

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISI OLAN HASTALARIN
SPİRİTÜEL İYİLİK DURUMLARI VE SPİRİTÜEL
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

ZÜBEYDE ASLAN

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970051

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TANISI OLAN HASTALARIN
SPİRİTÜEL İYİLİK DURUMLARI VE SPİRİTÜEL
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZÜBEYDE ASLAN

DANIŞMAN: DOÇ. DR. ÖZLEM UĞUR

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970051

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Zübeyde Aslan 'Kanser Tanısı Olan Hastaların Spirüel İyilik Durumları ve Spirüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi' konulu Yüksek Lisans tezini 27.08.2018 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç. Dr. Özlem UĞUR

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Figen OKÇİN

ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesi



Doç. Dr. Hatice MERT

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesi

Doç. Dr. Esra OKSEL

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Soruları.....	6
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kanserin Tanımı.....	7
2.2. Kanserin Tarihçesi.....	9
2.3. Kanserin Epidemiyolojisi.....	10
2.4. Spiritüallite Kavramı.....	10
2.5. Spiritüallitenin Yaşam Dönemlerine Göre Gelişimi.....	13
2.6. Kansersiz Hastaya Spiritüel Bakım Ve Hemşirelik Süreci.....	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Çalışma Materyali.....	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.7. Araştırma Planı.....	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.10. Etik Kurul Onayı.....	24
4.BULGULAR.....	25
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	25

4.2.Hastaların Spritüel İyilik Durumlarını Tanılama ile İlgili Bulgular.....	28
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Spiritüel iyilik Durumları Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular.....	31
4.4. Hastaların Tedavi, Aile Desteği ve Spiritüel Gereksinimleri ile Spritüel İyilik Durumları Karşılaştırma Bulguları	44
4.5. Hastaların Manevi Gereksinimlerini Sağlık Personeli İle Paylaşma Durumu İle İlgili Bulguları	49
5.TARTIŞMA.....	51
5.1. Hastaların Spritüel İyilik Durumlarını Tanılama İle İlgili Bulgular	51
5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Kanseri Tipi, Evresi ve Tedavisi ile Spiritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular.....	52
5.3. Hastaların Aile Desteği, Sağlık Personeli ile İlişkileri Ve Spiritüel Gereksinimleri Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular	57
6.SONUÇ.....	59
7.ÖNERİLER.....	60
8.KAYNAKLAR.....	61
9.EKLER.....	68
10.ÖZGEÇMİŞ.....	78

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları	21
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri	24
Tablo 3. Hastanın Tedavisi ve Spiritüel Gereksinimleri Hakkındaki Düşünceleri	26
Tablo 4. Hastaların Spiritüel İyilik Durumlarını Tanılama Sorularının Sayı ve Yüzdalık Dağılımları	27
Tablo 5. Hastaların Spiritüel İyilik Durumu Anketi Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	29
Tablo 6. Hastaların Cinsiyeti İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	30
Tablo 7. Hastaların Medeni Durum İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	31
Tablo 8. Hastaların Çalışma Durumları İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	32
Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumları İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	33
Tablo 10. Hastaların Kanser Tipine Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	34
Tablo 11. Hastaların Kanser Evresine Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	35
Tablo 12. Hastaların Tedavi Şekline Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	36
Tablo 13. Hastaların Hastalık Süresine Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	37
Tablo 14. Hastalardaki Kronik Hastalık Varlığına Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt	

Boyutları Arasındaki İlişki	38
Tablo 15. Hastaların Hastaneye Yatma Durumuna Göre Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	39
Tablo 16. Hastaların ECOG Performans Durumuna Göre Spritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişki	40
Tablo 17. Hastaların Uygulanan Tedavinin Etkisi Hakkındaki Düşünceleri İle Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	42
Tablo 18. Hastaların Aile Desteği Hakkındaki Düşünceleri İle Spritüel İyilik Durumları Alt boyutları Arasındaki İlişki	43
Tablo 19. Araştırmaya Katılanların Spiritüel İyilik Düzeyi, Yaşam Felsefesi, Umut, İnanç Ve Güven, İlahi Güç, Alt Boyutları İle Yaş Ve Tanı Süresi Arasındaki İlişki	44
Tablo 20. Hastaların Manevi Gereksinimlerinin Değişme Durumu İle Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	45
Tablo 21. Hastaların Manevi Gereksinimleri İle Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki	46
Tablo 22. Hastaların Manevi Gereksinimlerini Sağlık Personeli İle Paylaşma Durumu İle Spritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişki	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1:** Normal hücre çoğalması ve kanser hücresi çoğalması arasındaki farklar8
- Şekil 2:** Hemşirelik ve sağlıkla ilişkili literatürde spiritualite: karmaşık esrarengiz, soyut ve belirsiz bir kavram12



KISALTMALAR

ANA: American Nursing Association

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

EORTC QLQ-30: The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

KSÜ: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

KT: Kemoterapi

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

RNA: Ribo Nükleik Asit

ROC: Receiver Operating Characteristic

RT: Radyoterapi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organisation

İHYÖ: İyilik Hali Yıldızı Ölçeği

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen beni sabırlı, anlayışlı ve destekleyici yaklaşımıyla yönlendiren, eğitimim ve çalışma hayatım boyunca her zaman teşvik ve özveride bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam ve danışmanım sayın

Doç. Dr. Özlem UĞUR'a,

Öneri ve desteklerinden dolayı tez izleme komite üyesi sayın hocalarım

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ ve Dr. Öğr. Üyesi Figen OKÇİN'e,

Her zaman dostluğunu hissettiğim ve mesleki bilgisinden yararlandığım Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı üyesi

Araş. Gör. Dr. Hale TURHAN DAMAR'a,

Katkı ve destekleri için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Hematoloji-Onkoloji servisi tüm doktor ve hemşirelerine,

Çalışmama katılarak destek olan, kanserle mücadele eden

Hastalarımıza,

Başarımlarımın en büyük kaynağı, varlığıyla bana daima güç veren biricik oğlum,

ALİ GİRAY'IMA,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Zübeyde ASLAN

İZMİR, 2018

Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Zübeyde Aslan, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, zbydvegry@gmail.com

ÖZET

Kanser, insan yaşamını çok boyutlu olarak etkileyen karmaşık bir hastalıktır. Kanser sürecinde hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesinin yanında spiritüel olarak da destek alması oldukça önemlidir. Spiritüelitenin standart bir tanımı olmamakla birlikte kişinin kendini aşarak dışarıdan bir güce inanması ve bağlanması, yaşamın anlamını sorgulaması, umut etmesi, sevmesi ve affetmesi olarak tanımlanabilir. Spiritüelitenin; hastalıkları önleme, sağlığı ilerletme, hastalıktan iyileştirme ve ya kişinin hastalıkla baş edebilmesi gibi yararları vardır. Buna karşılık bireyin spiritüel gereksinimleri fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olduğundan ölçümü oldukça güçtür. Bu nedenle fiziksel gereksinimler daha öncelikli ve kolaylıkla tanılanmakta, spiritüel gereksinimler ise çoğunlukla ihmal edilmektedir. Holistik sağlık bakımının temsilcileri hemşireler, kanser gibi hayatı tümüyle etkileyen hastalığa sahip bireyleri spiritüel olarak da tanılanmalı ve gerekli girişimleri planlamalıdır. Bu araştırmayla, kanserli hastaların spiritüel iyilik durumlarını ve spiritüel bakım gereksinimlerini tanılayarak bakım planlarken bu alana da dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi hematoloji-onkoloji kliniğine yatan hastalar oluşturmakla birlikte gönüllü katılım ve ulaşılamama nedenleri ile örnekleme 100 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacının geliştirdiği “Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu” kullanılmıştır. Anketin içinde ECOG performans skalası da bulunmaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler normal dağılıma uygun olmadığından nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Araştırma bulgularına göre; çalışmaya katılan hastaların %64.0'ünün erkek ve yaş ortalamalarının 60.51 ± 13.56 arasında ve %42.0'nin 71 ile 88 yaş aralığında olduğu

saptanmıştır. Hastaların kanser tipinin %86.0'ının onkoloji olmakla beraber kanser evresinin %68.0'ı evre 4 olduğu bulunmuştur. Hastaların %41.0'ının semptomatik tedavi aldığı, %94.0'ının tanı süresinin 1-5 yıl olduğu, %51.0'inde başka bir kronik hastalığın olduğu, %61.0'ının son bir yıl içinde 1-5 kez hastaneye yattığı saptanmıştır. Kanserli hastaların ECOG performans skorları incelendiğinde %35.0 ile en yüksek skorun 2 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların kendilerine uygulanan tedavilerin etkisini nasıl değerlendirdiği incelendiğinde; %49.0'ının tedavinin orta düzeyde etkili olduğunu düşündüğü, %86.0'ının aile desteği iyi olduğu, %66.0'sının ise tanıyla birlikte manevi gereksinimlerinin her zaman için aynı olduğu, manevi gereksinim olarak %39.0'ının dua ettiğini, %85.0'ının sağlık personelleri ile herhangi bir manevi gereksinim paylaşımı yapmadığı tespit edilmiştir.

Spiritüel İyilik Durumu Anketi ve alt boyutları düzeyinin kesme noktası belirlenmesi için yapılan ROC analizi sonucunda; duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen puan ortalaması, 2.47 kesme noktası olarak belirlenmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyleri 2.53 ile yüksek düzeyde bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının aile desteğine göre ilişkisi incelendiğinde; aile desteği etkisine göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının sıra ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının manevi değeri sağlık personeliyle paylaşımına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde manevi değeri sağlık personeliyle paylaşımına göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının sıra ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.05$).

Bu sonuçlara göre; hastalarımızın spiritüel iyilik hallerinin yüksek bulunduğu ancak bu konuyla ilgili sağlık profesyonelleriyle yeterince konuşamadıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: kanser, spiritüel, hemşirelik bakımı

Spiritual Wellbeing Conditions of Patients Who Got Cancer Diagnosis and Identifying Their Spiritual Care Necessity

Zübeyde Aslan, Dokuz Eylül University Faculty Of Nursing, zbydvegry@gmail.com

ABSTRACT

Cancer is a complicated illness which affects human life in multidimensional way. It is also important that patients must be supported not only physical, psychological and social way but also spiritual way. Spirituality has not a standart definition but it can be identified as believing and holding on an external power by going beyond oneself, questioning the meaning of life, hoping, loving and forgiving. Spirituality has so many advantage such as preventing ,healing and dealing with illness and also furthering health. On the other hand, individual's spiritual necessity is more abstract and more complicated than the physical necessity so it is too difficult to measure. For this reason, the physical necessity is mostly neglected. Nurses who are representatives of holistic healthcare, should identify the cancer patient in spiritual way and plan the essential attempt. This searching aims to identify cancer patient's spiritual wellbeing conditions and their spiritual care necessity and also draw attention to spirituality when care is planned.

The population are made up of 100 patients who are treated in hematology –oncology clinic in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice And Research Hospital. Some of these 100 patients who take part in this sample are volunteer. At collecting data, it is used a questinnaire form which is developed by researcher about cancer patient's spiritual wellbeing conditions and their spiritual care necessity. This questionnaire has ECOG performance scale. The data which is obtained from searching is analized by using SPSS. Since the data is not suitable to the normal distribution, it is applied for Mann-Whitney U Test, are way analysis of varience, Kruskal Wallis H Test within non-parametric tests.

According to searching verity, it is determined that 64.0 percent of patients who take part in this searching are male and their age average is between 60.51 ± 13.56 and 42.0 percent of patients are at the age range of 71-88. It is detected that 86.0 percent of patient's cancer types is oncology and 68.0 percent of cancer phase is fourth phase. And also it is detected that 41.0 percent of patients receive symptomatic treatment, 94.0 percent of patient's diagnosis time is between 1-5 years, 51.0 percent of patients have another chronic illness, 61.0 percent of

patient's hospitalize between 1-5 times in the recent year. When the cancer patient's ECOG performance scores are examined, it is detected that the highest score is 2 with 35.0 percent. When it is examined how the patients evaluate the effects of the treatment which is practiced to them, it is detected that 49.0 percent of patients think that the treatment is medium-level effective, 86.0 percent of patients have family support in high level, 66.0 percent of patients have always the same spiritual necessity with the diagnosis, 39.0 percent of patients pray being a spiritual necessity, 85.0 percent of patients don't share any spiritual necessity with healthcare personnels.

With the results of ROC Analyze which is done for identifying spiritual wellbeing questionnaire and its break point of sub-dimension level, point average which is correspond to the points of the highest susceptibility and the lowest specificity, is identified being 2.47 break point. According to this point, the spiritual wellbeing level of patients who take part in this searching is found in the highest degree with 2.53.

When the relationship between the spiritual wellbeing level of participants of this searching and its sub-dimension according to family support is examined, it is detected that the mean rank of spiritual wellbeing level (degree) and its sub-dimension differs from in the level of significance in terms of statistic ($p < 0.05$). When the spiritual wellbeing level of the participants of this searching and its spiritual value of sub-dimension are searched whether they differ from according to their share with healthcare personnels or not, the spiritual value of the mean rank of spiritual wellbeing level and its sub-dimension according to the share with healthcare personnels differs from in the level of significance in terms of statics ($p < 0.05$).

According to these results; it is detected that our patients have the highest wellbeing status but they are not able to talk enough with the healthcare professionals.

Key Words: cancer, spirituality, nursing care

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık bakımının sunumunda kabul görmüş en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. Holistik sağlık yaklaşımı, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu ve her bireyin birbirinden farklı olarak çevresi ile birlikte ele alınması gerektiği esasına dayanır (Biol 2002; İnanç ve ark. 2003; Öz, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1993). Bu sebeple, bireyin iyilik halinde olduğunu söyleyebilmek için fiziksel, sosyal, ruhsal sağlığıyla birlikte spiritüel sağlığının da değerlendirilmesi gerekir.

Spiritüel bakım, hastanın dini uygulamalarını, kişisel inançlarını, değerlerini destekleyen tüm bakımları içermektedir (Hoeman, 2002). Spiritüel sağlık kavramı, 1960’larda holizm kavramı popüler oluncaya kadar tanımlanmamıştır. Freud, formal dinlerin (inançların) cezalandırıcı olduğunu savunmuş, 1960’lara kadar Jung hariç hiç kimse spiritüalizmi savunmamıştır. Maslow, 1960’lı yıllarda gereksinimler hiyerarşisinde, maneviyat ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir (Potter ve Perry, 1995).

Kanser, birçok kişide yaşamı tehdit eden, kriz yaşatan ve ölümü hatırlatan bir hastalık duygusu oluşturmaktadır. Bu sebeple hasta ve ailesi çoğunlukla spiritüel sıkıntılar yaşamakta, yaşamın anlamını sorgulamaktadırlar. Bu durum ise hastalığa uyumu zorlaştırmakta, tedaviyi güçleştirmekte, hasta ve ailesinin yardım alma gereksinimini artırmaktadır (Taylor, 2003). Hayatları değiştiren, kanser gibi hastalıklarla birlikte insanlar genellikle rahatlık hissi, umut duygusu ve stresten kurtulma için spiritüel değerlere yönelirler (Sülü, 2006). Spiritüel yönü gelişmiş hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal yönden daha sağlıklı oldukları tespit edilmiştir. Bu hastaların ümit düzeyleri, stresle baş etme ve yaşam kaliteleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşük bulunmuştur (Ergül, 2005).

Spiritüel bakım, insanların içinde buldukları durumla baş edebilmelerini kolaylaştıran, ümitsizlik ve çaresizlik gibi olumsuz duygulardan uzaklaştıran bir yoldur. Bu nedenle, bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve gerekli bakımın sağlanması önemli bir hemşirelik rolüdür (Öz, 2004). Spiritüel gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olduğundan ölçümü güçtür. Bu nedenle bireyin bakımı planlanırken

daha kolay ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelikle ele alınmakta, spiritüel gereksinimler ise ertelenmekte ya da gözden kaçabilmektedir (Yıldırım, 2005).

Spiritüel bakımın öneminin henüz kavranmamış olması, bu bakımı sunma becerilerinin eksikliği, din ile spiritüalitenin karıştırılması, sağlık profesyonellerinin hastaya spiritüel bakım sunmalarının beklenmemesi ya da bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi bu konunun göz ardı edilmesine yol açmaktadır (Cimete, 2002).

Bu araştırma, kanserli hastaların spiritüel iyilik durumları ve spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma ile kanserli hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine dikkat çekilmesi ve bunu hastanın holistik bakımının bir parçası olarak hayata geçirilmesi için gerekli girişimlerin yapılandırılmasında temel olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma, kanserli hastaların spiritüel iyilik durumlarını ve spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları:

- Kanserli hastaların spiritüel iyilik durumları nasıldır?
- Kanser hastasının spiritüel bakım gereksinimleri nelerdir?
- Hastanın sosyodemografik verileri ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı:

Yaşamımızı sürdürebilmemiz için hücrelerimizin sürekli olarak kendilerini yenilemeleri gerekir. Yaşam süresi dolan hücreler vücuttan atılırlarken yerlerine yeni hücreler gelir. Bu denge, genlerin kontrolü altındadır. Bazı genler hücrelerin bölünüp çoğalmasını sağlarken, bazıları da aşırı hücre üremesini önlerler. Hücre büyümesi, farklılaşması ve çoğalmasında rolü olan proto-onkogenlerde meydana gelen mutasyonlar tümör gelişimine, tümör baskılayıcı genlerde meydana gelen mutasyonlar ise hücre siklusunun inhibisyonunu engelleyerek anormal hücre büyümesine neden olur (Guyton ve Hall, 2006; Kumar ve ark, 2008).

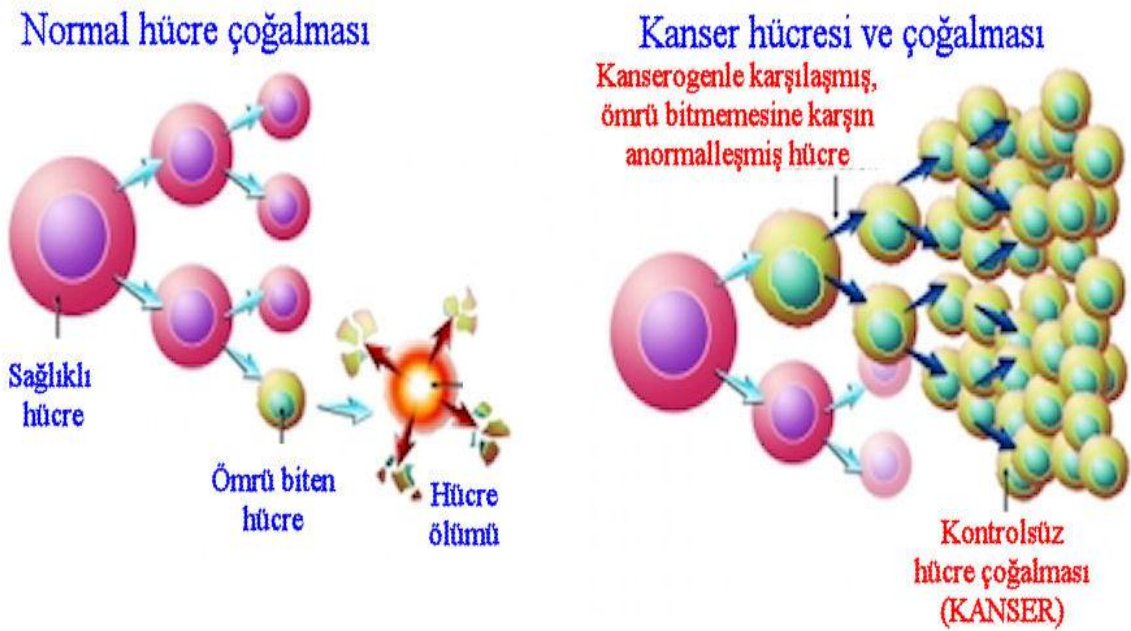
Kanser, hücre büyümesi ve çoğalmasında rol oynayan genlerde meydana gelen mutasyon ve anormal aktivasyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır (Guyton ve Hall, 2006). Vücutta mutasyona uğrayan çok sayıda hücre olmasına rağmen ancak çok küçük bir bölümü kansere neden olmaktadır. Mutasyon geçiren hücrelerin, normal hücrelere oranla, yaşamlarını sürdürmeleri güçtür. Bu hücrelerin çoğunda aşırı büyümeye engel olan, geri bildirim kontrol mekanizmaları bulunur (Guyton ve Hall, 2006). Mutasyona uğrayıp, kanser riski oluşturacak hücrelerin birçoğu, hastalık meydana getirmeden, bağışıklık sistemi tarafından yok edilir. Kanser oluşturabilecek etkiyi meydana getirebilmek için çok sayıda onkogenin aynı anda aktif olması gerekir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006). Bu nedenle, mutasyona uğrayan onkogenlerin bir bölümü, kanser oluşumunda etkili olmaktadır (Guyton ve Hall, 2006; Aliustaoğlu, 2009).

Gen mutasyonlarının ortaya çıkmasına neden olan; kimyasal, fiziksel ve biyolojik faktörlerin bazıları şu şekildedir (Guyton ve Hall, 2006);

1. Gen mutasyonuna neden olan fiziksel etmenler, genellikle mekanik olarak tahrişe neden olabilecek iritan maddelerin etkinliğiyle ortaya çıkmaktadır. Buna örnek olarak; bazı besinlerin gastrointestinal sistemdeki tahriş edici etkisi sonucu ortaya çıkan, gastrointestinal sistem tümörleri gösterilebilir (Guyton ve Hall, 2006).

2. Mutasyon oluşturma eğilimindeki bazı kimyasal maddelerin kimyasal etkileri sonucu da gen mutasyonları meydana gelebilmektedir. Bu maddelerden çeşitli anilin boyalarının kansere neden olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte sigara; içerdiği kimyasallar nedeniyle, öncelikli kanser etyolojisidir (Guyton ve Hall, 2006).

3. X ışınları, gama ışınları, radyoaktif maddeler ve ultraviyole ışınlarının da kanser oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. Bu ışınlar, doku hücrelerinde yüksek derecede reaktif iyon oluşturup, DNA sarmalını koparma yoluyla gen mutasyonu oluşturur (Guyton ve Hall, 2006).
4. Virüsler; salgıladığı enzimler aracılığıyla DNA ve RNA'nın yapısına etki ederek veya DNA virüslerinin kendilerine ait olan DNA sarmalıyla doğrudan kromozomlara yerleşmesi sonucunda, mutasyona neden olabilirler (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006).
5. Tüm bu etmenlerin yanı sıra birçok vakada gözlenen kalıtsal eğilim, hastalığın meydana gelmesinde etkili olabilmektedir. Kalıtsal eğilimi olan kişilerin, kalıtsal genomlarında bir veya daha fazla mutasyona uğramış gen bulunmaktadır. Bu kişilerde, ek olarak meydana gelen az sayıda gen mutasyonu dahi kansere neden olabilmektedir (Merkle ve Loescher, 2005; Guyton ve Hall, 2006).



Şekil 1: Normal hücre çoğalması ve kanser hücresi çoğalması arasındaki farklar.

2.2. Kanserin Tarihçesi:

Kanserin en eski tanımı, Mısır'da ve yaklaşık M.Ö. 3000'de yapılmıştır. Edwin Smith Papirüsü olarak adlandırılan ve travma cerrahisi ile ilgili eski bir Mısır kitabı parçasının bir kopyasıdır. Burada, ateş matkabı adı verilen bir alet ile tümörler ve göğüs yaraları yakılarak tedavi edildiğine dair 8 vaka açıklanmaktadır. Yazıda, hastalık hakkında, "bir tedavisi yoktur" diye bahsedilmektedir. Discovery News'in haberine göre, Portekiz'in başkenti Lizbon'daki Ulusal Arkeoloji Müzesi'nde muhafaza edilen "M1" adlı mumya üzerinde radyolojik incelemeler yapan uzmanlar, Eski Mısır'da yaşamış 51-60 yaşları arasındaki bir erkeğin "prostat kanseri" nedeniyle "yavaş ve ağrılı" bir ölüm yaşadığını belirlemiştir. M1'in, Mısır'da bilinen en eski ve dünyada ise kayıtlara geçen ikinci en eski prostat kanseri vakası olduğu belirtilmiştir. Bilim insanlarının, daha önce de bir İskit kralının Sibiryaya steplerinde bulunan 2700 yıllık iskeletinde prostat kanserine rastladıkları kayıtlara geçmiştir (<http://gulsenyrmc.blogspot.com.tr/2013/02/kanserin-tarihcesi.html>).

Kanser kelimesinin ise ilk olarak Hipokrat (MÖ 460-377) tarafından kullanıldığına tanık olmaktadır. Hipokrat tümör oluşumlarını tanımlarken "karkinos" veya "karkinoma" kelimelerini kullanmıştır. Bunun da nedeni, bu görünümüleri yengece benzetmesidir. Bildiğiniz gibi, İngilizce de "cancer" kelimesinin bir diğer kelime anlamı da yengeçtir. Yunan tıbbına bakıldığı takdirde, "praeter naturam" denilen anormal patolojik büyüme durumu tümör olarak adlandırılmış olup; yalnızca epitelyal kökeni olan kötü huylu tümörlere kanser denmiştir (Çetin, 2013).

Türk tıp literatürüne baktığımız vakit, kanser hastalığına "seretan" denildiğini görmekteyiz. Örneğin; 1298 yılında Tarsuslu Osman Hayri Efendi adı "Kenzüsihhatül Ebdaniye" olan eserinde tümörü tanımlamaktadır. Yine 1930 yılında İshak bin Murad'ın "Havasüledviye" eserinde kanser tedavisi üzerine bazı önerilere yer vermektedir. 1465 yılında ise, Cerrahiye-i İlhaniye" eserine göz gezdirildiğinde, kanser için tedavi önerisine yer verilmiştir. Hipokrat ve Galen'in kanser üzerine humoral patoloji teorileri Türk tıp tarihinde de bu duruma göre açıklanmıştır (<http://kanseremucadele.blogspot.com.tr/2016/10/kanserin-tarihcesi-hakknda-ksaca-bilgi.html>).

19.yüzyılda kanser üzerine büyük adımlar atılarak önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Kanser gelişimi ve tedavisi üzerine yapılan çalışmalar neticesinde, özellikle İngiltere'de 1802

yılında kanser hakkında çeşitli sorular ortaya atılmıştır. İlk kanser aşısı çalışmaları 1960 yıllarında başlamış olup, kanser türleri ve tedavileri üzerine araştırma ve çalışmalar günümüzde de hız kesmeden devam etmektedir (<http://kanseremucadele.blogspot.com.tr/2016/10/kanserin-tarihcesi-hakknda-ksaca-bilgi.html>).

2.3. Kanserin Epidemiyolojisi:

Kanser, tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan bir sağlık problemidir ve toplum olarak önemli bir sosyoekonomik yüke, bireysel olarak ise maddi-manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Son yayınlanan dünya kanser istatistiklerine göre; kanser, ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir (Ferlay, 2012).

2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkması, yani 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması beklenmektedir. Önümüzdeki yıllarda gelişecek olan kanser vakalarının büyük bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması beklenmektedir (Ferlay, 2012).

Ülkemizde kanser, sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı sorunudur (TÜİK, 2014). Türkiye’de 2014 yılında kanser insidansı yüz binde 210,2’dir. Türkiye’de toplam 163.417 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Son 5 yıl verileri değerlendirildiğinde; hem kadınlarda hem de erkeklerde istatistiksel açıdan kanser sıklığında herhangi bir artış ya da azalış olmadığı söylenebilir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

2.4. Spiritüel Kavramı:

Sağlık bakımının sunumunda kabul edilen en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. Holistik sağlık yaklaşımı, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu ve her bireyin birbirinden farklı olarak çevresi ile birlikte ele alınması esasına dayanır (Biol 2002; İnanç ve ark. 2000; Öz, 2004). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1993). Dolayısıyla bireyin iyilik halinde olması için fiziksel, sosyal, ruhsal sağlığının yanı sıra spiritüel sağlığının da değerlendirilmesi gerekir. Hemşirenin, hastayla en fazla vakit geçiren sağlık profesyoneli olarak, hastanın spiritüel

gereksinimlerine karşı uyanık ve duyarlı olması gerekmektedir (Biol 2002; İnanç ve ark. 2000; Öz, 2004).

Hemşireliği meslek olarak var eden Florence Nightingale, otonomi ve profesyonellik gibi bazı modern hemşirelik değerlerini ortaya çıkarmış, holistik bakış açısına sahip bir düşünürdü. Onun bu düşüncesini, şu ifadeleri açıkça göstermektedir: “Sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir. Hepimizin gözlemlediği fiziksel durum, zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir.” (Hutchinson, 1997).

Spiritüalite, dinin bir parçası, bir boyutu olabilir. Ancak dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılması mümkün olmayacak kadar geniş bir kavramdır. Spiritüel inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da hiçbir bağlantısı olmayabilir. Güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel değerleri vardır. Spiritüel değerler ve inançlar sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları da içerir (Cimete, 2002).

“Spiritüalite” kavramının Türkçe’de tam bir karşılığı yoktur. Karşılık olarak Arapça bir kelime olan “maneviyet” kullanılır. Türk Dil Kurumu’nun sözlüğünde maneviyat; maddi olmayan manevi (görülme, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel) şeyler ya da mecaz olarak yürek gücü, moral anlamına gelir (Adana 2006; Ergül ve Bayık 2004). Spiritüalite, Latince “spiritus”tan gelmektedir; “nefes almak”, “canlı olmak” anlamındadır. Daha geniş tanımıyla “hayatı hissetmek”tir. Spiritüalitenin boyutları literatürde; din, kaygı duyma, umut ve ait olma hisleri olarak tanımlanmıştır. Spiritüel bakım ise, hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları, değerlerini destekleyen tüm bakımlarını içermektedir (Hoeman, 2002). Spiritüel sağlık kavramı, 1960’larda holizm kavramı popüler oluncaya kadar tanımlanmamıştır. Freud, formal dinlerin (inançların) cezalandırıcı olduğunu savunmuş, 1960’lara kadar Jung hariç hiç kimse spiritüalizmi savunmamıştır. Maslow, 1960’lı yıllarda gereksinimler hiyerarşisinde, maneviyat ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir (Potter ve Perry, 1995).

Literatürde spiritualite kavramı birçok kez tanımlanmıştır. Bu tanımlardan bazısı din, bazıları anlam arama üzerine odaklanmıştır (Carroll, 2001). Sessanna ve arkadaşları (2007), spiritulite tanımını dört ana konu etrafında topladığını bildirmektedir. Bunlar; 1)Dini inanç ve değerler sistemi olarak spiritualite (spiritualite=din), 2)Yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişki olarak spiritualite, 3)Dini olmayan değer ve inançlar sistemi olarak spiritualite, 4)Metafiziksel ya da üstünlük fenomeni olarak spiritualite(Şekil 1).



Şekil 2. Hemşirelik ve sağlıkla ilişkili literatürde spiritualite: karmaşık esrarengiz, soyut ve belirsiz bir kavram (Sessanna et al. 2007)

Bash (2004), spiritüaliteyi üç temel yaklaşımla açıklamıştır. Bunlar: 1)Tanrıci olmayan yaklaşım, 2)Tanrıci yaklaşım ve 3)Medya yolu ile yaklaşım (Bash, 2004).

Tanrıci olmayan yaklaşımda, spirütüalite var olmanın özü ve doğuşandır. Bu yaklaşım bireyin kendi üstünlüğünün farkında olmasını sağlar ama kendine odaklanmaktan uzaklaştırarak başkalarının mutluluğuna öncelik vermeyi öne çıkarır.

Tanrıci Yaklaşımda, “üstün güç” vardır. Bu yaklaşımda bireyin yaşadığı ortam ve şartlarda, evrende var olan üstün bir güç/tanrı ile bağlantısı ya da ilişkisi söz konusudur. Spiritualite üstün güç/tanrı ile bireyin ilişkisi sonucunda ortaya çıkan değişim sürecidir.

Medya Yolu İle Yaklaşımda ise; spiritualite laik bir terim olarak tanımlanmakta, dil ve farklı düşünce şekilleri ile üstün güç varlığının sorgulanması yapılmaktadır (Bash, 2004).

Tüm bu görüşlerden de anlaşıldığı gibi spiritüalite kavramının özünü bireyin kendisi, başkaları ve Tanrı/ Ulu Güç, yaşamın anlam ve amacını araştırma, ilgi ya da bağlanmışlık, umut ve inanç gibi öğeler oluşturmaktadır (Yılmaz, 2011). Yılmaz’a göre spiritüaliteyi dört alt boyutta incelemek mümkündür.

1-Yaşam felsefesi: Bireyin yaşamın anlam ve amacını sorgulaması esasına dayanır.

2-Umut: Geleceğe yönelik beklentileri içerir.

3-İnanç-güven: Dini inanç ve uygulamaları sorgular.

4-İlahi güç ve kendi imajı: İlahi güç ve kendisi için sıfat ve sorumluluk paylaşımıdır (Yılmaz, 2011).

2.5. Spiritüalitenin Yaşam Dönemlerine Göre Gelişimi:

Bebeklik döneminde kişinin spiritüel gereksinimi sevgi ve güven duygularını içerir. Spiritüel kimliği, davranışlarını etkilemez. Dua etme hareketi görülebilir, ancak bu sadece ebeveyni taklit davranışdır (Elkins, 2004).

Çocukluk döneminde spiritüel gereksinimler, çocuğun gelişim aşamalarına göre farklılık gösterir. Okul öncesi çocuklar, doğru ile yanlışın ayırımına varabilirler. Bu dönemde ebeveynin de etkisiyle ibadete başlayabilirler ve bunu anlamını sorgulayarak yaparlar. Bir önceki dönemde güven duygusunu geliştirmiş olması, okul önceki dönemde Tanrı/Allah'a güveni ile devam eder (Elkins, 2004).

Okul çağı çocuğu spiritüalite hakkında merak ettiği soruları sorar, araştırır, öğrenir. İnancı oluşmuştur, ibadetlerine ya da uygulamalarına cevap bekler. Ceza ve ödül bekleyişi vardır. Hayatını etkileyen kayıp gibi olayları fark eder, spiritüel gücüne göre baş etme yolu bulur ya da çekingenlik, okul başarısında düşme, içe kapanma gibi tepkiler verir (Elkins, 2004).

Adölesanlar, spiritüel konularda kararlarını verirler. Dini inanç ve uygulamalarını bu dönemde sorgulayabilirler. Gerçekçidirler. Örneğin, her dualarının kabul görmeyeceğini bilirler. Kayıp gibi durumlara tepkileri büyük olur, ümitsizlik yaşayabilirler (Elkins, 2004).

Genç yetişkinler, kendi spiritüel gereksinimlerinden çok çocuklarının manevi sorularıyla karşı karşıyadırlar. Çocuklarının din ve maneviyatla ilgili sorularına maruz kalırlar. Spiritüel uygulamadan çok düşünme ve sorgulamayla meşguldürler. Orta yaş yetişkinler uygulamalara daha fazla vakit ayırabilirler ve çocuklarına uygulamalarını öğretirler. Daha yaşlı yetişkinler ise spiritüel değerlerine tam anlamıyla sarılırlar ve uygulamalara zaman ayırırlar. Manevi değerleri kuvvetli bir yetişkinin çocuğu, erken yaşta spiritüel değerlerle tanışır, farkına varır. Manevi değerleri zayıf yetişkinlerin çocuklarının spiritüel yönleri gelişebilir ancak dini yönü zayıf olabilir. Spiritüel gelişimi aileye bağlılık, doğanın farkında olma ya da büyük bir güç desteklemiş olabilir (Elkins, 2004).

2.6. Kanserli Hastaya Spiritüel Bakım ve Hemşirelik Süreci :

Govier'e göre, spiritüel bakım; hayatın anlamı (Reason), hayatı güzelleştirme (Reflection), değerler ve inançlar (Religion), sevgi/güven/umut ilişkisi (Relationship) ve fiziksel bakıma pozitif etki(Restoration) olmak üzere beş alt boyutta tanımlanmaktadır. Spiritüel bakımın bu beş alt boyutu, spiritüel tanılamayı kolaylaştırmaktadır. Tüm bu alt boyutlar incelendiğinde,

spiritüel bakımın ertelenebilir ya da önemsiz olduğu değil, aksine, hastaların fizyolojik ya da psikolojik bakımları kadar gerekli bir kavram olduğu sonucuna varılabilir (Govier, 2000).

Spiritulite kişinin yaşadığı toplum şartlarında gelişmektedir. Bu yüzden kişiler yaşadıkları şartlar ve çevreye göre farklı spiritual bakış açısı kazanabilir. Birey yaşadığı çevrede diğer kişilerle kurduğu ilişki ile başkalarına sevgi gösterme ve sevgi görme, bağışlanma, dokunma, güven ilişkisi kurma gibi spiritual gereksinimini karşılar (Dyson et al. 1997). Kavramın merkezinde bireyin yaşamının anlamı ve amacını geliştirme bulunmaktadır (Ledger 2005). Yaşamın anlamı evrensel bir gereksinimdir, yaşam için temeldir ve anlamın eksikliği boşluk ve umutsuzluk duygularıyla bireyi spiritual distrese sokabilir. Bu nedenle “yaşamın anlam ve amacı“ spiritualitede yer alan kritik özellikler olup yaşama bir neden ve değer veren durum ve ilişkileri araştırmayı içeren oldukça önemli kavramlardır (Chung et al. 2007, Dyson et al. 1997). Hastalıklar, acı çekme ve ölüm gibi bireyin zorlandığı durumlar kişisel anlam sistemine tehdit olarak algılanmaktadır. Birey böyle durumlarda anlam ve huzur bulabiliyorsa hastalığın şiddeti sorun oluşturmamaktadır. Ancak anlam bulamazsa yaşamının tüm alanları etkilenebilir ve spiritual distres yaşayabilir. Bu nedenle kişinin stresle baş etme yeteneği ve kendisi ile barışık olması yaşamın anlamını bulma yeteneğini etkilemektedir. (Dyson et al. 1997). Spiritüel uygulamalar bireyin kendisini daha güçlü hissetmesini sağlamaktadır (Como 2007).

İnsanın spiritüel boyutu düşünüldüğünde buna yönelik bakım için sadece din görevlisinden yardım beklenmesi son derece yanlıştır. Spiritüel boyut, sadece dini inançları içermez. Bunun yanında hayatın anlam ve amacını kavramayı sağlayan hisleri de içerir (Çelik ve ark, 2013). Hemşirelik bakımında spiritüel boyutun ele alınması ve hemşirelerin bu konuya dikkatinin çekilmesi çok önemlidir. Spiritüel bakım, hemşirelik bakımının önemli bir tamamlayıcısıdır. Hemşireler, bireylerin spiritüel inançlarını, uygulamalarını tanımalı ve bireyselleştirilmiş spiritüel bakım sunmalıdırlar (Uğurlu, 2014).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden, hayata farklı anlamlar yükleyen ve kriz yaşatan hastalıklar bireyde ve aile üyelerinde çoğu zaman spiritüel sıkıntılar yaşatmakta, yaşamın anlamı ve ölüm sorgulanmaktadır. Bu durum ise hastalığa uyumu zorlaştırmakta, tedaviyi güçleştirmekte, hasta ve ailesinin yardım alma gereksinimini artırmaktadır (Taylor, 2003). Kanser tanısı almak, bireylerin yaşam felsefesini değiştiren, rollerini ve hedeflerini yeniden tanımlayan bir olgudur. Cotton ve arkadaşları tarafından, manevi boyutu güçlü olan kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük, sağlık alışkanlıklarının daha iyi, umut ve

yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Cotton, 1999). Feher ve Mally (1999), yaşlı meme kanseri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sosyal ve duygusal destek ve maneviyatın hastalıkla baş etme sürecinde etkili olduğunu belirtmiştir (Feher SN, Maly RC, 1999). Chibnall ve arkadaşları (2002), kanser, kalp yetmezliği, ciddi akciğer hastalıkları, karaciğer yetmezliği ve böbrek yetmezliği gibi yaşamı tehdit edici hastalıkları olan hastalarla, sosyodemografik özellikler, hastalık, bakım, psikososyal-spiritüel faktörler ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Çalışmalarında, spiritüel boyut ve ölüm anksiyetesi arasında negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir (Chibnall ve ark., 2002).

İlerlemiş kanseri olan hastaların spiritüel gereksinimleri, kanserin erken evresindeki hastalardan daha ciddidir. İleri evre kanser hastalarında spiritüel gereksinim oranı %72 olarak bulunmuş ve sağlık hizmetinde spiritüel ihtiyaçların çok az desteklendiği bildirilmiştir. Bu hastaların spiritüel gereksinimleri arasında ailesi ile birlikte olmak (%80.2), sık sık dua etmek (%50) yer almaktadır. Hastaların %26'sı en az bir karşılanmamış spiritüel gereksinim belirtmiştir. Dini törenlere katılmak (%21.1) en sık karşılanmayan spiritüel gereksinim olarak saptanmıştır (Balboni, 2007). Hsiao ve ark. (2010) yaptıkları yarı yapılandırılmış görüşmede hastaların en sık belirttiği dört spiritüel gereksinim olarak; hayatta kalmak için umut besleme ve huzurlu bir zihne sahip olma (%88), hayata anlam verebilme ve onurunu koruyabilme (%88), daha fazla karşılıklı insan sevgisi deneyimlemek(%100), huzurlu ölüm için yardım alma (%85) gereksinimlerini saptamışlardır (Lin, 2003). Spiritüel boyutun kanser, inme, böbrek yetmezliği, siroz gibi kronik hastalıklar, miyokard infarktüsü ve cerrahiye bağlı stres yaşayan hastalarda öne çıkmasının nedeni bireylerin hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım etmesidir (Kostak 2007; Seybond ve Hill, 2001). Akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluğun yaşandığı zamanlarda hemşirelerin bireyin kaygılarını dinlemesi, empati yapması gibi spiritüel bakım girişimlerini planlaması hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı (Carpenter ve ark, 2008), fizyolojik, psikolojik, mental rahatlığı ve iletişimi artırdığı için iyileşme üzerinde olumlu etkilerinin bulunduğu (Seybold ve Hill, 2001; Wong ve Yau, 2009), bireyin kendini güçlü hissetme duygusunu, hastalıklarla baş etme stratejilerini ve yaşam kalitesini artırmasından dolayı zor zamanlarda adaptasyonun önemli bir parçası olduğu bildirilmektedir (McEwen, 2005; Como 2007).

Literatürde, hemşireliğin amacını Virginia Henderson bireyi temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olarak tanımlamış; bu temel gereksinimlerin fizyolojik,

psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entellektüel alanlardan oluştuğunu ifade ederek 14 temel gereksinim belirlemiştir. Bunlardan birisi “İnançları doğrultusunda ibadet etme” gereksinimidir (Henderson, 1978). Amerika Birleşik Devletlerinde pek çok ruh sağlığı organizasyonu hastanın dinsel ve manevi gereksinimlerini ve düşüncelerini desteklemiştir. Spiritüel bakım, 1994 yılından bu yana Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association) (ANA) tarafından “Psikiyatrik Ruh Sağlığı Klinik Uygulama Standartları”na yerleştirilmiş; hemşirelik tanılarını sınıflandıran North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), spiritüel tanılarını, spiritüel distres (spiritüel sıkıntı- manevi sıkıntı) sınıflandırması altında ele almıştır. Spiritüel distresi ise, “Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç veya değer sisteminde bir bozukluk riski olan ya da bunu deneyimleyen birey ya da grupta görülen durumdur.” şeklinde tanımlamıştır (Biol, 2002).

Birçok hasta, spiritüel gereksinimleri ile ilgili konuşmaktan çekinmektedir. Bu durumda hemşire, hastanın sorduğu soruları dikkatle dinlemeli, iyi gözlem yapmalı ve ipuçlarını yakalayıp değerlendirmelidir. Klinik değerlendirmede spiritüel gereksinimlerin saptanabilmesi için bireyin/ hastanın duyguları, tutumları, davranışları, sözel ve sözel olmayan iletişimi ve çevresine ilgisi çok iyi bir şekilde gözlenmelidir (Uğurlu, 2014; Öz, 2004).

Spiritüel Bakım ve Hemşirelik Süreci

Spiritüel gereksinimlerin belirlenmesinde hemşirenin izlemesi gereken adımlar şunlardır:

- Bireyin spiritüel yönelimlerine ilişkin ifadeleri dikkatle dinlenilmelidir (örn; dua etme, dini mekânlar, dini liderler hakkında konuşması...)
- Spiritüel endişelerin/kaygıların belirtileri değerlendirilmelidir (örn; cesaretsizlik, anksiyete, manevi uygulamalara katılmakta güçsüzlük/ yetersizlik, Büyük Güç/ Tanrı ile ilgili endişelerin ifade edilmesi...),
- Bireyin spiritüel sıkıntı belirtileri değerlendirilmelidir (ör; ağlama, suçluluk ifadesi, sağlık çalışanlarına, aileye, Tanrı'ya karşı öfke, yaşamın anlamını ve amacını kaybetme...),
- Bireyin spiritüel umutsuzluğunun belirtileri (ör; umudu kaybetme, sevdiği kişilerle görüşmeyi reddetme, tedaviye katılmayı reddetme...) değerlendirilmelidir,
- Hemşire bireyin spiritüel gereksinimlerini değerlendirdikten sonra farmakolojik ya da psikiyatrik girişim gerektirebilecek durumları doktora haber vermelidir.

- Spiritüel kaygı, sıkıntı, umutsuzluk durumlarında gerekirse ya da kişiler isterse, psikolog ya da din adamından yardım istenebilir.
- Doktor notları, psikolog ya da din adamlarının yorumları, hemşire gözlemine kaydedilmelidir (Yılmaz, 2011; Uğurlu, 2014).

Hemşirenin spiritüel gereksinimleri giderebilmek için uygulayabileceği genel girişimler;

- Birey aktif dinlenmeli, empati kurulmalıdır.
- Bireyin inanışları olduğu gibi kabul edilmelidir.
- Objektif olunmalıdır.
- Bireylerin olaylara yüklediği anlamlar belirlenmelidir. Örneğin, hastalığı Tanrı'nın cezalandırması olarak gören kişi tedaviye ilişkin düzenlemelere uyum sağlamayabilir.
- Bireyin dini yaptırımlarını karşılamasına yardım edilmelidir.
- Birey istiyorsa dua okumasına izin verilmelidir.
- Uygulamaları için gerektiği kadar sessizlik ve mahremiyet sağlanmalıdır.
- Dua ve meditasyonun gizliliği için güvence verilmeli, hastada yarattığı değişimler gözlenmelidir.
- Bireyin dini objelerinin kaybolması ve zarar görmesi önlenmelidir.
- Bireylere hastanede dini gereksinimlerin karşılaması için uygun ortam gösterilmelidir.
- Bazı uygulamalar diğer hastaları rahatsız ediyorsa uygun bir çözüm getirilmelidir.
- Hemşire, hastanın manevi gereksinimlerine yardım ederken gelebilecek isteklerden rahatsız olursa, bu rahatsızlık dile getirilmelidir. Bireyin inanışlarına saygı duymak ve bunu destekleyici ilişkilerle sürdürmek önemlidir.
- Hemşire, hastanın spiritüel inanışları ve tıbbi tedavisi arasında bir çatışma olduğunu belirlerse, hasta bu çatışmalarla ilgili konuşma ve alternatif tedavileri kullanma konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Acil bir durumda, bireyin inancına ters düşen tıbbi bir tedavi seçildiyse, hemşire, bireyin buna reaksiyon (kızgınlık, depresyon, korku, bakım kabulünü reddetme) gösterebileceğini tahmin etmeli ve bununla baş edebilmesi için desteklemelidir (Kostak, 2007; Yılmaz, 2011).

Verdiği diğer bakımlarda olduğu gibi, spiritüel bakımda da, hemşire değerlendirme yapmalıdır. Değerlendirme aşamasında verdiği spiritüel bakımın etkili olduğunu; hastanın spiritüel gereksinimlerinin karşılandığını onaylaması, hastanın bulunduğu durumu ve olayları kabul etmesi, kendisini psikolojik olarak daha iyi hissettiğini belirtmesi, tedaviye uyumunun

artması gibi sonuçlardan çıkarabilir. Hemşire verdiği bakımın etkili olmadığı sonucuna varırsa farklı hemşirelik girişimleri ile bakımını sürdürmelidir (Bayık 2004; Uğurlu, 2014).

İnsanın holistik yaklaşımla ele alınmasını gerektiren hemşirelik mesleğinde, spiritüel boyutun ve bu alandaki gereksinimlerinin doğru belirlenmesi ve bireyin fiziksel bakımının spiritüel bakımla uyum içinde verilmesi gerekmektedir. Sağlık sistemi içinde ekibin 24 saat hizmet veren üyesi olarak hemşirenin bu konudaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması zorunludur. Bakım verdiği hastayı ağlama, çaresizlik, suçluluk ifadesi, uyku bozuklukları, sağlık personeline, aileye, Tanrıya karşı öfke, neden acı çektiğini sorma, tedaviyi reddetme (McEwen, 2005; Khorsid ve Arslan 2006), yaşamın anlamı, ölüm ve acı çekmeyi sorgulaması, cesaretsizlik veya umutsuzluk (McEwen, 2005; Çetinkaya ve ark, 2007), anksiyete ve ya içe kapanma gibi emosyonel yada davranışsal ipuçlarını değerlendirmesi ve bu alana özgü gereksinimleri doğru saptayabilmesi, hemşirenin uygun müdahaleleri planlayabilmesi açısından oldukça önemlidir (Seyedrasooly ve ark, 2014).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelerin spiritualite kavramına ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ve spiritualiteyi dini gereksinimler olarak görme eğiliminde oldukları görülmüştür (Yılmaz ve Okyay, 2009; Kostak ve ark, 2010). Bu nedenle hemşirelerin hastanın spiritüel ve dini gereksinimlerine yönelik bakım verebilmesi için eğitimleri sırasında bu konuda yeterli bilgi verilmesi önemlidir. Böylece hemşirenin din ve spiritualite kavramı arasındaki farkı daha iyi anlaması ve spiritüel bakım vermesi sağlanabilir (Narayanasamy, 1999). Türkiye’de spiritualite kavramına yönelik yeterli çalışma bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının spiritualite ile ilgili görüşleri (Kostak ve ark, 2010) ve bakım verenin spiritüel gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalara (Sülü, 2006) ulaşılmış fakat kanser hastalarının spiritüel gereksinimlerinin tanılandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Özellikle kanser gibi uzun dönem bir hastalığa sahip olan bireylerin spiritüel gereksinimlerinin değerlendirilmesi, uygun girişimlerin planlanması ve gerekli sistem yapılandırılmasının sağlanabilmesi için hastaların spiritüel gereksinimlerinin öncelikle tanınması gereklidir. Bu çalışma ile kanserli hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine dikkat çekilmesi ve bunu hastanın holistik bakımının bir parçası olarak hayata geçirilmesi için gerekli girişimlerin yapılandırılmasında temel olması amaçlanmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, literatür tarama ile Mart 2015'te başlamış; Ağustos 2018'de tez savunmasıyla sonlanmıştır. Tez uygulaması Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Servisi'nde "Eylül 2016- Mart 2017" tarihleri arasında anket doldurma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Servisinde yatan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Eylül 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yukarıda belirtilen kliniklerde yatan ve seçilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Verilerin toplanacağı bölümlerdeki kriterlere uyan hasta sayısı öngörülemediği için örneklem gücü %80'e ulaşıncaya kadar veriler toplanmaya devam edilmiştir. Araştırmaya seçilme kriterleri; kemoterapi, radyoterapi veya diğer destek tedaviler için hastaneye yatması, 18 yaş üstü olması, son 1 yıldır kanser tanısı almış ve tanısını biliyor olması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınmama kriterleri olarak; 1 yıldan daha az süre önce kanser tanısı almış olması, gebelik/ yada laktasyon durumu bulunması, ciddi suicidal riski bulunması, en az 6 haftadır psikotik/ antidepresan ilaç kullanması, beyin metastazı olması, kooperasyonu iyi olmaması, iletişimi kısıtlı olması, tanısını bilmemesi ve çalışmaya katılmayı kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmamızda materyal olarak yalnızca anket kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Kanserli hastaların spiritüel iyilik hali puanları ve spiritüel bakım gereksinimleri

Bağımsız değişkenler: Kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, kanser tipi, evresi, tedavi şekli, ECOG performans skoru vs...)

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri araştırmacının geliştirdiği “Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu” (EK-1) ve ECOG Performans Skalası (EK-2) kullanılarak toplanmıştır.

EK-1: Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu: Anket formu, araştırmacı tarafından literatür desteği alınarak hazırlanmıştır (Seyedrasooly, 2014; Amy, 2002; Kostak, 2007; Yılmaz, 2011). Anket formu, hastanın demografik verileri, ECOG performans skoru, spiritüel iyilik durumu ve bakım gereksinimlerini içeren kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket soruları hazırlanırken spiritüel bakımın dört alt boyutu sorgulanmış, ancak sorular karışık olarak sorulmuştur. 1,3,8,11,18 nolu sorular yaşam felsefesi alt boyutu içinde; 2,7,9,15 nolu sorular umut alt boyutu içinde; 4,5,12,13,14 nolu sorular inanç-güven alt boyutu içinde; 6,10,16,17 nolu sorular ise ilahi güç ve kendi imajı alt boyutu içinde yer almaktadır. Uygulamaya başlamadan önce 9 uzman görüşü alınmış, uzmanlar arası uyum 0,89 olarak saptanmıştır. Görüş alınması uygun olan uzmanlar kanser hastasıyla çalışmaları bulunan 3 uzman hemşire,5 öğretim üyesi ile bir doktordan oluşmaktadır. Uzmanlardan gelen geribildirimler doğrultusunda maddeler doğrulanmış ya da düzenlemeler yapılarak ankete son hali verilmiştir. Anketin tahmini doldurma süresi 20 dakika olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	İfade Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
Spiritüel İyilik Düzeyi	18	0.91
Alt boyutları		
Yaşam Felsefesi	5	0.81
Umut	4	0.85
İnanç ve Güven	5	0.60
İlahi Güç	4	0.56

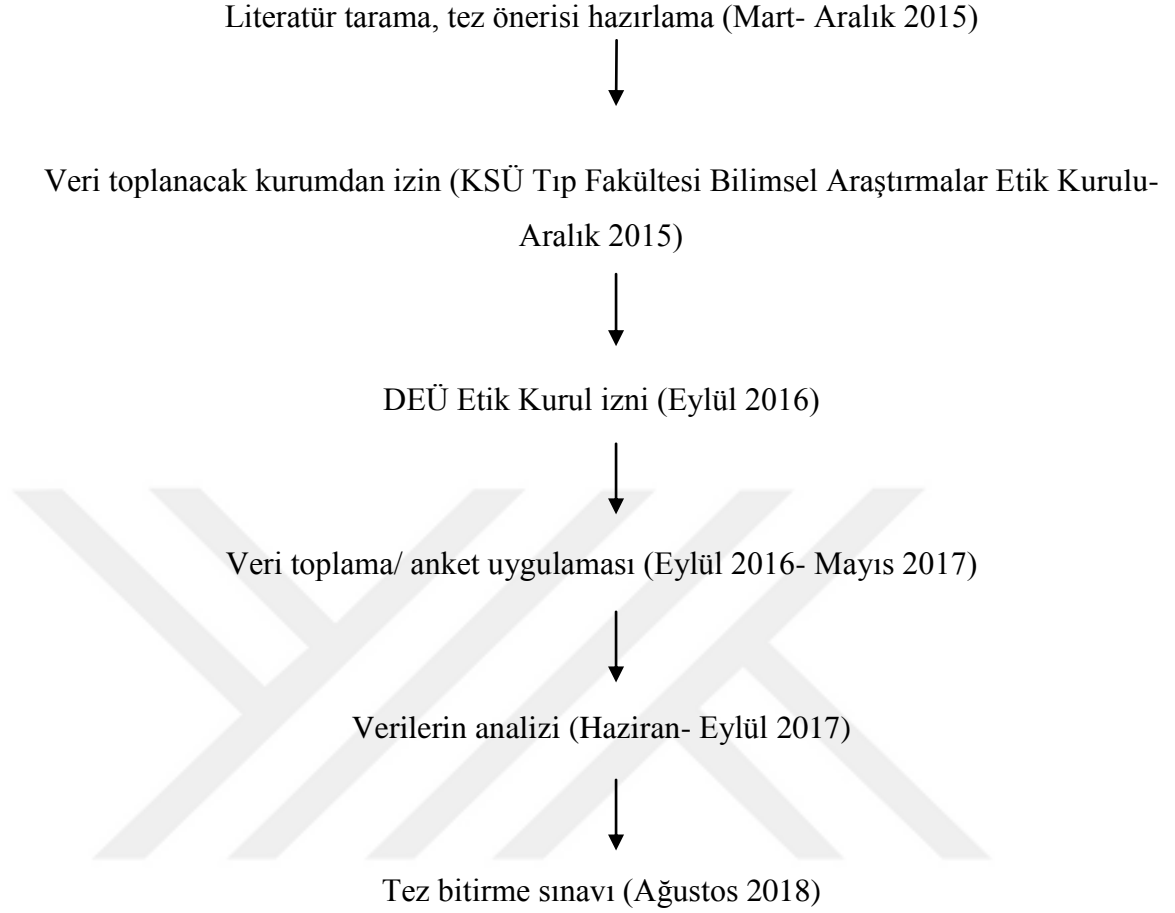
Anket formunda yer alan katılımcıların güvenilirlik katsayıları yaşam felsefesi boyutunda 0.81, umut boyutunda 0.85, inanç ve güven boyutunda 0.60, ilahi güç boyutunda 0.56 ve spiritüel düzeyinde 0.91 güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Spiritüel düzeyi yüksek bir güvenilirliğe sahiptir. Güvenilirlik katsayısı 0.56-0.91 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu durum bize, ankette yer alan sorulara yanıtların tutarlı olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırmada Korkut-Owen, Doğan, Demirbaş-Çelik ve Owen (2016) tarafından geliştirilen iyilik hali yıldızı ölçeği (İHYÖ) iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal olarak beş alt boyut belirlenmiş, alt boyutların iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0.79; 0.77; 0.63; 0.57 ve 0.71 olarak elde edilmiştir. Bu sonuçlar, geliştirilen İHYÖ'nin kullanılabilirliğini göstermektedir (Korkut-Owen ve ark., 2017).

(EK-2): ECOG Performans Skalası:

ECOG Performans Skalası, hastanın fonksiyonel durumunu değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Ölçek, şu anda ECOG-ACRIN Kanser Araştırma Grubu'nun bir parçası olan ve 1982'de yayınlanmış olan Doğu Kooperatif Onkoloji Grubu (ECOG) tarafından geliştirilmiştir. Kanser klinik araştırmalarını tasarlayan ve değerlendiren araştırmacılar arasında standardizasyonu sağlamak açısından uygundur. 0-5 arası puan verilir. 0 puan, çok iyi sağlık durumuna; 5 puan ise ölüme işaret eder.

- 0-Asemptomatik (tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir.)
- 1-Semptomatik fakat tamamen ayakta (zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri.)
- 2-Semptomatik, %50'den daha az yatakta (ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir.)
- 3-Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'den fazlasında yatakta.)
- 4-Yatalak (kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalyeye ve ya yatağa bağımlı.)
- 5-Ölüm (<http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>).

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Anket ve alt boyutları normal dağılmadığından dolayı non parametrik testler kullanılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, kanser tipi, tanı/hastalık süresi, kronik hastalık durumu, hastalıkla birlikte manevi gereksinim değişim durumu, manevi değeri sağlık personeliyle paylaşım ile spiritüalite düzeyi ve alt boyutları arasında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Eğitim durumu, kanser evresi, şu anda aldığı tedavi şekli, son bir yılda hastanede yatma sayısı, ECOG performans skoru, tedavi etkisi, aile desteği, manevi gereksinimler ile spiritüalite düzeyi ve alt boyutları arasında Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Anket

puanlarında ilişkiyi irdelemek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis H testi analizi uygulanmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Anketlerin güvenilirliğini test etmek amacıyla ‘‘Güvenilirlik Analizi’’ yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin toplandığı dönemde, araştırmanın yürütüldüğü hastanede geçici bir süre onkolog bulunmaması nedeniyle örneklem sayısı kısıtlı kalmıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eyll Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı’ndan (EK-3) ve araştırmanın yürütüldüğü Kahramanmaraş Stc İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi’nden de etik kurul onayı (EK-4) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde bulgular; hastaların sosyo demografik özellikleri ile ilgili bulguları, hastaların spiritüel iyilik durumlarını tanılama soruları ile ilgili bulguları, hastaların sosyo demografik özellikleri ile spiritüel iyilik durumları karşılaştırma bulguları, hastaların tedavi, aile desteği ve manevi gereksinimleri ile spiritüel iyilik durumları karşılaştırma bulguları ve hastaların manevi gereksinimlerini sağlık personeli ile paylaşma durumu ile ilgili bulguları olmak üzere beş başlık altında incelenmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulguları

Anket sonuçlarına göre hastaların sosyodemografik özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri

Tanımcı Özellikler	Sayı(n)	Min-Max	X±SD
Tanısını bilme süresi	100	0.50-20	1.76±2.93
Yaş	100	20-88	60.51±13.56
Yaş Grupları	Sayı(n)	Yüzde(%)	
20-55	25	25.0	
56-70	33	33.0	
71-88	42	42.0	
Cinsiyet			
Kadın	36	36.0	
Erkek	64	64.0	
Medeni Durum			
Evli	86	86.0	
Bekar	14	14.0	
Eğitim Durumu			
İlkokul	76	76.0	
Ortaokul	10	10.0	
Lise	9	9.0	
Üniversite/yüksekokul	5	5.0	
Çalışma Durumu			
Evet	5	5.0	
Hayır	95	95.0	
Kanser Tipi			
Hematoloji	14	14.0	
Onkoloji	86	86.0	
Kanserin Evresi			

Evre 2	15	15.0	
Evre 3	17	17.0	
Evre 4	68	68.0	
Aldığı Tedavi Şekli			
KT	34	34.0	
RT	14	14.0	
Cerrahi	7	7.0	
Semptomatik tedavi (beslenme bozukluğu, anemi, trombositopeni gibi nedenler)	41	41.0	
Diğer (hormon terapi, biyolojik terapi vs...)	4	4.0	
Tanı Alma Süresi			
1-5 yıl	94	94.0	
6 yıl ve üzeri	6	6.0	
Kronik Hastalık Varlığı			
Var	51	51.0	
Yok	49	49.0	
Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu			
1-5 kez	61	61.0	
6-10 kez	32	32.0	
11 kez ve üzeri	7	7.0	
ECOG Performans Skoru			
0	12	12.0	
1	19	19.0	
2	35	35.0	
3	22	22.0	
4	12	12.0	

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %64.0’ünün erkek ve yaş ortalamalarının 60.51±13.56 arasında ve %42.0’nin 71 ile 88 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Hastalığının olduğunu bilme durumu ortalamasının 1.76±2.93 arasında olduğu, %86.0’nin evli, %76.0’nin ilkökul mezunu, %95.0’nin çalışmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kanserli hastaların kanser tipinin %86.0’sının onkoloji olmakla beraber kanser evresinin %68.0’inin evre 4 olduğu bulunmuştur. Hastaların şu an aldığı tedavi incelendiğinde %41.0’inin semptomatik tedavi aldığı, %94.0’ünün tanı süresinin 1-5 yıl olduğu, %51.0’inde başka bir kronik hastalığın olduğu, %61.0’inin son bir yıl içinde 1-5 kez hastaneye yattığı saptanmıştır. Kanserli hastaların ECOG performans skorları incelendiğinde %35.0 ile en yüksek skorun 2 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Hastaların tedavilerinin etkisi, aile desteği ve manevi gereksinimleriyle ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastanın Tedavisi ve Spiritüel Gereksinimleri Hakkındaki Düşünceleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tedavinizin Etkisi		
Düşük	18	18.0
Orta	49	49.0
Yüksek	33	33.0
Aile Desteği		
Kötü	3	3.0
Orta	11	11.0
İyi	86	86.0
Tanıyla Birlikte Spiritüel Gereksinim Değişme Durumu		
Evet	34	34.0
Hayır	66	66.0
Spiritüel Gereksinimleri		
Dua etmek	39	39.0
İbadet etmek	38	28.0
Diğer	23	23.0
Spiritüel Gereksinimlerini Sağlık Personeliyle Paylaşma Durumu		
Evet	15	15,0
Hayır	85	85,0
Toplam	100	100.0

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınan hastaların hastanın tedavisi ve spiritüel gereksinimleri hakkındaki düşünceleri yer almaktadır.

Hastaların kendilerine uygulanan tedavilerin etkisini nasıl değerlendirdiği incelendiğinde; %49.0'unun tedavinin orta düzeyde etkili olduğunu düşündüğü, %86.0'sının aile desteğinin iyi olduğu, %66.0'sının ise tanıyla birlikle manevi gereksinimlerinin her zaman için aynı olduğu, manevi gereksinim olarak %39.0'unun dua ettiğini, %85.0'inin sağlık personelleri ile herhangi bir manevi gereksinim paylaşımı yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

4.2. Hastaların Spritüel İyilik Durumlarını Tanılama ile İlgili Bulgular

Hastaların spiritüel iyilik durumlarını tanılamak için sorulan sorulara verdikleri cevaplar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların Spritüel İyilik Durumlarını Tanılama Sorularının Sayı ve Yüzdeler Dağılımları

Spritüel İyilik Durumları Tanılama Soruları	Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılıyorum		X±SD
	S	%	S	%	S	%	
Yaşamın, benim için bir anlamı var	7	7.0	11	11.0	82	82.0	2.75±0.58
Geleceğe umutla bakıyorum	12	12.0	19	19.0	69	69.0	2.57±0.70
Hastalığım yaşama bağlanmamı engelliyor	52	52.0	26	26.0	22	22.0	2.30±0.81
Büyük bir gücün (Tanrı, Allah, ruh vs.) varlığına inanıyorum	0	0.0	0	0.0	100	100.0	3.00±0.00
İnancıma göre manevi uygulamalarım var (dua etmek, meditasyon, yoga vs.)	1	1.0	3	3.0	96	96.0	2.95±0.26
Yaşadıklarımda benim kararlarım etkili olmuştur	36	36.0	22	22.0	42	42.0	2.06±0.89
İyimser bir kişiliğe sahibim	5	5.0	15	15.0	80	80.0	2.75±0.54
Yaşadıklarımın olumlu bir deneyim olduğuna inanıyorum	8	8.0	15	15.0	77	77.0	2.69±0.62
Hastalığım ne olursa olsun her şeyin iyi olacağına inanıyorum	12	12.0	31	31.0	57	57.0	2.45±0.70
Hastalığımın, bana verilen bir ceza olduğunu düşünüyorum	62	62.0	28	28.0	10	10.0	2.52±0.67
Hastalığımda sıkıntı hissetmiyorum	28	28.0	47	47.0	25	25.0	1.97±0.73
İnançlarım ve uygulamalarım stresli durumlarda rahatlamamı sağlıyor	2	2.0	15	15.0	83	83.0	2.81±0.44
Hastalığım manevi yönümü kuvvetlendirdi	29	29.0	20	20.0	51	51.0	2.22±0.87

Hastalık sürecinde Allah/Tanrı'nın beni desteklediğini düşünüyorum	2	2.0	17	17.0	81	81.0	2.79±0.46
Kötümser bir kişiliğe sahibim	77	77.0	22	22.0	1	1.0	2.76±0.45
Yaşayacaklarım üzerinde kontrolümün olduğunu düşünüyorum	37	37.0	29	29.0	34	34.0	1.97±0.85
Allah/Tanrı'nın beni daima koruduğunu düşünüyorum	3	3.0	12	12.0	85	85.0	2.82±0.46
Hayattan zevk alıyorum	25	25.0	38	38.0	37	37.0	2.12±0.78

Tablo 4'te araştırmaya katılan kanser hastalarının spiritüel iyilik durumlarını tanılayan sorulara verdikleri yanıtlar aşağıda incelenmiştir.

“Yaşamın, benim için bir anlamı var” ifadesine hastaların %82.0'si, “Geleceğe umutla bakıyorum” ifadesine %69.0'u, katılıyorum yanıtını vermiştir. “Hastalığım yaşama bağlanmamı engelliyor” ifadesine hastaların %52.0'si katılmıyorum yanıtını verirken, “Büyük bir gücün (Tanrı, Allah, ruh vs.) varlığına inanıyorum” ifadesine ise hastaların tamamının katılıyorum cevabını verdiği saptanmıştır. “İnancıma göre manevi uygulamalarım var (dua etmek, meditasyon, yoga vs.)” ifadesine hastaların %96.0'ı katılıyorum derken, “İyimser bir kişiliğe sahibim” ifadesine %80.0'i katılıyorum yanıtını vermiştir. “Yaşadıklarımın olumlu bir deneyim olduğuna inanıyorum” ifadesine %77.0'si, “İnançlarım ve uygulamalarım stresli durumlarda rahatlamamı sağlıyor” ifadesine %83.0'ı katılıyorum yanıtını verdikleri saptanmıştır. “Hastalık sürecinde Allah/Tanrı'nın beni desteklediğini düşünüyorum” ifadesine %81.0'ı katılıyorum yanıtını verdikleri tespit edilmiştir. “Kötümser bir kişiliğe sahibim” ifadesine %77.0'ı katılmıyorum, “Allah/Tanrı'nın beni daima koruduğunu düşünüyorum” ifadesine %85.0'ı katılıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 5. Hastaların Spiritüel İyilik Durumu Anketi Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	X	SD
Spiritüel İyilik Durumu	2.53	0.40
Alt Boyutlar		
Yaşam Felsefesi	2.37	0.53
Umut	2.63	0.51
İnanç ve Güven	2.75	0.31
İlahi Güç	2.34	0.48

Tablo 5’te Spiritüel İyilik Durumu anketi ve alt boyutları düzeyinin kesme noktası belirlenmesi için yapılan ROC analizi sonucunda; duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen puan ortalaması, 2.47 kesme noktası olarak belirlenmiştir. Spiritüel iyilik düzeyinin ortalama 2.47 altında olanlar düşük seviyeye, 2.47 puan ortalamasından yüksek olanlar yüksek spiritüel iyilik düzeyine sahiptir. Spiritüel İyilik Durumu anketi ve alt boyutları değerlendirildiğinde; “Yaşam Felsefesi” 2.37 ortalama ile düşük düzeye, “Umut” boyutu 2.63 ile yüksek düzeye, “ İnanç ve Güven” boyutu 2.75 ile yüksek düzeye, “İlahi Güç” boyutu 2.34 ile düşük düzeye, genel olarak “Spiritüel İyilik Durumu” ise 2.53 ile yüksek düzeye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 5).

4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Spiritüel iyilik Durumları Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular

Yaşam felsefesi, umut, inanç ve güven, ilahi güç alt boyutlarının cinsiyete göre sayı ve yüzdeleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Hastaların Cinsiyeti İle Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Cinsiyet		Sıra Ort. U	z	p	
	Durumu	n				
Yaşam Felsefesi	Kadın	36	53.26	1052.500	-0.722	0.470
	Erkek	64	53.26			
Umut	Kadın	36	50.53	1151.000	-0.008	0.994
	Erkek	64	50.48			
İnanç ve Güven	Kadın	36	55.74	963.500	-1.459	0.145
	Erkek	64	47.55			
İlahi güç	Kadın	36	48.68	1086.500	-0.478	0.633
	Erkek	64	51.52			
Spiritüalite Düzeyi	Kadın	36	51.65	1110.500	-0.299	0.765
	Erkek	64	49.85			
	Toplam	100				

Tablo 6'da hastaların cinsiyeti ile spiritüel iyilik durumları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel açıdan aralarında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkeklerin spiritüel iyilik durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Medeni Durum İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Medeni		Sıra Ort. U	Z	p	
	Durumu	n				
Yaşam Felsefesi	Evli	86	50.88	569.500	-0.326	0.744
	Bekâr	14	48.18			
Umut	Evli	86	50.28	583.500	-0.196	0.844
	Bekâr	14	51.82			
İnanç ve Güven	Evli	86	52.14	461.000	-1.509	0.131
	Bekâr	14	40.43			
İlahi güç	Evli	86	51.15	546.500	-0.560	0.575
	Bekâr	14	46.54			
Spiritüalite Düzeyi	Evli	86	51.31	532.500	-0.692	0.489
	Bekâr	14	45.54			
	Toplam	100				

Tablo 7'de hastaların medeni durumları ile spiritüel iyilik durumları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel açıdan aralarında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$)(Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Çalışma Durumları İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Çalışma		Sıra Ort. U	Z	p	
	Durumu	n				
Yaşam Felsefesi	Evet	5	46.10	215.500	-0.352	0.725
	Hayır	95	50.73			
Umut	Evet	5	53.20	224.000	-0.228	0.819
	Hayır	95	50.36			
İnanç ve Güven	Evet	5	76.00	110.000	-2.173	0.030*
	Hayır	95	49.16			
İlahi güç	Evet	5	75.10	114.500	-1.977	0.048*
	Hayır	95	49.21			
Spiritüel Düzeyi	Evet	5	64.00	170.000	-1.070	0.285
	Hayır	95	49.79			
	Toplam	100				

*p<0.05;

U: Mann- Whitney U testi

Araştırmaya katılan bireylerin spiritüel iyilik durumları ve alt boyutlarının; çalışma durumuna göre inanç ve güven ile ilahi güç hariç, spiritüel iyilik durumu alt boyutları arasında istatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05).Çalışanların çalışmayanlara göre inanç ve güven spiritüel iyilik durumları düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmış, fakat aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumları İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Eğitim Durumu	n	Sıra Ort.	X ²	p
Yaşam Felsefesi	İlkokul	76	49.43	1.386	0.709
	Ortaokul	10	51.10		
	Lise	9	50.78		
	Üniversite/Yüksekokul	5	65.00		
Umut	İlkokul	76	48.43	4.992	0.172
	Ortaokul	10	50.45		
	Lise	9	53.83		
	Üniversite/Yüksekokul	5	76.00		
İnanç ve Güven	İlkokul	76	48.89	5.517	0.138
	Ortaokul	10	59.35		
	Lise	9	63.72		
	Üniversite/Yüksekokul	5	33.50		
İlahi güç	İlkokul	76	47.04	4.714	0.138
	Ortaokul	10	59.80		
	Lise	9	62.83		
	Üniversite/Yüksekokul	5	62.30		
Spiritüalite Düzeyi	İlkokul	76	48.08	2.462	0.482
	Ortaokul	10	54.70		
	Lise	9	60.61		
	Üniversite/Yüksekokul	5	60.70		
	Toplam	100			

X²: Kruskal Wallis H testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik durumu ve alt boyutlarının eğitim düzeyine göre ilişkisi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Dolayısıyla eğitim durumunun spiritüel iyilik durumu ve alt boyutları üzerinde herhangi bir değişiklik göstermediği tespit edilmiştir. (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Kansere Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Kanser Tipi	n	Sıra Ort.	U	z	p
Yaşam Felsefesi	Hematoloji	14	49.21	584.000	-0.181	0.857
	Onkoloji	86	50.71			
Umut	Hematoloji	14	50.00	595.000	-0.074	0.941
	Onkoloji	86	50.58			
İnanç ve Güven	Hematoloji	14	49.18	583.500	-0.198	0.843
	Onkoloji	86	50.72			
İlahi güç	Hematoloji	14	57.25	507.500	-0.954	0.340
	Onkoloji	86	49.40			
Spiritüel Düzeyi	Hematoloji	14	51.21	592.500	-0.100	0.921
	Onkoloji	86	50.38			
	Toplam	100				

U: Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutlarının hastanın kanser tipiyle ilişkisi incelendiğinde kanser tipine göre spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutlarının sıra ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yani hematoloji ve onkoloji kanser tipine göre spiritüel iyilik hali düzeyinin belirleyici tercihleri arasında kayda değer bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların Kanser Evresine Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Kanser Evresi	n	Sıra Ort. X ²	p	Çoklu	
					Karşılaştırma	
Yaşam Felsefesi	Evre2	15	64.10	4.403	0.111	-
	Evre3	17	52.24			
	Evre4	68	47.07			
Umut	Evre2	15	64.73	5.513	0.063	-
	Evre3	17	52.76			
	Evre4	68	46.79			
İnanç ve Güven	Evre2	15	54.53	3.650	0.161	-
	Evre3	17	60.32			
	Evre4	68	47.15			
İlahi güç	Evre2	15	56.77	7.667	0.022*	3>4
	Evre3	17	65.56			
	Evre4	68	45.35			
Spiritüalite Düzeyi	Evre2	15	59.37	4.426	0.109	-
	Evre3	17	59.38			
	Evre4	68	46.32			
	Total	100				

* p<0.05;

X²: Kruskal Wallis H testi

Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutlarının kanser evresine göre ilişkisi incelendiğinde kanser evresine göre ilahi güç boyutu hariç, spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Farklılık yaratan grubun hangisi olduğu incelendiğinde ise; ilahi güç boyutunda evre 3 kanseri olan hastaların evre 4 kanseri olan hastalara göre ilahi güç düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Tedavi Şekline Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Şuan Alınan Tedavi			Sıra Ort. X^2	p	Çoklu karşılaştırma
	Şekli	n	Sıra Ort.			
Yaşam Felsefesi	KT	34	50.94	7.104	0.130	-
	RT	14	50.00			
	Cerrahi	7	77.21			
	Semptomatik	41	46.10			
	Diğer	4	46.88			
Umut	KT	34	51.99	7.527	0.111	-
	RT	14	45.43			
	Cerrahi	7	76.00			
	Semptomatik	41	46.94			
	Diğer	4	47.50			
İnanç ve Güven	KT	34	55.43	10.757	0.029*	3>4
	RT	14	49.21			
	Cerrahi	7	76.00			
	Semptomatik	41	43.33			
	Diğer	4	42.00			
İlahi güç	KT	34	53.63	14.561	0.006*	3>4, 3>5
	RT	14	58.36			
	Cerrahi	7	79.64			
	Semptomatik	41	42.46			
	Diğer	4	27.75			
Spiritüalite Düzeyi	KT	34	51.82	14.375	0.006*	3>4, 3>1
	RT	14	54.46			
	Cerrahi	7	86.36			
	Semptomatik	41	42.87			
	Diğer	4	40.88			
	Toplam	100				

*p<0.05; X^2 : Kruskal Wallis H testi; Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

1: KT 2: RT 3: Cerrahi 4: Semptomatik 5: Diğer

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının alınan tedavi şekline göre ilişkisi incelendiğinde tedavi gruplarına göre yaşam felsefesi ve umut boyutları hariç, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda inanç ve güven boyutuna göre cerrahi tedavi olanlar semptomatik tedavi olanlardan, ilahi güç boyutuna göre cerrahi tedavi olanların semptomatik ve diğer tedavi şekilleri olanlardan, spiritüel iyilik düzeyine göre ise cerrahi tedavi olanların kemoterapi ve semptomatik tedavi olanlardan farklı olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; cerrahi tedavi olanların inanç ve güven, ilahi güç ve spiritüel iyilik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların Hastalık Süresine Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Tanı Hastalık		Sıra Ort. U	Z	p	
	Süresi	n				
Yaşam Felsefesi	1 ile 5 yıl	94	50.94	241.000	-0.601	0.548
	6 yıl ve üzeri	6	43.67			
Umut	1 ile 5 yıl	94	51.40	197.500	-1.311	0.190
	6 yıl ve üzeri	6	36.42			
İnanç ve Güven	1 ile 5 yıl	94	49.66	203.500	-1.228	0.220
	6 yıl ve üzeri	6	63.58			
İlahi güç	1 ile 5 yıl	94	50.55	277.000	-0.074	0.941
	6 yıl ve üzeri	6	49.67			
Spiritüel Düzeyi	1 ile 5 yıl	94	51.10	225.500	-0.822	0.411
	6 yıl ve üzeri	6	41.08			
	Toplam	100				

U: Mann- Whitney U testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının tanı hastalık süresine göre ilişkisi incelendiğinde tanı hastalık süresine göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hastalardaki Kronik Hastalık Varlığına Göre Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Kronik Hastalık		Sıra Ort. U	Z	p	
	Durumu	n				
Yaşam Felsefesi	Var	51	47.92	1118.000	-0.916	0.359
	Yok	49	53.18			
Umut	Var	51	44.90	964.000	-2.105	0.035*
	Yok	49	56.33			
İnanç ve Güven	Var	51	44.75	956.500	-2.177	0.029*
	Yok	49	56.48			
İlahi güç	Var	51	44.28	932.500	-2.222	0.026*
	Yok	49	56.97			
Spiritüalite Düzeyi	Var	51	44.25	930.500	-2.205	0.027*
	Yok	49	57.01			
	Toplam	100				

*p<0.05;

U: Mann- Whitney U testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre ilişkisi incelendiğinde kronik hastalık durumuna göre yaşam felsefesi hariç, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir (p<0.05). Yani kronik hastalığı olanların olmayanlara göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların Hastaneye Yatma Durumuna Göre Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Sıklığı			Sıra Ort. X^2	p	Çoklu karşılaştırma
	1-5 kez	6-10 kez	11 kez ve üzeri			
Yaşam Felsefesi	1-5 kez	61	56.99	11.406	0.003*	1>3
	6-10 kez	32	44.31			
	11 kez ve üzeri	7	22.21			
Umut	1-5 kez	61	57.36	12.240	0.002*	1>2, 1>3
	6-10 kez	32	42.81			
	11 kez ve üzeri	7	25.86			
İnanç ve Güven	1-5 kez	61	55.56	6.166	0.046*	1>2
	6-10 kez	32	40.97			
	11 kez ve üzeri	7	50.00			
İlahi güç	1-5 kez	61	54.33	3.568	0.168	-
	6-10 kez	32	42.66			
	11 kez ve üzeri	7	53.00			
Spiritüel Düzeyi	1-5 kez	61	57.43	9.954	0.007*	1>2
	İyilik 6-10 kez	32	41.83			
	11 kez ve üzeri	7	29.79			
	Toplam	100				

* $p<0.05$; X^2 : Kruskal Wallis H testi; Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

1: 1-5 kez 2: 6-10 kez 3: 11 kez ve üzeri

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının son bir yılda hastaneye yatma durumuna göre ilişkisi incelendiğinde hastaneye yatma gruplarına göre ilahi güç boyutu hariç, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutları ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda yaşam felsefesi boyutuna göre 1 ile 5 kez yatanlar 11 kez ve üzeri yatanlardan, umut boyutuna göre 1 ile 5 kez yatanlar 6 ile 10 kez ve 11 kez ve üzeri yatanlardan, inanç ve güven boyutuna göre

1 ile 5 gün yatanlar 6 ile 10 gün yatanlardan ve spiritüel iyilik düzeyine göre 1 ile 5 kez yatanlar ve 6 ile 10 kez yatanlardan farklı olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak son bir yılda 1 ile 5 kez yatanların ortalaması en yüksek bulunmuştur (Tablo 15).



Tablo 16. Hastaların ECOG Performans Durumuna Göre Spiritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişki

Boyutlar	ECOG			Sıra Ort. X^2	p	Çoklu karşılaştırma
	Performans Skoru	n				
Yaşam Felsefesi	0	12	57.83	11.642	0.020*	1>4
	1	19	65.84			
	2	35	48.34			
	3	22	46.61			
	4	12	32.29			
Umut	0	12	60.63	10.184	0.037*	-
	1	19	60.63			
	2	35	50.79			
	3	22	45.41			
	4	12	32.83			
İnanç ve Güven	0	12	52.92	5.401	0.249	-
	1	19	62.34			
	2	35	48.66			
	3	22	44.64			
	4	12	45.46			
İlahi güç	0	12	68.75	11.469	0.022*	-
	1	19	61.89			
	2	35	44.07			
	3	22	45.75			
	4	12	41.67			
Spiritüel Düzeyi	0	12	63.42	13.987	0.008*	1>4
	1	19	66.74			
	2	35	46.66			
	3	22	44.68			
	4	12	33.75			
	Toplam	100				

*p<0.05; X^2 : Kruskal Wallis H testi;

Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ECOG performans skoruyla ilişkisi incelendiğinde ECOG performans skoru gruplarına göre inanç ve güven boyutu hariç, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda yaşam felsefesi ve spiritüel iyilik düzeyi boyutuna göre 1'inci skorun 4'üncü skordan farklı olduğu görölmektedir. Sonuç olarak sıra ortalamalarına göre spiritüel iyilik düzeyi için 1'inci skorun en yüksek olduğu görölmektedir (Tablo 16).



4.4. Hastaların Tedavi, Aile Desteği ve Spiritüel Gereksinimleri ile Spiritüel İyilik Durumları Karşılaştırma Bulguları

Tablo 17. Hastaların Uygulanan Tedavinin Etkisi Hakkındaki Düşünceleri İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Tedavinin			Sıra Ort. X^2	p	Çoklu karşılaştırma
	Etkisi	n				
Yaşam Felsefesi	Düşük	18	23.94	23.690	0.000*	2>1 3>1
	Orta	49	50.57			
	Yüksek	33	64.88			
Umut	Düşük	18	26.75	26.038	0.000*	2>1 3>1, 3>2
	Orta	49	48.24			
	Yüksek	33	66.80			
İnanç ve Güven	Düşük	18	36.64	14.992	0.001*	3>1, 3>2
	Orta	49	46.15			
	Yüksek	33	64.52			
İlahi güç	Düşük	18	33.72	21.718	0.000*	3>1, 3>2
	Orta	49	44.46			
	Yüksek	33	68.62			
Spiritüel İyilik Düzeyi	Düşük	18	26.25	27.994	0.000*	2>1 3>1, 3>2
	Orta	49	46.52			
	Yüksek	33	69.64			
	Toplam	100				

* p<0.05; X^2 : Kruskal Wallis H testi; Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

1: Düşük 2: Orta 3: Yüksek

Tedavinin etkisine göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutları ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0.05). Yaşam felsefesi boyutuna göre tedavi etkisinin orta ve yüksek olanın düşük olandan; umut boyutuna göre tedavi etkisinin orta olanın düşük olandan, yüksek olanın ise orta ve düşük olandan, inanç ve güven ile ilahi güç boyutlarında ise tedavi etkisini yüksek bulanların orta ve düşük

bulanlardan farklı olduğu saptanmıştır. Spiritüel iyilik düzeyine göre tedavi etkisini orta düzeyde etkili bulanların düşük bulanlardan, yüksek bulanın ise orta ve düşük etkisi olduğunu düşünenlerden farklı olduğu sonucu belirlenmiştir (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Aile Desteği Hakkındaki Düşünceleri İle Spiritüel İyilik Durumları Alt boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Aile desteği	n	Sıra Ort.	X ²	p	Çoklu karşılaştırma
Yaşam Felsefesi	Kötü	3	29.50	13.359	0.001*	3>2
	Orta	11	23.27			
	İyi	86	54.72			
Umut	Kötü	3	30.50	16.552	0.000*	3>2
	Orta	11	21.41			
	İyi	86	54.92			
İnanç ve Güven	Kötü	3	30.67	10.502	0.005*	3>2
	Orta	11	28.41			
	İyi	86	54.02			
İlahi güç	Kötü	3	37.33	7.490	0.024*	3>2
	Orta	11	29.73			
	İyi	86	53.62			
Spiritüel Düzeyi	Kötü	3	34.83	13.430	0.001*	3>2
	Orta	11	21.91			
	İyi	86	54.70			
	Toplam	100				

* p<0.05; X²: Kruskal Wallis H testi Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

1: Kötü 2: Orta 3: İyi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının aile desteğine göre ilişkisi incelendiğinde; aile desteği etkisine göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının sıra

ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). İstatistiksel analiz sonucunda spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarına göre aile desteği iyi olanın orta olandan farklı olduğu yani aile desteği iyi olanların orta ve düşük olanlardan yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 19. Araştırmaya Katılanların Spiritüel İyilik Düzeyi, Yaşam Felsefesi, Umut, İnanç Ve Güven, İlahi Güç, Alt Boyutları İle Yaş Ve Tanı Süresi Arasındaki İlişki

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1	1.00						
2	0.149	1.00					
3	-0.109	-0.069	1.00				
4	-0.024	-0.086	0.808**	1.00			
5	-0.041	-0.101	0.519**	0.525**	1.00		
6	-0.255*	-0.074	0.572**	0.648**	0.648**	1.00	
7	-0.127	0.004	0.875**	0.861**	0.717**	0.851**	1.00

$p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$

1: Yaş 2: Hastalığını bilme zamanı 3: Yaşam felsefesi 4: Umut
5: İnanç ve Güven 6: İlahi güç 7: Spiritüel iyilik düzeyi

Araştırmanın değişkenlerinin korelasyon katsayılarına bakıldığında spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan yaşam felsefesi ile umut arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.808$; $p<0.05$), yaşam felsefesi ile inanç ve güven arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r= 0.519$; $p<0.05$), yaşam felsefesi ile ilahi güç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.572$; $p<0.05$), yaşam felsefesi ile spiritüel iyilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.875$; $p<0.05$) bir ilişki saptanmıştır.

Spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan umut ile, inanç ve güven arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.525$; $p<0.05$), spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan umut

ile ilahi güç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.648$; $p<0.05$), spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan umut ile spiritüel iyilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.861$; $p<0.05$), bir ilişki görülmektedir.

Spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan inanç ve güven ile ilahi güç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.648$; $p<0.05$), spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan inanç ve güven ile spiritüel iyilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.717$; $p<0.05$), bir ilişki görülmektedir. Spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu olan ilahi güç ile spiritüel iyilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.851$; $p<0.05$), bir ilişki görülmektedir.

Hastalığını bilme zamanı ile yaş, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Yaş ile spiritüel iyilik düzeyi alt boyutu ilahi güç arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ($r=-0.255$; $p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların Manevi Gereksinimlerinin Değişme Durumu İle Spritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Manevi Değişim	n	Sıra Ort.	U	Z	p
Yaşam Felsefesi	Evet	34	51,44	1090.000	-0.235	0.814
	Hayır	66	50,02			
Umut	Evet	34	53,87	1007.500	-0.891	0.373
	Hayır	66	48,77			
İnanç ve Güven	Evet	34	61,87	735.500	-3.031	0.002*
	Hayır	66	44,64			
İlahi güç	Evet	34	64,49	646.500	-3.517	0.000*
	Hayır	66	43,30			
Spiritüel Düzeyi	Evet	34	59,72	808.500	-2.287	0.022*
	Hayır	66	45,75			
	Toplam	100				

* $p<0.05$; U: Mann- Whitney U testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının hastalıkla birlikte manevi gereksinim değişim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde hastalıkla birlikte manevi gereksinim değişim durumuna göre yaşam felsefesi ve umut boyutları hariç, spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yani hastalıkla birlikte manevi gereksinim değişimi olanların olmayanlara göre spiritüalite düzeyi ve alt boyutlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 20).

Tablo 21. Hastaların Manevi Gereksinimleri İle Spiritüel İyilik Durumları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Manevi Gereksinimler	n	Sıra Ort.	X^2	p	Çoklu karşılaştırma
Yaşam Felsefesi	Dua etmek	39	49.21	6.037	0.049*	2>3
	İbadet etmek	38	58.28			
	Diğer	23	39.85			
Umut	Dua etmek	39	50.77	4.030	0.133	-
	İbadet etmek	38	55.75			
	Diğer	23	41.37			
İnanç ve Güven	Dua etmek	39	46.85	6.415	0.040*	2>1, 2>3
	İbadet etmek	38	58.97			
	Diğer	23	42.70			
İlahi güç	Dua etmek	39	47.46	4.056	0.132	-
	İbadet etmek	38	57.63			
	Diğer	23	43.87			
Spiritüalite Düzeyi	Dua etmek	39	47.08	4.959	0.084	-
	İbadet etmek	38	58.50			
	Diğer	23	43.09			
	Total	100				

* $p<0.05$; X^2 : Kruskal Wallis H testi; Çoklu karşılaştırma: Bonferroni testi

1: Dua etmek 2: İbadet etmek 3: Diğer (sessizlik, huzur)

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının manevi gereksinimlerine göre ilişkisi incelendiğinde manevi gereksinimlere göre yaşam felsefesi ile inanç ve güven hariç spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0.05$). Spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarına göre manevi gereksinimleri yaşam felsefesi boyutuna göre ibadet edenlerin diğer gereksinimlerinin (sessizlik, huzur, gereksinim yok) farklı olduğu, inanç ve güven boyutuna göre ibadet etmeyle dua etmek ve diğer gereksinimler (sessizlik ve huzurun) farklı olduğu çoklu karşılaştırma sonucu belirlenmiştir (Tablo 21).

4.5. Hastaların Manevi Gereksinimlerini Sağlık Personeli İle Paylaşma Durumu İle İlgili Bulguları

Tablo 22. Hastaların Manevi Gereksinimlerini Sağlık Personeli İle Paylaşma Durumu İle Spiritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişki

Boyutlar	Manevi Değer					
	Paylaşımı	n	Sıra Ort. U	Z	p	
Yaşam Felsefesi	Evet	15	70,77	333.500	-2.966	0.003*
	Hayır	85	46,92			
Umut	Evet	15	63,17	447.500	-1.961	0.050*
	Hayır	85	48,26			
İnanç ve Güven	Evet	15	69,13	358.000	-2.907	0.004*
	Hayır	85	47,21			
İlahi güç	Evet	15	69,00	360.000	-2.723	0.006*
	Hayır	85	47,24			
Spiritüel Düzeyi	Evet	15	72,97	300.500	-3.261	0.001*
	Hayır	85	46,54			
	Toplam	100				

* $p<0.05$; U: Mann- Whitney U testi

Araştırmaya katılanların spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının manevi değeri sağlık personeliyle paylaşımına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde manevi değeri sağlık personeliyle paylaşımına göre spiritüel iyilik düzeyi ve alt boyutlarının sıra ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 22).



5. TARTIŞMA

Spiritüel bakım kavramı Türkiye’de ve dünyada yeni bir kavram sayılmakla birlikte, bu konuda yapılan araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Türkiye’de yapılan araştırmalar hemşire ve ebelerin spiritüel bakıma yönelik bilgi ve görüşleri üzerine yoğunlaşmıştır (Çelik 2014, Eğlence 2014, Kavak 2014, Kostak 2010, Uygur 2016, Yılmaz 2009). Kanserli hastaların spiritüel bakımı ile ilgili derlemeler yayınlanmıştır (Özden 2009, Daştan 2007, Aştı 2005). Ancak bizim araştırmamıza benzer çalışma sayısı sınırlıdır (Yazgan, 2014). Bu açıdan araştırma, Türkiye’de yapılan, kanser tanılı hastaların spiritüel iyilik durumları ve spiritüel bakım gereksinimlerini sorgulayan ilk araştırmalardan olmuştur.

Bu bölümde bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

- Hastaların spiritüel iyilik durumlarını tanılama ile ilgili bulgular,
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile spiritüel iyilik durumları arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik bulgular,
- Hastaların tedavi, aile desteği ve spiritüel gereksinimleri ile spiritüel iyilik durumları karşılaştırma bulguları.

5.1. Hastaların Spiritüel İyilik Durumlarını Tanılama İle İlgili Bulgular

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun geleceğe umutla baktığı, büyük bir gücün varlığına inandığı, iyimser bir kişiliğinin olduğu, her şeyin iyi olacağına inandıkları, hastalığının yaşama bağlanmasını engellemediği, yaşamının kendisi için bir anlamı olduğu, yaşadıklarında kendi kararlarının etkili olduğu, hastalığını bir ceza olarak düşünmediği, hastalık sürecinde ilahi gücün kendisini desteklediğini düşündüğünü, yaşadıklarının kendisi için olumlu bir deneyim olarak düşündüğü ve manevi yönden güçlenmelerine yardımcı olduğunu düşündükleri ve inançlarına göre manevi uygulamalarının oldukları saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmamızla benzer şekilde Yazgan’ın tezinde (Yazgan, 2014), kanser hastası olan bireylerin dini tutumunun kanser hastası olmayan bireylerden daha olumlu olduğu saptanmıştır. Yine literatürde, kanser hastalarının prognozlarıyla ilgili olumlu bir algıya sahip oldukları, spiritüel iyilik durumu puanlarının yüksek olduğu, zaten hastaların spiritüel iyilik

durumları ile prognaz algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Seyedrasooly ve ark., 2014).

Fakat çalışma kapsamına alınan hastaların %10.0'nın (n=10) hastalığını kendilerine verilen bir ceza olarak gördükleri, %25.0'inin (n=25) hastalığıyla ilgili sıkıntı hissettiği, %29.0'unun (n=29) yaşayacakları üzerinde kendi kontrolünün kısmen olduğu, %25'inin hastalığına bağlı hayattan zevk almadığını ifade ederken, %38.0'inin ise (n=38) kısmen zevk aldığı bulunmuştur. Bir diğer çalışmada (Yazgan E Ö., 2014), kanser hastalarına “Din senin için ne kadar güç kaynağı ve rahatlatıcı?” sorusu sorulmuş ve hastaların %0.5'i “hiç” yanıtını vermişlerdir. Yine aynı çalışmada hastaların %0.3'ü “Allah'ın beni affedeceğini bilirim.” Cümlesine “asla” şeklinde cevap vermişlerdir. “Kriz durumlarında Allah'ı rehber güç ve destek olarak görürüm.” Cümlesine ise %1.5'i “hayır” demiştir. Her iki çalışmada da hastaların spiritüel konularla ilgili olumsuz görüşlerin az olduğu, ancak bizim çalışmamızda nispeten fazla olduğu söylenebilir. Bu farkın, örneklem sayımızın az olmasından ve araştırmaların yürütüldüğü iki bölge arası yöresel ve kültürel farklılıklardan olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Kanser Tipi, Evresi ve Tedavisi ile Spiritüel İyilik Durumları Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 60.51 ± 13.56 arasında olduğu, %95.0'nin herhangi bir işte çalışmadığı, %86.0'nin evli, %35.0'inin ECOG performans skorunun 2 olduğu, %51'inin en az bir kronik hastalığının daha olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmamıza benzer şekilde, başka bir çalışmada katılımcılardan kanser hastası olan bireylerin yaş ortalamasının $55,32 \pm 11,63$ yıl (n=400, Min: 18, Max: 85) olduğu belirlendi (Yazgan, 2014). İleri yaşın kanser için risk faktörü olduğu (DSÖ, 2008) düşünüldüğünde her iki çalışmada da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Çelik ve arkadaşlarının 2014 yılında 554 hemşire ile yaptığı çalışmada (Çelik ve ark., 2014) hemşirelerin yaşlarının, eğitim düzeylerinin, çocuk sahibi olma ve gelir durumlarının, baba eğitim düzeylerinin, uzun süre yaşanan yerin, kendilerinde, eşlerinde ve çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunma durumlarının maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Yapılan çalışmada hemşirelerin maneviyat ve manevi

bakım konusuna önem verdikleri ancak hemşirelerin konu ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların %64.0'ünün erkek olduğu görülmüştür. Ülkemizde cinsiyete göre kanser görülme oranına bakıldığında da erkeklerde kanser görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (TÜİK, 2012). Bu durumda bulgumuz literatürle uyuşmaktadır.

Çalışmada katılımcıların %76.0'ının ilkokul mezunu olduğu ve TÜİK verilerine göre ülkemizde ilkokul mezunlarının oranının ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu sonucuyla benzerlik gösterdiği söylenebilir (TÜİK, 2012).

Çalışmamızda cinsiyet değişkeni ile spiritüel iyilik durumu arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Fakat literatürde çalışmamıza benzer nitelikteki bir çalışmada (Yazgan, 2014) kanser hastası olan ve olmayan bireylerin cinsiyeti ile dini tutumu karşılaştırılmış, kanser hastası olan kadınların dini tutumlarının hasta erkeklerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda bulgumuz literatürle benzer değildir. Bu farklılığın örneklem sayısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum değişkeni ile spiritüel iyilik durumu arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde başka bir çalışmada da kanser hastası olan bireylerin medeni durumunun spiritüel tutumunu etkilemediği sonucuna varılmıştır (Yazgan, 2014).

Çalışmamızda bireylerin çalışma durum değişkeni ile spiritüel iyilik durumu arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde çalışmamızı destekleyen ya da çalışmamızla ters düşen bir bilgiye ulaşamamıştır.

Çalışmamızda bireylerin eğitim durum değişkeni ile spiritüel iyilik durumu arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu bulgular literatürle benzerlik göstermemektedir. Yapılan bir çalışmada kanser hastası olan ve olmayan sağlıklı bireylerin eğitim durumu ile spiritüel iyilik durumu arasındaki farkın önemli olduğu saptanmış, kanser hastası olan ve olmayan ilköğretim mezunu bireylerin dini tutumlarının diğer eğitim düzeyinde olan bireylerden daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Yazgan, 2014). Kanser hastalarıyla yürütülen başka bir araştırmada bunu destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş, toplam eğitim yılı arttıkça dini başa çıkma yöntemi kullanmada azalma olduğu belirtilmiştir (Phelps ve ark., 2009).

Çalışmamızda bireylerin onkolojik veya hematolojik malignite varlığı ile spiritüel iyilik durumları arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde de benzer şekilde başka bir çalışmaya katılan hastaların %23,4'ünün jinekolojik kanser, %5'inin baş-boyun kanseri, %3,8'inin lenfoma tanısıyla izlendiği, ancak bu tanıların dini tutumu etkilemediği belirlenmiştir (Yazgan, 2014). Farklı bulgu ise Phelps ve arkadaşlarının çalışmasında bulunmuştur. Buna göre hastaların tanılarıyla spiritüel başa çıkma yöntemi kullanma durumları arasında fark olduğu bulunmuş, bu farkın nereden kaynaklandığına incelendiğinde ise akciğer ve kolon kanseri olan hastaların spiritüel baş etme yöntemi olarak dini uygulamaları (namaz kılma, oruç tutuma...) kullandıkları belirlenmiştir (Phelps ve ark., 2009).

Çalışmamızda hastaların %68.0'inin evre 4 kanserli olduğu bulunmuştur. Kanserlin evresine göre spiritüel iyilik durumu düzeyi ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bu örneklem sayımızın azlığından kaynaklanıyor olabilir. Ancak alt boyutlar incelendiğinde, evre 3 kanseri olan hastaların evre 4 kanseri olan hastalara göre ilahi güç alt boyut düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu da Phelps A C. ve ark.(2009)'nın yaptığı çalışmayla uyumludur. Yazgan (2014)'ın çalışmasının örneklem özelliklerini incelediğimizde kanser hastalarının %52,5'inin üçüncü evre, %47,5'inin dördüncü evre olduğu görülmektedir. Hastaların kanser evreleri ile Dini Tutum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yazgan, 2014). Buda çalışmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Literatürde kanserlin evresi ilerlediğinde spiritüel iyilik durumu ya da gereksiniminin değişikliğine dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak terminal dönem kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada spiritüel gereksinimlerin ve karşılanmasının önemi vurgulanmış ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi üzerinde durulmuştur (Balboni, 2007). Yine benzer bir çalışma, son dönem kanser hastalarına spiritüel bakımının gerekliliğinden bahsetmektedir (Carpender, 2008).

Çalışmamızda hastaların %94.0'ının tanı süresinin 1-5 yıl olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde hastalık süresi ile spiritüel iyilik durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, örneklem grubuna alınan hastaların tanıyla geçirdikleri sürenin azlığına bağlı olabilir. Araştırmanın yürütüldüğü klinikte sağkalımı 5 yılı aşan hasta sayısı oldukça azdır. Literatürde hastalık sürecinin uzunluğu ile spiritüel iyilik durumunu karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çalışmada hastaların %41'inin semptomatik tedavi alırken, %14'ünün radyoterapi ve %34'ünün ise kemoterapi aldığı saptanmıştır. Cerrahi tedavi alanlar ise %7'dir. Yapılan analizde ise cerrahi tedavi ile hastaların spiritüel iyilik durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun nedeni cerrahi tedavi alan hasta sayısının azlığına bağlı ya da cerrahi tedavi planlanan hastaların iyileşme umudunun daha fazla hissedilmesi olabilir. Cerrahi tedavi planlanan hasta genellikle erken evre ve prognozu daha iyidir. KT ve RT alan hastaların yaşadığı semptom yükü fazlalığı nedeniyle hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. En sık yaşanan semptomlardan kanser ağrısı ile ilgili yapılan bir araştırmada hastada çaresizlik, umutsuzluk, yorgunluk, anksiyete gibi nedenlerden dolayı her zamanki spiritüel uygulamalara katılmada yetersizlik ve isteksizlik görüldüğü bildirilmiş, Tanrı (Büyük Güç) ile ilgili endişeli, öfkeli duygular ifade ettikleri belirtilmiştir. Bu dönemde hastaların ağlama, suçluluk hissi, uyku bozuklukları, Tanrı'dan (Büyük Güç) uzaklaşma hissi, inancını kaybetme gibi davranışlarda bulunabilecekleri belirtilmiştir (Otis-Green, 2002). İlgili bir derlemede, kanser hastalarında ağrı tedavisi, ağrının organik nedenlerinin tedavi edilmesinin yanı sıra psikolojik, sosyal ve spiritüel düzeydeki girişimlerin uygulanmasının da oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır (Dedeli, 2009). Yapılan başka bir çalışmaya göre, kanserli hastalar, ailesi/bakım vericiler zaman ilerledikçe daha çok umut, iç güven gücü, sevmeye, sevilme, uyumlu ilişkiler, dini uygulamalar, konuşma gibi spiritüel kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar (Taylor, 2003).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile spiritüel iyilik durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yani kronik hastalığı olanların olmayanlara göre spiritüel iyilik düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar, spiritüalitenin alt boyutlarından yaşam amacını ve kalitesini olumsuz etkilediğinden bu sonucun çıktığı düşünülmektedir. Fakat kanser yanında ek bir kronik hastalık varlığına sahip bireylerin spiritüel iyilik durumlarının olumlu veya olumsuz etkilendiğine dair bir literatür desteği bulunamamıştır.

Hastaneye yatış sayısı ile spiritüel iyilik durumu karşılaştırılmış, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Son bir yılda hastaneye 1 ile 5 kez yatanların spiritüel iyilik durumu ortalaması en yüksek bulunmuştur. Literatürde, kanser tanısı almış bireylerin hastaneye yatışlarının, hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları deneyimlerin spiritüel farkındalıklarını arttırdığı belirtilmektedir.(Taylor, 2003).

Hastaların ECOG performans değerleri incelendiğinde, puanı 1 olanların spiritüel iyilik durumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımız literatürle benzerdir. Literatürde Dini Tutum Ölçeği puanlarının EORTC QLQ-30 puanları ile ilişkisine bakılmış, genel yaşam kalitesi yüksek olan hastaların dini tutumlarının daha olumlu olduğu hastaların dini tutumları ile genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ortaya konmuştur (Yazgan, 2014). Bu bulgular, hastaların performansının ve kendine yeterliliğinin artmasının spiritüel iteyi olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların uygulanan tedavinin etkisi hakkındaki düşünceleri ile spiritüel iyilik durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Spiritüel iyilik düzeyine göre tedavi etkisini orta düzeyde etkili bulanların düşük bulanlardan, yüksek bulanların ise orta ve düşük etkisi olduğunu düşünenden farklı olduğu sonucu belirlenmiştir. Literatürde de çalışmamıza birebir benzerlik gösteren çalışma olmamakla birlikte Yazgan'ın araştırmasında kanserli hastalara “Kriz durumlarında Allah'ı rehber, güç ve destek olarak görürüm.” cümlesine “evet”, “biraz” ya da “hayır” şıklarından birisinin seçilmesi istenmiştir. Hastaların %76.5'i “evet” seçeneğini tercih etmişlerdir (Yazgan, 2014). Kanser tanısı bireyin yaşamını sorgulamasını beraberinde getirmekle birlikte, yaşama mücadelesini de beraberinde getirmektedir. Tedavinin olması, hastalığın gerilemesi, durması ve ya yok olması hastaların yaşam kalitesini yükseltmekle birlikte spiritüel iyilik durumunu da olumlu yönde etkilemektedir (Yazgan, 2014; Taylor, 2003). Bu veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastalık tanısı alması ile ilahi güç ve spiritüalite arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Literatürde de çalışmamıza benzer nitelikte çalışmalar bulunmaktadır (Yazgan, 2014). Yazgan'ın araştırmasında kanser hastası olan bireylerin dini tutumunun kanser hastası olmayan bireylerden daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Kanser tanısı ile bireyin yaşamın anlamını sorgulaması, kendini yeniden yapılandırması, hayata yeniden başlamak için olumlu düşünme, onu koruyup kollayacak bir güce inanma gibi ihtiyaçlarının açığa çıkmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde, kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları deneyimlerin spiritüel farkındalıklarını arttırdığı bildirilmiştir (Taylor, 2003).

5.3. Hastaların Aile Desteği, Sağlık Personeli ile İlişkileri Ve Spiritüel Gereksinimleri Arasındaki İlişkiyi Saptamaya Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılanların %86.0'ının aile desteğinin iyi olduğu bulunmuştur. Bu durum geleneksel Türk aile yapısına uygundur. Yapılan ileri analizde ise aile desteği ile spiritüel iyilik durumları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 16). Bulgumuzu, Seyedrasooly ve arkadaşlarının çalışması desteklemektedir (Seyedrasooly ve ark., 2014). İran'da yapılan araştırmada katılımcıların % 73.3'ü aile desteğinin yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılamak için % 39'unun dua ettiği, %28'inin ibadette bulunduğu ve ya diğer (sessizlik, huzur) şekillerde manevi ihtiyaçlarını karşıladığı saptanmıştır. %66.0'sının ise tanıyla birlikte manevi gereksinimlerinin değişmediği bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. 2014 yılında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların şifa aramak için %82,8'inin dua edip namaz kıldığı, %5,5'inin türbe ziyareti yaptığı, %9,8'inin adak ve kurban adadığı, %0,8'inin hocaya gittiği, %0,5'inin muska kullandığı, %2,2'sinin nazarlık kullandığı, %14,5'inin aktara gittiği %0,8'inin kurşun döktürdüğu ve %12,8'inin kutsal sulardan (zem zem) içtiği belirlendi. Hasta bireylerin dini tutumunun sağlıklı bireylerden daha olumlu olduğu, hasta olma durumunun bireylerin spiritüel değerlerini etkilediği ve hastaların spiritüel değerlerinde inancın etkin olduğu belirlendi. Dini tutumu olumlu olan hastaların daha az ağrı ve iştahsızlık semptomu yaşadığı saptandı. Ancak dini tutumun olumlu olmasının depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi (Yazgan, 2014). Yapılan kalitatif bir çalışmada ise yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin genellikle manevi uygulamalar ile (dua etmek, Kuran okumak, namaz kılmak v.s) baş etme yöntemi oluşturdukları tespit edilmiştir. Annelerin çocuklarına manevi destek olabilmek için dini inançları doğrultusunda uygulamalara başvurmak (dua okumak, muska yazdırmak, hocaya gitmek, Kuran okumak, cevşen takmak, şifalı bitkiler içirmek v.s), çocuğun yanında olmak, dokunmak, konuşmak, öpmek, isteklerini gerçekteştirmek, yoğun bakımda ihtiyaçlarını karşılamak gibi girişimlerde buldukları görölmüştür. Ayrıca çalışmada, annelerin sağlık profesyonelleriyle tam olarak manevi gereksinimlerini paylaşamadığı ve manevi olarak destek alamadığı ortaya konulmuştur (Sülü, 2006).

Çalışmamızda hastaların %85.0'ının sağlık personelleri ile herhangi bir manevi gereksinim paylaşımı yapmadığı bulunmuştur. Bu durum hemşirelik bakımının önemli bir

bölümü olan spiritüel bakımın sağlık personeli tarafından yeteri kadar önemsenmediği ve ihmal edildiğini ve ya zaman ayıramadığını göstermektedir. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %65.2'sinin maneviyat ile ilişkili bilgi almadığı ortaya çıkmıştır. Bilgi alanların ise %50'si aldıkları bilgiyi yetersiz bulmaktadırlar (Yılmaz ve Oktay, 2009). Eğlence ve Şimşek'in 2014'te yayınlanan araştırmasında hemşirelerin %59.4' ü manevi bakım hakkında bilgisi olduğu fakat hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları ortaya konulmuştur. Karşılayamama nedenlerinin de zaman ve personel sayılarındaki yetersizlik olduğu belirtilmiştir (Eğlence ve Şimşek, 2014) . Kavak ve arkadaşlarının çalışmasında ise, hemşirelerin manevi bakımla ilgili görüşleri sorgulanmış, %45.3'ü manevi bakımı hiç duymamıştır. %76'sı manevi bakımla ilgili bilgi almadığını, %49.3'ü çalışırken manevi bakım vermediğini, buna rağmen %92'si manevi bakımın gerekliliğine inandığını belirtmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları birimlerde manevi bakıma ilişkin uygulama varlığı sorgulandığında ise %58.7'sinin uygulama olmadığı yönünde cevap verdiği görülmüştür (Kavak ve ark, 2014). Uygur'un yüksek lisans tezinde, çalışmaya katılan 275 hemşireden %77.1'i spiritüel bakım kavramını önceden duymuş, %60.7'si ise bu konuyla ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Bu kavramı önceden duyan hemşirelerin %95.8'inin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada eğitimin etkili olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %96'sı spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini arttıracaklarını savunmuştur. Bu sonuç, hemşirelerin spiritüel bakımı, bakımın bir parçası olarak algıladıkları şeklinde yorumlanabilir. Aynı çalışmada spiritüel ile iş doyumunu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu da bulunmuştur (Uygur, 2016).

6. SONUÇ

- Çalışmaya katılan kanserli hastaların kanser tipinin %86.0'nın onkoloji olduğu, ECOG performans skorlarının %35.0 ile en yüksek skorun 2 olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların %49.0'nın kendilerine uygulanan tedaviyi orta düzeyde etkili buldukları belirlenmiştir.
- %66.0'sının, tanıyla birlikte manevi gereksinimlerinin her zaman için aynı olduğu, manevi gereksinim olarak %39.0'nın dua ettiği tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların spiritüel iyilik durumları 2.53 ile yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- %85.0'nın sağlık personelleri ile herhangi bir manevi gereksinim paylaşımı yapmadığı tespit edilmiştir.

7. ÖNERİLER

- Hemşireler hastaların spiritüel iyilik durumlarını ve spiritüel bakım gereksinimlerini iyi tanılamalı,
- Spiritüel gereksinimlerin tanınması için ölçekler kullanılmalı,
- Türk toplumunun spiritüel gereksinimlerini tanılayacak şekilde ölçekler geliştirilmeli,
- Hemşirelere lisans eğitimleri içerisinde ve klinikte hizmet içi eğitimlerle spiritüel bakım konusu ele alınmalı,
- Hastanelerde hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine yönelik girişimlerde bulunan destek ekiplerin kurulmalı ve yaygınlaştırılmalı,
- Çalışmamıza benzer çalışmalar farklı bölgelerde ve farklı yaş gruplarında yapılmalı,
- Daha spesifik gruplarda (aynı tanıya sahip) çalışma tekrarlanmalı,
- Hasta ailesine de spiritüel eğitimi verilmelidir.

8. KAYNAKLAR

- Adana F.** Cerrahi Hemşirelik Bakımının Manevi Boyutu. Hemşirelik Forumu, 2006.
- Aliustaoğlu M.** Temel Kanser Fizyopatolojisi. Haydarpaşa Numune Hastanesi Onkoloji Ünitesi, İstanbul (Erişim adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg22_3/8.pdf). Son erişim tarihi: 13/07/18.
- Amy H. Peterman, George Fitchett, Marianne J. Brady, Lesbia Hernandez, and at all.** Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002, 24(1):49–58.
- Anuk D.** Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongre Kitabı: Düz: Özkan S, İstanbul 1999;160-173.) Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul 1993.
- Arslan H, Konuk Şener D.** Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(1):51-58.
- Aştı N., Pektekin Ç., Adana F.** Cerrahi Hemşirelik Bakımının Manevi Boyutu. İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi, 2005; cilt 13, sayı 54.
- Baker, DC.** “Studies of Inner Life: The Impact of Spirituality on Quality of Life”, *Quality of Life Research*, 2003; 12(Suppl.1): 51-57.
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, et al.** Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J. Clin. Oncol.*,2007;25:555-60.
- Baldacchino D, Ross L.** Spirituality: The human dimesion in care, *Proceedings 3rd International Students Conference*, 2007; 25th-26th October, Salina Bay, Malta.
- Bash A.** Spirituality: the emperor's new clothes? *Journal of Clinical Nursing*, 2004; 13(1): 11–16.
- Biröl, L.** Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, 5. Baskı, 2002; 17-57, İzmir.
- Carpenter K, Girvin L, Kitner W et al.** Spirituality: A dimension of holistic critical care nursing. *Dimens Crit Care Nurs*, 2008; 27(1):16-20.

Chibnall JT, Videen SD, Duckro PD, Miller DK. Psychosocial- spiritüel corraletes of death distress inpatients with life-threatening medical conditions.Palliative Medicine,2002; 16:331-338.

Chung LYF, Wong FKY, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58(2):158-170.

Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.

Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. Holistic Nursing Practice, 2007; 21(5): 224-236.

Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM and et al. Exploring the relationships among spiritüel well-being,quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer.Psyco-oncology, 1999;8(5):429-438.

Culliford L. Spirituality and clinical care. BMJ, 2002; 325: 1434-1435.

Çelik A.S., Özdemir F., Durmaz H. ve Pasinlioğlu T. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014), 1–12.

Çetin A. Kanser tedavisinde yeni yaklaşımlar. Farmasötik Kimya Anabilim Dalı Bitirme Ödevi, 2013.

Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 8(1): 47-50.

Çınar F., Aslan F. E. Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017;1(1):37-42.

Daştan N. B., Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri Ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Cilt:3, Sayı:1.

Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı dergisi, 2009; 21(2):45-53.

Diñçol K. Kemoterapide Temel Prensipler. İn: Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN;eds. Klinik Onkoloji. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları;2000:34-47.

Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 1997; 26 (6):1183-1188.

Eğlence R., Şimşek N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;5:1.

Elbi H. Psiko– onkoloji. 3P Dergisi 1998; 6: 5- 7.

Elkins M, Cavendish R. Developing A Plan For Pediatric Spiritual Care, Holistic Nursing Practice, 2004; 18(4), 179-184.

Ercan F., Körpe G., Demir S. Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. GMJ 2018; 29: 17-22.

Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 8 (1): 37- 45.

Ergül,S. Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat Ve Manevi Bakım Kavramları Nerede? Ne zaman? Nasıl?. 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitapçığı, 2005; 7-10 Eylül, İzmir.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. (Erişim Adresi: <http://globocan.iarc.fr>). Son erişim tarihi: 13/07/18.

Fish S, Shelly JH. Spiritüel Care: The Nurse's Role, Downers Groveİll, İnter Varsity Press, 1978.

Govier L. Spiritual Care _n Nursing: A Systematic Approach, Nursing Standard,2000; vol;14, 32-36.

Gürol, G. Spiritüel Bakım, Ege Üniversitesi Hemsirelik Esasları A.D.Seminer Notları, 2004.

Henderson V, Nite G (1978). Principles and Practice of Nursing, Macmillan Publishing co, 6. Edition, 1978; 1051-1053,USA.

Hoeman SP. Rehabilitation nursing: Process, application & outcomes,2002; 3rd ed. St Louis: Mosby Copration.

Hsiao SM, Gau ML, Ingleton C, Ryan T, et al. An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. *J. Clin. Nurs*, 2011; 20:950-9.

<http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>. Son erişim tarihi: 13/07/18.

<http://gulsenyrmc.blogspot.com.tr/2013/02/kanserin-tarihcesi.html>. Son erişim tarihi: 13/07/18.

<http://kanseremucadele.blogspot.com.tr/2016/10/kanserin-tarihcesi-haknda-ksaca-bilgi.html>.

Son erişim tarihi: 13/07/18.

İnanç, N. ve ark. Hemşirelik Esasları, Damla Matbaacılık Reklam ve Yayıncılık, 8. Baskı,2003; 27-30, Ankara.

Kavak F., Mankan T., Polat H., Çıtlık Sarıtaş S ve Sarıtaş S. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(1): 21-24.

Khorshid L, Gürol Arslan G. Hemşirelik ve spiritüel bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22 (1): 233-243.

Korkut-Owen F., Demirbaş-Çelik N. ve Doğan T. Üniversite öğrencilerinde iyilik halinin yordayıcısı olarak psikolojik sağlamlık. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2017; Cilt:16 Sayı:64-Ek Sayı(1461-1479).

Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007; 2(6):105-115.

Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 2010; 218-225.

Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Robbins Temel Patoloji, 2008. Çeviri editörü; Uğur Çevikbaş.

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.

Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *British Journal of Nursing*, 2005; 14 (4): 220-225.

Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J. Adv. Nurs*, 2003; 44:69-80.

- Makhija N.** Spiritual Nursing, Nursing Journal Of India, 2002; Vol; 93, 129-130.
- Matthews, DA.** “Prayer and Spirituality”, Rheumatic Disease Clinics of North America, 2000; 26(1):177-187.
- McEwen M.** Spiritual nursing care. Holistic Nursing Practice, 2005; 19(41):161 -168.
- Narayanasamy A, Owens J.** A critical incident study of nurses’responses to the spiritual needs of their. Journal of Advanced Nursing, 2001; 33(4): 446-455.
- Narayanasamy A.** ASSET:a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. Nurse Education Today, 1999; 36(2): 117-25.
- Nelson JC, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M.** “Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill”, Psychosomatics,2002; 43:3, 213-220.
- Oldnall A.** A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. Journal of Advanced Nursing, 1996; 23(1): 138-144.
- Ormsby A, Harrington A.** The spiritual dimensions of care in military nursing practice. International Journal of Nursing Practice, 2003; 9(5): 321-327.
- Otis-Green S, Sherman R, Perez M, Baird RP.** An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. Cancer Pract 2002;10 Suppl 1:S58-65
- Öz F.** İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. Klinik Bilimler & Doktor, 2004; 10(3): 266-273.
- Öz, F.** İnsan, Spiritüel Gereksinimler ve Hemsirelik, MN Klinik Bilimler_ Doktor, 2004; 10(1), 350-358.
- Öz, F.** Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Hacettepe üniversitesi yayınları, 2003.
- Özkan S.** Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 21-24 Eylül 2005, İstanbul.
- Parlatır İ, Zülfikar H, Gözaydın N.** Türk Dil Kurumu Sözlüğü, Türk Dil Kurumu Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1994; 390. Ankara.
- Phelps, A. C., Maciejexski P., Nilsson M., Balboni T. A., Wright A. A. and at all.** Religious coping and use of intensive life prololing care near death in patients with advanced cancer. JAMA, 2009, 301(11).
- Potter PA, Perry AG.** Basic Nursing Theory and Practice, St. Louis, Third Edition, Mosby year Book, 1995; 394-400.

Salladay SA, McDonnell MM . “Spiritual Care, Ethical Choices, and Patient Advocacy, Nursing Clinics of North America, 1989; 24:2, 543-549.

Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature. A concept analysis. Journal of Holistic Nursing, 2007; 25(4): 252-262.

Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. American Psychological Society, 2001; 10(1): 21-24.

Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. Journal of Advanced Nursing, 2002; 39(5): 500-509.

Taylor E.J. Spiritual Needs Of Patients With Cancer And Family Caregivers, Cancer Nursing, 2003; 26(4), 260-266.

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara, 2017.

TÜİK. “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014”. (Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>). Son erişim tarihi: 13/07/18.

Uygur D. Hemşirelerin Spiritüel ve Spiritüel Bakım Algısının Belirlenmesi ve İş Doyumu ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016.

WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. (Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>). Son erişim tarihi: 13/07/18.

WHO Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem (Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health for all), 1993. Ed. Salvaje J. Türkçe ed: Ülker S.

Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Applied Nursing Research, 2009; 23(4):242-244.

Yazgan E Ö. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.

Yıldırım, Y. Spiritüel Ve Sağlık. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları AD, Seminer Programı, İzmir, 2005.

Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi (HEMAR-G), 2009; 11(3): 41-52.

Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14: 2.



9. EKLER

EK-1: Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Anket Formu:

Sayın katılımcı,

Bu anket formu kanser tanısı olan hastaların spiritüel (manevi) iyilik durumları ve spiritüel (manevi) bakım gereksinimlerinin belirlenmesi adlı araştırma kapsamında manevi iyilik durumunuz ve bakım gereksinimleriniz hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar manevi bakım gereksinimlerinizin belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Yüksek Hemşire

Zübeyde Aslan

Yaş:

Cinsiyet: a) Kadın

b) Erkek

Medeni Durum: a) Evli

b) Bekar

Eğitim Durumu:

a) İlkokul

b) Ortaokul

c) Lise

d) Üniversite/ Yüksekokul

Çalışıyor mu?

a) Evet

b) Hayır

Kanser Tipi:

- a) Hematolojik
- b) Onkolojik

Kanserin Evresi:

- a) Evre 1
- b) Evre 2
- c) Evre 3
- d) Evre 4

Şu an Aldığı Tedavi Şekli:

- a) KT
- b) RT
- c) Hormon terapi
- d) Biyolojik terapi
- e) Cerrahi

Tanı/ Hastalık Süresi:

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11 yıl ve üzeri

Başka Bir Kronik Hastalık Durumu:

- a) Var
- b) Yok

Son 1 Yılda Hastaneye Yatma Sayısı:

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11 ve daha fazla

ECOG Performans Skoru (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

- a) 0
- b) 1

- c) 2
- d) 3
- e) 4
- f) 5

Ne zamandan beri hastalığınızı biliyorsunuz?

.....

Tedavinizin etkisini değerlendirir misiniz?

- a) Düşük
- b) Orta
- c) Yüksek

Aile desteğinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

Sayın Katılımcı, aşağıdaki sorularda size en uygun yanıtı (x) işareti koymanızı rica ederiz.

No	Madde	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum
1.	Yaşamın, benim için bir anlamı var.			
2.	Geleceğe umutla bakıyorum.			
3.	Hastalığım yaşama bağlanmamı engelliyor.			
4.	Büyük bir gücün (Tanrı, Allah, ruh, nazar boncuğu, uğurlu taş vs.) varlığına inanıyorum.			
5.	İnancıma göre manevi uygulamalarım var (dua etme, meditasyon, yoga vs.).			
6.	Yaşadıklarımda benim kararlarım etkili olmuştur.			
7.	İyimser bir kişiliğe sahibim.			
8.	Yaşadıklarımın olumlu birer deneyim olduğuna			

No	Madde	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum
	inanıyorum.			
9.	Hastalığım ne olursa olsun her şeyin iyi olacağına inanıyorum.			
10.	Hastalığımın, bana verilen bir ceza olduğunu düşünüyorum.			
11.	Hayatımda sıkıntı hissetmiyorum.			
12.	İnançlarım ve uygulamalarım stresli durumlarda rahatlamamı sağlıyor.			
13.	Hastalığım manevi yönümü kuvvetlendirdi.			
14.	Hastalık sürecinde Allah/Tanrı'nın beni desteklediğini düşünüyorum.			
15.	Kötümser bir kişiliğe sahibim.			
16.	Yaşayacaklarım üzerinde kontrolümün olduğunu düşünüyorum.			
17.	Allah/Tanrı'nın beni daima koruduğunu düşünüyorum.			
18.	Hayattan zevk alıyorum.			

19. Hastalığınızla birlikte manevi gereksinimlerinizde değişim gerçekleşti mi?

.....

20. Şu anki durumunuzda manevi gereksinimleriniz nelerdir? Bunları gerçekleştirmek için nelere ihtiyaç duyuyorsunuz?

.....

21. Manevi gereksinimlerinizi sağlık personeli (doktor, hemşire, psikolog vs.) ile paylaşıyor musunuz? Paylaşmak ister misiniz?

.....



EK-2: ECOG Performans Skalası:

- 0-Asemptomatik (tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir.)
- 1-Semptomatik fakat tamamen ayakta (zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri.)
- 2-Semptomatik, %50'den daha az yatakta (ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir.)
- 3-Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'den fazlasında yatakta.)
- 4-Yatalak (kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalyeye ve ya yatağa bağımlı.)
- 5-Ölüm

EK-3: DEÜ Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı Onayı:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- **829**

26.09.2016

Sayın Doç.Dr.Özlem UĞUR,

Kurulumuz tarafından 22.09.2016 tarih ve 2931-GOA protokol numaralı 2016/25-16 karar numarası ile görüşülen “Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI




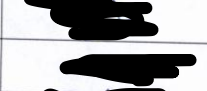





ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2931-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Özlem UĞUR Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

	Karar No:2016/25-16	Tarih:22.09.2016				
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Özlem UĞUR'un sorumlusu olduğu "Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevine ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK-4: KSÜ Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı:

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU							
BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Kanser Tanısı Olan Hastaların Spiritüel İyilik Durumları ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi					
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Özlem UĞUR					
	Başvuru Tarihi	25.12.2015					
	Protokol No	260					
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	-Anket çalışmaları -Hemşirelik Faaliyetlerinin Sınırları İçerisinde Yapılacak Araştırmalar						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>			
	Oturum No: 2015/18 Karar No: 15 Tarih: 28.12.2015						
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığı toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile KABUL EDİLMİŞTİR.						
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI			Prof. Dr. Gökhan ÖZDEMİR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım	İmza	
Prof. Dr. Gökhan ÖZDEMİR Başkan	Göz Hastalıkları	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin KILINÇ Üye	Tıbbi Biyokimya	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU Üye	Genel Cerrahi	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE Üye	Nöroloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet BEKERECİOĞLU Üye	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Perihan ÖZTÜRK Üye	Dermatoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kamile GÜL Üye	Endokrinoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ekrem KİRECCİ Üye	Tıbbi Mikrobiyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. B. Nurten AKKEÇECİ Üye	Fizyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
ŞERH (VARSA)							

10. ÖZGEÇMİŞ



ZÜBEYDE ASLAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	28028198974
Doğum Tarihi	14/03/1987
İletişim Adresi	Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi
Telefon	(545) 682 68 86
E-posta	zbydvegry@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

- 01 Eylül 2010 - Şu Anda (7 yıl 11 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
- 01 Eylül 2005 - 01 Haziran 2009 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğrenim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)