın incelenmesidir. İlişkinin belirlenmesinde Spearman Brown korelasyon katsayısı hesaplanır ve korelasyon değerinin anlamlı ve yüksek olması beklenir (Tavşancıl 2014; Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018).

2.6.1.4. İç Tutarlılık Güvenilirliği

Bir ölçekteki maddelere verilen cevaplar toplam test puanı ile uyumlu ise bu durumda ölçeğin iç tutarlılığa sahip olduğu söylenebilir (Seçer 2017). İç tutarlılığı ölçmede verilen cevaplar 0-1 şeklinde puanlanmış ise KR-20, KR-21, likert benzeri dereceleme yöntemi kullanılmış ise Cronbach's alfa güvenilirlik yöntemikullanılır. (Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018). Ayrıca iç tutarlılıkta madde toplan puan güvenilirliği de değerlendirilir. Ölçeğin her bir maddesinin güvenilirliği hakkında bilgi verir. Her bir test maddesinin varyansı toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak 'r' değeri ile ilişkiye bakılır (Esin 2017). Genel olarak 0,70 güvenilirlik katsayısı alt sınır olarak kullanılırken 0.80'ı aşması beklenmektedir (Erefe 2002; Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018).

2.6.2. Geçerlilik ve Geçerlilik Yöntemleri

Ölçme aracının ölçmek istediği niteliği, ne ölçüde ölçebildiği ve ölçülmeye çalışılan niteliği diğer niteliklere karıştırmadan ölçebilme derecesidir. Bir ölçeğin geçerliliğini sağlamada birçok yöntem kullanılabilir: Kapsam geçerliliği, ölçüt geçerliliği, yapı geçerliliği (Can 2014; Tavşancıl 2014; Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018).

2.6.2.1. Kapsam Geçerliliği

Bu geçerlilik türü, ölçme aracı içindeki maddelerin veya soruların ölçme aracının ölçmek istediği konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir (Tavşancıl 2014). Ölçme aracını oluşturan maddelerin, ölçmek istediği nitelikler evrenini yeterince kapsamaması olarak tanımlanabilir (Seçer vd 2017).

Kapsam geçerliliği uzmanların görüşleri alınır. Uzmanlar, konu ile ilgili en fazla 20 kişiden oluşur. Uzmanların eleştirilerine göre ölçek yeniden yapılandırılır. Değerlendirme ölçütü olarak Content Validity Index (CVI) değeri uzman görüşlerinin değerlendirildiği

Lawshe ve Davis tekniği kullanılarak hesaplanabilir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için CVI değerinin 0,80 ve üzerinde olması istenir (Tavşancıl 2014; Esin 2017).

2.6.2.2. Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik

Bir ölçme aracından elde edilen puan ya da bilgilerin geçerliliğini test etmede, bu ölçme aracından elde edilen bulgular bir dış ölçüt ile karşılaştırılır. Ölçüt olarak alınacak aracın önceden geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmalıdır. Bu ölçüt geçerliliğini değerlendirme de eş zaman geçerliliği ve yordama geçerliliğine bakılır.

Eş zaman geçerliliği, geliştirilmek ya da uyarlanmak istenen ölçme aracından elde edilen bulguların var olan geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış başka bir ölçütle karşılaştırılmasıdır. Aradaki korelasyona bakılarak eş zaman geçerliliği değerlendirilir (Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018).

Yordama geçerliliğinde, ölçüt olarak kabul edilen nitelik ölçme işleminden önce değil, sonra belirlenir. Bu yöntem de ölçek ile yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan kavramın gerçek hayatta ki yansımaları karşılaştırılır (Esin 2017; Seçer 2018).

2.6.2.3. Yapı Geçerliliği

Tek bir boyutla tanımlanamayan bazı karmaşık özellikler, belli bir kuramsal yaklaşımla ve kavramsal çerçeve içinde birer yapı olarak tanımlanırlar. Ölçme aracında yapı geçerliliğinin yüksek olması beklenir. Bunun için ölçme aracını oluşturan maddelerin birbirine benzer ve homojen olması beklenir. İstatistiksel olarak yapı geçerliliğini incelemenin en iyi yolu faktör analizidir (Seçer 2017). Faktör analizinde amaç çok ayıdaki maddelerin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesini sağlamaktır. Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler faktörleri oluşturur (Esin 2017). Faktör Analizi “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)” ve “Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)” şeklinde ifade edilen iki yöntemle yapılır (Erdoğan ve ark. 2014; Esin 2017; Seçer 2017). Kullanılacak ölçek yeni geliştiriliyorsa DFA yapmadan önce AFA yapılmalıdır. Türkçeye ölçek uyarlama çalışmalarında ise sadece DFA yapmak yereli olabilir (Esin 2017).

2.6.2.4. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

AFA de amaç verilerin yapısına uygun bir modeli ortaya koymaktır. AFA'da veri setinin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmede, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve değişkenlerin korelasyonlarına bakmak için Barlett testi yapılır. KMO değeri 0,50'nin altında olmamalıdır. Bununla birlikte Scree plot grafiği, varimax rotation işlemi yapılarak faktörlere isim verilir (Esin 2017; Seçer 2017).

2.6.2.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Bir ölçeğin yapı geçerliliği için, DFA ile yapılan uyum indeks değerlerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir. DFA için farklı istatistiksel programlar (LİSREL, AMOS, EQS) bulunmaktadır. Yapılan analizlerde birçok uyum indeksi değerlendirilmektedir. Genel olarak modelin kabul edilmesinde ki-kare değerinin anlamlı çıkması, yaklaşık hataların karekökü olan RMSEA değerinin, karşılaştırmalı uyum iyiliğinin değerlendirildiği CFI'nin, uyum iyiliği indeksi olan GFI değerinin kabul edilebilir düzeylerde olması beklenir (Çokluk 2014; Esin 2017; Seçer 2017; Seçer 2018). Araştırmamızda kullanılan uyum indeksleri, mükemmel ve kabul edilebilir uyum değerleri Tablo 3.2.de gösterilmiştir.

2.7. Araştırmanın Hipotezleri

- H1.Kanser Yalnızlık Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir ölçektir.
- H2. Kanser Yalnızlık Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçektir.
- H3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir ölçektir.
- H4. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçektir.

2.8.Araştırma Sorusu

Kanser Yalnızlık Ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, metodolojik tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Polikliniğinde yürütülmüştür. Kemoterapi ünitesi iki yatak ve yedi yatak olabilen koltuktan oluşmaktadır. Onkoloji polikliniği, uzman hekimler tarafından iki ayrı poliklinik şeklinde hizmet sunmaktadır. Ayrıca bir hekim kemoterapi polikliniğinde hizmet vermektedir. 09.00–17.00 saatleri arasında randevu usulü ile çalışmaktadır. Polikliniklere günlük ortalama 20 hasta, kemoterapi polikliniğine ise günlük ortalama 44 hasta başvurmaktadır. Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Anabilim Dalı kayıtlarına göre; 2016 ve 2017 yıllarında Onkoloji Polikliniğine toplam 2504 kanser hastası kayıtlı bulunmaktadır. Hastaların 1313'ü erkek, 1191'i kadındır. Veriler, 15 Nisan-15 Ağustos 2018 tarihlerinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Polikliniğine 2016-2017 yıllarında kayıtlı olan tedavi ve kontrol amaçlı başvuran yetişkin kanser hastaları oluşturmuştur.(n=2504)

Örneklem sayısının belirlenmesinde, Geçerlilik-güvenirlik çalışmaları için, ölçek madde sayısının beş katı (Esin, 2014) ya da 10 katı (Tavşancıl 2014) ve tanımlayıcı değişken sayısının 10 katı kadar örneklem alınması önerilir. Bir başka öneride ise; faktör analizi için 200 denek sayısı "orta", 300 denek sayısı "iyi", 500 denek sayısı "çok iyi", 1000 ise "mükemmel" olarak değerlendirilmektedir (Streiner ve Kottner 2014; Tavşancıl 2014).

Adams ve arkadaşlarının yaptığı ölçek geliştirme ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (2017) örneklem büyüklüğü için 120 bireyin yeterli olacağı belirtilmiştir. Tüm bu öneriler doğrultusunda; 300 kanser hastası çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Polikliniğe başvuran kayıtlı hastalar, araştırmanın dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile çalışmaya alınmıştır (Esin 2017).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, aile tipi, aile de kanser öyküsü, algılanan gelir durumu ve sosyal güvencedir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, kanser yalnızlık ve kansere ilişkili negatif sosyal beklentilerdir.

Araştırma metodolojik tipte bir çalışma olduğundan bağımlı ve bağımsız değişkenleri yoktur.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Pamukkale Üniversitesi onkoloji polikliniğine 2016-2017 yılları arasında kayıtlı olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- İletişim engeli olmaması
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden kanserli hastalar
- Algılama ve anlama bozukluğunun olmaması

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu (EK-1), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacak olan Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği (EK-2) ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği (EK-3), aynı zamanda eş zaman geçerliliğinde kullanılmak üzere Genel Yalnızlık Ölçeği (UCLA) (EK-4) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu (EK1)

Bu form hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalıklarına ilişkin tanı ve tedavi bilgilerini içeren 18 sorudan oluşmaktadır. Bu formdaki sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Adams 2018; Sarıoğlu 2014; Başak 2015).

Yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aile yapısı, çalışma durumu, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişi, gelir durumu, sigortalı olmaları, hastalık ve tedavisi hakkında bilgi durumu ile destek alma durumunu içeren ilk 13 soru hastalara sorulmuştur. Hastanın yaşı, cinsiyeti, kanser tipi, tanı tarihi, alınan kanser tedavisi (ameliyat, radyasyon, kemoterapi) ve kanser evreleri (erken, geç ve ileri) ile 14 ile 18. sorular poliklinik kayıtlarından alınmıştır.

3.6.2. Kanser Yalnızlık Ölçeği (EK2)

Adams ve arkadaşları (2017) tarafından yalnızlık teorisine dayalı 15 madde olarak geliştirilen ölçek, geçerlik güvenirlik analizleri ile 7 maddelik tek boyutlu form olarak geliştirilmiştir. Ölçek kanser hastalarında, kansere bağlı yalnızlığı (yani, atfedilen yalnızlık kanser deneyimi) değerlendirmede kullanılır. Bir (1) hiçbir zaman, iki (2) nadiren, üç (3) bazen, dört (4) sık sık ve beş (5) her zaman arasında puanlama yapılan 5'li likert ile değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Puan yüksek olması kansere bağlı yalnızlığın daha yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Adams 2017; Adams 2018).

3.6.3. Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği (EK3)

Adams ve arkadaşları tarafından (2017) yalnızlık teorisi ve önceki çalışmalara dayalı olarak 14 madde olarak geliştirilen ölçek, geçerlilik ve güvenirlik analizleri ile 5 maddelik tek boyutlu bir ölçüm aracı olarak oluşturulmuştur. Ölçek hastaların kanser deneyimleriyle ilgili negatif sosyal bilişlerini değerlendirmektedir. Kansere ilişkin negatif sosyal beklentiler ölçeğinde ifadeler 6 'lı likert tipi değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Bir (1) kesinlikle katılmıyorum, iki (2) kısmen katılmıyorum, üç (3) biraz katılmıyorum, bazen, dört (4) biraz katılıyorum, beş (5) kısmen katılıyorum ve Altı (6) şiddetle katılıyorum şeklinde puanlama yapılan yapılmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Puan yüksek olması kansere bağlı negatif sosyal beklentilerin yüksek olduğunu gösterir. Cronbach Alfa değeri 0,90 bulunmuştur (Adams 2017).

3.6.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği (EK4)

Russel, Peplau ve Ferguson tarafından ilk kez 1978 yılında geliştirilen ölçek 1980 yılında aynı yazarlar tarafından gözden geçirilmiş ve ölçeğin maddeleri yarısı olumlu,

yarısı olumsuz olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir. Araştırmacıların yalnızlığı üniversite öğrencileri dışındaki popülasyonlar üzerinde araştırmaya başlamasıyla birlikte (Russell 1996) Ölçeğin ikinci versiyonunda maddelerin ifade edilişi ile ilgili problemler tespit edilmiştir: Bu problemler yüzünden cevap formatı ve maddelerin ifade edilişleri basitleştirilmeye çalışılmış ve UCLA Yalnızlık Ölçeğinin üçüncü versiyonu geliştirilmiştir. Bu versiyonda ölçeğin yeni versiyonundaki 20 maddenin 11'i negatif ifadelidir, 9'u pozitif ifadelidir. Yine tek boyutlu bir faktör yapısı sergileyen ölçeğin güvenilirliği farklı örneklemlerdeki (öğrenciler, hemşireler, öğretmenler, yaşlılar) çalışmalarda 0,89 ve 0,94 arasında değişmektedir (Russell 1996). Ölçek, araştırmalarda genel yalnızlığın en yaygın kullanılan ölçüsüdür. Ölçüm, 1 (asla) ile 4 (her zaman) arasında değişen yanıtlarla birlikte 4 puanlı Likert tipi bir ölçek kullanıyor. Puan yüksek olması yalnızlığın yüksek olduğunu gösterir. UCLA Yalnızlık Ölçeği, kanser hastaları ile ilgili çalışmalar da dahil olmak üzere pek çok çalışmada kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 1989 yılında Demir A. tarafından yapılmış olup alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 bulunmuştur.

3.7. Ölçeklerin Türkçe'ye Uyarlanmasında kullanılan geçerlilik ve güvenilirlik yöntemleri

3.7.1. Kanser Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Dil ve Kapsam Geçerliliği

İlk aşamada ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan RebeccaNicholeAdams'dane-posta ile ölçeğin kullanımı için izin alınarak (EK-5) ölçeklerin dil geçerliliği için çalışmalar yapılmıştır. Ölçekler dil geçerliliğini sağlamak amacıyla, anadili Türkçe olan ve İngilizceyi de anadili düzeyinde iyi bilen sağlık alanında uzman olan iki farklı çevirmen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Uzmanlar tarafından yapılan çeviriler, Bir onkoloji uzmanı ile araştırmacılar tarafından değerlendirilerek her madde için en uygun anlatımlar seçilerek ölçeklerin Türkçe çevirisi oluşturulmuştur. Dil eşdeğerliği açısından sekiz kişilik uzman grubunun önerileri doğrultusunda düzenlenmiştir. Türkçe anlaşılabilirlik ve Türk diline uygunluk açısından bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilen ölçeğe, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Ölçeklerin Türkçe formunun geri çevirisi için, anadili Türkçe olan İngilizceyi anadili gibi bilen ve yurtdışında yaşayan bir çevirmen tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir.

Kanser Yalnızlık ve Kansere ilişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeklerinin kapsam geçerliliği için uzman görüşleri alınmıştır. Halk Sağlığı, Halk Sağlığı hemşireliği, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

alanlarında çalışan toplam 8 uzmandan görüş alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis tekniğinde en az 3, en fazla 20 uzman değerlendirmesi yeterlidir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde maddeler; (a) çok uygun (4 puan), (b) uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor (3 puan), (c) maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor (2 puan) ve (d) madde uygun değil (1 puan) şeklinde değerlendirilir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneklerini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik indeksi (KGI) elde edilir. KGI indeksi 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliliği açısından yeterli kabul edilmektedir (Davis 1992). Ölçeklerin değerlendirilmesi ile ilgili bir ön yazı ile orjinal ölçek ve Türkçeye çevrilmiş olan ölçek gönderilerek uzmanların her bir maddeyi anlaşılabilirlik yönünden değerlendirmesi istenmiştir. Uzmanlardan puanlamada uygun olmayan maddelere yönelik o madde için öneri kısımlarını doldurmaları istenmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin ifadeleri düzenlenmiştir.

3.7.2. Kanser Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Yapı Geçerliliği

Ölçme aracı uyarlama sürecinde AFA yapmak yerine doğrudan DFA analizi yapılması önerilmektedir. Çünkü Türk kültürüne adaptasyonu yapılan ölçme aracının test edilmiş ve doğrulanmış olan yapısı uyarlanmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte ölçeğin sahip olduğu örtük yapıyı yeniden belirlemek yerine ölçeğin belirlenmiş örtük yapısının Türk kültüründe model uyumunun incelenmesi, AFA yerine dil geçerliliği ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılarak toplanan verilerin DFA ile model uyumu incelenmelidir. Tek Faktörlü doğrulayıcı modeller gözlenen tüm değişkenlerin daha geniş ve kapsayıcı tek bir faktör altında toplandığı modellerdir (Seçer İ 2018). Bu kapsamda ölçeklerin uyarlanmasında her ikisi de tek faktörlü olan ölçeklerin DFA leri yapılmıştır. DFA analizi öncesinde ölçeklerin örneklem büyüklüğünün yeterliliği hesaplanmıştır. Ölçeği geliştiren yazar tarafından her iki ölçeğin AFA yapılmış olup, KİNBÖ'nin 5 maddeden ve tek faktörden oluştuğu, KYÖ'nin da 7 madde ve tek faktörden oluştuğu belirtilmiştir (Adams vd 2017).

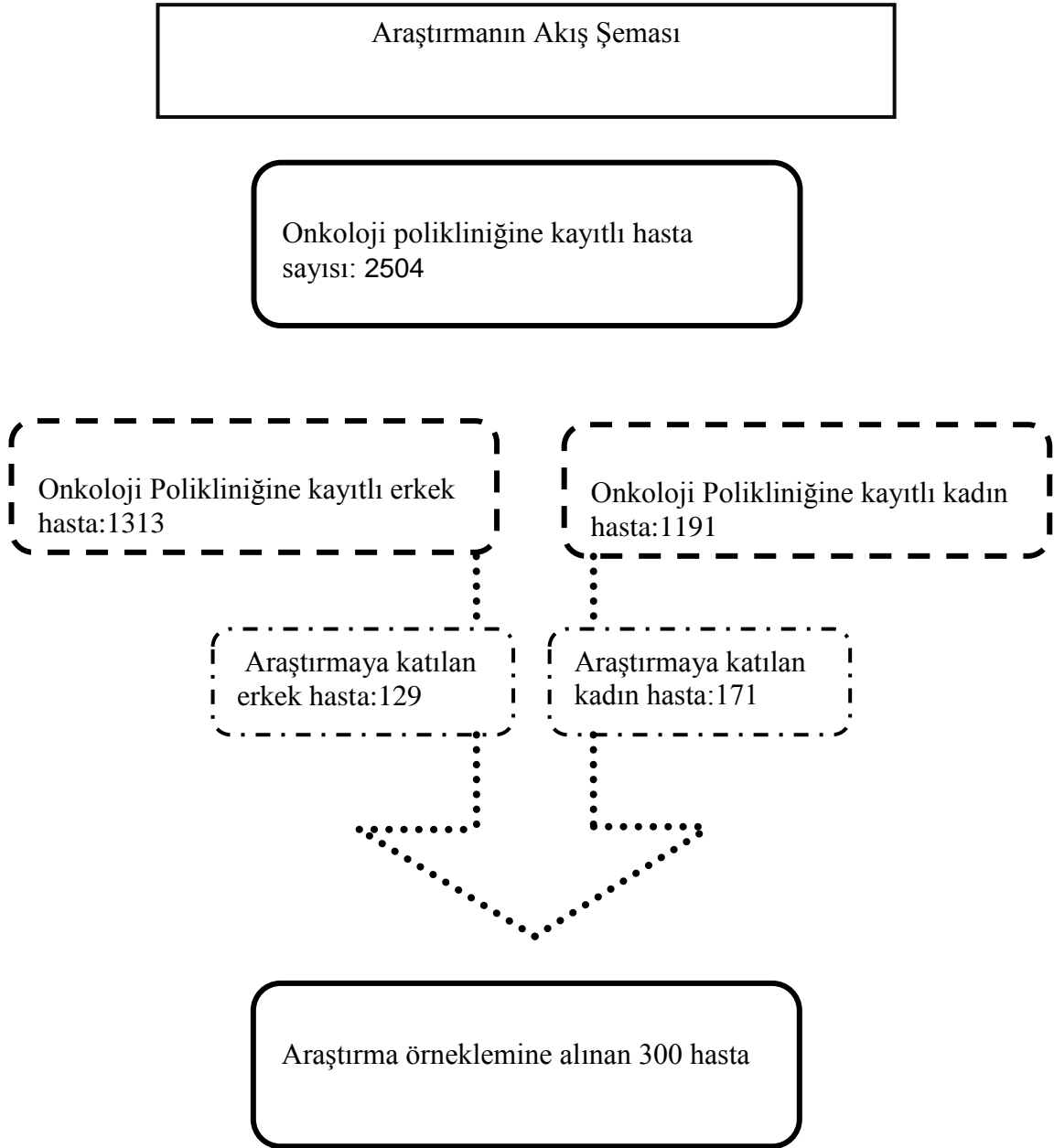
3.8. Verilerin Toplanması

Tüm soru formlarının ön uygulamasını gerçekleştirmek ve anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Polikliniğine başvurmuş, örnekleme kriterlerini taşıyan 10 kanser hastasına yüz yüze

görüşme yöntemi ile soru formu uygulanmıştır. Sonuç olarak anlaşılmayan soru olmadığı, hastaların sıkıntı yaşanmadığı görülmüş bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Soru formu uygulama süresi ortalama 10-15 dakika olarak belirlenmiştir.

Veriler, Pamukkale Üniversitesi Onkoloji polikliniğine tedavi ve kontrol için gelen hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi toplanmıştır. Öncelikle hastalarla poliklinik ve tedavi için beklerken bir ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşmede ne zamandan beri hastaneye geldiği ne amaçla geldiği sorulmuştur. Gelen hastalar yapılan uygulama ve işlemler nedeni ile ortalama 4-6 saat beklemektedir. Sonrasında araştırmaya katılıp katılmak istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmak isteyenlere çalışmanın amacı ve ne yapmaları gerektiği ile ilgili bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır. Gönüllü katılmak isteyen hastalara anketler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. EK1 formunda yer alan 14-18. sorular daha sonra hastaların dosyalarından doldurulmuştur. Bu aşamada hasta dosyaları bilgileri değerlendirilirken çalışmaya alınma kriterlerine uygun olmayan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

Şekil 3.1.Araştırmanın Akış Şeması



3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (10.01.2018 tarih ve 60116787-020/2485 sayılı etik kurul izni) (EK-8.). Araştırma için istenen kurum izni (10.04.2018 tarih ve 25128 sayılı kurum izni) geldikten

sonra veriler toplanmaya başlamıştır (EK-9). Ayrıca soru formu uygulanmadan önce araştırmaya katılan tüm bireylere araştırma ve amacı hakkında bilgi verilerek, onamları alınmıştır.

Ölçeği geliştiren yazardan ölçek kullanım izni mail aracılığı ile alınmıştır (EK-5.)

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences) ve Lisrel 8.80 (Linear Structural Relations) istatistiksel yazılım programlarında analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

	Analizde Kullanılan Yöntemler	Yapılan Testler
Araştırma grubunun özelliklerini tanımlama		% Dağılımı Frekans Dağılımı
Geçerlik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Dil geçerliliği	Grup Çevirisi Geri Çeviri
	İçerik ve Kapsam Geçerliliği	Uzman Görüşü (Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi)
	<u>Yapı Geçerliliği</u> Örneklem büyüklüğünün uygunluğu Veri setinin faktör analizine uygunluğu Ölçeklerin Yapı Geçerliliği	Barlett's testi ve Kaiser-Mayer-Olkin testi Doğrulayıcı Faktör Analizi
	Eş zaman Geçerliliği	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
Güvenirlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler	Verilerin Normallik Dağılımı	Skewness ve Kurtosis Katsayıları Histogram Grafiği Kolmogorov-Smirnov Testi
	İç tutarlılık ve homojenlik Madde Analizi	Cronbach Alpha Katsayısı Madde Toplam Puan Korelasyonu
	İki Yarı Güvenirliliği (SplitHalf)	Spearman-Brown Coefficient Değeri

Tablo 3.2.Uyum İndeksleri Değerlendirme Kriterleri

Uyum indeksi	Mükemmel uyum	Kabul edilebilir uyum
NFI	= 0,95 ve üzeri	= 0,90 ve üzeri
NNFI	= 0,95 ve üzeri	= 0,90 ve üzeri
IFI	= 0,95 ve üzeri	= 0,90 ve üzeri
RFI	= 0,95 ve üzeri	= 0,90 ve üzeri
CFI	= 0,97 ve üzeri	= 0,95 ve üzeri
GFI	= 0,90 ve üzeri	= 0,85 ve üzeri
AGFI	= 0,90 ve üzeri	= 0,85 ve üzeri
RMR	= 0,050 ve <0,050	= 0,080 ve <0,08
RMSEA	= 0,050 ve <0,050	= 0,080 ve <0,08
χ^2/df	Bulunan değer istatistiksel olarak anlamsız olmalıdır. $\chi^2 /df= 3'$ ten küçük olmalıdır.	

Doğrulayıcı Faktör Analizi model uyum indekslerinin değerlendirilmesinde literatürde kullanılan birçok uyum indeksi vardır. Araştırmamızda kullanılan uyum indeksleri ve mükemmel uyum ve kabul edilebilir uyum değerleri Tablo 3.2.de gösterilmiştir. Model uyum indekslerinin incelenmesinde verilen değerler göz önünde bulundurulmalıdır (Seçer 2017; Seçer 2018; Çokluk 2014; Esin 2017).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özellikleri nedeniyle yorgun, isteksiz, halsiz olmaları, uzun süre beklemek zorunda olmaları verileri toplarken zorluklara sebep olmuştur. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılması.

4. BULGULAR

Kanser yalnızlık Ölçeği (KYÖ) ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin (KİNSBÖ) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasına ilişkin elde edilen bulgular üç ana başlık altında verilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya alınan hastaların sosyodemografik ve hastalık öykülerine göre dağılımları değerlendirilmiştir.

Hastaların sosyodemografik dağılımları incelendiğinde; %57,0'si kadın, %43,0'ü erkek olup, yaş ortalamaları $57,03 \pm 11,32$ 'tür (Min:19, Max:84). Yaş gruplarına göre %58,3'ü 45-64 yaş arasında, %27,7'si 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Hastaların %85,0'i evli, %77,0'si çekirdek ailede yaşıyor, %67,3'ü ilköğretim mezunu, %87'si ailesiyle beraber yaşıyor, %55,0'i herhangi bir işte çalışmıyor, %45,7'si il merkezin de yaşıyor, %70,3'ünün geliri giderden azdır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1.Hastaların Sosyo Demografik özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Yaş Grubu	24 ve altı yaş	1	0,3
	25-44 yaş	41	13,7
	45-64 yaş	175	58,3
	65 ve üzeri	83	27,7
Cinsiyet	Kadın	171	57,0
	Erkek	129	43,0
Medeni Durum	Evli	255	85,0
	Bekar	7	2,3
	Partnerli	38	12,7
Aile Tipi	Çekirdek	231	77,0
	Geniş	33	11,0
	Parçalanmış	36	12,0
Eğitim	Okuryazar Değil	36	12,0
	İlköğretim mezunu	204	68
	Lise/Üniversite	60	20
Birlikte Yaşadığı	Yalnız	23	7,7
	Aile/Akraba	279	92,3
Çalışma Durumu	Evet	1	0,3
	Hayır	165	55,0
	Emekli	134	44,7
Yaşadığı Yer	Mahalle	62	20,7
	Kırsal	101	33,7
	İl Merkezi	137	45,7
Algılanan Gelir Durumu	Gelir gidere eşit	89	29,7
	Gelir giderden az	211	70,3
Sosyal Güvence	Yok	10	3,3
	Var	290	96,6
Toplam		300	100,0

Tablo 4.2. Hastalık Öyküsüne Göre Hastaların Göre Dağılımı (n=300)

Özellikler	n	%	
Kanser Tipi	Meme CA	81	27,0
	Akciğer CA	61	20,3
	Kolon CA	25	8,3
	Pankreas CA	12	4,0
	Over CA	22	8,3
	Böbrek CA	7	2,3
	MalignMelanoma CA	12	4,0
	Prostat CA	13	4,3
	Rahim Ağzı CA	12	4,0
	Diğer CA	53	17,5
	Primeri Bilinmeyen CA	2	0,7
	Kanser Evresi	Erken evre	89
Geç evre		211	70,4
Kanser Tedavisi	Cerrahi	39	13,0
	Kemoterapi	48	16,0
	Cerrahi, Kemoterapi,Radyoterapi	112	37,3
	Kemoterapi, Radyoterapi	39	13,0
	Cerrahi, Kemoterapi	62	20,7
Hastalık Bilgisi	Evet	282	94,0
	Hayır	18	6,0
Tedavi Bilgisi	Evet	252	84,0
	Hayır	48	16,0
Destek	Aile	262	87,3
	Hekim	34	11,3
	Diğer	4	1,3
Ailede Kanser Öyküsü	Var	110	36,7
	Yok	190	63,3
Ailede Tanı*	1.derece	87	78,2
	2.derece	23	21,8
Toplam	300	100,0	

*Ailede kanser tanısı olanlar alınmıştır.(n=110)

Hastalık öykülerine göre; hastaların ilk beş kanser tanısı içinde, %27,0'si Meme CA, %20,3'ü Akciğer CA, %8,3'ü Kolon CA, %8,3'ü Over CA, %4,3'ü Prostat CA tanısı aldığı saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %94'ünün hastalığı hakkında bilgisi olduğu, %84,0'ünün tedavisi hakkında bilgisi olduğu, %87,3'ünün kanser tedavisi boyunca ailesinden destek gördüğü, %36,7 'sinin ailesinde kanser öyküsünün (anne %18,2, baba %40,0, kardeş %20,0) bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %29,7'si erken evre, %34,7'si geç evre, %35,7'si ise hastalığın son evresinde bulunduğu saptanmıştır. Şu andaki tedavilerinde hastaların %13'ü sadece cerrahi, %16'sı sadece kemoterapi, %37,3'ü ise cerrahi, kemoterapi, radyoterapiyi birlikte aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

4.2. Ölçeklerin Geçerlilik Bulguları

Bu bölümde ölçeğin dil geçerliliği, içerik ve kapsam geçerliliği, yapı geçerliği, eş zaman geçerliliğine yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. Dil Geçerliliği ve Kapsam Geçerliliği

KYÖ ve KİNSBÖ'lerinin öncelikle dil geçerliliği çalışması yapılmıştır. Gereç yönteminde belirtilen dil geçerliliği süreci izlenerek ölçeklerin Türkçe formları oluşturulmuştur.

Tablo 4.3. Ölçek Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları (Uzman sayısı=8)

Ölçekler	Uzman Görüşleri			
	Min	Max	Ortalama	KGİ
Kanser Yalnızlık Ölçeği				
1.Kanser teşhisi konulduktan sonra ne sıklıkta, en yakın arkadaşlarının ya da aile bireylerinin seni yanlış anladığını hissediyorsun?	3	4	3,75	1,00
2. Kanserle mücadelede, ne sıklıkta diğer insanların sana yeterince destek olamadıklarını düşünüyorsun	2	4	3,25	0,88
3.Kanser teşhisi konduktan sonra ne sıklıkta çevrenizdeki insanlarla çok fazla ortak noktanız olmadığını hissediyorsun?	3	4	3,75	1,00
4. Kanserle ilgili düşüncelerini hiç kimseye paylaşamayacağını ne sıklıkta düşünüyorsun?	4	4	4,0	1,00
5. Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta diğer insanların sana ihtiyaç duymadığını düşünüyorsun?	3	4	3,75	1,00
6.Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta genel bir boşluk duygusuna kapıldınız?	3	4	3,62	1,00
7. Size konulan kanser teşhisi, ne sıklıkta kendinizi diğer insanlardan soyutlanmış hissetmenize sebep oluyor?	2	4	3,25	0,88
Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeği				
1.Eğer insanlara kanser geçmişimden bahsedersen endişelenirler ve benim yanımda rahat davranamazlar...	3	4	3,75	1,00
2.Eğer insanlar, kanser hastalığım hakkında konuşmak istemezse bunu duymak istemediklerini düşünürüm...	2	4	3,5	0,88
3.İnsanlar, bana kanser teşhisi konulduğunda nasıl hissettiğimi tam olarak anlayamazlar...	3	4	3,75	1,00
4.Kanser hakkındaki duygu ve düşüncelerimi paylaşırsam insanlara sıkıntı vermiş olurum...	4	4	4,0	1,00
5.İnsanlar, bana kanser teşhisi konulduktan sonra gelecek hakkındaki kararsızlığımı anlayamazlar.	3	4	3,75	1,00

Davis tekniğine göre, Türkçeye çevrilmiş ölçek ile orijinal ölçeğin karşılaştırıldığı, maddelerin anlaşılabilirlik düzeylerinin sorgulandığı ve çeviri uygunluğu için görüşlerin alındığı aşama olan uzman görüşüne göre 8 uzmana ait kapsam geçerliliği sonuçları gösterilmiştir. Davis tekniği kullanılarak yapılan kapsam geçerliliği analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyleri 0,88 ile 1,00 arasında bulunmuştur (Tablo 4.3).

4.2.2. Ölçeklerin Yapı Geçerliliği

Ölçeklerin yapı geçerliğini değerlendirilmede KaiserMeyer-Olkin (KMO) testi, Bartlett's test ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

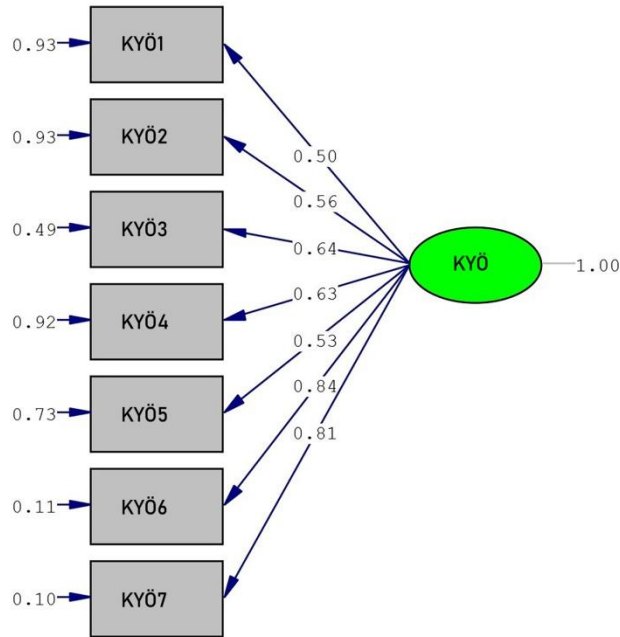
Tablo 4.4. Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett's Testi Değerleri (KİNSBÖ)

Ölçekler	KMO	Bartlett's Testi
KİNSBÖ	0,69	$x^2=50,699$ $p=0.000$
KYO	0,73	$x^2=67,792$ $p=0.000$

KYÖ'nin KMO ve Bartlett testi ile verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirildiğinde; KMO değeri 0,73, Bartlett's test of Sphericity değeri ise 67,792 bulunmuştur ($p<0,001$)

KİNSBÖ'nin, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0,69 olduğu görülmektedir. Bartlett's test of Sphericity değeri ise 50,699 olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.4)

4.2.3.2. KYÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi



Chi-Square=254.59 , df=14 , P-value=0.00000 , RMSEA=0.240

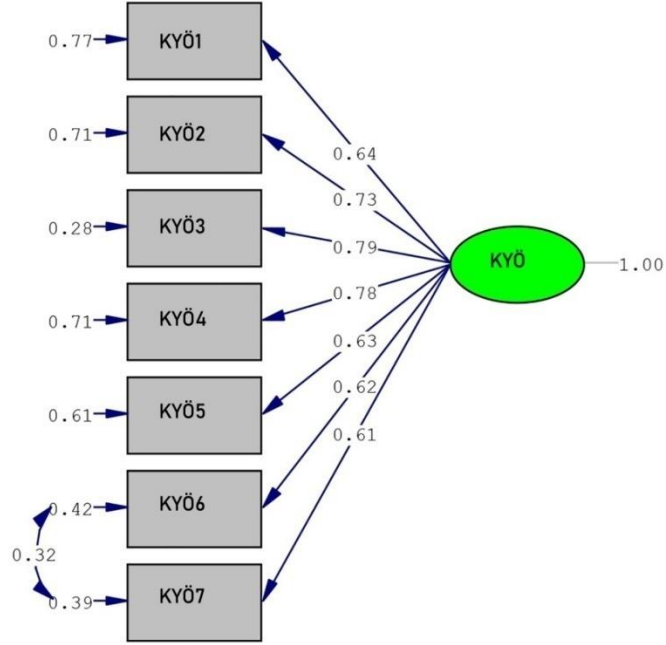
Şekil 4.3.KYÖ PATH diyagramı

Ölçeğin temel modelinde; χ^2/SD değeri 18,2, AGFI 0,61, CFI 0,88, RMSEA 0,240 ve RMR 0,12 olarak saptandı. Bulunan değerler kabul edilebilir uyum dışında olduğu için DFA nin modifikasyon önerisi uygulanmıştır.

Modifikasyon öncesinde faktör yükleri 0,10 ile 0,93 arasında bulunmuştur.

Tablo 4.5. KYÖ Temel Model ve Modifikasyon Sonrası Model Uyum indeksleri

Uyum indeksi	Temel Model	Modifikasyon sonrası model	Sonuç
NFI	0,89	0,98	Mükemmel uyum
NNFI	0,82	0,97	Mükemmel uyum
IFI	0,88	0,98	Mükemmel uyum
RFI	0,81	0,96	Mükemmel uyum
CFI	0,88	0,98	Mükemmel uyum
GFI	0,80	0,96	Mükemmel uyum
AGFI	0,61	0,92	Mükemmel uyum
RMR	0,12	0,04	Mükemmel uyum
REMSEA	0,240	0,08	Mükemmel uyum
χ^2/df	18,2	2,99	Mükemmel uyum



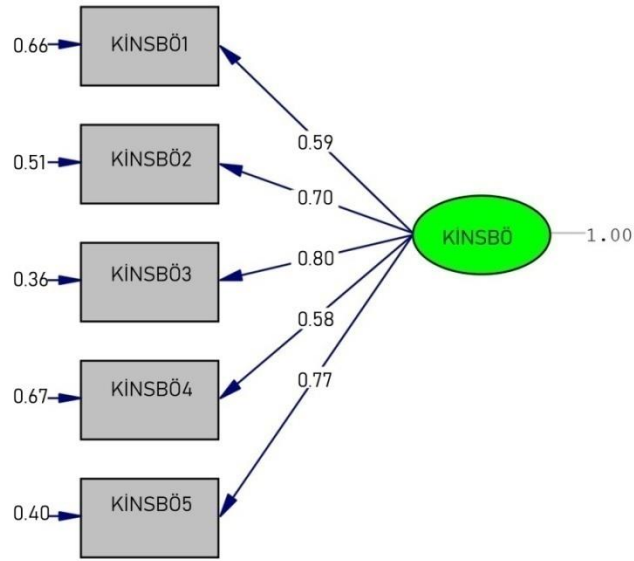
Chi-Square=38.90 , df=13 , P-value=0.00021 , RMSEA=0.082

Şekil 4.4.KYÖ modifiye edilmiş PATH diyagramı

DFA önerisi sonucunda ki-kare değeri yüksek olan 6 ve 7. Maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır. KYÖ nin modifikasyon sonrası uyum indekslerinde, χ^2/SD değeri 2,99, GFI 0,96, AGFI 0,92, CFI 0,98, RMSEA 0,08 ve RMR 0,04 olarak saptanmıştır. KYÖ ne ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Tablo 4.6'da ölçeğin temel modeline ve modifiye edilmiş modele yönelik uyum indeks sonuçları verilmiştir.

Modifikasyon yapıldıktan sonra faktör yükleri 0,32 ile 0,73 arasında bulunmuştur.

4.2.3.1. KİNSBÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi



Chi-Square=135.65 , df=5 , P-value=0.00000 , RMSEA=0.296

Şekil 4.1. KİNSBÖ PATH diyagramı

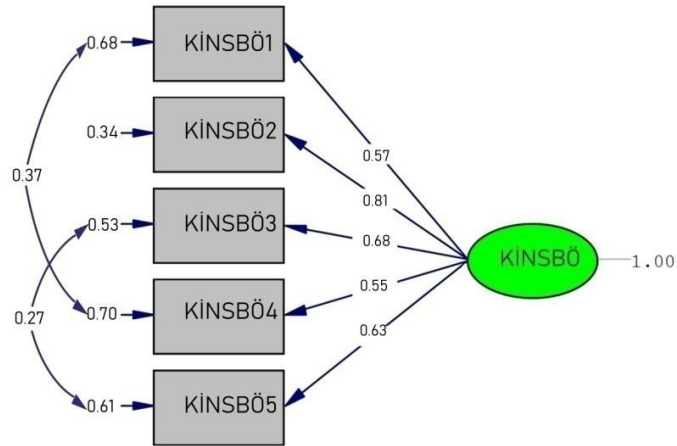
KİNSBÖ ne ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Ölçeğin temel modelinde χ^2/SD değeri 27,13, GFI 0,85, AGFI 0,54, CFI 0,83, RMSEA 0,296 ve RMR 0,30 olarak saptandı.

Bulunan değerler kabul edilebilir uyum dışında olduğu için DFA nin modifikasyon önerileri uygulanmıştır. Path analizinde faktör yükleri 0,36 ile 0,67 arasında değişmektedir.

Tablo 4.6. Temel Model ve Modifikasyon Sonrası Model Uyum indeksleri

Uyum indeksi	Temel Model	Modifikasyon sonrası model	Sonuç
NFI	0,82	1,00	Mükemmel uyum
NNFI	0,65	1,00	Mükemmel uyum
IFI	0,41	1,00	Mükemmel uyum
RFI	0,64	0,99	Mükemmel uyum
CFI	0,83	1,00	Mükemmel uyum
GFI	0,85	1,00	Mükemmel uyum
AGFI	0,54	0,98	Mükemmel uyum
RMR	0,30	0,03	Mükemmel uyum
RMSEA	0,296	0,02	Mükemmel uyum
χ^2	135,65	3,27	Mükemmel uyum
P değeri	0,000	0,351	Mükemmel uyum
χ^2/df	27,13	1,33	Mükemmel uyum

Modifikasyon sonrası faktör yükleri 0,27 ile 0,37 arasında değişmektedir.

Şekil 4.2. KİNSBÖ Modifiye edilmiş PATH diyagramı

Chi-Square=3.27 , df=3 , P-value=0.35193 , RMSEA=0.017

Öneriler doğrultusunda 4 ve 1. Maddeler ile 5 ve 3. Maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır. KİNSBÖ nin modifikasyon sonrası uyum indekslerinde, χ^2/SD değeri 1,33, GFI 1,00, AGFI 1,00, CFI 1,00, RMSEA 0,02 ve RMR 0,03 olarak belirlenmiştir. Temel model ile modifikasyon sonrası diğer uyum indeksleri Tablo 4.5'de verilmiştir.

4.2.4. Eş zamanlı geçerlilik

Kanser hastalarında yalnızlığı ölçmek için sıklıkla kullanılan UCLA Genel Yalnızlık ölçeği ile KYÖ ve KİNSBÖ ri arasındaki korelasyon değerlendirilmiş olup, Tablo 4.7 de verilmiştir.

Tablo 4.7.UCLA, KYO ve KİNSBÖ arasındaki ilişki

	KYÖ	KİNSBÖ	UCLA
KYÖ	1		
KİNSBÖ	r=0,48 p=0,000	1	
UCLA	r=0,69 p=0,000	r=0,39 p=0,000	1

KYÖ ve UCLA Genel Yalnızlık ölçeği arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki belirlenirken KİNSBÖ ile orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,001$). KYÖ ile KİNSBÖ arasında ise pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

4.3. Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları

Bu bölümde ölçeklerin güvenilirliklerinin değerlendirmede verilerin normallik dağılımını belirleyen analizler, iç tutarlılık ve madde analizi ile iki yarı güvenilirliğine (SplitHalf) ilişkin bulgular verilmiştir.

4.3.1. Verilerin Normallik dağılımı

Ölçeklerden alınan puanların normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek amacıyla Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (Diklik) katsayıları, ölçeklerin histogram dağılımları ile Kolmogorov- Smirnov testi yapıldı.

Tablo 4.8. Ölçeklerin Skewness-Kurtosis Katsayıları ve Kolmogorov-Smirnov Testi

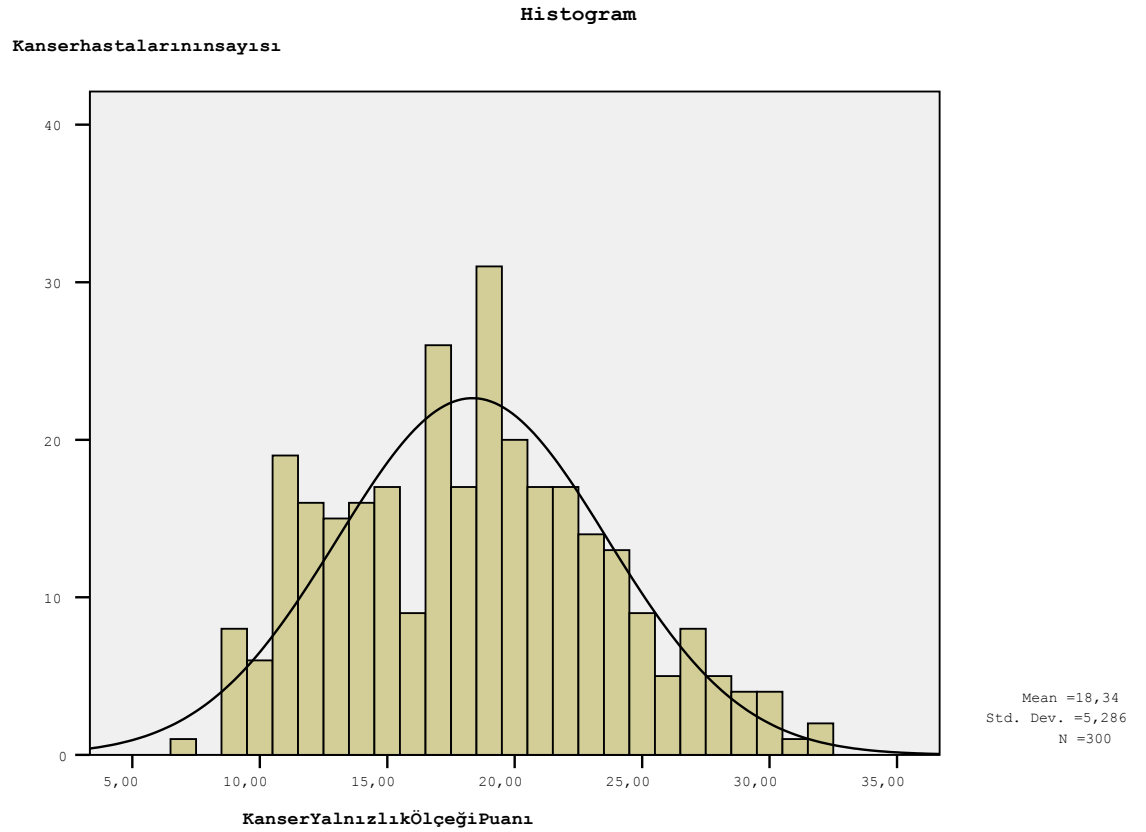
	mean±SD	Min-max	Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov Z ve p değeri
KYÖ	18,34±5,2	7,0-32,0	0,24±0,14 (-1,67)	- 0,51±0,28 (-1,82)	0,06- 0,005
KİNSBÖ	19,50±5,9	5,0-30,0	- 0,25±0,14 (-1,78)	- 0,47±0,28 (-1,67)	0,06- 0,007

KYO'nin Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (Diklik) katsayıları -1,67 ve -1,82 bulunmuştur. KİNSBÖ Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (Diklik) katsayıları -1,78 ve -1,67 olduğusaptanmıştır. Her iki ölçeğin Kolmogorov smirnov değeri ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 8).

Şekil 5 ve 6'da ölçeklerin normallik dağılımı histogram grafiği ile gösterilmiştir.

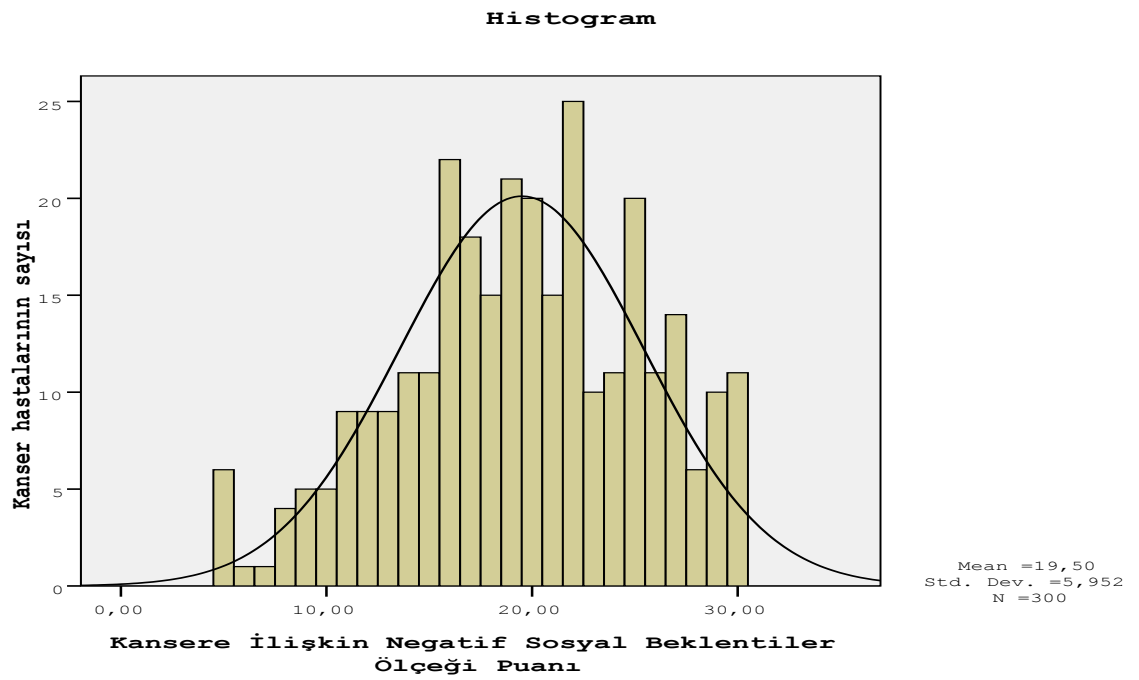
Şekil 4.5. KYÖ nin histogram grafiği

KYO nin histogram dağılımı, normal bir dağılım göstermiştir.



Şekil 4.6. KİNSBÖ Histgram Grafiği

KİNSBÖ nin histogram dağılımı, normal bir dağılım göstermiştir.



4.3.2. İç Tutarlılık

Ölçeklerin cevaplanmasında Likert tipi değerlendirme yapıldığı için iç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca ölçekleri oluşturan maddelerin, ölçeğin toplam puanına katkısını değerlendirmek, bütünüyle ilişki derecesini ortaya koymak amacıyla madde analizi yapılmış ve madde toplam puan korelasyon katsayısı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9. Ölçeklerin İç Tutarlılığı

Ölçekler		
KYÖ	Madde sayısı	7
	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	7-35
	Ortalama ve Standart Sapma	18,28±5,2
	Bu çalışmadaki alt ve üst puanlar	7-32
	Cronbach Alfa Değeri	0,86
KİNSBÖ	Madde sayısı	5
	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	5-30
	Ortalama ve Standart Sapma	19,5±5,9
	Bu çalışmadaki alt ve üst puanlar	5-30
	Cronbach Alfa Değeri	0,82

Ölçeklerin iç tutarlılığın ilişkin bilgiler tablo 5'te görülmektedir. KYÖ nin ortalaması 18,28±5,2 (Min.7-Max.32), Cronbach Alfa katsayısının 0,88 olduğu KİNBÖ'nin ortalaması 19,5±5,9 (Min.5-Max.30), Cronbach Alfa katsayısının 0,82 olduğu, bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Kanser Yalnızlık Ölçeği'nin Madde Analizi

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Ölçeğin Cronbach Alpha Değeri
KYÖ1	2,74	1,08	0,52	0,86
KYÖ2	2,51	1,11	0,59	0,85
KYÖ3	2,67	0,94	0,74	0,83
KYÖ4	2,57	1,14	0,61	0,85
KYÖ5	2,05	1,00	0,58	0,85
KYÖ6	2,88	0,89	0,71	0,84
KYÖ7	2,82	0,87	0,71	0,83

(Hotelling's T-Squared 223,2 p=0,000)

KYÖ nin madde analizinde maddelerin genel ortalaması 2,6'dır. Ortalamanın değişim aralığı 0,83 (Min.2,05 – Max. 2,88) olarak belirlendi (Hotelling's T-Squared 223,25, F=36,58, p=0,000). Ölçeğin toplam korelasyonlarına bakıldığında 0,52 ile 0,71 arasında orta ve güçlü düzeyde değerler aldığı görülmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. KİNSBÖ nin madde analizi

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silindiğinde Ölçeğin Cronbach Alpha Değeri
KİNSBÖ1	2,89	1,78	0,62	0,79
KİNSBÖ2	3,93	1,61	0,62	0,78
KİNSBÖ3	4,60	1,37	0,61	0,78
KİNSBÖ4	3,14	1,75	0,61	0,79
KİNSBÖ5	4,92	1,24	0,60	0,78

KİNSBO nin madde analizinde maddelerin genel ortalaması 3,9 dur. Ortalamanın değişim aralığı 2,03 (Min 2,9- Max 4,9) olarak belirlendi (Hotelling's T-Squared 447,9, F=110,87, p=0,000). Ölçeğin toplam korelasyonlarına bakıldığında 0,60 ile 0,62 arasında orta düzeyde değerler aldığı görülmektedir (Tablo 4.11).

4.3.3. İki Yarı Güvenilirliği (Split Half)

KYÖ ve KİNSBÖ nin toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılığı iki yarı güvenilirliği (split-half) yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12. KYÖ ve KİNSBÖ Split Half Korelasyon Katsayıları

	KYÖ		
	n	mean±SS	Cronbach Alpha Değeri
Birinci bölüm	4	10,5±3,3	0,78
İkinci Bölüm	3	7,76±2,4	0,80
Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı	0,81		
GuttmanSplit-Half	0,78		
	KİNSBÖ		
	n	mean±SS	Cronbach Alpha Değeri
Birinci bölüm	3	11,4±3,8	0,71
İkinci Bölüm	2	8,07±2,5	0,53
Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı	0,86		
GuttmanSplit-Half	0,82		

Spearman-Brown korelasyon değeri; KYÖ için $r=0,78$, KİNSBÖ için ise $r=0,86$ saptanmıştır ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KYÖ ve KİNSBÖ'lerine ait tartışmalar geçerlilik ve güvenilirlik başlıkları altında ele alınmıştır. Yapılan literatür taramasında ölçeklerin herhangi bir Türkçe uyarlama çalışmasına rastlanmamıştır. KYÖ ve KİNSBÖ geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

5.1. Ölçeklerin Geçerliliği

5.1.1 Ölçeklerin Dil ve Kapsam Geçerliliği

Dil geçerliliğini sağlamak amacıyla çeviri ve geri çevirileri yapılan KYÖ ve KİNSBÖ'leri, hemşirelik alanında uzmanlar ile Halk sağlığı alanında uzman olan hekimin görüşlerine sunulmuş ve uzmanların önerileri doğrultusunda küçük düzenlemeler yapılmış ve ölçeklerin Türkçe formu oluşturulmuştur. Ölçeğin dil geçerlik ölçütü sağlandıktan sonra; ölçeklerin kanser hastasına uygulanmıştır. Uygulama sonucunda hastaların önerileri olmadığı için bir değişiklik yapılmamıştır.

Ölçeklerin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Uzman görüşleri Davis tekniği ile değerlendirilmiş ve kapsam geçerlilik indeksler (KGI); 0,88 ile 1,00 arasında bulunmuştur. KGI değerinin 0,80'den büyük olması beklenmektedir (Davis 1992, Esin 2017). Sonuçlarımıza göre uzmanlar arasında görüş birliği olduğu ve ölçeklerin kapsam geçerliği ölçütlerini karşıladığı görülmektedir.

5.1.2. Ölçeklerin Yapı Geçerliliği

Ölçeklere faktör analizi yapılabilmesi için uygun olup olmadığının belirlenmesinde, KMO katsayısı ve Bartlett Sphericity testi kullanılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO değeri) 0,90 mükemmel, 0,80 çok iyi, 0,70 iyi, 0,60 orta ve 0,50 zayıf olarak

değerlendirilmektedir (Morgan vd 2005). Bu değer 0,50'nin altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlilik analizleri için yeterli olmadığını gösterir. KMO ve değişkenlerin birbiri ile korelasyon gösterip göstermediğini sınamada Bartlett testi uygulanır (Esin 2017). Bartlett testi, ki-kare istatistik testlerinde olduğu gibi anlamlılık değerine bakılır ve anlamlı ise faktör analizi yapılabileceğini gösterir (Şencan 2005, Çokluk vd 2014). KYÖ'nin KMO ve Bartlett testi ile verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirildiğinde; KMO değeri 0.90 ve üzerinde 0,73 saptanmıştır ve iyi olarak kabul edilmiştir. Bartlett's test of Sphericity değeri ise 67,792 bulunmuştur ($p < 0,001$). KİNSBÖ'nin, KMO değerinin 0,69 olduğu ve iyi olarak kabul edilirken, Bartlett's test değeri (50,699) ise anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Sonuç olarak her iki ölçeğin örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulaması açısından yeterli olduğu söylenebilir.

5.1.3 Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçek yeni geliştiriliyorsa AFA, başka bir dilden Türkçe'ye ölçek uyarlama çalışmalarında sadece DFA yapılmalıdır (Esin 2017, Seçer 2017). DFA kapsamında araştırmacılar tarafından kurgulanan bir model bağlamında değişkenler arasındaki doğrudan etkiler ile dolaylı etkiler test edilir (Çokluk 2014) LISREL ve AMOS EQA gibi paket programlar aracılığı ile analiz yapılabilmektedir (Seçer 2018, Çokluk 2014, Şencan 2005). Bu bağlamda çalışmamızda tek faktörlü olan ölçeklerimizin LISREL paket programında DFA yapılmıştır.

5.1.3.1. KYÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

KYÖ'nün yapı geçerliliği için DFA analizinden elde edilen uyum iyiliği indekslerinin istenilen düzeyde olması beklenmiştir. DFA'da birden fazla uyum indeksi elde edilmektedir ve modelin doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek için tek bir uyum indeksinden çok tüm indeksler bir arada değerlendirilir (Çokluk 2014).

Ölçeğin temel modelinde; uyum indekslerinin çoğunluğu kabul edilebilir düzeyde bulunmamıştır (NFI 0,89, NNFI 0,82, IFI 0,88, RFI 0,81, CFI 0,88, GFI 0,80, AGFI 0,61, RMR 0,12, χ^2/SD değeri 18,2, RMSEA 0,240). Uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyleri Tablo 3.2 de belirtilen değerler göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Bulunan değerler kabul edilebilir değerler dışında olduğundan (Esin 2017; Seçer 2017, Seçer 2018; Çokluk 2014) dışında olduğu için DFA modifikasyon önerisi uygulanmıştır. Sıklıkla çalışmalarda yer alanlar içinde özellikle başlangıç uyum değeri olarak adlandırılan ki-kare (χ^2) değeri en yaygın kullanılanıdır. Ki-kare kötü uyum indeksi olarak adlandırılır ve yüksek değerler kötü uyumu ifade eder (Çokluk 2014). χ^2/SD değeri büyük

örneklemelerde yeterlilik için bir ölçüt olarak kullanılabilir. Üç ve daha küçük oranlar mükemmel uyum olarak kabul edilir (Çokluk 2014). Bir diğer öncelikle bakılması önerilen indeks RMSEA'dır. Path diyagram altında verilen RMSEA değeri incelenerek, evren ve örneklem kovaryansları arasındaki fark değerlendirilir ve 0-1 arasında olması beklenir (Seçer 2017; Çokluk 2014).

Bir DFA modelinde, uyum indekslerinin kabul düzeylerinin karşılanmaması durumunda, modelin yeniden tanımlanması zor olabilir. Bu durumda, analiz sonucunda ortaya koyulan modifikasyon önerileri incelenmesi yararlıdır (Çokluk 2014). KYÖ ölçeğinin modifikasyon sonrası modelinde NFI 0,98, NNFI 0,97, IFI 0,98, RFI 0,96, CFI 0,98, GFI 0,96, AGFI 0,92, χ^2/SD değeri 2,99 bulunmuş ve mükemmel uyum değerleri elde edilmiştir. RMR 0,04 ve RMSEA 0,08 saptanmış ve kabul edilebilir uyum sonucu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, KYÖ'nin yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile desteklenmiştir.

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Bir maddenin faktör yük değeri için asgari büyüklüğünün 0,30 olması yönünde yaygın görüş bulunmaktadır (Çokluk 2014; Şencan 2005). Faktör analizi konu hakkında deneklerin verdiği cevaplara göre değişkenler arasındaki korelasyonu hesaplayarak, birbiri ile ilişkili olan ve aynı boyutu ölçen değişkenlerin gruplandırılması sonucu faktör elde etme işlemidir. Modifikasyon öncesinde tek boyutlu ölçeğin faktör yükleri, 0,30 ve üzerinde iken modifikasyon sonrasında sadece tek bir maddede 0,27 olduğu ve diğerlerinin 0,30 üzerinde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ölçeğin tek bir faktör altında değerlendirilmesi doğrulanmıştır.

5.1.3.2 KİNSBÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

KİNSBÖ temel modelinde yapılan analizde değerlendirilen (NFI 0,82, NNFI 0,65, IFI 0,41, RFI 0,64, CFI 0,83, GFI 0,85, AGFI 0,54, RMR 0,30, χ^2/SD 27,13, RMSEA 0,296) uyum indekslerinin olduğu ve kabul edilebilir düzeyde olmadığı görüldü (Esin 2017, Seçer 2017, Seçer 2018, Çokluk 2014), Modifikasyon önerileri kapsamında 4 ve 1. maddeler ile 5 ve 3. Maddeler arasında yapılan modifikasyondan sonra tüm uyum indeksleri mükemmel uyum göstermiştir. Özellikle χ^2/SD değeri 1,33, GFI 1,00, AGFI 1,00, CFI 1,00, RMSEA 0,02 ve RMR 0,03 olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda KİNSBÖ'nin 5 maddeden oluşan bir faktörlü yapısının bir model olarak doğrulandığı ifade edilebilir.

5.1.4 Ölçeklerin Eş Zaman Geçerliliği

Çalışmamızda ölçeklerin geçerliğine ilişkin yapılan korelasyon analizlerinde, eş zaman geçerliliğini değerlendirmek için UCLA genel yalnızlık ölçeği kullanıldı. Ayrıca iki ölçek arasındaki korelasyon değerlendirildi. KYÖ ve Genel yalnızlık ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı, güçlü bir ilişki ($r=0,69$) saptanırken KİNSBÖ ile yine pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulundu. Ölçeklerin kanser hastalarının yalnızlık düzeyi ve negatif sosyal beklentilerini ölçmede geçerli olduğu söylenebilir. Adams ve arkadaşları da yaptığı çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak KYÖ ile Genel yalnızlık ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($r = 0,67$), KİNSBÖ ve genel yalnızlık ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir ($p < 0,01$).

KYÖ ve Genel yalnızlık ölçeği arasında orta derecede güçlü ilişki, her iki ölçeğin de ilişkilerden memnuniyetsizliği ölçmesi ve kansere yüklenen yanlığı yakalaması beklenmektedir (Adams 2016). Buna göre bizim de çalışmamızda genel yalnızlık ölçeği ile bir korelasyon belirlenmiştir ve bu durum KYÖ'nun geçerli bir ölçek olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda KYÖ ile KİNSBÖ arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ($r = 0,48$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçekleri geliştiren Adams ve arkadaşları ise KYÖ ve KİNSBÖ arasında pozitif yönde güçlü korelasyon belirmiş ($r = 0,70$), yalnızlık teorisi ile tutarlı bir sonuç bulduklarını ifade etmiştir (Adams vd 2016).

5.2 Ölçeklerin Güvenilirliği

5.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımı

Verilerin normal bir dağılıma sahip olup olmadığı, araştırma sonuçlarının güvenilirliği ve genellenebilirliği açısından önemlidir ve farklı normallik testleri yapılarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada veri grafikleri, veriye ait çarpıklık(skewness) ve basıklık (diklik, kurtosis) değerlerinin hesaplanması ve istatistiksel analizlerden yararlanılmıştır (Esin 2017; Can 2018).

Normal dağılım gösteren bir dağılımın grafiği, ortalaması, ortancası ve tepe değeri çakışık olan simetrik bir çan eğrisi şeklinde olmalıdır (Can 2018). KYÖ

(mean:18,34, median:18,50, mode:19,00) ve KİNSBÖ nin (mean:19,50, median:20,00, mode:22,00) ortalama, ortanca ve tepe değeri birbirine yakın değer almışlardır ve dağılım grafikleri de kabul edilebilir derecede normale yakın görünmektedir.

Dağılımın grafiğinin simetrik olmasının yanında ne çok sivri ne de çok basık olması istenmez. Bu nedenle veri grubunun çarpıklık ve basıklık katsayılarının sifıra yakınlığı değerlendirilir. Çarpıklık ve basıklık katsayıları standart hatalarına bölüldüğünde, çıkan değer-1,96 ile +1,96 arasında kalıyorsa dağılım normal kabul edilir (Can 2018). Çalışmamızda KYÖ'nin çarpıklık ve basıklık katsayıları sırasıyla -1,67 ve -1,82 iken KİNSBÖ ise çarpıklık katsayısı -1,78, basıklık katsayısı -1,67'dir. Bu değerlere göre her iki ölçeğin dağılımı normal kabul edilmiştir.

Normal dağılıma uygunluk analizi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testinde p değerinin 0,05'ten büyük olması normalliğin sağlandığı gösterir (Can 2018; Seçer 2017). Ancak çalışmamızda test sonucu her iki ölçek için de dağılımın normal olmadığını göstermiştir ($p < 0,01$). Bir veri setinde dağılımın normal olup olmadığı karar verirken diğer değerlendirmelerinde dikkate alınması gerekir (Seçer 2017). Çalışmamızda diğer değerlendirmelere (dağılım grafiği, çarpıklık, basıklık) bakılarak ölçeklerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

5.2.2. Ölçeklerin İç Tutarlılığı

Bir testi oluşturan maddelerin birbiri ile uyumu iç tutarlılığı ifade eder. Cronbach alfa yöntemi, ölçek uyarlama çalışmalarında iç tutarlılığın belirlenmesinde sıklıkla başvurulan yöntemlerdendir. Likert tipi dereceleme yöntemi kullanıldığında Cronbach alfa katsayısına bakılır (Seçer 2017; Can 2018, Esin 2017). Katsayı değerlendirmesi, 0,40–0,60 arasında düşük düzeyde güvenilir, 0,60–0,80 arasında oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir şeklindedir (Özdamar 1997). KYÖ nin Cronbach Alfa katsayısı 0,88, KİNSBÖ'nin ise 0,82 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Bu sonuçlara göre her iki ölçeğin maddelerinin kendi içlerinde birbiri ile uyumlu olduğu ve ölçeklerin homojen olduğu söylenebilir. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Adams ve arkadaşları KYÖ'nin Cronbach Alfa katsayısını 0,96, KİNSBÖ'nin ise 0,90 saptamıştır. Çalışmamızın iç tutarlılık katsayıları orijinal çalışmaya göre biraz daha düşük olmakla birlikte benzer şekilde yüksek derecede güvenilirlerdir.

Çalışmamızda KYÖ'nin ortalaması $18,28 \pm 5,2$ (Min.7-Max.32), KİNSBÖ'nin ortalaması $19,5 \pm 5,9$ (Min.5-Max.30) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan kanser hastalarının orta düzeyde kansere bağlı yalnızlık yaşadıklarını ancak negatif sosyal beklentilerinin orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir. Olumsuz sosyal beklentiler, özellikle kanser deneyimiyle ilişkili olabilir; örneğin, hastalar kanser teşhisini takiben arkadaşları ve aileleri tarafından yüksek seviyede destek ve sempati bekleyebilir ve bu beklentilere cevap verilmezse hayal kırıklığına uğrayabilirler. Yalnızlık teorisi ve yapılan araştırmalar, yalnızlığın kanser hastalarında benzersiz çökeltilere sahip olabileceğini göstermektedir (Adams 2016).

5.2.3. Ölçeklerin Madde Analizi

Ölçeklerin ayırıcılık gücünü belirlemek için madde analizi yapılmıştır (Seçer 2017). Madde analizi sonucunda KYÖ'nin madde toplam korelasyonlarının 0,52 ile 0,70 arasında değiştiği görülmüştür. KİNSBÖ madde toplam korelasyonu ise 0,60 ile 0,62 arasında bulunmuştur. Yorumlamada 0,30 ve üzerinde olan maddelerin ölçülen özellik bakımından iyi derecede ayırt edici olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk 2007; Seçer 2017). Buna göre ölçeklerin madde toplam korelasyonları açısından yeterli düzeyde olduğu söylenebilir. Her iki ölçekte de yer alan soru ortalamalarının birbirinden farklı olduğu, maddelerin katılımcılar tarafından aynı yaklaşım ile algılanmadığı, soruların zorluk derecelerinin ve ölçme yeteneklerinin farklı olduğu, her bir maddenin ölçeklerde bulunması gerektiği söylenebilir ($p < 0,001$) (Özdamar 1997).

5.2.4. Ölçeklerin İki Yarı Güvenilirliği

İki yarı güvenilirliği test tekrar test yönteminde ortaya çıkan zaman sorununu ve eşdeğer formlar geçerliliğinde eş değer form bulma sıkıntısını gidermek üzere geliştirilmiştir (Seçer 2017). Ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon katsayısı 0,70 ve üzerinde ise iç tutarlılığının yüksektir (Esin 2017). Spearman-Brown korelasyon değeri; KYÖ için $r=0,78$, KİNSBÖ için ise $r=0,86$ saptanmıştır ($p < 0,001$). KYÖ ve KİNSBÖ leri bir bütün olarak değerlendirildiğinde birbiri ile yakından ilişkili sorulardan oluştuğu ve iç tutarlılıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KYO ve KİNSBÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve literatüre kazandırılması amacıyla yapılan çalışma sonuçlarına göre;

- Araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının çoğunluğu (%570) kadın olup, yaş ortalamaları $57,03 \pm 11,32$ 'tür. Hastaların yarıya yakını (%47,3) meme kanseri ve akciğer kanseri hastaları oluşturdu. Hastaların büyük çoğunluğu hastalık bilgisine (%94,0) ve tedavi bilgisine (%84,0) sahip olduğu ve aileleri tarafından destek (%87,3) aldığı bulunmuştur.
- Her iki ölçeğin dil geçerliliği yapıldıktan ve ölçek maddeleri Türkçeye uyarlandıktan sonra uzman görüşleri ile kapsam geçerlilik indeksi ile değerlendirilmiştir. Bu sonuca göre uzmanlar arasında görüş birliği olduğu saptanmış ve ölçeklerin Türk kültürü için kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.
- Örneklem büyüklükleri yeterli bulunan KYÖ ve KİNSBÖ'nin yapı geçerliliğini değerlendirmede yapılan doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeklerin uyum indeksleri mükemmel uyum düzeylerini karşılamıştır.
- KYÖ ve KİNSBÖ'nin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde; maddeler ile ölçek arasında orta ve güçlü düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre, her bir maddenin kullanılabilir güvenilirlikte olduğu saptanmıştır.
- KYÖ'nin, 7 maddeden oluşan tek faktörlü yapısı ve KİNSBÖ'nin 5 maddeden oluşan tek faktörlü yapısı bir model olarak doğrulanmıştır.
- Her iki ölçek eş zaman geçerliliği için kullanılan UCLA Genel Yalnızlık ölçeği ile korele olması ölçeklerin bu alanda geçerli kullanılabilecek ölçekler olduğunu göstermiştir.

- Örneklem grubunun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri KYÖ için 0,88, KİNSBÖ için ise 0,82 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre her iki ölçeğinde güvenilirlik katsayısının yüksek düzeyde olduğu, ölçekteki her bir maddenin ölçeğin bütününe temsil ettiği saptanmıştır.
- Her iki ölçek de normal dağılım gösterirken, yüksek Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ve Spearman-Brown korelasyon değeri ölçeklerin güvenilir olduğunu doğrulamıştır.
- KYÖ, kansere bağlı yalnızlığın değerlendirilmesinde Türk toplumu tarafından kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.
- KİNSBÖ, kanserli hastaların olumsuz sosyal beklentilerinin belirlenmesinde Türk toplumu tarafından kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.

6.1.Öneriler

Aile bireyleri ile geniş bir popülasyonu ilgilendiren kanser hastalığı tanı aşamasından itibaren geniş kitleleri ruhsal bozukluklara sürüklemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser ile yaşamak yalnızlık hissini arttırmakta veya daha da kötüleştirmektedir. Kanser hastalarında tahmin edilen sağ kalım süresinin, yüksek riskli yalnızlık profiline sahip hastalarda, düşük riskli yalnızlık profili olan hastalara göre ortalama olarak daha kısa olduğu tespit edilmiştir (Adams 2016). Buna ek olarak negatif sosyal beklentiler de daha olumsuz etkileşimlere yol açarak hem yalnızlığı hem de buna bağlı negatif sosyal beklentileri sürdürür (Adams 2016). Kanser hastaları, özellikle kanser deneyimi ile ilgili yalnızlık yaşayabilir; bu nedenle, kanserdeki yalnızlık müdahaleleri, hastalıkla ilgili sosyal koşulları ve olumsuz sosyal beklentileri ele almak için uyarlanmalıdır. Hastalarda kansere bağlı yalnızlık düzeyinin belirlenmesi ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentilerin belirlenmesi oldukça önem taşımaktadır.

6.2.1.Uygulayıcılara Öneriler

Literatürde yalnızlıkla ilgili kullanılan ölçekler olmasına rağmen kanser hastaları için geliştirilmiş Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçek bulunmaması, yalnızlık gelişme riskinin yüksek olduğu kanser tanısı almış hastalarda yalnızlığın değerlendirilmesini ve hastaları tanımlanması, tedavi ve bakım uygulamalarında bir eksiklik olduğu düşünülmüştür. Yalnızlık, kanser hastalarında zayıf ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkilidir (Drageset vd 2013; Jaremka vd 2013; Jaremka vd 2013; Jaremka vd 2014). Yalnızlık ve negatif sosyal beklenti kavramları tek bir boyutla tanımlanamayan karmaşık psikolojik özelliklerdir. Çalışmamızla geçerlik ve güvenilirliği yapılan her iki ölçeğin

kullanımı kansere bağlı yalnızlığın değerlendirilmesini bununla birlikte kanserli hastaların olumsuz sosyal beklentilerinin belirlenmesini sağlayacaktır. KYÖ, kansere özgü yalnızlık yaşıyan ve müdahale edebilecek hastaları belirlemede kullanılabilir. KİNSBÖ, uzmanlar için yol gösterici olabilir. Her iki ölçeğin birlikte kullanılması hastaların tanımlaması, tedavi ve bakımına olan katkısı artacaktır. Kansere bağlı yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentilerin belirlenmesi sonrasında hastalara verilecek psikososyal destek ile hastalığa bağlı mortalite ve morbidenin azaltılması ek olarak da aile bireylerinin ve hastaların yaşam kalitesini arttırarak toplum sağlığı açısından yarar sağlayacaktır. Ölçekler ayrıca hem klinik uygulamada uygun hastalarda rutin olarak uygulanabilecek hem de literatüre katkı sağlayacak akademik çalışmalarda kullanılabilir.

-Teoriye dayalı yalnızlık azaltma müdahalelerinin geliştirilmesi, kanser hastalarının zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde kritik öneme sahip olabilir.

6.2.2. Araştırmacılara Öneriler

- Her iki ölçek birlikte kullanılmalı ve kanser hastalarının yalnızlık ve negatif sosyal beklentileri öncelikle tanımlayıcı ve nicel araştırmalar ve daha sonra da girişimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- Ölçeklerin kullanımında farklı kanser türleri değerlendirilerek hastalardaki yalnızlık ve negatif sosyal beklentiler değerlendirilerek, karşılaştırılabilir
- Literatürde kanser hastalarına yönelik bu konudaki çalışmalar artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adams R. Measures of Cancer-Related Loneliness and Negative Social Expectations: Development and Preliminary Validation, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, **Purdue University**, Indiana 2016.
- Adams R N, Catherine E. Mosher, Joseph G. Winger, Rafat Abonour, Kurt Kroenke Cancer-related loneliness mediates the relationships between social constraints and symptoms among cancer patients, **J Behav Med** (2018) 41:243–252.
- Adams R N, Mosher C E, Rand K L, Hirsh A T, Monahan P O, Abonour R, et al. The Cancer Loneliness Scale and Cancer-Related Negative Social Expectations Scale: Development and validation. **Quality of Life Research** 2017.
- Adams K B, Sanders S, Auth E. Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. **Aging and Mental Health** 2004; 8: 475-485.
- Alpass F M, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. **Aging and Mental Health** 2003 7: 212-216.
- Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Bükler N. ve Cavlak U. Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi** 2009; (1): 48-60.
- Atagün M İ, Balaban Ö D, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A Y. Kronik Hastalıklarda bakım veren yükü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2011; 3(3): 513-552.
- Azman A B, Sararaks S, Rugayah B, Low L L, Azian A A. Geeta S. ve Tiew C T. Quality of Life of the Malaysian General Population: Results from a Postal Survey Using the SF-36, **Medical Journal of Malaysia** 2003; 58(5): 694-711.
- Babaoğlu E, Öz F Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2003; 2: 24-33
- Bektaş H A, Özer Z C. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. **J Clinical Nursing** 2009; 18: 3003-12.
- Bektaş E. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, Uzmanlık Tezi, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı** Bursa, 2008.
- Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Trakya Üniversitesi**, Edirne, 2009.
- Bilir N, Özcebe H, Vazioğlu S A, Aslan D, Subaşı N. ve Telatar T G. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences** 2005; 25: 663-668.
- Boylu A ve Paçacıoğlu B, Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Akademik Araştırmalar ve **Çalışmalar Dergisi**, 2016;15:137-150.

- Brintzenhofe-Szoc KM, Levin T T, Li Y, Kissane D W, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. **Psychosomatics** 2009; 50: 383-391.
- Cacioppo J T, Hawkley L C, Thisted R A. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. **Psychology and Aging** 2010; 25: 453.
- Cacioppo J T, Norris C J, Decety J, Monteleone G, Nusbaum H. In the eye of the beholder: Individual differences in perceived social isolation predict regional brain activation to social stimuli. **Journal of Cognitive Neuroscience** 2009; 21: 83-92.
- Can A, SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi, **Pegem Yayıncılık**, Ankara 2018, s 276-389.
- Cancer Action Team Holistic common assessment of supportive and palliative care needs for adults with cancer: Assessment guidance. **National Cancer Action Team**, London, 2007.
- Caspi A, Harrington H, Moffitt T E, Milne B J, & Poulton R. Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine** 2006; 160: 805-811.
- Cline R J W. Everyday interpersonal communication and health. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey K I. Miller R, Parrott (Eds.), Handbook of health communication, **Lawrence Erlbaum Associate**, Mahwah ,2003, pp. 285–313
- Coleman E A, Tulman L, Samarel N, Chamberlain-Wilmoth, M, Rickel L, Rickel, M, Beth Stewart C. The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. **Oncology Nursing Forum** 2005; 32: 822-829.
- Çokluk Ö, Büyüköztürk Ş, Şekercioğlu G, Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları, **Pegem Yayıncılık**, Ankara 2014, s 275.
- Demir A. "U.C.L.A. Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. **Psikoloji Dergisi** 1989; 7 (23): 14-18.
- Deckx, L., van den Akker, M., & Buntinx, F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. **European Journal of Oncology Nursing** 2014; 18: 466-477.
- Donaldson MS. Taking PROsand patient-centered care seriously: Incremental and disruptive ideas forin corporating PROs in oncology practice. **Quality of Life Research** 2008; 17: 1323-30.
- Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: A five-year follow-up study. **Journal of Clinical Nursing** 2013; 22: 106-114.
- Edwards R, Bello R. The effects of loneliness and verbal aggressiveness on message interpretation. **Southern Communication Journal** 2001; 66: 139–150.
- Egestad H. The significance of fellow patients for head and neck cancer patients in the radiation treatment period. **European Journal of Oncology Nursing** 2013; 17: 618-624.

- Engin E, Uğuryol M, Kaçmaz E, Yalnızlık Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Üzerine Etkileri: Gözden Geçirme, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**,2016;42.
- Esin M, Hemşirelikte Araştırma, Süreç Uygulama ve Kritik, **Nobel Tıp Kitapevleri**, İstanbul 2017, s 195-229.
- Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, (Erefe, İ, Editör), **Odak Ofset**, İstanbul, 2002, s.169–188.
- Fanakidou et al. Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. **Qual Life Res** 2018; 27: 539–543.
- Friedler B, Crapser J, McCullough L. One is the deadliest number: the detrimental effects of social isolation on cerebrovascular diseases and cognition. **Acta neuropathologica** 2015; 129: 493-509
- Fogel J, Albert SM, Schnabel F, Ditkoff B A, Neugut A I. Internet use and social support in women with breast cancer. **Health Psychology** 2002; 21: 398-404.
- Fox C M, Harper A P, Hyner G C, Lyle R M. Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health* 1994; 19: 467-482
- Fukui S, Koike M, Ooba A, Uchitomi, Y. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 2003; 30: 823-830.
- Friedman G, Florian V, Zernitsky-Shurka E. The experience of loneliness among young adult cancer patients. **Journal of Psychosocial Oncology** 1989; 7: 1-15.
- Gibb B E, Coles M E. Cognitive vulnerability-stress models of psychopathology. **Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective** 2005; 104-135.
- Giraldi T, Rodani M, Cartei G, Grassi L. Psychosocial factors and breast cancer: A 6-year Italian follow-up study. **Psychotherapy and Psychosomatics** 1997; 66: 229-236.
- Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, Lawlor B A. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community dwelling elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 2009; 24: 694-700.
- Güven S. ve Şener A. Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age, **Turkish Journal of Geriatrics** 2010; 14(2): 179-186.
- Häfner S, Baumert J, Emeny R, Lacruz M, Bidlingmaier M, Reincke M, et al. To live alone and to be depressed, an alarming combination for the renin–angiotensin–aldosterone-system (RAAS). **Psycho neuro endocrinology** 2012; 37(2):230–7.
- Hawkey LC, Burleson MH, Berntson GG, Cacioppo JT. Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. **J Pers Soc Psychol** 2003; 85:105–120.
- Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. **Ann Behav Med** 2010;40(2):218–27.

- Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 2004; 38: 239-250.
- Heinrich L M, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. **Clinical Psychology Review** 2006; 26: 695-718.
- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. **Science** 1988; 241: 540–545.
- Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes C P, Alfano C M, Povoski S P, Lipari A M, Yee LD. Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. **Health Psychology** 2014; 33: 948-957.
- Jaremka LM, Fagundes CP, Glaser R, Bennett JM, Malarkey W B, KiecoltGlaser JK. Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. **Psycho neuroendocrinology** 2013; 38: 1310-1317.
- Jaremka, L M., Peng, J, Bornstein, R, Alfano, C. M, Andridge, R. R, Povoski, S P, Yee, L D. (2014). Cognitive problems among breast cancer survivors: Loneliness enhances risk. **Psycho-Oncology** 2014; 23: 1356-1364.
- Jong Gierveld J, Kamphuis F. (The development of a Rasch-type loneliness scale. **Applied Psychological Measurement** 1985; 9: 289-299.
- Jaremka L M, Peng J, Bornstein R, Alfano CM, Andridge R R, Povoski S P, Yee LD. Cognitive problems among breast cancer survivors: Loneliness enhances risk. **Psycho-Oncology** 2014; 23: 1356-1364.
- Karademas EC, Benyamini Y, Johnston M. Introduction. In Y. Benyamini, M. Johnston, & E.C. Karademas (Eds.), *Assessment in healthpsychology*, **Hogrefe Publishing, Göttingen, Germany**, 2016, pp. 3-18
- Kroenke K, Johns SA, Theobald D, Wu J, Tu W. Somatic symptoms in cancer patient trajectory over 12 months and impact on functional status and disability. **Supportive Care in Cancer** 2013; 21: 765–773.
- Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, et al. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: **A cohort study. Am J Epidemiol** 2003; 157: 415-23.
- Luanaigh CÓ, Lawlor B A. Loneliness and the health of older people. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 2008; 23: 1213-1221.
- Marcus D A, Blazek-O'Neill B, Kopar J L. Symptomatic improvement reported after receiving Reiki at a cancer infusion center. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** 2013; 30: 216-217
- Masi C M, Chen H Y, Hawkley L C, Cacioppo J T A. meta-analysis of interventions to reduce loneliness. **Personality and Social Psychology Review** 2010.
- Mosher CE, Lepore S, Wu L, Austin J, Valdimarsdottir H, Rowley S, Rini C. Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation: Exploring the role of loneliness and cognitive processing. **Journal of Health Psychology** 2012; 17: 1022-1032.

- Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. **Journal of Clinical&Diagnostic Research** 2014; 8: 1-4.
- Olsen R.B, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrom B. Social Networks and longevity: A 14 year follow- up study among elderly in Denmark. **Social Science and Medicine** 1991; 33: 1189-1195.
- Öz F, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, **Mattek Matbaacılık**, Ankara,2004, s.180-205
- Paskulin GL, Molzahn A. Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil. **Western Journal Nursing Research** 2007; 29(1): 10-29.
- Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. **Supportive Care in Cancer** 2012.
- Pendley J S, Dahlquist L M, Dreyer Z. Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. **Journal of Pediatric Psychology** 1997; 22:29-43.
- Peplau D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy, **Wiley-Interscience**, Newyork,1982, pp 1-18
- Peplau LA, Miceli, M. & Morasch, B. Loneliness and self evaluation. In L.A. Peplau& D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, Research, and therapy Wiley, New York, 1982, pp. 135-51
- Prisbell M. Dating-competence as related to levels of loneliness. **Communication Reports** 1988; 1: 54-59.(pdf paralı)
- Russell D W. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. **Journal of Personality Assessment** 1996; 66: 20-40.
- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey, **Health Quality Life** 2003; 1: 1-14.
- Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. **Research in Nursing and Health** 2002; 25 459-470.
- Sahin Z A, Tan M, Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. **Clinical Journal of Oncology Nursing** 2012; 16: 145149.
- Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci, **Anı Yayıncılık**, Ankara 2018, s 18-104.
- Seçer İ. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi, **Anı Yayıncılık**, Ankara 2017, s 211-222.
- Secinti E, Johns S, Rand K, O'neil B, Social correlates of mental health in gastrointestinal cancer patients and their family caregivers: Exploring the role of loneliness, **Supportive Care in Cancer**,2018,
- Sert H. Onkoloji hasta yakınlarında ortak bir sorun: Bakım yükü. **Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics** 2015; 1(2): 62-66. 10.

- Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Coban A. (2006). The loneliness level of patients with gynecological cancer. **International Journal of Gynecological Cancer** 2006; 16: 472-477.
- Swami V, Chamorro-Premuzic, T, Sinniah, D, Maniam, T, Kannan, K, Stanistreet, Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, **Nobel Akademik Yayıncılık**, Ankara 2014, s 16-54.
- Thurston R C, Kubzansky L D. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. **Psychosomatic Medicine** 2009; 71: 836-842.
- Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren A, Zencir G, Demir L, Tarhan M, Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi, **DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2014; 28:85 – 92.
- Weiss RS. Issues in the study of loneliness. In L A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*, **Wiley**, New York, 1982, pp. 71-80
- Wells M, Kelly D. The loneliness of cancer. **European Journal of Oncology Nursing**. 2008; 12:410– 411.
- Wei M, Russell D W, Zakalik R A. Adult attachment, social self-efficacy, Patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. **European Journal of Oncology Nursing** 2014; 18: 466-477.
- Wilson R, Arnold S, Krueger Kristin, Schneider J, Loneliness and risk of Alzheimer disease. **Archives of General Psychiatry** 2007; 64: 234– 240.
- Wilson R S, Krueger K R, Arnold S E, Schneider J A, Kelly J F, Barnes L L, Bennett, D. A. Loneliness and risk of Alzheimer disease. **Archives of General Psychiatry** 2007; 64: 234-240.
- Yildirim Y, Kocabiyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. **Journal of Clinical Nursing** 2010; 19: 832-839.
- Zakahı W R. Duran R L. Loneliness, communicative competence, and communication apprehension: Extension and replication. **Communication Quarterly** 1985; 33: 50-60.
- Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Häfner S, Lacruz ME, Emeny RT et al How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 2014; 29: 245-252.
- WEB_1. WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, (son güncellenme tarihi: 12.09.2018, alındığı tarih:31.07.2019).
- WEB_2. GLOBOCAN 2018.İnternet adresi: <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>, (alındığı tarih:31.07.2019).
- WEB_3. Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı:Kadın Sağlığı Bakışı,Yaşlanan Kadın Sempozyum, http://www.huzurevleri.org.tr/docs/Yaslilik_Doneminde_Yasam_Kalitesi_Kavrami.pdf (Erişim tarihi:31.07.2019).

WEB_4. Tiwari SC. Loneliness: A disease? Indian J Psychiatry [Internet]. Medknow Publications; 2013 Oct [cited 2017 Jun 20]; 55(4):320–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24459300>.

Web_5.Beal C, (2006). “Loneliness In Older women: A Review Of The Literature”. Issues in Mental Health Nursing, 27, 795–813. DOI: 10.1080/01612840600781196 (Erişim Tarihi:30.07.2019) <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840600781196?journalCode=imhn20>.

ÖZGEÇMİŞ

2016 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden mezun oldu.2017 yılında Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Denizli Devlet Hastanesi Acil Servis bölümünde 8 aydır hemşire olarak çalışmaktadır.

EKLER

EK – 1 TANITICI BİLGİ TOPLAMA FORMU**TANITICI BİLGİ TOPLAMA FORMU**

Bu çalışma ile yalnızlık ve negatif sosyal beklentiler ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması amaçlanmaktadır. Anket formuna isim yazılmayacak ve bilgiler çalışma dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
 Okur- yazar değil okur –yazar İlköğretim mezunu
 Lise mezunu Üniversite mezunu Diğer.....
3. Medeni durumunuz?
 Bekar Ayrı yaşıyor Evli Dul(Eşi ölmüş) Boşanmış
4. Aile yapınız?
 Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile
5. Evinizde birlikte yaşadığınız kişileri belirtiniz.
 Yalnız Aile ile Arkadaş ile
 Akrabalar Herhangi bir kurumda Diğer.....
6. Her hangi bir işte çalışıyor musunuz?(Çalışmayanlar 8. Soruya geçebilir)
 Evet Hayır Emekliyim
7. Yanıtınız evet ise ne iş yapıyorsunuz?
 Memur İşçi Serbest meslek Diğer.....
8. Halen yaşadığınız yer?
 Köy- Kasaba İlçe İl Diğer.....
9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 Gelir gidere eşit Gelir giderden az Gelir giderden fazla
10. Sosyal güvence durumunuz nedir?
 sosyal güvencem yok SGK Yeşil kart Özel sigorta Diğer.....
11. Hastalık hakkında bilgilendirildiniz mi? Evet Hayır
12. Tedaviniz hakkında bilgilendirildiniz mi? Evet Hayır
13. Tedaviniz süresince, size kimler destek veriyor?
 Aile Arkadaşlar Hemşireler Hekim Destek grupları / gönüllüler
 Diğer
14. Hastanın Cinsiyeti Kadın Erkek
15. Hastanın kanser tipi hangidir.....
16. Hastalığın Evresi
a) Erken evre

EK-2 KANSER YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda ifadeler, kanser teşhisi konulduktan sonra insanların nasıl hissettiğini açıklar. Her ifade için, boşluklara ne sıklıkla o şekilde hissettiğinizi yazın.

	ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	HER ZAMAN
1.	1	2	3	4	5
1.Kanser teşhisi konulduktan sonra ne sıklıkta, en yakın arkadaşlarının ya da aile bireylerinin seni yanlış anladığını hissediyorsun?
2.Kanserle mücadelede, ne sıklıkla diğer insanların sana yeterince destek olmadıklarını düşünüyorsun?
3.Kanser teşhisi konulduktan sonra ne sıklıkta çevrenizdeki insanlarla çok fazla ortak noktanız olmadığını hissediyorsun?
4.Kanserle ilgili düşüncelerini hiç kimseye paylaşmayacağını ne sıklıkta düşünüyorsun?
5.Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta diğer insanların sana ihtiyaç duymadığını düşünüyorsun?
6.Kanser teşhisi konulduktan sonra, ne sıklıkta genel bir boşluk duygusuna kapıldınız?
7.Size konulan kanser teşhisi, ne sıklıkta kendinizi diğer insanlardan soyutlanmış hissetmenize sebep oluyor?

EK -4 UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve seçeneklerden uygun bulduğunuzu işaretlemenizdir.

Lütfen, aşağıda belirtilen ifadeye katılma derecenizi, ifadenin hizasındaki ilgili kutucuğa (X) işareti koyarak işaretleyiniz	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.				
2. Arkadaşım yok.				
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.				
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.				
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.				
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var				
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.				
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor				
9. Dışa dönük bir insanım.				
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.				
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.				
12. Sosyal ilişkilerim iyidir.				
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.				
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.				
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.				
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.				
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.				
19. Konuşabileceğim insanlar var.				
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.				

EK- 5 DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNI

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/04/2018-E.25771



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı :76351742-302.08.01/
Konu :Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru KARA'nın tez çalışmasına yönelik anket izin yazısına cevap ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Hakan AKÇA
Enstitü Müdürü

Pamukkale Üniversitesi Rektörlük Binası Kat: 1 Ayrıntılı bilgi için irtibat : Saliya KOCATEPE
Kınıklı/DENİZLİ
Tel: 0 (258) 296 20 08 Faks: 0 (258) 296 23 48
E-Posta: saglikbe@pau.edu.tr Elektronik Ağ:http://pau.edu.tr/saglikbilimleri

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/04/2018-E.25771
Evrak Tarih ve Sayısı: 10/04/2018-E.25128



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Onkoloji



Sayı :97474442-010.99/25128
Konu :Bilimsel ve eğitim amaçlı hk.(Ebru
KARA)

10/04/2018

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :09/04/2018 tarihli, 24813 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru KARA'nın " Kanser Yalnızlık Ölçeği ve Kanser İlişkin Negatif Sosyal Beklentiler Ölçeğinin Türkçe Geçerliliği ve Güvenirliliği " konulu tez çalışmasını bölümümüzde yapmak istemekte olup; bilim dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Gamze GÖKÖZ DOĞU
Bilim Dalı Başkanı

Tel: 0 (258) 0
E-Posta:

Faks: 0 (258) 0
Elektronik Ağ: <http://pau.edu.tr/tip>

Ayrıntılı bilgi için: İbretül : Nazlı Poslu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK- 6 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK
ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ**



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/2485
Konu :Başvurunu hk.

10/01/2018

Sayın Yrd. Doç. Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

İlgi :25.12.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Kanser Yalnızlık Ölçeği ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentileri Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği**" konulu çalışmanız **09.01.2018 tarih ve 01 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK-7 ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZİNİ

05.08.2019

Posta - ebru kara - Outlook

Best,
Rebecca

Rebecca N. Adams, Ph.D.
Psychology Fellow
Stanford University School of Medicine
650-736-1567

From: ebru kara <eeebru258@hotmail.com>
Sent: Thursday, October 12, 2017 12:23:55 PM
To: Rebecca Nichole Adams
Subject: asking permission to use scale for studying thesis

Dear Rebecca,

I am Ebru Kara from Pamukkale University graduate master student of public health nursing. I want to find out whether your work on Cancer Loneliness Scale and Negative Cancer Exposure to Cancer: development and validity has been validated and trusted by researchers in Turkey before? If it is not worked I would like to study the validity and reliability in turkey if you allow me to work the thesis.

05.08.2019

Posta - ebru kara - Outlook

Re: asking permission to use scale for studying thesis

Rebecca Nichole Adams <rnadams@stanford.edu>

30.10.2017 Pzt 18:27

Kime: ebru kara <eeebru258@hotmail.com>

Dear Ebru,

No one has asked me about using the measures in Turkey. Hope that helps.

Best,
RebeccaRebecca N. Adams, Ph.D.
Psychology Fellow
Stanford University School of Medicine
650-736-1567

From: ebru kara <eeebru258@hotmail.com>
Sent: Saturday, October 28, 2017 1:59:27 AM
To: Rebecca Nichole Adams
Subject: Ynt: asking permission to use scale for studying thesis

Hello Rebecca,

The Cancer Loneliness Scale and Cancer-related Negative Social Expectations Scale: I wanted to ask again if there are some who ask permission to use development and validation work in my other work?

If it is used by someone else, this may be a problem for my thesis. Do you have any information on this subject?

Take care of yourself, thank you

Gönderen: Rebecca Nichole Adams <rnadams@stanford.edu>
Gönderildi: 13 Ekim 2017 Cuma 03:45
Kime: ebru kara
Konu: Re: asking permission to use scale for studying thesis

Dear Ebru,

Thanks for your email and your interest in the scales! As far as I know, they have not been used in Turkey. Were you thinking to translate them? I think it would be great if you translated them and am excited that they could be used by more people.

One request I have is that if you translate the scales, would you please send me:

1. A copy of the translation. Since the measures are public domain, I would like to keep all translations public domain so we can share with others who may want to use them.
2. A brief description of the translation process.

Good luck with your studies!