

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ HASTALARININ MANEVİ BAKIM
GEREKİNİMLERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ÖLÇEĞİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Münevver OTUZOĞLU

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2017

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ HASTALARININ MANEVİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ÖLÇEĞİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Münevver OTUZÖĞLU

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS**

**ANKARA
2017**

ONAY SAYFASI

**Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye
Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi
Münevver OTUZOĞLU**

Bu çalışma 25.12.2017 tarihinde jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN ELSHARKAWY
Ankara Üniversitesi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melek Serpil TALAS
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof. Dr. Emine İYİGÜN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi


Üye: Prof. Dr. Cihangir ÖZASLAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU
Ufuk Üniversitesi






Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

 29 Aralık 2017
Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini

Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- Tezimin/Raporumun 05.01.2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

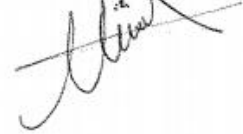
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

05.1.01.../...2018

(İmza)

Münevver OTUZOĞLU



ETİK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Ünvanı, Doç Dr. Melek Serpil TALAS danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.


(İmza)
Münevver OTUZOĞLU

TEŞEKKÜR

Araştırma konusunu seçmemde etkili olan, bilgi ve tecrübesini benden hiç esirgemeyen, yalnızca tez sürecinde değil her zaman bana destek veren danışman hocam Doç. Dr. Melek Serpil TALAS'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecinde ilgi, bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan ve beni yönlendiren tez izleme komitemde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN'a, Prof. Dr. Emine İYİGÜN'e ve Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU'ya teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Tezin istatistiksel analizlerinde katkı sağlayan ve bu konuda karşılaştığım zorluklarda bana destek veren, yönlendiren İstatistik Uzmanı Ömer KAPLAN'a ve Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nden Ölçme ve Değerlendirme Bilim Dalı'ndan Ölçek Geliştirme ve Değerlendirme dersini aldığım Yrd. Doç. Dr. Bilge BEKÇİ'ye teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmaya bilimsel ve idari destek sağlayan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Cihangir ÖZASLAN ve Prof. Dr. Ali Uğur BERBEROĞLU'na, uygulama sürecini kolaylaştıran ve destek sağlayan Ayaktan Kemoterapi Ünitesi hemşirelerine ve ARGE birimi sorumlusu İlhan UYANER'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu süreçte yanımda olarak bana güç veren, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, beni dinlemekten hiç yorulmayan, desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Esma KABASAKAL'a teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve eğitim hayatım sürecince sabır ve anlayış gösteren başta annem Hülya OTUZOĞLU'na ve kardeşlerim Gamze ve Seray'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

OTUZOĞLU, M. Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2017. Bu araştırma, onkoloji hastalarının manevi bakım ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması amacıyla metodolojik bir çalışma olarak dizayn edilmiştir. Araştırma Mart 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında Ankara ili sınırlarında bulunan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan Kemoterapi Ünitesi’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma örnekleme, kanser hastalığı nedeniyle gündüz ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan ve örnekleme dahil edilme kriterlerini sağlayan 290 hastadan oluşmaktadır. Çalışma verilerinin elde edilmesinde “Hasta Tanıtım Formu” ve “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için kapsam ve yapı geçerliliği, güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık ve zamana göre değişmezlik yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliliği için alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır. Yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi uygulanan ölçek 24 madde 4 alt boyuttan oluşmuştur. Ölçek alt boyutları, “İnanç ve manevi uygulamalar”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma”, “Yakınların sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” şeklinde adlandırılmıştır. Ölçme aracının iç tutarlılığının değerlendirmek için Cronbach’s alpha (α) katsayısı hesaplanmıştır. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği’nin Cronbach’s alpha değeri 0,867, “İnanç ve manevi uygulamalar” alt boyutu için 0,919, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma” alt boyutu için 0,921, “Yakınların sevgi ve desteği” alt boyutu için 0,805 ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” alt boyutu için 0,868 olarak hesaplanmıştır. Zamana göre değişmezlik ölçütü için yapılan test tekrar test uygulaması sonucunda Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarında zamana bağlı bir değişim görülmemiştir. Yapılan analizler sonucunda “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmiştir.

Araştırma verilerine göre onkoloji hastalarının manevi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, manevi, manevi bakım, manevi gereksinim, din, dini gereksinim, kanser hastaları, ölçek geliştirme.

ABSTRACT

OTUZOĞLU, M. Development of a Scale to Identify Spiritual Care Needs of Oncology Patients. Hacettepe University. Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Program Doctorate Thesis, Ankara, 2017. This study is designed as a methodological research to develop and analyze validity and reliability of “Spiritual Care Need Scale” identifying spiritual care needs of oncology patients. Research took place in Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Training and Research Hospital Outpatient Chemotherapy Unit during March 2017 – May 2017. Sample is composed of 290 patients being treated at the day outpatient chemotherapy unit for cancer disease and meeting sampling criteria. The data is collected through “Patient Identification Form” and “Spiritual Care Need Scale”. Content and construct validity tests are applied to evaluate the validity of the scale; and internal validity and time invariance tests are applied to evaluate the reliability of the test. Expert opinion is solicited to evaluate the content validity of the scale. Exploratory factor analysis is applied to test the construct validity and consequently 4 sub-dimensions composed of 24 articles are obtained. Sub-dimensions are denominated as “Faith and spiritual activities”, “Peacefulness and security until the end of one’s lifetime”, “Love and support of the intimates” and “Briefing about the health”. Cronbach’s alpha coefficient is calculated to evaluate the internal validity of the scale. Cronbach’s alpha value for “Spiritual Care Need Scale” is calculated as 0,867. Cronbach’s alpha values for the sub-dimensions are calculated as: 0,919 for “Faith and spiritual activities”; 0,921 for “Peacefulness and security until the end of one’s lifetime”; 0,805 for “Love and support of the intimates” and 0,868 for “Briefing about the health”. Test-retest applied for time invariance criterion results in time invariance for both “Spiritual Care Need Scale” and its sub-dimensions. The analyses sets “Spiritual Care Need Scale” as a valid and reliable measurement tool. In accordance with the research results, it is recommended to apply “Spiritual Care Need Scale” to assess the spiritual care needed by oncology patients.

Key Words: Spirituality, spiritual, spiritual care, spiritual care need, religion, religious need, cancer patients, development of a scale

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYANI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
ŞEKİLLER	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Kanser	8
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi	8
2.2.2. Kanserin Tedavisi	9
2.2.3. Kanser Tanısının Etkileri	10
2.2. Geçmişten günümüze maneviyat kavramının anlamları ve maneviyatın (spiritualite) tanımları	12
2.2.1. Maneviyat İle İlgili Temel Kavramlar	17
2.3. Maneviyat (Spiritualite) ve Din	20
2.3.1. Türkiye’de Maneviyat ve Din	23
2.4. Maneviyat ve Kültür	25
2.5. Manevi Bakım Kavramı	26
2.6. Kanser Hastalığı, Maneviyat ve Manevi Bakım Gereksinimi	27
2.7. Manevi Bakım Gereksinimin Değerlendirilmesi	30
2.7.1. Manevi Bakım Gereksinimi ile ilgili Düzenlemeler	34

2.8. Manevi Bakım ve Hemşirelik	35
2.9. Kanser ve Manevi Bakım Gereksinimini Belirleyen Ölçeklerle İlgili Literatür İncelemesi	37
2.10. Ölçek Geliştirme	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Şekli	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem	44
3.4. Verilerin Toplanması	45
3.4.1. Veri Toplama Formları	45
3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	46
3.4.3. Araştırmanın Etik Yönü	46
3.5. Ölçek Geliştirme Çalışmasında İzlenen Adımlar	47
3.5.1. Ölçülecek Özelliğin Tanımlanması	47
3.5.2. Deneme Ölçeğinin Düzenlenmesi ve Deneme Uygulaması	47
3.5.3. Deneme Uygulamasından Elde Edilen Verilerin Analizi ve Madde Seçme	50
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	57
4. BULGULAR	59
4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular	59
4.2. “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin Geliştirme Aşamalarına İlişkin Bulgular	64
4.2.1. Ölçeğin Geçerliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	64
4.2.2. Ölçeğin Güvenirliliğinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular	69
4.2.3. Ölçeği Tanımlayıcı Bulgular	70
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine Göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	71
5. TARTIŞMA	81
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri	81
5.2. Deneme Ölçeğinden Elde Edilen Sonuçlar	86
5.2.1. Madde ve Ölçek Puanları	86

5.2.2. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları	86
5.3. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine Göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
6.1. Sonuçlar	96
6.1.1. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin Geliştirilmesi	96
6.1.2. Sosyodemografik Özellikleri ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Durumları	97
6.2. Öneriler	98
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	99
7. KAYNAKLAR	101
8. EKLER	
9. ÖZGEÇMİŞ	
EK 1. Etik Kurul İzni	
EK 2. Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni	
EK 3. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği İçin Görüş Alınan Uzmanlar	
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK 5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	
EK 6. Çalışmasının Madde Havuzu Hakkında Uzman Görüş Formu	
EK 7. Hasta Tanıtım Formu	
EK 8. Manevi Bakım Gereksinim Deneme Ölçeği	
EK 9. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği Yönergesi ve Ölçek (24 Madde)	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AJCC	American Joint Committee on Cancer
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
<i>f</i>	Varyans Analizi-ANOVA
IARC	Uluslararası Kansere Ajansı
ICC	Sınıf İçi Korelasyon
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	Kasiyer Meyer Olkin
MEDLINE	Ulusal Tıp Kütüphanesi
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PSNAS	Patients Spiritual Needs Assessment Scale-Hastaların Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme Ölçeği
PsycINFO	Amerikan Psikoloji Birliği
<i>r</i>	Pearson Korelasyon Katsayısı
SD	Standart Sapma
SNAP	Spiritual Needs Assessment for Patients-Hastaların Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme
SNS	Spiritual Needs Scale- Manevi İhtiyaçlar Ölçeği
SpIRIT	Spiritual Interests Related to Illness Tool-Hastalık İlişkili Manevi İhtiyaçlar Ölçeği
SpNQ	Spiritual Needs Questionnaire- Manevi İhtiyaçlar Anketi
<i>t</i>	T Testi
TNM	Tümör-Nod-Metastaz
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UICC	The International Union for Cancer Control
\bar{x}	Ortalama
χ^2	Ki Kare Testi

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
1.1. Geçmişten günümüze “maneviyat” tanımları	15
1.2. Manevi Gereksinim Ölçekleri Literatür İncelemesi	38
3.1. 5’li ikert tipi maddeler için puanlama anahtarı	50
3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler	52
4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	60
4.2. Hastaların kanser hastalığı ve tedavi özelliklerine göre dağılımı	63
4.3. Uzman görüşlerine göre kapsam geçerlilik oranlarına göre elenen maddeler	65
4.4. Uzman görüşlerine ve evrensellik ilkesine göre tek bir maddede ifade edilen maddeler	66
4.5. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği’nin açımlayıcı faktör analizi sonuçları	67
4.6. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği’nde yer alan maddeler ve alt boyutları	68
4.7. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirlik düzeyleri	69
4.8. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları ile test tekrar test arasında ilişkinin incelenmesi	70
4.9. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarını tanımlayıcı değerler	70
4.10. Katılımcıların yaşları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	72
4.11. Katılımcıların cinsiyetleri ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	73
4.12. Katılımcıların eğitim durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	74
4.13. Katılımcıların çalışma durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	75
4.14. Katılımcıların gelir durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	76
4.15. Katılımcıların medeni durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	77

- 4.16. Katılımcıların hastalıkları ile başetme sürecinde desteğe ihtiyaç duyma durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi 78
- 4.17. Katılımcılara destek sağlayıcıları tarafından verilen bakımın yeterlilik durumu ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi 79
- 4.18. Katılımcıların ailesinde kanser olma durumu ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi 80

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
1.1.	Maneviyat Kavramı	19
1.2.	Hemşirelik ve Sağlık İlişkili Literatürde Spiritualite/Maneviyat Tanımı.	35
3.1.	Çalışmanın Akış Şeması	58

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal yönü olan ve çevresiyle etkileşim içinde yaşayan bir varlıktır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetinin sunumunda insanın tüm yönlerini ele alan bütüncül bir yaklaşım tercih edilmektedir. Bu yaklaşıma göre birey parçaların bir bütünü olarak görülmektedir (16). Özellikle fiziksel yetersizlikleri, psikolojik ve ruhsal sorunları kapsayan, iyileşme ve şiddetlenme evreleri olan, kısa ve uzun vadeli adaptasyon zorlukları oluşturan, mortalite ve morbidite sebebi olan kronik hastalıklarda bütüncül bakımın önemi daha da artmaktadır (105).

Kronik hastalıklardan biri olan ve tüm dünyada ve Türkiye’de ölüme neden olan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan kanser, kronik, geriye dönüşsüz patolojik değişimler sonucu kalıcı yetersizliklerin olduğu, rehabilitasyon için özel uygulamaların yapıldığı veya uzun dönem gözlem, denetim ve bakım gerektiren patolojik bir durumdur (1, 177). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl 14 milyon kişiye kanser tanısını konulduğunu ve bunların 8.2 milyonunun öldüğünü bildirmiştir. Bu verilere göre, kanser tanısı alanların sayısının 2025 de kadar 19 milyona, 2030 da 22 milyona ve 2035 de ise 24 milyona çıkacağını ve kansere bağlı ölümlerin yıllık 13 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (183). Avrupa’da 2012 yılında 3.7 milyon kişiye ve Amerika’da 1.6 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulmuştur (219). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın 2017 verilerine göre, Türkiye’de 2014 yılında 163 500 yeni kanser vakası tanısı konulmuştur ve bu rakamlara göre Türkiye’de bir günde yaklaşık 450 kişiye kanser tanısı konulmaktadır (201).

Kanser hastalığı bireylerin fiziksel olarak rahatsızlıklarının yanı sıra, manevi yönlerini de etkileyen, mücadele edilmesi zor bir hastalıktır. Kanser hastaları yaşamı tehdit eden, uzun süren, genellikle kendiliğinden çözümlenemeyen, tam bir iyileşmenin sağlanamadığı, sonucu önceden tahmin edilemeyen ve belli olmayan sonuçlara yol açan semptomların olduğu, yavaş yavaş kötüleşen, kalıcı disabiliteye neden olabilen ve hatta ölümlü sonuçlanan bir tanıyla karşı karşıya kalmışlardır. Bu durum onların yaşamlarını yeni bir bakış açısıyla değerlendirmeye başlamasına yol açar (137). Başlangıçta kanser tanısı alan bireyler “Niçin ben?”, “Yaradan beni

cezalandırıyor mu?” sorularına cevap ararlar ve yaşamın anlamını sorgulayarak manevi destek için arayış içinde girerler (31). Çünkü insanlar biyolojik organizmalar değil, aynı zamanda duygu, zihin, ruh ve maneviyatı olan çok boyutlu varlıklardır. Bu nedenle, bir birey hayatının herhangi bir yönünde değişim yaşarsa, varlığının her yönünde değişim meydana gelir (67).

Arapça, manevi ve mana kelimelerinden türetilmiş olan maneviyat, “duyu organları olmaksızın kalp (gönül) ile kavranıp bilinen şeye ait alandır” (27: 630) veya “mana cihetiyle, manaca, maddi olmayan, soyut, ruhani, ruhça, içe ait, inançla ilgili” ya da “manevi-ruhi hayatla ilgili ve mana alemine ait olan” şeklinde tanımlanabilir (199). Literatürde maneviyatın birçok tanımı bulunmakta birlikte (Tablo 1.1), maneviyatla ilgili yapılan çalışmalarda maneviyat, “yaşama verilen anlam, bireysel inanç, kendinden üstün güç, bağlılık ve varoluşsal gerçeklik” kavramları ile açıklanmaktadır (26, 38, 86, 128, 173). Başka bir deyişle maneviyat, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamdaki deneyimlerinin anlamını ve amaçlarını sorgulama, farkındalık ve değerler bütünüdür (40, 205). İnsanlar yaşamları boyunca kendi varlığının ötesindeki güçlerle uyum sağlamaya ve diğer varlıklarla bağlantı kurmaya çalışır. Bu süreçte kendinden öteye ulaşarak yaşamın özünü kavrar ve ölümü anlamlandırmaya çalışır (15).

İnsanın maneviyat ile ilgili gereksinimleri, daha çok ihtiyaç duyulduğunda ve kriz durumlarında ortaya çıkmaktadır (107, 129, 148). Hayatlarını değiştiren ümitsiz ya da çaresiz hissettiği olaylar sırasında insanlar genellikle rahatlık sağlamak, umut gereksinimlerini karşılamak ve stresten kurtulmak için maneviyata yönelirler. Özellikle hastalık krizi gibi olumsuz durumun değiştirilemediği ya da sorunların çözümlenemediği durumlarda maneviyatla ilgili uygulamalar yararlı olabilmektedir (32, 216). Böylelikle, maneviyat bireylerin kriz zamanlarını anlamlandırmasına da yardımcı olabilmektedir (71).

İnsanoğlu beden (madde) ve ruhtan oluşur ve bireyin beden sağlığı ve psikososyal sağlığı arasında sürekli bir etkileşim bulunur. Bu nedenle fiziksel sağlığın bozulması, sosyal ve psikolojik alanlarını etkileyebilmekte, ruhsal ve alanlardaki sorunlar ise fiziksel problemlere neden olabilmektedir. Ayrıca, sağlık sorunları bireylerin yaşantılarını ve kararlarını etkilemektedir. Bireylerin sağlık bakımı sırasında sadece patolojik durumu düzeltmeyi hedefleyen yaklaşımla tedavi etme bütüncül iyilik

sağlama olasılığı zayıftır. Bu nedenle, sağlık bakımı yapılırken sadece tıbbi bakım anlayışının ötesine geçmek ve tedavi sürecindeki hastanın holistik bir yaklaşımla (fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik, kültürel, manevi) ele alınmasını sağlamak gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda holistik bakım yaklaşımı, bireyin psikolojik, sosyolojik ve zihinsel görüş ve ihtiyaçlarını bir bütün olarak değerlendirmeyi ve tedavi etmeyi kapsar. Bu durumda, manevi bakım ya da manevi destek holistik bakımın en önemli parçalarından birisidir (152, 229).

Manevi bakım hastalara sunulan sağlık bakım hizmeti içinde yer alması gerekmektedir. Manevi bakım, bireylerin özellikle ihtiyaç duydukları koşullarda manevi durum ve ihtiyaçlarının incelenmesi ve bu inceleme sonucunda saptanan ihtiyaçların oluşma nedenlerini, bireyin hayatına etkisi ve karşılanması için gerekli eylemlerin tanımlaması ve uygulanmasını kapsayan bir alandır (174). Berggren-Thomas ve Griggs (1995) manevi bakımı, “bireyin kişisel bütünlüğünü, kişilerarası ilişkilerini ve anlam arayışını destekleyen sağlık hizmetinin önemli bir parçası” (s.7) olarak bildirmiştir. Wright (2002) ise manevi bakımı, “empatik ve yargısız sevgiye dayalı, her insanın değerli olduğunu benimseyen, dini olan ve olmayan ihtiyaçlara cevap veren, hümanizm arzusuyla çalışmayı ve diğerlerini dinlemeyi içeren, yaşamın önemini ve yüceliğini kabul eden, ölene kadar her insana saygı göstermeyi benimseyen bir sağlık hizmeti” (s.128) şeklinde açıklamaktadır.

Kanser gibi yaşamı tehdit eden ve yönetilmesi ya da başedilmesi zor olan kriz anlarında, bireylerin fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin yanı sıra, manevi destek gereksinimleri de artar. Bu nedenle, kanser hastalarının sağlık bakımı içinde önemle ele alınması gereken konulardan birisi de “manevi bakım” ya da “manevi destek” gereksinimidir. Kanser hastaların manevi bakım ihtiyaçları, bakımdan memnun kalma, yaşam kalitesinin iyi olması, varolma nedenini en iyi şekilde tanımlayabilme şeklinde sıralanabilir (12, 13, 14). İleri evre kanserli hastalarında manevi ihtiyaçların önemini ve neden kanser olduğunun anlamını bulan hastalarda içgörü ve baş etme yeteneklerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (175). İran’da yapılan bir çalışmaya katılan kanser hastaları manevi gerçek olarak Tanrıyı (Tanrı ile ilişkide kalma ve Tanrı’ya güvenme), manevi işaret olarak ahlaki kuralları (kişisel ve sosyal ahlak kodları) ve umut kaynağı olarak da manevi kaynakları (inanç, kişisel ve sosyal kaynaklar) göstermişlerdir (161). İleri evre kanser hastaları ile yapılan

başka bir çalışmada, manevi gereksinimler, aile bireyleri ile bir arada olmak (%80,2) ve düzenli aralıklarla dua etmek (%50) şeklinde belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların %26'sı manevi ihtiyaçlarından en az birinin karşılanmadığını, en sık karşılanmayan manevi ihtiyacın “dini törenlere katılmak” (%21,1) olduğunu belirtmişlerdir (14). İleri evre kanser hastaları, hayatlarının geri kalanı için umutlarını sürdürebilmeyi ve huzurlu hissetmeyi (%88), yaşamın anlamını bulabilmeyi ve onurunu koruyabilmeyi (%88), insanlarla daha fazla sevgi alışverişinde bulunabilmeyi (%100) ve huzurlu ölüm için yardım alabilmeyi (%85) belirtmişlerdir (93). Türkiye’de Dedeli ve Yüksel (2014), tarafından yapılan çalışmada hastaların tamamı “ölüm anı ve sonrası hakkındaki konulara açıklık getirilme” %94,8’i “huzurlu ve hoşnut hissetme”, %93,5’i “birinin kendisine refakat etmesi”, %54,3’ü şevkat ve nezaket görme ve %52,2’si “başka biri tarafından kendisine dua edilmesi” (s.109) şeklinde manevi bakım gereksinimlerini sıralamıştır.

Literatürde, bireyin manevi yönünün daha yüksek olmasının fiziksel ve mental sağlık üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda subjektif iyi olma, düşük ağrı düzeyi, anksiyeteyi azaltma, umut ve pozitif duygu durumu, yüksek öz saygı, sosyal yeterlilik, yaşamın amacı ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu (21, 85, 98, 117, 136, 169, 172, 176, 190), kendini iyi hissetmeyi sağlamada olumlu etki yarattığı (2, 146) ve inançla ilgili faaliyetlere katılımın ortalama ömrü uzattığı belirtilmiştir (125, 163, 224). Manevi yönleri güçlü olan ve inançla ilgili ibadetlere katılan kanser veya buna benzer ağır hastalıkları olan hastaların bedensel sancılarında azalma olduğu ve hastalıklarıyla daha barışık oldukları tespit etmişlerdir (163, 224). Terminal dönem kanser hastaları ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %72’sinin manevi bakım gereksinimi olduğu, sağlık bakım hizmeti sırasında bu gereksinimlerin çok az karşılandığı ortaya çıkmıştır (14). Kanserli 248 hasta ile yapılan araştırmada kanserli hastaların %40’ı manevi gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanması ile korkularını yendiklerini, hayata karşı umutlarının arttığını ve kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir (136).

Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale, “tedavi sürecinde olan hastanın çevresinin, ışığın, kokunun, müziğin, ona dokunulmasının (terapötik dokunma) ve derinlemesine düşünmesinin önemini fark ederek bütüncül bakım anlayışını desteklemiştir ve Florence Nightingale’e göre manevi bakım hemşirelik

uygulamalarının bir parçası olmalıdır.” Nightingale, “sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” ve “bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse, fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir” ifadeleri ile hastaların manevi bakımının hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğunu vurgulamıştır (65, 146).

Hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması tüm sağlık ekibinin sorumluluğundadır ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Ancak, manevi bakım gereksiniminin değerlendirilmesi sağlık bakım hizmeti alanında en çok holistik yaklaşımı benimseyen hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Hemşireler yaşamın anlam ve değerini sorguladıkları olay ya da kriz durumlar ile mücadele eden değişik yaş gruplarından, farklı özelliklere ve deneyimlere sahip bireylere sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu nedenle hemşireler, birey ve ailesini içinde yaşadığı toplum değerleri ve inançları, kişiler arası ilişkileri, sosyo-kültürel alt yapıları, çevresel durumları yanı sıra, manevi değerleri ile birlikte bir bütün olarak değerlendirmektedir (65, 76).

Hastalar ve sağlık profesyonelleri tarafından maneviyat kavramı soyut ve karmaşık olarak görülmesi nedeniyle manevi ihtiyaçların ölçülerek belirlenmesi fiziksel ihtiyaçlara göre daha güçtür. Bununla birlikte, holistik bakımın ilk basamağı olarak görülen manevi gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlere karşılayacak bir bakımın sağlanması, kanserli hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığı ile sağlık bakım hizmetinden memnuniyeti için önemlidir (65). Bu nedenle, hastaların manevi gereksinimlerini değerlendirmek için iki tip yöntem (informal ve formal) kullanılır. Bunlardan informal yöntemde sağlık profesyoneli, hasta ile yüz yüze herhangi bir zaman diliminde biraya gelerek görüşme yöntemiyle onun manevi bakım gereksinimini belirlemeye çalışır. Bu görüşmenin temelini hastanın maneviyatı ile ilgili gereksinimlerini açıklaması için bir takım açık uçlu soruların yöneltmesi, hastaların bu açık uçlu sorulara cevap vermesi oluşturur. Bu yöntemde bireyin maneviyatını çok iyi kavramsallaştırarak açıklaması, değerlendirmeyi yapan kişinin de hastanın söylediklerinin aktif ve dikkatli bir şekilde dinlemesi, gerekli ve önemli kısımları ayırt etmesi gerekir. Bu yöntem doğru uygulansa dahi, çok zaman alıcıdır ve hizmet sunulan hastaların çok olduğu ortamlarda pratik kullanım özelliğine sahip

değildir (5). Hastaların manevi gereksinimlerinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer yöntem, ölçekler gibi formal araçlar kullanılır. Bu araçlar kolay ve daha az zaman alıcıdır. Ayrıca bu yöntemde hasta görüşlerini belirtirken sağlık personeli en az düzeyde hastanın konuşmasına müdahale eder ve bireyin görüşme sürecine aktif katılımı sağlanır. Formal yöntem manevi değerlendirme araçları, farklı din gruplarını sorgulamaz, ötekileştirmez ve farklı muamelelerde bulunmaz. Sonuç olarak değerlendirmeler tehditkâr ve yargılayıcı olmayan bir tutum içinde gerçekleştirilir (129). Formal yöntemlerden biri de ölçeklerin kullanımınıdır. Hastalar ölçeklerde yer alan kapalı uçlu soruların kendilerine uyan cevaplarını işaretler ve bu şekilde hastanın manevi bakım gereksinimleri kısa sürede kolayca belirlenebilir. Literatürde hastaların manevi gereksinimlerini belirleyen birçok ölçek bulunmaktadır (Tablo 2).

Türkiye’de maneviyat; din, tasavvuf ve ahlak ile benzer anlamlara gelir ve maneviyat “manevi gelişim, manevi hayat” gibi yaşam tecrübeleri ile eş anlamlı olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, tasavvufa göre hem Allah’a tam olarak kulluk edilmesi ile hem de ahlak ve toplum kurullarına uymanın bireyin manevi hayatını zenginleştireceği düşünülür (5, 58, 102). Mevlana’nın felsefesine göre maneviyat barış, dostluk, sevgi, insanın bilinçli varlık olması, kendi varlığını göz önüne alarak insanı anlama vardır. Yesevilik ve Bektaşilik felsefelerinin merkezinde insan vardır. Yesevilikte insan sevgisi Allah sevgisiyle bir tutulur, Bektaşilikte maneviyat insana kendi gerçeğini gösterir ve kendi iradesiyle yapabileceklerini fark etmesini sağlar (150).

Literatür incelendiğinde, Türkiye’nin hem kültürel özellikleri hem de kanser hastalarının bireysel özellikleri, konunun soyut ve çok boyutlu olmasına rağmen, hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını belirleyecek çalışmalar sınırlıdır ve ülkeye özgü manevi bakım gereksinim ölçeği bulunmamaktadır. Ancak sadece sağlık çalışanlarının manevi destek algısını değerlendirmeye yönelik bir ölçek bulunmaktadır (104). Ayrıca, hastaların manevi destek gereksinimlerini değerlendiren sadece başka ülkede ve kültürde yapılmış iki ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (51, 53, 146) bulunmaktadır. Her coğrafyada her kültürde ve her dinde manevi değerler farklılık gösterir. Bu nedenle, diğer ülkeler ya da coğrafyalarda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla ortaya çıkan kavramlar üzerine kurulmuş ölçeklerle Türkiye’de olan hastaların manevi gereksinimlerini belirlemenin doğru sonuçlara götürmesi mümkün

olamayabilir. Sosyal bilimler alanında Türkiye'nin sosyokültürel yapısına uygun maneviyat anlamlarının farklı olabileceğine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (58, 8, 101). Dolayısıyla diğer toplumların manevi değerleri üzerine özellikle de dindarlık modelleriyle oluşturulan ölçeklerin Türkiye toplumunu tam olarak tahlil edemeyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle, kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik geliştirilen bu ölçeğin, bireylerin sağlık bakımının bütüncül yaklaşımıyla yapılmasına ve yaşam kalitelerinin ve memnuniyetlerinin artmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, onkoloji hastalarının manevi bakım ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H_{01a}: "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede güvenilir bir ölçme aracı değildir.

H_{01b}: "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede güvenilir bir ölçme aracıdır.

H_{02a}: "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede geçerli bir ölçme aracı değildir.

H_{02b}: "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede geçerli bir ölçme aracıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde kanser, maneviyat, maneviyat ve din, maneviyat ve manevi bakım kavramları, manevi bakımın değerlendirilmesi ve önemi, manevi bakım ve hemşirelik, kanser hastalığı ve manevi bakım gereksinimi, manevi bakım gereksinimini belirleyen ölçekler ve ölçek geliştirme ile ilgili literatür bilgisi yer almaktadır.

2.1. Kanser

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser, herhangi bir sınırlama ya da sonlanma olmaksızın, konak olan canlının kontrol mekanizmaları dışında hareket eden, hücrelerin kontrolsüz olarak oldukları yerde ya da uzak noktalarda çoğalmasıyla ortaya çıkan anormal bir doku kitlesi ya da tümöral (malign ya da benign) hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan terimdir (4). Bu kontrolsüz bölünme, hücrenin genetik yapısında oluşan değişimlerin artması ve birikmesi sonucu tetiklenir. Kanser aynı zamanda, kronik, geriye dönüşsüz patolojik değişimler sonucu kalıcı yetersizliklerin olduğu, rehabilitasyon için özel uygulamaların yapıldığı veya uzun dönem gözlem, denetim ve bakım gerektiren patolojik bir durum olarak da ifade edilebilir (1, 177).

Kanser, görülme sıklığı, tanı ve tedavisi, sosyoekonomik ve psikolojik yönleri ile tüm dünyada ve Türkiye’de giderek artan sayıda geniş kitleleri etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl 14 milyon kişiye kanser tanısını konulduğunu ve bunların 8.2 milyonunun öldüğünü bildirmiştir. Bu verilere göre, kanser tanısı alanların sayısının 2025’e kadar 19 milyona, 2030’a kadar 22 milyona ve 2035’e kadar ise 24 milyona çıkacağını ve kansere bağlı ölümlerin 13 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (183). Avrupa’da 2012 yılında 3.7 milyon kişiye ve Amerika’da 1.6 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulmuştur (219). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın 2017 verilerine göre, Türkiye’de 2014 yılında 163.500 yeni kanser vakası tanısı konulmuştur ve bu rakamlara göre Türkiye’de bir günde yaklaşık 450 kişiye kanser tanısı konulmaktadır (201,183).

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine göre dünyada erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri iken, kadınlarda meme, kolorektal, uterus

serviks, akciğer ve uterus korpusudur (183). Türkiye’de görülen ilk 5 kanser türü örüntüsü dünyada ve diğer gelişmiş ülkeler ile benzerlik göstermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın 2014 yılı bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenleri istatistikleri incelendiğinde, Türkiye’de tüm ölümlerin yaklaşık %20’sinin kanser olduğu, 49.946 erkeğin, 27.022 kadının ölümüne neden olduğu görülmektedir (201).

2.2.2. Kanserın Tedavisi

Kanser tedavisi, hastalığın iyileştirilmesi veya hayatı uzatmayı amaçlayan, tek başına ya da kombine olarak uygulanabilen ameliyat, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi vb. müdahalelerden oluşmaktadır (219).

Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi, geçmişten bugüne kanser tedavisinde öncelikli olarak tercih edilen bir yöntemdir. Cerrahi tedavi, aynı zamanda tanının doğrulanmasında (biyopsi), kanserin evrelendirmesinde, yan etkilerin ve ağrının azaltılmasında da kullanılmaktadır. Günümüzde kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi tedavi yaklaşımları ile cerrahinin optimum kombinasyonu hastaların tedavisinde son derece önemlidir (33). Ancak, kür sağlamak amacıyla ameliyatla kanserli dokularla birlikte normal dokuların da çıkarılması beraberinde bazı dezavantajlar taşımaktadır. Normal anatomi ve fizyolojinin bozulması, cerrahi için genel anestezi gerekliliği, bireyin beden bütünlüğünün, fiziksel fonksiyonlarının, cinsellik ve üreme fonksiyonunun, duygusal durumunun, geleceğe bakış açısının, okul veya iş performansının, sosyal ve aile ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi cerrahinin ciddi fizyolojik, psikospsyal ve duygusal dezavantajları arasındadır (33,232).

Kemoterapi, kanserli bireye veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle anormal çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar (antineoplastik ilaçlar) ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapinin tek başına ya da ameliyat ile birlikte kullanılması ile hastalık sürecinin yavaşlatılması, geriletilmesi ya da durdurulması amaçlanmaktadır (9).

Radyoterapi (ışın ya da şua tedavisi), iyonize ışın ya da atom partiküllerinin uygulanan alandaki kanser hücrelerini yok etmek ya da nadiren kanser dışında diğer

hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Radyoterapi tek başına ya da ameliyat ve kemoterapi ile birlikte kombine olarak uygulanabilmektedir (130).

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden dolayı ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, kaşeksi, mukozit, tat değişiklikleri, dehidratasyon, saç dökülmesi, bulantı, kusma, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve duygusal semptomları ciddi bir şekilde yaşamaktadır (56). Bu semptomlar kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir

2.2.3. Kanser Tanısının Etkileri

Her birey hastalık sürecini farklı yaşar ve kişilerin hastalık algıları doğrultusunda hastalığı yaşama biçimleri, hastalığa verdiği tepkiler ve hastalık süresince gösterdikleri davranışlar da farklıdır (74). Örneğin, kanser tanısı alan bazı hastalar bu durumu yaşamın sonu olarak algılayarak tedaviyi reddedebilmekte, kendini hayattan soyutlayabilmektedir (105, 113). Ayrıca bazı hastalar kanseri acı, zulüm, ihanete uğrama, bilinmezlik, güçsüzlük olarak da algılayabilmektedirler. Literatürde kanserli hastaların şifa bulamayacakları kaygısıyla hastaneden taburcu olmayı isteyebildikleri ve sağlık profesyonellerine suçlama davranışında bulunabildikleri, öleceğine dair çıkarımları nedeniyle de depresyon belirtileri gösterebildikleri, hatta bireylerin intihar girişiminde bulunabildikleri bildirilmektedir (151, 204).

Kanser bireyin psikolojik dengesinde krize yol açar. Kriz, sağlıklı yaşamdan hastalık ve ölüm tehdidinden uyuma uzanan bir süreçtir. Hem kanser tanısı alma hem de tedavi sonrası kanserin tekrarlama ve yayılma olasılığı hastaların kriz yaşamasına neden olmaktadır. Elizabeth Kübler Ross kriz dönemini, terminal dönem kanser hastaları ile yaptığı çalışma sonucunda kanser tanısı konulduktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş evreye ayırmıştır. Kübler Ross'a göre bu evreler bir kayıp sonrasında yaşanan yas dönemine benzemektedir. Yas süreci, sadece ölümden sonra ortaya çıkan bir süreç olmayıp, bazen kaybedilen manevi değeri olan herhangi bir eşya, umut, dostluk, hatta eski kendiliğin kaybı nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Ross'a göre, kanser tanısı alan birey, eski kendiliğinin yitimiyle, bir çeşit yas sürecine girmektedir ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklinde beş evreyi yaşamaktadır (24, 83, 111,112).

Yas sürecinin ilk evresi olan “inkar (yadsıma) ve yalıtma (izolasyon)” döneminde, hasta ilk olarak hastalığını inkar eder ve geçici bir şok durumu yaşar. Kişi hastalığını duyduğunda ilk verdiği tepki hastalığı inkar etmektir. Bu evrede birey, hastalığı kendisine hiç uygun görmez ve genellikle “hayır bu doğru olamaz, bu bana olamaz, ben ölemem, mutlaka bunda bir yanlışlık vardır,” şeklinde düşünerek hastalığı inkar eder. Bu evrede hastaların çoğunluğu yapılan tetkiklerde ve tanıda bir yanlışlık olduğunu düşünerek, daha olumlu sonuçları alabileceğini umut ettiği başka başka hastalığı ile ilgili uzmanlara başvurular. Bu sırada genellikle hastalar o zamana kadar olan çeşitli alışkanlıklarını, kendi kişilik özelliklerini ve yaşam ve olaylar karşısındaki kişisel tutumlarını, kişilerarası ilişkilerini ve hastalığın kendisine nereden ve nasıl geldiğini, hedeflerini ve beklentilerini sorgulamaya başlar. Hastalar farklı uzmanlar tarafından yapılan yeniden incelemeler sonrası aynı sonucu alınca, yas sürecinin ikinci evresi olan öfke dönemine geçerler. Yas evresi, birkaç saat, birkaç gün ya da hafta kadar sürebilir (24, 83, 111,112).

İkinci evre kişinin öfke duyduğu ya da yaşadığı evredir. Öfke döneminde, ilk birkaç günden sonra artık hasta yapılacak tedaviler, nerede ve kimin tarafından tedavi edileceği konusunda kararlar alır. Bu evrede, hasta “neden ben, neden o değil de bu hastalıkla ben karşılaşmak zorundayım” gibi soruların cevabını arar ve başkaları sağ ve sağlıklı kalacakken kendisinin ağır bir hastalık nedeniyle ölebileceği gerçeği karşısında içeryerek büyük bir öfke duyar. Yaradan’ın ölüm kararının zorlayıcı ve keyfine göre olduğunu düşünerek ona kızgınlık duyabilir. Öfke evresi aile ve sağlık ekibi tarafından başa çıkılması en zor olan evredir. Daha sonra hasta öfkesini, belli sorgulamalardan ve düşünmelerden sonra bastırabilir ise, yas sürecinin üçüncü evresi olan pazarlık evresine geçer (24, 83, 111,112).

Yas sürecinin pazarlık evresinde, hasta bazı pazarlıklar yaparak uzlaşma yolu arar ve daha farklı stratejiler geliştirebilmek için öfkeyi bir yana bırakır. Bu pazarlıkları genellikle Yaradan’la, sağlık profesyoneliyle veya diğerleriyle yaparak ölümü ertelemeye ve biraz daha uzun süre sağlıklı yaşamaya çalışır. Yaradan’a dua ederek, farklı tedavi seçeneklerini arayarak yaşamını uzatmaya çabalar. Bu dönemin sonunda bütün çabaların ardından artık hastalığı ile uzlaşmıştır. Pazarlık evresinde hasta iş birliğine açıktır ve tedaviye uyum için çaba gösterir. Bu şekilde yas sürecinin dördüncü evresine geçer (24, 83, 111,112).

Depresyon evresinde hasta artık kanser hastası olduğu gerçeğini inkâr etmekten vazgeçmiştir. Hastalığın adil olmadığını ve adalet yasalarına hiç uymadığını, harcanan tüm çabaların durumunu tam olarak düzeltmeye yetmeyeceğini fark eder. Bu evrede hasta bedenindeki değişiklikler, organ kayıpları, yanı sıra hastane masrafları veya iş ve performans kaybına bağlı ekonomik kayıplar nedeniyle depresyon yaşayabilmektedir. Bu nedenle hastalar bu evrede, şiddetli psikolojik çöküntüye girer, sevdiği her şeyi ve herkesten uzaklaşma başlar. Bireydeki depresyon olması gerekenden fazla ise müdahaleler gerekir. Depresyon evresinin bitmesiyle hasta kabullenme evresine geçer (24, 83, 111,112).

Kabullenme evresi yas sürecinde artık gelinen son noktadır. Bu aşamada hasta artık tüm duygulardan yoksun, öfkelenmeyecek kadar zayıf ve yorgundur. Birey bu hastalık gerçeğiyle yaşamayı kabullenir ve artık sakinidir. (74, 111).

Kanser tanısı alma ve sonrasında yaşananlara yönelik yapılan nitel bir çalışmada, hastalar kanser tanısını aldıklarında öncelikle şok, öfke, üzüntü, korku ve endişe gibi duygular yaşadıklarını belirlenmişlerdir. Ayrıca hastalar kanser tanısını aldıktan sonra tanıya inanmak istemediklerini, tekrar tekrar tetkikleri yenilemek istediklerini ve umutlarını sürdürmeye çalıştıklarını, tanı kesinleştikten sonra ise, durumu kabullendikleri ve inanç ve maneviyatlarında artış olduğu bildirilmiştir (74).

2.2. Geçmişten günümüze maneviyat kavramının anlamları ve maneviyatın (spiritualite) tanımları

Maneviyat/spiritualite kelimesi Latince nefes, soluk anlamına gelen *spiritus* kökünden gelmektedir. Arapça, manevi ve mana kelimelerinden türetilmiş olan maneviyatın ilk anlamı, “maddi olmayan, manevi şeyler” ve “görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, ruhani, tinsel, maddi karşıtı”, “duyu organları olmaksızın kalp (gönül) ile kavranıp bilinen şeye ait alandır" veya "mana cihetiyle, manaca, maddi olmayan, soyut, ruhani, ruhça, içe ait, inançla ilgili" (27:630) ya da “manevi-ruhi hayatla ilgili ve mana alemine ait olan” şeklinde tanımlanabilir (199). Yani, manaya, inanca, gönüle, ruha ait olan şeylerin bütünüdür veya insanın sahip olduğu tüm duygu, düşünce ve dini duyguların bütünüdür (27). Maneviyat kelimesinin Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer alan ikinci anlamı ise, “Yürek gücü, moral”dir (193:1339).

Literatürde maneviyatın birçok tanımı bulunmakta birlikte (Tablo 1.1), maneviyatla ilgili yapılan çalışmalarda maneviyat, “kişinin dünyada faaliyette bulunma şeklini etkileyen bir yüce güçle kurulan ilişki” (6: 3), “bireysel varoluşsal anlam arayışı” (55:302) ve “kutsalın öznel tecrübesi” (207: 105) olarak tanımlanabilir ve “yaşama verilen anlam, bireysel inanç, kendinden üstün güç, bağlılık ve varoluşsal gerçeklik” kavramları ile açıklanmaktadır (26, 38, 86, 173). Maneviyatı, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını ve yaşamdaki amaçlarını ve deneyimin anlamını sorgulama, farkındalık, değerler ve kabul etme çabası olarak nitelendirilebilir (205). Diğer bir görüşe göre maneviyat, “insanı doğaya ve hayatın kaynağına bağlayan yaşamsal ve cesaret veren bir enerjidir ve insanların içsel ve özgün olarak ortaya koyduğu kapasite ve yönelimi” ifade etmektedir. “Maneviyat, insan ruhunun, kendine ve başkalarına mutluluk veren sevgi, şefkat, sabır, hoşgörü, affetme, uyum duygusu ve sorumluluk nitelikleriyle iletişim kurması şeklinde açıklanabilir” (69: 12).

Maneviyatın tanımı, anlamı ve maneviyatı oluşturan ögeler ve kavramlar tarihsel süreçte toplumların özelliklerine ve gelişme dönemlerine farklılıklar göstermiştir. Milattan sonra beşinci yüzyılda maneviyat Hristiyanlık dininde “Tanrı, Kutsal Ruh’un insan hayatına etkisi”, 12. yüzyılda “insanın bedensel veya maddesel yönünün aksine psikolojik yönü”, 15. ve 16. yüzyıllarda “kilise ile ilgili kişi, özellik veya gelir” anlamlarında kullanılmıştır (42, 211, 221). Maneviyat kelimesinin ilk modern kullanımı 17. yüzyılda Fransa’da ortaya çıkmış ve “misticizm ve dua ile ilişkilendirilmiştir” (212). Maneviyatın modern anlamı 18. ve 19. yüzyıllarda yaygınlaşmış olan “aydınlanma felsefesine” dayanmaktadır. Aydınlanma felsefesi, “insanın düşünme ve değerlendirmede din ve geleneklere bağlı olmaksızın, tamamen kendi akli ve duyularıyla hayatını yönlendirmeye çalışması” olarak açıklanır (62). Ortaçağ sonrasında, Japonya, Çin, Hindu, İslam ve Bizans medeniyetleri Tanrı merkezli (teosentrik) dünya görüşü sergilerken, Avrupa toplumları insan merkezli dünya görüşüne yönelerek aydınlanma çağını başlatmıştır (142). Modern anlamda maneviyatın anlam kazanmasında aydınlanma felsefesinin beraberinde getirdiği sanayileşme, küreselleşme ve sekülerleşmenin (laiklik) etkisi bulunmaktadır. Aydınlanma çağında sanayileşme nüfus artışı, göç ve iş olanakları ile sosyokültürel değişime (223), küreselleşme, bilginin çok geniş bir dolaşım ağına sahip olmasına ve

insanların başka insanlarla, din ve kültürlerle tanışmasına yol açmıştır (57). Sekülerleşme toplumlar tarafından modern değer ve kuramların benimsenmesiyle, dinin sosyal alandan uzaklaşmasına etki etmiştir (114).

Bilimsel anlamda maneviyat araştırmalarının hız kazanması daha çok post modernizm döneminde gerçekleşmiştir. Modernizm “rasyonel düşünce, mantık ve bilimsel süreçler üzerine kuruludur ve evrenselliğe inanırken”, postmodernizm “hayattaki her şeyin irrasyonel olduğunu savunur ve evrenselliği reddeder.” (39: 398). Post-modern dönemde, birey, aile ve toplumdan uzaklaşarak yalnızlığa ve bireyselliğe yönelmiştir. Bu nedenle, bireyler acı çekme, depresyon, yabancılaşma duygularını yaşamışlardır. Bu durum insanların bu süreçle baş etmek için huzur, anlam ve bağlılık hissi konularında cevap aramalarına ve maneviyat araştırmaları bu şekilde yaygınlık kazanmasına neden olmuştur (39). Maneviyatın anlam kazanmasında, kurumsallaşmaya karşı bireyselleşme sürecinin ve “insanın biricikliğini” vurgulayan hümanizmin etkisi bulunmaktadır. Hümanizm yaklaşımı dinin güncel tanımlanması ve uygulanmasında eksik bir şeylerin olduğunu göstermiştir (156). Sonuçta, modernizm ve modernizme tepki olarak ortaya çıkmış olan postmodernizmle ile maneviyat kavramının tanımı da değişime uğramış ve modern yaklaşımda maneviyat, “anlam arayışı, bir dine bağlılık, enerji ve temel güvenin dengelenmesi” şeklinde tanımlanmıştır (187: 503).

Tablo 1.1. Geçmişten günümüze “maneviyat” tanımları

Yazar (Yıl)	Tanım
Elkins ve ark. (1988:7)	<i>“İnsanın kendisinin, başkalarının, doğanın, yaşamın ve kendinden üstün gücün farkında olarak var olması ve yaşamasıdır.”</i>
Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group (1999:11)	<i>“Üstün güç ile ilişki, yaşamın gördüğümüzden daha fazla olduğu ve anlamı ile ilgili nihai soruları ele almasıdır.”</i>
Vance (2001: 267)	<i>“Tanrı veya üstün güç ile bağlılık, yaşamın anlamı ve amacı, kendini aşma yeteneğidir.”</i>
Tanyi (2002: 503)	<i>“Anlam arayışı, bir dine bağlılık, enerji ve temel güvenin dengelenmesidir .”</i>
Düzgüner (2003: 10)	<i>“Kişinin iç dünyasını, duygu ve düşüncelerini, moral ve ruh halini yani psikolojisini ve inanç ve ahlaki değerlerini, dolayısıyla da dinini kapsayan çok boyutlu ve çok yönlü bir kavramdır.”</i>
Frame (2003:12)	<i>“Yaşamsal ve cesaret veren bir enerjidir. Bütün insanların içsel ve özgün olarak ortaya koyduğu kapasite ve yönelimdir. Maneviyat, insan ruhunun, kendine ve başkalarına mutluluk veren sevgi, şefkat, sabır, hoşgörü, affetme, uyum duygusu ve sorumluluk nitelikleriyle iletişim kurmasıdır.”</i>
Tuck (2004: 69)	<i>“Anlam, barış, umut ve ilişkiler ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlardır.”</i>
Buck (2006: 289)	<i>“Anlam (veya amaç), değer (veya inançlar), üstünlük (kendinin ötesinde), bağlanma (diğerleri ile) ve varoluştur (hayat yolculuğu)”</i>
Bulut (2008: 630)	<i>“Manaya, inanca, gönüle, ruha ait olan şeylerin bütünüdür veya insanın sahip olduğu tüm duygu, düşünce ve dini duyguların bütünüdür.”</i>

Tablo 1.1. Geçmişten günümüze “maneviyat” tanımları (Devam)

Yazar (Yıl)	Tanım
Miner-Williams (2006: 812)	<i>“Bağlılık, anlam, aşkınlık, enerji ve duyguyu içeren açıklayıcı bir kavramsal çerçevedir.”</i>
Pargament (2007: 12)	<i>“Tanrı, üstün güçler, tanrısallık ve üstün gerçek ile ilişkili kutsal alandır.”</i>
Sessanna ve ark., (2007: 254)	<i>“İnanç ve değerlerin olduğu dini sistem, yaşamın anlamı ve amacı, diğerleri ile bağlantı, inanç ve değerlerin olduğu dini olmayan sistem, metafiziksel veya transandantal olaylardır.”</i>
Como (2007: 226)	<i>“İnsan varlığının özü ya da ruhudur ve insan olmanın önemli bir parçasıdır.”</i>
Vachon (2008: 219)	<i>“Bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını, deneyimin anlamını sorgulama, farkındalık, değerler, yaşamdaki amaçlarını sorgulama ve kabul etme çabasıdır.”</i>
Koenig (2010: 119)	<i>“Hümanizm, değerler, ahlak, ruh sağlığından farklı kutsal ve üstün olan ile ilişkidir.”</i>
Gall ve ark. (2011: 288)	<i>“Varoluşsal gerçeklik veya anlam, üstünlük, bağlanma ve bütünlük, birleştirici güç veya enerjinin varlığıdır.”</i>
Royal College of Nursing (2011: 6)	<i>“Yaşamdaki anlam ve amaç; bağışlama; iman ve inanç; umutsuz durumların ortasında umut ve güç kaynağı bulma; hastalık deneyimi sırasında bir şeye güvenmeyi öğrenme; güven; değerler ve sevgi ve ilişkilerdir.”</i>
Özdoğan (2016: 354)	<i>“Derin bir bütünlük duygusu, bağlanmak ve sonsuza kendini açmaktır. İnsan ruhunun, kendine ve başkalarına mutluluk veren, sevgi, şefkat, sabır, hoşgörü, affetme, uyum duygusu ve sorumluluk nitelikleriyle iletişim kurmasıdır.”</i>

2.2.1. Maneviyat İle İlgili Temel Kavramlar

Şekil 1.1 de görüldüğü gibi maneviyat kavramını oluşturan ögeler ya da parçalar, aşkınlık, ortaya çıkan gizem, bağlanmışlık, hayata dair anlam, değerler, amaçlar, inançlar, duygular ve enerjiler; bireyin kendisi, başkaları ya da Yaradan/Yüce-Üstün güç ile ilişki içinde olması olarak özetlenebilir (Şekil 1.1.) (135).

Maneviyat, bireyin zaten içinde var olan derin içsel kaynaklarla bağlantı kurması, bu bağlantının bir sonucu olarak da kendi bütünlüğünün diğer varlıklarla birlikte bir bütünün parçası olduğunun farkına varması ve bu bütün ile uyumlu yaşamıyla gelişebilmektedir (147). Bu nedenle, kişinin başkaları ile olan ilişkisi ya da ilişki içinde olması ya da bağlantısı manevi boyutun esası olarak görülmektedir (227).

Bağlılık genellikle kendiyle, diğerleriyle, doğayla ve/veya Tanrı/yüce varlıkla ilişkili olarak görülür. Burkhardt ve Nagai-Jacobson (2000) bağlanmanın, maneviyatın özü olduğunu bildirmektedir. Bağlılık dikey ve yatay olmak üzere iki şekilde olur. Dikey bağlantı Yaradan ya da üstün (aşkın) güç ile yapılırken, yatay bağlantı doğa, diğerleri ve kendi ile ilişki içinde olma şeklindedir. Maneviyatla ilgili bağlanmanın çeşitli alanlarda farklılık göstermektedir. Literatürde ilahiyatla ilgili “Yaradan’la”, psikolojide “kendi ile olan”, sosyolojide diğerleri/başkaları ile hemşirelikte ise “hepsine ayrı ayrı bağlılık” vurgulanmaktadır (132).

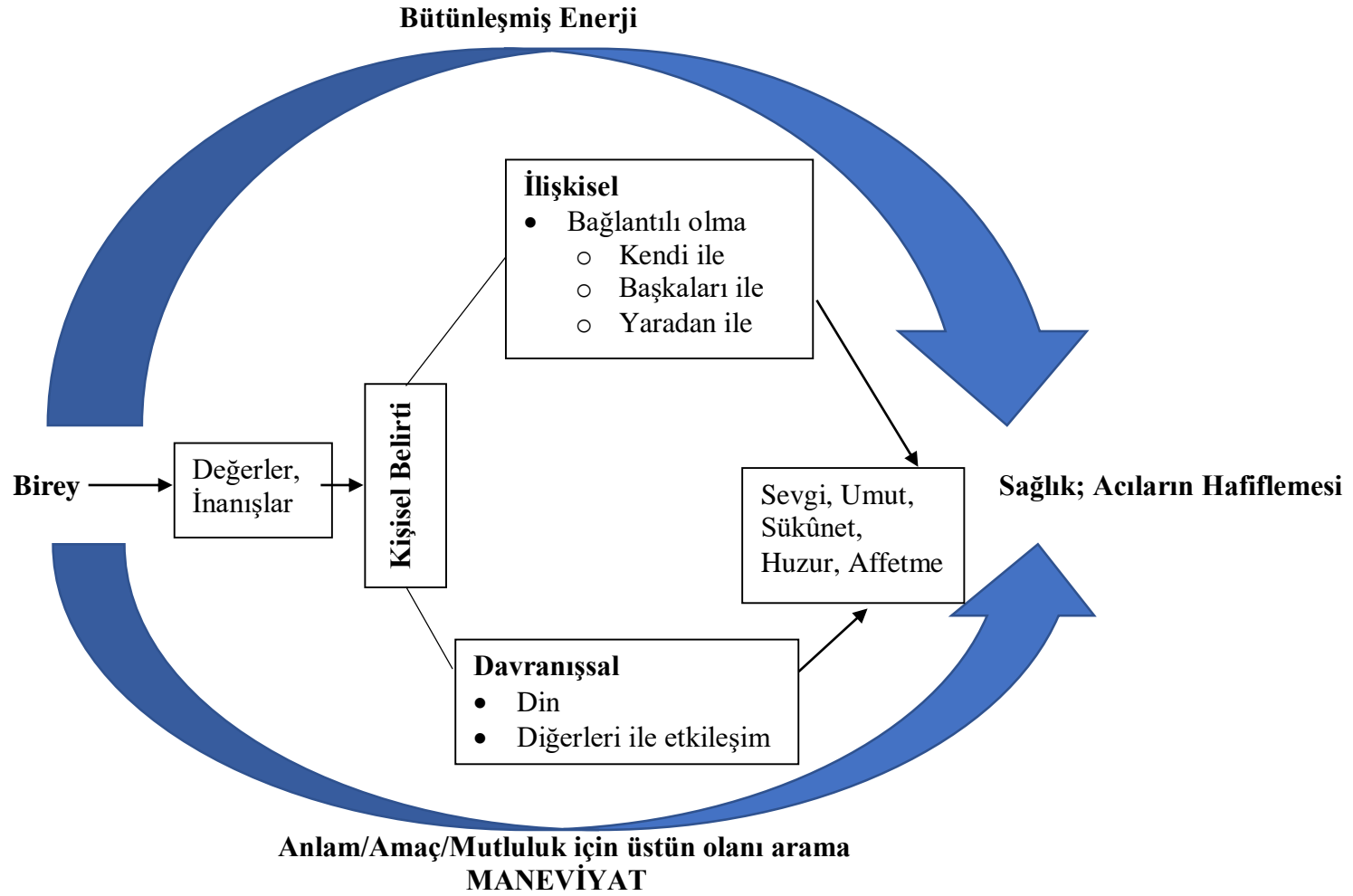
Aşkınlık, maneviyatın önemli bir parçası (38) ve göstergesidir (162). Maneviyat kavramının tanımlamalarında bazen “üstün güç” ya da “ulu varlık” ifadeleriyle bazen dolaylı şekilde, bazen doğrudan “Yaradan’a yönelimden” bahsedilir. Üstün güç olarak görülen kavram, bireyin tam olarak bilmediği ve görmediği bir varlığın varlığını kabul etmesi, bu varlığın farkında olması, onun kendisine yön vermesini ve onunla ilişkili olan diğer tüm varlıklar ile olumlu bağlantılar geliştirmesini içerir. Üstün güce bağlılık, bağlanma teorisi ile açıklanabilmektedir. Bağlanma teorisine göre çocuklar ebeveynlerinden kendilerini korumalarını bekler, benzer şekilde insanlar da üstün gücü güven verici ve zor zamanlarında bireye ilgi ve koruma gösteren bir varlık olarak görür (87).

Anlam ve mutluluk arayışı, maneviyat ve var olma tartışmalarında önemli unsurlardan biridir (119). Yaşamın anlamı, hayat motivasyonu, değeri ve amacıdır (70). Maneviyatta anlamın rolü, araştırma yoluyla bulunur. Buna göre birey, kendisi, başkaları ve “Yaradan/üstün güç” ile ilişki içinde olarak yaşamın anlamını bulmaya çabalar (227). Bireyin anlam sistemi tarafından hastalıklar, ağrı ve ölüm gibi kriz ve kayıp durumları tehdit olarak algılanır. Hastalıklar gibi kriz durumlarında birey yaşamın anlamını daha fazla araştırmaya yönelir ve “Niçin hastayım? Niçin acı çekme var? Neden ben acı çekiyorum?” gibi sorulara cevap bulmaya bu durumların anlamını bulmak için çaba gösterir (119).

Değerler ve inançların maneviyatla olan ilişkisine dair çeşitli anlayışlar bulunmaktadır. İnsanlar akılları ile hareket etse de, inançlar bireylerde içsel olarak doğar ve varlığının bir unsuru haline gelir (135). Duygu ve davranışlar ile değer ve inançların bir araya gelmesi maneviyatı oluşturur. Tanyi’ye (2002) göre maneviyat, inançlar ve değerler, yaşama verilen anlam, iman, umut, barış ile bağlantılıdır. Bu bağlantının sağlanması sevinç, affedilme, esenlik ve kendini aşmayı becerebilme ile sonuçlanır (187).

Enerji, maneviyatın önemli bileşenlerinden biridir. Goddard (1995), sağlık tanımı gibi insanın tüm boyutlarını içeren maneviyat tanımlarını inceleyerek maneviyatın bütünleştirici bir enerji olduğu sonucuna varmıştır (75). Rolheiser’a (1999) göre enerji insanın içinde yanan ateştir. Maneviyat ise, bu ateşi yönlendirmeyi sağlar (165).

Literatür çalışmalarında sevgi, huzur, iyi olma, umut, affetme gibi duyguların maneviyat ile ilişkisi değişkenlik göstermektedir. Duygular maneviyatın özelliği olarak görülebilirken (94, 95), maneviyatın sonucu olarak da ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (132, 194, 214). Örneğin “suçluluk ve korku” gibi olumsuz duygular, geleneksel yaklaşımda görülen din ile bağlantılı maneviyat anlayışı ile ilişkilendirilmektedir ve bu olumsuz duygular çoğunlukla dinin neden olduğu yanlış anlamalar sonucu ortaya çıkmaktadır.



Şekil 1.1. Maneviyat Kavramı (Miner-Williams, 2006).

Cook (2004), örneklem grubunda olan katılımcıların kendi maneviyat tanımlarını yaptıkları beş ampirik çalışmayı baz alarak yaptığı kavram analizinde, maneviyat tanım ve betimlemelerinde 13 temel bileşenin olduğunu tespit etmiştir (42).

Bunlar;

1. Bağlılık: Kişiler arası ilişkiler
2. Aşknlık: Hayatta aşkın bir boyut olduğunu kabul
3. İnsanlık: İnsanlığın ayırt edici özelliği
4. Öz / Güç / Ruh: Kişinin içsel özü/gücü veya ruhu
5. Anlam / Amaç: Hayatta anlam ve amaç
6. Gerçeklik / hakikat: Gerçeklik ve hakikat
7. Değerler: Değerler, önem ve kıymet
8. Maddiyatın zıddı: Maddinin zıddı olarak manevi
9. Dindarlık (zıddı): Din ile aynı veya dinin zıddı olarak maneviyat
10. Bütünlük: Bütüncül sıhhat, birlik veya sağlık
11. Kendini Tanıma: Kendini tanıma ve kendini gerçekleştirme
12. Yaratıcılık: İnsanın yaratıcılığı
13. Bilinçlilik: Bilinçlilik ve farkındalık

2.3. Maneviyat (Spiritualite) ve Din

Din ve maneviyat kavramları geçmişten günümüze kadar geçen zaman içinde değişikliğe uğramıştır. Geçmişte din görevlileri tarafından din ve maneviyat terimleri birbirinin yerine kullanılmıştır (233). Günümüzde ise maneviyat, dinden daha geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun nedeni aslında din ve maneviyat kavramlarının zaman içinde değişikliğe uğramasıdır. Din psikolojisinin öncülerinden William James'in din tanımının günümüzdeki din tanımından farklı olduğu görülmektedir. William James'e göre din, "*bireylerin ilahi olduğunu düşündükleri herhangi bir şey ile kendilerini ilişki içinde görmeleri bakımından tek başlarına yaşadıkları duygular, eylemler ve tecrübelerdir*" (215).

Günümüzde din, “*inanırları tarafından yapmakla yükümlü oldukları bir ibadetler sistemi ve kurumsal bir yapı*” olarak algılanır” (58: 30). Bu tanıma bağlı olarak dindarlık, “namaz kılmak veya kiliseye devam gibi şekle bağlı ibadetleri yerine getirmek ve kurumsal yapıya hizmet etmek şeklinde tanımlanmaktadır” (58: 30).

James’in ifade ettiği kadar geniş dini tecrübe bu ölçütlerle sınırlandırılınca, bunlar dışında kalan alanları ifade etme ihtiyacı doğmuş ve maneviyat kelimesi bu ihtiyaca cevap verir bir konuma gelmiştir (58).

Maneviyat organize bir din ile ilişkili olabilir ya da olmayabilir. Maneviyat içsel ruh, bireyin hayatına anlam kazandıran ve bireye kendi inanç ve değerlerini yaratmasında yardım eden itici bir güç olarak da tanımlanmaktadır (217). Din bağlantısı olmayan bireyler yaşamın anlam ve amacını doğa, sanat, müzik, aile ve toplumla kurduğu ilişkiler ile de bulabilmektedir (178). Tanrı inancı olmayan atesit veya agnostikler, sorunlar karşısında Tanrı’ya inanmaktan ziyade kendi seçtiği değer ve amaçlara doğrultusunda baş etme stratejisi oluştururlar (30, 187).

Maneviyat ve din, bireyin hayat zorluklarıyla baş etmesinde yardımcı olmaktadır (68). Maneviyat ve dinin önemi stres, hastalık, kayıp gibi sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyen durumlarda daha da artmaktadır (184). Maneviyat artışının fiziksel, mental sağlık üzerine olumlu etkisi yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır (98, 169, 171, 176). Yapılan çalışmalarda kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde dini inanç ve maneviyatın anksiyeteyi azaltmada, umudu arttırmada, yaşam memnuniyetini yükseltmede, kendini iyi hissetmeyi sağlamada pozitif etki yarattığı (2, 146) ve dini faaliyetlerle uğraşmanın ise ortalama ömrü uzattığı belirtilmiştir (125).

Din, Türk Dil Kurumu’nun sözlüğünde “*Tanrı’ya, doğaüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı ve tapınmayı sistemleştiren toplumsal bir kurum*” (199) olarak tanımlanmaktadır. İnanç ise, “*bir düşünceye bağlı bulunma, birine duyulan güven, inanma duygusu*” olarak tanımlanmaktadır (199).

İnsanın Yaradan’a inanması için en azından onun varlığını kabul etmesi gerekir. Yaradan’ın var olup olmadığı, varsa nerede olduğu sorusunun yanıtı oldukça güç olup, Doğu ve Batı dinleri arasında temel bir farkı ortaya çıkarır. Doğu dinlerinde (Hinduizm ve Brahmanizm) birey Yaradan’ı kendi içinde ve varlığının ayrılmaz bir parçası olduğuna inanırken, Batı dinlerinde (Yahudilik, Hristiyanlık ve İslamiyet) ise

kendisi dışında arar kendinden üstün görür ve Yaradan'ın varlığını inanç yoluyla kabul eder (171).

Birçok birey için din, özellikle Batı dinlerinde (Yahudi, Hristiyan) ve İslamiyet'te Tanrı'ya inanç şeklinde yer almaktadır (146). Bunlardan İslam anlam olarak "Allah'a yönelmek, teslim olmak ve tevhit inancına bağlanmak şeklinde ifade bulan inanç sistemidir". İslam dini hem ilk hem de son dindir. İslam'ın özünü Allah'ın varlık ve birliğini tanıyıp onun kudret ve iradesine teslim olma ilkesi oluşturmaktadır. Hz. Muhammed İslam dininin peygamberidir. Kuran ayet ve sureleri Hz. Muhammet'e indirilmiştir. İslam dininde iman esaslarının ilki Allah'ın varlığına ve birliğine imandır ve yalnızca Allah'a ibadet edilir. Allah her şeye hâkim olan, koruyan, gözeten, doğru ve yanlış konusunda insanları uyaran ve herkesin yaptıkları ile hesap verilecek olandır (79). İslami anlamda ibadet, inananın Allah'a karşı duyduğu inanç doğrultusunda O'nun isteklerine uygun davranma çabası ve bu şekilde yapılan istemli davranışları tanımlar. Bu amaçla insan ve toplum adına yapılan her olumlu davranış dini ve manevi bir anlam kazanır. İslamiyette ibadetin yaygın kullanımı ise, inananın Yaradan'ına karşı saygı ve boyun eğmesini simgeleyen, Allah ve Peygamber tarafından yapılması istenen belirli davranış biçimleridir. İslam'ın temel şartları namaz kılma, zekât verme, oruç tutma, hacca gitme ve kurban kesme olup ayrıca itikâf, dua etme, Kur'an okuma, hayır ve sadakada bulunma gibi davranışlar da ibadetin parçasıdır (179). İslamiyette, Müslümanların kendi kişisel yaşamları yanı sıra, diğer insanlarla ve çevreyle olan ilişkilerinde Kur'an'ın belirlediği ilahi sınırlar çerçevesinde hareket etmesini ister. İslam dini inanlarına yapılması ve yapılmaması gereken tavır ve davranışlar ya da helaller ve haramlar konusunda İslami kurallara uymalarını şart koşar. İslam'ın inanç esasları arasında en önemlilerinden birisi de ahirete imandır. Ahiret genel anlamda dünyanın son bulması (kıyamet), yeniden diriltirme (haşır), hesap, cennet ve cehennem yaşantılarını içermektedir (79).

Dinlerin birçoğu zorluklar ve sorunlar karşısında bireylere Yaradanın yardımını ve amacına yönelik umudu vaat eder. İslam dininde "Her güçlükte birlikte bir de kolaylık vardır" (Kuran-ı Kerim, 94/5) ayetine yönelik duyulan inanç, insanlara zorluklara sabretme gücü ve bu zorluklarında da iyi bir anlamı olabileceğine yönelik umut verir.

Hristiyanlık Mesih inancının olduğu bir dindir. Hristiyanlar tarafından Hz. İsa Mesih olarak görülmüştür. M.S. 395'de Doğu (İstanbul) ile Batı (Roma) Kiliselerinin birbirinden ayrılmasıyla, merkezi İstanbul olan Doğu Kilisesi, doğru inanış anlamına gelen 'Ortodoks' ismini, Roma merkezli Batı Kilisesi ise doğru inancın ve gerçek Hristiyanlığın evrensel temsilcisi olduğunu ifade eden 'Katolik' ismini kullanmaktadır. Katolikler Tanrı anlayışında teslisin üç unsurundan birini oluşturan Kutsal Ruh, Baba ve Oğul'dan çıkmaktadır. Ortodokslar, Kutsal Ruh'un sadece Baba'dan çıktığını kabul eder. Katolikler sadece ölümü kaçınılmaz olan hastaları yağlarken, Ortodokslar hastayı rahatlatmak ve iyileştirmek için gerekli olduğu her durumda yağlama işlemini uygulamaktadır. Her iki mezhepte cennet ve cehenneme inanırken, Ortodokslar ölümlerin ruhlarının arındıkları yer olarak Arafâ inanmazlar (79).

Yahudilik İsrailoğullarının seçilmişliği inancını merkeze koyan etnik merkezli bir dindir. Tanrı tarafından On Emir Hz. Musa'ya verilmiştir. Bu On Emir, Yahudi inancına göre Musevi dininin temel ilkeleridir. Bu emirlerden ilk dördü insanın Tanrı'yla olan ilişkisini, diğer altısı ise insanın çevresiyle olan ilişkisinin temellerini belirlemektedir. Musevi dinine göre, Tanrı, her şeyi yaratan ve hükmeden yüce bir varlık olup, ezeli, sonsuz ve tekdir. Dini ibadetler sadece Tanrı'ya yöneliktir. İslam'da olduğu gibi Yahudilikte de kapsamlı bir helal ve haram anlayışı vardır. Ölümü, sonsuz mutluluğa ulaşmanın yolu olarak gören Yahudilik, bununla birlikte ölünün ardından üzülme ve onun için yas tutmayı yasal kılmış ve hatta yas tutmanın kurallarını belirlemiştir (79).

2.3.1. Türkiye'de Maneviyat ve Din

İslam dinini en son kabul eden Türk toplumdur ve Türkiye'de din kadar İslam dini öncesi inançları, gelenekleri, toplumsal kuralları, yaşama biçimleri de maneviyatın özünü oluşturur. Türkiye'de maneviyat literatürü incelendiğinde geleneksel yaklaşımda maneviyat, din, tasavvuf ve ahlak ile benzer anlamda kullanılmaktadır. Ayrıca maneviyat "manevi gelişim, manevi hayat" gibi yaşam tecrübeleri ile eş anlamlı olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, tasavvufa göre Allah'a tam olarak kulluk edilmesi ile manevi gelişim sağlanırken, ahlak ve toplum kurullarına uyan birinin manevi hayatının zenginleşeceği düşünülmektedir (50, 58, 102).

Aydınlanma felsefesi, modernleşme sürecinin ilk adımı olarak görülmektedir. Modernleşme sürecinin beraberinde getirdiği sanayileşme, küreselleşme, sekülerleşme ve hümanizm ile toplumların sosyokültürel yapılarında değişim meydana gelmiştir. Türkiye’de modernleşme süreci 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, hızlı bir kentleşmeye, sanayileşmeye, nüfus, göç ve iş olanaklarının artmasına neden olmuştur (48). Küreselleşme kapsamında o dönemde zaten kendi içinde pek çok farklı etnik, siyasi ve kültürel grupları barındıran Türkiye, İslami değerleri, Türklüğü, batılılaşmayı, çağdaşlaşmayı ve laikliği ön planda tutan yaklaşımlar sergilemiştir. Türk modernleşmesinde laikliğin devlet ilkesi olarak benimsenmesi ile önemli katkı sağlamıştır (114).

Aydınlanma felsefesi ile birlikte ortaya çıkan insan merkezci hümanist felsefe, Türkiye’de ilk Mevlana Celaleddin Rumi ve Yunus Emre ile kabul görmüştür (96). Bireyler modern maneviyatın tanımında yer alan yeni bir anlam arayışını, bütünlük arzusunu, aşk ve sevgi gibi duygularını Mevlana’nın fikirlerinde bulmuşlardır. Mevlana’ya göre insanda iki türlü “Ben” vardır. Özel ben ve Aşkın bendir. Özel ben her kişide farklıdır. İnsanların farklı özellikleri vardır, kişiden kişiye değişir. Genel anlamda beden arzulama bağıdır. Aşkın ben ise, Tanrısal bir yetenektir. Tüm insanlarda ortaktır. Aşkın benin alanında varlığın hikmeti düşünülür. Bedenin arzuları sınırlandırılır, Tanrı sevgisi vardır. Barış, dostluk, sevgi gibi evrensel duygular hâkimdir. Bu alan, felsefenin, sanatın ve dinin gerçek alanıdır (150). Ayrıca Mevlana’nın felsefesinde insanın bilinçli bir varlık olması önem taşır. Kendinden yola çıkarak, kendi varlığını göz önüne alarak insanı anlamaya çalışır.

“Canımda bir can var, o canı ara. Beden dağında bir mücevher var, o mücevherin madenini ara. A yürüyüp giden sufi, gücün yeterse ara; ama dışarıda değil aradığını kendinde ara” (150).

Yunus Emre’nin insan sevgisi, İslâm inanç ve bilimlerinden kaynaklanmaktadır. Tüm insanları, yaratan Allah’tan ötürü sevmek gerektiğini bu nedenle herşeye hoşgörü ve sevgiyle bakılmasını gerektiğinden bahsetmektedir. Bu düşüncesini ise “Yaradılanı severim Yaradan’dan ötürü” sözü ile ifade etmiştir (110).

Türkiye’de ve Türk dünyasında Yesevi ilmi ve Bektaşilik felsefesinin merkezinde de insan bulunmaktadır. Yesevi ilmi, insanın ruhi yönünün eğitilmesini, nefsinin terbiye edilmesini ve olgunlaşmasını benimser. Ayrıca Yesevilikte insan sevgisi ile Allah sevgisi birbiriyle ilişkilidir. Allah’a aşk ve sevgi ile inanan insan, insanlara da aynı şekilde yaklaşır. Bektaşilik felsefesi ise insana kendi gerçeğini gösterir ve kendi iradesiyle yapabileceklerini fark etmesini sağlar. Bu amaçla, “Her ne ararsan kendinde ara” sözü benimsemektedir (150).

2.4. Maneviyat ve Kültür

Kültür, bir topluluğa üye olan insan tarafından elde edilen bilgi, inanç, sanat, ahlak, kural, gelenek, yetenek ve alışkanlıklar bütünüdür, (61) aynı zamanda kişilere kim olduğu ve neye inanması gerektiği konularında yardımcı olur. Yaşam, ölüm, doğum, çocuk büyütme, hastalık, beslenme alışkanlıkları, ilişkiler ve sağlık davranışlarında kültür yol göstericidir (88). Öğrendiğimiz, paylaştığımız ve gelecek nesillere aktardığımız yaşam yolumuz olan kültür zamana dayalı olsa da statik bir süreç değildir (25).

Bir kültürün değer ve inançları kısmen maneviyat ve din tarafından belirlenir. Kültür, bireyin bir hastalığı nasıl yorumlaması ve baş etmesi gerektiği konusunda belirgin rol oynar. Bireylerin dünyayı nasıl görüp anladığını, sağlık, hastalık ve tıbbi bakım durumlarında nasıl yaşamaları gerektiğini kültür belirler ve kültürel inanış ve rutinler hasta ve ailesinin stresle, korku ve hastalıkla baş etmesinde yardımcı olur. Bu nedenle, kültürel farklılıklar hasta ve sağlık profesyonelleri arasında yanlış anlaşılmalara yol açabilir (190).

2.5. Manevi Bakım Kavramı

Post-modern dönemde yüklenen anlam ile birlikte, maneviyat tüm sosyal bilimlerde ve özellikle sağlık bilimlerinde ve çoğunlukla ve ilk olarak hemşirelikte önem kazanmış ve manevi bakım (spiritual care) kavramı bu alanın en temel terimleri arasına girmiştir. Bunun nedeni, sağlık ve hastalık tanımlarının kapsamının değişmesidir. Sağlık, patolojiyle ve geleneksel biyomedikal sağlık yaklaşımıyla tanımlanan bir hastalığın yokluğundan daha çok, belirli bir çevredeki bireyin refahını ifade eden karmaşık bir kavramdır ve benlik bilinci, kişisel mutluluk ve kendini gerçekleştirme gerektirir. Hastalık, sadece doku ve hücrelerde yapısal ve işlevsel olarak anormal değişikliklerin yol açtığı fiziksel semptomların yaşanmasının yanı sıra, hasta için fiziksel, sosyal, manevi, çevresel, ailesel, psikososyal çok yönlü bir olgudur ve bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (51). Hastalığın bu tanımı maneviyatın sağlık bilimlerinde neden ele alındığını en önemli göstergesidir. Bütüncül (holistik) sağlık bakımı yaklaşımında bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönleri göz önünde tutulur (108, 67).

İnsanlar sadece biyolojik organizmalar olmayıp, aynı zamanda beden, zihin, ruh ve maneviyatı olan çok boyutlu varlıklar olduğu için, özellikle yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler hastalıkları ile mücadeleleri sırasında manevi bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu gereksinimin nedenleri arasında insanın kendisini Yaraticısına bırakma isteği, ruhsal arınma isteği, tıp bilimi ile manevi inancın birlikte kullanılmasının iyi sonuç vereceğine duyulan güven, Yaradan'ın en iyiyi takdir edeceğine ve hastalığı iyileştireceğine yürekten inanılması yer alır (159).

Manevi bakım, bireylerin özellikle bakıma ihtiyaç duydukları koşullarda manevi durum ve ihtiyaçların incelenmesi ve bu inceleme sonucunda saptanan ihtiyaçların oluşma nedenlerini, bireyin hayatına etkisi ve karşılanması için gerekli eylemlerin tanımlaması ve uygulanmasını içeren bir alandır (174). Berggren-Thomas ve Griggs (1995) manevi bakım, bireyin kişisel bütünlüğünü, kişilerarası ilişkilerini ve anlam arayışını destekleyen sağlık hizmetinin önemli bir parçası olarak tanımlamaktadır (18). Wright'a göre (2002) manevi bakım, empatik ve yargısız sevgiye dayalı, her insanın değerli olduğunu benimseyen, dini olan ve olmayan ihtiyaçlara cevap veren, hümanizm arzusuyla çalışmayı ve diğerlerini dinlemeyi içeren, yaşamın önemini ve yüceliğini kabul eden, ölene kadar her insana saygı

göstermeyi benimseyen bir sağlık hizmetidir (220). Govier (2000) ise, maneviyat ve manevi bakım gereksinimini oluşturan 5 R'yi şu şekilde açıklamıştır;

Reason and Reflection (Sonuç ve Etki): Birey sıradan veya sıradan olmayan koşullarda hayatın anlam ve amacını arar. Özellikle kişi sıradan olmayan durumlar ile karşılaştığında kendine “Bu olay benim başıma niçin geldi?” sorusunu yöneltir. Bu süreçte sağlık bakım profesyonelleri bireyin acılarını ifade etmesine ve yaşamın anlamını bulmasına yardımcı olmalıdır.

Religion (Din): Din, maneviyatı değerler, uygulamalar ve inançlar sistemi üzerinden anlatır. Birçok birey yaşam ve ölüm hakkındaki sorulara din ile cevap bulur. Burada önemli olan konu, sağlık profesyonellerinin hastaların farklı dinlere sahip olabileceğinin farkında olmaları ve sağlık profesyonelleri ile bireyin inancı aynı olmadığı zamanlarda da, her bireyin inancına saygı duyulmasıdır.

Relationships (İlişkiler): Bireyin maneviyatının merkezi diğerleri, kendi veya kendinden üstün olan ile ilişkisi olabilir. Maneviyat literatüründe kendinden üstün olan (Tanrı) ile ilişki dikey, diğerleri, doğa ve kendi ile ilişki yatay olarak tanımlanmaktadır. Sağlık profesyonelleri birey için önemli olan ilişki bağlantısını değerlendirerek, bu bağlantıyı manevi bakım sürecine destekleyici kaynak olarak katmasıdır.

Restoration (Yenilenme): Yenileme, maneviyatın bireyin fiziksel durumuna olumlu şekilde etki etme yeteneği şeklinde açıklanır. Örneğin, bireyin hayatında gerçekleşen bazı olaylar sonucu fiziksel sağlığında bozulma meydana gelebilir, maneviyat yaşanan olayı anlamayı ve tekrar denge kurarak bireyin yenilenmesini sağlar. Eğer birey bu dengeyi kuramazsa spiritual distress yaşar. Bu nedenle hastanın sağlık profesyonelleri tarafından bütüncül manevi değerlendirilmesinin yapılması çok önemlidir.

2.6. Kanser Hastalığı, Maneviyat ve Manevi Bakım Gereksinimi

İnsanın maneviyat ile ilgili gereksinimleri, daha çok ihtiyaç duyulduğunda ve kriz durumlarında ortaya çıkmaktadır (107, 129, 148). Hayatlarını değiştiren ümitsiz ya da çaresiz hissettiği olaylar sırasında insanlar genellikle rahatlık, umut ve stresten kurtulmak için maneviyata yönelirler. Özellikle hastalık krizi gibi olumsuz durumun değiştirilemediği ya da sorunların çözümlenemediği durumlarda maneviyatla ilgili

uygulamalar yararlı olabilmektedir (32, 216). Böylelikle, maneviyat bireylerin kriz zamanlarını anlamlandırmasına da yardımcı olabilmektedir (71).

Kanser hastalığı bireylerin fiziksel olarak rahatsızlıklarının yanı sıra, manevi yönlerini de etkileyen, çözümlenmesi, anlamlandırılması ve tekrar denge kurulması zor bir hastalıktır. Kanser hastaları yaşamı tehdit eden, uzun süren, genellikle kendiliğinden çözümlenemeyen, tam bir iyileşmenin sağlanamadığı, sonucu önceden tahmin edilemeyen ve belli olmayan sonuçlara yol açan semptomların olduğu, yavaş yavaş kötüleşen, kalıcı disabiliteye neden olabilen ve hatta ölümlü sonuçlanan bir tanıyla karşı karşıya kalmışlardır. Bu durum onların yaşamlarını yeni bir bakış açısıyla değerlendirmeye başlamasına yol açar (137). Başlangıçta kanser olan bireyler “Niçin ben?”, “Yaradan beni cezalandırıyor mu?” sorularına cevap ararlar ve yaşamın anlamını sorgulayarak manevi destek için arayış içinde girerler (31). Çünkü insanlar, sadece zihinsel ve duygusal yönleri olan biyolojik yönleri olan organizmalar değil, aynı zamanda beden, zihin, ruh ve maneviyatı olan çok boyutlu varlıklardır. Bu nedenle, bir birey hayatının herhangi bir yönünde değişim yaşarsa, varlığının her yönüne değişiklik meydana gelir ve bireyi oluşturan tüm yönlerin kalitesinde değişim meydana gelir (67).

Manevi değer ve inançların, yaşamı tehdit eden hastalıkların önlenmesinde, cerrahi yaraların iyileşmesinde, bireyin mental sağlığı ve fiziksel hastalıklar ile başa çıkmasında olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Literatürde, maneviyat ya da bireyin manevi yönünün daha yüksek olmasının fiziksel ve mental sağlık üzerine olumlu etkileri olduğu ve subjektif iyi olma, düşük ağrı düzeyi, anksiyeteyi azaltma, umut ve pozitif duygu durumu, yüksek öz saygı, sosyal yeterlilik, yaşamın amacı ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu (21, 85, 98, 117, 136, 169, 172, 176, 190), kendini iyi hissetmeyi sağlamada olumlu etki yarattığı (2, 146) ve dini inançla ilgili faaliyetlere katılımın ortalama ömrü uzattığı belirtilmiştir (125, 163, 224) manevi yönleri güçlü olan ve dini ibadetlere katılan kanser veya buna benzer ağır hastalıkları olan hastaların bedensel sancılarında azalma ve hastalıklarıyla daha barışık oldukları tespit edilmiştir (163, 224). Terminal dönem kanser hastaları ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %72'sinin manevi bakım gereksinimi olduğu, sağlık bakım hizmeti sırasında bu gereksinimlerin çok az karşılandığı ortaya çıkmıştır (14). Kanserli 248 hasta ile yapılan başka bir araştırmada kanserli hastaların %40'ı manevi

gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanması ile korkularını yendiklerini, hayata karşı umutlarının arttığını ve kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir (136).

Yaşamı tehdit edici hastalıklarda psikososyal faktörlerin bireyin immün sistemi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kanser hastalığında immün sistemin en temel fonksiyonu değişime uğramış hücrelerin büyümesini engellemek veya bu hücrelerin zararlı hale gelmeden önce yok edilmesidir. İmmün sistem, bu şekilde erken dönemde kanser oluşumunu engellemektedir (81). Kanser hücrelerine karşı doğal (nötrofil, monosit, makrofaj, Nature Killer hücreler) ve kazanılmış bağışıklığın esas hücreleri (B ve T lenfositler) savaş verir. Sephton ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada stres, depresyon, huzursuzluk gibi durumları yaşayan meme kanserli hastaların total T lenfosit sayısının azaldığı, maneviyatı yüksek olan kadınlarda T Helper ve sitotoksik T hücrelerinin sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir (172).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar bireylerin fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve manevi destek gereksinimlerini artırabilmektedir. Kanser hastaları manevi bakım gereksinimlerini bakım memnuniyeti, daha iyi yaşam kalitesi, optimal varoluşsal iyi olma, agresif bakım yerine daha fazla palyatif bakım uygulamaları ve yaşam sonu tedavilerin düşük maliyetli olması gerekliliği şeklinde sıralamışlardır (12, 13, 14). İleri evre kanserli hastaların manevi ve varoluşsal gereksinimleri, kanser tanısı konulduğu ilk dönemlerde daha önem kazanmaktadır. Varoluşsal ihtiyaçların önemini ve kanser olmanın anlamını bulan hastalarda içgörü ve baş etme yeteneklerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (175). İran'da yapılan çalışmada kanser hastaları manevi gerçek olarak Tanrıyı (Tanrı ile ilişki ve güvenme), manevi işaret olarak ahlaki kuralları (kişisel ve sosyal ahlak kodları) ve umut kaynağı olarak da manevi kaynakları (din, kişisel ve sosyal kaynaklar) gösterilmiştir (161). İleri evre kanser hastaları ile yapılan başka bir çalışmada manevi gereksinimler aile bireyleri beraber olmak (%80,2) ve sık aralıklarla dua etmek (%50) şeklinde belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların %26'sı manevi ihtiyaçlarından en az birinin karşılanmadığını, en sık karşılanmayan manevi ihtiyacın ise dini törenlere katılmak (%21,1) olduğunu belirtmişlerdir (14). İleri evre kanser hastaları ile manevi bakım gereksinimlerine yönelik yarı yapılandırılmış görüşmelerde hastalar hayatlarının geri kalanı için umutlarını sürdürebilmeyi ve huzurlu hissetmeyi (%88), yaşamın anlamını bulabilmeyi ve

onurunu koruyabilmeyi (%88), insanlarla daha fazla sevgi alışverişinde bulanabilmeyi (%100) ve huzurlu ölüm için yardım alabilmeyi (%85) önemli olarak belirtmişlerdir (86). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kanser hastaları, ölüm anı ve sonrası ile ilgili konulara açıklık getirilmesi (%100), huzurlu ve hoşnut hissetme (%94,8), birinin kendisine refakat etmesi (%93,5), başka birileri tarafından kendisi için dua edilmesi (%52,2) ve şefkat ve nezaket görme (%54,3) şeklinde manevi destek gereksinimlerini sıralanmıştır (53). Ayten ve arkadaşları (2012) hasta ve yakınları ve hastane çalışanları ile yaptıkları çalışmada hastaların, “ibadet ve dualarla Allah’a yakın olmaya çalışma, Allah’tan af dileme, sadaka dağıtma, Allah’ın kendisiyle olduğunu hissetme, başkalarından kendisi için dua etmelerini isteme, din görevlileriyle konuşma” gibi uygulama ve düşünceyle hareket ettikleri ortaya konulmuştur. Aynı çalışma sonuçları hastaların “hayatının manevî bir üst gücün parçası olduğunu düşünme, başlarına gelenleri bir imtihan olarak algılama, hayra yorma ve çektiği sıkıntıların kendisini manevî olarak olgunlaştıracağını düşünmelerine neden olduğu, ‘Mevlâ neylerse güzel eyler’, ‘sabrın sonu selamettir’, ‘Her şeyde bir hayır vardır’ şeklinde mistik bir tavır geliştirdikleri bildirilmiştir (10).

2.7. Manevi Bakım Gereksiniminin Değerlendirilmesi

Manevi bakım gereksinimi, özellikle bireyin duygusal stres, fiziksel hastalık ve ölüm gibi kayıp yaşadığı, yaşam ve ahiret hakkında sorulara cevap bulmaya çalıştığı, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı zor zamanlarda öne çıkmaktadır (7, 16, 126, 148). Bununla birlikte, maneviyat yokluğu beden ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. Örneğin, düşük manevi iyilik hali ve dini mücadele, yüksek ölüm oranları, şiddetli depresyon, umutsuzluk ve bir an önce ölme isteği ile ilişkilendirilmektedir (22, 157). Bu sonuçlar, araştırmacılara sağlık bakım ortamlarındaki manevi konuları değerlendirmenin ve bunları ele almanın önemini göstermektedir (21, 167).

Hastalar ve sağlık profesyonelleri tarafından maneviyat kavramı soyut ve karmaşık olarak görülmesi nedeniyle manevi ihtiyaçların ölçümü fiziksel ihtiyaçlara göre daha güçtür. Bununla birlikte holistik bakımın ilk basamağı olarak görülen manevi gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlere karşılayacak bir bakımın sağlanması, kanserli hastaların mutlu olması için önemlidir. (65). Yapılan bir

çalışmada kanser hastalarının %85'i maneviyatın genel sağlıklarında ve iyileşmelerinde mümkün olan en büyük rolü oynadığını, %35'i sağlık ekibinin hastaların maneviyatına daha fazla ilgi göstermeleri durumunda bakım memnuniyetlerinin artacağını belirtmişlerdir (160). İleri evre kanser hastaları ile yapılan farklı bir çalışmada hastaların manevi ihtiyaç oranı %72 olarak belirlenirken, sağlık bakım hizmeti sürecinde manevi gereksinimlerinin çok az karşılandığı bildirilmiştir (14). Kanserli 248 hasta ile yapılmış başka bir çalışmada hastaların %40'ı manevi gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanması ile korkularını yendiklerini, hayata karşı umutlarının arttığını ve daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir (136).

Holistik bakım yaklaşımı sürecinin ilk basamağı, değerlendirme ve tanılamadır. Sağlık profesyonelleri tarafından bireye özgü sağlık bakım planı hazırlanırken değerlendirme ve tanılamamanın önemi büyüktür. Değerlendirme, verilerin bir araya getirilmesi, analiz edilmesi, dikkat çekici verilerin birbirleriyle sentez edilerek karar verilmesini içerir (90). Değerlendirme ile hastanın manevi bakım ihtiyaçları tanımlanır. Holistik bakım yaklaşımında bireyin manevi ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, hem bireyin manevi yönünün hem de fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve kültürel tüm boyutlarının değerlendirilmesini içerir (77). Araştırmalar, birçok sağlık profesyoneli hastanın manevi bakım ihtiyaçlarını değerlendirmekte zorlandıklarını ve pratikte manevi değerlendirmenin sadece hastanın hangi dine inandığı ile ilgili yapıldığını ortaya koymuştur (11, 230). Literatürde sağlık profesyonellerinin yaptıkları değerlendirmelerinde, hastanın hayatı hakkında derin hisleri, umutları, af edişleri, sevgileri veya bireyin parçası oldukları manevi topluluk hakkında bilgilere yer vermedikleri, özellikle herhangi bir dini inancı olmayan hastaların manevi ihtiyaç ve kaynaklarının olmadığını ve kendi inandıkları dine hastalarında inanması gerektiğini düşündükleri belirtilmektedir (37, 138).

Niçin Manevi Bakım Gereksiniminin Değerlendirilmesi Önemlidir?

Dünya'da sağlık bakım hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu birçok uluslararası kuruluş manevi bakım gereksinimini değerlendirmenin önemini şu şekilde belirtmişlerdir;

- Hastaların sağlık sonuçlarını önceden tahmin etmeyi kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Maneviyatın hastalarda özellikle morbidite ve mortaliteyi azaltmada, daha iyi

fiziksel ve mental sağlık sonuçları elde etmede, sağlıklı yaşam biçimini benimsemeye, sağlık bakım hizmetlerine daha az ihtiyaç duymada, anksiyeteyi azaltmada, problemlerle baş etme yeteneklerini arttırmada etkili olduğu çalışmalar ile kanıtlanmıştır (126, 134).

- Sağlık profesyonellerinin hasta bakım planı eylemlerini belirlenmesinde yararlanacakları, hastanın manevi bakış açısını belirten önemli ve gerekli bilgileri elde etmeyi sağlar (138).
- Bütüncül bakış yaklaşımıyla hastayı daha kapsamlı ve derinden anlamayı sağlar.
- Sağlık personelinin hastanın sahip olduğu dünya görüşünü anlamasına ve daha etkili hizmet sunmasına olanak verir (90, 140).
- Sağlık profesyonelleri tarafından bireyin sağlık bakım gereksinimlerine ve kaygılarına yönelik saygılı bir bakım sunumu sağlar. Özellikle bireyin inandığı din veya manevi bakış açısı göz önünde bulundurulmuş bakımın sunulmasını sağlar (29).

Uluslararası birçok kuruluş manevi bakımı ve bu gereksinimin değerlendirilmesinin önemini şu şekilde vurgulamıştır;

- Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakım tanımında manevi sorunların kontrolünün son derece önemli olduğundan bahsetmiştir (220).
- United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Mesleki Davranış Kurallarında “Hastaların gelenek, değer ve manevi inançlarının dikkate alınması” ifadesi yer almaktadır (129).
- The Centers for Medicare and Medicaid Services (ABD), “Bakım evlerinde olanlar da dahil olmak üzere tüm hospis hastalarının rol ve sorumluluklarını kaybetmesine bağlı yas tutması, günlük hayat rutinlerinde değişiklik olması, sosyal faaliyetlerinden uzaklaşması, aile, sağlık personeli ya da arkadaşları ile çatışma yaşaması durumlarında hastanın manevi ve dini değerlendirilmesi yapılmalı” ifadesini belirtmiştir (54).
- Amerikan Hemşireler Birliğinin Etik Kodlarında ise “Hemşireler hastaların değer, gelenek ve inançlarına saygı duyulan bir bakım hizmeti sunmalıdır” ifadesi yer almaktadır (52).

- Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin Hemşireler için Etik Kodlarında "Hemşireler hastaların, ailesinin ve toplumun değer, gelenek ve manevi inançlarına saygı duyulan bir bakım hizmeti sağlamalıdır" ifadesi yer almaktadır (129).
- Amerikan Hemşireler Birliği (American Association of Colleges of Nursing), hemşirelik eğitiminde hemşirelere kültürel inançların, davranış, sağlık ve iyileşme ile olan ilişkisini tanımlamak için insan maneviyatını anlama yeteneğinin sağlanması gerektiğinden bahsetmiştir (166).

Hastaların manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmek için iki tip yöntem kullanılır. (a) informal değerlendirme ve (b) formal değerlendirme

(a) İnfomal Değerlendirme: Bu yöntemde sağlık profesyoneli, hasta ile yüz yüze herhangi bir zaman diliminde biraya gelerek görüşme yöntemiyle onun manevi bakım gereksinimini belirlemeye çalışır. Bu görüşmenin temelini hastanın maneviyatı ile ilgili gereksinimlerini açıklaması için bir takım açık uçlu soruların yöneltilmesi, hastaların bu açık uçlu sorulara cevap vermesi oluşturur. Bu yöntemde bireyin maneviyatını çok iyi kavramsallaştırarak açıklaması, değerlendirmeyi yapan kişinin de hastanın söylediklerinin aktif ve dikkatli bir şekilde dinlemesi, gerekli ve önemli kısımları ayırt etmesi gerekir. Bu yöntem doğru uygulansa dahi, çok zaman alıcıdır ve hizmet sunulan hastaların çok olduğu ortamlarda pratik kullanım özelliğine sahip değildir (5).

(b) Formal Değerlendirme: Hastaların manevi gereksinimlerinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer yöntemde, ölçekler gibi formal araçlar kullanılır. Formal araçlarda değerlendirme kolay ve daha az zaman alıcıdır. Ayrıca bu yöntemde hasta görüşlerini belirtirken sağlık personeli hastaya daha az konuşmasına müdahale eder ve bireyin görüşme sürecine aktif katılımı sağlanır. Formal yöntem manevi değerlendirme araçları, farklı din gruplarını sorgulamaz, ötekileştirmez ve farklı muamelelerde bulunmaz. Sonuç olarak değerlendirmeler tehditkâr ve yargılayıcı olmayan bir tutum içinde gerçekleştirilir (129).

Hastaların manevi bakım gereksinimlerini değerlendirme yöntemlerinde birisi de, bu gereksinimi belirlemeye yönelik hazırlanmış ölçeklerin kullanımınıdır. Hastalar ölçeklerde yer alan kapalı uçlu soruların kendilerine uyan cevapları işaretler ve bu şekilde hastanın manevi bakım gereksinimleri kısa sürede kolayca belirlenebilir.

Literatürde hastaların manevi gereksinimlerini belirleyen birçok ölçek bulunmaktadır (Tablo 2).

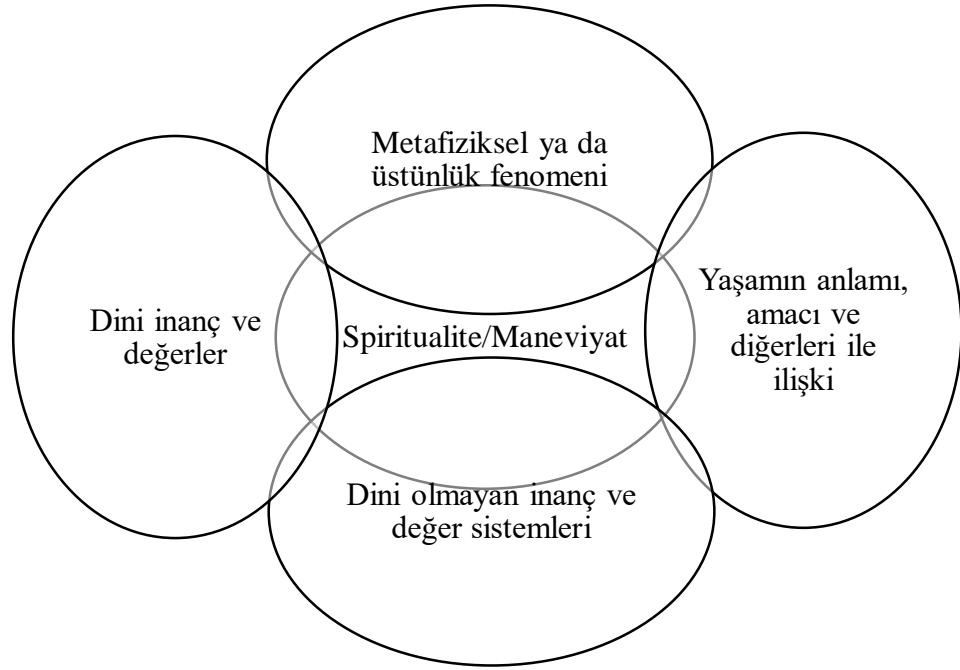
2.7.1. Manevi Bakım Gereksinimi ile ilgili Düzenlemeler

Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi'nde (1981) manevi bakım gereksinimi ile ilgili "hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dâhil olmak üzere ruhi ve manevi teselliyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir" ifadesi kullanılmıştır. Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Bildirgesi'nde ise (1994) "herkesin, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkı vardır" ve "hastaların, bakım ve tedavileri süresince her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakları vardır" şeklinde manevi bakım alma hakkına vurgu yapılmıştır (218).

Türkiye'de 01.08.1998 tarih, 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği 5. Maddesi sağlık hizmetlerinin sunulmasında uyulması gereken ilkeler arasında: "a. Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur. b. Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur" şeklinde manevi bakım alma hakkından bahsedilmektedir. Aynı yönetmeliğin 38. maddesinde "sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiçbir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekân belirlenir" ifadeleri ile manevi bakım ve destek hizmetlerinin yasal dayanağı oluşturulmuştur (164). Türkiye'de manevi bakım ile yapılan düzenlemelerde birisi de 07.01.2015 tarihinde Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında, "Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü" nün imzalanmasıdır (202).

2.8. Manevi Bakım ve Hemşirelik

Şekil 1.2.'de görüldüğü gibi hemşirelik ve sağlıkla ilişkili literatürde maneviyat/spiritualite 4 tema ile açıklanmıştır. Bunlar; 1. Dini inanç ve değerler, 2. Yaşamın anlamı, amacı ve diğerleri ile ilişki, 3. Dini olmayan inanç ve değer sistemleri, 4. Metafiziksel ya da üstünlük fenomeni şeklinde belirtilmiştir (173).



Şekil 1.2. Hemşirelik ve Sağlık İlişkili Literatürde Spiritualite/Maneviyat Tanımı (Sessanna ve ark., 2007).

Maneviyat kavramı ile ilgili tarihsel süreç incelendiğinde, maneviyat ve manevi bakımın hemşirelik tarihinin en önemli parçası olduğu görülmektedir. Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale, tedavi sürecinde olan hastanın çevresinin, ışığın, kokunun, müziğin ve ona dokunulmasının (terapötik dokunma), derinlemesine düşünmesinin önemini fark ederek bütüncül bakım anlayışını desteklemiştir. Ona göre manevi bakım hemşirelik uygulamalarının bir parçası olmalıdır. Nightingale, sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir. Hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” ve “bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir” ifadeleri ile hastaların manevi bakımının, hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğunu vurgulamıştır (65, 144).

Hemşireler, yaşamın anlam ve değerini sorguladıkları olay ya da kriz durumları ile mücadele eden değişik yaş gruplarından, farklı özelliklere ve deneyimlere sahip bireylere sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu nedenle hemşireler, birey ve ailesini içinde yaşadığı toplum değerleri ve inançları, kişilerarası ilişkileri, sosyo-kültürel alt yapıları, çevresel durumları yanı sıra, manevi değerleri ile birlikte bir bütün olarak değerlendirmelidir. Bu değerlendirmeyi yaparken hemşireler maneviyata ve manevi bakıma yönelik kendi düşünce ve algılarının, kendi yaşam umutlarının, anlam ve amaçlarının farkında olmalıdır (76, 65). Manevi bakım hemşireler tarafından verilen holistik bakımın önemli bir parçası olarak görülse de dünyada yapılan birçok çalışmada hemşireler yoğun ve zor çalışma koşulları yanı sıra, eğitimleri sırasında maneviyat hakkında yeterli bilgi almadıkları için manevi değerlendirme ve bakımda kendilerini yetersiz olarak gördükleri belirtilmiştir (16, 77, 131, 140, 166).

Tanyi (2002) hemşirelik alanında yazılan maneviyata ilişkin makaleleri inceleyerek yaptığı kavram analizinde, bu kavramın çok boyutlu olarak ele alındığını, tek bir tanımda uzlaşamadıklarını ortaya koymuştur. Hemşirelik alanındaki yazarlar maneviyatla ilgili yazılarında sıkça “aşkınlık, ortaya çıkan gizem, bağlanmışlık, hayata dair anlam ve amaç, yüce güç ile ilişki içinde olma; dinin çeşitli ritüeller, değerler, uygulama ve Yaradan veya yüce bir güce olan inançları kapsayan kurumsal bir yapıdan” bahsetmişlerdir (91, 116, 187, 192, 213).

Hemşirelikte yaklaşık her ülkede hemşirelik tanıları, girişimleri ve sonuçlarına ilişkin kavramları adlandırmak üzere Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği – NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) sistemi kullanılmaktadır. Bireyin hayatına anlam, umut ve güç katan inanç ve değer sistemlerinde sorun yaşayan hastalar için NANDA “Spirituel Distres” hemşirelik tanısını ve girişimlerini tanımlamıştır. Bu hemşirelik tanısının konulabilmesi için majör tanımlayıcı özellik bireyin inanç sisteminde rahatsızlığın olmasıdır. Minör tanımlayıcı özellikler ise, bireyin yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgulaması, ümitsizlik yaşaması ve alışagelmış dini rutinleri gerçekleştirmemesidir (64).

Türkiye’de hemşirelik alanında manevi bakım konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Sınırlı sayıda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre manevi bakım konusunun hemşireler tarafından yeterince fark edilmediği (47, 78,

109, 227), hemşire ve ebelerin eğitimleri sürecinde maneviyat ve manevi bakıma ilişkin yeterli bilgi almadıkları, hastaların manevi gereksinimlerini yeteri kadar karşılayamadıkları tespit edilmiştir (47, 59, 104, 109, 227). Türkiye’de teorik olarak maneviyat ve manevi bakımdan söz edilse de, manevi bakım kavramı hemşirelik eğitim müfredatında ve uygulama alanında yeterince yer almamaktadır (103).

Maneviyat kavramı, Türkiye’de pek çok alanda çalışılsa da en büyük etkiyi sağlık alanında ve çoğunlukla da hemşirelik literatürü içerisinde bulmuştur. Bunda son zamanlarda ön plana çıkan holistik bakımın yaygınlık kazanması etkili olmuştur. Bütüncül sağlık yaklaşımı bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve manevi anlamda bir bütün olduğunu ve her bireyin bir diğerinden farklı özellikleri göz önünde tutularak bireye özgü sağlık hizmeti verilmesi gerekliliği üzerine kurulmuştur (108).

2.9. Kanser ve Manevi Bakım Gereksinimini Belirleyen Ölçeklerle İlgili Literatür İncelemesi

“Spirituality, cancer, spiritual care needs scale” anahtar kelimeleriyle Pubmed, Sciencedirect, EBSCOhost veri tabanlarında 2000-2017 yılları arasında yayımlanmış olan tüm yayınlar incelenmiştir. Pubmed veri tabanında 49, Sciencedirect veri tabanında 184, EBSCOhost veri tabanında 36 olmak üzere toplam 269 makaleye ulaşılmıştır. Araştırmalardan 6 tanesi onkoloji hastalarında spiritualite ve spiritual bakım gereksinimi ölçeklerini incelemekteydi. Araştırmada “kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemek için oluşturulan ölçek” için kaynak olarak kullanılan ölçekler (a ölçek), madde sayıları, manevi gereksinim alanları ve çalışma sonuçları Tablo 1.2. de açıklanmıştır.

Tablo 1.2. Manevi Gereksinim Ölçekleri Literatür İncelemesi

Yazar	Ölçeğin İngilizce/Türkçe Adı	Manevi Gereksinim Alanları ve Madde Sayıları	Standardizasyon Bilgisi	Çalışmanın Sonucu
Galek ve ark. (2005)	Patients Spiritual Needs Assessment Scale/ Hastaların Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme Ölçeği	Ölçek 29 madde yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; (1) Sevgi, aidiyet ve saygı boyutu (6 madde) (2) Kutsal boyutu (5 madde) (3) İnanç, şükür, umut ve barış boyutunda (6 madde) (4) Anlam ve amaç (3 madde) (5) Güzelliğin değerini bilme boyutunda (3 madde) (6) Niyet ve ölüm boyutunda (5 madde) (7) Ahlak ve etik boyutunda (1 madde)	Hastaların manevi ihtiyaçlarını konu alan 22 makaleden toplam 339 tanımlayıcı madde oluşturulmuş ve belirlenen 339 madden öncelikle 9 alt boyut oluşturulmuştur. İki araştırmacı tarafından içerik analizi yapılarak, bağımsız olarak madde seçimi yapılmıştır. İki araştırmacı arasında seçilen maddelerin kappa değeri 0.84-0.86 olarak bulunmuştur. Daha sonra 2 alt boyut isimlendirilememesi nedeniyle çıkarılmıştır. Sonuçta 29 maddeden oluşan 7 alt boyut elde edilmiştir.	Holistik bakım sunan sağlık personellerine hastaların manevi iyilik hallerini yükseltmesi için yön verici bir ölçektir.
Taylor ve ark. (2006)	Spiritual Interests Related to Illness Tool (SpIRIT)/ Hastalık İlişkili Manevi İhtiyaçlar Ölçeği	Ölçek 42 madde yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; (1) Kutsal boyutunda (7 madde) (2) Olumlu olma, şükran ve umut boyutunda (7 madde) (3) Sevgi alışverişi boyutunda (10 madde) (4) İnanışlarını gözden geçirme boyutunda (5 madde) (5) Anlam yaratma ve amaç bulma boyutunda (8 madde) (6) Din boyutunda (6 madde) (7) Ölüme hazırlanma boyutunda (3 madde)	Çalışma 21 kanserli hasta ve 7 hasta yakını ile yarı yapılandırılmış görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Manevi ihtiyaçları tanımlayan 7 alt boyut elde edilmiştir.	Manevi ihtiyaçları tanımlayan 7 alt boyut ve 42 maddeden oluşan ölçek elde edilmiştir.

Tablo 1.2. Manevi Gereksinim Ölçekleri Literatür İncelemesi (Devam)

Yazar	Ölçeğin İngilizce/Türkçe Adı	Manevi Gereksinim Alanları ve Madde Sayıları	Standardizasyon Bilgisi	Çalışmanın Sonucu
Yong ve ark. (2008)	Spiritual Needs Scale (SNS)/Manevi İhtiyaçlar Ölçeği	Ölçek 26 madde beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; (1) Yaradan ile ilişki boyutunda (5 madde) (2) Anlam ve amaç boyutunda (7 madde) (3) Ölümü kabullenme boyutunda (8 madde) (4) Umut ve huzur boyutunda (4 madde) (5) Sevgi ve bağlılık boyutunda (2 madde)	Çalışma 257 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir. Cronbach's alpha değeri 0.92'dir. Faktör analizinde beş faktör ortaya çıkmıştır. Faktörlerin toplam varyansı % 62.9'dur.	Sağlık çalışanlarının, kanser ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hastaların manevi iyilik hali ve yaşam kaliteleri en düzeye çıkarmak için kullanabilecekleri yararlı bir araçtır.
Büssing ve ark. (2010)	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)/ Manevi İhtiyaçlar Anketi	Ölçek 19 madde beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; (1) Din boyutunda (6 madde) (2) İç huzur boyutunda (5 madde) (3) Varoluşsal boyutunda (5 madde) (4) Aktif olarak var olma boyutunda (3 madde)	Çalışma kronik ağrısı veya hastalığı olan 210 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Cronbach's alpha değeri 0.93'dir. Faktör analizi ile 4 faktör ortaya çıkmıştır. Faktörlerin toplam varyansı % 67'dir.	Belirlenen manevi ihtiyaç maddeleri, hastaların manevi iyilik halinde etkili olduğu bildirilmiştir.
Sharma ve ark. (2012)	Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)/Hastaların Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme	Ölçek 23 madde üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; (1) Psikososyal ihtiyaçlar boyutunda (5 madde) (2) Manevi ihtiyaçlar boyutunda (13 madde) (3) Dini ihtiyaçlar boyutunda (5 madde)	Çalışma 47 ayaktan tedavi alan kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir. SNAP ölçeğinin Cronbach's alpha değeri 0.95'dir. Manevi, psikososyal ve dini alt boyutlarının ise 0.74, 0.93, ve 0.86'dır. Test-tekrar test korelasyon katsayısı ise 0.69'dır	Hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirilmede etkin bir araçtır.

Tablo 1.2. Manevi Gereksinim Ölçekleri Literatür İncelemesi (Devam)

Yazar	Ölçeğin İngilizce/Türkçe Adı	Manevi Gereksinim Alanları ve Madde Sayıları	Standardizasyon Bilgisi	Çalışmanın Sonucu
Vilalta ve ark. (2014)	Spiritual Needs Assessment for Palliative Patients/ Palyatif Hastalarının Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme	Ölçek 28 madde altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir; <ol style="list-style-type: none"> (1) Yaşamın sonuna kadar bir birey olarak görülme boyutunda (4 madde) (2) Hayatını yeniden gözden geçirme boyutunda (3 madde) (3) Varoluşsal anlam bulma boyutunda (2 madde) (4) Suçlamaktan ve suçluluktan kurtulma ve başkalarını affetme boyutunda (3 madde) (5) Affedilme boyutunda (2 madde) (6) Bireysel yaşam boyutunda (2 madde) (7) Yaşamın devam etmesi boyutunda (4 madde) (8) Dini ifade boyutunda (4 madde) (9) Umut boyutunda (1 madde) (10) Hakikat boyutunda (2 madde) (11) Özgürlük ve özgür olma boyutunda (1 madde) 	Çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan ileri evre kanser hastalığı olan 10 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Literatür taraması sonucu 30 makale detaylı şekilde incelenerek 11 alt boyut elde edilmiştir. Teoloji, etik, biyoetik, psikoloji ve tıp alanlarından oluşturulan uzman bir grup, belirlenen 11 alt boyuta uygun 28 maddeyi seçerek ölçek oluşturulmuştur.	Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için palyatif bakım ünitesinde yatan ilerlemiş kanser hastalığı olan 10 hastaya uygulanmış ve maddelerde herhangi bir değişikliğe ihtiyaç duyulmamıştır.

2.10. Ölçek Geliştirme

Ölçme, “İstatistik birimlerinin ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara uyarak, sembolle ve özellikle sayı ile eşleştirilmesidir” (36, 49). Ölçekler, araştırmada hangi amaçların gerçekleştirileceği ve hangi problemlerin çözüleceği konusunda önemli rol oynayan ölçme göstergeleridir (149). Ölçmenin amacı araştırmanın konusu hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu, değerlendirmede kullanılan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Bunun için de ölçü aracının standardize olması istenir. Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında elde edilen sonuçlardan bilgi üretilmesi için “güvenirlilik” ve “geçerlik” özelliklerine sahip olması beklenmektedir (63).

Ölçek Geliştirme Aşamaları

1. Konunun Seçimi: Öncelikle ölçülmek istenilen konunun ne olduğuna ve hangi bireylere uygulanacağına karar verilmesi aşamasıdır (145).

2. Ölçek maddelerinin yazımı: Ölçek cümlelerini yazmadan önce geniş çaplı literatür araştırması yapılmalıdır. Maddelerin yazımında pratik yol, ölçeğin uygulanacağı kişilere konu ile ilgili kompozisyon yazdırmaktır. Yazılan kompozisyonlardan en çok tekrar eden ifadelerin alınması ölçek maddesi oluşturmada kolaylık sağlamaktadır. Ölçek maddeleri ne kadar çok yazılırsa içerisinden seçim yapmak daha kolay olacaktır. Ancak, ön deneme ölçeğinde çok fazla maddenin bulunması, cevaplayıcıların samimi cevaplandırmamasına neden olabilir.

3. Maddelerin seçimi ve gözden geçirilmesi: Ölçek maddelerinin kavramsal grubu temsil etme derecesini belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri alanından uzman kişilerden konu ile ilgili görüş alınmasıdır. Uzman görüşlerine dayalı araştırmalarda kapsam geçerlik oranlarının hesaplanması, geçerliği yüksek ölçekler geliştirmede, uzman görüşlerini nicel bulgulara dönüştürmede ve işlem-zaman kolaylığı açısından yararlı görülmektedir (231).

4. Deneme grubunun seçilmesi ve uygulama: Deneme grubu, esas uygulamanın yapılacağı grupla aynı özellikte olan bir gruba uygulanması gerekir. Tavşancıl (2002), örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı, hatta on katı civarında olması gerektiğini belirtmiştir (188). Comrey ve Lee (1992) ise ölçek

geliştirmede örneklem büyüklüğü hakkında 100'ü zayıf, 200'ü orta, 300'ü iyi, 500'ü çok iyi ve 1000'i mükemmel olarak belirtmiştir (41). Uygulamada önemli konu, bireylerin samimi ve kendi görüşlerini yansıtan cevap vermelerini sağlamaktır. Ayrıca cevap verenlerin soruları eksiksiz doldurması için ihtiyaç duydukları kadar süre verilmelidir.

5. Maddelerin ve toplam puanların hesaplanması: Uygulama yapıldıktan sonra bireylerin verdikleri cevapların puanlanması yapılır. Maddeler olumlu ve olumsuz ifade şekline göre puanlamada farklılık göstermektedir. Toplam puanın yüksek olması belirtilen tutumun yüksek olduğu anlamı ortaya çıkar.

6. Madde Analizi: Ölçek geliştirmede korelasyona dayalı, alt-üst grup ortalama farklarına dayalı ve basit doğrusal regresyon tekniğine dayalı madde analizi yöntemleri kullanılabilir. Bunlara ek olarak homojenlik kontrolünde başvuru faktör analizi sonuçları da kullanılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmek için kullanılmak üzere bir ölçme aracının geliştirilmesi amacıyla metodolojik çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara'da bulunan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 11.11.2016-01.05.2017 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı onkoloji alanında hizmet veren eğitim ve araştırma hastanesi olan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ilk olarak 1956 yılında Türk Kanser Araştırma Kurumu, gönüllü kişi ve kuruluşların katkılarıyla Ankara'nın Kurtuluş semtinde 100 yatak kapasitesi ile hizmete başlamıştır. 1962'de Sağlık Bakanlığı'na devredilen hastane, 1967'de 300 yatak kapasitesi ile Etimesgut'da bulunan Makine Kimya Enstitüsü'ne ait bir binada hizmet vermeye devam etmiştir. Nisan 1989'da Etimesgut'ta bulunan hastane Demetevler semtinde yapılan binaya taşınmış ve toplam 600 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye devam etmiştir. Hastanede şu anda 35 ayrı branşta hizmet verilmektedir.

Hastanede 2015'te toplam 33.849 ve 2016'da 41.664 ameliyat gerçekleştirilmiştir. Bu ameliyatların %60'ı meme, gastrointestinal sistem, tiroid kanserleri, yumuşak doku sarkomları olan kanser hastalarında yapılmıştır. Hastane cerrahi onkoloji alanda 3. basamak referans merkezi olması nedeniyle özellikli ameliyatlar gerçekleştirilmektedir. Hastanenin 2015'de A (özellikli ameliyatlar ve girişimler) grubu ameliyat sayısı toplam 3475, B (özel ameliyatlar ve girişimler) grubu ameliyat sayıları ise 7834'tür. 2016'da ise 2015'de A (özellikli ameliyatlar ve girişimler) grubu ameliyat sayısı toplam 5320, B (özel ameliyatlar ve girişimler) grubu ameliyat sayıları 12.083'dir. Hastanenin 2015 yılında yatak doluluk oranı %58 iken, 2016 yılında %53'tür.

Hastanenin genel poliklinik biriminde, meme-endokrin, gastrointestinal sistem olmak üzere genel cerrahi alanı içerisindeki tüm kanserlerin tarama ve tanı çalışmalarının yapıldığı alanlar bulunmaktadır. Hastanede ayrıca Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bulunmaktadır. Hastanenin “Kanser Hasta Okulu” ve “Kanser Sürekli Eğitim Merkezi” haftanın beş günü hasta ve yakınlarına psiko-onkoloji, beslenme, palyatif bakım, enfeksiyonlardan korunma ve kişisel hijyen, sosyal destek ve yardım konularında alanında uzman kişilerden eğitim hizmetleri yürütülmektedir.

Araştırma hastanenin ayaktan kemoterapi ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Ünite 64 koltuk, 2 özel hasta odası ve bir acil müdahale odası ile hizmet vermektedir. Kemoterapi ünitesinde çalışan hemşireler hekim tarafından istem yapılan tıbbi tedavileri (kemoterapi ilaçlarını) uygulamaktadır. Birimde ayrıca hemşireler tarafından hasta ve yakınları ilaçların etkileri ve yan etkileri konularında bilgilendirmektedirler.

Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan “hastanelerde manevi bakım ve dini danışmanlık” hizmeti sunulmasına yönelik işbirliği kapsamında Ankara’da dört pilot hastaneden biri olarak hastane bünyesinde manevi bakım birimi açılmıştır. Birimde din görevlileri tarafından, hasta ve hasta yakınlarına dini motifleri içeren sabır, tefekkür, dua pratiği, kader anlayışı ve inancı gibi dinsel – tinsel gibi maneyatın inanç boyutuna yönelik hizmetler verilmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde (meme, gastrointestinal sistem, jinekolojik, akciğer, yumuşak doku sarkomları) tedavi olan ve tedavi sonrasında gündüz tedavi merkezlerinde kemoterapi için hastaneye başvuran hastalar oluşturmuştur.

Ölçek ile yapılan çalışmalarda örneklem ya da çalışma grubunun sayısını belirlenirken madde puan korelasyonuna bakabilmek için örneklem büyüklüğünün 100-200 arasında ya da ölçekte bulunan madde sayısının en az beş katı, en fazla on katı civarında olması önerilmektedir (188). Comrey ve Lee (1992) ölçek geliştirmede örnekleme oluşturan sayı, 100 ise zayıf, 200 ise orta, 300 ise iyi, 500 ise çok iyi ve 1000 ise mükemmel olarak belirtmiştir (41). Bu araştırma deneme ölçeğinde bulunan

madde sayısı fazla (58 madde) olduğu için her bir madde için 5 katı kişi ($58 \times 5 = 290$) örnekleme dahil edilmiş ve örnekleme dahil edilme kriterlerini sağlayan toplam 290 hasta ile deneme ölçeğin istatistik analizleri yapılmıştır.

Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Okur-yazar olmak,
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmamak,
- Psikolojik ve mental hastalığı ya da problemi bulunmamak,
- 18 yaş ve üstü olmak.

Araştırma örnekleme dahil edilmeme kriterleri;

- Çalışmayı sürdürmeyi istememek

Araştırmanın örnekleme belirlenirken, kanser türleri araştırmanın yapıldığı hastanenin polikliniklerinde ameliyat sonrası izlenen ya da gündüz tedavi merkezinde kemoterapi alan hastaların kanser tanılarının oranları örnekleme sayılarının belirlenmesinde göz önünde bulundurulmuştur. Buna göre 155 meme kanseri, 56 gastrointestinal sistem kanserleri, 31 akciğer kanseri, 26 jinekolojik onkoloji kanserleri, 7 yumuşak doku kanserleri ve 15 diğer kanser türü olan 290 hasta çalışmanın örnekleme grubuna dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taraması ile geliştirilen “Hasta Tanıtım Formu” ve “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formları

Hasta Tanıtım Formu

Bireylerin manevi bakım gereksinimlerini etkileyebilecek soruları belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür ve deneyimleri göz önünde bulundurulmuştur. (31, 72, 175, 189, 210, 229). Toplam 25 sorudan oluşan bu formda hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, gelir durumu, bakım destekleri vb.) ve tıbbi özelliklerine (hastalık tanısı, uygulanan tedaviler, ailede kanser öyküsü, semptomlar vb.) ilişkin sorular bulunmaktadır (Bkz. EK-7)

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği

Bu araştırma için geliştirilmiş olan, geçerlilik ve güvenilirliği test edilen ölçek, “onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini” değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Başlangıçta 58 madde olarak planlanan deneme ölçeğinin istatistiksel değerlendirmeler sonrasında son şeklinde 24 madde yer almıştır. Ölçekte yer alan maddeler “hiç, çok az, orta, çok ve çok fazla” şeklinde 5’li likert tipinde cevaplama yapılmaktadır. Ölçekten en az 24 puan, en çok 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, hastaların manevi bakım gereksinimleri de artmaktadır (Bkz. EK-8).

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırma verileri gerekli etik kurul ve hastane yönetiminden alınan izinlerinin alınmasından sonra Kasım 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze ortalama 25-30 dakika süren görüşmeler ile toplanmıştır (Şekil 3.1). Araştırmacı, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Bilim Dalı derslerinde 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Güz Döneminde “Ölçek Geliştirme ve Değerlendirme Dersi” almıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce, araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hastaların bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Daha sonra sosyodemografik ve tıbbi bilgileri içeren “Hasta Tanıtım Formu” (Bkz. EK-7) ve “Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği” (Bkz. EK-8) ile araştırma verileri toplanmıştır.

3.4.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın için, önce araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden (Bkz. EK-2), daha sonra bu izin ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden Eğitim Planlama Kurul Onayı (Bkz. EK-1) alınmıştır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hastalardan Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak hazırlanmış bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcılardan çalışmaya katılımı ve hastalık süreci ile ilgili tıbbi verilerin kullanma izinleri alınmıştır (Bkz. EK-4).

3.5. Ölçek Geliştirme Çalışmasında İzlenen Adımlar

3.5.1. Ölçülecek Özelliğin Tanımlanması

Bu araştırmada ölçülmesi planlanan özellik “manevi bakım gereksinimi” olarak belirlenmiştir.

a) Ölçülecek Özelliğin Kapsamının Belirlenmesi

Ölçülmesi planlanan özelliğin kapsamını belirlemek amacıyla öncelikle ilgili konuda kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmıştır. Ayrıca konu ile ilgili olarak, onkoloji hastalarından ve onkoloji ile ilgili farklı alanlarda uzman olan kişilerden görüş alınmıştır. Literatür incelendikten sonra araştırmacı tarafından 21 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış soru formu (Bkz. EK-5) oluşturulmuştur (188). Yarı yapılandırılmış soru formu 11.11.2016-22.11.2016 tarihi arasında 30 onkoloji hastasına (18 meme kanseri, 3 kolon kanseri, 2 rektum kanseri, 3 akciğer kanseri, 2 uterus kanseri, 2 over kanseri) yüz yüze görüşülerek ses kaydı yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşme öncesi hastalardan ses kaydı yapmak için izin alınmıştır. Literatür taraması ve kayıtların çözümlenmesi ile edilen veriler doğrultusunda ölçekte yer alabilecek ifadeler yazılmıştır.

b) Kapsama Uygun Deneme Ölçeğinin İfadelerinin Belirlenmesi

Araştırmada kullanılan ölçekteki ifadeler belirlenirken, ölçek maddelerinin farklı farklı anlaşılmasına, sade ve öz olarak ifade edilmelerine, maddelerde hem olumlu hem olumsuz ifadeler yer verilmesine, ifadelerin belirsizlik ya da kararsızlık oluşturmaksızın kolay anlaşılabilir olmasına ve hastaların kanser nedeniyle manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmeye yönelik olmasına özen gösterilmiştir (191). Araştırmanın bu aşamasında deneme ölçeğinde yer alacak maddeleri oluşturabilmek amacıyla önce 70 maddelik bir madde havuzu oluşturulmuştur.

3.5.2. Deneme Ölçeğinin Düzenlenmesi ve Deneme Uygulaması

a) Ölçek Materyalinin Hazırlanması

Bu araştırmada geliştirilmiş olan ölçek materyali geleneksel olarak kağıt, kalem yöntemiyle uygulanacak olan basılı materyal olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin

baskı özellikleri ve kalitesi, okuma ve cevaplama sırasında güçlük oluşturmayacak şekilde ayrıntı ve süslemeler olmaksızın düzenlenmiştir (191).

b) Ölçek Yönergesinin ve Cevaplama Düzeninin Hazırlanması

Bu araştırma ölçek materyalinin baş kısmında ölçeği cevaplayanların kolayca anlayabilecekleri, ölçeğin amacına ve nasıl cevaplayacağına ilişkin bilgi veren kısa bir yönerge verilmiştir ve yönerge araştırmacı tarafından hastalara okunmuştur (Bkz. EK-4).

c) Maddelerin Ölçek İçerisindeki Düzeninin Belirlenmesi

Maddelerin ölçek içerisinde dağılımı rastgele olarak yapılmıştır.

d) Ön İnceleme

Literatür incelemesi, onkoloji ve manevi bakım gereksinimi alanında uzman kişilerle ve onkoloji hastaları ile yapılan görüşmeler sonrasında ölçek maddeleri havuzu oluşturulmuştur. Deneme ölçeği maddelerinin son hali araştırmacılar, tez izleme kurulunda yer alan öğretim üyeleri (Prof.Dr. Öznur Özdoğan, Doç.Dr. Gülcihan Akkuzu) ve Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Din Psikolojisi alanında Lisansüstü eğitim yapan ve bu alanda çalışmalarını devam eden öğrenciler, araştırmacı ve danışman tarafından kontrol edilmiştir. Madde havuzundan manevi ihtiyaçları en iyi değerlendireceği düşünülen ifadeler seçilerek sonraki aşamalarda kullanılması planlanan 70 maddelik ölçeğin taslak hali oluşturulmuştur.

e) Uzman Görüşüne Başvurma

Araştırmanın bu aşamasında ölçeğin taslak hali için uzman görüşleri alınarak değerlendirmeler yapılmıştır. Ölçeğin 70 maddelik taslak hali ile ilgili olarak onkoloji alanında çalışan 2 genel cerrah, 1 tıbbi onkolog, 1 radyasyon onkolojisi uzmanı, 2 psikolog, 2 cerrahi hastalıkları hemşireliği ve 1 iç hastalıkları hemşireliğinde öğretim üyesi, 1 din psikolojisi uzmanı, 1 ölçek geliştirme ve değerlendirme uzmanı olmak üzere toplam 11 uzmandan görüş alınmıştır (Bkz. EK-3).

Uzman görüşlerinin elde edilmesi için “uzman görüş formu” hazırlanmıştır (Bkz. EK-7). Uzmanların 70 maddenin her birini “uygun”, “uygun ama düzeltilmeli”

ve “uygun değil” şeklinde derecelendirmesi istenmiştir. Uzmanın maddeyi uygun bulmaması veya ifadeyi değiştirilmesini istemesi durumunda, neden istediğine dair açıklama yapması talep edilmiştir. Uzman görüşlerinin alınması üç haftalık süreçte tamamlanmıştır. Uzman görüşleri alındıktan sonra her bir madde için kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ), hesaplanmıştır. Uzman görüşleri ve literatür incelemesi sonucunda elde edilen 58 maddelik deneme ölçeği anlaşılabilirlik ve doğru ifade şekli açısından Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmesi yapılmıştır.

f) Ön Uygulama

Uzman görüşleri sonrasında, deneme ölçeği ve tanıtıcı bilgiler formu 1-5 Mart 2017 tarihlerinde Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde, araştırmaya dahil kriterlerini sağlayan 15 onkoloji hastasına pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında ölçekte yer alan 2 maddenin ifade şekli değiştirilmiştir.

g) Deneme Uygulaması

Pilot uygulama sonrasında, son hali verilen deneme ölçeği 6 Mart-31 Mayıs 2017 tarihlerinde Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde, araştırmaya dahil kriterlerini sağlayan 290 onkoloji hastasına uygulanmıştır. Deneme uygulaması sırasında 5 hasta yabancı dil konuşması nedeniyle çalışmaya dahil edilmezken, 2 hasta trakeostomi olması, 13 hasta konunun içeriğinde ölüm olması gerekçesiyle, 36 hasta ise semptomlardan dolayı rahatsız hissettikleri için çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir. Çalışma sorularının kendisini duygulandırdığını belirten 6 hasta ise anketi uygulamanın yarısında çalışmayı sonlandırmıştır. Araştırma verileri ayaktan kemoterapi ünitesinde hastalar saatlik kemoterapilerini alırken yüz yüze görüşerek, hastaları olumlu ya da olumsuz yönde cevap verecek şekilde yönlendirmemeye özen gösterilerek ve soru formları araştırmacı tarafından işaretlenerek toplanmıştır.

3.5.3. Deneme Uygulamasından Elde Edilen Verilerin Analizi ve Madde Seçme

a) Madde ve Ölçek Puanları

Bu araştırmada ölçekte bulunan maddelerin puanlamasında 5’li likert tipi derecelendirme kullanılmıştır (Tablo 3.1). 5’li likert tipi ölçekle ‘‘Hiç, Çok az, Orta, Çok ve Çok fazla’’ ifadelerinden hastalar kendileri için uygun olan ifadeyi seçmişler ve bu cevaplar araştırmacı tarafından formda işaretlenmiştir.

Likert tipi ölçekte, her bir bireyin ölçek puanı, her bir maddeye gösterdiği tepki puanlarının toplamından oluşmaktadır (191). Test edilen bu deneme ölçeğinde toplam 24 madde bulunmakta ve ölçeği cevaplayan her bir kişi ölçekten en az 24, en çok 120 puan almaktadır.

Tablo 3.1. 5’li ikert tipi maddeler için puanlama anahtarı

	Seçenek	Olumlu İfade	Olumsuz İfade
5’li likert tipi derecelendirme	Hiç	1	5
	Çok az	2	4
	Orta	3	3
	Çok	4	2
	Çok Fazla	5	1

b) Ölçeğin Psikometrik Özellikleri

Ölçeğin Güvenilirliği

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliği değerlendirilmesinde zamana göre değişmezlik ölçütü ve iç tutarlılık analizi kullanılmıştır. Ayrıca ölçme aracının iç tutarlılığının bir tahmini olarak Cronbach’s alpha (α) katsayısı hesaplanmıştır.

Zamana göre değişmezlik ölçütü, herhangi bir şeyin aynı (benzer) koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişki korelasyon katsayısıdır. Çalışmamızda 75 hastaya deneme ölçeği birer hafta arayla uygulanmıştır. Hastalar kemoterapi kürü aldıktan sonra ilk birkaç gün ortaya çıkan semptomlar ile baş etmeleri nedeniyle tekrar uygulama süresi bir hafta olarak belirlenmiştir.

Ölçme aracının iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach's alpha (α) katsayısı hesaplanmıştır. Ek olarak madde-toplam korelasyonları da verilmiştir.

Ölçeğin Geçerliliği

Bu çalışmada “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” nin ölçmeye uygun olup olmadığını ve ölçülmek istenen özelliği gerçekten yansıtıp yansıtmadığını belirlemek amacıyla geçerliliği incelenmiştir. Geçerlilik ölçüt yöntemi olarak kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği ölçüm yöntemlerine başvurulmuştur.

Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, ölçek ve ölçek maddelerinin her birinin ölçülmesi amaçlanan özelliği ne derecede kapsadığı ile ilgilidir (127). Araştırmanın kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla Lawshe tekniği kullanılarak alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır (118). Uzman görüşlerinin elde edilmesi için “uzman görüş formu” hazırlanmıştır (Bkz. EK-6). Uzmanların 70 maddenin her birini “uygun”, “uygun ama düzeltilmeli” ve “uygun değil” şeklinde derecelendirmesi istenmiştir. Uzman tarafından maddenin uygun bulunmaması veya ifadesinin değiştirilmesi istenmesi durumunda açıklama yapması istenmiştir. Uzman görüşlerinin alınması üç haftalık süreçte tamamlanmıştır. Uzman görüşleri alındıktan sonra her bir madde için kapsam geçerlilik oranı (KGO) hesaplanmıştır.

Yapı Geçerliliği

Aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını sağlamaktadır (44). Bu çalışmanın yapı geçerliliği için “Açımlayıcı Faktör Analizi” yöntemi kullanılmıştır. 58 maddelik deneme ölçeğine açımlayıcı faktör analizi uygulanarak birden fazla faktöre güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir faktöre 0,500'ün üzerinde yüklenemeyen ifadeler yapıdan çıkarılarak 24 maddelik nihai ölçek elde edilmiştir.

Tablo 3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler

Sıra	Maddeler	Verilen cevap/ Kişi sayısı
1	Madde 4: Sağlık personelinin şefkatli ve hoşgörülü yaklaşımına	Hiç:1 kişi Çok az:5 kişi Orta:104 kişi Çok:167 kişi Çok Fazla:13 kişi
2	Madde 5: Size ihtiyaç duyan sevdiklerinize gelecek oluşturabilmeniz için yeterli zamana	Hiç: 7 kişi Çok az: 20 kişi Orta: 159 kişi Çok: 88 kişi Çok Fazla: 16 kişi
3	Madde 6: Gelecekte ortaya çıkabilecek iyi ya da kötü sonuçları düşünmeden anı yaşamaya	Hiç: 126 kişi Çok az: 47 kişi Orta: 76 kişi Çok: 36 kişi Çok Fazla: 5 kişi
4	Madde 7: Kısa süreli mekân değiştirmeye ya da bulunduğunuz ortamdan uzaklaşmaya	Hiç: 17 kişi Çok az: 71 kişi Orta: 86 kişi Çok: 102 kişi Çok Fazla: 14 kişi
5	Madde 8: Bundan sonraki hayatınızı sevdiklerinize göre yaşamaya	Hiç: 7 kişi Çok az: 22 kişi Orta: 84 kişi Çok: 165 kişi Çok Fazla: 12 kişi
6	Madde 9: Hayatı kendiniz için yaşamaya	Hiç: 15 kişi Çok az: 59 kişi Orta: 115 kişi Çok: 90 kişi Çok Fazla: 11 kişi

Tablo 3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler (Devam)

Sıra	Maddeler	Verilen cevap/ Kişi sayısı
7	Madde 10: Hastalığınızla mücadelenizde sevdiğiniz için güçlü durmaya	Çok az: 3 kişi Orta: 55 kişi Çok: 215 kişi Çok Fazla: 17 kişi
8	Madde 14: Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların hasta olduğunuzu sürekli hatırlatmamasına	Hiç: 56 kişi Çok az: 142 kişi Orta: 57 kişi Çok: 25 kişi Çok Fazla: 10 kişi
9	Madde 16: Sevdiğiniz insanların hasta olduğunuz için üzüntü duymamasına	Hiç: 34 kişi Çok az: 165 kişi Orta: 87 kişi Çok: 3 kişi Çok Fazla: 1 kişi
10	Madde 18: Bulduğunuz ortamlarda insanlar hasta olduğunuzu öğrendiğinde, üzülen gözlerle size bakmamasına	Hiç: 28 kişi Çok az: 181 kişi Orta: 62 kişi Çok: 12 kişi Çok Fazla: 5 kişi
11	Madde 20: Tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında sevdiğiniz hastanede sizinle birlikte ya da yanınızda olmasına	Hiç: 19 kişi Çok az: 17 kişi Orta: 110 kişi Çok: 124 kişi Çok Fazla: 20 kişi
12	Madde 23: Sevdiğinizle birlikte ev dışında daha fazla vakit geçirmeye	Hiç: 34 kişi Çok az: 42 kişi Orta: 89 kişi Çok: 112 kişi Çok Fazla: 13 kişi
13	Madde 24: Geçmişte farkında olmadan yaptığınız hataları kabul etmeye	Hiç: 20 kişi Çok az: 16 kişi Orta: 124 kişi Çok: 119 kişi Çok Fazla: 11 kişi

Tablo 3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler (Devam)

Sıra	Maddeler	Verilen cevap/ Kişi sayısı
14	Madde 25: Sizi kıran insanları affetmeye	Hiç: 54 kişi Çok az: 31 kişi Orta: 135 kişi Çok: 66 kişi Çok Fazla: 4 kişi
15	Madde 27: Her iki dünyanızın (bu dünya ve öteki dünyanın) güzel olmasına	Hiç: 3 kişi Çok az: 1 kişi Orta: 75 kişi Çok: 162 kişi Çok Fazla: 49 kişi
16	Madde 28: Öbür alemin yakın olduğu duygusunu yenmeye	Hiç: 3 kişi Çok az: 1 kişi Orta: 75 kişi Çok: 162 kişi Çok Fazla: 49 kişi
17	Madde 33: Dua ederek Hakk'a göç etmeye	Hiç: 7 kişi Orta: 44 kişi Çok: 155 kişi Çok Fazla: 84 kişi
18	Madde 34: Yaradan'ın verdiği cana en iyi şekilde bakmaya	Orta: 102 kişi Çok: 153 kişi Çok Fazla: 35 kişi
19	Madde 42: Hastalığınızla ilgili "niçin ben?" sorusunu sorduğunuz dönemdeki ruh halinizi anlamaya ve tövbe etmeye	Hiç: 7 kişi Orta: 44 kişi Çok: 155 kişi Çok Fazla: 84 kişi
20	Madde 44: Toprak, bağ, bahçe ile uğraşmaya	Hiç: 121 kişi Çok az: 16 kişi Orta: 65 kişi Çok: 71 kişi Çok Fazla: 17 kişi
21	Madde 45: Duyulduğunuz dönemlerde ağlayarak rahatlamaya	Hiç: 42 kişi Çok az: 30 kişi Orta: 66 kişi Çok: 136 kişi Çok Fazla: 16 kişi

Tablo 3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler (Devam)

Sıra	Maddeler	Verilen cevap/ Kişi sayısı
22	Madde 46: Doğada vakit geçirmeye	Hiç: 9 kişi Çok az: 11 kişi Orta: 42 kişi Çok: 191 kişi Çok Fazla: 37 kişi
23	Madde 47: Müzik dinlemeye	Hiç: 64 kişi Çok az: 31 kişi Orta: 74 kişi Çok: 100 kişi Çok Fazla: 21 kişi
24	Madde 48: Kısa süreliğine tek başınıza kalıp, kendinizi dinlemeye	Hiç: 107 kişi Çok az: 55 kişi Orta: 61 kişi Çok: 64 kişi Çok Fazla: 3 kişi
25	Madde 49: Hastalığınızın günden güne iyiye gideceğini düşünmeye	Çok az: 4 kişi Orta: 64 kişi Çok: 189 kişi Çok Fazla: 33 kişi
26	Madde 50: Etrafınızdaki insanların size moral vermesine	Hiç: 26 kişi Çok az: 13 kişi Orta: 147 kişi Çok: 89 kişi Çok Fazla: 15 kişi
27	Madde 51: Olumlu şeyler düşünmeye ve duymaya	Çok az: 7 kişi Orta: 152 kişi Çok: 114 kişi Çok Fazla: 17 kişi
28	Madde 52: Çevrenizden kötü haberler duymamaya	Hiç: 24 kişi Çok az: 157 kişi Orta: 65 kişi Çok: 23 kişi Çok Fazla: 21 kişi

Tablo 3.2. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin 58 maddelik deneme ölçeğinden elenen maddeler (Devam)

Sıra	Maddeler	Verilen cevap/ Kişi sayısı
29	Madde 53: Yaşadıklarınızı anlamlandırmaya	Hiç: 45 kişi Çok az: 21 kişi Orta: 97 kişi Çok: 117 kişi Çok Fazla: 10 kişi
30	Madde 54: Kendinizi ve başkalarını kırmamaya	Hiç: 43 kişi Çok az: 140 kişi Orta: 89 kişi Çok: 15 kişi Çok Fazla: 3 kişi
31	Madde 55: Yaşadıklarınıza nasıl sabredeceğinizi bilmeye yönelik profesyonel yardım almaya	Hiç: 99 kişi Çok az: 14 kişi Orta: 124 kişi Çok: 43 kişi Çok Fazla: 10 kişi
32	Madde 56: Sağlık ekibi ve şifa bulan hastalarla bir araya gelerek, hastalığın süreçleri hakkında paylaşımlarda bulunmaya	Hiç: 38 kişi Çok az: 6 kişi Orta: 143 kişi Çok: 85 kişi Çok Fazla: 18 kişi
33	Madde 57: Sizinle aynı hastalığa sahip ve tedavisi devam eden hastalar ile konuşup, paylaşımlarda bulunmaya	Hiç: 42 kişi Çok az: 20 kişi Orta: 159 kişi Çok: 55 kişi Çok Fazla: 14 kişi
34	Madde 58: Bazı hayır kurumlarına ya da ihtiyacı olanlara bağışta bulunmaya	Hiç: 8 kişi Çok az: 25 kişi Orta: 142 kişi Çok: 96 kişi Çok Fazla: 19 kişi

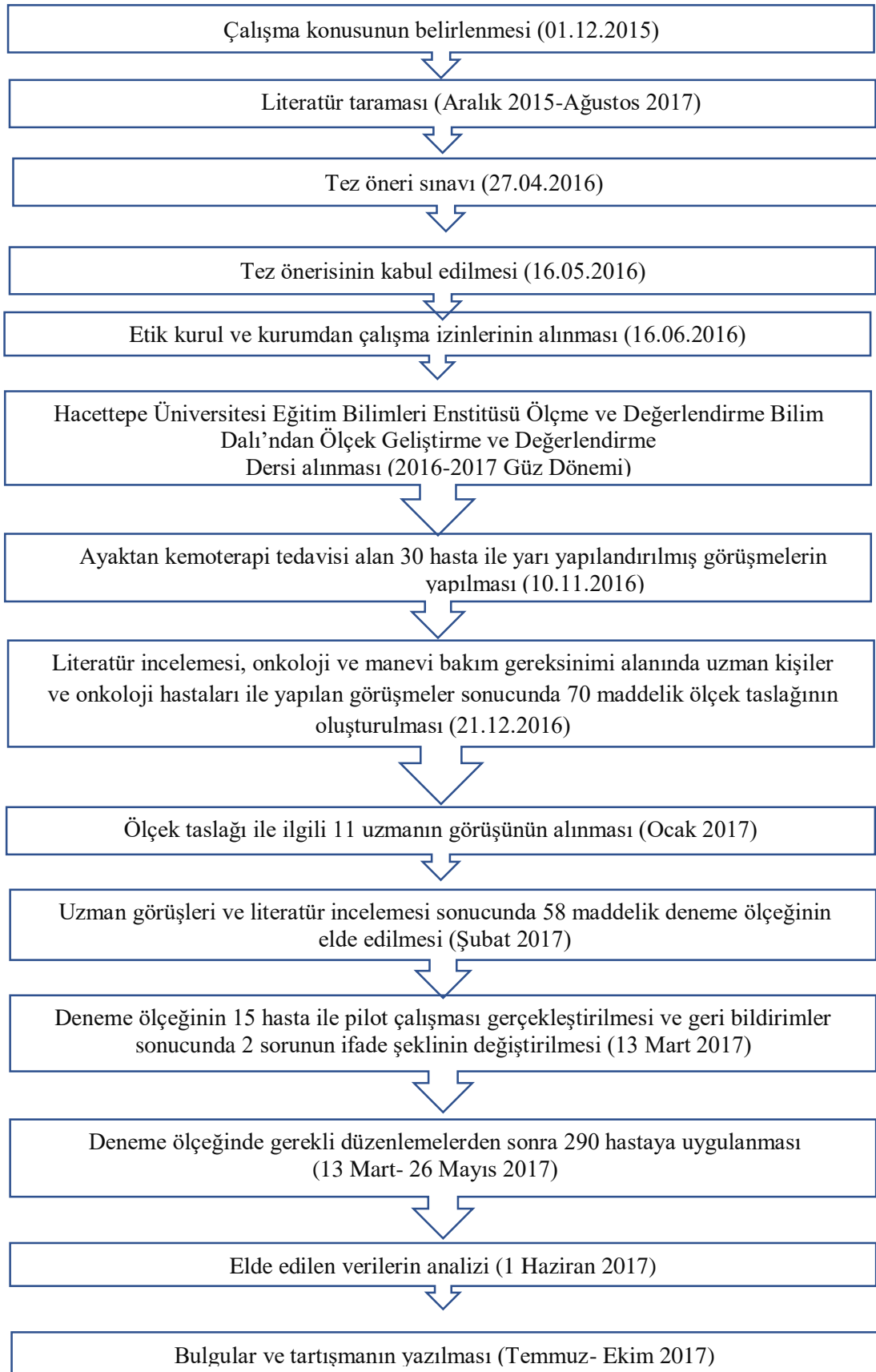
Deneme ölçeğinde yer alan 58 maddeye açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde en çok kullanılan döndürme yöntemlerinden “Varimax” döndürmesi kullanılarak faktör yapısı incelenmiştir. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken birden fazla faktöre güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir faktöre 0,500’ün

üzerinde yüklenemeyen 34 madde yapıdan çıkarılarak, 24 maddelik nihai ölçek oluşturulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”ni oluşturan maddeler üzerinde açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır ve oluşan faktör yapıları incelenmiştir. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken “Temel Bileşenler Analizi” ve “Varimax” döndürmelerinden yararlanılmıştır. Bu yapılar için Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayıları hesaplanmış ve yapıların güvenilir olduğu görülmüştür.

Çalışmada kategorik değişkenler için sıklık dağılımları frekans, yüzdelik, sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile kontrol edilmiştir. İki den fazla bağımsız grup analizinde ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA), farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelerken tukey testinden yararlanılmıştır. İki sayısal bağımsız değişken arasındaki ilişkiler ise pearson korelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.



Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Şeması

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma verilerinin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında incelenmiştir:

- 4.1. “Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular”
- 4.2. “Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği”nin Geliştirme Aşamalarına İlişkin Bulgular
- 4.3.Hastaların sosyo-demografik tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği Puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=290)

Özellikler	Sayı	%
Sosyo-demografik özellikler		
Yaş= Min-Maks=21-81, Ort. ± SS = 53,83±12,653		
Yaş grup		
≤45	72	24,8
46-55	87	30,0
56-65	79	27,2
≥65	52	17,9
Cinsiyet		
Kadın	219	75,5
Erkek	71	24,5
Eğitim durumu		
İlköğretim	108	37,2
Lise	109	37,6
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	14,8
Okuryazar+okuryazar olmayan ¹	30	10,4
Medeni durum		
Evli	237	81,7
Bekar/ Dul/Boşanmış ²	53	18,3
Çocuk sahibi olma		
Yok	15	5,2
Var	275	94,8
Çocuk sayısı³		
1-2	143	52
3 ve üzeri	132	48
Çalışma durumu		
Aktif çalışma	64	22,1
Ev hanımı	152	52,4
Emekli ⁴	74	25,5
Gelir durumu		
Gelir gidere denk ve fazla ⁵	126	43,4
Gelir giderden az	164	56,6
Evde kimlerle yaşıyor⁶		
Eş	239	82,4
Çocuklar	174	60,0
Anne	29	10,0
Baba	15	5,2
Kardeşler	16	5,5
Yalnız	14	4,8
Diğer (bakıcı, gelin, torun, görümce, kayınvalide)	39	13,4

¹Okuryazar 12 kişi, okuryazar olmayan 18 kişidir.² Bekar 14 kişi, Dul/Boşanmış/Ayrılmış 39 kişidir.³ Çocuk sayısı 1 olan 28, çocuk sayısı 2 olan 115, çocuk sayısı 3 olan 83 ve Çocuk sayısı 4 ve üzeri olan 49'dur.⁴ Yaş sebebiyle/tercihen emekli olan 65, yetersizlik nedeniyle emekli 7, işe devamsızlık nedeniyle emekli olan 2 kişidir.⁵ Gelir gidere denk 94 kişi, gelir giderden fazla ise 32 kişidir.⁶ n katlanmış ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı ve sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=290)
(Devam)

Özellikler	Sayı	%
Tanıtıcı özellikler		
Ailede kanser öyküsü		
Yok	179	61,7
Var	111	38,3
Ailede şu anda kanser varlığı		
Hayır	262	98,6
Evet	28	1,4
Sağlık personelinde bakım ve tedaviye ilişkin bilgi alma		
Evet	286	98,6
Hayır	4	1,4
Hastalık tedavisi ile ilgili diğer hastalara danışma		
Hayır	158	54,5
Evet	132	45,5
Hastalık tedavisi ve bakımı için destek ihtiyacı duyma		
Evet	215	74,1
Hayır	75	25,9
Destek ihtiyacı duyulan konular	n=215 ⁷	
Hastane işlemleri	189	87,9
Alışveriş	203	94,4
Ev işleri	198	92,0
Bireysel temizlik	50	23,3
Hastalık tedavisi ve bakımı için destek alma		
Var	288	99,3
Yok	2	0,7
Hastalık tedavisi ve bakımı için	n=288 ⁸	
Anne	52	18,0
Baba	31	10,8
Eşi	199	69,0
Kardeşler	72	25
Çocuklar	184	64,0
Akrabalar	46	16,0
Komşular	63	21,9
Arkadaşlar	5	1,7
Diğer (bakıcı)	2	12,8
Destek olma	n=288 ⁹	
Fiziksel bakım	279	96,9
Maddi	188	65,3
Ruhsal	253	87,8
Destek		
Tam olarak yeterli	135	46,6
Orta düzeyde yeterli	100	34,5
Yetersiz ¹⁰	55	18,9

⁷ n katlanmış ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

⁸ n katlanmış ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

⁹ n katlanmış ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

¹⁰ Katılımcıların 54'i verilen desteği yetersiz bulurken, 1 kişi çok yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Örnekleme yer alan hastaların yaş ortalamaları $53,83 \pm 12,653$, %75.2'si 46 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Katılımcıların %75,5'i kadın, %37.6'sı lise ve %37.2'si ilköğretim mezunu, %81,7'si evli ve %77,9'u ev hanımı ve emeklidir. Hastaların yarısından fazlasının (%56,6) geliri giderlerinden azdır. Örnekleme katılımcıların %94.8'inin çocuğu olup, bunlardan %48'i 3 veya daha fazla sayıda çocuk sahibidir. Hastaların %82,4'ü eşi ve %60'ı çocukları ile, %18,2'si yalnız ya da diğerleri (bakıcı, gelin, torun, görümce, kayınvalide) ile birlikte yaşadıklarını bildirmişlerdir. Tablolarda yer almamakla birlikte çalışmaya katılanların %2.7'si bir Yaradan'ın olduğuna inanmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %38,3'ünün ailesinde kanser öyküsü olup, %98,6'sının aile üyelerinden biri şu an kanser hastası değildir. Hastaların %98,6'sı tedavi ve bakımları hakkında sağlık personelinde bilgi almış iken, %45,5'i hastalık tedavileri ile ilgili ayrıca diğer hastalara danıştıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %74,1'i hastalık tedavisi için desteğe ihtiyaç duymuştur ve %94,4'ü alışveriş, %92'si ev işleri ve %87,9'u hastane işlemleri konusunda yardıma ihtiyaç duyduğunu bildirmişlerdir. Hastaların %99,3'ü hastalık tedavisi ve bakım için destek sağlayıcılarının olduğunu, %69'u eşlerinin, %64'ü çocuklarının ve %21,9'u komşularının destek sağladığını belirtmiştir. Hastaların %96,2'si kendilerine en çok fiziksel açıdan destek sağlandığını, %46,6'sı destek sağlayanların bakımını tam olarak yeterli bulur iken, %34,5'i ise orta düzeyde yeterli bulmuştur.

Çalışmaya katılanların kanser hastalığı ve tedavisine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların kanser hastalığı ve tedavi özelliklerine göre dağılımı (n=290)

Kanser hastalığı ve tedavi özellikleri	Sayı	%
Kanser Türü		
Akciğer	31	10,8
Meme	155	53,4
Mide	11	3,8
Karaciğer	7	2,4
Kolon+rektum	38	13,1
Over+uterus+serviks	26	9,0
Yumuşak doku sarkomu	7	2,3
Diğer (kemik, larenks, lenf)	15	5,2
Kanser tanısı alma zamanı		
≤6 ay önce	90	31,0
6-12 ay önce	152	52,4
12 ay≥	48	16,6
Metastaz		
Var	30	10,3
Yok	260	89,7
Kanser nedeniyle uygulanan tedavi¹		
Kemoterapi	290	100,0
Radyoterapi	27	9,3
Cerrahi	290	100,0
Kemoterapi tedavisine başlama zamanı		
≤6 ay önce	170	58,6
6-12 ay önce	105	36,2
12 ay≥	15	5,2
Radyoterapi tedavisi alma zamanı		
≤6 ay önce	14	50,0
6-12 ay önce	6	21,4
12 ay≥	7	28,6
Tedavi ile ilgili semptom varlığı		
Yok	88	30,3
Var	202	69,7
Var olan semptomlar¹	n=202	
Yorgunluk	146	72,2
Ağrı	171	85,0
Bulantı	173	86,0
Diğer	10	5,0
Semptomlar için ilaç kullanma		
Hayır	238	82,1
Evet	52	17,9

¹ n katlanmış ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Katılımcıların %53,4'ü meme kanseri, %10,7'si akciğer kanseri ve %89,7'sinde metastaz görülmemiştir. Hastaların %52,4'üne kanser tanısı 6-12 ay önce konulmuştur. Hastaların %9,3'ü radyoterapi, tamamı ise kemoterapi tedavisi almıştır ve kemoterapi tedavisi alanların %58,6'sı 6 ay ve daha az süre önce tedaviye başlamıştır. Hastaların %46,6'sı mastektomi, %24,8'i kitle eksizyonu ameliyatı olmuştur. Hastaların %90,3'üne kanser tanısı konulmadan önce herhangi bir cerrahi işlem geçirmemiştir. Çalışmaya katılanların %69,7'si son iki hafta içinde kanser hastalığına ve tedavisine ilişkin semptom bulgusu yaşamış olup, %82,1'i bu semptomları kontrol etmek için herhangi bir ilaç tedavisi almamıştır.

4.2. “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin Geliştirme Aşamalarına İlişkin Bulgular

4.2.1. Ölçeğin Geçerliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Manevi bakım gereksinimi ölçeğinin değerlendirilmesinde kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği ölçüm yöntemleri kullanılmıştır.

a) Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Ölçülecek ölçeğin kapsamının oluşturmak için, konu ile ilgili geniş bir literatür incelemesi yapıldıktan sonra, cerrahi işlem uygulanmış onkoloji hastalarından ve bu alanlarda çalışan uzman kişilerden görüş alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonrası 21 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış soru formu oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış soru formu 11.11.2016-22.11.2016 tarihi arasında 30 cerrahi onkoloji hastasına (18 meme kanseri, 3 kolon kanseri, 2 rektum kanseri, 3 akciğer kanseri, 2 uterus kanseri, 2 over kanseri) yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Görüşme öncesi hastalardan yazılı kayıt yapmak için izin alınmıştır. Literatür taraması, kayıtların çözümlenmesi ile edilen veriler ve uzman görüşleri sonrasında ölçekte 70 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur.

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin kapsam geçerliğini değerlendirmek için alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır.

Bu aşamada 11 uzmandan görüş alınmıştır. Her bir madde için kapsam geçerlilik oranı (KGO) hesaplanmıştır. KGO negatif ya da 0 değer içeriyorsa bu maddeler ilk etapta elenen maddelerdir (226). 70 maddeden oluşan madde havuzunda

0 veya negatif değer alan madde bulunmamıştır. Veneziano ve Hooper (1997) tarafından $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) tabloya dönüştürülmüştür. Buna göre, minimum KGO değeri 0.62 olarak hesaplandı ve KGO 0.62'dan düşük olan 7 madde ölçekten çıkarılmıştır. Ancak 1 madde literatür incelemesine göre tekrar madde havuzuna dâhil edilmiştir. Daha sonra kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. $KGİ \geq KGO$ veya $KGİ/KGO \geq 0$ olduğunda ölçek istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Kapsam geçerlilik indeksi formülü $KGİ = \sum KGO / \text{madde sayısı}$ olup, 64 madde için KGİ 0.80 olarak hesaplanmıştır. Böylece $0.80 (KGİ) \geq 0.62(KGO)$ veya $0.80 (KGİ)/0.62(KGO) \geq 0$ olduğundan ölçeğin içerik geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 4.3. Uzman görüşlerine göre kapsam geçerlilik oranlarına göre elenen maddeler

Sıra	Maddeler	Kapsam Geçerlilik Oranları
1.	Madde 6. Hastalığınız ile ilgili şüpheli olarak değerlendirilen süreçlerin en kısa sürede netleşmesine	0,27
2.	Madde 7. Hastalık tanınızın belirlenme sürecinin kısa olmasına	0,45
3.	Madde 8. Gelecek planlarınızı yeniden yapmaya	0,45
4.	Madde 9. Size ihtiyaç duyan sevdiklerinize gelecek ve istikbal oluşturmaya	0,27
5.	Madde 12. Uzun sürede sonuç getirecek işler yerine kısa süreli işler yapmaya	0,09
6.	Madde 28. Tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında sevdiklerinizin hastanede size refakat etmesine	0,09
7.	Madde 57. Duygulandığınız dönemlerde ağlayarak rahatlamaya	0,45

Madde havuzunda yer alan Türkiye'de benimsenen dini kavram ve ibadet şekillerini içeren ifadeler (Madde 47,49 ve 50) uzmanların görüşleri ve evrensellik ilkeleri göz önünde bulundurularak genel bir ifade ile "İbadetlerinizi yerine getirmeye" ile değiştirilmiştir. Ayrıca "Madde 40. Kelime-i Şehadet getirerek Hakk'a kavuşmaya" ifadesi "Dua ederek Hakk'a geçmeye" şeklinde değiştirilmiştir.

Tablo 4.4. Uzman görüşlerine ve evrensellik ilkesine göre tek bir maddede ifade edilen maddeler

Sıra	Maddeler	Kapsam Geçerlilik Oranları
1.	Madde 47.Namaz kılmaya	0,63
2.	Madde 49.Hacca gitmeye	0,63
3.	Madde 50.Dua etmeye	0,63

Havuzda yer alan “Madde 4: Sağlık personelinin güler yüzlü olmasına”, “Madde 13: Görmediğiniz şehir veya ülkeleri gezmeye”, ve “Madde 43: Bu dünyada hastalığınızla mücadele ettiğiniz için ahirette ödüllendirilmeye” maddeleri hem literatür bilgilerine uygunluk açısından hem de deneme ölçeğinde bu maddelerin anlamına benzer genel ifadelerin yer alması nedeniyle çıkarılmıştır.

Uzman görüşleri ve literatür incelemesi sonucunda elde edilen 58 maddelik deneme ölçeği anlaşılabilirlik ve doğru ifade şekli açısından Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmesi yapılmıştır.

Son hali verilen 58 maddelik deneme ölçeği 15 hastaya ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında 2 sorunun ifadesi anlaşılabilirliğinde problem olduğu için değiştirilmiştir. “Madde 6: Geleceği düşünmeden anı yaşamaya” maddesi “Gelecekte ortaya çıkabilecek iyi ya da kötü sonuçları düşünmeden anı yaşamaya” ve “Madde 25: Kırıldığınız insanlarla yaşadıklarınızı anlamaya, anlamlandırmaya” ifadesi “Sizi kıran insanları affetmeye” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Literatür incelemesi, onkoloji ve manevi bakım gereksinimi alanında uzman kişilerle ve onkoloji hastaları ile yapılan görüşmeler sonucunda 70 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur. Uzman görüşleri ve literatür incelemesi sonucunda 70 maddelik madde havuzundan 12 madde çıkarılarak 58 maddelik deneme ölçeği elde edilmiştir.

Maneviyat literatürüne (Tablo 1.1) uygun olarak deneme ölçeğinin 58 maddesi 7 alt boyuta ayrılmıştır. Alt boyutlar “İnanç ve manevi uygulamalar, Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma, Yakınların sevgi ve desteği, Sağlığı konusunda bilgilendirilme, Yaşamın anlam ve amacını arama, İç huzuru bulma, Umutlu ve olumlu bakış açısı sergileyebilme” şeklinde isimlendirilmiştir.

Deneme ölçeğinin 58 maddesine açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde en çok kullanılan döndürme yöntemlerinden “Varimax” döndürmesi kullanılarak faktör yapısı incelenmiştir. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken birden fazla faktöre güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir faktöre 0,500’ün üzerinde yüklenemeyen ifadeler yapıdan çıkarılmıştır.

Tablo 4.5. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği’nin açımlayıcı faktör analizi sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,794
	X^2	5923,266
Bartlett Sphericity Testi	Sd	276
	p	0,000***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği’nin Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,794 olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda verilere uygulanan faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir ve örneklem sayısının da yeterli olduğu görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda da değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X^2 : 5923,266, sd:276, $p=0,000$). Verilerin analizi sonucunda “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede geçerli bir ölçme aracıdır” H_{02b} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.6. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nde yer alan maddeler ve alt boyutları

Maddeler	Faktör Yükleri	Özdeğeri	Varyans Açıklama
Boyut 1: İnanç ve manevi uygulamalar		6,629	27,620
Yaradan'a olan kulluk görevinizi en iyi şekilde yerine getirmeye	0,817		
İbadetlerinizi yerine getirmeye (Namaz kılma, hacca gitme vs.)	0,817		
Şifa bulmak için Yaradan'a daha çok teslim olmaya	0,779		
Şifa bulmak için Yaradan'a daha yakın olmaya	0,779		
Şifa bulmak için Yaradan'dan güç almaya	0,776		
Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların şifa bulmanız için dua etmesine	0,775		
Yaradan'a size emanet ettiği cana şifa vermesi için dua etmeye	0,768		
Sevdiklerinizin tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında dua etmesine	0,709		
Her şey için Yaradan'a şükretmeye	0,689		
Maneviyatınızı güçlendirecek kitaplar okumaya	0,624		
Yaşadığınız her şey için sabretmeye	0,590		
Geçmişteki hatalarınızdan dolayı Yaradan'dan af dilemeye	0,556		
Boyut 2: Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma		3,363	14,014
Hakk'a göç ederken (kavuşurken) huzurlu olmaya	0,909		
Saygın bir şekilde ve güven içinde Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)	0,900		
İstirap ve acı çekmeden Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)	0,831		
Başkasının bakımına muhtaç olmadan Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)	0,818		
Boyut 3: Yakınların sevgi ve desteği		3,083	12,845
Tedavi sürecinizde sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanlardan saygı, sevgi ve şefkat görmeye	0,857		
Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların tedavi sürecinizde size güler yüz göstermesine	0,852		
Hastalık tanısı öncesi yaptığınız günlük işleri yapamadığınızda sevdiklerinizin anlayış göstermesine	0,725		
Şifa bulma sürecinizde sevdiklerinizin daha fazla ilgi göstermesine	0,652		
Sevdiklerinizle daha fazla vakit geçirmeye	0,597		
Boyut 4: Sağlığı konusunda bilgilendirilme		2,459	10,247
Doktorunuz tarafından hastalığınız hakkında detaylı bilgilendirilmeye	0,913		
Sağlık personeli tarafından tanı ve tedavi işlemlerinin ne amaçla yapıldığının size anlatılmasına	0,869		
Hastalığınızla ilgili sorularınızın doktorunuzca cevaplanmasına	0,851		

Toplam Varyans Açıklama Yüzdesi: %64,726

Uygulanan faktör analizi sonucunda 58 maddelik deneme ölçeği 34 maddenin elenmesi ile 24 maddeye düşmüştür. Ayrıca 24 madde kapsam geçerliliği sonucunda 4 boyuta ayrılmıştır. “İnanç ve manevi uygulamalar”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma”, “Yakınların sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” alt boyutlarının toplam varyansları sırasıyla %27,62, %14,014, %12,845 ve %10,247 olarak belirlenmiştir. Bu 4 alt boyutun birlikte toplam varyansı ise %64,726’dır.

4.2.2. Ölçeğin Güvenirliliğinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Bu çalışmada ölçeğin güvenirliliği değerlendirilmesinde iç tutarlılık analizi, zamana göre değişmezlik ölçütü kullanılmıştır.

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin iç tutarlılığının bir tahmini olarak Cronbach's alpha (α) katsayısı hesaplanmıştır. Ek olarak madde-toplam korelasyonları da verilmiştir.

Tablo 4.7. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirlilik düzeyleri

Ölçek ve Alt Faktörleri	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha	Güvenirlilik Düzeyi
Manevi bakım gereksinim ölçeği	24	0,867	İyi Güvenilirlik
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu	12	0,919	Mükemmel Güvenilirlik
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu	4	0,921	Mükemmel Güvenilirlik
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu	5	0,805	İyi Güvenilirlik
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu	3	0,868	İyi Güvenilirlik

Deneme ölçeğine uygulanan Cronbach's Alpha güvenirlilik analizi sonucunda "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" ve alt boyutlarının güvenirliliklerinin çok yüksek oldukları görülmüştür. "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" için Cronbach's Alpha değeri 0,867 iken, "İnanç ve manevi uygulamalar" alt boyutu için 0,919, "Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma" alt boyutu için 0,921, "Yakınların sevgi ve desteği" alt boyutu için 0,805 ve "Sağlığı konusunda bilgilendirilme" alt boyutu için ise 0,868'dir.

Tablo 4.8. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları ile test tekrar test arasında ilişkinin incelenmesi

Ölçek ve Alt Boyutları	Sınıf İçi Korelasyon (ICC)	%95 Güven Aralığı
Manevi bakım gereksinim ölçeği	0,910	(0,860-0,943)
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu	0,849	(0,770-0,949)
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu	0,810	(0,714-0,876)
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu	0,827	(0,737-0,887)
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu	0,871	(0,794-0,919)

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin kararlılığını ölçmek için çalışmaya katılan 290 hastadan 75'ine bir hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Uygulanan tekrar test ile ilk test ve son test arasında çok yüksek uyum olduğu görülmektedir ($ICC \geq 0,800$). Buna göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarında zamana bağlı bir değişim oluşmamaktadır.

Çalışma verileri doğrultusunda “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini değerlendirmede güvenilir bir ölçme aracıdır” H_{01b} hipotezi kabul edilmiştir.

4.2.3. Ölçeği Tanımlayıcı Bulgular

Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin ve alt boyutlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.9' da verilmiştir.

Tablo 4.9. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarını tanımlayıcı değerler

Ölçek ve Alt Boyutları	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Manevi bakım gereksinim ölçeği	3,95	0,564
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu	4,18	0,601
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu	3,30	0,737
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu	3,12	0,854
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu	3,64	0,413

Katılımcıların “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” düzeyi $3,95\pm0,564$ iken, “İnanç ve manevi uygulamalar” $4,18\pm0,601$, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde insan olma” $3,30\pm0,737$, “Yakınların sevgi ve desteği” $3,12\pm0,854$ ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” düzeyi ise $3,64\pm0,413$ ’tür.

4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine Göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen bulgular şu şekildedir:

Tablo 4.10. Katılımcıların yaşları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Manevi bakım gereksinim ölçeği						
≤45	72	3,68	0,413	1,944	0,123	-
46-55	87	3,67	0,455			
56-65	79	3,54	0,382			
≥65	52	3,66	0,368			
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu						
≤45	72	4,02	0,629	1,683	0,171	-
46-55	87	3,85	0,681			
56-65	79	3,93	0,477			
≥65	52	4,03	0,300			
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu						
≤45	72	4,07	0,733	1,337	0,263	-
46-55	87	4,16	0,554			
56-65	79	4,22	0,542			
≥65	52	4,27	0,555			
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu						
≤45	72	3,29	0,779	12,452	0,000*	3-1,2,4
46-55	87	3,45	0,639			
56-65	79	2,92	0,713			
≥65	52	3,61	0,641			
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu						
≤45	72	3,33	0,815	6,141	0,000*	4-1,2
46-55	87	3,23	0,793			
56-65	79	3,08	0,899			
≥65	52	2,72	0,815			

*:p<0,05

Çalışmada deneme ölçeğine uygulanan tek yönlü varyans analiz sonucunda (ANOVA) yaş gruplarına göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği alt boyutlarından “Yakınların sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,000).

Tablo 4.11. Katılımcıların cinsiyetleri ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Manevi bakım gereksinim ölçeği					
Kadın	219	3,62	0,350	-0,925	0,358
Erkek	71	3,68	0,564		
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu					
Kadın	219	3,93	0,539	-0,745	0,458
Erkek	71	3,99	0,638		
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu					
Kadın	219	4,17	0,593	-0,291	0,764
Erkek	71	4,19	0,631		
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu					
Kadın	219	3,27	0,703	-1,074	0,327
Erkek	71	3,38	0,833		
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu					
Kadın	219	3,11	0,844	-0,575	0,566
Erkek	71	3,17	0,889		

*:p<0,05

Çalışmada deneme ölçeğine uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda katılımcıların cinsiyetine göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” (p=0,358) ve alt boyutları (p=0,458, p=0,764, p=0,327, p=0,566) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.12. Katılımcıların eğitim durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Manevi bakım gereksinim ölçeği						
İlköğretim	108	3,59	0,359	1,457	0,227	
Lise	109	3,67	0,400			
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	3,71	0,582			
Okuryazar	30	3,56	0,329			
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu						
İlköğretim	108	3,96	0,425	0,238	0,870	
Lise	109	3,96	0,566			
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	3,89	0,930			
Okuryazar	30	3,91	0,227			
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu						
İlköğretim	108	4,14	0,500	1,337	0,263	
Lise	109	4,18	0,516			
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	4,10	0,934			
Okuryazar	30	4,37	0,615			
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu						
İlköğretim	108	3,33	0,608	6,416	0,000*	3-1,2,4
Lise	109	3,34	0,813			
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	2,90	0,826			
Okuryazar	30	3,60	0,504			
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu						
İlköğretim	108	2,94	0,745	30,507	0,000*	3-1,2,4 4-1,2,3
Lise	109	3,19	0,743			
Önlisans/Lisans/Lisansüstü	43	3,95	0,737			
Okuryazar	30	2,37	0,785			

*:p<0,05

Deneme ölçeğine uygulanan tek yönlü varyans analiz sonucunda (ANOVA) katılımcıların eğitim durumlarına göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin alt boyutlarından “Yakınların sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,000).

Tablo 4.13. Katılımcıların çalışma durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği						
Aktif çalışma	64	3,67	0,561	3,056	0,049*	2-3
Ev hanımı	152	3,58	0,307			
Emekli	74	3,72	0,440			
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu						
Aktif çalışma	64	3,91	0,777	0,297	0,743	
Ev hanımı	152	3,95	0,399			
Emekli	74	3,98	0,638			
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu						
Aktif çalışma	64	4,05	0,609	2,854	0,059	
Ev hanımı	152	4,17	0,564			
Emekli	74	4,29	0,652			
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu						
Aktif çalışma	64	3,23	0,796	0,379	0,685	
Ev hanımı	152	3,32	0,673			
Emekli	74	3,31	0,813			
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu						
Aktif çalışma	64	3,48	0,972	13,675	0,000*	2-1,3
Ev hanımı	152	2,89	0,764			
Emekli	74	3,28	0,784			

*:p<0,05

Çalışmada deneme ölçeğine uygulanan tek yönlü varyans analiz sonucunda (ANOVA) katılımcıların çalışma durumlarına göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” (p=0,000) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.14. Katılımcıların gelir durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği					
Gelir gidere denk ve fazla	164	3,59	0,391	-2,064	0,040*
Gelir giderden az	126	3,69	0,434		
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu					
Gelir gidere denk ve fazla	164	3,92	0,510	-0,790	0,430
Gelir giderden az	126	3,98	0,628		
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu					
Gelir gidere denk ve fazla	164	4,20	0,533	0,820	0,413
Gelir giderden az	126	4,14	0,682		
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu					
Gelir gidere denk ve fazla	164	3,29	0,710	-0,084	0,933
Gelir giderden az	126	3,30	0,773		
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu					
Gelir gidere denk ve fazla	164	2,95	0,803	-4,058	0,000*
Gelir giderden az	126	3,35	0,869		

*:p<0,05

Çalışmada deneme ölçeğine uygulanan tek yönlü varyans analiz sonucunda (ANOVA), katılımcıların gelir durumlarına göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” puanları arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,000).

Tablo 4.15. Katılımcıların medeni durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Manevi bakım gereksinim ölçeği					
Evli	237	3,65	0,421	1,054	0,293
Bekar	53	3,58	0,369		
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu					
Evli	237	3,97	0,596	1,831	0,070
Bekar	53	3,85	0,383		
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt Boyutu					
Evli	237	4,16	0,622	-0,625	0,476
Bekar	53	4,22	0,502		
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu					
Evli	237	3,31	0,742	0,800	0,424
Bekar	53	3,22	0,715		
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu					
Evli	237	3,14	0,892	1,044	0,299
Bekar	53	3,03	0,658		

*:p<0,05

Deneme ölçeğine uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, katılımcıların medeni durumlarına göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” (p=0,293) ve alt boyutları (p=0,070, p=0,476, p=0,424, p=0,299) puanları arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.16. Katılımcıların hastalıkları ile başetme sürecinde desteğe ihtiyaç duyma durumları ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Manevi bakım gereksinim ölçeği alt boyutu					
Evet	215	3,64	0,360	0,239	0,811
Hayır	75	3,62	0,538		
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu					
Evet	215	3,94	0,562	-0,254	0,800
Hayır	75	3,96	0,574		
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu					
Evet	215	4,15	0,596	-1,143	0,254
Hayır	75	4,24	0,615		
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu					
Evet	215	3,32	0,684	0,841	0,402
Hayır	75	3,23	0,871		
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu					
Evet	215	3,14	0,822	0,715	0,475
Hayır	75	3,06	0,942		

*:p<0,05

Deneme ölçeğine uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, katılımcıların hastalıkları ile başetmede desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” (p=0,811) ve alt boyutları (p=0,800, p=0,254, p=0,402, p=0,475) puanları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.17. Katılımcılara destek sağlayıcıları tarafından verilen bakımın yeterlilik durumu ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Manevi bakım gereksinim ölçeği alt boyutu						
Tam olarak yeterli	135	3,62	0,406	1,720	0,181	
Orta düzeyde yeterli	100	3,69	0,419			
Yetersiz	55	3,57	0,412			
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu						
Tam olarak yeterli	135	3,88	0,621	1,825	0,163	
Orta düzeyde yeterli	100	4,02	0,566			
Yetersiz	55	3,97	0,371			
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu						
Tam olarak yeterli	135	4,06	0,579	4,964	0,008*	1-2
Orta düzeyde yeterli	100	4,31	0,683			
Yetersiz	55	4,20	0,431			
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu						
Tam olarak yeterli	135	3,31	0,748	1,213	0,299	
Orta düzeyde yeterli	100	3,35	0,707			
Yetersiz	55	3,16	0,760			
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu						
Tam olarak yeterli	135	3,23	0,897	2,340	0,098	
Orta düzeyde yeterli	100	3,08	0,804			
Yetersiz	55	2,95	0,813			

*p<0,05

Çalışmada deneme ölçeğine uygulanan tek yönlü varyans analiz sonucunda (ANOVA), katılımcılara destek sağlayıcıları tarafından verilen bakımın yeterlilik durumuna göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin alt boyutu olan "Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma" puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,008).

Tablo 4.18. Katılımcıların ailesinde kanser olma durumu ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	T	p
Manevi bakım gereksinim ölçeği alt boyutu					
Yok	179	3,70	0,403	3,618	0,000*
Var	111	3,53	0,406		
İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu					
Yok	179	4,00	0,529	1,958	0,051
Var	111	3,86	0,610		
Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu					
Yok	179	4,25	0,569	2,726	0,007*
Var	111	4,05	0,635		
Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu					
Yok	179	3,38	0,674	2,415	0,017*
Var	111	3,16	0,812		
Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu					
Yok	179	3,18	0,823	1,479	0,132
Var	111	3,03	0,898		

*p<0,05

Deneme ölçeğine uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olma durumuna göre “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” (p=0,000) ve alt boyutları “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma” (p=0,007), “Yakınların sevgi ve desteği” (p=0,017) puanları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde bulguların tartışılması aşağıdaki başlıklar altında gerçekleşecektir.

5.1. Katılımcıların sosyo-demografik, tanıtıcı ve tıbbi özellikler

5.2. Deneme ölçeğinden elde edilen sonuçlar

5.3. Hastaların sosyo-demografik tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri

Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması $53,83 \pm 12,653$ ve dörtte üçü kadın (%75,5), yarısı (%52,4) lise ve yükseköğretim mezunu, çoğunluğu (%81,7) evli ve (%94,8) çocuk sahibidir. Katılımcıların sadece %19,3'ünün tam zamanlı çalıştığı, %4,8'inin yalnız yaşadığı, yarısından fazlasının (%56,6) gelirinin gereksinimlerinden az olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunun (%38,3) ailesinde kanser öyküsü bulunurken, %1,4'ünün ailesinde şu anda kanser vardır. Katılımcıların tamamına yakını (%98,6) sağlık personelinde tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi aldıklarını, neredeyse yarısının (%45,5) hastalık tedavisi ile ilgili başka hastalara danıştığını belirtmişlerdir.

Araştırmanın örnekleminde bulunan hastaların yaş ortalaması 50 yaş üzerindedir. Katılımcıların %75,1'inin 46 yaşın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %53,4'ü meme kanseri olan kadın hastalardır. Türkiye'de meme kanseri tanısı konulan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Amerika'da ortalama meme kanser yaşı 61 olarak belirlenmiştir (92). Birleşik Krallık'ta 25-49 yaş grubundaki kadınlarda meme kanseri en sık rastlanan kanser olup, 2012-2014 yılları arasında tüm vakaların % 44'ünü oluşturmaktadır (34).

Dünya Kanser Raporunun (2014) verilerine göre 2012 yılında küresel olarak en yaygın görülen kanser türleri akciğer (1,8 milyon vaka, %13), meme (1,7 milyon, %11,9) ve kalın bağırsak (1,4 milyon, % 9,7) kanserleridir (183). Amerika'da, en yaygın kanser türü meme kanseri olup, 2017'de 255.000'den fazla yeni vaka beklendiği bildirilmiştir. Ayrıca Amerika'da yaygın kanser türleri arasında yapılan sıralamada ikinci ve üçüncü sırada akciğer ve prostat kanserleri yer almaktadır (143). Türkiye'de

ise 2014 yılında en yaygın görülen kanser türleri %30 akciğer, %25 meme ve %12 tiroid kanserleridir. Bu çalışmada örnekleme yer alan katılımcıların yarısından fazlasının (%53,4) meme kanseri, %10,8'inin akciğer kanseri ve %9'unun jinekolojik kanser hastası olduğu ve literatüre benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Çalışma popülasyonunun dörtte üçünün (%75,5) kadınlardan oluşması nedeniyle meme kanseri tanısı alan hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması (141), geleneksel olarak spor yapma alışkanlıklarının olmaması, beslenmelerinin karbonhidrat ağırlıklı olması ve menapoz sonrası kilo artışlarının olmasına bağlı meme kanseri açısından yüksek risk altında oldukları düşünülmektedir (8). Ankara ilinde bir sanatoryum hastanesinin bulunmaktadır. Akciğer kanser vakalarının daha çok bu özel dal hastanesine başvurması nedeniyle çalışma kapsamında akciğer kanseri görülme oranının düşük olduğu tahmin edilmektedir. Jinekolojik kanserlerin görülme oranının düşük olmasının nedeni Ankara ilinde sadece kadın hastalıklarına yönelik branş hastanelerinin bulunmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların %38,3'ünün ailesinde kanser öyküsü olup, şu anda %1,4'ünün ailesinde kanser olan bir birey vardır. Aile üyelerinin kanser türleri incelendiğinde %27 meme kanseri ve %20 oranında akciğer kanseri olduğu bulunmuştur. Kanser, genel olarak genetik ve çevresel birçok faktörün etkileşmesiyle ortaya çıkan çoklu etyolojik bir hastalıktır. Bütün kanser vakalarının yaklaşık %5-10 kadarının genetik geçişli olduğu bilinmektedir (46). Bu kapsamda genetik faktörlere bağlı çalışmada yer alan kanser türlerinin dağılımının etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların %52,4'ü ev hanımıdır. Katılımcıların dörtte üçünün kadın (%75,5) ve kadınların %53'ünün ilköğretim mezunu ya da okuryazar olması nedeniyle ev hanımı oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerine göre 2016 yılında, erkek nüfus 40 milyon 43 bin 650, kadın nüfus ise 39 milyon 771 bin 221 kişidir. Türkiye'de kadınlar daha uzun yaşam sürmesi nedeniyle 65 ve daha yukarı yaş grubunda nüfusun %43,9'unu erkekler, %56,1'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (203). Ayrıca Türkiye'de 25-46 yaş kadınların yarısı ev kadınıdır (141). Türkiye'de 2015 yılında, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen erkeklerin oranı %1,8, kadınların ise %9'dur. Yükseköğretim veya fakülte mezunu olan erkeklerin oranı %17,9 iken, kadınlarda

%13,1'dir. Türkiye'de 2015 yılında 15 ve daha yukarı yaştaki erkeklerin istihdam oranı %65 iken, kadınların %27,5'dir. Okuryazar olmayan kadınların işgücüne katılım oranı %16,1, lise altı eğitilmiş kadınların oranı %26,6, lise mezunu kadınların %32,7, mesleki veya teknik lise mezunu kadınların %40,8 ve yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %71,6'dır (203).

Çalışmaya katılanların %22,1'i aktif çalışmaktadır. Hastalar genellikle 3 veya 4 hafta aralıklarla, bazı tedavi şemalarında ise haftada bir veya iki haftada bir kemoterapi tedavisi almaktadır. Kemoterapiye bağlı normal hücrelerin zarar görmesiyle çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır. En sık görülen yan etkiler bulantı, kusma, saç dökülmesi ve yorgunluktur (97). Ortaya çıkan semptomlar ve tedavi programları hastaların işe devam etmelerini ya da iş başarılarını olumsuz etki etkileyebilmektedir.

Çalışmaya katılanların %74,1'i hastalık tedavisi için desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtirken, %94,4'ü alışveriş, %92'si ev işleri ve %87,9'u hastane işlemleri konusunda yardıma ihtiyaç duyduğunu bildirmişlerdir. Kemoterapi tedavisine bağlı olarak kişiler bulantı (%86), ağrı (%85) ve yorgunluk (%72,2) semptomları yaşadıkları için günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Türkiye aile yapısı araştırması, 2016 sonuçlarına göre aile içinde iş ve sorumlulukların cinsiyet gözetilerek paylaşıldığı belirtilmiştir. Kadınlar yemek pişirme, çamaşır yıkama ve ev temizliği gibi sürekliliği olan ev işlerini yapmakta, erkekler ise tamir, fatura yatırma gibi başlangıcı ile sonu belli ve görünürlüğü fazla olan işleri yapmaktadırlar (203). Çalışmada katılımcıların dörtte üçünün kadın olması nedeniyle (%75,5) alışveriş ve ev işleri için desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtenlerin daha fazla bulunduğu düşünülmektedir. Katılımcıların %37,2'sinin ilköğretim ve %10,4'ünde okuryazar ve okuryazar olmayanlardan oluşması nedeniyle hastane işlerinin takibi için desteğe ihtiyaç duymuş olabilecekleri tahmin edilmektedir. Ayrıca hastane işlemleri konusunda ihtiyacın fazla olması onkoloji alanında navigatör hemşire gereksiniminin önemini göstermektedir. Onkolojide navigatör hemşirenin rolü kanser tanısı almış hastalara semptom yönetimi hakkında bilgi sağlama, aynı tanıya sahip hastalar arasında iletişimi destekleme, tedavide yer alan tıbbi terimleri açıklama, hastanın kaynaklarını etkili şekilde kullanmasını sağlamaktır (194).

Çalışmamızda sürpriz bir bulgu da 8 kişinin Allah'a inanmadıklarını belirtmeleridir. Türkiye'de İslamiyet dini hâkim olup, nüfusunun çok büyük çoğunluğu Müslümandır. İslamiyette İmanın ilk şartı "Allah'ın varlığına ve birliğine inanmak" olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de 2008-2009 yılında 1453 haneye, 43 ülkede uygulanmak için geliştirilen dindarlık soru cetvelinin Türkçe'ye çevirisi ve Türkiye'ye uyarlanması ile alan araştırması yapılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %95'i Allah'a olan inançlarını çok küçük yaşta edindiklerini ve bu inancı hiç değişmeksizin hayatları boyunca taşıdıklarını belirtmişlerdir. Belirtilen araştırmada Allah'ın varlığına ve birliğine hiçbir zaman inanmayanların oranı ise %1,7'dir (45).

Hastaların %99,3'ü hastalık tedavisi ve bakım için destek sağlayıcılarının olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %69'u eşlerinin, %64'ü çocuklarının, %25 kardeşlerinin ve % 21,9'u komşularının destek sağladığını bildirmiştir. Literatürde benzer şekilde kanserli hastaların sahip oldukları en önemli sosyal destek kişileri öncelikle eşleri, sonra çocukları ve azalan düzeylerde kardeşleri ve anne-babalarından oluşmaktadır (194, 19, 150, 204). Türkiye'de Aile Değerleri (2010) araştırmasında "Zor zamanlarda başvuracağım ilk kişi eşim olmalıdır", "Evlilikte eşler her türlü fedakârlığı yapmalıdır", "Ailemin iyiliği için her türlü sıkıntıya katlanabilirim" ve "Yaşlanlığında çocuklarım bana bakmalıdır" ifadeleri kişilerin en çok değer ifadelerini oluşturmuştur. Ayrıca belirtilen araştırmada aile bireyleri %97,2 oranında çocuklarına, %95,9 eşlerine, %93,1 anne babalarına, %92 kardeşlerine ve %58,5 komşularına güvendiklerini belirtmişlerdir (200). Bakara süresi 83.ayetinde "Yalnız Allah'a kulluk edeceksiniz; ana babaya, yakın akrabaya, yetimlere, yoksullara iyilik edeceksiniz..." denilmiştir. Ayrıca Hz. Muhammed (s.a.v) bir Hadis-i şerifinde şöyle buyurmuştur; "Yanıbaşında komşusu aç iken tok yatan kişi gerçek mümin olmaz". Tüm bu çalışma sonuçları ve hadisler Türk toplumunda aileyi meydana getiren üyelerin sorumluluklarını, ilişkilerini, rollerini ve hedeflerini belirleyen temel değerlerin geleneksel olarak küçüklükten bireye kazandırıldığını göstermektedir. Bu nedenle çalışmada yer alan hastaların destek aldıkları kişiler eşleri, çocukları hatta komşuları ve arkadaşları olduğu görülmektedir.

Çalışmada katılımcıların %69'u 6 aydan daha uzun süre önce kanser tanısı almış olup, %91,4'ü ise kanser türüne yönelik en az bir kez cerrahi operasyon geçirmiştir. Katılımcıların %89,7'sinde metastaz bulgusu görülmemiştir (Tablo 4.2).

Klinik olarak en kullanışlı evreleme sistemi “American Joint Committee on Cancer” (AJCC) ve “The International Union for Cancer Control” (UICC) tarafından birlikte geliştirilen tümör-nod-metastaz (TNM) sistemidir. Evreler kanserin artan şiddetine göre I’den IV’e kadar Romen rakamları ile derecelendirilmektedir. Evre I genellikle küçük veya daha az derin invaziv, negatif lenf nodu ile karakterize kanseri tanımlarken, Evre 2-3 artan tümör veya nodal yayılımı, evre 4 ise tanı anında metastaz olan hastaları tanımlamaktadır (66). Kanser evrelerine göre tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Evre I kanserlerde primer olarak cerrahi tedavi uygulanırken, Evre II kanserlerde cerrahi ile birlikte kemoterapi ve radyoterapi tedavileri kullanılmaktadır. Evre III ve Evre IV kanserlerde ise kemoterapi ve radyoterapi tedavileri yanı sıra immünoterapi gibi adjuvan tedaviler tercih edilmektedir. Hastaların kanser ile ilgili tıbbi terimlere ve süreçlere hakim olmaması yanı sıra hastane prosedüründe hasta dosyalarının arşivden ayaktan kemoterapi ünitesine gönderilmemektedir. Bu nedenle çalışmada Hasta Tanıtım Formu’nda hastaların kanser evrelerine yönelik herhangi bir soruya yer verilmemiştir. Çalışmada ise hastaların kanser türüne yönelik en az bir kez cerrahi operasyon geçirmiş olması, tamamının kemoterapi tedavisi alması ve %89,7’inde metastaz bulgusu görülmemesi, katılımcıların Evre I, Evre II veya Evre IIIA kansere sahip olabileceklerini göstermektedir.

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden dolayı ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, kaşeksi, mukozit, tat değişiklikleri, dehidratasyon, saç dökülmesi, bulantı, kusma, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve duygusal semptomları ciddi bir şekilde yaşamaktadır (56). Bu semptomlar bireyin fiziksel fonksiyonlarını, cinsellik ve üreme fonksiyonunu, duygusal durumunu, geleceğe bakış açısını, okul veya iş performansını, ekonomik durumunu, sosyal ve aile ilişkilerini etkilemekte kısacası kişinin yaşam kalitesine olumsuz etki etmektedir (33). Bu çalışmada katılımcılar kemoterapi tedavisine bağlı en çok bulantı (%86), ağrı (%85) ve yorgunluk (%72,2) semptomlarını yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir. Kanser hastalarında semptomlar genellikle fazla sayıdadır, eşzamanlıdır ve şiddeti yüksektir. Kanser hastalarında korkutucu ve zorlayıcı olarak görülen ağrı (180, 195, 225) ve diğer semptomlarla da

ilişkili olarak ortaya çıkan yorgunluk (84, 181, 225) sıklıkla rastlanan semptomlardır. Bulantıya neden olan kemoterapötikleri alan hastaların %38 ile %80'inde kemoterapi gününden 3-5 gün sonra ya da 3 hafta içinde bulantı ve kusma görülmektedir (89, 222).

5.2. Deneme Ölçeğinden Elde Edilen Sonuçlar

Bu bölümde çalışma kapsamında deneme ölçeğine uygulanan analizler sonucunda elde edilen bulguların tartışması yapılacaktır.

5.2.1. Madde ve Ölçek Puanları

Deneme ölçeği katılımcılara uygulandıktan sonra bireylerin verdikleri cevapların puanlanması yapılmaktadır. Toplam madde puanlarına bakıldığında, puanı yüksek olanların belirtilen konudaki ihtiyaçları yüksek olduğu anlamı ortaya çıkar (191). Ölçek “hiç, çok az, orta, çok ve çok fazla” şeklinde 5’li likert cevaplama gerektirmektedir. 5’li likert tipi maddelerde 1 puan hiç ihtiyaç duyulmadığını, 5 puan ise en üst düzeyde ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada 58 maddelik deneme ölçeğinde ters kodlama yöntemi uygulanmamıştır. Ölçekten en az 58 puan, en çok 290 puan alınabilmektedir. Deneme ölçeğine açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır ve birden fazla faktöre güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir faktöre 0,500’ün üzerinde yüklenemeyen 34 madde yapıdan çıkarılmıştır (Tablo 3.1). Bu durumda elde edilen 24 soruluk ölçekten alınabilecek en az puan 24 ve en fazla puan 120’dir.

5.2.2. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları

a) Ölçeğin Geçerliliği

Geçerlilik, ölçülmesi istenilen konunun doğru olarak ölçüldüğünü gösterir. Bir ölçümün geçerli olabilmesi için ölçülmesi düşünülen özelliğin başka bir özellikle karıştırılmadan ölçülmüş olmasıdır. Ancak bir ölçeğin geçerli olduğunu söyleyebilmek için öncelikle güvenilir olması gereklidir. Bir ölçek geçerli olarak değerlendirilirse aynı zamanda güvenilirdir ancak güvenilirliği yüksek bir test geçerli olmayabilir (185, 186). Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini değerlendirilmesinde “kapsam geçerliliği” ve “yapı geçerliliği” yöntemleri kullanılmıştır.

Kapsam Geçerliliği

Likert tipi ölçek geliştirirken öncelikle kapsama uygun madde havuzu oluşturulmalıdır. Maddeleri yazmadan önce konu ile ilgili geniş çaplı bir literatür incelemenin yapılması gerekir. Madde yazımında pratik bir yol, ölçeğin uygulanacağı grupla benzer özellik taşıyan daha az sayıdaki (5-10 kişi) kişilere konu ile ilgili kompozisyon yazdırmaktır. Yazılan kompozisyonlardaki bilgilerden ipucu alarak maddelerin oluşturulması kolaylık sağlamaktadır. Havuzda yer alacak maddelerin mümkün olduğunca fazla olması beklenmektedir. Çünkü asıl ölçeğin istenilen güvenilirlik ve geçerlikte olması için, çok madde içerisinden seçim yapmak daha kolay olmaktadır. Ancak, ön deneme ölçeğinde çok fazla maddenin bulunması, cevaplayıcılar tarafından samimi cevaplandırılmamasına neden olabilmektedir (191).

Bu çalışmada ölçülecek ölçeğin kapsamının belirlenmesinde öncelikle konu ile ilgili geniş bir literatür incelemesi yapılmıştır. Ayrıca onkoloji hastalarından ve bu alanda uzman kişilerden görüş alınmıştır. Çalışmada katılımcıların ayaktan kemoterapi tedavisi almaları ve beraberinde semptomlarla başetmeleri nedeniyle kompozisyon yazdırma yöntemi yerine yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir.

Ölçek maddelerinin kavramsal grubu temsil etme derecesini belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri alanından uzman kişilerden konu ile ilgili görüş alınmasıdır. Uzman görüşlerine dayalı araştırmalarda kapsam geçerlik oranlarının hesaplanması, geçerliği yüksek ölçekler geliştirmede, uzman görüşlerini nicel bulgulara dönüştürmede ve işlem-zaman kolaylığı açısından yararlı görülmektedir (217). Kapsam geçerlik oranları, Lawshe (1975) tarafından oluşturulmuştur (118). Lawshe tekniği 6 aşamadan meydana gelmektedir. Bunlar, alan uzmanları grubunun oluşturulması, aday ölçek formlarının hazırlanması, uzman görüşlerinin, maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi, kapsam geçerlik oranları/indeksi ölçütlerine göre ölçek maddelerinin belirlenmesidir. Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapı Geçerliliği

Somut bir ölçüm yerine, belirli bir davranış alanına ve kavramsal yapıya ilişkin inceleme yapıldığı zaman yapı geçerliliği uygulanır. Değişkenlerin bir faktör üzerindeki faktör ağırlıkları yüksekse bu değişkenlerin yapı geçerliliğine sahip olduğu söylenebilir. Yapı geçerliliğini kanıtlamak için kullanılan yöntemlerden biri de faktör analizidir (44). Faktör analizi, çok sayıdaki değişkeni aza indiren yani değişkenleri ölçtüğü boyutlara göre gruplandıran bir yöntemdir. Maddelerin değişik faktörlerdeki yüklerine bakılarak, yükü en yüksek olan faktöre alınması yoluyla boyutlara giren maddeler belirlenmeye çalışılır. Bir faktörde yükü en fazla olan maddelerin oluşturduğu ölçeğin bir boyutlu olduğu kabul edilir. Her faktörde yükü en yüksek olan maddeler belirlenerek maddelerin oluşturduğu boyutlar ortaya konulur. Her boyuttaki maddelerin içeriklerinin incelenmesi ile de boyutların adı verilmektedir (191).

Ölçülmesi planlanan özelliğin kapsamını belirlemek amacıyla öncelikle ilgili konuda kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmıştır. Daha sonra 30 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Literatür bilgilerinin yurtdışı kaynaklı olması nedeniyle yarı yapılandırılmış görüşmeler, Türkiye Cumhuriyetinde yaşayan onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini tanımlayacak ifadelerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Hastalar ile yapılan görüşmeler sonucunda hastalar tarafından en çok tekrar edilen ifadeler ile 70 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzunun alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilmesi ile 58 maddelik deneme ölçeği elde edilmiştir. Maneviyat literatürüne (Tablo 1.1) uygun olarak deneme ölçeğinin 58 maddesi 7 alt boyuta ayrılmıştır. Bu ölçeğin alt boyutları “İnanç ve manevi uygulamalar (31, 72, 175, 189, 210, 229), Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma (31, 72, 175, 189, 210, 229), Yakınların sevgi ve desteği (72, 189, 210), Sağlığı konusunda bilgilendirilme (210), Yaşamın anlam ve amacını arama (71, 189, 210, 229), İç huzuru bulma (31, 72, 210, 229), Umutlu ve olumlu bakış açısı sergileyebilme (72, 189, 210, 229)” şeklinde isimlendirilmiştir.

Deneme ölçeğine açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken birden fazla faktöre güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir faktöre 0,500’ün üzerinde yüklenemeyen 34 madde yapıdan çıkarılmıştır. Ayrıca 24 madde kapsam geçerliliği sonucunda 4 boyuta ayrılmıştır. Alt boyutlar “Dini inanç ve manevi

uygulamalar”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde insan olma” “Yakınların sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” şeklinde adlandırılmıştır.

“İnanç ve manevi uygulamalar” alt boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=4.18$) ve 12 maddeye sahiptir. İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu altında “Yaradan'a olan kulluk görevinizi en iyi şekilde yerine getirmeye, Şifa bulmak için Yaradan'a daha çok teslim olmaya, Şifa bulmak için Yaradan'a daha yakın olmaya, Şifa bulmak için Yaradan'dan güç almaya ve yaşadığımız her şey için sabretmeye, İbadetlerinizi yerine getirmeye (Namaz kılma, hacca gitme vs.), Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların şifa bulmanız için dua etmesine, Yaradan'a size emanet ettiği cana şifa vermesi için dua etmeye, Sevdiklerinizin tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında dua etmesine, Her şey için Yaradan'a şükretmeye, Maneviyatınızı güçlendirecek kitaplar okumaya, Geçmişteki hatalarınızdan dolayı Yaradan'dan af dilemeye” maddeler bulunmaktadır. “İnanç ve Manevi Uygulamalar” alt boyutu maneviyat ile ilgili ölçeklerde en sık görülen boyuttur (31, 72, 175, 189, 210, 229). Bazı çalışmalarda “Kutsal veya Yaradan ile ilişki” şeklinde de isimlendirilmiştir (72, 189, 210). İlâhi veya kutsal ile bağlantı kurabilmeyi kolaylaştırmak için birçok manevi uygulama, ritüel veya ibadet şeklini içermektedir. Çalışmalarda dinlere göre ibadet şekilleri farklılık göstermektedir. Çalışmada evrensel dil olarak “İbadetlerinizi yerine getirmeye” ifadesi tercih edilmiş olup, parentez içinde Türkiye’de benimsenen ibadet şekilleri “Namaz kılma, hacca gitme vs.” belirtilmiştir.

“İnanç ve manevi uygulamalar” boyutundaki maddelerin elde edilmesinin nedeni Türk toplumunda öncelikle aile içinde daha sonra okullarda Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi dersinde ve camiilerde Kur-an kurslarında verilen din eğitiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de din eğitiminin temeli İslam’ın 32 ve 54 farzından oluşmaktadır. Çalışmada belirtilen maddeler aynı zamanda İslam’ın farzları arasında yer almaktadır. Türkiye Aile Değerleri Araştırmasında (2010) yapılan faktör analizi çalışması sonucunda “Din ve Gelenek” alt boyutu elde edilmiştir. Ayrıca “Din ve Gelenek” alt boyutu altında “Aile, dini ve manevi değerlerine bağlı olmalıdır” ifadesi en yüksek değer alması, Türk toplumu aile yapısında ve işleyişinde dinin ve geleneksel değerlerin önemsedığı vurgulanmıştır. Çalışmamızda elde edilen benzer sosyodemografik özellikteki bireylerin; kadın, 35 yaş ve üzeri, eğitimsiz veya ilkökul mezunu ve düşük sosyoekonomik seviyede olanların “Din ve Gelenek” değerlerine

daha fazla önem verdikleri belirtilmiştir. Ayrıca belirtilen çalışmada “İnsan sık sık dua etmelidir” ifadesi çalışmaya katılanlar tarafından %85,3 oranında desteklenmiştir. Türk toplumunda dua etmenin ibadet ve Allah’a yakın olmak amacıyla kullanıldığı ayrıca olumsuzluklar ve çaresizlikler karşısında kişinin psikolojik olarak rahatlamasını sağladığı belirtilmiştir (200). Ayten ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada hastaların hastalıkları ile başetmede “ibadet ve dualarla Allah’a yakın olmaya çalışma, Allah’tan af dileme, sadaka dağıtma, Allah’ın kendisiyle olduğunu hissetme, başkalarından kendisi için dua etmelerini isteme, din görevlileriyle konuşma, hayatının manevî bir üst gücün parçası olduğunu düşünme, başlarına gelenleri bir imtihan olarak algılama, hayra yorma ve çektiği sıkıntıların kendisini manevî olarak olgunlaştıracağını düşünme, ‘Mevlâ neylerse güzel eyler’, ‘sabrın sonu selamettir’, ‘Her şeyde bir hayr vardır’ diyerek mistik bir tavır geliştirebilme” gibi olumlu dini başetme tekniklerini kullandıkları belirtilmiştir (10).

“Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler “Hakk'a göç ederken (kavuşurken) huzurlu olmaya, Saygın bir şekilde ve güven içinde Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya), İstirap ve acı çekmeden Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya), Başkasının bakımına muhtaç olmadan Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)” şeklindedir. Literatürde diğer ölçeklerde bulunan ölüm ve ölme ilişki boyutlar ile benzerlik göstermektedir (31, 72, 175, 189, 210, 229). Birçok çalışmada ölüm ve ölme ilgili boyutlarda ölüme hazırlanma süreci, kişilerin ölme ve ölüm hakkındaki düşüncelerini ifade etmesi, bu konudaki sorularına cevap araması ve hayatlarını gözden geçirmesini içeren maddeler bulunmaktadır (31, 72, 175, 189, 229). Örneğin; ölüm ve ölümün gerçekleşmesi hakkında konuşma, kişisel görevlerini tamamladığına emin olma, ölüm ve ölme ile ilgili endişe ve korkularını anlatma, tamamlanmamış işleri tamamlama ve hayatı gözden geçirme gibi maddeler yer almaktadır. Ayrıca Müslüman topluluklar kötülük yapanların cezasını bulacağı bir cehenneme ve iyilik yapanların ise karşılığını alacakları bir cennette inamaktadırlar. Bu nedenle Müslüman insanların ölüm sonrası için korku ve tedirginlik hissetmeleri beklenebilir bir durum olarak görülmektedir (226). Çalışmanın ifadelerinin belirlenmesi için yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerde, hastalar ölüm ve ölme ilgili süreçlerle ilgili bilgi istemediklerini, kanser hastalığı sonucunda ölebileceklerini

kabul ettiklerini sadece bu sürecin fiziksel acı içinde olmadan gerçekleşmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Hastalar kanseri yaşamı tehdit edici, acı, zulüm, bilinmezlik, güçsüzlük içeren yavaş yavaş kötüleşen, sıklıkla kendiliğinden çözülmeyen, tam bir iyileşmenin sağlanamadığı ve ölümlerle sonuçlanan bir hastalık olarak görmektedir (100, 137, 152, 204). Bu nedenle hastalar sürekli başkasının bakımına ihtiyaç duymaktan ve acılar içinde ölmekten korkmaktadırlar. Akciğer kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların en az yarısının ölüm ve ölmek hakkında endişeli olduğu, uyku esnasında, hızlı ve ağrısız ölümü “iyi ölüm” olarak tanımladıkları ve bu düşüncenin kendilerini rahatlattıklarını bildirmişlerdir (121). İslamiyete göre ölüm bir son değil, yeni bir başlangıç olarak görülür. Bu başlangıç Kuran’da ahiret ile tanımlanmaktadır. Kur’an’da pek çok ayette ölenlerin Allah’a döndürüleceği ve Allah’ın onları dirilteceği ifade edilmektedir (Enbiya, 21/34-35; Rum: 30/19; En’am: 6/95; Hadid: 57/17; Necm: 53/44; Fatır: 35/9). Bu nedenle çalışmada “ölüm” kavramı yerine “Hak’a göç etme” ifadesi kullanılmıştır. Mevlana ise ölümü “şeb-i arus” (düğün gecesi) olarak tanımlamıştır (133). Ayrıca Allah, insanların ölümden korkmamaları gerektiğini bazı ayetlerde vurgulamıştır. “Şüphesiz Rabbimiz Allah’tır deyip, sonra dosdoğru yolda yürüyenlerin üzerine melekler iner. Onlara korkmayın, endişelenmeyin. Size vaad olunan cennetle sevinin derler (Fussilet: 41/30)” ayeti inananlar için ölüm kaygısını gidermeye yöneliktir.

“Yakınların sevgi ve desteği” alt boyutu en düşük ortalamaya ($\bar{x} = 3.12$) ve geniş değişkenliğe ($SD=0,854$) sahip olup, 5 maddeden oluşmaktadır. Çalışmada bu alt boyutta “Tedavi sürecinizde sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanlardan saygı, sevgi ve şefkat görmeye, Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların tedavi sürecinizde size güler yüz göstermesine, Hastalık tanısı öncesi yaptığımız günlük işleri yapamadığımızda sevdiklerinizin anlayış göstermesine, Şifa bulma sürecinizde sevdiklerinizin daha fazla ilgi göstermesine, Sevdiklerinizle daha fazla vakit geçirmeye” maddeleri yer almaktadır. Maneviyat ile ilgili ölçeklerde sevgi evrensel insan ihtiyacı olarak görülmektedir. (72, 189, 210). Literatürde sevgi alt boyutu olan manevi bakım ölçeklerinde (72, 189, 210) genel olarak başkalarından sevgi ve saygı görmeye yönelik maddeler bulunmaktadır. Çalışmanın başında yapılan nitel çalışmada hastaların özellikle sevdikleri tarafından sevgi ve ilgi görme beklentilerinin olduğu

belirlenmiştir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde, insan fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarını giderdikten sonra başka insanlarla birlikte olmayı, sevmeyi ve sevilmeyi istemektedir (158). Kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda, hastalar kanserle mücadele ederken aile üyeleri ile birlikte olmaya (14, 120, 139) ve insanlarla daha fazla sevgi alışverişinde bulunabilmeye (93, 120) ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Türk toplumunda ailede köklere bağlılık önem taşır ve karşılıklı sevgi üstün bir değerdir. Türk ailesi büyüğe saygının yanında düşküne, fakire, kimsesize, yolcuya büyük yardım ve ilgi gösterir. Türk aile ahlakında yardımlaşma ve dayanışma önemlidir. Aileler ve akrabalar tüm acı ve tatlı günlerinde birbirlerinde yanındadırlar. Ayrıca çalışma verilerine göre katılımcıların dörtte üçü kadındır. Türkiye'de kadının rolü anne, eş, sevgi, şefkat ve merhamet kaynağı, sevgi bağının yayıcısı, ailenin temeli, eşin candaşı ve yoldaşdır (200). Brizendine (2012) göre kızlar sosyal bağlar kurma, sevecenlik ve iletişim isteği içinde olma duygusuyla dünyaya gelmektedir. Ayrıca beynin duygu merkezi olan limbik sistem, kadınlarda erkeklere göre daha büyüktür (23). Bu nedenle kadınların duygusal sinyallere daha duyarlı olduklarını, daha kolay bağ kurduklarını ve yine aynı sebeple depresyona girme olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür (82). Kadınların doğalarında var olduğu düşünülen bu özellikler dikkate alındığında yakınlarından daha çok sevgi ve destek beklediklerine yönelik ölçek maddelerinin daha öne çıkmasının nedeni anlaşılabilir.

“Sağlığı konusunda bilgilendirilme” alt boyutu ikinci yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,64$) ve en az değişkenliğe ($SD=0,413$) sahip olup, 3 maddeden oluşmaktadır Bu boyutta “Doktorunuz tarafından hastalığınız hakkında detaylı bilgilendirilmeye, Sağlık personeli tarafından tanı ve tedavi işlemlerinin ne amaçla yapıldığının size anlatılmasına, Hastalığınızla ilgili sorularınızın doktorunuzca cevaplanmasına” maddeleri yer almaktadır. Maneviyat ile yapılan çalışmalarda sıklıkla rastlanan bir boyut değildir (210). Ancak literatürde çoğunlukla kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinden bahsedilmektedir (20, 42, 123). Vilalta ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, hastaların hastalıkları ile ilgili hakikati bilme ihtiyacı şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan bilgi ile hastaların anksiyete ve distresi azalmakta, karar verme ve baş etme süreçleri desteklenmektedir. Hastalar sağlık profesyonellerinden en fazla hastalık tanısı (ne olduğu ve nedenleri) tedavi şekli,

tedavinin yan etkileri ve tedavinin ne kadar süreceği, hastalığın tekrarlama ihtimali ve prognoz konularında bilgi almak istemektedirler (17, 43, 182).

b) Ölçeğin Güvenirliği

Bir ölçekte olması gereken özelliklerden biri güvenirliliktir. Bir ölçme aracı ile aynı koşullarda yapılan tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm sonuçlarının kararlılığını göstermektedir (63). Güvenirlilik analizi için; iç tutarlılık, test tekrar test güvenirlilik yöntemleri kullanılmaktadır.

Bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirilmesi için Cronbach's alpha katsayısından yararlanılabilir. Cronbach's alpha katsayısı 0.00 ile 1.00 arasında değişir. Değer 1.00'e yakın çıkması aracın güvenirliliğinin yanında tek boyutluluğunu ve yapı geçerliliğini de gösterir. Sıfır ve sıfıra yakın değerler güvenirliliğin çok düşük olduğunu, ölçme sonuçlarının gerçeği iyi yansıtmadığını gösterir (191).

Test tekrar test yöntemi, bir ölçme aracını aynı gruba aynı koşullarda uygulanmasını gerektirir. Zaman aralığı bireyin ölçeği tamamen unutacak kadar uzun ya da ezberleyecek kadar kısa olmamalıdır. İki uygulamadan elde edilen korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenirlilik katsayısıdır (44).

Deneme ölçeğine uygulanan Cronbach's alpha güvenirlilik analizi sonucunda "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" ve alt boyutlarının güvenirliliklerinin çok yüksek oldukları görülmüştür. "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" için Cronbach's Alpha değeri 0,867 iken, "İnanç ve manevi uygulamalar alt boyutu" için 0,919, "Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma alt boyutu" için 0,921, "Yakınların sevgi ve desteği alt boyutu" için 0,805 ve "Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu" için ise 0,868'dir (Tablo 4.7).

Çalışmamızda 75 hastaya deneme ölçeği birer hafta arayla uygulanarak test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle çalışmanın güvenirliliği zamana göre değişmezlik ölçütü kapsamında değerlendirilmiştir. Hastalar kemoterapi kürü aldıktan sonra ilk birkaç gün ortaya çıkan semptomlar ile baş etmeleri nedeniyle tekrar uygulama süresi bir hafta olarak belirlenmiştir. Uygulanan tekrar test ile ilk test arasında çok yüksek uyum olduğu görülmektedir ($ICC \geq 0,800$). Buna göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarında zamana bağlı bir değişim oluşmamaktadır (Tablo 4.9).

5.3. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine Göre Manevi Bakım Gereksinimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmada katılımcılardan 65 yaş üzeri olanların “Sağlığı Konusunda Bilgilendirilme” ihtiyaçları, 45 yaş ve altı ve 46-55 yaş arasındaki katılımcılardan anlamlı derecede daha azdır. Ev hanımlarının “Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyut” düzeyi aktif çalışanlardan ve emeklilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Eğitim durumu yüksek öğretim/lisansüstü olan kişilerin “Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu” düzeyi diğer eğitim durumlarından anlamlı derecede daha yüksek iken, okuryazar ve okur yazar olmayanların anlamlı derecede daha düşüktür. Ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcıların “Manevi bakım gereksinim ölçeği”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma”, “Yakınların sevgi ve desteği” ihtiyaçları ailesinde kanser öyküsü olanlardan anlamlı derecede daha fazladır.

Çalışmada katılımcılardan 65 yaş üzeri olanların “Sağlığı Konusunda Bilgilendirilme” ihtiyaçları, 45 yaş ve altı ve 46-55 yaş arasındaki katılımcılardan anlamlı derecede daha azdır. Yaşlanmayla beraber yaşlılarda bilgi işleme hızı yavaşlar. Yeni bilgi öğrenme süreci uzar ve yeni bilgi edinmek için daha fazla bilişsel çaba göstermek gerekir. Bununla birlikte yaşlılığın getirmiş olduğu görme, duyma bozuklukları, kronik hastalıklar, ilaçlar, kanser tanısı almaya bağlı anksiyete nedenleri ile bilgiyi algılama yetenekleri azalmaktadır (35, 115, 122). Yaşlılar bu fiziksel yetersizlikleri nedeniyle çocuklarının kendilerine bakmaları gerektiğini düşünerek (196), kendi sağlıkları hakkında bilgilerin bakım vericilerine verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca yaşlılar kendilerinin yeterince yaşadıklarını ve ölümün onlara yakın olmasının doğal olduğunu düşünerek mevcut sağlıklarını geliştirici bilgi talepleri olmadıkları düşünülmektedir.

Ev hanımlarının “Sağlığı konusunda bilgilendirilme alt boyutu” düzeyi aktif çalışanlardan ve emeklilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Çalışmada ev hanımlarının %66,4’ü ilköğretim ve okuryazar+okuryazar değildir. Türkiye’de eğitim düzeyi düşük hastaların “kaderci” dünya görüşü sergilemesi ve yazılı bilgi kaynaklarını yeterli şekilde kullanamadıkları için sağlıkları hakkında bilgi ihtiyaçlarının düşük olduğu düşünülmektedir (170).

Çalışmada eğitim durumu yükseköğretim/lisansüstü olan katılımcıların “Sağlığı Konusunda Bilgilendirilme” ihtiyaçları diğer eğitim gruplarındaki kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Bunun nedeninin hastaların eğitim düzeyinin artması ile daha çok soru sorduğu, daha araştırmacı oldukları, bilgi edinme taleplerinin daha da arttığı ve eğitim düzeyinin artmasıyla hekim-hasta ilişkisinin daha sağlıklı biçimde kurulabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye’de eğitim düzeyi düşük hastaların “kaderci” dünya görüşü sergilemesi nedeniyle sağlıkları hakkında bilgi ihtiyaçlarının düşük olduğu tahmin edilmektedir (170).

Ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcıların “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”, “Yaşamın Sonuna Kadar Huzur ve Güven İçinde İnsan Olma”, “Yakınların Sevgi ve Desteği” ihtiyaçları ailesinde kanser öyküsü olanlardan anlamlı derecede daha fazladır. Kansere genellikle toplumsal ve kültürel olarak “trajik ve ölümcül hastalık” olarak bakılmaktadır ve kanserin önlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılan “kansere savaş” gibi ifadelerin bireyin kanser algısında olumsuz etki yapmaktadır. Bu nedenlerle kanser hastalık sürecinin nasıl olduğu ile ilgili fikri olmayan ve ailesinde kanser hastası olmayan bireyler toplumsal ön yargılardan etkilenerek kanserin olumsuz sonuçlarını daha yüksek olarak algıladıkları düşünülmektedir (99). Kansere hakkında bilinmezliklerle karşılaşan birey psikolojik, fiziksel ve ekonomik konularla baş etmek için sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaktadır (3, 19, 153).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeğinin Geliştirilmesi

- Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği madde havuzu, literatür incelemesi, onkoloji hastaları ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler ve bu alanda uzman kişilerin görüşleri ile 70 maddeden oluşturulmuştur.
- Madde havuzunda yer alan maddeler hakkında alanında uzman kişilerden görüş alınarak kapsam geçerlilik oranları hesaplanmıştır. Kapsam geçerlilik oranına göre 6 madde (6., 7., 8., 9., 12. ve 28. maddeler) ve literatür bilgilerine göre 6 madde (4., 13., 43., 47.,49. ve 50. maddeler) çıkarılarak 58 maddelik deneme ölçeği elde edilmiştir.
- Deneme ölçeğinin yapı geçerliliğini değerlendirmek için açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda birden fazla boyuta güçlü şekilde yüklenen veya hiçbir boyuta 0,500'ün üzerinde yüklenemeyen 34 madde yapıdan çıkarılarak, 24 maddelik 4 alt boyutlu nihai ölçek elde edilmiştir. Alt boyutlar “İnanç ve manevi uygulamalar”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma”, “Yakınlarmın sevgi ve desteği” ve “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” şeklinde adlandırılmıştır.
- “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,794 olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda verilere uygulanan faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir ve örneklem sayısının da yeterli olduğu görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda da değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X^2 : 5923,266, SD:276, p=0,000)
- “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan “kapsam geçerliliği” ve “yapı geçerliliği” yöntemleri sonucunda, onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemede geçerli bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir.

- Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık yöntemi kapsamında Cronbach's alpha katsayısından yararlanılmıştır. "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" için Cronbach's alpha değeri 0,867 iken, "İnanç ve manevi uygulamalar" alt boyutu için 0,919, "Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma" alt boyutu için 0,921, "Yakınların sevgi ve desteği" alt boyutu için 0,805 ve "Sağlığı konusunda bilgilendirilme" alt boyutu için ise 0,868'dir. Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirliklerinin çok yüksek oldukları görülmüştür.
- Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek için son olarak, 75 hastaya deneme ölçeği birer hafta arayla uygulanarak test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle çalışmanın güvenilirliği zamana göre değişmezlik ölçütü kapsamında değerlendirilmiştir. Uygulanan tekrar test ile ilk test arasında çok yüksek uyum olduğu görülmektedir ($ICC \geq 0,800$). Buna göre Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği ve alt boyutlarında zamana bağlı bir değişim oluşmamaktadır.
- "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği"nin güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan "iç tutarlılık" ve "zamana göre değişmezlik" yöntemleri sonucunda, onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemede güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir.

6.1.2. Sosyodemografik Özellikleri ile Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Durumları

- Çalışmada katılımcılardan 65 yaş üzeri olanların "Sağlığı konusunda bilgilendirilme" ihtiyaçları, 45 yaş ve altı ve 46-55 yaş arasındaki katılımcılardan anlamlı derecede daha azdır.
- Katılımcıların cinsiyeti ile "Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği" ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
- Eğitim durumu yükseköğretim/lisansüstü olan katılımcıların "Sağlığı konusunda bilgilendirilme" ihtiyacı diğer eğitim gruplarındaki kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

- Çalışma durumu “ev hanımı” olan katılımcıların “Sağlığı konusunda bilgilendirilme” ihtiyaçları çalışma grubu “tam zamanlı, yaş sebebiyle/tercihen emekli, diğer” olan katılımcılardan anlamlı derecede daha azdır.
- Katılımcıların medeni durumları ile “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
- Katılımcıların hastalıkları ile başetmelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumları ile “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
- Ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcıların “Manevi bakım gereksinim ölçeği”, “Yaşamın sonuna kadar huzur ve güven içinde olma”, “Yakınların sevgi ve desteği” ihtiyaçları ailesinde kanser öyküsü olanlardan anlamlı derecede daha fazladır.

6.2. Öneriler

Çalışma verilerine göre cerrahi onkolojik hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesinde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu gösteren “Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği”nin;

- Türkiye’de kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bakım ortamında güvenli bir şekilde kullanılabilirliği,
- Türkiye’de kanser nedeniyle tedavi olan yetişkin hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik yapılacak araştırmalarda güvenle kullanılabilirliği,
- Uzun süre tedavi ve bakım gerektiren diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabilirliği,
- Kanser nedeniyle yataklı servislerde yatan hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabilirliği,

- Evre III ve IV kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabileceği,
- Kronik hastalıklara sahip bireylerin bakım vericilerinin manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabileceği,
- Kanserli çocuk ya da adölesan hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabileceği,
- Kronik hastalığa sahip çocuk ya da adölesan hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uyarlanma çalışmalarının yapılabileceği,
- Kültürel ölçek uyarlama çalışmaları kapsamında diğer ülkelerde de geçerlilik ve güvenirliliğin test edilmesine yönelik araştırmaların yapılabileceği,
- Bu çalışmanın örneklemini genel cerrahi ve jinekoloji kliniği oluşturmaktadır. Bu ölçeğin diğer branşlarda tedavi gören yetişkin, adölesan veya çocuk hastalar ve yakınlarının oluşturduğu örneklerde yapılması önerilmektedir.
- Manevi bakım gereksinimi ölçeği ile manevi bakım ihtiyacı tespit edilen bireylerin ne gibi sağlık hizmeti planlanacağına araştırılması önerilmektedir.

6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekilde sıralanabilir;

- Çalışma yapılan hastanede çoğunlukla meme kanseri, daha az sayıda diğer jinekolojik kanseri olan hastalarla yapılması sonucunda çoğunluğun kadın hastalardan oluşması,
- Çalışmanın başında literatür bilgisine ve nitel çalışma sonuçlarına göre belirlenen alt boyutların faktör analizi sonucu azalması,
- Çalışma grubunun yetişkin olması,
- Kanser hastalığının evrelerine göre hastaların manevi bakım gereksinimlerinin değişkenlik göstermesi,

- Manevi bakım gereksinimi ölçeği ile ihtiyaç saptanması durumunda ilgili sağlık hizmetlerinin belirsizliği.

7. KAYNAKLAR

1. Adler NE, Page AEK. Cancer care for the whole patient meeting psychosocial health needs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008.
2. Ahmadi F. Culture, religion and spirituality in coping: the example of cancer patients in Sweden. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006.
3. Allen SM, Ciambone D, Welch LC. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability, *Journal of Aging and Health*. 2000; 13(3), 318-342.
4. American Cancer Society. Cancer Facts&Figures 2017 [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 10.09.2017]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>.
5. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the hope questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001; 63(1):81-89.
6. Armstrong TD. Exploring spirituality: The development of the Armstrong measure of spirituality. New York: American Psychological Association; 1995.
7. Arslan H, Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının meles'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(1):51-58.
8. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007; 3(2).
9. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş ve ark. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(1): 15-28.
10. Ayten A, Göcen G, Sevinç K, Öztürk E. Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2012; 12(2), 45-79
11. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD ve ark. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2014; 48(3): 400–410.
12. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A., Peteet J, Block S, Lathan C, Vanderweele T & Prigerson H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*. 2011; 117, 5383–5391.
13. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, Block SD, Lewis EF, Peteet JR & Prigerson HG. Provision of spiritual care to patients

- with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 28, 445–452.
14. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR & Prigerson, HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 2007; 25, 555–560.
 15. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34(6):833-41.
 16. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(7): 885-896.
 17. Başkale H, Serçekuş P, Günüşen N. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinin beklentilerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(2):65-70.
 18. Berggren-Thomas P, Griggs MJ. Spirituality in aging: spiritual need or spiritual journey. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(3),5-10.
 19. Berterö CM. Types and sources of social support for people afflicted with cancer, *Nursing and Health Sciences*. 2000; 2: 93-101.
 20. Boberg EW, Gustafson DH., Hawkins RP, Offord KP, Koch C, Wen Y, Kreutz K, Salner A. Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counselling*. 2003; 49(3):233–242.
 21. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*. 1999; 8:417-428.
 22. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H ve ark. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000; 284(22):2907–2911.
 23. Brizendine L. Kadın beyni. İstanbul: Say Yayınları; 2012
 24. Brown J, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death? *American Journal of Psychiatry*. 1986;143:208-211
 25. Bucher RD. Diversity consciousness: opening our minds to people, cultures and opportunities. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010
 26. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. *Holistic Nursing Practice*. 2006; 20(6):288-92.
 27. Bulut, M. 1. Din hizmetleri sempozyumu. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları; 2008

28. Burkhardt MA, Nagai-Jacobson MG. Spirituality and health in holistic nursing: a handbook for practice. Aspen: Gaithersburg, MD;2000
29. Burkhardt MA, Nagai-Jacobson MG. Spirituality: Living our connectedness. Albany, New York; 2002.
30. Burnard P. The Spiritual needs of atheists and agnostics, Professional Nurse. 1988; 4:130-132.
31. Büssing A. Spirituality as a resource to rely on in chronic illness: The SpREUK questionnaire. Religions;2010;1, 9-17.
32. Callister LC, Bond AE, Matsumura G, Mangum S. (2004). Threading spirituality throughout nursing education. Holistic Nursing Practice.2004; 18(3):160–166.
33. Can, G. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2015.
34. Cancer Research UK. Cancer incidence by age. [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 01.10.2017]. Erişim adresi: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/incidence/age#heading-Two>.
35. Cangöz B. Yaşlılıkta bilişsel ve psikolojik değişim. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. b.t.
36. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. 5th printing. Beverly Hills: Sage Publications Inc; 1982
37. Carson VB.Spirituality: Identify and meeting spiritual needs. West Conshohocken; 2008.
38. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An Integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J Nurs Res.2004;26(4):405-28.
39. Cirhinlioğlu Z, Cirhinlioğlu FG. Postmodern sağlığın yükselişi ve düşüşü, beden sosyolojisi, İstanbul: Açılım Kitap, 2011;395-412.
40. Como JM. Spiritual practice: A literatüre review related to spiritual health and health outcomes. Holistic Nursing Practice. 2007; 21(5): 224-236.
41. Comrey AL, Lee HL. A first course in factor analysis, Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1992
42. Cook CC. Addiction and Spirituality. Addiction. 2004; 99, 539-551.
43. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, ve ark. Information needs and experiences: an audit of uk cancer patients. European Journal of Oncology Nursing. 2006;10:263–72.

44. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3).
45. Çarkoğlu A, Kalycıoğlu E. (b.t) Türkiye’de dindarlık: Uluslararası bir karşılaştırma. Sabancı Üniversitesi. [Internet]. [Erişim Tarihi: 18.10.2017]. Erişim adresi: https://www.academia.edu/23583470/T%C3%BCrkiye_de_dindarl%C4%B1k_uluslararası%C4%B1_bir_kar%C5%9F%C4%B1la%C5%9Ft%C4%B1rma_Religiosity_in_Turkey_an_internaional_comparison_
46. Çefle K. Kanser genetiği. Klinik Gelişim. 2009;22:50-59.
47. Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2014;1-12.
48. Çelik C. Türk halk dindarlığında değişim ve süreklilik. ziyaret fenomeni örneği. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2004;4 (1), 215-241.
49. Çömlekçi N. Temel istatistik ilke ve teknikleri. Eskişehir: Bilim Teknik Yayınevi; 1989.
50. Çubukçu A. İslam’da ahlak ve manevi vazifeler, DİB Yayınları, Ankara; 2009.
51. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;(3):1: 73-78.
52. Davidhizar R, Bechtel GA, Juratovac AL. Responding to the cultural and spiritual needs of clients. Journal of Practical Nursing. 2000;50(4),20-23.
53. Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel Ş. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. Holistic Nursing Practice. 2015;29(2):103–113.
54. Deloughry TE. Spirituality in elder care. West Conshohocken; 2008.
55. Doyle D. Have we looked beyond the physical and psychosocial?. Journal of Pain and Symptom Management. 1992;7, 302-311.
56. Düzen Ö, Korkmaz M. Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8(2), 67-76.
57. Düzgün ŞA. Çağdaş dünyada din ve dindarlar, İstanbul: Lotus; 2012.
58. Düzgüner S. Maneviyat Algısı ve Diğerkâmlıkla İlişkisi (Kan Bağıışı Örneğinde Türkiye ve Amerika Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma). [Doktora Tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2013.

59. Eğlence R, Şimşek N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(1):48-53.
60. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes, LL, Leaf, JA, Saunders C. Toward a humanistic phenomenological spirituality. definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*. 1988; 28:5–18.
61. Engebretson J, Headley J. Cultural diversity and care. Dossey L. Keegan CE. Guzzetta, Editörler. *Holistic nursing: A handbook for practice*. Sudbury; 2005.
62. Engineri M. Aydınlanma çağı ve felsefesi adlı konunun araştırılması. [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi: 06.06.2017]. Erişim adresi: https://www.academia.edu/10218385/Ayd%C4%B1nlanma_%C3%87a%C4%9F%C4%B1_ve_Felsefesi
63. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30 (3) 211-216.
64. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005.
65. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;8 (1), 37-45.
66. Ergüney, S. Ajcc kanser evreleme atlası. İstanbul :Nobel Tıp Kitapevi; 2013.
67. Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nursing Clinics of North America*. 2007;42:139-63.
68. Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. multidimensional measurement of religiousness/ spirituality for use in health research: a report of the fetzer institute/ national institute on aging working group. Kalamazoo; 1999.
69. Frame MW. Religion and spirituality. Pacific Grove, CA: Thompson, Brooks/Cole; 2003.
70. Frankl VE. Man's search for meaning: an introduction to logotherapy. New York: Washington Square Press; 1963.
71. Fukuyama MA. Integrating spirituality in multicultural counseling: "A worldview" . Harper FD, McFadden J, Editörler. *Culture And Counseling: New Approaches*. Needham Heights; 2003,186-195.
72. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19(2):62-69.
73. Gall TL, Charbonneau C, ve ark. (2011). The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology & Health*, 26, 287-305.

74. Gemalmaz A, Avşar G. Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12 (2): 93-98.
75. Goddard NC. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;22, 808–815.
76. Gordon M. *Functional health patterns, nursing diagnosis process and application*. New York:Mc Graw- Hill Book Comp;1982.
77. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. 2000;14 (17), 32-36.
78. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın R, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri; *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3): 34-38.
79. Görmez M, Gündüz Ş. *Yaşayan dünya dinleri*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları; 2007.
80. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 11: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;1:1-14.
81. Güç D. Kanserde immun yanıt. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology*. 2009; 2(1):74-8
82. Gültekin M. *Bilimsel araştırmalarda kadın-erkek farklılıkları*. Bursa:Aile Akademisi Derneği; 2014.
83. Hango CR. The five stages of grief: a composition for brass ensemble. [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 10.10.2017]. Erişim adresi: https://web.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-042915-124006/unrestricted/Hango_The_Five_Stages_of_Grief.pdf
84. Hauser K, Walsh D, Rybicki LA, Davis MP, ve ark. Fatigue in advanced cancer: a prospective study. *American Journal of Hospice Palliative Care*. 2008; 25:372-8.
85. Hematti S, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R, Mohammadi-Bertiani Z. Spiritual well-being for increasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: a questionnaire-based study. *Journal of Religion Health*. 2015; 54(5):1563-72.
86. Hill P C, Parament KL, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, ve ark. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2000;30, 51–77.
87. Hill PC, Pargament K. Din ve maneviyatın kavramlaştırılması ve ölçülmesindeki gelişmeler. (M. Ulu, Çev.). *Bilimname XXVIII*. 2015; 1, 343-368.

88. Hitchcock JE, Schubert PE, Thomas SA. Community health nursing. New York;1999.
89. Hocking CM, Kichenadasse G. Olanzapine for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review. Support Care Cancer. 2014; 22(4):1143–51.
90. Hodge DR. Spiritual assessment: a handbook for helping professionals, Botsford, CT: North American Association of Christians In Social Work; 2003.
91. Horsburgh M. Towards an inclusive spirituality: wholeness, interdependence and waiting. Disability And Rehabilitation. 1997;19, 398–406.
92. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, ve ark. SEER Cancer Statistics Review, [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 14.10.2017]. Erişim adresi: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/sections.html
93. Hsiao SM, Gau ML, Ingleton C, Ryan T ve ark. An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. Journal of Clinical Nursing. 2011; 20:950-9.
94. Hungelmann J, Kennel-Rossi E, Klassen L, Stollenwerk RM. Spiritual well being in older adults: harmonious interconnectedness. Journal of Religion and Health. 1985; 24, 147–153.
95. Hungelmann, J., Kennel-Rossi E, Klassen L., Stollenwerk RM. Focus on spiritual well-being: harmonious interconnectedness of mind-body-spirit – use of the JAREL spiritual well-being scale. Geriatric Nursing. 1996;17, 262–266.
96. Irmak S. Mevlâna hümanizminin özellikleri, Mehmet Önder, Editör. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yay; 1973,94-109.
97. Hastalar İçin Kemoterapi Rehberi. [Internet]. [Erişim Tarihi: 12.10.2017]. Erişim adresi: <http://onkoloji.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2015/06/kemoterapi-kitap%C3%A7%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
98. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G. ve ark. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. Cancer. 2015;121(21):3760-8.
99. Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015; 2(3):271-284.
100. Karaca F. Ölüm psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları; 2000.
101. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014; 40:39-49
102. Karzuk A. Manevi gelişimin önündeki engeller. İstanbul: İlke Yayıncılık; 2006.

103. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş S, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1): 21-24.
104. Kavas E, Kavas N. Hastalarda manevi bakım ihtiyacı'' konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli Örneği, International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2015;10(14), 449-460.
105. Kayacan Ç. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi; 2012.
106. Kim T, Giuliano AE, Lyman GH. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in early-stage breast carcinoma: a metaanalysis, Cancer. 2006;106, 4-16.
107. Koeing H. Spirituality and mental health. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 2010;7(2),116-120.
108. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 6, 15.
109. Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;218-225.
110. Kula N. Engelli birey ve ailesinin sosyal uyumunda "yaratılanı hoş gör yaradandan ötürü" Anlayışının Rolü. İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi. 2005;6:15.
111. Kübler-Ross E. Ölüm ve ölmek üzerine. Ed. E. Kübler-Ross. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997.
112. Kübler-Ross E, Kessler D. On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York, NY: Scribner; 2005.
113. Küçükbakar A. . Kanseri tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2011.
114. Küçükcan, T. Modernleşme ve sekülerleşme kuramları bağlamında din, toplumsal değişim ve İslâm dünyası. İslâm Araştırmaları Dergisi. 2005;13,109-128.
115. Lange M, Riga O, Clarisse B, Giffard B, Sevin E ve ark. Cognitive dysfunctions in elderly cancer patients: a new challenge for oncologists. Cancer Treatment Reviews. 2014;40(6).
116. Lapierre L. A Model for describing spirituality. Journal of Religion and Health. 1994;33(2):153-161.

117. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2004; 11(1):48-55.
118. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28, 563–575.
119. Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *British Journal of Nursing*. 2005;14 (4): 220-225.
120. LeSeure P, Chongkham-ang S. The Experience of Caregivers Living with Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Synthesis. *Journal of Personalized Medicine*. 2015;5, 406-439.
121. Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF ve ark. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17:449-64.
122. Matsuyama RK, Kuhn L, Molisani A, Wilson-Genderson M. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Education and Counseling*. 2013;96–102.
123. Matthews BA, Baker F, Spillers RL. Oncology Professionals and Patient Requests for Cancer Support Services. *Supportive Care in Cancer*. 2004;12(10):731–738.
124. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi A ve ark. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals Of Family Medicine*. 2004;2(4):356-361
125. McCullough, M, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review; *Health Psychology*. 2000;19: 211–222.
126. McEwen M. Spiritual nursing care. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19(41):161-168.
127. McGartland RD, Berg-Weger M, Tebb S, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. 2003; 27(2), 94 -104.
128. McGhee P, Grant P. Spirituality and ethical behaviour in the workplace: wishful thinking or authentic reality. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*. 2008;13 (2).
129. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(5),479-488.
130. Memiş S. Radyoterapide hasta ve hemşire eğitimi, İstanbul Üniversitesi Florence Nihtingale Hemşirelik Dergisi. 2002;12(48): 81-92.

131. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33 (1): 1- 7.
132. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17, 18–33.
133. Mevlana. *Mesnevi (IV)*, (Ter. ve Şerh: Abdalbaki Gölpınarlı), İstanbul: MEB Yayınları; 1989.
134. Miller WR. *Integrating spirituality into treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 1999.
135. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15, 811–821
136. Moadel A, Morgan C, Fatone A. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*. 1999; 8(5):378-385.
137. Monareng LV. Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*. 2012;35(1): 28-37
138. Muncy JF. Comprehensive spiritual assesment. *American Journal of Hospice&Palliative Care*. 1996;13(5), 44-45
139. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or hearth failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med*. 2004;18:39-45
140. Narayanasamy A. Palliative care and spirituality assessment. *Indian Journal Of Palliative Care*. 2007;13(2):32-41
141. Narlı N. *Türkiye’de kadın ve gelecek beklentileri araştırması*. İstanbul:Garanti Emeklilik ve Hayat A.Ş.; 2016.
142. Nasr SH. *The heart of Islam: Enduring values for humanity*, New York: Harpercollins; 2002.
143. National Cancer Institute. Common cancer types. [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 01.10.2017]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/types/common-cancers>.
144. O’Brein ME. *Spirituality in nursing: Standing on holy ground*. America: Jones&Bartlett Learning; 2011.
145. Öncü H. *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti.; 1994.

146. Öner H. Cerrahi Onkolojik Hastalarda Spiritualite ve Yaşam Kalitesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2012.
147. Örgenç M, Günalan M. İşyeri maneviyatı üzerine eleştirel bir değerlendirme. KSÜ İİBF Dergisi. 2011; 1(2),51.
148. Öz F. İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. Klinik Bilimler & Doktor. 2004; 10(3):266-273.
149. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.
150. Özdoğan Ö. Aşkın yanı sıra maneviyat. Ankara: Özdenöze Yayınları; 2009.
151. Özdoğan Ö. Kanser tedavisine manevi ve psikolojik yaklaşım. Topuz E, Küçükusta AR, editörler. Kansere çözüm var. İstanbul: Hayykitap; 2016.
152. Özkan S, Alçınlar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi. 2009; 5(2), 60-64.
153. Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi. 2007; 15(1),01-15
154. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. American Journal of Nursing Science; 2013;2(1) : 1-5
155. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred, New York, Guilford; 2007.
156. Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? yes and no. The International Journal For The Psychology of Religion. 1999;9 (1), 3–16.
157. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. Archives Internal Medicine; 2001; 161(15).
158. Parıltı, C. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında kendini gerçekleştirme ihtiyacı. Ankara: Gazi Üniversitesi; b.t.
159. Peale NV. Olumlu düşüncenin gücü. (Ş. Cüceloğlu, Çev.). İstanbul:Sistem Yayıncılık; 2004.
160. Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. Supportive Care in Cancer. 2011;20, 2269–2276.
161. Rahnema M, Khoshknab MF, Maddah SSB, Ahmad F. Iranian cancer patients' perception of spirituality: a qualitative content analysis study. BMC Nursing. 2012;11:19

162. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 1992;15, 349– 357.
163. Renz M, Schütt Mao M, Cerny T. Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Support Care Cancer*. 2005;13(12):961-6.
164. Resmi Gazete. Hasta hakları yönetmeliği. [Internet]. 1998 [Erişim Tarihi: 10.09.2017]. Erişim adresi: <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta%20Haklar%C4%B1>
165. Rolheiser R. Holy longing: the search for christian spirituality. Crossroad Publishing Company, New York; 1999.
166. Ross LA. Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(3): 439-47.
167. Rousseau, P. Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*. 2000;18:2000-2002.
168. Royal College of Nursing. Defining nursing. London; 2014.
169. JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Snyder MA, Fitchett G. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 2015;121(21):3769-78.
170. Samur M, Şenler F. ve ark. Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirme durumu: hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında ankara üniversitesi tıp fakültesi ibni sina hastanesi'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2000;53(3):161-166
171. Semavi Dinler ve Kutsal Kitapları. [Internet]. [Erişim Tarihi: 10.09.2017]. Erişim adresi: http://www.historicalsense.com/Archive/Fener27_2.htm
172. Sephton SE, Koopman C ve ark. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J*. 2001; 7(5): 345–353.
173. Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature. *J. Holist. Nurs*. 2007;25 (4), 252–262.
174. Seyyar A. Tıbbî sosyal hizmetlerde manevî bakım; 2. Baskı; İstanbul: Rağbet Yayınları; 2010.
175. Sharma RK, Astrow AB, Texeira K, Sulmasy DP. The spiritual needs assessment for patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2012; 44:44-51.

176. Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, Fitchett G, Jim H, Munoz AR, Danhauer SC, Snyder MA, Salsman JM. A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*. 2015; 1;121(21):3779-88.
177. Silva ID. *Cancer epidemiology: principles and methods*. France: World Health Organization International Agency For Research On Cancer; 1999.
178. Skalla K, McCoy JP. Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(4):745-51.
179. Sofuoğlu H. *İslâm ibâdet esasları*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi; 2015.
180. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, aids, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2006;31:58-6.
181. Spichiger E, Müller-Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H ve ark. Prevalence and contributors to fatigue in individuals hospitalized with advanced cancer: A prospective, observational study. *International of Journal of Nursing Studies*. 2012; 49:1146- 54.
182. Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J ve ark. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 2000; 77:357–61.
183. Stewart BW, Wild CP. *World Cancer Report 2014*. World Health Organization; 2014.
184. Sulmasy D. Spiritual issues in the care of dying patients “It’s okay between me and god”. *JAMA*; 2006, 296 (11)-1385
185. Şencan H. *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde geçerlilik ve güvenilirlik*. 1.Basım. Ankara. Seçkin Yayıncılık; 2005.
186. Şenocak M. *Biyoistatistik*. 1. Basım. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 1998.
187. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality: nursing theory and concept development or analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(5), 500–509.
188. Tavşancıl E. *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*, Ankara: Nobel Yayıncılık; 2002.
189. Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33(4):729–35.

190. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*. 2003; 26(4):260-266.
191. Tezbaşaran A. Likert tipi ölçek hazırlama Kılavuzu. [Elektronik Sürüm]. [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi: 26.05.2017]. Erişim adresi: http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuz
192. Thoresen CE. Spirituality, health, and science. The coming revival? Norton, New York; 1998,409–431.
193. Toparlı R. Türkçe Sözlük, Ankara: Türk Dil Kurumu; 2005.
194. Toprak FÜ, Vural G. jinekolojik onkolojide navigasyon ve navigatör hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19:1.
195. Touhy TA. Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nursing Practice*. 2001;15, 45–56.
196. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2010; 39:655-62.
197. Tuck I. Development of a spirituality intervention to promote healing. *Journal of Theory Construction & Testing*. 2004; 8(2):67–70.
198. Tuna P. Kanserli Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırma. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1993.
199. Türk Dil Kurumu. [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi: 16.01.2017]. Erişim adresi:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c594be61b8e5.16438312
200. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aile Değerleri Araştırması. [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi: 22.11.2017]. Erişim adresi:http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/kutuphane_61_turkiyede_aile_degerleri.pdf
201. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2014. [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 06.07.2017]. Erişim adresi: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf.
202. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı web sitesi. "Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” imzalandı. [Internet]. [Erişim Tarihi: 18.06.2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,558/hastanelerde-manevi-destek-sunmaya-yonelik-isbirligi-protokolu-imzalandi.html>
203. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın, 2016 [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 17.11.2017]. Erişim adresi:

file:///C:/Users/munevver.otuzoglu/Downloads/%C4%B0statistiklerle_Kad%C4%B1n_07.03.2017%20(1).pdf

204. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 28(2), 85 – 92
205. Vachon ML. Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminars Oncology Nursing*. 2008;24:218-225.
206. Vance, D. Nurses attitudes towards spirituality and patient care. *Medical Surgical Nursing*.2001;10:264–78.
207. Vaughan F. Spiritual issues in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*. 1991;23, 105-119.
208. Velikova-Tzonkova B. Perceived social support in cancer survivors: some preliminary results. *Psychological Thought*,. 2013; 6(1).
209. Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*. 1997;21(1):67-70.
210. Vilalta A, Valls J, Porta J, Vinas J. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(5):592–600.
211. Wakefield Gordon S. *A Dictionary of christian spirituality*. London: SCM; 1988.
212. Wakefield Gordon S. *Spirituality, Christian*. The Blackwell Encyclopedia of Modern Christian Thought; 2005.
213. Walsh F. *Religion and Spirituality: Wellspring for Healing and Resilience*. Guilford, New York, 1999; 3–27.
214. Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17, 334–353.
215. William J. *The Letters of William James*, Ed. Henry James, Boston: The Atlantic Monthly Press; 1920.
216. Wilson SM, Miles MS. Spirituality in African-American mothers coping with a seriously ill infant. *Journal of Society Pediatric Nurse*. 2001; 6(3):116-22.
217. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*. 2008;55, 333–340.
218. World Health Organization. *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. [Internet]. 1994 [Erişim Tarihi: 19.06.2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf

219. World Health Organization. Cancer. [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi: 10.05.2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_cancers_en.pdf
220. Wright MC. The essence of spiritual care. a phenomenological enquiry. *Palliative Medicine*. 2002;16(2), 125-132.
221. Wulff DM. *Psychology of Religion: Classic and Contemporary*, New York: Wiley; 1997.
222. Yap KY, Low XH, Chan A. Exploring chemotherapy-induced toxicities through multivariate projection of risk factors: Prediction of nausea and vomiting. *Toxicology Research*; 2012,28(2):81–91.
223. Yapıcı A. Geleneksellik ile modernlik arasına sıkışan din anlayışları ve dindarlık. *Değerler Eğitimi Merkezi Dergisi*. 2007;1(2), 24-29.
224. Yazgan EÖ. *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.
225. Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(3):153-158.
226. Yıldız M, Belen ZF, Arslan K, Özasma Hİ. Defense mechanism against mortality salience in Turkish Muslim population. *Dini Araştırmalar*. 2017;20:52.
227. Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2): 61-70.
228. Yılmaz, M., Okyay, N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009,3;41-52.
229. Yong J, Kim J, Han SS, Puchalsk CM. Development and validation of a scale assessing spiritual needs for korean patients with cancer. *Journal of Palliative Care*, 2008; 24(4):240–6.
230. Young C, Koopsen C. *Spirituality, health, and healing*. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts; 2011.
231. Yurdugül, H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 2005.
232. Zebrack, B., Zeltzer, L. Quality of life issues and cancer survivorship. [Internet]. [Erişim Tarihi: 12.01.2017]. Erişim adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.170.8566&rep=rep1&type=pdf>

233. Zinnbauer BJ, Pargament KI. Religiousness and spirituality. New York: Guilford Press; 2005, 21–42.

8. EKLER

EK-1

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ABDURAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU TUTANAĞI

Karara Esas Olan Evraklar			Mevzuun Maniyeti ve Hülasaası
Tarihi	No	Nerden Gönderildiği	
16.06.2016			

Kararın Metni

Toplantı Tarihi :16.06.2016 Cuma günü saat: 14.00
Başkanın Adı ve Soyadı: Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK

Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu : 16.06.2016 Cuma günü, saat 14.00'da toplanmış ve aşağıdaki konular görüşülmüştür.

Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Hem. Münevver OTUZOĞLU'nun "Cerrahi Onkolojik Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde kanser nedeniyle ameliyat olan, sonrasında gündüz tedavi merkezlerinde kemoterapi ve radyoterapi almak için hastaneye başvuran ve örnekleme dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalarda yapılması hususu EPK'da görüşülmüş olup, Eğitim Sorumlusundan izin alındıktan sonra uygun olduğuna;

Oy Birliğiyle Karar Verilmiştir.

Başkan
Mehmet Ali GÜLÇELİK
Hastane Yöneticisi

Üye
Prof. Dr. B. Şafak GÜNGÖR
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Suat KURTUN
Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi

Sekreteryaya
Doç. Dr. İzzet ÖZCAN
Cerrahi Onkoloji

Üye
Uz. Dr. Nihan DÜRMAZ
Başhekim Yardımcısı

Üye
Doç. Dr. Bilgin Kadri ARIBAŞ
Radyoloji Kliniği Eğitim ve İdari
Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Gonca OĞUZ
Anestezi ve Rea. Eğitim Görevlisi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA İLİ 3.
BÖLGE KHBGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
13/05/2016 11:27 - 78307406_605.01 - E.6407



Sayı : 78307406/605.01
Konu : Tez Çalışması /

ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Münevver OTUZOĞLU'nun, Öğretim Görevlisi Doç Dr. Melek Serpil TALAS danışmanlığında yürüttüğü "Cerrahi Onkolojik Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını sağlık tesisinizde yapabilmesi için gerekli izin verilmesi, üniversitenin 11/05/2016 tarihli ve 713 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Münevver OTUZOĞLU tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam- kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK:Yazı ve Ekler (23 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bilgi:

Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü
(Ek Konulmadı)

EK 3**ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR**

Uzman	Alanı
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN ELSHARKAWY	Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Din Psikolojisi Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Emine İYİGÜN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokul Müdürü
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS	Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Cihangir ÖZASLAN	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği İdari Sorumlusu- Cerrahi Onkoloji Yan Dal Uzmanı
Doç. Dr. Necati ALKIŞ	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı Eğitim Görevlisi
Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR	Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Bilge BEKÇİ	Hacettepe Üniversitesi Sınıf Öğretmenliği Öğretim Üyesi
Uzm. Dr. Bektaş KAYA	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Eğitim Sorumlusu
Uzm. Dr. Mehmat Akif ÜSTÜNER	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Uzman Hekim
Psikolog Asiye ÖZKAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Klinik Psikolog
Psikolog Hüseyin KARŞIGİL	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Psikolog

EK 4

“Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi” Konulu Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın Açıklaması

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik ölçeğin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırma sonrasında elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden verilen sağlık hizmetlerinin gelişmesinde katkı sağlayacak uygulamalar ya da bilimsel yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında veriler kesinlikle kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek ya da programdan ayrılmak hakkına da sahipsiniz.

Araştırma verileri, hastaların sosyodemografik özellikleri ve ilgili sorulardan, Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. Hastalığınıza ve tedavi sürecinizle ilgili bilgiler tıbbi dosyanızdan sizin bilginiz dâhilinde alınacaktır. Çalışmada kullanılan formların uygulama süresi ve yapılan ölçümler ortalama 20-25 dakika olacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırma sonrasında elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden verilen sağlık hizmetlerinin gelişmesinde katkı sağlayacak uygulamalar ya da bilimsel yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında veriler kesinlikle kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir. Çalışmada sizin tarafınızdan yanıtlanacak sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için tüm sorulara cevap vermenizi ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Yardımcı Araştırmacı İletişim: Hemşire Münevver OTUZOĞLU T.C. Sağlık Bakanlığı Sıhhiye/Ankara Tel: 0 312 585 26 04 E-posta:munevver.otuzoglu@saglik.gov.tr	Sorumlu Araştırmacı İletişim: Doç. Dr. Melek Serpil TALAS Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara Tel: 0 312 3051580 / 120 E-posta:talas@hacettepe.edu.tr
--	---

EK 4a (Devam)

Katılımcının Beyanı:

Doç. Dr. Melek Serpil TALAS ve Hemşire Münevver OTUZOĞLU tarafından, bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim, gelişim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte Doç. Dr. Melek Serpil TALAS ve Münevver OTUZOĞLU'yu hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme Tanığı:	Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:

EK 5

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

Protokol No:

Cinsiyet:

Tanı:

Yaş:

1. Maneviyat” denince aklınıza ne gelmektedir?
2. Hastalık tanısı aldıktan sonra bir insan/birey olarak nelere ihtiyaç duydunuz?
3. Hastalık tanısını aldıktan sonra tüm yaşamınızla ilgili neleri düşündünüz ve planladınız?
4. Sizce bu hayatta var olmanızın anlamı/sebebi nedir/nelerdir?
5. Sizi yaşamaya iten güç nedir?
6. Hastalığınızdan sonra birilerini ya da bir şeyleri affettiniz mi? ve birileri tarafından ya da bir şeyler için affedilmek istediniz mi?
7. Hastalıkla ilgili mücadelenizde sığındığınız, güç aldığınız kimler?
8. Hastalığınızla mücadelenizde sevdiklerinizden neler beklemektesiniz?
9. Hastalık tanısını aldığımızda, hastalığınızı nasıl değerlendirdiniz?
10. Sizce yeniden dünyaya gelmek var mı? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
11. Yaşamın bitişinin nasıl olması gerektiğini düşünüyorsunuz?
12. Yaşamın sonu ve bitişi ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
13. Yaşamın bitişi sonrası hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
14. Hastalık tanısı almanızla birlikte, güven ve huzurunuzla ilgili beklentileriniz nelerdir?
15. Hastalığınızla ilgili mücadeleniz ve hastalığın kabulü sırasında yaptıklarınız ve gereksinimleriniz neler oldu?
16. Hastalık tanısı sonrasında manevi inançlarınızla ilgili neler yapmaya başladınız? Neler değişti?
17. Hastalık tanısı sonrasında maneviyatınızda ne gibi değişiklikler oldu?
18. Manevi değerlerinizin hastalıkla mücadelenizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
19. Hastalığınızla mücadele sırasında hangi manevi konuları bilmeye ihtiyaç duydunuz?
20. Hastalığınızla mücadelenizde sevdiklerinizden neler beklemektesiniz?
21. Maneviyatınızla ilgili sağlık personelinden ve hastaneden beklentileriniz nelerdir?

EK 6

" ONKOLOJİ HASTALARININ MANEVİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ÖLÇEĞİN GELİŞTİRİLMESİ" ÇALIŞMASININ MADDE HAVUZU HAKKINDA UZMAN GÖRÜŞ FORMU									
Adınız Soyadınız:									
Unvanınız:					Görev Yeriniz:				
NOT: Katılımcılara sorular, "Hastalık tanısı aldıktan sonra + ölçek maddesi + ihtiyaç duyarmısınız?" şeklinde sorulacaktır ve katılımcının maddeye ne kadar ihtiyaç duyduğunu tespit etmek için "hiç, çok az, orta, çok ve çok fazla" seçeneklerinden birini tercih etmesi istenecektir.									
ÖLÇEK MADDELERİ	Madde konuyu temsil ediyor mu?			Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılır mı?			Madde ifadesi yeterli mi?		
	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil
1. Size yapılan tanı ve tedavi işlemlerin ne amaçla yapıldığının, sağlık personeli tarafından anlatılmasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
2. Hastalığınız hakkında sağlık personeli tarafından detaylı bilgilendirilmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
3. Sağlık personelinin hastalığınız ile ilgili sorduğunuz sorulara cevap vermesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
4. Sağlık personelinin gülür yüzlü olmasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
5. Sağlık personelinin merhametli ve vicdanlı olmasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
6. Hastalığınız ile ilgili şüpheli olarak değerlendirilen süreçlerin en kısa sürede netleşmesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									

EK 6 (Devam)

ÖLÇEK MADDELERİ	Madde konuyu temsil ediyor mu?			Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılır mı?			Madde ifadesi yeterli mi?		
	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil
18. Şifa için Yaradan'a daha yakın olmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
19. Şifa için Yaradan'a daha fazla teslim olmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
20. Sevdiklerinizin size sürekli hasta gibi davranmalarına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
21. Sevdığınız ve çevrenizdeki insanların hasta olduğunuzu sürekli hatırlatmamasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
22. Sevdığınız insanların hasta olduğunuz için üzüntü duymamasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
23. Sevdığınız ve çevrenizdeki insanların saygı, sevgi ve şefkat göstermesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
24. Sevdığınız ve çevrenizdeki insanların gülyüz göstermesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
25. İnsanların hasta olduğunuzu öğrendiğinde, üzülen gözlerle size bakmamasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
26. Sevdiklerinizin daha fazla ilgi göstermesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
27. Tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında sevdiklerinizin sizinle birlikte hastaneye gelmesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									

EK 6 (Devam)

ÖLÇEK MADDELERİ	Madde konuyu temsil ediyor mu?			Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılır mı?			Madde ifadesi yeterli mi?		
	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil
39.Öbür alemin yakın olduğu duygusunu yenmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
40.Kelime-i Şehadet getirerek Hakk'a kavuşmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
41.Izdırıp ve acı çekmeden Hakk'a kavuşmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
42.Onurlu ve güven içinde Hakk'a kavuşmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
43.Bu dünyada kanser hastalığına sahip olduğunuz için ahirette ödüllendirilmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
44.Yaradan'ın verdiği cana en iyi şekilde bakmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
45.Yaradan'ın size emanet ettiği cana şifa vermesi için dua etmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
46.Yaradan'a olan kulluk görevinizi en iyi şekilde yerine getirmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
47.Namaz kılmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
48.Kutsal (Kuran-ı Kerim) ve manevi kitapları okumaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
50.Dua etmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									

EK 6 (Devam)

ÖLÇEK MADDELERİ	Madde konuyu temsil ediyor mu?			Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılır mı?			Madde ifadesi yeterli mi?		
	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil	Uygun	Uygun ama düzeltilmeli	Uygun değil
51. Sevdüğünüz ve çevrenizdeki insanların şifa bulmanız için dua etmesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
52. Sevdiklerinizin tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında dua etmesine									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
53. Şükretmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
54. "Niçin ben?" sorusunu sorduğunuz dönemdeki kendinizi anlamaya ve tövbe etmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
55. Sabretmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
56. Toprak, bağ, bahçe ile uğraşmaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
57. Duyulduğunuz dönemlerde ağlayarak rahatlamaya									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
58. Doğada vakit geçirmeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
59. Müzik dinlemeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
60. Tek başınıza kalıp, kendinizi dinlemeye									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									
61. Moralinizin iyi olmasına									
Düzeltilmeli ise cümle öneriniz:									

EK 7. VERİ TOPLAMA FORMU

HASTA TANITIM FORMU

Vaka No:

Tarih:

Bölüm I. Sosyodemografik özellikler

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz Kadın Erkek

3. Eğitim Durumu: İlkokul Yüksek öğretim/lisansüstü
 Ortaokul Okur-yazar değil
 Lise Okur Yazar

4. Çalışma Durumu:

İşsiz Yaş sebebiyle/tercihen emekli
 Tam zamanlı çalışma Yetersizlik nedeniyle emekli
 Yarı zamanlı çalışma İşe devamsızlık nedeniyle ayrılma
 Ev hanımı Öğrenci

5. Gelir durumunuz:

Gelir giderden fazla Gelir gidere denk Gelir giderden az

6. Medeni durumunuz

Evli Bekar Dul/Boşanmış/Ayrılmış

7. Evli ya da dul/boşanmış ise çocuk sayısı ve yaşları

8. Evli yada dul/boşanmış ise bakımını gerektiren çocuk sayısı.....

9. Evinizde şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Eş Anne Yalnız
 Çocuk/lar Baba Diğer.....
 Kardeşler

10. Hastalığınız ya da tedavinizle ilgili desteğe ihtiyacınız var mı?

Evet Hayır

11. Hastalığınız ya da tedavinizle ilgili hangi konularda desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hastane işlemleri Alışveriş
 Ev işleri Bireysel temizlik ve bakım
 Diğer.....
 Diğer..... Diğer.....
 Diğer.....

12. Hastalığınız ya da tedavinizle ilgili size sürekli bakıp destek olacak kimse var mı?

Evet Hayır

EK 7 (Devam)

13. (12. Soruya evet diyenler cevaplayacaktır) Hastalık sürecinde sosyal destek faktörleri kim/kimler?

- a) Anne
b) Baba
c) Eşi
d) Kardeşleri
i) Diğer (belirtiniz).....
- e) Çocukları
f) Arkadaş
g) Akrabalar
h) Komşular

14. Size destek olan kişi/ler sizi hangi yönlerden destekliyorlar? (Birden fazla cevap işaretlenebilecektir)

- a) Fiziksel bakım
b) Maddi destek
c) Ruhsal destek
d) Diğer.....

15 . Bakımınıza yönelik yapılan destek/destekleri nasıl buluyorsunuz?

- a) Tam olarak yeterli
b) Orta düzeyde yeterli
c) Yetersiz
d) Çok yetersiz

16. Şu anda uygulanan tedavinize (Kemoterapi, Radyoterapi, Cerrahi) ilişkin size ya da ailenize gerekli olan bilgiler verildi mi?

- a) Evet (kim?)
b) Hayır
 Hekim Hemşire Diğer.....

17. Tedaviniz ile ilgili olarak diğer hastalara danışma gereği duyduunuz mu?

- a) Evet (Hangi konularda.....)
b) Hayır

18. Ailenizde şu anda kanser olan biri var mı?

- a) Evet
(Kim:.....)
Kanser Türü:.....
b) Hayır

Bölüm II. Hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler

1. Tanı:.....

2. Hastalık tanısının konulma zamanı: ay önce

3. Hastalık için şu anda uygulanan tedavi:

- a) Kemoterapi
b) Cerrahi (Yapılan işlem:.....) Kaç kez?.....
c) Radyoterapi

4. Hastalıkla ilgili daha önce uygulanan tedaviler ve ne zaman uygulandığı:

- a) Kemoterapi
b) Cerrahi (ay önce)
c) Radyoterapi

EK 7 (Devam)

5. Ailede kanser öyküsü:

Var Yok

Yakınlığı

Hangisi

- Anne.....
 Baba.....
 Kız kardeş.....
 Erkek kardeş.....
 Amca/Dayı/Teyze/Hala.....
 Büyükanne-baba.....
 Diğer (belirtiniz).....

6. Son iki haftadır hastalığınıza bağlı yaşadığınız belirtiler ve sıklığı

a) Var (var ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz)

b) Yok

Belirtiler	Var	Yok
Yorgunluk/halsizlik		
Ağrı		
Bulantı, kusma		
Diğer		
Diğer.....		
Diğer		
Diğer		

7. Bu belirtilerin kontrolüne yönelik yapılan uygulamalar:

- İlaç alma.....
 Diğer (açıklayınız.....)

EK 8. MANEVİ BAKIM GEREKSİNİM DENEME ÖLÇEĞİ

MANEVİ BAKIM GEREKSİNİM DENEME ÖLÇEĞİ					
Sayın Katılımcı, Manevi bakım, bakımınızın önemli bir parçasıdır ve sağlık bakımı sunumu içerisinde bir insan gereksinimi olarak ele alınmalıdır. Ölçekte yer alan maddeler sizin manevi bakım ihtiyaçlarınızı belirlemek için hazırlanmıştır. Lütfen sizin için en uygun olan cevabı seçiniz.					
Hastalık tanısı aldıktan sonra.....AŞAĞIDAKİ İFADELERihtiyaç duyar mısınız?	Hiç	Çok az	Orta	Çok	Çok Fazla
1. Sağlık personeli tarafından tanı ve tedavi işlemlerinin ne amaçla yapıldığının size anlatılmasına					
2. Doktorunuz tarafından hastalığınız hakkında detaylı bilgilendirilmeye					
3. Hastalığınızla ilgili sorularınızın doktorunuzca cevaplanmasına					
4. Sağlık personelinin şefkatli ve hoşgörülü yaklaşımına					
5. Size ihtiyaç duyan sevdiklerinize gelecek oluşturabilmeniz için yeterli zamana					
6. Gelecekte ortaya çıkabilecek iyi ya da kötü sonuçları düşünmeden anı yaşamaya					
7. Kısa süreli mekan değiştirmeye ya da bulunduğunuz ortamdan uzaklaşmaya					
8. Hayatınızı sevdiklerinize göre yaşamaya					
9. Hayatı kendiniz için yaşamaya					
10. Sevdikleriniz için güçlü durmaya					
11. Şifa bulmak için Yaradan'dan güç almaya					
12. Şifa bulmak için Yaradan'a teslim olmaya					
13. Şifa bulmak için Yaradan'a daha yakın olmaya					
14. Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların hasta olduğunuzu sürekli hatırlatmamasına					
15. Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanlardan hastalığınızla mücedeleniz sırasında saygı, sevgi ve şefkat görmeye					
16. Sevdiğiniz insanların hasta olduğunuz için üzüntü duymamasına					
17. Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların tedavi sürecinizde size güler yüz göstermesine					
18. İnsanların hasta olduğunuzu öğrendiğinde, üzülen gözlerle size bakmamasına					
19. Şifa bulma sürecinizde sevdiklerinizin daha fazla ilgi göstermesine					

EK 8 (Devam)

Hastalık tanısı aldıktan sonra.....AŞAĞIDAKİ İFADELERihtiyaç duyar mısınız?		Hiç	Çok az	Orta	Çok	Çok Fazla
20.	Tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında sevdiğinizin hastanede sizinle birlikte ya da yanınızda olmasına					
21.	Hastalık tanısı öncesi yaptığınız günlük işleri yapamadığınızda sevdiğinizin anlayış göstermesine					
22.	Sevdiklerinizle daha fazla vakit geçirmeye					
23.	Sevdiklerinizle birlikte ev dışında daha fazla vakit geçirmeye					
24.	Geçmişte farkında olmadan yaptığınız hataları kabul etmeye					
25.	Kırıldığınız insanlarla yaşadıklarınızı anlamaya, anlamlandırmaya					
26.	Geçmişteki hatalarınızdan dolayı Yaradan'dan af dilemeye					
27.	Her iki dünyanın (bu dünya ve öteki dünyanın) güzel olmasına					
28.	Öbür alemin yakın olduğu duygusunu yenmeye					
29.	Izdırap ve acı çekmeden Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
30.	Başkasının bakımına muhtaç olmadan Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
31.	Hakk'a göç ederken (kavuşurken) huzurlu olmaya					
32.	Saygın bir şekilde ve güven içinde Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
33.	Dua ederek Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
34.	Yaradan'ın verdiği cana en iyi şekilde bakmaya					
35.	Yaradan'a size emanet ettiği cana şifa vermesi için dua etmeye					
36.	Yaradan'a olan kulluk görevinizi en iyi şekilde yerine getirmeye					
37.	İbadetlerinizi yerine getirmeye (Namaz kılma, hacca gitme vs.)					
38.	Maneviyatınızı güçlendirecek kitaplar okumaya					
39.	Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların şifa bulmanız için dua etmesine					
40.	Sevdiklerinizin tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında dua etmesine					
41.	Herşey için şükretmeye					
42.	Hastalığınızla ilgili "niçin ben?" sorusunu sorduğunuz dönemdeki ruh halinizi anlamaya, tövbe etmeye					

EK 8 (Devam)

Hastalık tanısı aldıktan sonra.....AŞAĞIDAKİ İFADELERihtiyaç duyar mısınız?		Hiç	Çok az	Orta	Çok	Çok Fazla
43.	Yaşadığınız herşey için sabretmeye					
44.	Toprak, bağ, bahçe ile uğraşmaya					
45.	Duyulduğunuz dönemlerde ağlayarak rahatlamaya					
46.	Doğada vakit geçirmeye					
47.	Müzik dinlemeye					
48.	Kısa süreliğine tek başınıza kalıp, kendinizi dinlemeye					
49.	Hastalığınızın günden güne iyiye gideceğini düşünmeye (umut etmeye)					
50.	Etrafınızdaki insanların size moral vermesine					
51.	Olumlu şeyler düşünmeye ve duymaya					
52.	Çevrenizden kötü haberler duymamaya					
53.	Yaşadıklarınızı anlamlandırmaya					
54.	Kendinizi ve başkalarını kırmamaya					
55.	Yaşadıklarınıza nasıl sabredecığınızı bilmeye yönelik profesyonel yardım almaya					
56.	Sağlık ekibi ve şifa bulan hastalarla bir araya gelerek, hastalığın süreçleri hakkında paylaşımlarda bulunmaya					
57.	Sizinle aynı hastalığa sahip ve tedavisi devam eden hastalar ile konuşup, paylaşımlarda bulunmaya					
58.	Bazı hayır kurumlarına ya da ihtiyacı olanlara bağışta bulunmaya					

EK 9. MANEVİ BAKIM GEREKSİNİM ÖLÇEĞİ YÖNERGESİ

“Manevi Bakım Gereksinim Ölçeği” onkoloji hastalarının manevi bakım ihtiyaçlarını belirlemek üzere geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Ölçek;

- Onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.
- Kanser tanısı nedeniyle ayaktan kemoterapi alan hastalara uygulanmaktadır.
- Ölçek toplam 24 maddeden ve 4 boyuttan oluşmaktadır.
- Ölçek puanlamasında 5’li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır.
- Ölçekte maddeleri “Hiç, çok az, orta, çok ve çok fazla” şeklinde cevaplanması gerekmektedir.
- Ölçekte tüm maddeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu nedenle maddelerin puanlaması 1’den 5’e doğru yapılmaktadır.
- Ölçekten alınan en düşük puan 24, en yüksek puan 120’dir.
- Ölçekte yer alan her bir maddenin puanlarının toplamı ölçek toplam puanını oluşturmaktadır.
- Ölçek puanının yorumlanması “ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe kişilerin manevi bakım gereksinimi artmaktadır” şeklinde yapılmaktadır. Ölçek toplam puanının yüksek olması kişinin manevi bakım ihtiyacının fazla olduğu, puanının düşük olması ise manevi bakım ihtiyacının az olduğu anlamına gelmektedir.

EK 9 (Devam)**MANEVİ BAKIM GEREKSİNİM ÖLÇEĞİ**

Sayın Katılımcı,

Manevi destek, bakımınızın önemli bir parçasıdır ve sağlık bakımı sunumu içerisinde bir insan gereksinimi olarak ele alınmalıdır. Ölçekte yer alan maddeler sizin manevi bakım ihtiyaçlarınızı belirlemek için hazırlanmıştır. Lütfen sizin için en uygun olan cevabı seçiniz.

Hastalık tanısı aldıktan sonra.....AŞAĞIDAKİ İFADELERihtiyaç duyar mısınız?		Hiç	Çok az	Orta	Çok	Çok Fazla
İnanç ve Manevi Uygulamalar						
1.	Yaradan'a olan kulluk görevinizi en iyi şekilde yerine getirmeye					
2.	İbadetlerinizi yerine getirmeye (Namaz kılma, hacca gitme vs.)					
3.	Şifa bulmak için Yaradan'a daha çok teslim olmaya					
4.	Şifa bulmak için Yaradan'a daha yakın olmaya					
5.	Şifa bulmak için Yaradan'dan güç almaya					
6.	Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların şifa bulmanız için dua etmesine					
7.	Yaradan'a size emanet ettiği cana şifa vermesi için dua etmeye					
8.	Sevdiklerinizin tanı ve tedavi işlemleriniz sırasında dua etmesine					
9.	Her şey için Yaradan'a şükretmeye					
10.	Maneviyatınızı güçlendirecek kitaplar okumaya					
11.	Yaşadığınız her şey için sabretmeye					
12.	Geçmişteki hatalarınızdan dolayı Yaradan'dan af dilemeye					
Yaşamın Sonuna Kadar Huzur ve Güven İçinde Olma						
13.	Hakk'a göç ederken (kavuşurken) huzurlu olmaya					
14.	Saygın bir şekilde ve güven içinde Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
15.	İstirap ve acı çekmeden Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					
16.	Başkasının bakımına muhtaç olmadan Hakk'a göç etmeye (kavuşmaya)					

EK 9 (Devam)

Hastalık tanısı aldıktan sonra.....AŞAĞIDAKİ İFADELERihtiyaç duyar mısınız?		Hiç	Çok az	Orta	Çok	Çok Fazla
Yakınların Sevgi ve Desteği						
17.	Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanlardan hastalığınızla mücadeleniz sırasında saygı, sevgi ve şefkat görmeye					
18.	Sevdiğiniz ve çevrenizdeki insanların tedavi sürecinizde size güler yüz göstermesine					
19.	Hastalık tanısı öncesi yaptığımız günlük işleri yapamadığımızda sevdiklerinizin anlayış göstermesine					
20.	Şifa bulma sürecinizde sevdiklerinizin daha fazla ilgi göstermesine					
21.	Sevdiklerinizle daha fazla vakit geçirmeye					
Sağlığı Konusunda Bilgilendirilme						
22.	Doktorunuz tarafından hastalığınız hakkında detaylı bilgilendirilmeye					
23.	Sağlık personeli tarafından tanı ve tedavi işlemlerinin ne amaçla yapıldığının size anlatılmasına					
24.	Hastalığınızla ilgili sorularımızın doktorunuzca cevaplanmasına					

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Münevver OTUZOĞLU

Doğum Tarihi: 09.06.1984

Doğum Yeri: Ankara

Unvanı: Hemşire

E mail: munevver.otuzoglu@saglik.gov.tr

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Doktora	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Hacettepe Üniversitesi	2013-
Y. Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Başkent Üniversitesi	2008-2010
Lisans	Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik (Burslu)	Başkent Üniversitesi	2002-2007

Mesleki Deneyim

- 2016 - : Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık İnsan Gücü Planlama, İstatistik ve Analiz Daire Başkanlığı
 - Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (17 ay)
- 2014 - 2016 : Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
- Personel İstatistik Birimi (10 ay)
 - Eğitim Birimi (14 ay)
- 2011- 2014 : Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH.
- Eğitim Hemşireliği (1,5yıl)
 - Enfeksiyon Kontrol Komite Hemşireliği (1,5 Yıl)

- Genel Pediatri Yoğun Bakım Hemşireliği (1,5 Ay)

2007- 2011 : Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi

- Erişkin Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi (4 Yıl)
- Kadın- Doğum ve Onkoloji Servisi (2 ay)

Yüksek Lisans Tez Konusu:

Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Entübe Hastalarda Resimli İletişim Materyalinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Yabancı Dil: İngilizce (ÜDS: 72.5-YÖKDİL: 73.5)

ALES: 70,69

Bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında yer alan sözel bildiriler

- Sağ, İ., **Otuzoğlu M.**, Diktaş, H., Aydın, M.A. (2017). Sağlık turistleri sağlık turizm destinasyonu olarak neden Türkiye'yi tercih ediyor? Uluslararası Uygulamalı Sosyal Bilimler Kongresi, Uşak.
- Küçük, S., 1, Korkmaz, Z., Kayademir, N., **Otuzoğlu, M.** (2017). Knowledge levels of health professionals related to diagnosis, announcement and legal process in child sexual abuse. World Summit on Pediatrics, Rome.
- **Otuzoğlu M.** (2013) Yanık hastalarının kontaminasyonunda detayların önemi, II Ulusal Çocuk Yanıkları Kongresi, Antalya.

Bilimsel Yayınlar/Makaleler

- **Otuzoğlu M.**, Karahan A. (2013) Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. International Journal of Nursing Practice.
- Sönmezer M., Gülhan B, **Otuzoğlu M.** ve ark. (2014) Pediatri Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Personelinin El Hijyenine Uyumunun Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. Sayı (2) Cilt:8
- Yıldırım HH, Konca M, Aydın MA, Diktaş H, **Otuzoğlu M.** ve Okumuş N. (2017). Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.

Çalıştay ve Seminerler

- İleri Yaş ve Engelli Bakım Turizmi Hakkında Yönetmelik Taslağının Geliştirilmesine Yönelik Mevzuat ve Standart Çalıştay- Katılımcı-2017.
- 2. Uluslararası Termal Sağlık Turizmi Zirvesi- Türkiye’de Sağlık Turizmi Konulu Konuşmacı-2017.
- Stratejik Sağlık Turizmi Eylem Planı Çalıştay- Türkiye’de Sağlık Turizmi Konulu Konuşmacı -2017.
- Kaplıca Çalıştay- Türkiye’de Termal Sağlık Turizmi Konulu Konuşmacı- 2016
- Türk Diş Hekimleri Derneği- Sağlık Turizmi ve Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerine Yansımaları Çalışma Grubu -Katılımcı -2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu- Hastanelerde Manevi Destek Hizmetleri Çalıştay- Katılımcı-2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Kamu-Sen’in ortak olarak düzenlendiği Hemşireler Haftası semineri- Hasta ile İletişim Konulu Konuşmacı. Kuzey Kıbrıs. 2015.

Sertifikalar:

- Çocukta İleri Yaşam Desteği Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 2013.
- 5.Dezenfeksiyon Sterilizasyon Antisepsi Okulu Sertifikası, Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği, 2012.
- Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifikasyon Kursu, Sağlık Bakanlığı, 2012.