

2024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra KURT



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISI ALMIŞ BİREYLERİN MANEVİ
İYİ OLUŞ DURUMLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra KURT

HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISI ALMIŞ BİREYLERİN MANEVİ
İYİ OLUŞ DURUMLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra KURT

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem SİNAN

HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kanser Tanısı Almış Bireylerin Manevi İyi Oluş Durumlarının İncelenmesi

Büşra KURT

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem SİNAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Özlem SİNAN

Dr. Öğr. Üyesi Reyhan ESKİYURT

Dr. Öğr. Üyesi Miray AKSU

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

08.08.2024

Büşra KURT



TEŞEKKÜR

Lisansüstü öğrenim sürecimde desteğini, deneyimlerini ve zamanını benden hiç esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Özlem Sinan'a,

Veri toplama sürecinde çalıőmama destek olan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde destek sağlayan doktorlara, hemőirelere ve çalışmayı kabul eden tüm hastalara,

Tez sürecim boyunca hep yanımda olan, her zaman beni destekleyen ve anlayıő gösteren canım eşim Burak Kurt'a,

Hayatımın tüm stresli sürecinde, varlığını her daim hissettiren, sonsuz anlayıő ve sabırla destek olan değerli aileme,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-------------|
| ÖZET | viii |
| ABSTRACT | ix |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.2.1. Araştırmanın Soruları..... | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Kanser Kavramı..... | 4 |
| 2.1.1. Kanserın Dünya da ve Türkiye’de Epidemiyolojisi..... | 4 |
| 2.1.2. Kanserın Nedenleri, Belirtileri ve Risk Faktörleri..... | 5 |
| 2.1.3. Kanserın Psikososyal Etkileri | 8 |
| 2.2. Maneviyat, Manevi Bakım ve Manevi İyi Oluş Kavramları | 9 |
| 2.2.1. Maneviyat Kavramı..... | 9 |
| 2.2.2. Manevi Bakım Kavramı | 10 |
| 2.2.3. Manevi İyi Oluş Kavramı | 10 |
| 2.3. Kanser Tanısı Almış Bireylerde Manevi İyi Oluşluk | 11 |
| 2.4. Hastaların Manevi İyi Oluşluk Düzeylerinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları | 12 |
| 3. MATERYAL ve YÖNTEM | 14 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli..... | 14 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni | 14 |
| 3.3. Araştırmanın Örneklemi | 14 |
| 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 14 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5. Araştırmaya Dahil edilme ve Dışlanma Kriterleri | 15 |
| 3.5.1. Araştırmaya Dahil edilme Kriterleri | 15 |
| 3.5.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri | 15 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları | 15 |
| 3.6.1. Tanıtıcı-Bilgi Formu | 15 |
| 3.6.2. Manevi İyi Oluş Ölçeği | 16 |
| 3.7. Araştırmanın Uygulama Aşaması | 16 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu | 16 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Yöntem | 17 |
| 4. BULGULAR..... | 18 |
| 5. TARTIŞMA | 31 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 36 |
| 7. KAYNAKLAR | 39 |
| 8. EKLER | 49 |
| EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu | 49 |
| EK-2. Tanıtıcı-Bilgi Formu | 50 |
| EK-3. Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) | 53 |
| EK-4. Manevi İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni | 54 |
| EK-5. Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni | 55 |
| EK-6. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı..... | 56 |

ÖZET

Kanser Tanısı Almış Bireylerin Manevi İyi Oluş Durumlarının İncelenmesi

Kanser gibi uzun ve zorlu tedavi süreci gerektiren hastalıklarda, hastaların manevi iyi oluşluk durumları yaşamın anlamı ve tedavi süreçlerinin başarısı için oldukça önemlidir. Bu araştırma kanser tanısı almış hastaların manevi iyi oluş durumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Şubat - Mayıs 2024 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin medikal onkoloji servisi ve ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan 300 kanser hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, tanıtıcı-bilgi formu ve “Manevi İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır. Tanıtıcı-bilgi formu kanser tanısı almış bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular ile manevi destek alma, tanılarına ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin durumlarını incelemeye yönelik sorular yer almaktadır. Elde edilen veriler SPSS 21 paket programında; ortanca, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik, sayılar, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 33.0 olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşı, eğitim durumu ve tanı durumları ile manevi iyi oluş durumları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuç olarak kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta, hemşirelik, kanser, manevi iyi oluş.

ABSTRACT

Investigation of Spiritual Well-Being of Individuals Diagnosed with Cancer

In diseases such as cancer that require a long and difficult treatment process, the spiritual well-being of patients is very important for the meaning of life and the success of treatment processes. This descriptive study was conducted to examine the spiritual well-being of patients diagnosed with cancer. The sample of the study consisted of 300 cancer patients who received treatment in the medical oncology service and outpatient chemotherapy unit of Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital between February and May 2024. Introductory information form and "Spiritual Well-Being Scale" were used to collect the data. The descriptive-information form includes questions to determine the socio-demographic characteristics of individuals diagnosed with cancer and questions to examine the status of receiving spiritual support, their diagnosis and activities of daily living. The data obtained were evaluated using median, minimum and maximum values, percentages, numbers, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U test in SPSS 21 package program. In the study, the median score of the spiritual well-being scale was 33.0. It was found that there was a significant difference between the age, education level and diagnosis status of the patients and their spiritual well-being ($p < 0.05$). As a result, it was found that the spiritual well-being of individuals diagnosed with cancer was high.

Keywords: Cancer, nursing, patient, spiritual well-being.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------|--|
| AICR | : Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü (American Institute for Cancer Research) |
| ANA | : Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| DNA | : Deoksiribonükleik Asit |
| GLOBOCAN | : Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı Küresel Kanser Gözlemleri (Global Cancer Observatory) |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| G*Power | : Güç Analizi |
| SPSS-21 | : Statistical Package for Social Sciences |
| p | : Anlamlılık Düzeyi |
| KW | : Kruskal-Wallis Test |
| Z | : Mann-Whitney U Test |

TABLolar DİZİNİ

| | | |
|------------------|--|----|
| Tablo 4.1 | <i>Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı</i> | 18 |
| Tablo 4.2 | <i>Hastaların Tanılarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı</i> | 19 |
| Tablo 4.3 | <i>Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Durumlarının Dağılımı</i> | 19 |
| Tablo 4.4 | <i>Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarının Dağılımı</i> | 20 |
| Tablo 4.5 | <i>Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortancaları Dağılımı</i> | 21 |
| Tablo 4.6 | <i>Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı</i> | 22 |
| Tablo 4.7 | <i>Hastaların Tanılarına İlişkin Durumlar ile Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı</i> | 24 |
| Tablo 4.8 | <i>Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Durumlarına Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı</i> | 26 |
| Tablo 4.9 | <i>Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarına Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı</i> | 27 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser hastalığı sosyal, psikolojik, fiziksel ve manevi boyut gibi birçok alanı etkileyerek birden fazla belirtiyyle beraber uzun süreli tedavi ve bakım ihtiyacı gerektiren evrensel sağlık problemidir (Şentürk vd., 2018; Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Kanser ülkemizde ve dünyada en çok görülen ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Yaklaşık altı ölümden birinin sebebinin kanserden oluşmaktadır (DSÖ, 2018). 2020 Küresel Kanser Gözlemevi veri sonuçlarına göre dünya çapında 2020' ye göre kanser hasta sayısı %47 artışla 2040'ta 28,8 milyon olacağı tahminine varılmıştır (GLOBOCAN,2020). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre ise 2018 de %38,4 oranda kanser ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2018). İstatistiklere bakıldığında kanser gün geçtikçe dünyada fazlaca görülen, yaşam riski taşıyan, akut ve kronik yan etkiler yaratan, hasta işlevselliğinde sorunlar meydana getirerek duygusal problemlere neden olan bir hastalıktır. Bu hastalık manevi sıkıntılara, depresyona, anksiyete gibi birçok psikososyal sorunlara sebebiyet vermektedir (Bag, 2013).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığı (1974) "Sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak ifade etmiştir. Bu tanım göre bireylerin sağlığını parça parça ele almaktan ziyade bir bütün olarak ele almayı ifade eder (Oskay, 1993). Bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olan manevi gereksinimler ise bireylerin yaşamının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (Dalcı vd., 2021). Kanser tanısı almış bireyler tanı ve tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmakta olup hasta kendini amaçsız ve yalnız hissedebilmektedirler. Beden imajında bozulma, aile içinde rol değişikliklerinin yaşanması, gelecekle ilgili belirsizlikler bu zorlu süreçte manevi iyi oluş durumunu etkilemektedir (Devi ve Fong, 2019). Bu yüzden manevi iyi oluş, kanserli hastalarda önemli bir güç kaynağı oluşturmaktadır. Hastanın, hastalıkla başa çıkma yeteneğini, umudunu ve yaşam kalitesini artırdığı; anksiyete, stres, depresyon,

ölüm ve intihar riski düşüncelerini azaltarak, hastalık sürecini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Ata,2018).

Maneviyat, bireyin yaşamın anlamını, amacını ve daha yüksek bir güçle bağlantı arayışını kapsar ve bireyin kendine yönelik etkin şekilde işlev görmesini sağlar (Lee ve Salman, 2018). Manevi iyi oluşluk ise bireylerin başkaları ile kurdukları ilişki, yaşamlarının anlam ve amacına ulaşmak, bir güce inanıp onunla bağlantı kurmak şeklinde ifade edilmektedir (Jafari vd., 2010). Manevi iyi oluşluk hastalıklarla beraber bozulabilmektedir özellikle de kanser gibi ölümcül hastalıklarda bozulabilmektedir (Hallaç ve Öz, 2011). Maneviyat, kanser tanısı almış bireylerde hastalıkla baş etmede umut kaynağı olup yaşam kalitesini artırarak hastalığın seyrini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Puchalski, 2012; Puchalski vd., 2018) Bu yüzden manevi gereksinimlerinin belirlenerek ele alınması kanserli bireylerin hastalıkla başa çıkmasına yardımcı olabilir (Hodge vd., 2014).

Son yıllarda kanser gibi ölümcül hastalıkların uyumunda maneviyat konusu ile alakalı çalışmaların sayısı artmaktadır. Kanser tanısı almış bireylerin manevi iyilik hallerinin sağlık sonuçları ile pozitif ilişkisi olduğu görülmüştür. Manevi iyilik düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, kanser ile başa çıkma düzeylerinin daha iyi olduğu, depresyon düzeylerinin düşük olduğu ve daha az kaygı yaşadıkları görülmüştür (Bai ve Lazenby, 2015; Puchalski, 2012). Dalcalı ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ayaktan kemoterapi alan bireylerin manevi iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin artmasıyla manevi iyi oluş düzeyinin de arttığı görülmüştür. Benzer şekilde Yılmaz ve Cengiz (2020) yapmış olduğu çalışmada da kanser hastalarının manevi iyi oluşluk düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kanser tanısı almış bireylerde yapılan başka çalışmada ise manevi iyi oluş düzeylerinin düşük seviye de olduğu da saptanmıştır (Cheng vd., 2019; Martoni vd., 2017; Merath vd., 2020).Yapılan çalışmalarda da uzun süre etkisini gösteren kanser gibi hastalıklarda yaşam kalitesinin etkileyen en önemli faktörlerinden birinin maneviyat olduğu belirtilmiş olup bu doğrultuda hastalara manevi iyi oluş düzeylerini yükseltecek manevi bakımların sunulması ve yaşam kalitesini yükseltmede manevi iyi oluşun strateji olarak sunulması önerilmektedir (Al-Natour vd., 2017; Bai ve Lazenby, 2015; Martoni vd., 2017).

Çalışmalar doğrultusunda literatür incelendiğinde hasta bireyler ve onlara hizmet sunanlar arasında manevi farklılıkların olması, maneviyat anlamının anlayışında eksiklik yaşanması, bu konuda eğitimin ve hazırlıkların yetersiz olması, hastaların manevi ihtiyaçları gidermek için yeterli zaman ve deneyimin olmaması kanser hastalarının manevi ihtiyaçlarının giderilmesinin önündeki engellerden olduğu saptanmıştır (Puchalski vd., 2018; Saguil ve Phelps, 2012; Zakaria Kiaei vd., 2015).

Hemşireler hastaya bütüncül yaklaşım sağlayarak, hastanın gereksinimlerini belirleyerek manevi iyi oluş düzeylerini olumlu yönde artırabilirler. Hastayla en çok zaman geçiren tedavi ve bakımında yanında olan hemşirelerin özellikle bakıma en çok ihtiyacı olan kanser hastalarının manevi ihtiyaçlarını etkin biçimde gözlemleyerek manevi bakımı sunmasıyla manevi iyi oluş düzeyini yükseltmelidir. Ülkemizde manevi bakım gereksinimlerin hemşireler tarafından çoğu zaman ihmal edilip gereken önemin verilmediği bütüncül bakımın verilebilmesinde eksik kaldığı görülmektedir. Bu yüzden araştırmadaki amacımız kanser hastalarının manevi iyi oluşluk düzeylerini belirlemektir. Bulunan sonuçlar ile kanser tanısı almış bireylerin hemşireler tarafından bütüncül bakım sunularak hastaların manevi iyi oluşluk düzeylerinin artırılmasına olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2.1. Araştırmanın Soruları

- Kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş düzeyleri nedir?
- Kanser tanısı almış bireylerin sosyo demografik özelliklerine göre manevi iyi oluş düzeyleri arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Kavramı

2.1.1. Kanserın Dünya da ve Türkiye’de Epidemiyolojisi

Kanser, evrensel olarak ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan hastalıklardan biri olup öncelikli halk sağlığı sorunudur (Cao vd., 2021). DSÖ’ ne göre 2020 yılında 19,3 milyon yeni tanı almış kanser vakaları ve yaklaşık 10 milyon kanserle ilişkili ölümler meydana gelmiştir. Meme kanseri (%11,7) kadınlarda en sık tanı alan kanser türü iken diğer en sık karşılaşılan kanser türleri akciğer kanseri (%11,4), kolorektal kanser (%10,0), prostat kanseri (%7,3), ve mide kanseri (%5,6) olarak sıralandığı görülmektedir. Kanser ölümlerinde ise ilk sırada 1,8 milyon kişi ile akciğer kanseri iken bunu takiben kolorektal kanseri (%9,4) karaciğer kanseri (%8,3), mide kanseri (%7,7) ve meme kanseri (%6,9) sırayı almaktadır. 2040 yılında dünya da tanı almış kanser hastalarının 28,8 milyona ulaşılacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2020). Dünyada kanser insidansının en yüksek olduğu yerler Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya olarak sıralanmaktadır (DSÖ, 2020).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklar birinci sıradayken, kanser ikinci sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Dünya da yaklaşık altı ölümden birinin sebebi kanser iken ülkemizde ise yaklaşık 5 ölümden birinin sebebinin kanser olduğu belirtilmektedir (DSÖ,2020). GLOBOCAN 2020 verileri sonuçlarına göre her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında en sık görülen kanser türleri arasında akciğer kanseri (%25,8), prostat kanseri (%14,6), kolorektal kanseri (%9,0), mesane kanseri (%7,9), mide kanseri (%6,2) ve diğer kanserler (%36,5) olarak sıralanmaktadır (GLOBOCAN, 2020).

Türkiye de 2013-2017 yılları arasında kanser insidansları incelendiğinde erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu ve yıllar geçtikçe bunun artma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Ülkemizde erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri ise şu şekilde sıralanmaktadır: Akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanseri, mesane kanseri ve mide kanseridir. Kadınlarda ise meme kanseri, tiroit kanseri,

kolorektal kanseri, akciğer kanseri ve uterus korpusu olarak sıralanmaktadır (TÜİK, 2018).

2.1.2. Kanserin Nedenleri, Belirtileri ve Risk Faktörleri

Kanserin Nedenleri

Kanser, vücutta istem dışı oluşan ve hızlı bir şekilde gelişen hücrelerin sebep olduğu bir hastalık grubudur. Vücutta bulunan milyonlarca sayıda DNA (deoksiribonükleik asit)'nin genetik yapısındaki değişimler sonucu mutasyona uğramasıyla kanser hastalığı gelişmektedir (Şen ve Aydın, 2015).

Kanser hücresi diyebilmemiz için biyolojik anlamda; zehirli ve preolitik yapıda olması, sınırsız büyüebilmesi, tutunma azlığı olması, yerleşme göstermesi ve enzim salgılaması, hareketli olması, fagositoz özelliğinin olması gibi özellikleri bulunmalıdır. Kanser hücreleri hareketli ve implantasyon özelliği ile kolayca metastaz yapma yani başka dokulara genetik yapılarını aktararak yeni kanser hücrelerinin gelişmelerine sebep olabilmektedir (Dalay ve Buyru, 2015).

Kanser, multifaktöriyel özelliğiyle hastalığa sebebiyet veren üç grup olarak sınıflandırılmaktadır.

- Çevresel etkenler; kimyasallar, virüsler, radyasyonlar, vs.
- Genetik sebepler; hormonal bozukluklar, immün sistem bozuklukları diğer genetik ve kalıtsal bozukluklar vs.
- İçsel sebepler; stresli yaşam, travma, uyumsuz bozukluklar, vs. sebepler kanser oluşumuna sebep olmaktadır (Baykara, 2016).

Kanserin Belirtileri

Kanserin teşhis ve tedavi aşamasında belirtilerin erken tespit edilmesi önemlidir. Halsizlik kanserin en önemli belirtilerinden biri olup hastalığın seyrini değerlendirmede önemli bir bulgudur. Ağrı, genelde ileri evrede belirti vererek kemik ve testis tümörlerinin de ilk belirtisini oluşturmaktadır (Şen ve Aydın, 2015). Bu belirtilerin dışında kanserin varlığını güçlendiren yedi tane önemli belirti bulunmaktadır.

- Barsak ve mesane alışkanlıklarında değişikler; uzun zamanlı diyare ve konstipasyon, kolon kanserinin en önemli belirtisidir. Prostat ve mesane kanserinin ise öncelikli belirtileri; ağrılı idrar yapma, idrardan kan gelmesi gibi belirtileri kapsar.
- İyileşmeyen yaralar; ciltte sararma, koyulaşma, kızarıklık başlıca cilt kanserleri olmak üzere iç organları tümörlerinin de en önemli belirtileri arasında yer almaktadır.
- Normal dışı kanama ve akıntı; hemoptizi akciğer kanserinin, dışkıda kan gelmesi kalın bağırsak kanserinin, idrar da kan gelmesi ise mesane kanserlerinin belirtileri arasında yer almaktadır.
- Memede veya başka bir yerde herhangi bir kitle varlığı; genellikle cilt altlarında şişlik veya ele gelen bir yumru şeklinde belirti vermektedir.
- Yutma Güçlüğü ve iştah kaybı; ağız, dil kökü ve gırtlaktaki tümörlere bağlı yutma güçlüğü gelişebilmektedir.
- Ben veya sivilcelerdeki değişim; vücutta daha önceden bulunan ben, siğil ve sivilcelerdeki şekillerin, boyutların ve renklerinde meydana gelen değişiklikler, kanserin ilk belirtileri arasında bulunmaktadır.
- Uzun süren ses kısıklığı ve öksürük; uzun süreli geçmeyen öksürükler akciğer kanserinin belirtileri arasındayken, horlama da gırtlak kanserinin ilk belirtisini oluşturmaktadır. Bu belirtilerin bilinmesi ile en kısa zamanda tıbbi yardım alınarak erken teşhis sağlanması mümkündür (Şen ve Aydın, 2015).

Kanserin Risk Faktörleri

Kanser hastalığında risk faktörü demek, herhangi bir kanser türüne yakalanma olasılığını artıran faktör olarak görülmektedir. Kanser vakalarının yaklaşık %30-50 si önlenbilir olduğu belirtilmektedir. Kanseri önlemek kanserin kontrol edilmesinde uygun maliyet ve uzun vadeli stratejisi için avantajlıdır. Bu sebepten dolayı kanserin risklerinin bilinmesi ve farkındalık geliştirilmesi, risk faktörleri ile temasın azaltılması ve insanların sağlıklı yaşam tarzlarını alışkanlık edinmeleri için gerekli bilgi ve desteğin gerçekleştirilmesi konusunda politikalar ve bu konuyla alakalı programlar geliştirilmelidir. Kanserin risk faktörleri dört grupta incelenebilmektedir (AICR, 2015).

Çevresel Risk Faktörleri

Yaşanılan ortam ve çevre koşulları kanser için önemli bir risk faktörüdür. Konutlarda ve iş ortamlarındaki bazı maddeler kanserin gelişimine sebebiyet vermektedir. Havanın kirli olması, asbest gibi bileşenler UV ışınları, radyasyon ve sigara çevresel risk faktörlerinden bazılarıdır (Can, 2014).

Davranışsal Risk Faktörleri

Tütün ürünleri, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivitenin yetersiz yapılması gibi değişebilen davranışlar risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Tütün ürünlerinin kullanımı kanserden meydana gelen ölümlerin neredeyse %22' sini oluşturmaktadır (AICR,2015). Alkol tüketimi kolorektal, ağız boşluğu, özofagus, larenks, karaciğer, meme gibi birçok kanser için risk oluşturmaktadır. Obezite ve yetersiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite gastrointestinal kanserleri (kolorektal, özofagus), jinekolojik kanserleri (yumurtalık, endometrium), pankreas ve safra kesesi kanserleri için önemli risk faktörüdür (DSÖ, 2018).

Biyolojik Risk Faktörleri

Irklar, cinsiyet, bireylerin yaşı ve fiziksel özellikleri biyolojik etmenleri oluşturur. Kanser tipine göre biyolojik ve fiziksel etmenlerin etkisi de değişmektedir. Erkeklerde prostat kanseri, kadınlarda ise serviks kanserinin oluşması cinsiyetin bağlı olduğu biyolojik etmendir. Bir diğer biyolojik faktör olan yaş arttıkça kanser riskinin arttığı gözlenmektedir. Irk faktörüne örnek olarak Amerikalılarda Siyahilere oranla prostat kanseri oranı daha yüksek olduğu saptanmıştır (Can, 2014; DSÖ, 2018).

Genetik Risk Faktörleri

Aile bireylerinden kalıtım ile geçen genlerden dolayı gelişen durumlardır. Kanser türü aynı olan üç veya daha fazla nesil içinde erken yaşlarda teşhisi konan bireylerde kansere yakalanma riski daha yüksektir. Kolon, meme ve jinekolojik gibi kanserlerde genetik yatkınlık daha önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (DSÖ, 2018; Laamiri vd., 2015).

2.1.3. Kanserin Psikososyal Etkileri

Kanser tanısı almak, hasta bireyin yaşamının her alanını etkileyecek psikososyal bir sorundur (Şentürk vd., 2018). Kanserin her aşamasında bireylerde duygusal, fiziksel ve davranışsal tepkiler meydana gelmektedir (Gümüş, 2006). Kübler Ross ölümcül hastalık tanısı olan bireylerde inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme beş evre olarak psikolojik tepkiler geliştiğini savunmaktadır (Güleç vd., 2011; Holland, 2014). Tanı alma aşamasında bireylerde şok geçirme, öfke, korku ve üzüntü duyma gibi tepkiler oluşmaktadır. Kanser olduklarına inanmayıp, tanı kesin konduktan sonra kabullenme evresine geçmektedirler (Gemalmaz ve Avşar, 2015). Tanıları ne olursa olsun hep yaşantılarına karşı belirsizlikler kafalarının içinde soru işareti oluşturarak yaşamı sorgulamaya başlarlar. Bu yüzden birey artık yaşamın anlamsız ve amaçsız olduğu hissine kapılarak hayattan kendisini soyutlayabilmektedir (Bahar, 2010; Bag vd., 2012). Yaşadıkları bir başka durum ise çevresindeki akraba, eş, dostun hastalığı hakkında düşünceleri ve tutumlarından çekinmesidir. Çevreleri ile iletişimlerini bozularak kendilerine izole edip içine kapanabilmektedirler (Purkayastha vd., 2018; Tünel vd., 2012).

Kanser hastalığının her aşaması hasta ve ailesi için zor ve masraf gerektirmektedir. Gelir durumu düşük olanlar için bu durum daha da sıkıntı oluşturmaktadır. Tedavi sürecinde işini bırakmak zorunda kalan hastalar olmaktadır. Bu yüzden bireyler tıbbi malzemeler, beslenme, ilaçlar ve sigorta konusundaki ihtiyaçlarını karşılamayabilmektedirler. Bu durum hastayı psikolojik anlamda da kötü etkileyebilmektedir (Adler vd., 2008; Altınova ve Duyan, 2013; Elting vd., 2008). Hastalarda öfke, ümitsizlik, kontrol ve rol kaybı, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon ve terk edilme gibi durumlara bağlı olarak anksiyete, stres ve depresyon gelişebilmektedir (Yazgı ve Yılmaz,2020).

Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler bireylerin vücutlarında kalıcı ya da geçici olarak hasara sebep olabilmektedir. Örneğin saç dökülmesi, sekonder cinsiyet bozuklukları, ödem, ciltte değişimler, organ kaybı vs. oluşabilecek bu değişimler bireylerin cinsel dürtülerini ve beden imajı algılarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Bajpaia vd., 2018). Aynı zamanda tedavi sürecinde hastanın beden imajında bozulma, kendine olan özsaygısında azalma, rol ve sorumluluklarını kaybetme, anksiyete, stres, depresyon, suçluluk, utanma, yorgunluk, sosyal hayata

karşı ilgisizlik, ölüm kaygısı gibi durumlar psikososyal ve manevi yönden sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Sonuç olarak kanserin tanı, teşhis ve tedavisi sürecinde hemşirelerin hastaya bütüncül yaklaşımla, kişiye özgü bakım sunarak ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak, bireylerin psikososyal ve manevi sorunlarına uygun girişimlerin planlanıp, uygulanmasını sağlayıp, bireylerin yaşam kalitelerini ve manevi iyi oluş düzeylerini yükseltmede destek olmaları önemlidir (Bağ vd., 2012; Daştan ve Buzlu, 2010; Yılmaz ve Cengiz, 2020; Yılmaz ve Yazgı, 2020).

2.2. Maneviyat, Manevi Bakım ve Manevi İyi Oluş Kavramları

2.2.1. Maneviyat Kavramı

Topluma sağlık hizmetlerini sunmada görev alan hemşirelerin hasta bireyleri her yönden inceleyerek fiziksel alan, sosyal alan ve psikolojik alanda bakım vermesi bütüncül bakımın temelini oluşturmaktadır. Bütüncül bakım terimi 1980’ de Newman, Rogers ve Parse gibi önemli kişiler tarafından hemşirelik dünyasına girmiştir (Kahraman, 2020; Odabaş, 2020). Maneviyat kavramı bütüncül bakımın sağlanmasında ve bireylerin tam iyilik halinin oluşabilmesinde en önemli faktörlerden biridir (Akın ve Yılmaz, 2020; Bilgiç ve Çıtak Bilgin, 2021; Veloza-Gómez vd., 2017). Bu kavram farklı kültür, medeniyet ve dinlerde farklı tanımlanabilmektedir. Arapça kökenli olan “mana” hayatın asıl anlamı olarak tanımlanmaktadır (Tosyalıoğlu, 2021). Türk Dil Kurumu (TDK) ‘nun tanımına göre; “maddi olmayan, tinsel” olarak ifade edilmiştir (TDK, 2022). Batı bölgelerinde ise bu kavram “spiritualite” olarak tanımlanmaktadır. Spiritualite Latince köken almaktadır. Kök anlamı ise “nefes almak, canlı kalmak” ifade etmektedir (Ramezani vd., 2014).

Manevi yat kavramı ilk dönemlerde din ile bağdaştırıldığı, zamanla daha geniş bir alana anlam kazandığı görülmüştür. Evreni anlamak, yaşamak için bir ihtiyaç, ilahi veya üstün güç, dini arayış gibi yeni anlamlar kazanmaya başlamıştır. Maneviyat dinin bir alt boyutu olup sadece dini inanç ve uygulamalarıyla sınırlı tutulmayacak kadar geniş bir anlam taşıyan bir kavramdır (Çetinkaya, 2007; Öz, 2004; Tanyi, 2002).

2.2.2. Manevi Bakım Kavramı

Manevi bakım, bireyin manevi açıdan güçsüzleştiği, hayattaki anlam arayışında azalma olduğu, manevi açıdan risk ve problemlerin yaşandığı durumlarda problemin sebeplerinin hem bireysel açıdan hem de toplumsal açıdan manevi olarak baş etme mekanizmalarının keşfedilmesini içermektedir. Daha sonra bireye uygun olan manevi bakımın sunularak bireyin manevi inançlarını güçlendirmeyi, hayata tutunma çabasını kuvvetlendirip kişinin iç huzurunu artırmaya yönelik bakım sunulmasıdır (Arslan ve Avcı, 2024)

Manevi bakım bireylerin acı, üzüntü, korku ve aniden gelişen (ölüm, hastalık vs.) kriz anlarında bireylerin yanında olmak, dini ve inançları doğrultusunda destek vermek, sorunlarına çözüm yaratabilmek, ibadetlerini yerine getirmesinde olanak sağlamak, hayatın amacını anlamakta yardımcı olmayı kapsamaktadır(Karagül, 2012).

Manevi bakım kavramı hemşirelik hizmetlerinde çok önemli bir konumdadır. Hasta bireyler, hastanede buldukları süreçte genellikle hastalığının dışında bilinmezlik korkusu, ekstra stres, üzüntü, korku ve anksiyete gibi olumsuz düşüncelere kapılabilmektedirler. Hasta bireylerde biyopsikososyal yönden oluşabilecek bir sorun, hastaların farklı alanlarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden hemşireler hasta bireylere bakım verirken dikkatli bir şekilde gözlem yapabilmeli ve gerektiğinde hasta bireylere destek olmalıdır (Baldacchino, 2006; Karagül, 2012; Tanyi, 2002).

Ülkemizde manevi bakım ile yapılmış olan çalışmalarda manevi bakımın öneminin hemşireler tarafından yeterince anlaşılmadığı, bu konuda yeterli eğitim almadıkları ve hasta bireylerin manevi bakım gereksinimlerinin ihmal edildiği görülmüştür(Kavas ve Kavas, 2015). Hemşirelerin, hasta bireylerin manevi gereksinimlerini gözlemleyerek hastaların gereksinimleri doğrultusunda uygun manevi bakımı sunmaları önemlidir (Erişen ve Sivrikaya, 2017).

2.2.3. Manevi İyi Oluş Kavramı

Manevi iyi oluş kavramı, bireylerin başkaları ile kurdukları ilişki, yaşamlarındaki anlam ve amaca ulaşmak, bir güce inanıp onunla bağlantı kurmak şeklinde tanımlanmaktadır (Jafari vd., 2010). Kişinin benliği ve dış dünya ile kurduğu

ilişki ve bireyin tanrıyla kurduğu dinsel ilişki olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Subjektif bir kavram olması nedeniyle ölçülmesi oldukça zordur (Hill vd., 2000).

Bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları bazı rahatsızlıklar dengelerini bozabilmektedir. Özellikle de kanser gibi hayati tehlike içeren hastalıkta daha çok bozabilmektedir. Bireyler için ölüm gerçeği varoluşsal bir krizdir. Kanser hastalığı kişide ölüm kaygısı yaratarak bu kaygıyı yok etmek adına kişi yeni bir denge kurma çabası içine girebilmektedir. Bu nedenle birey bir sorgulama içine girerek manevi anlamda kendini tanımaya, beklentilerinin bilincinde olmaya çalışmaktadır (Dalcalı vd., 2021; Hallaç ve Öz, 2011).

Kronik rahatsızlıklarda, yaşam kalitesi sağlık ile alakalı memnuniyet seviyesi farklı boyutlarda, çok yönlü ve subjektiftir. Sağlıktaki doyum düzeyi manevi iyi oluşlukla da alakalıdır. Bu nedenle kronik rahatsızlığı bulunan bireylerde manevi bakım önemli baş etme yöntemlerinden biridir (Dalcalı vd., 2021; Fradelos, 2021).

2.3. Kanser Tanısı Almış Bireylerde Manevi İyi Oluşluk

Kanser hastalığının etkilerinden başa çıkmanın en önemli kaynağı manevi unsurların kullanımınıdır. Manevi kaynakların kullanımı hastalıkla uyum ve yaşamın memnuniyetini arttırdığı, kişiye duygusal destek sağladığı, stresi ve ölüm oranını azalttığı önemli bir şekilde etkilediği görülmüştür (Seyedrasooly vd., 2014; Thuné-Boyle vd., 2006).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve DSÖ gibi sağlık organizasyonları maneviyatı sağlık alanında uygulanması gereken bir alan olarak görüp, kanser hastalığında ağrı ve belirtilerin yönetiminde önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir (Bovero vd., 2016; Bredle vd., 2011; Levine ve Targ, 2003). Kanser tanısı almış kişilerin manevi iyi oluşluklarının artmasıyla yorgunluklarının ve ağrılarının azaldığı, tansiyonlarının dengeli olduğu ve daha sağlıklı uyku uyudukları saptanmıştır (Levine ve Targ, 2002; Whitford vd., 2008). Aynı zamanda literatürde maneviyatın umutsuzluk ve depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu, kanser hastalarının maneviyat düzeylerinin artmasıyla umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin de azaldığı da belirtilmiştir (Bernard vd., 2017; Jafari vd., 2010; Taşan, 2020). Bu doğrultuda maneviyat kanser tanısı almış bireylerde bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olup

hemşirelerinde en önemli rol ve sorumlulukları arasındadır. Hemşireler bireyin kendini güçlü hissetmesine, hastalıkla baş etme mekanizması geliştirmesine destek sağlayarak yaşam kalitelerini yükseltmede destek sağlamalıdır (Caldeira vd., 2017; Çınar ve Eti Aslan, 2017; Gönenç vd., 2016).

2.4. Hastaların Manevi İyi Oluşluk Düzeylerinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Maneviyat kavramı hemşirelik açısından soyut ve göreceli bir kavram olarak tanımlanmakta olup, henüz manevi bakımın sunulmasında bir standart oluşturulmamıştır (Kavak vd., 2014). Hemşirelerin, hasta bireylerin manevi ihtiyaçlarını saptayabilmesi, hasta bireye uygun manevi ihtiyaçlarını gidermeye yönelik bakım sunabilmesi ve hastayı bu konuda desteklemesi manevi bakımı oluşturmaktadır (Kostak vd., 2010).

Kronik rahatsızlığı olan hasta bireylerde hemşireler bakım sunarken onların manevi boyutlarını da değerlendirip hemşirelik tanısı olarak “manevi sıkıntı” tanısını da değerlendirmelidir. Amaç burada hasta bireyin tedavisi verilirken diğer taraftan manevi ve inanç yönünden baş etme mekanizmalarını kullanarak manevi bakıma yönelik uygulamalarında destek sağlamaktır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Hemşireler tarafından sunulması gereken manevi bakım ihtiyaçları şunlardır;

- Empatik yaklaşımla merhamet göstermek ve kişinin varlığının farkında olmasına destek sunmak,
- Hastaya fiziksel, psikolojik ve manevi yönleriyle bütüncül olarak yaklaşmak,
- Hasta bireylerin manevi geçmişlerini ve bu konuda korkularını değerlendirmek,
- Hasta bireylerin duygu ve düşüncelerini önyargısız bir şekilde dinleyip değerlendirmek,
- Hasta bireylerin inançları ve hastalığını etkilemiş olan değere göre verileri toplamak ve kaydetmek,
- Hasta bireylerin inanç ve din uygulamalarının da onlara destek sunmak (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Ekşi ve Kardaş, 2017; Van Leeuwen ve Cusveller, 2004)

- Hasta bireyler manevi açıdan bir danışman isterlerse onları gerekli birimlere yönlendirmek,
- Hasta birey ve ailesi dini kaynağa ihtiyaç duyduğunda bu gereksinimlerini karşılamaya yardımcı olmak,

Hastaya doğru ve etkili bakım sunabilmek için diğer sağlık alanları ile iş birliği halinde olmak (Yılmaz, 2011; Yousefi ve Abedi, 2011).



3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, tıbbi onkoloji servisine ve ayaktan kemoterapi ünitesine 1 Şubat – 31 Mayıs 2024 tarihleri arasında başvuran 1800 hasta oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmadaki örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla yapılan güç analizinde G-Power 3.1 kullanılmış olup; güven aralığı %95 ve hata payı %5 ile evren sayısı 1800 olarak hesaplama yapılmıştır. Toplamda ulaşılması gereken örneklem sayısı 265 olarak hesaplanmış olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 300 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

Örneklem seçiminde izlenen adımlar;

- 1.tip hata payı (α) = 0.05,
- Etki büyüklüğü (effect size d) = 0.2
- Testin gücü ($1-\beta$) = 0.90 olmak üzere toplam 265 hasta ile çalışılma planlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ilinin Yenimahalle ilçesinde bulunan Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Eğitim ve Onkoloji Hastanesindeki tıbbi onkoloji kliniği 25 yataklı ve ayaktan kemoterapi ünitesi 64 koltuklu birimlerde yapılmıştır. Tıbbi onkoloji servisinde her odada dört hasta bulunmakta olup ayaktan kemoterapi ünitesi ise üç bölümden oluşmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesindeki hastalar 08.00- 17.00

saatleri arasında tedavi alabilmektedir. Tıbbi onkoloji kliniğinde ise uzun süreli kemoterapi ya da destek tedavi alacak hastalar günün tüm saatinde tedavi alabilmektedir. Hastanenin manevi destek birimi bulunmakta olup manevi destek biriminde diyanet tarafından dini memur görev almaktadır. Manevi destek biriminde görev alan personelin hastaları düzenli bir takip programı bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmaya Dahil edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dahil edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Ayaktan kemoterapi ve tıbbi onkoloji servisinde tedavi uygulanıyor olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması şeklinde belirlenmiştir.

3.5.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Eşlik eden bilişsel ve algısal bir sağlık sorunu olan,
- Genel durum bozukluğu (oral alım bozukluğu, konstipasyon, diyare, bulantı ve kusması yoğun, trakeostomi ya da ağız içinde derin yaralar) olan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında konuyla ilişkili literatür (Acar, 2019; Aktaş ve Uğur, 2023; Aktürk vd., 2017; Cankurtaran vd., 2008; Dalcalı vd.,2021; Ölmez ve Karadağ, 2022; Öner, 2012; Tsoho,2023) incelenerek, hazırlanmış tanıtıcı-bilgi formu (Ek-2) ve Manevi İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır (Ek-3).

3.6.1. Tanıtıcı-Bilgi Formu

Tanıtıcı- bilgi formunda kanser tanısı almış bireylerin sosyo-demografik özellikleri manevi destek alma durumları, tanıları ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik 25 soru yer almaktadır.

3.6.2. Manevi İyi Oluş Ölçeği

Aktürk vd. (2017) tarafından geliştirilen ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Üç alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini incelemektedir. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, inanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87 olarak belirtilmiştir (Aktürk vd., 2017) (Ek-3). Yapılan bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçeği geliştiren yazar Ümmühan Aktürk ile iletişim sağlanarak ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek-4).

3.7. Araştırmanın Uygulama Aşaması

Veri toplama araçlarının uygulanması onkoloji kliniğinde yatan hastaların uygun oldukları zamanlarda ve ayaktan kemoterapi ünitesindeki hastaların tedavilerinin hazırlanmasını bekledikleri sürede yüz yüze toplanmıştır. Onkoloji kliniğinde yatan hastalarda verilerin toplanmasında genellikle gündüz mesai saatleri dışında ziyaretçilerin odada olmadığı zamanlar tercih edilmiştir. Ayaktan kemoterapi ünitesindeki hastaların tedavilerinin hazırlanmasını bekledikleri süreçte, tedaviyi alacakları hasta koltukları tek tek ziyaret edilerek veriler toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için manevi iyi oluş ölçeğini geliştiren araştırmacının izni (Ek-4), Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Ek-5) gerekli kurum izinleri ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinden (2023-413 araştırma kodlu ve 06.11.2023 tarihli) (Ek-6) Etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında kanser tanısı almış hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onam (Ek-1) alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken; manevi iyi oluş ölçeği puanları ise, bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. Hastaların manevi iyi oluş ölçeği puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için değerlendirmeden önce Shapiro-Wilk testiyle normallik analizi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılmaması durumunda ikili gruplar arasında karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla gruplar arasındaki karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metod kullanılmıştır. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

| Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı n=300 | Sayı | % |
|---|------|------|
| Yaş (medyan= 56,0) | | |
| 18-40 | 43 | 14,3 |
| 41-50 | 65 | 21,7 |
| 51-60 | 99 | 33,0 |
| 60+ | 93 | 31,0 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 170 | 56,7 |
| Erkek | 130 | 43,3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 212 | 70,7 |
| Bekar | 88 | 29,3 |
| Öğrenim Durumu | | |
| İlkokul mezunu ve altı | 104 | 34,7 |
| Ortaokul mezunu | 68 | 22,7 |
| Lise mezunu | 61 | 20,3 |
| Üniversite mezunu | 67 | 22,3 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışmıyor | 240 | 80,0 |
| Çalışıyor | 60 | 20,0 |
| Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 130 | 43,3 |
| Gelir gider eşit | 142 | 47,3 |
| Gelir giderden fazla | 28 | 9,3 |
| Sosyal Güvence | | |
| Var | 277 | 92,3 |
| Yok | 23 | 7,7 |

Tablo 4.1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %33’ü 51-60 yaşları arasında ve %31’i 61 yaş üzerindedir. Hastaların yaş ortancalarının 56,0 olduğu saptanmıştır.

Hastaların yarısından fazlasının (%56,7) kadın ve çoğunluğunun (%70,7) evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %34,7’sinin ilkokul mezunu ve %22,7’ sinin ortaokul mezunu oldukları saptanmıştır.

Hastaların %80’i çalışmadığı, %47,3’ünün gelir gider durumları birbirine eşit ve tamamına yakınının (%92,3) sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2 Hastaların Tanılarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

| Hastaların Tanılarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı n=300 | Sayı | % |
|---|------|------|
| Tanı | | |
| Akçığe ca | 64 | 21,3 |
| Meme ca | 95 | 31,7 |
| Kolon ca | 32 | 10,7 |
| Mide ca | 23 | 7,7 |
| Bağ dokusu ve yumuşak doku | 11 | 3,7 |
| Karaciğe ca | 12 | 4,0 |
| Testis ca | 15 | 5,0 |
| Over ca | 15 | 5,0 |
| Rektum ca | 14 | 4,7 |
| Diğe ca | 19 | 6,3 |
| Tanı Süresi | | |
| 1 yıldan az | 184 | 61,3 |
| 1-3 yıl | 79 | 26,3 |
| 4-6 yıl | 22 | 7,3 |
| 7-9 yıl | 9 | 3,0 |
| 10 yıl üzeri | 6 | 2,0 |
| Şu anda kanserin hangi tedavisi yapılmakta | | |
| Kemoterapi | 277 | 92,3 |
| Radyoterapi | 13 | 4,3 |
| Cerrahi | 10 | 3,3 |

Tablo4.2’de hastaların tanılarına ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir.

Hastaların %31,7’sinin meme kanseri, %21,3’ ünün akciğe ca kanseri ve %10,7’sinin kolon kanseri oldukları saptanmıştır.

Hastaların %61,3’ünün 1 yıldan az sürede tanı almış olduğu, tamamına yakınının (%92,3) kemoterapi tedavisi gördükleri saptanmıştır.

Tablo 4.3 Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Durumlarının Dağılımı

| Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ilişkin durumların dağılımı n=300 | Evet | | Hayır | |
|--|------|------|-------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Son 1 haftadır ev ortamı dışında yaptığınız yürüyüşlerde zorluk çekiyor musunuz? | 151 | 50,3 | 149 | 49,7 |
| Son 1 haftadır günlük aktivitelerinizi yerine getirirken zorlanıyor musunuz? | 125 | 41,5 | 175 | 58,3 |
| Son 1 haftadır uyumakta zorluk çekiyor musunuz? | 117 | 39,0 | 183 | 61,0 |
| Tıbbi tedaviniz sosyal yaşantınızı etkiliyor mu? | 210 | 70,0 | 90 | 30,0 |

Tablo 4.3’de hastaların yaşam kalitelerine ilişkin durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hastalar son bir hafta içinde %50,3’ü ev dışı ortamda yürüyüşlerde zorluk çektiğini, %58,3’ü günlük aktivitelerini yerine getirirken zorlanmadığını, %61’i ise

uyumakta zorluk çekmediklerini ve %70'i tıbbi tedavisinin sosyal yaşantılarını etkilediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.4 Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarının Dağılımı

| Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarının Dağılımı n=300 | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Sağlık personeli ile manevi konularda konuştunuz mu? | | |
| Evet | 60 | 20,0 |
| Hayır | 240 | 80,0 |
| Kiminle konuştunuz | | |
| Hemşire | 42 | 70,0 |
| Doktor | 18 | 30,0 |
| Tanı konulduktan sonra ailenizden ya da çevrenizden yeterince manevi destek alıyor musunuz? | | |
| Var | 281 | 93,7 |
| Yok | 19 | 6,3 |
| Ailenizde size en çok manevi destek sağlayan kişi ya da kişiler kimler? | | |
| Eşim | 148 | 49,3 |
| Çocuklarım | 71 | 23,7 |
| Kardeşlerim | 41 | 13,7 |
| Annem/Babam | 31 | 10,3 |
| Diğer | 9 | 3,0 |
| Size manevi destek sağlayan kişilerin tedaviye dahil edilmesini ister misiniz? | | |
| Evet | 178 | 59,3 |
| Hayır | 122 | 40,7 |
| Manevi desteğin kim tarafından verilmesini istersiniz?* | | % |
| Ailem ve arkadaşlarım | 269 | 89,7 |
| Yakın arkadaşlarım | 87 | 29,0 |
| Din görevlisi | 23 | 7,7 |
| Hemşire, doktor vb. sağlık çalışanları | 91 | 30,3 |
| Sorunlarınızı birileriyle konuşmaya ihtiyacınız var mı? | | |
| Evet | 164 | 54,7 |
| Hayır | 136 | 45,3 |
| Psikolojik olarak desteklenmeye ihtiyacınız var mı? | | |
| Evet | 143 | 47,7 |
| Hayır | 157 | 52,3 |
| Olumsuz düşüncelerinizi azaltmak için desteklenmeye ihtiyacınız var mı? | | |
| Evet | 144 | 48,0 |
| Hayır | 156 | 52,0 |
| Kendinizi güçlü hissetmek ister misiniz? | | |
| Evet | 261 | 87,0 |
| Hayır | 39 | 13,0 |
| Manevi olarak kendinizi daha iyi hissetmek için aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangilerini uyguluyorsunuz?* | | % |
| Aile ve çevre ile yakın ilişkiler kurmak | 225 | 75,0 |
| Müzik dinlemek, Tv izlemek | 140 | 46,7 |
| Meditasyon | 13 | 4,3 |
| Sosyal aktivitelere katılmak | 37 | 12,3 |
| Doğayla birlikte olmak | 75 | 25,0 |
| Dua etmek, namaz kılmak, Kur-an okumak | 162 | 54,0 |
| Affetmek ya da af dilemek | 54 | 18,0 |
| Diğer | 14 | 4,7 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’de hastaların manevi destek alma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların çoğunluğunun (%80) daha önce manevi konularda herhangi bir sağlık personeli ile konuşmadığı, konuşanların ise %70’i hemşire ile %30’u doktor ile konuştukları saptanmıştır.

Tanı konulduktan sonra hastaların %93,7’sinin aile ya da çevresinden destek aldığı, en çok destek veren kişinin eşleri (%49,3) ve daha sonra çocukları (%23,7) oldukları belirlenmiştir.

Hastaların %59,3’ü kendilerine manevi destek sağlayan bireylerin tedavilerine dahil olmasını istediklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların %89,7’si manevi desteğin aile ve arkadaşları tarafından verilmesini ve %30,3’ünün ise hemşire, doktor ve sağlık çalışanları tarafından verilmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların %54,7’sinin sorunlarını birileriyle konuşmaya, %52’sinin olumsuz düşüncelerini azaltmak için desteklenmeye ve %87’sinin ise kendini güçlü hissetmeye ihtiyaçları olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %52,3’ünün ise psikolojik olarak desteklenmeye ihtiyaçlarının olmadıkları saptanmıştır.

Hastaların manevi olarak kendilerini daha iyi hissedebilmek için %75’inin aile ve çevresi ile yakın ilişki kurduğu, %54’ünün dua etmeyi, namaz kılmayı ve kur-an okumayı tercih ettiği ve %46,7’sinin ise müzik dinleyip, televizyon izlediği saptanmıştır.

Tablo 4.5 *Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortancaları Dağılımı*

| Ölçeğin Alt boyutları | Sayı | Ortanca | Min Puan | Max Puan |
|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| Anlam | 300 | 11.0 | 4.0 | 16.0 |
| Barış | 300 | 10.0 | 3.0 | 16.0 |
| İnanç | 300 | 13.0 | 2.0 | 16.0 |
| Manevi İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı | 300 | 33.0 | 12.0 | 46.0 |

Min: Minimum, Max: Maksimum

Tablo 4.5’te hastaların manevi iyi oluş ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortancaları dağılımı verilmiştir.

Hastaların manevi iyi oluş ölçeğinden alabilecekleri en yüksek puan “48”dir. Hastaların manevi iyi oluş ölçeği toplam puan ortancası 33.0, manevi iyi oluş ölçeğinden alınan en düşük puan “12”, en yüksek değer ise “46” olarak saptanmıştır.

Tabloda hastaların “anlam” alt boyutu incelendiğinde; bu alt boyutun ortanca değeri 11.0, maksimum değeri “16”, minimum değeri “4” olduğu saptanmıştır.

Hastaların “barış” alt boyutu incelendiğinde: bu alt boyutun ortanca değeri 10.0, maksimum değeri “16”, minimum değeri “3” olduğu saptanmıştır.

Araştırmadaki hastaların “inanç” alt boyutu ortanca puanı 13.0 olduğu ve bu alt boyutun maksimum değeri “16”, minimum değeri “2” olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı

| Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri n=300 | Sayı | Ortanca* | Min | Max | İstatiksel değerler | |
|--|------|----------|------|------|---------------------|----------|
| Yaş | | | | | KW | p |
| 18-40 ^{b***} | 43 | 32.0 | 20.0 | 20.0 | 8.19 | 0.042** |
| 41-50 | 65 | 32.0 | 12.0 | 12.0 | | |
| 51-60 ^{a***} | 99 | 34.0 | 15.0 | 15.0 | | |
| 61+ ^{b***} | 93 | 32.0 | 17.0 | 17.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | Z | p |
| Erkek | 130 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | -0.566 | 0.572 |
| Kadın | 170 | 33.5 | 15.0 | 46.0 | | |
| Medeni durum | | | | | Z | p |
| Evli | 212 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | -0.923 | 0.356 |
| Bekar | 88 | 33.0 | 15.0 | 46.0 | | |
| Öğrenim Durumu | | | | | KW | p |
| İlkokul mezunu ve altı ^{b***} | 104 | 34.0 | 17.0 | 46.0 | 15.3 | 0.002** |
| Ortaokul ^{b***} | 68 | 34.0 | 18.0 | 46.0 | | |
| Lise ^{b***} | 61 | 33.0 | 12.0 | 44.0 | | |
| Üniversite ^{a***} | 67 | 29.0 | 15.0 | 44.0 | | |
| Çalışma Durumu | | | | | Z | p |
| Çalışmıyor | 240 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | -1.66 | 0.096 |
| Çalışıyor | 60 | 34.0 | 26.0 | 46.0 | | |
| Gelir Durumu | | | | | KW | p |
| Gelir giderden az | 130 | 34.0 | 17.0 | 46.0 | 3.6 | 0.196 |
| Gelir gidere eşit | 142 | 33.0 | 12.0 | 45.0 | | |
| Gelir giderden fazla | 28 | 30.0 | 24.0 | 41.0 | | |
| Sosyal Güvence | | | | | Z | p |
| Var | 277 | 33.00 | 12.0 | 46.0 | -0.649 | 0.516 |
| Yok | 23 | 33.00 | 24.0 | 44.0 | | |

* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

** p<0.05

***a>b

KW=Kruskal-Wallis Test

Z=Mann-Whitney U Test

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının dağılımı tablo 4.6’de verilmiştir.

Araştırma kapsamında 51-60 yaş arasındaki hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları diğer yaş grubundaki hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 51-60 yaş arasındaki hastaların manevi iyi oluş ortancaları 34.0 iken, diğer yaş grubundaki hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 32.0 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların yaş gruplarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tabloda, kadın hastaların manevi iyi oluş ölçeğinden aldıkları puan ortancaları değeri erkek hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadın hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 33.5 iken, erkek hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 33.0 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların cinsiyet gruplarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamında evli ve bekar olan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 33.0 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların medeni durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların, eğitim durumu üniversite mezunu olanların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları, eğitim durumu üniversite mezunu altında olanlara göre düşük olduğu bulunmuştur. Üniversite mezunu olan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 29.0 iken, eğitim durumu ilkokul mezunu ve altı, ortaokul mezunu olanların 34.0 ve lise mezunu olanların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 33.0’e yükselmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların eğitim durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma bulgularına göre çalışan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 34.0 iken, çalışmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 33.0 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede,

hastaların çalışma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamında hastaların gelir durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları incelendiğinde, geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gelir durumu az olanların puan ortancası 34.0 iken, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 33.0 ve 30.0 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların gelir durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya göre hastaların sosyal güvencelerinin var veya yok olma durumuna göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları 33.0 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.7 Hastaların Tanılarına İlişkin Durumlar ile Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı

| Hastaların Tanılarına İlişkin Durumlar n=300 | Sayı | Ortanca* | Min | Max | İstatistiksel değerler | |
|--|------|----------|------|------|------------------------|---------|
| Tanı | | | | | KW | p |
| Akciğer ca | 64 | 32.0 | 20.0 | 45.0 | 20.7 | 0.014** |
| Meme ca | 95 | 34.0 | 12.0 | 45.0 | | |
| Kolon ca | 32 | 35.0 | 25.0 | 45.0 | | |
| Mide ca | 23 | 31.0 | 15.0 | 46.0 | | |
| Bağ ve yumuşak doku ca | 11 | 36.0 | 28.0 | 42.0 | | |
| Karaciğer ca | 12 | 36.5 | 27.0 | 44.0 | | |
| Testis ca | 15 | 29.0 | 24.0 | 36.0 | | |
| Over ca | 15 | 30.0 | 23.0 | 38.0 | | |
| Rektum ca | 14 | 33.5 | 17.0 | 46.0 | | |
| Diğer | 19 | 36.0 | 19.0 | 42.0 | | |
| Tanı Süresi | | | | | KW | p |
| 1 yıldan az | 184 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | 8.5 | 0.073 |
| 1-3 yıl | 79 | 32.0 | 19.0 | 45.0 | | |
| 4-6 yıl | 22 | 35.0 | 24.0 | 46.0 | | |
| 7-9 yıl | 9 | 38.0 | 28.0 | 44.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 6 | 34.0 | 24.0 | 38.0 | | |
| Şu anda kanserin hangi tedavisi yapılmakta | | | | | KW | p |
| Kemoterapi | 277 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | 3.062 | 0.216 |
| Radyoterapi | 13 | 35.0 | 27.0 | 44.0 | | |
| Cerrahi | 10 | 35.0 | 23.0 | 40.0 | | |

* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

** $p<0.05$

KW=Kruskal-Wallis Test

Z=Mann-Whitney U Test

Hastaların tanılarına ilişkin durumlar ile manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının dağılımı tablo 4.7’de verilmiştir.

Tabloda, Tanısı kolon ca (35.0), bağ dokusu ve yumuşak doku (36.0), karaciğer ca (36.5), “rektum ca (33.5) ve diğer (36.0) olanların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının, tanısı “akciğer ca (32.0), mide ca (31.0), testis ca (29.0) ve over ca (30.0) olanların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarına göre daha yüksek görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların tanılarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma da elde edilen bulgulara göre; hastaların 7-9 yıl tanıyı alma süresi ile manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (38.0) ,1 yıldan az (33.0),1-3 yıl (32.0),4-6 yıl (35.0) ve 10 yıl üzeri (34.00) sürede tanıyı almış hastaların manevi iyi oluş ölçek puanı ortancalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların, tanı sürelerine göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmada, şu anda kemoterapi alan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), cerrahi ve radyoterapi alan hastalara (35.0) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, şu anda yapılan tedaviye göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8 Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Durumlarına Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı

| Hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin durumlarının dağılımı n=300 | Sayı | Ortanca* | Min | Max | İstatiksel değerler | |
|---|------|----------|------|------|---------------------|----------------|
| Son 1 haftadır ev ortamı dışında yaptığımız yürüyüşlerde zorluk çekiyor musunuz? | | | | | U | p |
| Evet | 151 | 32.0 | 15.0 | 46.0 | 9547,5 | 0,027** |
| Hayır | 149 | 34.0 | 12.0 | 46.0 | | |
| Son 1 haftadır günlük aktivitelerinizi yerine getirirken zorlanıyor musunuz? | | | | | U | p |
| Evet | 125 | 32.0 | 15.0 | 45.0 | 9529,5 | 0,057 |
| Hayır | 175 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | | |
| Son 1 haftadır uyumakta zorluk çekiyor musunuz? | | | | | U | p |
| Evet | 117 | 32.0 | 15.0 | 42.0 | 8517,5 | 0,003** |
| Hayır | 183 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | | |
| Tıbbi tedaviniz sosyal yaşantınızı etkiliyor mu? | | | | | U | p |
| Evet | 210 | 32.0 | 12.0 | 45.0 | 7319 | 0,002** |
| Hayır | 90 | 35.0 | 21.0 | 46.0 | | |

* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

** p<0.05

KW=Kruskal-Wallis Test

U=Mann-Whitney U Test

Hastaların günlük yaşam aktivitelerine göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının dağılımı tablo 4.8’de verilmiştir.

Araştırma bulgularına göre son 1 haftada ev dışında yaptıkları yürüyüşlerde zorlanmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (34.0), yürüyüşlerde zorlanan hastalara (32.0) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların son 1 haftada ev dışındaki yürüyüşlerde zorluk çekme durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma bulgularına göre son 1 haftada günlük aktivitelerini yerine getirirken zorlanmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan hastalara (32.0) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların son 1 haftada günlük

yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre son 1 haftada uyumakta zorluk çekmeyen hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), uyumakta zorluk çeken hastalara (32.0) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların son 1 haftada uyumakta zorluk çekme durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma bulgularına göre tıbbi tedavileri sosyal yaşantısını etkileyen hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (32.0), sosyal yaşantısını etkilemeyen hastalara (35.5) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların tıbbi tedavilerinin sosyal yaşantısını etkileme durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9 Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarına Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı

| Hastaların manevi destek alma durumlarının dağılımı n=300 | Sayı | Ortanca* | Min | Max | İstatistiksel değerler | |
|--|------|----------|------|------|------------------------|----------|
| Sağlık personeli ile manevi konularda konuştunuz mu ? | | | | | U | p |
| Evet | 60 | 33.0 | 15.0 | 45.0 | 6648,5 | 0,358 |
| Hayır | 240 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | | |
| Kiminle konuştunuz? | | | | | U | p |
| Hemşire | 42 | 33.5 | 15.0 | 45.0 | 373,5 | 0,942 |
| Doktor | 18 | 32.5 | 26.0 | 45.0 | | |
| Tanı konulduktan sonra ailenizden ya da çevrenizden yeterince manevi destek alıyor musunuz? | | | | | U | p |
| Evet | 281 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | 2584,5 | 0,816 |
| Hayır | 19 | 36.0 | 20.0 | 41.0 | | |
| Size manevi destek sağlayan kişilerin tedaviye dahil edilmesini ister misiniz? | | | | | U | p |
| Evet | 178 | 33.0 | 17.0 | 46.0 | 10082,5 | 0,292 |
| Hayır | 122 | 36.0 | 12.0 | 41.0 | | |
| Sorunlarınızı birileriyle konuşmaya ihtiyacınız var mı? | | | | | U | p |
| Evet | 164 | 33.0 | 12.0 | 45.0 | 10325 | 0,268 |
| Hayır | 136 | 33.0 | 17.0 | 46.0 | | |

Tablo 4.9 (devam) *Hastaların Manevi Destek Alma Durumlarına Göre Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı*

| Hastaların manevi destek alma durumlarının dağılımı n=300 | Sayı | Ortanca* | Min | Max | İstatiksel değerler | |
|--|------|----------|------|------|---------------------|-----------------|
| Psikolojik olarak desteklenmeye ihtiyacınız var mı? | | | | | U | p |
| Evet | 143 | 32.0 | 15.0 | 45.0 | 8551,5 | 0,0001** |
| Hayır | 157 | 34.0 | 12.0 | 46.0 | | |
| Olumsuz düşüncelerinizi azaltmak için desteklenmeye ihtiyacınız var mı? | | | | | U | p |
| Evet | 144 | 32.0 | 12.0 | 45.0 | 4772,5 | 0,005** |
| Hayır | 156 | 34.0 | 20.0 | 46.0 | | |
| Kendinizi güçlü hissetmek ister misiniz? | | | | | U | p |
| Evet | 261 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | 4772,5 | 0,531 |
| Hayır | 39 | 30.0 | 21.0 | 46.0 | | |
| Ailenizde size en çok manevi destek sağlayan kişi ya da kişiler kimler? | | | | | KW | p |
| Eşim | 148 | 33.0 | 12.0 | 46.0 | 4,3 | 0,365 |
| Çocuklarım | 71 | 33.0 | 18.0 | 45.0 | | |
| Kardeşlerim | 41 | 34.0 | 15.0 | 46.0 | | |
| Annem/Babam | 31 | 31.0 | 24.0 | 38.0 | | |
| Diğer | 9 | 29.0 | 21.0 | 37.0 | | |

* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

** p<0.05

KW=Kruskal-Wallis Test

U=Mann-Whitney U Test

Hastaların manevi destek alma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının dağılımı tablo 4.9’da verilmiştir.

Araştırma bulgularına göre sağlık personeli ile manevi konularda konuşan hastaların ile sağlık personeli ile manevi konularda konuşmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının 33.0 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede, hastaların sağlık personeli ile manevi konular hakkında konuşma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>005).

Araştırma bulgularına göre manevi konularda hemşire ile konuşan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.5), manevi konularda doktor ile konuşan hastalara (32.5) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede, hastaların manevi konularda hemşire veya doktorla konuşma

durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre tanı konulduktan sonra aile veya çevresinden yeterince manevi destek alan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), aile ya da çevresinden yeterince manevi destek almayan hastalara (36.0) göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların tanı konulduktan sonra aile veya çevresinden yeterince manevi destek alma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre kendilerine manevi destek sağlayan kişilerin, tedavilerine dahil edilmesini isteyen hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), tedavilerine dahil edilmesini istemeyen hastalara (36.0) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastalara manevi destek sağlayan kişilerin tedaviye dahil edilmesini isteme durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre sorunlarını biriyle konuşmaya ihtiyacı olan veya sorunlarını biriyle konuşmaya ihtiyacı olmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının 33.0 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların sorunlarını biriyle konuşmaya ihtiyacı olma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre psikolojik olarak ve olumsuz düşünceleri azaltmak için desteklenmeye ihtiyacı olmayan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (34.0), desteklenmeye ihtiyacı olan hastalara (32.0) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların psikolojik olarak ve olumsuz düşünceleri azaltmak için desteklenmeye ihtiyacı olma durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma bulgularına göre kendini güçlü hissetmek isteyen hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancalarının (33.0), kendini güçlü hissetmek istemeyen hastalara (30.0) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaların kendilerini güçlü hissetmek isteme durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma bulgularına göre en çok kardeşleri tarafından manevi destek sağlanan hastaların manevi iyi oluş leği puan ortancaları, diğer aile üyelerinin sağladığı manevi desteğin manevi iyi oluş leği puan ortancalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kardeşleri tarafından manevi destek sağlanan hastaların manevi iyi oluş leği puan ortancası 34.0 iken, eşi ve çocukları tarafından manevi destek sağlanan hastaların manevi iyi oluş leği puan ortancaları 33.0 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ailede en çok manevi desteğin kim tarafından sağlandığı durumuna göre manevi iyi oluş leği puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Araştırmada, kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumları “Manevi İyi Oluş Ölçeği” kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 33,0 olup, yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Manevi iyi oluş durumlarının yüksek olması kanser tanısı almış bireylerin hastalıkla baş etmek için maneviyata yönelimlerinin arttığını düşündürmektedir.

Kanser tanısı almış bireylerin, manevi iyi oluş durumlarının yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Al-Natour vd., 2017; Bernard vd., 2017; Chaar vd., 2018; Dalcalı vd., 2021; Dewan vd., 2022; Muzdalifah vd., 2022; Sankhe vd., 2017; Yılmaz ve Cengiz, 2020). Hastaların manevi iyi oluş durumlarının yüksek olduğunu gösteren bu çalışmalar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bazı çalışmalarda ise hastaların manevi iyi oluş durumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Cheng vd., 2019; Jafari, 2013; Martoni., 2017; Pearce vd., 2012; Rabitti vd., 2020).

Araştırmada hastaların manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen özelliklerden birinin yaş grubu olduğu bulunmuştur. 51-60 yaş arasındaki hastaların manevi iyi oluş durumu diğer yaş grubundaki hastalarinkine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.042$) (Tablo 4.6). Kavak vd. (2021) ileri evre mide kanseri olan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hasta bireylerin yaşı arttıkça manevi iyi oluş durumlarının da arttığı saptanmıştır. Kanser tanısı almış bireyler ile yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile manevi iyi oluş durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Lazenby ve Khatib, 2012; Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021; Musarezaie vd., 2013). Chaar vd. (2018) çalışmasında ise genç hastaların diğer yaş grubundaki hastalara göre manevi iyi oluş durumlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmada, hastaların yaşı arttıkça yaşamdaki zorluklarla başa çıkarken ve yaşla birlikte kazanılan duygusal olgunlukla maneviyatın önem kazandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen özelliklerden bir diğerinin de öğrenim durumu olduğu saptanmıştır. Hastaların öğrenim durumu arttıkça manevi iyi oluş durumlarının azaldığı belirlenmiştir

($p=0.002$) (Tablo 4.6). Dalcalı vd. (2020) ile Pahlevan sharif ve Ong (2019) yapmış oldukları çalışmalarda hastaların öğrenim durumları düştükçe maneviyata yönelimlerinin ve manevi iyi oluş durumlarının arttığını saptanmışlardır. Bu çalışmalar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte iken Caldeira vd. (2017) çalışmasında öğrenim durumu yüksek olan hastaların manevi sıkıntılarının daha az olduğunu saptanmıştır. Araştırma da kanser tanısı almış bireylerin eğitim durumları arttıkça manevi iyi oluş durumlarının azalması önemli bir bulgudur. Bu sonuç, eğitim düzeyi düşük olan hastalarda hastalık süreci boyunca manevi boyutun daha çok anlam kazandığını düşündürmektedir.

Hastaların, manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen bir diğer özellik ise primer tanılardır. Tanısı kolon, bağı ve yumuşak doku, karaciğer ve diğer kanser türü olanların manevi iyi oluş durumlarının daha yüksek olduğu ve tanısı diğer kanser türleri olan kanser hastaların da manevi iyi oluş düzeylerinin orta ya da yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.014$) (Tablo.4.7). Cheng vd. (2023) tarafından yapılan çalışmada mide kanseri ve kolon kanseri olan hastaların manevi iyi oluş ölçeği puanlarının 31,54 olup yüksek olduğu saptanmıştır. Kahraman ve Pehlivan (2023) ile Sun vd. (2016) akciğer kanseri olan hastalar ile ve Jafari vd. (2013) meme kanseri hastalarıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmalarda da manevi iyi oluş durumlarının orta ya da yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, hasta bireylerde tanı sonrası süreçte maneviyatın önem kazandığını düşündürmektedir. Bunun doğrultusunda hastalarda manevi yönelimler artabilmektedir. Bu süreçte hastalıkla başa çıkabilmek için maneviyata yönelimin bir çözüm yolu olarak görüldüğü düşünülmektedir. Bununla birlikte hastaların tanıyı alma süresi arttıkça hastaların manevi iyi oluş durumlarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Hastalar tanıyı aldıkları ilk süreçte şok, inkar, öfke, korku ve üzüntü gibi duygulara kapılabilmektedirler. Bu sonuç, hastaların tanı süresi arttıkça hastalığı kabullenmelerinin daha kolay olmasına bağlı olarak manevi iyi oluş durumlarının yükseldiğini düşündürmektedir. Literatürde tanıyı alma süresi arttıkça manevi iyi oluş durumunun arttığına yönelik çalışmalara rastlanmamıştır.

Araştırmada hastaların manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen özelliklerden diğerleri de, hastaların psikolojik olarak ve olumsuz düşünceleri azaltmak için desteklenmeye ihtiyaçlarının olma durumları olduğu saptanmıştır.

Psikolojik olarak ve olumsuz düşünceleri azaltmak için desteklenmeye ihtiyacı olmayan hastaların manevi iyi oluş durumlarının, desteklenmeye ihtiyacı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.0001$, $p=0.005$). Zahid vd. (2021) yapmış olduğu çalışma da hasta bireylerin ailelerinden aldıkları desteğin streslerini azalttığı ve psikolojik olarak iyi hissetmelerini sağladığı saptamıştır. Chen vd. (2022) tarafından yapılan çalışmaya göre psikolojik sağlamlığı iyi olan kanser hastalarının hastalıkla da baş etme yöntemleri geliştirdiklerini saptamıştır. Bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, hastaların psikolojik olarak destek ihtiyaçlarının olmamasında maneviyatın hastalar için önemli bir güç kaynağı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen özelliklerden diğerleri ise hastaların son 1 haftada ev dışında yaptığı yürüyüşlerde ve son 1 haftada uyumakta zorluk çekme durumları olduğu saptanmıştır. Son 1 haftada ev dışında yaptığı yürüyüşler de ve son 1 haftada uyumakta zorluk çekmeyen hastaların manevi iyi oluş durumları, yürüyüşlerde ve uyumakta zorluk çeken hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.027$, $p=0.003$). Özkan ve Akın'ın (2017) kemoterapi uygulanan hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların günlük aktivitelerini yerine getirebildiklerini ve fonksiyonel yaşam süreçlerinin iyi olduğunu saptamışlardır. Bu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Ancak Bıçakçı'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının günlük yaşam aktiviteleri incelendiğinde günlük işlerini yaparken, yemek yerken, uyurken vs. zorluk çektikleri saptanmıştır. Bu çalışmada, hastaların tedavi sürecinde gelişebilecek fiziksel semptomları manevi kaynakları kullanarak iyi bir şekilde kontrol altına aldıkları düşünülmektedir.

Araştırma da hastaların manevi iyi oluş durumlarında farklılık görülen özelliklerinden bir diğeri ise hastaların tıbbi tedavilerinin sosyal yaşantısını etkileme durumu olduğu saptanmıştır. Tıbbi tedavisi sosyal yaşantısını etkilemeyen hastaların manevi iyi oluş durumları, sosyal yaşantısını etkileyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.002$). Yapılan bir meta analiz çalışmasında aile tarafından alınan sosyal desteğin fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumu olumlu etkilediği ve bu sayede hastaların yüksek esenlik algısına sahip olduğu görülmüştür (Yalçın, 2015). Çalışmanın bu bulgusundan hareketle, hasta bireylerin tıbbi tedavilerinin sosyal

yaşantılarını olumsuz etkilememesiyle, hastaların çevreden aldığı sosyal destek sayesinde olumsuz duygular ve hastalık stresiyle daha kolay baş edebildiği ve bu nedenle manevi iyi oluş durumlarının da arttığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların manevi destek alma durumları incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun (%80) sağlık personeli ile manevi konularda konuşmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Balboni vd. (2007), yaptığı çalışmada onkoloji hastalarının manevi gereksinimlerinin yüksek olduğu ve sağlık personellerinin manevi desteklerinin az olduğu saptanmıştır. Bu çalışma araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte araştırma verilerimize göre hastaların %20'sinin sağlık personeli ile manevi konularda konuştuğu saptanmıştır. Balboni vd. (2014) ile Bar-Sela vd. (2019) ileri kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada çoğu doktor ve hemşirelerin hastalara manevi destek verdikleri belirlenmiştir. Bu araştırmada, hastaların sağlık personelinden yeterli manevi bakım alamadıkları bu konuda sağlık personelinin yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların manevi desteği en çok kimden almak istediği incelendiğinde; hastaların manevi desteği en çok aile ve arkadaşlarından almak istediği saptanmıştır (Tablo 4.4). Küçük (2019) ile Büssing ve Koennig' in (2010) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hasta bireylerin aile ve arkadaş çevresi ile kurduğu iletişim, sevgi, ilgi, umutlanma gibi manevi gereksinimlerini karşılamaları, hastalık ile başa çıkmalarını kolaylaştırdığını ve en çok manevi desteği onlardan beklediği görülmüştür. Bu çalışmalar araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, hastaların aile ve arkadaşlarının yanında kendilerini daha iyi

Araştırma da hastaların manevi olarak kendilerini iyi hissetmek için yaptığı uygulamalar incelendiğinde; hastaların %75' inin aile ve arkadaşlarıyla zaman geçirdiği, %54' ünün dua edip, namaz kılip, kur-an okuduğu, %46.7' sinin ise müzik dinleyip, televizyon izlediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yazgan (2014) ve Masat'ın (2018) çalışmalarına göre hastalık sürecinde semptomlara başa çıkabilmek adına hastaların dua ettiği, namaz kıldığı saptanmıştır. Hasta bireylerin hastalıkla beraber manevi değerlerinin de etkilendiği ve manevi değerlerde inancında etkili olduğu görülmektedir. Cufta'nın (2013) yaptığı çalışmada da kanser hastalarının tıbbi tedavi dışında dua etmek, namaz kılmak gibi baş etme yöntemlerini kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, hastaların,

hastalığa karşı uyum sağlamak için manevi ve dini inançlara yöneldiğini düşündürmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Hastaların yarısından fazlasının 50 yaş üstü, kadın, ortaokul mezunu ve altı olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunu evliler oluşturmaktadır. Hastaların çoğunluğunun çalışmamakta olup ve sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Hastaların yarısından fazlasının 1 yıldan az sürede tanı almış olduğu, tamamına yakınının kemoterapi gördüğü saptanmıştır (Tablo.4.2).
- Hastaların yarısından fazlasının son bir haftada günlük aktivitelerine yerine getirdiği ve uyumakta zorluk çekmediği, ev dışı ortamlarda da yürümekte zorluk çektikleri saptanmıştır (Tablo 4.3).
- Hastaların çoğunluğunun manevi konularda herhangi bir sağlık personeli ile konuşmadığı, konuşanların ise çoğunlukla hemşire ile konuştuğu saptanmıştır. Hastaların tamamına yakınının aile ya da çevresinden manevi destek aldığı ve yarısından fazlasının en çok desteği eşlerinden aldıkları belirlenmiştir. Hastaların yarısından fazlasının psikolojik olarak desteklenmeye ve olumsuz düşüncelerini azaltmak için desteklenmeye ihtiyaçları olmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4).
- Hastaların manevi olarak kendilerini daha iyi hissedebilmek için çoğunluğunun aile ve çevresiyle ilişki kurduğu ve yarısından fazlasının dua ettiği, namaz kıldığı ve kuran okuduğu saptanmıştır (Tablo4.4).
- Hastaların manevi iyi oluş ölçeği puan ortancası 33.00 olup, manevi iyi oluş durumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).
- 51-60 yaş arasındaki hastaların manevi iyi oluş durumlarının, diğer yaş grubundaki hastalara göre yüksek olduğu ve yaş grupları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).
- Üniversite mezunu olan hastaların manevi iyi oluş durumlarının, lise mezunu ve altı olan hastalara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).
- Son 1 haftada ev dışında yaptığı yürüyüşlerde ve son 1 haftada uyumakta zorluk çekmeyen hastaların manevi iyi oluş durumlarının, yürüyüşlerde ve uyumakta zorluk çeken hastalara göre yüksek olduğu ve zorluk çekme

durumları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

- Tıbbi tedavileri sosyal yaşantısını etkilemeyen hastaların manevi iyi oluş durumlarının, sosyal yaşantısını etkileyen hastalara göre yüksek olduğu ve tıbbi tedavilerinin sosyal yaşantısını etkileme durumları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).
- Psikolojik olarak ve olumsuz düşünceleri azaltmak için desteklenmeye ihtiyacı olmayan hastaların manevi iyi oluş durumlarının, desteklenmeye ihtiyacı olan hastalara göre yüksek olduğu ve desteklenmeye ihtiyacı olma durumları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).
- Çalışmadan elde edilen verilere göre hastaların manevi iyi oluş durumları ile cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, tanıya alma süresi, tedavi türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yapılan araştırma sonucunda, kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş durumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir.

- Hastaların çoğunluğunun manevi konularda herhangi bir sağlık personeli ile konuşmadığı, konuşanların ise çoğunlukla hemşire ile konuştuğu saptanmıştır. Bu nedenle;
Kanser tanısı almış bireylerin tanı, tedavi ve iyileşme süreçlerinde manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin rol alması sağlanabilir. Temel hemşirelik eğitimlerinde, etkin eğitim yöntemleri ile müfredat içeriğinde maneviyat, manevi iyi oluş kavramlarına ve manevi bakıma ilişkin derslere yer verilebilir.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine ve hastalık tanılarına göre manevi iyi oluş durumlarının değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle;
Kanser tanısı almış bireylerin sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özellikleri dikkate alınarak manevi bakım gereksinimleri giderilebilir.
- Hastaların yarısından fazlasının son bir haftada günlük aktivitelerine yerine getirdiği ve uyumakta zorluk çekmediği, ev dışı ortamlarda da yürümekte zorluk çektikleri dikkate alınarak;

Hasta bireylerin özellikle günlük yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimleri tespit edilerek bu doğrultuda hasta ve ailesine destek sağlanabilir.

- Hasta bireylerin manevi iyi oluş durumlarını artıracak randomize kontrollü ve kanıt temelli çalışmaların planlanması önerilir.
- Hastanelerdeki hizmet içi eğitimlerde, sempozyumlarda, kongrelerde, bilimsel içerikli toplantılarda, manevi bakımın pekiştirilmesi önerilir.
- Hemşirelerin hastalara bakım hizmeti verirken manevi bakıma yönelik hastanın manevi güçlerini hatırlatarak bunları kullanmalarında destek olmaları önerilir.
- Hastanelerde bulunan manevi ve moral destek birimlerinde hemşirelerin görev alarak hastalara manevi danışmanlık ve manevi bakım sunulması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Acar, G. (2019). *Onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimleri ile onkoloji hemşirelerinin manevi bakım yeterliliklerinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Adler, N. E., & Page, E. A. K. (2008). Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs. Washington: *The National Academies Press*. <https://doi.org/10.17226/11993>
- Akın, B., & Yılmaz, S. (2020). Ebelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(1), 56–62. <https://doi.org/10.5336/HEALTHSCI.2019-70550>
- Aktaş, A., & Uğur, Ö. (2023). The effect of physical and psychological symptoms on spiritual well-being and emotional distress in inpatient cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 31(8), 473. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07945-7>
- Aktürk, Ü., Erci, B., & Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale. *Palliative and Supportive Care*, 15, 684–692. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000013>
- Al-Natour, A., Al Momani, S. M., & Qandil, A. M. A. (2017). The relationship between spirituality and quality of Life of jordanian women diagnosed with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2096–2108. <https://doi.org/10.1007/S10943-017-0370-8/METRICS>
- Altınova, H. H., & Duyan, V. (2013). Onkolojik sosyal hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3). <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjfm/issue/45328/567811>
- American Institute for Cancer Research. The AICR 2015 Cancer Risk Awareness Survey Report. <https://www.aicr.org/assets/docs/pdf/education/aicr-awareness-report-2015.pdf> Erişim: 24.04.2024
- Arslan, S. & Avcı, S. (2024). Hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 182-193. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2024.121>
- Bag, B. (2013). Long-Term psychosocial problems in cancer patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar- Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 110. <https://doi.org/10.5455/CAP.20130508>
- Bag, B., Strasse, K.-F., & Giessen, G. (2012). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Archives Medical Review Journal*, 21(4), 253–273. <https://dergipark.org.tr/en/pub/aktd/issue/2210/29388>

- Bahar, A. (2010). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(1), 105–111. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2636/33918>
- Bai, M., & Lazenby, M. (2015). A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 286–298. <https://doi.org/10.1089/JPM.2014.0189>
- Bajpaia, J., & Shylasree, T. S. (2018). Sexual quality of life in breast and ovarian cancer survivors: Tip of the iceberg! *Journal of Cancer Policy*, 15, 100–103. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.02.002>
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: Official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555. <https://doi.org/10.1200/jco.2006.07.9046>
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. J. and Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 400–410.
- Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 885–896. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2006.01643.X>
- Bar-Sela, G., Schultz, M. J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., & Silbermann, M. (2019). Human development index and its association with staff spiritual care provision: A Middle Eastern oncology study. *Supportive Care in Cancer*, 27, 3601–3610. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04733-0>
- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig, G., Forster, M., Kaspers-Elekes, K., Veri, SW., Borasio, G.D., Pralong, G., Pralong, J. (2017) Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*, 54:514–522. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019>
- Bıçakçı, E. (2017). *Kemoterapi alan hastalarda periferik nöropatiye bağlı ağrı ile ilgili faktörlerin ve ağrının günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkisinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Bilgiç, G., & Çıtak Bilgin, N. (2021). Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well-being in pregnant women. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 295–310. <https://doi.org/10.1007/S10943-020-01087-4/METRICS>
- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2016). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice.

European Journal of Cancer Care, 25(6), 961–969.
<https://doi.org/10.1111/ECC.12360>

- Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2(1), 77–94. <https://doi.org/10.3390/REL2010077>
- Büssing, A., Koenig, H. G. (2010). “Spiritual needs of patients with chronic diseases”.*Religions*, 1(1), 18-27. <http://dx.doi.org/10.3390/rel1010018>
- Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1489–1502. <https://doi.org/10.1007/S10943-017-0390-4>
- Can, G. (2014). Onkoloji. İçinde: N. Enç (Ed), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (s. 365-400). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Ozer, S., Akbiyik, D. I., & Bottomley, A. (2008). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 17(1), 98–104. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2354.2007.00827.X>
- Cao, W., Chen, H. Da, Yu, Y. W., Li, N., & Chen, W. Q. (2021). Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020. *Chinese Medical Journal*, 134(7), 783–791. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000001474>
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., & Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
- Chaar, E.A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., Khabbaz, L.R.(2018).Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: An observational transversal study. *Support Care Cancer*;26(8):2581-2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Chen, C., Chen, W., Gu, H., Wang, Z., Su, Y., Zhu, P. (2022). Factors associated with benefit finding in patients with lung cancer: A structural equation model analysis. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-2344099/v1>
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Mao, T., Cheni Y. (2019). Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care, *Supportive Care in Cancer*, 27, 3403-3409. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-4636-4>
- Cheng, Q., Lu, W., Duan, Y., Li, J., Xie, J., & Chen, Y. (2023). Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 31(4), 243. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07696-5>

- Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017). Spiritualism and nursing: The importance of spiritual care in intensive care patients. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.037>
- Cufta, M. (2013).Kanser hastalığı ile başa çıkmada dinî inancın rolü (Kosova örneği). *Balkan Araştırmaları Dergisi*,4(1):9-30.
- Dalay, N., & Buyru, N. (2015). Kanser biyolojisi In G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 7-19). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dalcalı, B. K., Durgun, H., & Can, Ş. (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 536–553. <https://doi.org/10.33715/INONUSAGLIK.812182>
- Daştan N.B., Buzlu S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,3:73-78. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.614832>
- Dewan, M. F., Lyons, K. S., Song, M., & Hassounah, D. (2022). Factors associated with depression in breast cancer patients in saudi arabia. *Cancer Nursing*, 45(2), E524–E530. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000996>
- Devi, M. K., & Fong, K. C. (2019). Spiritual experiences of women with breast cancer in singapore: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 145–150. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_77_18
- Elting, L.S., Avritscher, E. B. C., Cooksley C. D., Cardenas-Turanzas, M., Garden, A. S., & Chambers, M. S. (2008). Psychosocial and economic impact of cancer. *Dent Clin North Am*, 52(1), 231-252. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.09.001>
- Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), 73–88. <https://doi.org/10.12738/spc.2017.1.0022>
- Erişen, M., & Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184–190. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368230>
- Fradelos, E. C. (2021). Spiritual well-being and associated factors in end-stage renal disease. *The Scientific World Journal*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6636854>
- Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: Kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 93-98.
- GLOBOCAN. (2020). (2024, May 5). Cancer Today. <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Gorman, L. M. (2018). The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society. Bush, N. J., & Gorman, L. Psychosocial nursing care along the

cancer continuum (Third Edition) (ss. 3-23). Pittsburgh: *Oncology Nursing Society*.

- Gönenç, İ. M., Akkuzu, G., Altın, R. D., & Möroy, P. (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 34–38. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23823/253803>
- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367. <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/11158/133414>
- Gümüş, A. B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve iyileştirme girişimleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114.
- Gürsu Orhan, & Ay Yaşar. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 11(61), 1176-1190 <https://doi.org/10.17719/jisr.2018.3007>
- Hallaç, S., & Öz, F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595–610. <https://doi.org/10.5455/CAP.20110326>
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hodge, D. R., Sun, F., & Wolosin, R. J. (2014). Hospitalized asian patients and their spiritual needs: Developing a model of spiritual care. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 380–400. https://doi.org/10.1177/0898264313516995/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0898264313516995-FIG1.JPEG
- Holland, J. M. (2014). Elisabeth Kübler-Ross. <https://doi.org/10.13140/rg.2.1.3863.2401> (Erişim Tarihi:17.05.2024)
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G. R., Soleymani, E., & Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362–1366. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2010.07.288>
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., & Loghmani, A. (2013). Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(5):1219-25. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1650-1>
- Kahraman, B. N. (2020). *Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi* [Yüksek lisans tezi]. Bursa Uludağ Üniversitesi.
- Kahraman, B. N., & Pehlivan, S. (2023). The effect of spiritual well-being on illness perception of lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 31(2), 107. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07527-z>

- Karagül, A. (2012). Manevi bakım, anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi “Hollanda Örneği.” *Dini Araştırmalar*, 15(40).
- Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Çıtlık Sarıtaş, S., Sarıtaş, S. (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 21–24. <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/4892>
- Kavak, F., Özdemir, A., & Dural, G. (2021). The Relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. *Current Psychology*, 40(4), 1788-1794. <https://doi.org/10.1007/S12144-018-0116-0/TABLES/4>
- Kavalalı Erdoğan, T., & Koç, Z. (2021). Loneliness, death perception, and spiritual well-being in adult oncology patients. *Cancer Nursing*, 44(6), E503–E512. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000930>
- Kavas, E., & Kavas, N. (2015). “Hastalarda manevi bakım ihtiyacı” konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Journal of Turkish Studies*, 10(Volume 10 Issue 14), 449–460. <https://doi.org/10.7827/TURKISHSTUDIES.8738>
- Küçük, İ. (2019). *Hastaların manevi destek gereksinimlerinin ve sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi], Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Laamiri, F. Z., Bouayad, A., Hasswane, N., Ahid, S., Mrabet, M., Amina, B., Laamiri, F. Z., Bouayad, A., Hasswane, N., Ahid, S., Mrabet, M., & Amina, B. (2015). Risk factors for breast cancer of different age groups: moroccan data?. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 79–87. <https://doi.org/10.4236/OJOG.2015.52011>
- Lazenby, M., & Khatib, J. (2012). Associations among patient characteristics, health-related quality of life, and spiritual well-being among Arab Muslim cancer patients. *Journal of palliative medicine*, 15(12), 1321-1324. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0208>
- Lee, Y. H., & Salman, A. (2018). The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 418–424. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2017.12.008>
- Levine, E. G., & Targ, E. (2002). Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 1(2), 166–174. <https://doi.org/10.1177/1534735402001002008>
- Lorca L.A., Sacomori C., Vera-Llanos S., Hinrichsen-Ramírez A.E., López K., Vega M., Sperandio F.F. (2023). Quality of life of chilean breast cancer survivors: Multicentric study. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2023; 69 (1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2757>
- Martoni, A. A., Varani, S., Peghetti, B., Roganti, D., Volpicella, E., Pannuti, R., & Pannuti, F. (2017). Spiritual well-being of Italian advanced cancer patients in

the home palliative care setting. *European Journal of Cancer Care*, 26(4), e12677. <https://doi.org/10.1111/ECC.12677>

Masat, S. (2018). *Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki*. [Yüksek lisans tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Merath, K., Palmer Kelly, E., Hyer, J. M., Mehta, R., Agne, J. L., Deans, K., Fischer, B. A., & Pawlik, T. M. (2020). Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1933–1945. <https://doi.org/10.1007/S10943-019-00907-6>

Musarezaie, A., Naji-Esfahani, H., Karimian, J., & Ebrahimi, A. (2013). Investigation of the SWB and its relation with demographic parameters in patients with breast cancer referred to an oncology hospital affiliated to the Isfahan university of medical sciences. *Journal of education and health promotion*, 2(1), 42. <https://doi.org/10.4103%2F2277-9531.115844>

Muzdalifah, F., Ariyani, M., & Gazadinda, R. (2022). Spiritual well-being as a predictor of quality of life among breast cancer patients in Indonesia. In *3rd Borobudur International Symposium on Humanities and Social Science 2021 (BIS-HSS 2021)* (pp. 258-268). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-2-494069-49-7_44

Odabaş, Y. (2020). *Engelli çocuk annelerine verilen manevi bakım desteğinin manevi iyilik ve umut düzeylerini arttırmaya etkisinin değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi]. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi.

Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022). Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), 390-402. <https://doi.org/10.31832/smj.1075527>

Öner, H. (2012). *Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Oskay, Ü. (1993). Medikal sosyolojide bazı kavramsal Açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*, 4. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosder/issue/40974/494986>

Öz, F. (2004). İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. *Klinik Bilimler & Doktora*, 10(3), 266-273.

Özkan, M., & Akın, S. (2017). Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 177-192.

Pahlevan Sharif, S., & Ong, F. S. (2019). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer. *Journal of religion and health*, 58(4), 1060-1071. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0587-1>

- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20, 2269-2276. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1335-1>
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 3(SUPPL.3), 49–55. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDS088>
- Puchalski, C. M., King, S. D. W., & Ferrell, B. R. (2018). Spiritual considerations. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 32(3), 505–517. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.011>
- Purkayastha, A., Sarin, A., Bhatnagar, S., & Sharma, N. (2018). Dealing with psychosocial care including psychological and emotional issues in cancer patients and cancer survivors. *BAOJ Pall Medicine*, 4(1), 1-3.
- Rabitti, E., Cavuto, S., Ottonelli, S., De Vincenzo, F., Constantini, M. (2020). The assessment of spiritual wellbeing in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions? *BMC Palliative Care*, 19(26), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0534-2>
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/INR.12099>
- Saguil, A., & Phelps, K. (2012). The spiritual assessment. *American Family Physician*, 86(6), 546–550. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0915/p546.html>
- Sankhe, A., Dalal, K., Agarwal, V., & Sarve, P. (2017). Spiritual care therapy on quality of life in cancer patients and their caregivers: A prospective non-randomized single-cohort study. *Journal of religion and health*, 56, 725-731. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0324-6>
- Smail, L., Jassim, G., Khan, S., Tirmazy, S., & Ameri, M. A. (2022). Quality of life of emirati women with breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 570. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010570>
- Şen, F., & Aydın, A. (2015). Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji hemşireliği* (pp. 73-93). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şentürk, S., Bıçak, D., & Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35–39. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1517408238>
- Syedrasooly, A., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Aliashrafi, Z., Nikanfar, A.-R., & Jasemi, M. (2014). Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 47–55. <https://doi.org/10.5681/JCS.2014.006>

- Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., Klein, L., & Ferrell, B. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology*, 25(12), 1448-1455. <https://doi.org/10.1002/pon.3987>
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2002.02315.X>
- Taşan, N. (2020). *Kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Morbidite. İçinde: *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Ed.: S. Mollahaliloğlu, B. Başaran, Z. Eryılmaz, Ankara:T.C. Sağlık Bakanlığı
- TDK (Türk Dil Kurumu) (2022). *Maneviyat*. Ankara: TDK Yayınları. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim: 28.05.2024)
- Tosyalıoğlu, M. B. (2021). *Üniversite öğrencilerinde maneviyat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Bursa Uludağ Üniversitesi.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982), 63(1), 151–164. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2005.11.055>
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Archives Medical Review Journal*, 21(3), 189–219. <https://dergipark.org.tr/en/pub/aktd/issue/2211/29395>
- Türkiye Kanser İstatistikleri. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf (Erişim: 29.03.2024).
- Tsoho, M. A. (2023). *Investigation of the relationship between spiritual well-being and quality of life in breast cancer patients*. [Yüksek lisans tezi]. Elazığ: Fırat Üniversitesi.
- Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234–246. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2004.03192.X>
- Veloza-Gómez, M., Muñoz de Rodríguez, L., Guevara-Armenta, C., & Mesa-Rodríguez, S. (2017). The importance of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 35(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0898010115626777>

- Whitford, H. S., Olver, I. N., & Peterson, M. J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1121–1128. <https://doi.org/10.1002/PON.1322>
- WHO, (2022). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Erişim: 29.03.2024)
- WHO, (2018). Cancer prevention. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (Erişim: 24.04.2024)
- Yalçın İ. (2015). İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1):21-32
- Yazgan, E.Ö. (2014). *Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Yılmaz, K.E., & Karaman, S. (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 271. <https://doi.org/10.17681/hsp.84549>
- Yılmaz, M., & Cengiz, H. Ö. (2020). The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliative & Supportive Care*, 18(1), 55–62. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000464>
- Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 61–70. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2653/34075>
- Yılmaz, M., & Yazgı, Z. G. (2020). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60–70. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3863.2401>
- Yousefi, H., & Abedi, H. A. (2011). Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 125.
- Zahid, N., Zahid, W., Khalid, W., Azam, I., Ikram, M., Hassan, A., Iftikar, H., Bhamani, S.S., Jabbar, A.A., Akhtar, S. and Siddiqui, M.I. (2021). Resilience and its associated factors in head and neck cancer patients in Pakistan: an analytical cross-sectional study. *BMC cancer*, 21(1), 888. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08624-8>
- Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., & Shah Bahrami, E. (2015). Spirituality and spiritual care in Iran: nurses’ perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 62(4), 584–592. <https://doi.org/10.1111/INR.12222>

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Büşra KURT tarafından yürütülen "Kanser Tanısı Almış Bireylerin Manevi İyi Oluş Durumlarının İncelenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Kanser Tanısı Almış Bireylerin Manevi İyi Oluş Durumlarının İncelenmesi amacıyla yapılacaktır.
- Araştırmanın İçeriği: Ölçek ve anket verilerinin analiz edilmesi.
- Araştırmanın Nedeni: Yüksek Lisans Tez Çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20-30 dakika
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü sayısı: Araştırmanın yürütüleceği birimlerin aylık toplam hasta sayısı ortalama 620 olup, dört aylık süreçte tekrarlı başvurular da olması nedeniyle ortalama 1800 hasta hizmet almaktadır. Örneklem seçilmeyecek olup, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde medikal onkoloji servisine ve ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran hastaların tümüne ulaşılması hedeflenmektedir.
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi – medikal onkoloji kliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-2. Tanıtıcı-Bilgi Formu

Bu araştırmanın amacı kanser tanısı almış bireylerin manevi iyi oluş düzeylerinin incelenmesidir. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sorulara doğru cevaplar vermeniz çalışmamızı olumlu etkileyecektir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Hemşire Büşra Kurt

1.Doğum Yılıınız.....

2.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3.Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekar ()

4.Öğrenim durumunuz nedir?

() Okur-yazar Değil () Okur-yazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul mezunu

() Lise Mezunu () Üniversite

5. Çalışma durumunuz nedir?

() Çalışmıyor

() Çalışıyor

6. Aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?

() Gelir giderden az

() Gelir gideri karşılıyor

() Gelir giderden fazla

7. Sosyal Güvenceniz var mı?

() Var () Yok

8. Primer Tanı.....

9. Tanı Süresi:

() 1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-6 yıl () 7-9 yıl () 10 yıl ve üzeri

EK-2. (devam) Tanıtıcı-Bilgi Formu

10. Şu anda kanserin hangi tedavisi yapılmakta?

()Kemoterapi ()Radyoterapi () Cerrahi (Ameliyat) () Diğer, yazınız.....

11. Son 1 haftadır ev ortamı dışında yaptığınız yürüyüşlerde zorluk çekiyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

12. Son 1 haftadır günlük aktivitelerinizi yerine getirirken zorlanıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

13.Son 1 haftadır uyumakta zorluk çekiyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

14.Tıbbi tedaviniz sosyal yaşantınızı etkiliyor mu?

a)Evet b)Hayır

15. Manevi olarak kendinizi daha iyi hissetmek için aşağıdaki uygulamalarından hangisini ya da hangilerini uyguluyorsunuz?

- a.). Aile ve çevre ile yakın ilişkiler kurmak
- b.) Müzik dinlemek, Tv izlemek
- c.)Meditasyon
- d.) Sosyal aktivitelere katılmak
- e.) Doğayla birlikte olmak
- f.) Dua etmek, namaz kılmak, kur-an okumak
- g.) Affetmek ya da af dilemek
- h.) Diğer

16.) Manevi desteğin kim tarafından verilmesini istersiniz? (Birden fazla şık işaretlenebilir?)

- a.) Ailem ve akrabalarım
- b) Yakın arkadaşlarım
- c.) Din görevlisi
- d.) Hemşire, doktor vb. sağlık çalışanları

EK-2. (devam) Tanıtıcı-Bilgi Formu

17.Sağlık personeli ile manevi konularda konuştunuz mu?

- a)Evet b)Hayır

18.Kiminle konuştunuz?

- a)Hemşire
b)Doktor
c)Bakım elemanı
d.)Diğer.....

19. Tanı konulduktan sonra ailenizden ya da çevrenizden yeterince manevi destek alıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

20.Ailenizde size en çok manevi destek sağlayan kişi ya da kişiler kimler?

.....

21.Size manevi destek sağlayan kişilerin tedaviye dahil edilmesini ister misiniz?

- a)Evet b)Hayır

22.Sorunlarınızı birileriyle konuşmaya ihtiyacınız var mı?

- a)Evet b)Hayır

23.Psikolojik olarak desteklenmeye ihtiyacınız var mı?

- a)Evet b)Hayır

24.Olumsuz düşüncelerinizi azaltmak için desteklenmeye ihtiyacınız var mı?

- a)Evet b)Hayır

25.Kendinizi güçlü hissetmek ister misiniz?

- a)Evet b)Hayır

EK-3. Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen **son 7 günü** göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

| | | Hiç | Çok az | Biraz | Ol-dukça | Çok fazla |
|------|--|-----|--------|-------|----------|-----------|
| Sp1 | Kendimi huzurlu hissediyorum..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp2 | Yaşamak için bir nedenim var | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp3 | Yaşamım verimlidir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp4 | İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp5 | Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp6 | Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp7 | İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp8 | Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp9 | Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp10 | Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp11 | Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sp12 | Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Katılımınız için teşekkür ederim.