



**CERRAHİ ONKOLOJİK HASTALARDA
SPİRİTUALİTE ve YAŞAM KALİTESİ**

HATİCE ÖNER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
2012**

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

**CERRAHİ ONKOLOJİK HASTALARDA
SPİRİTUALİTE ve YAŞAM KALİTESİ**

HATİCE ÖNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ**

**SİVAS
2012**

Bu alışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

ye (Başkan-Danışman)

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

ye

Prof. Dr. Metin şEN

ye

Doç. Dr. Meral KELLECI

ONAY

Bu tez çalışması 02.07.2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ali Altuğ BIÇAKÇI
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

CERRAHİ ONKOLOJİK HASTALARDA SPİRİTUALİTE ve YAŞAM KALİTESİ

Hatice ÖNER

Yüksek Lisans Tezi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2012, 108 sayfa

Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Onkoloji Merkezi'nde kanser hastalığı nedeniyle tedavi alan hastalarda spiritual iyilik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

Araştırmanın örneklemini kanser hastalığı nedeniyle Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde ameliyat olan ve Onkoloji Merkezi'nde kemoterapi alan 150 hasta oluşturdu. Veriler, Anket Formu ile hastaların yaşam kalitesi ve spiritualite/spiritual iyilik düzeyini belirlemek üzere düzenlenmiş Kronik Hastalık Tedavisinin Fonsiyonel Değerlendirmesi–Spiritual İyilik Ölçeği-Versiyon 4 (FACIT-Sp-Version 4-The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale) ile toplandı. Formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında Independent Sample t-Test, Kruskal Wallis Test, Mann-Whitney U Test, Tukey Testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53.4 ± 9.4 idi. Hastaların %61.3'ü kadın, %38.7'i erkekti. Hastaların %94.7'si evli, %25.3'ü okur-yazar değildi. Hastaların %92.0'si hastalığının ne olduğunu biliyordu. %96.7'si kendilerini yaşamak için iten bir gücün var olduğunu ve %8.0'i bu gücün kendisi, %59.3'ü başkaları ile olan ilişki, %20.7'si tanrı/ulu güç ile olan ilişki ve %30.0'u ilgi/bağlanmışlık olduğunu belirtti.

Yaşam kalitesinin cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, yaşadığı kişiler, gelir düzeyi, yaşamak için iten güç olup olmadığı, daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyim yaşama durumu ile pozitif yönde ilişkili olduğu ($p < 0.05$) belirlendi. Spiritual iyilik durumunun ise cinsiyet, çalışma durumu, yaşadığı kişiler, yaşamak için iten güç olup olmadığı, daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyimi yaşama durumu ile pozitif yönde ilişkili olduğu ($p < 0.05$) bulundu. Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (64.94 ± 1.84) ve spiritual iyilik toplam puan ortalamasının (31.88 ± 8.44) orta

düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Yaşam kalitesi ile spiritualite arasında aynı yönlü pozitif bir ilişki olduğu belirlendi ($r = 0.619$, $p=0.000$).

Anahtar Kelimeler: Kanser, spiritualite, spiritual iyilik, yaşam kalitesi, hemşirelik.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE AND SPIRITUALITY ON THE ONCOLOGY SURGICAL PATIENTS

Master of Science Thesis, Department of Nursing on Surgical Diseases

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Meryem YILMAZ

2012, 108 pages

This study is carried out in a descriptive and cross-sectional way on the patients who have taken treatment because of cancer with the aim of examining the relationship between spiritual well-being and quality of life in the Department of Oncology Centre and General Surgery Clinic in Research-Application Hospital of Cumhuriyet University.

The sample of the research composed of 150 patients who were operated due to cancer at the General Surgery Clinic of Research-Application Hospital of Cumhuriyet University and were taken chemotherapy treatment at the Department of Radiation Oncology Chemotherapy Unit. Data are collected with Questionnaire Form and Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale) that is arranged to determine patients' the level of quality of life and spirituality/spiritual well-being. Forms with face to face interviews are applied by the researcher. The data obtained from the research are evaluated in SPSS 16.0 program on computer in the using of Independent Sample t-Test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, Tukey Test and Pearson Correlations. 150 patients are included in the study.

The mean age of patients is 53.4 ± 9.4 . Of totally 150 patients, 61.3% are female, 94.7% are married, 25.3 % are not literate. 92.0% of the patients know what it is the disease. 96.7% of patients say that they have a force which pushes them to live. 8.0% of those who say that they have a force pushing them to live claimed that the power is in their self; 59.3% of them, the association with others; 20.7% of them, the god/relationship with the supreme power and 30.0% of them the relatedness/connectedness.

The quality of life is determined to be positively associated with the individual's sex, his/her educational status, his/her place of residence, whom he/she lived, his/her level of income, being a force pushing him back to life, not having a negative

experience previously ($p < 0.05$). Spiritual well-being is also determined to be positively associated with the individual's sex, his/her status of employment, whom he/she lived, being a force pushing him back to life, not having a negative experience previously ($p < 0.05$). The mean total score of the patients' quality of life (64.94 ± 1.84) and spiritual well-being (31.88 ± 8.44) is determined to be over the medium level. A positive correlation in the same way is observed between quality of life and spiritual well-being.

Key Words: Cancer, spirituality, spiritual well-being, quality of life, nursing.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesini benden hiç esirgemeyen, eğitimimde büyük emek ve katkısı olan, hayata bakış açımı genişleten, her anlamda yolumu aydınlatan, yalnızca tez sürecinde değil her zaman beni destekleyen, düştüğümde elimden tutup ayağa kaldıran, hümanistliği ile beni kendisine hayran bırakan, asistanı olmaktan gurur ve onur duyduğum danışman hocam

Sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Tezin istatistiksel yorumuna katkı veren hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak destekleyen, varlığını her zaman yanımda hissettiğim, yoluma ışık tutan, yaşamımda her zaman özel bir yere sahip olacak olan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Yazile SAYIN' a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Desteğini hiç esirgemeyen, her zaman yol gösteren hocam Sayın Prof. Dr. Suphi MÜDERRİS' e teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Tez sürecinde ilgi, bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan Sayın Prof. Dr. Metin ŞEN' e teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Bu zorlu yaşam sürecinde yanımda olarak bana güç veren, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, beni dinlemekten hiç yorulmayan, omzunda güven bulduğum sevgili arkadaşlarım; Ayşe ARIKAN DÖNMEZ, Serpil UÇAR, Eylem GANI, Rukiye YASAK, Özgül BOZKURT TUNCER, Dilara ARSLAN, Fatma ÖZKAN TUNCAY, Özer AYDIN ve Yeşim KESMEN' e desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim. İyi ki hayatımdasınız...

Beni hep destekleyen ve gücümün farkında olmamı sağlayan abim, arkadaşım, dostum Sayın Uzm. Dr. Murat AYDIN'a sonsuz teşekkür ederim.

Sahip olduğum her şeyi borçlu olduğum, bana her zaman güvenen, yüreğimdeki en önemli yere sahip olan annem Sadegül ÖNER ve babam Fahri ÖNER' e; bana duydukları güven ve verdikleri ümit için kardeşlerim Murat, Sevda ve Özgür'e sonsuz teşekkür ederim.

HATİCE ÖNER

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Literatürde Hemşirelik ve Sağlıkla İlişkili Spiritualite	14
---	----

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Kanser, Spiritualite ve Yaşam Kalitesi: Literatür İncelemesi.....	23
Tablo 2. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 3. Hastaların Yaş Durumuna Göre Dağılımı	36
Tablo 4. Hastaların Hastalık ve Tedavilerine İlişkin Bilgileri.....	37
Tablo 5. Hastaların Spiritulite Kavramı ile İlgili Görüşleri.....	38
Tablo 6. Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 7. Hastaların Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	40
Tablo 8. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	42
Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	44
Tablo 11. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	45
Tablo 12. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişiler ile Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	46
Tablo 13. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 14. Hastaların Gelir Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	49
Tablo 15. Hastalığını Bilme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	51
Tablo 16. Hastaların Tanılarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 17. Hastaların Tanı Alma Zamanına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	53
Tablo 18. Hastaların Metastaz Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	55
Tablo 19. Hastaların Ameliyat Olma Sayısına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyiilik Puan Ortalamaları	56

Tablo 20. Hastaların Bu Hastalık Nedeniyle En Son Ameliyat Olma Zamanına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 21. Hastaların Yaşamak İçin İten Gücü Olup Olmamasına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 22. Hastaların Olumsuz Bir Yaşam Olayı Deneyimi Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 23. Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	34
--	----

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi, Tanımı ve Etkileri	4
2.1.2. Kanserın Psikososyal Etkileri	5
2.1.3. Kanser Tedavisine Bağlı Yaşanan Sorunlar.....	6
2.1.3.1. Tanı Aşamasında Yaşanan Sorunlar.....	6
2.1.3.2. Tedavi Aşamasında Yaşanan Sorunlar.....	7
2.1.3.3. Tedavi Sonrası Yaşanan Sorunlar	8
2.2. Yaşam Kalitesi	8
2.2.1. Yaşam Kalitesi Tarihçesi ve Tanımı	8
2.2.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar	9
2.2.3. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar	10
2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	10
2.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	11
2.4. Spiritualite	13
2.4.1. Spiritualite Tanımı ve Tarihçesi	13
2.4.2. Spiritualite Tanımında Yer Alan Kavramlar	15
2.4.2.1. Bireyin kendisi, başkaları ve “Tanrı/Ulu güç” Kavramı.....	15
2.4.2.2. Yaşamın anlamı ve amacı	16
2.4.2.3. İlgi/bağlanmışlık	16
2.4.3. Spiritualite ve Din Kavramı	16
2.5. Spiritualite, Kanser Hastalığı ve Yaşam Kalitesi	18
3. KANSER, SPİRİTUALİTE VE YAŞAM KALİTESİ: LİTERATÜR İNCELEMESİ	23
4. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4.1. Araştırmanın Şekli	29
4.2. Araştırma Sorusu	29
4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Özellikleri ve Zaman	29
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleminin Özellikleri	29
4.5. Etik Onay	30
4.6. Verilerin Toplanması	30
4.6.1. Anket Formu	30
4.6.2. Yaşam Kalitesi ve Spiritualite/Spiritual İyiliğin Değerlendirilmesi.....	31

4.6.2.1. FACIT-Sp-Version 4: Kronik Hastalıkların Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi–Spiritual İyilik Ölçeği - Version 4 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scala-Versiyon 4)	31
4.7. Veri Toplama Formu ve Ölçeklerin Uygulanması	32
4.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
5. ARAşTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	34
6. BULGULAR.....	35
7. TARTIşMA.....	62
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR	74
ÖZGEÇMİş	85
EKLER	
EK-1. Anket Formu.....	86
EK-2. FACIT-Sp-Version 4: Kronik Hastalıkların Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi–Spiritual İyilik Ölçeği-Version 4 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scala – Versiyon 4)	88
EK-3. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	91
EK-4. Etik Kurul Onay Formu	92

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve IARC (Uluslar arası Kanser Araştırmaları Kurumu) verilerine göre 2008 yılında dünyada 12.4 milyon kişiye kanser tanısı konulduğu, 2030 yılında ise 26 milyondan fazla insana kanser tanısı konulacağı tahmin edildiği belirtilmektedir (Boyle ve Levin, 2008). Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın 2005 verilerine göre Türkiye'de kanser insidansı 173.85/100.000 olarak belirlenmiştir (<http://www.saglik.gov.tr>). Kanser; yavaş başlayan, kademeli olarak çok uzun süre belirsizce ilerleyen, aşırı duyarlılık, kırılabilirlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandıran kronik bir hastalıktır (Jafari ve ark., 2010). Kanser tanısı ve tedavisi sırasında fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak yaşanan stres kanser hastalarında, öfke, endişe, korku, anksiyete, depresyon, üzüntü ve umutsuzluk gibi ciddi distres (sıkıntı) yaşamalarına neden olabilmektedir (Andrykowski ve ark., 2008). Kanser gibi tedavisi uzun süreli olan, yaşam kalitesini azaltan durumlarda hastanın sosyal ve spiritual gereksinimi de artar (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).

Kanser tanısı almak bireyi sağlıklı yaşatılardan ayıran bir durum (Özkan ve Açılalar, 2009) olmakla birlikte, birey için yaşamın anlam duygusunu tehdit etmektedir (Visser ve ark., 2010). Kanser, yaşamı tehdit eden bir hastalık olması, kişinin yaşamında çeşitli değişikliklere yol açması (Girardin, 2000), gelecekle ilişkili yapılan planlarında yıkıma neden olması, var olan uyum mekanizmalarını sarsması nedeniyle birey yaşamının tüm boyutlarını yeniden mercek altına almaktadır (Vachon, 2008).

Literatürde spiritual değerlerin kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıkları önlediği, psikolojik ve fiziksel hastalıklarla başa çıkma ve cerrahi hastalarının iyileşmesi üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Peterman ve ark., 2002). Ayrıca bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendini üst düzeyde ortaya koymasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığından (Gordon, 1982; Hall, 2006) distresi azaltıp hastalığa uyumu artırarak spiritual iyiliği ve yaşam kalitesinin yükselmesine doğrudan katkı verdiği vurgulanmaktadır (Visser ve ark., 2010).

Günümüzde dini içine alan ancak dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş boyuta sahip, yaşamın anlamını ve amacını aramayı içeren bir kavram olarak tanımlanan spiritualite (Baldacchino ve Draper, 2001; Narayanasamy ve Owens, 2001), her bireyin günlük yaşamında var olmakla birlikte, özellikle yaşamın tehdit edildiği bir hastalık varlığında daha öne çıkmaktadır (Surbone ve Baider, 2010). Tehdit edici bir olay karşısında bireylerin yaşamın anlamını bulmaya çalışma çabası yaygındır (Bedel,

2009). Kanser tanısı alan bir çok hastanın, hastalık ve tedavisi ile baş edebilmek için dini ve spiritual baş etmeye yöneldikleri, spiritualiteyi bir güç kaynağı olarak kullandıkları (Flannelly ve ark., 2002; Sheehan, 2005; Canada ve ark., 2008; Woll ve ark., 2008), bu nedenle de uyum için spiritual boyutun çok önemli olduğu (Frick ve ark., 2006) bildirilmektedir. Bir araştırmada (Baker, 2003), spiritual inanç ve uygulamaların ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğu belirtilmektedir. Spiritual destek ve dindarlığın ileri kanser hastalarının yaşam sonu tedavi seçenekleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini belirlemek üzerine yapılan bir çalışmada (Balboni ve ark., 2007), spiritual desteğin, hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde etkisi olduğu, hastalığı ilahi bir ceza olarak algılayan hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı sonucu ortaya çıkmıştır. FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being) ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada (Brady ve ark., 1999) spiritual iyilik ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde önemli ölçüde bir ilişki olduğu, ayrıca spiritual iyiliğin hastaların yaşadıkları semptomlara rağmen yaşamdan zevk almasını sağladığı belirlenmiştir. FACIT-Sp kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da yaşam kalitesi üzerinde inanç, anlam ve barış arasında pozitif yönde ilişki bulunurken, inancın yaşam kalitesi üzerine indirekt olarak pozitif, ancak kısmi korelasyonda negatif etkisi olduğu görülmüştür (Canada ve ark., 2008). Peterman ve ark'nın (2002) kanser ve HIV hastaları ile yaptıkları çalışmada, FACIT-Sp inanç skoru yüksek hastaların anksiyete, depresyon ve ruh hali (mood) bozukluklarının düşük olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada (Miller, 2005), birçok hastanın manevi konularla ilgili konuşmaya istekli oldukları ve %59'unun spiritual gereksinimleri ile ilgili yardım istedikleri gösterilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçümlerinde/değerlendirilmesinde genellikle temel olarak fiziksel, emosyonel, sosyal ve fonksiyonel boyut yer almaktadır. Onkolojide yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeklerde spiritual boyut bulunmamaktadır ancak, spiritual boyutun yaşam kalitesinin temel konulardan biri olması gerektiği vurgulanmaktadır (Brady ve ark., 1999). Literatürde spiritualite ve dinin, bireylerin fiziksel ve emosyonel iyiliğine önemli oranda katkı sağladığı (Canada ve ark., 2008), kanser hastalarının kanserle baş etmesinde ve yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Brady ve ark., 1999). Kanserlin yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olması, hastalara acı vermesi ve yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemesi nedeniyle spiritual iyiliği geliştirmenin (Jafari ve ark., 2010) ve yaşamın anlamını

artıracak girişimlerin planlanmasının önemli olduğu bildirilmektedir (Canada ve ark., 2008).

Spiritual gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olup ölçülmesi güçtür. Bu nedenle bireyin bakımında, somut ve ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelikle ele alınmaktadır. Spiritual gereksinimler, spiritual yoksunluğu azaltacak veya bireyin spiritual gücünü destekleyecek gereksinimler olmakla beraber spiritual gereksinimlerin belirlenmesi ve uygun bakımın sağlanması, hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Akgün Kostak, 2007). Sağlık profesyonelleri, yaşamın anlamını arayan hastalara yardımcı olmak için maalesef eğitim ve tecrübeleri yetersizdir (Wasner ve ark., 2005). Onkoloji hemşirelerinin çoğu hastaların manevi gereksinimlerinin önemini farkında olmalarına rağmen spiritual bakım sağlayan hemşire sayısı azdır (Taylor, 2003).

Ülkemizde, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%65.2) spiritualite ile ilgili bilgisinin olmadığı ortaya çıkmıştır (Yılmaz ve Okyay, 2009). Ülkemizde, onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da (Akgün Kostak, 2007), hemşirelerin % 66.7'si spiritual sağlığın fiziksel sağlığı etkilediğini ve hastaların dini fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için yardımcı olunması gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Türkiye’de çeşitli kronik hastalıkların (Mollaoğlu ve ark., 2001; Demir ve ark., 2003; Soyuyğit ve ark., 2006; Yılmaz ve Oyan, 2009) ve kanser hastalarının (Gültekin ve ark., 2008; Yeter ve ark., 2009; Zapanalıoğlu ve ark., 2009) yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çok çalışma bulunmaktadır. Ancak spiritualite kavramını açıklamaya yönelik (Akgün Kostak, 2007; Yılmaz, 2011) ve hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin incelendiği (Yılmaz ve Okyay, 2009) sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastaların spiritualite/spiritual iyilikleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemeye yönelik çalışmaya ise rastlanılamamıştır. Bu çalışmada, kanser hastalarında spiritual boyutun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi sonucunda elde edilen veriler, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için planlanan ve yapılan hemşirelik girişimlerine katkı verebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite/spiritual iyilik ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi, Tanımı ve Etkileri

Kanser dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de ölüme neden olan hastalıklarda kalp hastalıklarından sonra kanser ikinci sırada yer almaktadır (Sarı ve ark., 2010)

Dünyada her yıl 10 milyondan fazla yeni kanser olgusu ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün verilerine göre, dünyada her yıl 6 milyondan fazla insan kansere yakalanmakta ve 5 milyon dolayında insan kanserden ölmektedir (www.who.int/cancer/en/). International Agency for Research on Cancer (IARC) verilerine göre ise tüm dünyada erkekler için kaba kanser hızı 185/100.000, kadınlar için ise 164/100.000’dir (<http://www.iarc.fr/index.php>). Kanseri erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açmakta ve ABD verilerine göre 85 yaş altındaki insanlarda tüm ölüm nedenleri arasında 2010 yılı itibarı ile birinci sırada yer almaktadır (Jemal, 2010; Kutlu ve ark., 2011). Kanserden ölümlerin yaklaşık %70’i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Dünya genelinde kanserden ölümlerin artacağı ve 2030 yılında kanser nedeniyle 13.1 milyondan fazla insanın öleceği tahmin edilmektedir (www.who.int/cancer/en/).

Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikleri, psikolojik ve ruhsal sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (Kim ve ark., 2006). Yavaş başlayan, sürekli olarak kademeli bir şekilde ilerleyen kanser (Öz, 2001; Willener ve Hantikainen, 2005; Jafari ve ark., 2010), aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandıran (Öz, 2001; Jafari ve ark., 2010), hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik, manevi olarak pek çok sıkıntıya neden olan (Sarı ve ark., 2010), hastayı ve ailesini fiziksel ve duygusal olarak zorlayan (Tavoli ve ark., 2007; Güleç ve Büyükkınacı, 2011), tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen kesin tedavisi olmaması nedeniyle hastalar için oldukça korkutucu bir anlam taşıyan (Usta Yeşilbakan ve ark., 2005), biyomedikal gelişmelere rağmen hala ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülen bir hastalıktır (Tavoli ve ark., 2007).

Kanser milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında hastalığın tanı ve tedavi sürecinde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu

bir hastalıktır (Kutlu ve ark., 2011). Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmak bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratarak (McMillan ve ark., 2005; Çivi ve ark., 2011) hastanın zorlu bir başa çıkma dönemine girmesine neden olmaktadır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Lederberg'in (2005) belirttiğine göre kanser, hastanın felaket haberlerine hızla uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılır. Lederberg (2005) ve Zisook ve Zisook (2005) hastaların bu stres ile başa çıkabilmelerinin, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, tahmin edilen seyri gibi tıbbi faktörlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi ve fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti, yaşamının gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlar gibi kişisel faktörlere, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmasına ve sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlı olacağını belirtmişlerdir. Hasta ve ailesi ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler nedeniyle ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar. Kanserden etkilenen birey yaşamını kontrol altında tutma yeteneğindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış, aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşmektedir (Boyle ve Levin, 2008). Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda kanser hastalarının önemli bir bölümünde normal reaksiyonların ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak nitelendirilebilecek semptomların ortaya çıktığı belirlenmiştir (McMillan ve ark., 2005; Öz, 2001).

2.1.2. Kanserın Psikososyal Etkileri

Kanser hastalığı hastalarda hastalığın belirsizliği, tedavinin yan etkileri, fiziksel semptomlardan ölme, yakın ilişkilerin bozulması, beden imgesi değişiklikleri, hastalığın tekrarlama endişesi ve savunmasız bırakılması gibi önemli zorlanmalar yaratır (Visser ve ark., 2010). Kanser tanısı konulmasıyla birlikte hastanın yaşam biçimi değişecek, hasta ve ailesi ekonomik güçlüklerle karşı karşıya gelecek, aile içindeki rollerde farklılaşmalarla, geleceğe yönelik belirsiz ve korku dolu düşüncelerle karşılaşacaktır. Tüm bu olumsuz değişiklikler hasta ve ailesinde kaygı, keder ve depresyona yol açabilmektedir. Kanserın genellikle ölümü çağrıştırmamasından kaynaklanan ciddi kriz ve kaygıların yanısıra tedavi sürecindeki cerrahi girişimlerin, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin de psikolojik ve nörolojik yan etkileri bilinmektedir. Tanının konmasına yönelik girişimlerle başlayan endişeli bekleyiş ve diğer psikolojik duygular her aşamada

devam etmektedir (Savcı, 2006). Kanser hastaları, tanı, tedavi ve rehabilitasyon dönemlerinde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve uyuma dönüktür. Bozukluk veya uyumsuzluk söz konusu olduğunda ise genellikle psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerekir (Eylen, 2001).

Kanser içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi günlük yaşamından kopartan bir yük taşır. Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında başlangıçta şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların hakim olduğu yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Nadiren de kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tablo olarak depresyona dönüşür (Elbi, 2001).

2.1.3. Kanser Tedavisine Bağlı Yaşanan Sorunlar

Kanser tanı ve tedavisi sırasında hastalar fiziksel, sosyal, psikolojik ve varoluşsal stres yaşamaktadır. Bu çoklu ve genellikle kronik stresörler kanser hastalarının öfke, endişe, korku, anksiyete, depresyon, üzüntü ve umutsuzluk gibi çeşitli psikolojik tepkileri kapsayan ciddi distres (sıkıntı) yaşamasına neden olmaktadır (Andrykowski ve ark., 2008).

Kanser hastası hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadır (Usta Yeşilbakan ve ark., 2005; Akdemir, 2003). Bu gibi semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ve tedavi önerilerine uyumu azaltabildiği saptanmıştır (Usta Yeşilbakan ve ark., 2005).

2.1.3.1. Tanı Aşamasında Yaşanan Sorunlar

Tanı öncesinde kanser şüphesi ilk konuşulduğunda hastada korku, endişe, hayal kırıklığı, bağımlı olma, bir işe yaramama, izolasyon ve ölüm düşünceleri yoğunlaşır. Bu evrede aynı zamanda tanı ile ilgili gerekli tetkikler başlar (Savcı, 2006).

İnsanlar kanser tanısı aldıklarında birçok tepki gösterebilir. İlk aşamada en yaygın tepki, şok ve inanmamadır. “Bu gerçek olamaz!”,”Bir hata olmalı!”,”Sonuçların karıştığına eminim”, “Bu benim başıma gelmiş olamaz!” şeklindeki inanmama, kişiye zaman kazandıran bir koruyucu olabilir. Bu dönemde gerçeğin kabul edilmemesi,

katlanılması çok güç olan bu gerçeğin oluşturduğu kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Kişiyeye göre bu süreç, birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzayabilir. Hasta gerçeği reddederek, olmamış gibi düşünerek, kendini dayanılmaz kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastanın önceden psikolojik açıdan hazırlanması, duygusal ve sosyal destek öğelerinin sağlanarak kişiyeye tanısının yavaş yavaş söylenmesi daha doğru olabilir. İkinci aşamada hastada tepki fazladır. Kişi kanser gerçeği ile doğrudan yüzleşmeye başlar ve ona emosyonel tepki gösterir. Bu dönemde temel tepki kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri, bedene yabancılaşma duyguları bu kaygının temel öğeleridir. Bu dönemde sıklıkla huzursuzluk ve korku baş gösterir. “Ne yapabilirim?”, “Çıkış yolu bulamıyorum!” düşünceleri yoğundur. Uyku düzensizlikleri ortaya çıkabilir ve günlük aktivitelere yoğunlaşmak neredeyse imkânsızdır. Ağrılar içinde ölmek, vücut şeklini değiştirecek bir ameliyatın gerekmesi, başkalarına bağımlı olmak, aile ve arkadaşlarının desteğini kaybetmek gibi korkular hakimdir. Bu dönem genellikle bir ya da iki hafta sürer ve tedavinin başlamasıyla ve hastanın umudunu kazanmasıyla sonlanır. Üçüncü aşama, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği, genellikle tedavinin başlamasıyla gelen bir şeyler yapabiliyor olmanın sağladığı rahatlama ve uyum dönemidir. Hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, var oluşunu yeniden yorumlamaya başlar. İnsanlar tedavinin başlamasıyla çok daha iyimser olurlar ve aktif olarak kanserle savaşmaya başlarlar (Eylen, 2001; Özkan ve Açlalar, 2009).

2.1.3.2. Tedavi Aşamasında Yaşanan Sorunlar

Tedavi aşamasında tedavi evresi ile birlikte birçok ileri tetkik ve tedavi yöntemleri gündeme gelir. Hasta bu dönemde tedavi yöntemleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi) ve bunların yaratabileceği yan etkiler konusunda kaygı duyar. Kanser tanısı almak gelecekle ilgili belirsizlikleri getirir, kemoterapi ise yan etkileri nedeniyle yeni korkular ekler. Kemoterapiye bağlı bulantı, kusma, saç kaybı, kilo kaybı, iştahsızlık gibi fiziksel yan etkiler, kemik iliği supresyonu ve enfeksiyon riskinden dolayı olan zorunlu izolasyon durumları hastanın psikolojik durumunu daha da kötüleştirir (Onat ve Mandel, 2002). Kanserinin cerrahi olarak tedavisi sonucunda bireyde oluşan bedensel ve işlevsel değişimler her birey için farklı anlam taşıdığından bireylerin tepkileri de farklıdır. Hastalığın yol açtığı değişimlere daha kolay uyum yapabilmesi için hasta bu süreçte daha fazla bilgiye gereksinim duyar. Hastanın gereksinimi olan bilgiyi hazır

oluş düzeyine göre verme, evde iyileşme dönemi öncesi görülebilecek olaylar hakkında gerçekçi bir bilişsel şema çizmesine yardım eder. Bu bilişsel şema hastanın durumundaki her değişikliği değerlendirmesini ve ne yapıp ne yapmaması gerektiğine karar vermesini kolaylaştırır. Oysa, bireyin değişen durumuna ilişkin bilgi eksikliği belirsizlik durumunu artırabilir, belirsizliğin daha çok algılanması ise bireyin evde bakımının daha stresli algılanmasına yol açabilir ve uyumunu zorlaştırabilir. Bu nedenle, taburculuk eğitimi hastanın gereksinimi olan bilgiyi kapsamalıdır. Böylece karşılanan bu gereksinim ile bireyin belirsizlik düzeyi azalabilir ve hastalığı ile birlikte yaşamasını, evde bakımına katılımını ve uyumunu olumlu olarak etkileyebilir (Öz, 2001). Cerrahi girişimler hastada özürlülük duygusu yaratabilir. Örneğin; hasta kaybolan bir meme, uterus ya da bir bacağıın yasını tutabilir. Ancak hastalığın yaşamı tehdit edici boyutu ön planda olduğu için vücut görünümüne ait endişeler ikinci planda kalır. Cerrahi tedavi ile hasta, sağlıklı çalışma koşullarındaki aktivitelerini, işini, sosyal çevresini, cinselliğini ve hareket edebilirliğini kaybedebilir. Bu durum postoperatif dönemde depresyona yol açabilir (Onat ve Mandel, 2002).

2.1.3.3. Tedavi Sonrası Yaşanan Sorunlar

Tedavi sonrası dönemde hastalığa veya tedavi yöntemlerine bağlı olarak gelişebilen sekeller, hastalığın tekrarlama olasılığı, bazı kanser türleri için sık aralıklarla yapılan kontroller ve bu kontroller sırasında yapılan invaziv müdahaleler hasta üzerinde bir anksiyete oluşturarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle hastalığın ilk 6 ayında ve kemoterapi alınan dönemde yaşanan fiziksel ve emosyonel stres tedavi sonrasında da hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Carter ve ark., 1997; Rustoen ve ark., 1999; Greimel ve ark., 2002; Thome ve Hallberg, 2004).

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesi Tarihçesi ve Tanımı

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi birçok alanda çok eski zamanlara kadar dayandığı belirtilmektedir (Müezzinoğlu, 2005; Kılıçkap, 2009). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005; Karayurt ve ark., 2008).

Yaşam kalitesini, pek çok alanı (domain) kapsayan çok faktörlü bir kavram olması ve toplumlar arasında önemli farklılıklar görülebildiği gibi aynı toplumdaki bireyler arasında da farklılık görülebildiğinden tanımlamak oldukça güçtür (Müezzinoğlu, 2005). Bir tanıma göre yaşam kalitesi, bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur (Kvale ve ark., 2003). Yaşam kalitesinin, "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlandığı ve kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsadığı da belirtilmiştir (Subaşı, 2010). Çok boyutlu ve subjektif bir kavram olan yaşam kalitesi ölçümlerinde hangi boyutların ölçülmesi konusunda hala bir tartışma bulunmaktadır. Birçok uzman yaşam kalitesini birkaç anahtar boyutu kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak belirtmişlerdir. Bunlar;

1. Fiziksel fonksiyon: Hastanın öz bakım aktivitesini, fonksiyonel durumunu, fiziksel aktivitesini ve iş-aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.
2. Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, saç dökülmesi vb. tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.
3. Psikolojik fonksiyon: Hastalık ve tedavisine bağlı olarak gelişen psikolojik sorunların değerlendirilmesini kapsar.
4. Sosyal fonksiyon: Normal sosyal aktivitelerde kesilme olup olmadığını araştırır (Morales ve Kettel, 1996; Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999).

2.2.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini yükseltmek için, sağlık profesyonelleri gereken tedavi ve bakımla bireyi yetersiz olduğu konularda yeterli hale getirmelidir. Yaşam kalitesini azaltan durumlar;

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlikler
- Akut ya da kronik sağlık sorunları olarak sıralanabilir.

2.2.3. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- Güven içinde yaşaması
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması
- İtibar görmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Savcı, 2006).

2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütlerin çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Yaşam kalitesi özel olarak geliştirilmiş ve test edilmiş ölçeklerle değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakış açısından hastalık ve tedavinin etkinliğini belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcı olmaktadır (Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999; Yıldırım ve ark., 2005; Kulu, 2010).

Yapılan çalışmaların da etkisiyle, yaşam kalitesi ölçümlerinin özellikle sağlık alanında gün geçtikçe önemi artmıştır. Günümüzde hastaların algılamalarına dayalı olarak, uygulanan tedavi ve bakımdan elde ettiği yararların belirlenmesi sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde başvurulan yöntemlerden biri haline gelmiştir (Tüzün ve Eker, 2003). Bazı çalışmacılar ve yaşam kalitesi ölçeğini cevaplayanlar spiritual boyutun yaşam kalitesinin temel konulardan biri olması gerektiğini vurgulamıştır. Ancak onkolojide gerek yaşam kalitesi ile ilgili tanımlarda gerekse yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeklerde, genellikle yaşam kalitesinin özü olarak bilinen spiritual boyut bulunmamaktadır. Oysa spiritualite ve dinin, bireylerin

fiziksel ve emosyonel iyiliğine çok önemli katkı sağladığı (Canada ve ark., 2008), bu nedenle kanser hastalarının kanserle baş etmesinde ve yaşam kalitesi üzerinde spiritual ve dini inanç ve uygulamaların önemli olduğu bildirilmektedir (Brady ve ark., 1999).

Yaşam kalitesi genel ve hastalığa özel ölçekler olmak üzere iki şekilde ölçülmektedir. Genel ölçekler, genel popülasyonda (hem sağlıklı hem hasta birey) kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen (hastalık sürecinin ya da tedavisinin etkisini değerlendirmek için), karşılaştırma yapma olanağı sağlayan, geniş kitlelere uygulanabilen ölçüm araçlarıdır ve genel ölçeklerin sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi alanlarda veri toplama aracı olarak kullanılmaya uygun oldukları, kültürler arası karşılaştırma yapma olanağı sağladıkları bilinmektedir (Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999; Yıldırım ve ark., 2005). Örneğin; 36 soruluk kısa sağlık araştırması (SF-36), FACIT-G (Kronik Hastalıkların Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi- Genel). Hastalığa özgü ölçütler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütlerdir. Hastalığa özgü ölçütler hem farklı durumların etkilerini tanımlamak hem de hastalıkların en sık görüldüğü yaş gruplarına uygun olmaları nedeni ile tercih edilirler. Örneğin; Fonsiyonel Yaşam İndeksi-Kanser (Kulu, 2010).

2.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı özellikle son yıllarda yaşamı tehdit eden hastalıklarda başta olmak üzere daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır (Efficace ve Marrone, 2002). Çok görülen, çok öldüren ve çok sakat bırakan hastalıkların önem kazanması ve toplumun giderek daha büyük kesiminin bu hastalıklardan etkilenir duruma gelmesi, insanların yaşam kalitesine daha çok önem vermesine yol açmıştır (Sarışen, 2005). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız (Özaras, 2009). Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hemfikirdirler. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilmiş evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içeren geniş bir kavramdır. Bazı araştırmacılar sağlıkla ilgili yaşam kalitesini “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamışlardır (Fitzsimmons ve George, 1999; Başalan İz ve Özer, 2003). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak da tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığı tanımlarken kullanmış olduğu

“sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” ifadesine paralellik göstermektedir (Göktaş, 2008). Bir başka tanıma göre de tıp alanında yaşam kalitesi, hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (Myrdal ve ark., 2003; Lazovich ve ark., 2009). Bir diğer tanımlamaya göre ise; bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur (Kvale ve ark., 2003). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirleyen etkenler bedensel durum, ruhsal durum, sosyal ilişkiler ve çevresel alan olarak sayılabilir. Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve çalışma süresi gibi bazı sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (Fitzsimmons ve George, 1999).

Klinisyenler yaşam kalitesi ölçümlerinin gerekliliği konusunda olumlu görüş bildirirken, günlük uygulamalarında sık kullanmadıkları da bilinmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen, kişinin hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Subaşı, 2010). Bireylerde yaşam kalitesi yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini yükseltmek için, sağlık profesyonelleri gereken tedavi ve bakımla bireyi yetersiz olduğu konularda yeterli hale getirmelidir (Akdemir ve Birol, 2005).

Tıp alanındaki son gelişmeler, hastaların yaşam sürelerinin uzatılması, beraberinde yaşam kalitelerinin artırılması ve yaşadıkları psikososyal sorunların çözümlenmesi gibi gereksinimleri gündeme getirmiştir. Bireyin yaşam kalitesini ve aldığı sosyal desteği, karşılaştığı olumsuz durumlar, hastalıklar ve bireysel özellikleri etkilemektedir. İnsanların sağlıkla ilgili bir problem oluştuğunda, yaşamdan doyum alma düzeyleri ve sosyal ilişkileri bozulabilir. Söz konusu kanser gibi ürkütücü, ölümü çağrıştıran ve kronik bir hastalık olunca, bireyin bundan etkilenme olasılığı çok daha fazla olmaktadır (Eylen, 2001).

Kanser tanısı almak bireyi sağlıklı yaşlılarından ayıran bir durum olup (Özkan ve Açlalar, 2009), aynı zamanda birey için yaşamın anlam duygusunu tehdit etmekte (Visser ve ark., 2010), kişinin yaşamında çeşitli değişikliklere yol açmakta (Girardin, 2000), gelecekle ilişkili yapılan planlarında yıkıma neden olmakta, var olan uyum mekanizmalarını sarsmakta ve bireyin yaşamının tüm boyutlarını yeniden mercek altına almasına neden olmaktadır (Vachon, 2008). Tüm bunlar kanser hastasının yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir.

Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağı olarak ortaya çıkan semptomlar morbiditeyi, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Fadıloğlu, 2003; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005). Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde tedaviye cevap oranı veya hastanın yaşam süresi, tek başına yeterli bir kriter değildir. Tedavinin amacı, semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır (Kvale ve ark., 2003). Kanserli hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirenin bu semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hemşire, hasta ve ailesinin hem kanser tanısı ile hem de kanser tedavisine bağlı gelişen yan etkiler ile baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden hemşirenin kanser tedavisi alan hastaların semptomlarını zamanında ve sistematik olarak değerlendirmesi, uygun tedavinin yapılabilmesi, hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesi ve hastanın kaliteli bir yaşam sürmesini sağlama açısından önemlidir (Fadıloğlu, 2003; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005).

2.4. Spiritualite

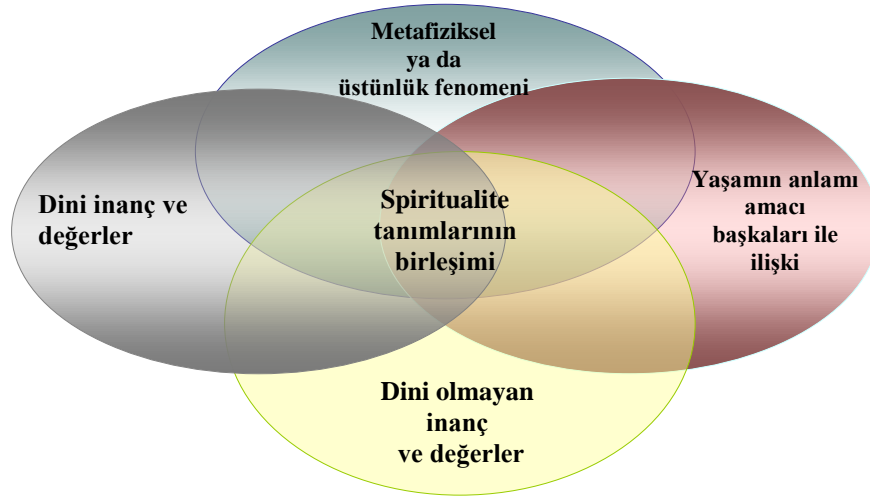
2.4.1. Spiritualite Tanımı ve Tarihçesi

Spiritualite kelimesi Latince “spirit” kelimesinden gelir ve anlamı ”nefes”, ”hayat nefesi” dir (Delgada, 2005; Surbone ve Baider, 2010). Spiritualite adından da anlaşılacağı gibi hayatın ve varoluşluğun temelinde olan her şey üzerine dokunmaktadır (Delgada, 2005). Spiritualite kavramının Türkçe olarak tam bir karşılığı olmamakla birlikte, karşılık olarak Arapça bir kelime olan “maneviyat” kullanılır. Türk Dil Kurumu’nun sözlüğünde maneviyat; maddi olmayan manevi (görölmeyen, duyuyla sezilebilen, soyut, tinsel) şeyler ya da mecazi anlamda yürek gücü, moral anlamına gelir (Adana, 2006; Ergöl ve Bayık, 2004). Spiritualite 12.yy’da insan yaşamının bedensel yönünün tersine psikolojik yönünü adlandırmak üzere kullanılırken 15.yy ve 16.yy’ da dini insanı göstermek için kullanılmıştır. 17.yy’ da ise, Fransa’da ilk kez modern anlamda kullanılmıştır. 20.yy’ da tatmin edici bir tanımı bulunmamakla birlikte birçok dilde dini ve dini olmayan anlamlarda yaygın olarak kullanılmış olduğu bildirilmektedir (Cook, 2004).

Spiritualite’nin genel olarak üç yaklaşımla açıklanabileceği belirtilmektedir. Bunlar; tanrıcı olmayan yaklaşım, tanrıcı yaklaşım ve tanrıcı ve tanrıcı olmayan yaklaşımın arasında olan, bir araç yoluyla (medya) yaklaşımdır. Tanrıcı yaklaşımda, spiritualitede “üstün bir güç” vardır ve bu güç bireyin kendi varlığından ayrı bir güçtür.

Tanrıca olmayan yaklaşımda, spiritualite “üstünlüğe teslim olma” altında yatan bir kavram olmaktan ziyade “topluma ait olma”yı dikkate almaktadır. Spiritualiteye üçüncü yaklaşım, dindar olmayanların konuşma ve düşünce şekilleri hakkında var olan sorulara cevap vermeye çalışmaktadır. Bu yaklaşımda, spiritualite laik bir terim olarak tanımlanmakta ve dinsizlik dinin bir çeşidi olarak ileri sürülmektedir (Bash, 2004).

Spiritualite kavramını açıklamaya yönelik yapılan farklı tanımlamalar nedeniyle kavrama ilişkin çok fazla tanım bulunmaktadır. Bu tanımlardan bazıları din, bazıları ise anlam arama üzerine odaklanmıştır (Yılmaz, 2011). Spiritualite tanımının dört ana konunun birleşiminden oluştuğu belirtilmektedir. Bunlar; dini inanç ve değerler sistemi olarak spiritualite (spiritualite=din), yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişki olarak spiritualite, dini olmayan değer ve inançlar sistemi olarak spiritualite, metafiziksel ya da üstünlük fenomeni olarak spiritualite (Sessanna ve ark., 2007) (Şekil 1).



Şekil 1. Literatürde hemşirelik ve sağlıkla ilişkili spiritualite: karmaşık esrarengiz, soyut ve belirsiz bir kavram (Sessanna ve ark., 2007).

Spiritualite ile ilgili birçok tanımlama mevcuttur. Spiritualite bireylerin, anlam ve amacı arama, kendileri, diğerleri, doğa ve önemli veya kutsal bir deneyimle bağlantılılığın yolu olarak tanımlanabilir (Puchalski ve ark., 2009). Girardin (2000) spiritualiteyi, bireyin yaşamının özündeki temel unsurla bağlılık ve yaşamın anlamı için

çaba göstermesi olarak tanımlamıştır. Como (2007) ise spiritualitenin, yaşamın anlam ve amacını araştırma, bir bireyin özü olarak tanımlanabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca spiritualitenin, kendiliğin ötesinde bağlanmışlık ya da üstünlük yaşama yolu olduğunu -yaşama yol gösteren ve ölüme anlam veren- insanların kendisi ve başkaları ile ilişkisi yoluyla yaşamın anlamının araştırıldığı evrensel bir olgu olup dinsel/kutsal olduğunu belirtmiştir. Tanyi (2002) spiritualitenin kişinin kendi yaşamında anlam ve amacı araması olduğunu bunun da kişinin yaşamına anlam veren kendi tercih ettiği bir bağlılık ve/veya dini inanç, değer ve uygulamalar yoluyla elde edildiğini belirtmiştir. Surbone ve Baider (2010), spiritualiteyi tanrı, evrensel ruh, yaratan ya da adı ne olursa olsun yaşam gücü vermek isteyen ilahi enerji olarak tanımlamıştır.

2.4.2. Spiritualite Tanımında Yer Alan Kavramlar

Spiritualite kavramının özünü tanımlardan da anlaşıldığı gibi, bireyin kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç, yaşamın anlam ve amacını araştırma, ilgi/bağlanmışlık, umut ve inanç gibi elementler oluşturmaktadır (Yılmaz, 2011).

2.4.2.1. Bireyin Kendisi, Başkaları ve “Tanrı/Ulu Güç” Kavramı

Spiritualite kişinin yaşadığı toplum şartlarında gelişmektedir. Bundan dolayı kişiler yaşadıkları şartlar ve çevreye göre farklı spiritual bakış açısı kazanabilir. Birey yaşadığı çevrede diğer kişilerle kurduğu ilişki ile başkalarına sevgi gösterme ve sevgi görme, bağışlanma, dokunma, güven ilişkisi kurma gibi temaslarla spiritual gereksinimini karşılar. Bu nedenle kişinin başkaları ile olan ilişkisi spiritual boyutun esası olarak görülmektedir (Yılmaz, 2011).

Tanrı/Ulu güç ile olan ilişki ise, geleneksel olarak dini bir çerçevede anlaşılmaktadır. Bununla birlikte spiritualite kavramında yer alan Tanrı/Ulu güç bakış açısı dini bakış açısına göre daha yalın ve daha az sınırlayıcıdır. Bu tanım ilah ve dini sistemlerle ilişkili bazı Tanrı ve Ulu güç düşüncesini reddetmez, ancak bireyin yaşamı etrafında olan Tanrı ya da Ulu gücün bireyin işi, fiziksel aktivitesi hatta kendisi olabileceğine ilişkin daha az kutsal ve daha gerçekçi bir kavramı içerebilir. Bu tanımdaki temel nokta, tanrı ya da ulu güç ne olursa olsun bireyi aktive eden bir güç olmasıdır (Yılmaz, 2011).

2.4.2.2. Yaşamın Anlamı ve Amacı

Bireyin kendisi, başkaları ve “Tanrı/Ulu güç” temaları ile bu temaların birbiri arasındaki ilişki, yaşamın anlamını bulmaya katkı vermektedir. Aynı zamanda yaşamın anlamı bir kişinin eşsizliğini ve bireyselliğini sağlayan kişisel bir olgu olarak bilinmektedir. Yaşamın anlamını araştırma bireyin özünde bulunmakta (Como, 2007), bir bireyin, umutlarını ve beklentilerini ortaya çıkarma ve belirsizliği kabul etmek konusundaki yeteneklerini değerlendirme amacını taşımaktadır (Ergül ve Bayık, 2004; Adana, 2006). İnsanın bağışlamanın anlamını, sevgi ve bağlılığın kaynağını, acı çekme gibi bir deneyimin neden var olduğunu ve yaşamındaki mucizeleri bulma gereksiniminin bulunduğu belirtilmektedir. Yaşamın anlamını araştırma, “yaşamın anlamı nedir?, niçin acı çekme var?, ben neden acı çekiyorum?” gibi sorulara cevap bulma olarak görünmektedir (Ledger, 2005).

2.4.2.3. İlgi/Bağlanmışlık

İlgi/bağlanmışlık üç tema (kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç) arasındaki ilişki üzerine odaklanmaktadır. İlgi/bağlanmışlığın, üretebilme yeteneği, başkalarına yararlı olma yeteneği ve ulaşılmak istenen hedefi başarma yeteneği olmak üzere üç şekli olduğu belirtilmektedir. Bir bireyin bu yeteneklerini kullandığında bütünlük duygusu yaşayacağı ve spiritualitenin bu kilit bileşenlerinin sevgi ve başkaları ile ilişki kaynaklarının belirlenmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Yılmaz, 2011).

2.4.3. Spiritualite ve Din Kavramı

Spiritualite ve dinin tanımının son on yılda değiştiği belirtilmektedir. 1960 ve 1970'lere kadar din, spiritualite gibi bireysel ve kurumsal unsurları kapsayan geniş bağlamda görülmekteydi. Daha yakın zamanda din daha dar tanımlandı ve spiritualite, dindarlık veya dini tutum ve uygulamalardan ayrıldı (Peterman ve ark., 2002). Spiritualite'nin son zamanlardaki tanımı kişinin yaşamında anlam ve amacı araması, varoluşsal olarak üstün bir güce bağlılık ve bu bağlılık duygusunun ilişkisini araştırma boyutlarını içermektedir (Zinnbauer ve ark., 1999; Koenig ve ark., 2001).

Spiritualite ve din birbirine benzer ancak farklı yapıdadır (Surbone ve Baider, 2010). Spiritualite dinden ayırt edilmesine ve çok da dinle ilgili olmamasına rağmen örtüştüğü noktalar da vardır. Din bir grubun inançlarını, doktrinlerini ve ritüellerini içerir ve bir inanç topluluğunun sorumluluklarını vurgulamaktadır (Koenig, 2004). Din, organize bir kurumun inanç, değer ve uygulamaları bağlamında spiritualitenin içinde

yer alır. Bu nedenle din spiritualitenin spesifik bir formu olarak düşünülebilir (Mytko ve Knight, 1999; Bezlen, 2004) Spiritualite ise bireysel ve kişiseldir. Spiritualitede her türlü inanç olabilir de olmayabilir de, herhangi bir doktrine, ahlaki veya etik ilkeye veya başka birisine bağlılık olabilir veya olmayabilir. Şimdiye kadar sağlık ilişkileri ile ilgili yürütülmüş birçok çalışmada dini inanç, uygulama ve bağlılığın spiritualite olmadığı belirtilmiştir. Spiritualite çok geniş kapsamlı ve bireyselleştirilmiştir, bu nedenle de standardize etmek ve ölçmek oldukça zordur. Ancak din için bu daha kolaydır (Koenig, 2004; Whitford ve ark., 2008; Frick ve ark., 2006).

Spiritualite ve din hastaların yaşam kalitelerinde, kaliteli bakımı ve memnuniyeti etkileyen iyi belirteçler olarak bilinir (Puchalski ve Romer, 2000; Phelps ve ark., 2009). Spiritualite genellikle daha iyi ruh sağlığı, daha iyi olma ve yüksek yaşam kalitesiyle ilişkilidir (Koenig, 2004). Hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip olmaları, daha fazla hospis (dini işlevlerin yapıldığı yer) kullanmaları ve yaşam sonu bakımında daha az agresif olmaları spiritual ihtiyaçlarının desteklenmesi ile ilişkilidir (Balboni ve ark., 2010).

Spiritualite ve dinin önemi yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda daha da artmaktadır (Sulmasy, 2006). Tehdit edici bir olay karşısında bireylerin yaşamın anlamını bulmaya çalışma çabası yaygındır (Bedel, 2009). Günümüzde dini içine alan ancak dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş boyuta sahip, yaşamın anlamını ve amacını aramayı içeren bir kavram olarak tanımlanan spiritualite (Baldacchino ve Draper, 2001; Narayanasamy ve Owens, 2001), her bireyin günlük yaşamında var olmakla birlikte, özellikle yaşamın tehdit edildiği bir hastalık varlığında daha öne çıkmaktadır (Surbone ve Baider, 2010). Taylor (2003), hastalar ve onlara bakım veren aileleri ile yaptığı görüşmeler sonucunda spiritual ihtiyaçların, hayatın anlam ve amacını bulmak ihtiyacı, din ve bir güce bağlanmak ihtiyacı, pozitiflik, şükretme, umut, inancı gözden geçirme ve ölüme hazırlık gibi çeşitli boyutlarını tanımlamıştır. Kanser tanısı alan birçok hastanın hastalık ve tedavisi ile baş edebilmek için dini ve spiritual baş etmeye yöneldikleri, spiritualiteyi bir güç kaynağı olarak kullandıkları (Flannelly ve ark., 2002; Sheehan, 2005; Canada ve ark., 2008; Woll ve ark., 2008), bu nedenle de uyum için spiritual boyutun çok önemli olduğu (Frick ve ark., 2006) bildirilmektedir.

2.5. Spiritualite, Kanser Hastalığı ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genellikle bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak tanımlanıyor olsa da, kimi araştırmacılar yaşam kalitesini Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden tam bir iyilik halini içeren sağlığı olarak tanımlamaktadır (www.who.int/cancer/en/). Yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kanser hastalığı söz konusu bu yaşam alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Arslan ve Bölükbaş, 2003; Reis, 2003).

Kanser hastalığının tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen günümüzde kanser, sinsi gelişen, nedeni yeterince iyi bilinmeyen ve sınırlı ölçüde kontrol edilebilen bir hastalıktır. Kanser, ölümün yanı sıra ölüme ağrı içinde yavaş yavaş yaklaşmayı, hastalığın gidişine ya da tedaviye bağlı organ kaybını, sakatlıkları, ağır bir maddi yükü, çok uzun süren tedavi yöntemlerini çağrıştırmaktadır (İliçin ve ark., 1999). Örneğin; radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk ve yoğun korku bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler de bireyin sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır. Bu tip kronik stres faktörleriyle sürekli yüz yüze gelmek zorunda kalan kanserli hastalar, bir süre sonra sorunlarla baş etmede kullandıkları destek sistemlerinin yetersiz olduğunu fark ederek ümitsizlik, korku ve çaresizlik yaşamaktadır (Arslan ve Bölükbaş, 2003; Reis, 2003). Bu nedenle kanser, hasta ve ailesini, tanının konulmasından itibaren her aşamada farklı ruhsal çöküntülere sürüklemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (İliçin ve ark., 1999).

Çoğunlukla yaşamı tehdit eden bir hastalık durumu ile karşı karşıya kalındığında başvurulmuş spiritualite, günlük yaşantıda insanı her bir taraftan kavramaktadır (Surbone ve Baider, 2010). Spiritual dönemin, çok yoğun dini boyutu, birden fazla anlam ve uygulama alanı vardır. Kendini geliştirme sürecinde, başarılı kişi veya hala kimliğini arayan kişi, yaşamlarındaki dramatik olaylar boyunca ya da göreceli olarak sakin fazlarında, başkalarından gizli tuttukları, spiritual sorulara benzer sorular sorabilir ve spiritual kaynaktan güç almak isteyebilir (Wright, 2002).

Spiritual konular tüm hastalar için önemli olsa da kadınlar, yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı olanlar (kanser, AIDS vb) ve bazı etnik grubun üyeleri için özellikle önemlidir (Koenig, 2004). Kanser hastanın kendisi ile çevresi arasındaki bağlantıyı ve yaşamın anlam ve amacını tehdit eder (Visser ve ark., 2010). Şimdi ve geleceğindeki birçok belirsizlik karşısında kanser hastası ya isyan etme ya da keşfedilmemiş bir umut

olarak spiritual inançlarına güvenmektedir (Surbone ve Baider, 2010). Bir çok kanser hastası korku ve belirsizlikten dolayı acı çekmektedir ve bu korkularıyla başa çıkabilmek, pozitif bakış açısına sahip olmak, sevgiyi hissetmek, Allah veya ulu/yüce bir güç ile ilişki kurabilmek için yardıma ihtiyaç duyabilir (Visser ve ark., 2010).

Literatürde spiritual değerlerin kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıkları önlediği, cerrahi hastalarının iyileşmesi, akıl sağlığı ve fiziksel hastalıklarla başa çıkma üzerinde olumlu etkileri bulunduğu yer almaktadır (Peterman ve ark., 2002). Ayrıca bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendisini üst düzeyde ortaya koymasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığından (Gordon, 1982; Hall, 2006) distressi azaltıp hastalığa uyumu artırarak iyilik ve yaşam kalitesinin yükselmesine doğrudan katkı verdiği vurgulanmaktadır (Visser ve ark., 2010).

Spiritualite'nin yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda (terminal dönem kanser hastaları gibi) önemi daha da artmaktadır. Spiritualite, hastaların yaşam kalitelerinde, kaliteli bakımı, hasta memnuniyetini etkileyen iyi bir belirteç olarak bilinir (Delgado-Guay ve ark., 2011). Kanser yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olması, hastalara acı vermesi ve yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemesi nedeniyle spiritual iyiliği geliştirmenin (Jafari ve ark., 2010) ve yaşamın anlamını artıracak girişimlerin planlanmasının önemli olduğu bildirilmektedir (Canada ve ark., 2008). Kanser hastalığının yanı sıra cerrahi onkolojik hastalarda ya tanı alma döneminde, ya preoperatif dönemde ya da cerrahi tedavinin yetmeyeceği ileri kanser olgularında spiritual endişeler sıklıkla merkezi öneme sahiptir (Woll ve ark., 2008). Spiritualite ve sağlık arasındaki ilişkinin öneminin vurgulanmasının nedenleri arasında, yeni nesilde dine yaklaşımdaki değişiklikler yer almaktadır. Bu değişiklik bireylerin örgütlü din ve ibadetlerin dışında kişisel olarak spiritual arayışa girmiş olmalarıdır. Ayrıca yapılan birkaç çalışmada katılımcıların kendilerinin dini olmadıklarını ancak spiritual olduklarını belirtmeleri nedeniyle de spiritual iyilik ve sağlık arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Din/spiritualite ve sağlık üzerine yapılan araştırmalarda önemli bir ilerleme olmasına rağmen, yönetsel olarak en az iki zorluk devam etmektedir. Bunlardan birincisi, spiritualite ve sağlık arasındaki ilişkiye çok az ilgi gösterilmesi ve birçok çalışmada spiritualitenin sadece dini boyutu ile sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesidir. İkincisi ise, kanserle yaşayanlarda dinin rolünü inceleyen dini ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmamış olmasıdır (Peterman ve ark., 2002).

Spiritual distress, bireyin yaşadığı çevrede değer ve inançlarının tehdit edildiği, var olumsal bir kriz yaşadığı ya da bireyin yaşaması için anlam bulamadığı, ümitsizlik

duygusu yaşadığı zamanlarda ortaya çıkar (Öz, 2004; Govier, 2000). Kanserle yaşayan hastalardaki spiritual yanıtlar oldukça iyi şekilde ortaya konmuştur (Taylor, 2003). Spiritualite, kanser hastalarının hastalığın tüm seyri boyunca korku ve yabancılaşma duyguları ile mücadele edilebilir bir boyut; bazı hastalarda da kanser tedavisi sırasında ve sonrasında daha kaliteli bir yaşam için inanç ve karar verebilmede dikkate alınması gereken önemli bir boyuttur. Birçok onkolog spiritüalite ile kişisel olarak ilgilenmekle birlikte tedavinin maliyeti gibi somut boyutu, spiritualite gibi soyut boyutundan daha kolay ölçülebildiği/görülebildiği için bu boyut göz ardı edilebilmektedir (Larimore ve ark., 2002).

Kanser hastaları ve onların bakım verici aile üyeleri önemli ölçüde spiritual distres yaşamaktadır (Taylor ve ark., 1995; Sellers ve Haag, 1998; Musgrave ve McFarlane, 2003). Kanser hastaları onkoloji ekip üyelerinden kendilerine spiritual konularda çözüm getirmelerini değil, sadece ekip üyelerinin yargılayıcı tutum ve küçümseyen yorumlarda bulunmamalarını ve kendilerine korku veren spiritual konularda rahat hissetmek istemediklerini belirtmişlerdir. Literatürde batı toplumlarında son zamanlarda ekonomik, sosyal, politik ve etik belirsizlikler hızla arttığından spiritualitenin alanına hala neden başvurulmadığı, onkoloji uzmanları ağrı duyan, acı çeken ve ölmekte olan insana çok yakın olmayı bir profesyonellik olarak seçmişlerken spiritual iyiliği neden göz ardı ettikleri sorgulanmaktadır. Bu bağlamda onkoloji uzmanlarının kendi spiritualitesini tanıması ve kanser hastalarının yaşadıkları fiziksel ve varoluşsal acıları ile başa çıkabilmesi için onlara nasıl yardım edebileceklerini öğrenmeleri gerekmektedir (Surbone ve Baider, 2010).

Spiritual bakım holistik bakımın merkezinde yer alan bir boyut olarak tanımlanmaktadır (Miner-Williams, 2006), ancak uygulama alanına çok da iyi entegre edilememiştir (Narayanasamy, 2006). Oysa hemşirelerin spiritual bakım sağlamak için iç (örneğin; hemşirelik teorileri ve holistik hemşirelik bakımı) ve dış kaynaklar (örneğin; Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu) tarafından zorunlu olarak görevli olduğu vurgulanmaktadır (Taylor, 2002). Hemşirelerin spiritual bakım sağlamaya ilişkin tutumları ivme kazanmış olsa da, spiritual bakım almak isteyen hastaların istekleri ve beklentilerine karşılık, yetersiz ya da çelişkili olduklarına ilişkin kanıtlar mevcuttur (Taylor, 2005). Hemşirelere mesleki eğitim süresi içinde spiritual bakımın öğretilmesi gerekmektedir. Çalışmacılar spiritualitenin hemşirelerin dini inanç ve uygulamalarından etkilendiği ve zaman içinde yaş, iş deneyimi veya çalışma ortamı ile değişebildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca uzmanlar, spiritual desteği çoğunlukla din

adamları tarafından verildiğini ifade etmelerine rağmen, hastalar spiritual destek sağlamada en önemli kişilerin hemşireler olduğunu belirtmişlerdir (Kuuppelomaeki, 2001).

Bazı çalışmacılar spiritual boyutun yaşam kalitesinin temel konulardan biri olması gerektiğini vurgulamıştır ancak onkolojide yaşam kalitesi ile ilgili tanımlarda ve yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeklerde genellikle spiritual boyut bulunmamaktadır (Brady ve ark., 1999). Oysa, spiritualite ve dinin, bireylerin fiziksel ve emosyonel iyiliğine çok önemli katkı sağladığı (Canada ve ark., 2008), bu nedenle kanser hastalarının kanserle baş etmesinde ve yaşam kalitesi üzerinde spiritual uygulamaların önemli olduğu bildirilmektedir (Brady ve ark., 1999). Kanserin yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olması, hastalara acı vermesi ve yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemesi nedeniyle spiritual iyiliği geliştirmenin (Jafari ve ark., 2010), ve yaşamın anlamını artıracak girişimlerin planlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Canada ve ark., 2008).

Spiritual gereksinimler, spiritual yoksunluğu azaltacak veya bireyin spiritual gücünü destekleyecek gereksinimler olmakla birlikte spiritual gereksinimlerin belirlenmesi ve uygun bakımın sağlanması, hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Akgün Kostak, 2007). Onkoloji hemşirelerinin çoğu hastaların manevi gereksinimlerinin önemini farkında olmalarına rağmen spiritual bakım sağlayan hemşire sayısı azdır (Taylor, 2003). Sağlık profesyonellerinin, yaşamın anlamını arayan hastalara yardımcı olmak eğitim ve deneyimlerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Wasner ve ark., 2005). Spiritual gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olup ölçülmesi güçtür. Bu nedenle bireyin bakımında, somut ve ölçülebilen fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınmaktadır (Akgün Kostak, 2007).

Ülkemizde, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%65.2) spiritualite ile ilgili bilgisinin olmadığı ortaya çıkmıştır (Yılmaz ve Okyay, 2009). Onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da (Akgün Kostak, 2007), hemşirelerin % 66.7'si spiritual sağlığın fiziksel sağlığı etkilediğini ve hastaların dini fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için yardımcı olunması gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Türkiye'de çeşitli kronik hastalıkların (Mollaoğlu ve ark., 2001; Demir ve ark., 2003; Soyyiğit ve ark., 2006; Yılmaz ve Oyan, 2009) ve kanser hastalarının (Gültekin ve ark., 2008; Yeter ve ark., 2009; Zanapalıoğlu ve ark., 2009) yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlendiği bir çok çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde spiritualite kavramı ile

ilişkili sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte hastaların spiritualite/spiritual iyilik ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır.

3. KANSER, SPİRİTUALİTE VE YAŞAM KALİTESİ: LİTERATÜR İNCELEMESİ

“Spirituality, cancer, quality of life” anahtar kelimeleriyle Pubmed, Sciencedirect, EBSCOhost veri tabanlarında 2000-2012 yılları arasında yayımlanmış olan tüm yayınlar incelendi. Pubmed veri tabanında 295, Sciencedirect veri tabanında 1858, EBSCOhost Cumhuriyet Üniversitesi veri tabanında 412 olmak üzere 2565 makaleye ulaşıldı. Araştırmalardan 19 tanesi onkoloji hastalarında spiritualite ve yaşam kalitesini incelemekteydi. Araştırmalarda onkoloji hastalarında spiritualite ve yaşam kalitesinin yanı sıra din, iletişim, sosyal destek, spiritual endişe, spiritual acı gibi belirteçlerin yaşam kalitesi ile arasındaki ilişki de incelenmişti. İncelenen araştırmaların sonucunda, kanser hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla baş etmede spiritualiteyi kullandıkları ve spiritualite ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu araştırmalar ve sonuçları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Kanser, Spiritualite ve Yaşam Kalitesi: Literatür İncelemesi

No	Yazar, yıl ve çalışma adı	Araştırmanın şekli	N	Çalışma popülasyonu	Değerlendirme araçları	Çalışmanın sonucu / sonuçları
1.	Winkelman ve ark., 2011 <i>İleri evre kanser hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi ile spiritual endişelerin ilişkisi: ön bulgular.</i>	Tanımlayıcı	69	İleri evre kanser hastaları	<ul style="list-style-type: none">• Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş açık uçlu spiritualite anketi• McGill yaşam kalitesi anketi	<ul style="list-style-type: none">• Hastaların spiritual endişe yaşadığı, spiritual endişesi fazla olan hastaların yaşam kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur.• Spiritual endişenin ileri evre kanser hastalığı olan genç hastalarda, yaşam kalitesiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür.• Çalışmada sağlık bakım profesyonellerinin kanser bakımının önemli bir parçası olan spiritual endişelere dikkat etmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.
2.	Delgado-Guay ve ark., 2011 <i>İleri evre kanser hastalarının ve bakım vericilerinin palyatif bakım uygulamalarında baş etme stratejilerinde spiritualite, din ve spiritual acının etkisi</i>	Tanımlayıcı	43	Toplam 43 ileri evre kanser hastaları ve bakım vericileri	<ul style="list-style-type: none">• Spiritual acı sayısal derecelendirme skalası• FACT-Sp-Ex, SBI-15R, CGQOL*	<ul style="list-style-type: none">• Hastaların hastalıklarıyla baş etmede spiritualite ve dini kullandıkları ve bunun fiziksel ve duygusal semptomlara pozitif yönde katkısı olduğu belirlenmiştir.• İleri evre kanser hastalarının %58 inde spiritual acı olduğu ortaya çıktı.• Bakım vericilerde anksiyete ve depresyon, ifade etme güçlüğü, geri çekilme davranışı, fonksiyonel olmayan baş etme davranışı ve kötü yaşam kalitesi belirlenmiştir.
3.	Kandasamy ve ark., 2011 <i>İleri evre kanser hastalarında spiritualite, sıkıntı, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi</i>	Tanımlayıcı	50	İleri evre kanser hastaları	<ul style="list-style-type: none">• FACIT-Sp**• FACT-Pal***	<ul style="list-style-type: none">• Spiritual iyilik ile depresyon ve anksiyete negatif yönde ilişkili bulundu.• Spiritual iyilik, yorgunluk, sıkıntı semptomları, ağız kuruluğu, iştahta azalma, hafıza bozuklukları, uyuşukluk, üzüntü ile önemli derece negatif yönde, yaşam kalitesinin tüm diğer alanları ile pozitif yönde ilişkili bulundu.

*Yaşam kalitesi ölçekleri ** Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale *** The Functional Assessment of Palliative Care

Tablo 1. Devam

No	Yazar, yıl ve çalışma adı	Araştırmanın şekli	N	Çalışma popülasyonu	Değerlendirme araçları	Çalışmanın sonucu / sonuçları
4.	Samuelson ve ark., 2011 <i>Radyoterapi alan hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi değişiklikleri</i>	Tanımlayıcı	402	Radyoterapi alan yetişkin hastalar	<ul style="list-style-type: none">• FACIT-Sp• FACIT-G*	<ul style="list-style-type: none">• Yaş, cinsiyet ve tedavinin amacına bağlı olarak meme kanserli hastalarda spiritualite puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir.• Spiritualite toplam puanı, yaşam kalitesi toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
5.	Vallurupalli ve ark., 2011 <i>Palyatif radyoterapi alan ileri evre kanser hastalarında yaşam kalitesinde din ve spiritualitenin rolü</i>	Tanımlayıcı	69	İleri evre kanser hastalığı olan ve radyoterapi alan hastalar	<ul style="list-style-type: none">• McGill yaşam kalitesi anketi• Fetzer Multidimensiyonal Measure of Religious / Spirituality For Use in Health Research	<ul style="list-style-type: none">• Birçok katılımcının(%84) kanserle baş etmede dini/spiritual inançlarını kullandıkları belirlenmiştir.• Çoklu analizler sonucu, dini / spiritual baş etmeleri kullanılan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır.• Birçok hasta kanser bakımının önemli bir parçası olan hekim ve hemşirelerin spiritual endişelere dikkat etmeleri gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir.
6.	Frost ve ark., 2011 <i>Over kanserli kadınlar ve eşlerinde spiritual iyilik ve yaşam kalitesi</i>	Tanımlayıcı	70 +26	70 over kanserli kadın ve 26 eşi	<ul style="list-style-type: none">• FACIT-Sp-Ex**• FACT-O***• SDS****	<ul style="list-style-type: none">• Over kanserli kadınların spiritual iyilik düzeyi yüksek bulunmuştur.• Eşlerinin ise (3 yıllık sürede) kadınlara oranla spiritual iyilik puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.• Spiritual iyilik fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve duygusal iyilik ile pozitif yönde çok güçlü ilişkili bulunmuştur.
7.	Salsman ve ark., 2011 <i>Kolorektal kanserli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve spiritual iyilik: bireysel anlamda çok boyutlu rolünün incelenmesi</i>	Tanımlayıcı	826	Örneklem I: 258 kolorektal kanserli hasta Örneklem II: 568 kolorektal kanserli hasta	<ul style="list-style-type: none">• FACIT-Sp• FACIT-Colorectal*****• FACIT-G	<ul style="list-style-type: none">• Bu çalışma 2 amaç doğrultusunda planlanmıştır.• Çalışma sonucunda spiritualitenin anlam/barış ve inanç alanları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

* The Functional Assessment of Cancer Therapy – General, **The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being- Expanded, *** The Functional Assessment of Cancer Therapy– Ovarian, ****Symptom Distress Scale, *****Colorectal (The Functional Assessment of Cancer Therapy)–Colorectal

Tablo 1. Devam

No	Yazar, yıl ve çalışma adı	Araştırmanın şekli	N	Çalışma popülasyonu	Değerlendirme araçları	Çalışmanın sonucu / sonuçları
8.	Kim ve ark., 2010 <i>Kanserle yaşayan hastalar ve onlara bakım veren eşleri arasında bireysel ve ikili spiritual ve yaşam kalitesi ilişkisi</i>	Tanımlayıcı	361	Kanser hastası ve eşleri	•FACIT-Sp •Medical Outcomes Study 36-item Yaşam kalitesi Kısa Formu	•Hastaların spiritual iyilik ile mental ve fiziksel sağlık arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. •Kanser deneyimi süresince spiritualitenin anlam ve barış alanı kanserli hasta ve bakım veren eşlerin yaşam kalitesi için önemli olduğunu ortaya koymuştur
9.	Zavala ve ark., 2009 <i>Metastatik prostat kanseri olan yoksul (düşük gelirli) erkeklerde spiritualite ve yaşam kalitesi</i>	Tanımlayıcı	86	Tedavisi devlet tarafından finanse edilmiş düşük gelirli metastatik prostat kanseri olan hastalar	•FACIT-Sp •RAND* •PCI**	•Afrika, Amerika ve Latin erkeklerde ve eğitim düzeyi düşük olanların spiritualite puanları daha yüksek bulunmuştur. •Spiritualite, hem genel hem de hastalığa özgü yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
10.	Wildes ve ark., 2009 <i>Latin meme kanserli hastalarda din/maneviyatın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkisi</i>	Tanımlayıcı	117	Latin meme kanseri hastalar	•SBI-15R*** •FACIT-G	•Latin meme kanserli hastaların çok yüksek spiritualiteye sahip oldukları ve yaşam kalitelerinin de buna bağlı olarak iyi olduğu ortaya çıktı. •Çalışmaya göre, din/spiritualite kanserle yaşayanlarda ölümcül hastalıkla, ağrı ve semptomlarıyla baş edebilmelerine yardımcı olmaktadır.
11.	Lim ve Yi, 2009 <i>Yaşam kalitesi üzerine din, spiritualite ve sosyal destek etkisi: Koreli ve Koreli Amerikan meme ve jinekolojik kanserli hastalar arasındaki ilişki</i>	Tanımlayıcı	110+51	Koreli, 51 Koreli Amerikan, meme ve jinekolojik kanserli hasta	•SF-36**** •BSI-18***** •QOL-CS*****	•Spiritual iyilik düzeyi yüksek hastaların psikolojik sıkıntı, fiziksel fonksiyon ve duygusal rol sınırlamalarının daha iyi olduğu bulunmuştur. •Spiritual iyiliğin daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

* Medical Outcomes Study 12-item Short Form, ** UCLA ProstateCancer Index Short Form, *** Systems of Belief Inventory **** Medical Outcomes Study Index Short Form ***** The Brief Symptom Inventory-18 ***** Quality of Life – Cancer Survivor

Tablo 1. Devam

No	Yazar, yıl ve çalışma adı	Araştırmanın şekli	N	Çalışma popülasyonu	Değerlendirme araçları	Çalışmanın sonucu / sonuçları
12.	Leak ve ark., 2008 <i>Afrikan Amerikan meme kanserli hastalarda sıkıntı belirtisi, spiritualite ve yaşam kalitesi</i>	Tanımlayıcı	30	Meme kanseri tedavisi alan 30 Afrikan Amerikan kadın	•SPS* •QLI**	•Kadınların toplam yaşam kalite puanlarıyla spiritual iyilik toplam puanları pozitif yönde ilişkili bulundu. •Kendilerini spiritual olarak bildiren hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulundu.
13.	Prince-Paul, 2008 <i>Darülaceze'ye kayıtlı terminal dönem kanserli hastaların yaşam kalitelerinde iletişim olguları, sosyal iyilik ve spiritual iyilik arasındaki ilişki</i>	Tanımlayıcı	50	Terminal dönem kanser hastaları	•The JAREL Spiritual Well-Being Tool •FACIT-G	•Terminal dönemdeki hastaların (yaşamın sonunda) yaşam kalitelerinde sosyal, spiritual iyilik ve iletişim algıları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulundu. •Yaşam sonunda yaşam kalitesinde spiritual iyiliğin daha önemli olduğu sonucuna varıldı.
14.	Withford ve ark., 2008 <i>Onkolojide yaşam kalitesinin temel bir alanı olarak spiritualite</i>	Tanımlayıcı	49	Kanser tanışı almış hastalar	•FACIT-Sp •FACIT-G	•Spiritual iyiliğin yaşam kalitesi ile pozitif yönde; spiritual mücadele, umutsuzluk, çaresizlik ve kaygı anksiyetesi ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. •Spiritual iyiliğin, yaşam kalitesinin iyi olmasına eşsiz katkıda bulunduğunu göstermiştir.
15.	O'connor ve ark., 2007 <i>Lösemili insanlarda yaşam kalitesi, spiritual iyilik ve psikolojik uyum arasındaki ilişki: Bir araştırma çalışması</i>	Tanımlayıcı	40	26 kadın, 14 erkek akut ya da kronik lösemili hastalar	•FACIT-Sp •FACIT-G	•Spiritual iyilik ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur.

* The Spiritual Perspective Scale ** The Quality of Life Index of Ferrans and Powers

Tablo 1. Devam

No	Yazar, yıl ve çalışma adı	Araştırmanın şekli	N	Çalışma popülasyonu	Değerlendirme araçları	Çalışmanın sonucu / sonuçları
16.	Krupski ve ark., 2006 <i>Prostat kanserli erkeklerde spiritualitenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etkisi</i>	Tanımlayıcı	287	Prostat kanseri tanısı almış hastalar	•FACIT-Sp •RAND •UCLA(PCI- SF)*	•Bu çalışmada düşük spiritual iyilik, daha düşük fiziksel ve mental sağlık, cinsel işlev ve daha fazla idrar rahatsızlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. •Spiritual iyilik seviyesi düşük erkeklerin tüm psikososyal değişkenleri kötü yönettiği ortaya çıkmıştır.
17.	Canada ve ark., 2006 <i>Over kanserlilerde aktif baş etmede din / spiritualite ve yaşam kalitesi ilişkisi.</i>	Tanımlayıcı kesitsel	129	Over kanserli kadınlar	•SBI-15R •FACT-O**	•Over kanserli kadınlarda daha iyi yaşam kalitesi ile din/spiritualite pozitif yönde ilişkili bulundu. •Çalışma sonucuna göre kanser çeşidine bakılmaksızın tüm kanserlerde spiritual iyilik iyi yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkilidir.
18.	Rippentrop ve ark., 2006 <i>Kanser hastaları arasında din ve spiritualitenin yaşam kalitesi ile ilişkisi</i>	Tanımlayıcı	61	Lenfoma, Myelodisplastik Sendrom, Multiple Miyelom, Non-Hodgkin Lenfoma	•FACIT- •FACIT-G	•Çalışma sonucunda din ve spiritual iyilik arasında orta derecede bir ilişki olduğu ve spiritual iyilik ile yaşam kalitesi arasında dine oranla daha güçlü pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.
19.	Tate ve Forchheimer, 2002 <i>Yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti ve spiritualite - kanser hastaları ve rehabilitasyonu arasındaki sonuçların karşılaştırılması.</i>	Tanımlayıcı	208	136 rehabilitasyon hastası (Spinal kord yaralanması, amputasyon çocuk felci hastalıkları nedeniyle rehabilitasyon programında olanlar) ve 72 kanser hastası (meme ve prostat kanserli hastalar)	•FACIT-Sp •FACIT-G	•Prostat kanserli hastalarda tüm alanların puanlarında genel olarak skorlar yüksek bulundu. •Bu çalışma, spiritual iyiliğin hem yaşam memnuniyeti hem de yaşam kalitesiyle arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ve spiritual iyiliğin özellikle rehabilitasyon hastalarında yaşam memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir.

* Prostat Cancr Index Short Form ** The Functional Assessment of Cancer Therapy–Ovarian)

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ve Onkoloji Kliniği'nde kanser hastalığı nedeniyle ameliyat olmuş hastaların spiritual iyilik ve yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

4.2. Araştırma Sorusu

Cerrahi onkolojik hastalarının yaşam kalitesi ile spiritual iyilik arasında ilişki var mıdır?

4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Özellikleri ve Zaman

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Onkoloji Merkezi'nde yapıldı.

Genel Cerrahi Servisi, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 4. katında yer alan, 3 koridordan oluşan 55 yatak kapasiteli, içerisinde 7 yataklı yoğun bakım ünitesi bulunan bir klinikte. Bu klinikte 2009-2010 yılları arasında yaklaşık 400 kanser hastasına cerrahi tedavi yapılmıştır.

Onkoloji Merkezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinin bahçesi içerisinde ayrı bir binada yer almaktadır. Onkoloji Merkezi, Mart 2007 tarihinde hizmet vermeye başlamış olup, ünite de larenks, akciğer, meme, mide, rektum, kolon, over, mesane, serviks kanseri olan hastalara ayaktan kemoterapi ve radyoterapi tedavisi uygulanmaktadır.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemine Özellikleri

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği kanser hastalığı nedeniyle ameliyat olan ve kanser nedeniyle ameliyat olduktan sonra Onkoloji Kliniği'nde kemoterapi tedavisi alan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde kanser hastalığı nedeniyle ameliyat olan ve Onkoloji Merkezi'nde kanser tedavisi alan bilinci açık, oryantasyon problemi olmayan (yere, zamana, kişiye oryante olan), iletişim kurulabilen, 20-65 yaşları arasında olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hasta oluşturdu. 65 yaş üzerindeki hastalar kognitif yeteneklerinde azalma ve iletişim problemi yaşanma olasılığının fazla olması nedeniyle,

20 yaşından genç hastalarda kanser görülme olasılığının çok düşük olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Hastaların gelir düzeyi kazanılan gelirin gereksinimleri karşılama durumuna göre alt, orta ve yüksek olarak üç grupta değerlendirildi. Gelirinin gereksinimlerini karşılamadığını belirten hastalar alt, yeterli olduğunu ifade eden hastalar orta, gereksinimlerini fazlasıyla karşıladığını belirten hastalar ise üst gelir grubuna dahil edildi. Araştırma kapsamına alınan tüm hastalardan araştırmaya yönelik bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alındı.

4.5. Etik Onay

Çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurul'undan alınan 28.12.2010 tarih ve 2010-03/04 karar no'lu onayı ile yapıldı. Çalışmanın formları uygulanmadan önce hastalara çalışmanın amacı açıklandı, yazılı onamları alındı ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulandı.

4.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu ile hastaların yaşam kalitesi ve spiritualite/spiritual iyilik düzeyini belirlemek üzere düzenlenmiş Kronik Hastalık Tedavisinin Fonsiyonel Değerlendirmesi–Spiritual İyilik Ölçeği-Versiyon 4 (FACIT-Sp-Version 4-The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale) ile toplandı. Formlar örneklem kriterini taşıyan hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

4.6.1. Anket Formu

Anket formu (EK-1) sosyodemografik özellikler, tedavi ve hastalığa ilişkin özellikler ve hastanın kendi spiritualitesi ile ilişkili bilgilerini değerlendiren bölümlerden oluşturuldu. Sosyodemografik özelliklerde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı bölge, kiminle yaşadığı, ekonomik düzeyi ve çalışma durumunu belirlemek üzere 8 adet soru yer aldı. Hastalığa özgü olarak, hastalık tanısı, tanısını bilip bilmediği, uzak organ/doku metastazı, hangi tedaviyi/tedavileri aldıkları, bu hastalık nedeniyle kaç kez ameliyat olduğu ve en son ameliyatını ne zaman geçirdiğine ilişkin 7 adet soruya yer verildi. Spiritual boyuta yönelik olarak, yaşamak için iten güç, olumsuz bir deneyim varlığı ve olumsuz deneyim yaşanıldığında baş etme davranışlarından hangilerine başvurduğunu belirlemek amacıyla 4 adet olmak üzere toplam 19 adet sorudan oluşturuldu.

4.6.2. Yaşam Kalitesi ve Spiritualite/Spiritual İyiliğin Değerlendirilmesi (EK-2)

4.6.2.1. FACIT-Sp-Version 4: Kronik Hastalıkların Tedavisinin Fonsiyonel Değerlendirmesi–Spiritual İyilik Ölçeği-Version 4 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scala – Versiyon 4)

1987'den beri geliştirilmekte olan FACIT (Functional Assessment of Cancer Illness Therapy) ölçeği çalışması, önce bir Eğitim ve Araştırma Sonuçları Merkezi (CORE-Center on Outcomes, Research and Education) anketi oluşturulmasıyla başlamıştır. Cella ve ark. (1993) tarafından geliştirilen ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan FACIT ölçeği, kronik hastalık yönetimini hedefleyen, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen anketler koleksiyonudur. 1997'de FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) yerine, sadece kanser değil tüm kronik hastalıkları kapsayan FACIT adı, ve anketler serisi olduğu resmi olarak kabul edilmiştir (Webster ve ark., 2003). Böylece FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) çatısı altında anketler içeren daha geniş, daha kapsamlı bir terim olmuştur. 2003'den itibaren, 40'ı aşkın FACIT ölçeği ve 9 semptom indexine sahip olarak genişlemiştir. FACIT skalasının eşdeğer dil sürümleri, farklı kökenden gelen insanların kültürlerarası karşılaştırılmalarına izin verecek şekilde 45 farklı dilde (bazı ölçekler için), websitesinde online kullanıma hazır olarak sunulmuştur (<http://www.facit.org-website>). FACIT-Sp-Version 4, yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik 4 alt boyut, 27 öğeden oluşan FACIT-G (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General) ve spiritual değerlendirmeye yönelik 3 alt boyut, 12 öğeden oluşan FACIT-Sp-12'nin birleştirilmiş versiyonudur. FACIT-G (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General); ABD'de sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için 135 kanser hastası tarafından alınan görüşme verileri kullanılarak 15 onkoloji uzmanı tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Fiziksel Durum (7 öge), Sosyal Yaşam ve Aile Durumu (7 öge), Duygusal Durum (6 öge) ve Faliyet Durumu (7 öge) olmak üzere 4 alt ölçek ve toplam 27 öğeden oluşmaktadır. Fiziksel Durum (PWB-Physical Well-Being); fiziksel semptom bilgilerini, Fonsiyonel Durum (FWB-Fonctional Well-Being); günlük yaşam aktivitelerini ve katılımcıların cevaplarının seviyesini, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu (SFWB-Social/Family Well-Being); sosyal destek ve iletişimi değerlendirmek için; Duygusal Durum (EWB-Emotional Well-Being); hastaların ruhsal ve duygusal tepkilerini değerlendirir. FACIT-G'nin Cronbach's Alpha'sı 0,72–0,85 arasında bulunmuştur (Cella ve ark., 1993). Çalışmamızda yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının Cronbach's Alpha değeri bedeni durum alt boyutu için; 0.74, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu için; 0.66,

duygusal durum alt boyutu için; 0.66, faaliyet durumu alt boyutu için; 0.77 ve FACIT - G toplam ölçek puanı için; 0.84 olarak bulundu. FACIT-G ölçeğinde, puan ne kadar yüksek ise yaşam kalitesi o kadar iyidir anlamına gelmektedir (Peterman ve ark., 2002).

FACIT-Sp-12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scala-12 item) (EK-2), FACIT ölçüm sisteminin bir parçasıdır ve kanser hastalarının yaşam kalitelerinde, spiritualite ve/veya inanç yönlerinin de değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir (Brady ve ark., 1999). Çalışmamızda spiritual iyiliği değerlendirmek için kullandığımız FACIT-Sp ölçeğinin Türkçe versiyonu ve değerlendirme yöntemi, <http://www.facit.org> web sitesinden konuyla ilgili sorumlu kişiden online olarak temin edilmiştir. Ölçekte, 5 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerden ilk 4 alt ölçek FACIT-G ölçeğidir. 5. alt ölçek ise spiritualiteyi değerlendirmek içindir. Spiritualite ile ilgili sorular, 12 öge içeren ‘Diğer Endişeler’ başlığı altında toplanmış sorulardır. Bu ölçekte de, puan ne kadar yüksek çıkarsa spiritual iyiliğin de o kadar iyi olacağı anlamına gelmektedir. Spiritual iyiliğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan insanların spiritual iyiliğini ölçmek için yapılacak olan araştırmalarda kullanılabilecek yeni bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Cronbach’s Alpha’sı toplam puan için; 0.87, Anlam ve Barış/Huzur alt boyutu için; 0.81, İnanç alt boyutu için; 0.88 olarak bulunmuştur (Peterman ve ark., 2002). Bizim çalışmamızda ise spiritual iyiliğin Cronbach’s Alpha’sı anlam alt boyutu için; 0.76, barış/huzur alt boyutu için; 0.79, inanç alt boyutu için; 0.57 olarak bulundu. Spiritual iyilik toplam puanı için; 0.80 olarak bulundu.

4.7. Veri Toplama Formu ve Ölçeklerin Uygulanması

Anket ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Sosyodemografik hasta bilgi formundaki 10, 11, 12 ve 13 numaralı sorular için kanser hastası olduklarını bilmeyen 12 hastanın bilgilerine hasta dosyasındaki kayıtlardan ulaşıldı.

4.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında Independent Sample t-test (2 ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), Kruskal Wallis Test, Mann-Whitney U Test, Tukey Testi ve Pearson Korelasyon kullanılarak değerlendirildi.

4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem grubunun küçük olmasından dolayı çalışmadan elde edilen bulgular yalnızca bu gruba genellenebilir.

5. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Çizelge 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Eylül Ekim Kasım Aralık 2010	Ocak-Haziran 2011	Ağustos 2011	Şubat Mart 2012
Araştırmanın planlaması, etik ve klinik izinlerin alınması	-----			
Anket Hazırlama	-----			
Literatür Taraması	-----	-----	-----	
Verilerin Toplanması		-----		
SPSS'e veri girişlerinin yapılması			-----	
İstatistiksel analiz				-----
Tez yazımı				-----

6. BULGULAR

Bu bölümde Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde ve Onkoloji Merkezi'nde kanser hastalığı nedeniyle ameliyat olmuş ve tedavi alan 150 hastaya ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

Bireysel Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	92	61.3
Erkek	58	38.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	38	25.3
Okur-yazar	14	9.3
İlköğretim	69	46.0
Lise	14	9.3
Üniversite	15	10.0
Medeni Durum		
Evli	147	94.7
Bekar	7	4.7
Boşanmış	1	0.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	9	6.0
Çalışmıyor	141	94.0
Yaşanılan Yer		
Kırsal	51	34.0
Kentsel	99	66.0
Kiminle Yaşadığı		
Tek başına	7	4.7
Çekirdek aileyle	112	74.7
Geniş aileyle	31	20.7
Gelir Seviyesi		
Alt	34	22.7
Orta	107	71.3
Üst	9	6.0

Tablo 2' de bireylerin bireysel özellikleri verilmiştir. Tablo'da belirtildiği gibi, hastaların %61.3'ünün kadın, %46.0'sının ilköğretim mezunu, %94.7'sinin evli, %94.0'ünün çalışmadığı %66.0'sının kentte yaşadığı, %74.7'sinin çekirdek aile ile yaşadığı, %71.3'inin gelir düzeyinin orta olduğu belirlendi.

Tablo 3. Hastaların Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Yaş (X±SD)	53.48 ± 9.43	
	n	%
20-45	33	22
46-65	117	78

Tablo 3’de hastaların yaş dağılımları görülmektedir. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 53.48±9.43 olarak bulundu. 33 (%22) hasta 20-45 yaş, 117 (%78) hasta 46-65 yaş arasında idi.

Tablo 4. Hastaların Hastalık ve Tedavilerine İlişkin Bilgileri

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgiler	n	%
Hastalığının Ne Olduğunu Bilme		
Evet	138	92.0
Hayır	12	8.0
Hastalık Tanısı		
Batın içi organ kanseri*	104	69.3
Batın dışı organ kanseri**	46	30.7
Tanı Alma Zamanı		
6 ay ve daha önce	70	46.7
6 aydan daha uzun	80	53.3
Uzak Organ / Doku Metastaz varlığı		
Var	38	25.3
Yok	112	74.7
Bu Hastalık Nedeniyle Geçirilen Ameliyat Sayısı		
1 kez	115	76.7
2 ve daha fazla sayıda	35	23.3
En Son Ameliyat Olma Zamanı		
1 yıl ve daha önce	123	82.0
1 yıldan daha uzun	27	18.0

*Kolon Kanseri, Mide Kanseri, Prostat Kanseri, Mezotelyoma, Kolon Kanseri, Pankreas Başı Kanseri, Kolanjiocellüler Kanseri, Karaciğer Kanseri (Primer veya Metastatik)

**Meme Kanseri, Tiroid Papiller Kanseri.

Tablo 4’de hastaların hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin bilgi durumları verilmiştir. Tablo’da görüldüğü gibi hastaların %92.0’sinin kanser hastası olduğunu bildiği, %69.3’ünün batın içi organ kanseri nedeni ile ameliyat olduğu, %53.3’ünün 6 aydan daha uzun süre önce kanser tanısı aldığı, %74.7’sinin metastazının olmadığı, %76.7’sinin ilk kez ameliyat oldukları, %82.0’sinin de en son ameliyatlarını 1 yıl ve daha kısa süre önce geçirdikleri belirlendi.

Tablo 5. Hastaların Spiritulite Kavramı ile İlgili Görüşleri

Görüşler	n	%
Yaşamak İçin İten Güç		
Var	145	96.7
Yok	5	3.3
Yaşamak İçin Var Olan Güç		
Kendisi	12	8.0
Başkaları ile olan ilişki	89	59.3
Tanrı/Ulu güç ile olan ilişki	31	20.7
İlgi/Bağlanmışlık (Yaşama sevgisi, mutluluk, hayatı yaşamak, çalışmak)	45	30.0
Olumsuz Yaşam Olayı		
Var	120	80.0
Yok	30	20.0
Yaşanan Olumsuz Yaşam Olayı		
Yakın birinin ölümü	75	50.0
Ciddi bir sağlık sorunu	35	23.3
Kaza	12	8.0
Ailede boşanma	1	0.7
Ekonomik çöküntü	16	10.7
Şiddete maruz kalma	1	0.7
Şiddete tanık olma	1	0.7
Cevapsız	29	19.3
Olumsuz Yaşam Olayı ile Başa Çıkma Davranışı		
Dini Uygulamalar	79	52
Başkaları ile olan ilişki	79	52
Profesyonel yardım	6	4
Etkisiz baş etme davranışı*	20	13

*Ağlama, kendi içine atma, yalnız kalma, bir yol bulamama

Tablo 5’de hastaların spiritualite kavramına ilişkin görüşleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde hastaların %96.7’si yaşamak için iten bir güç bulduğunu, %59.3’ü bu gücün başkaları ile olan ilişki olduğunu, %80.0’i hayatlarında olumsuz bir deneyim yaşadığını, %50.0’si yakın birinin ölümünü olumsuz deneyim olarak belirttiği, %44.0’ü yaşadıkları olumsuz deneyimle aile desteği ile başa çıkmaya çalıştıklarını ifade ettikleri belirlendi

Tablo 6.Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	N =150	
	Min-Max	X±SD Min-Max
Bedeni Durum	0-28	16.31±6.42 (2-28)
Faaliyet Durumu	0-28	13.24±6.44 (0-28)
Duygusal Durum	0-24	14.53±5.32 (3-24)
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	20.86±6.09 (2-28)
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	64.94±1.84 (15-103)
Spiritual İyilik		
Anlam	0-16	10.50±3.73 (0-16)
Barış/Huzur	0-16	8.83±3.83 (0-15)
İnanç	0-16	12.59±3.28 (1-16)
Spiritual İyilik Toplam	0-48	31.88±8.44 (6-46)

Tablo 6’da hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo’ya göre yaşam kalitesi alt boyutlarına bakıldığında hastaların faaliyet durumlarının en düşük (13.24±6.44), sosyal yaşam ve aile durumunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu (20.86±6.09) görülmektedir. Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının 64.94±1.84 olduğu görüldü. Spiritual iyilik alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamanın inanç (12.59±3.28), en düşük ortalamanın ise barış/huzur alt boyutunun (8.83±3.83) olduğu görüldü. Spiritual iyilik toplam puan ortalaması 31.88±8.44 olarak belirlendi.

Tablo 7. Hastaların Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Yaş		t	p
		20-45 (n=33) X±SD	46-65 (n=117) X±SD		
Bedeni Durum	0-28	16.90±7.14	16.14±6.23	0.55	0.58
Faaliyet Durumu	0-28	14.63±6.13	12.85±6.50	1.45	0.15
Duygusal Durum	0-24	13.15±6.11	14.92±5.03	-1.52	0.13
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	20.84±6.87	20.87±5.88	-0.01	0.98
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	65.42±22.48	64.78±17.24	0.17	0.86
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	11.09±3.52	10.34±3.78	1.05	0.29
Barış/Huzur	0-16	8.42±4.37	8.94±3.68	-0.62	0.53
İnanç	0-16	12.33±3.35	12.66±3.27	-0.50	0.61
Spiritual İyilik Toplam	0-48	31.93±9.33	31.87±8.22	0.03	0.97

Tablo 7’de hastaların yaşları ile yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, yaşam kalitesinin duygusal durum ve sosyal yaşam ve aile durumu 20-45 yaş arasındaki hastalarında düşük, diğer boyut ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu, spiritual iyiliğin barış/huzur alt boyutu dışında diğer alanlar ve toplam puan ortalamasının 20-45 yaş arasındaki hastalarda yüksek olduğu belirlendi. Ancak yaşam kalitesi ve spiritual iyilik alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile her iki yaş grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulundu ($p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Cinsiyet		t	p
		Kadın (n=92)	Erkek (n=58)		
Bedeni Durum	0-28	15.42±6.27	17.72±6.46	-2.14	0.03
Faaliyet Durumu	0-28	13.11±6.35	13.44±6.63	-0.30	0.76
Duygusal Durum	0-24	13.45±5.30	16.24±4.92	-3.27	0.00
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	19.17±6.28	23.55±4.70	-4.56	0.00
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	61.11±18.81	70.96±16,22	-3.39	0.00
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	9.84±3.93	11.55±3.12	-2.93	0.00
Barış/Huzur	0-16	8.07±3.64	10.03±3.86	-3.09	0.00
İnanç	0-16	12.86±3.25	12.22±3.40	1.14	0.25
Spiritual İyilik Toplam	0-48	30.76±8.48	33.67±8.13	-2.09	0.03

Tablo 8’de hastaların cinsiyet durumlarına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, erkek hastaların yaşam kalitesinin bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu ve toplam puan ortalamaları, spiritual iyiliğin anlam, barış/huzur ve toplam puan ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksek bulundu. Puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kadın ve erkek hastalar arasında yaşam kalitesinin faaliyet durumu ve spiritual iyiliğin inanç alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü ($p>0.05$).

Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Eğitim Durumu					KW	p
		Okur-yazar değil (n=38) X±SD	Okur-yazar (n=14) X±SD	İlköğretim (n=69) X±SD	Lise (n=14) X±SD	Üniversite (n=15) X±SD		
Bedeni Durum	0-28	14.05±5.92	15.21±7.78	15.97±6.21	20.42±5.43	20.80±4.58	18.82	0.00
Faaliyet Durumu	0-28	10.05±5.64	12.71±5.32	13.89±6.58	14.07±3.89	18.06±7.18	17.10	0.00
Duygusal Durum Sosyal Yaşam ve	0-24	13.15±5.14	15.42±4.76	14.31±5.76	16.35±4.78	16.46±3.77	6.21	0.18
Aile Durumu	0-28	15.84±6.40	21.28±4.04	22.30±5.32	24.42±4.03	23.26±4.60	35.11	0.00
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	53.00±18.69	64.64±16.22	66.47±18.05	75.28±10.38	78.60±7.88	27.81	0.00
Spiritual İyilik								
Anlam	0-16	8.57±4.04	10.50±4.14	10.94±3.50	12.28±2.01	11.73±3.12	15.46	0.00
Barış / Huzur	0-16	7.89±3.28	8.50±4.18	8.85±4.07	10.07±3.17	10.26±3.95	6.60	0.15
İnanç	0-16	12.63±3.38	13.85±2.21	12.73±3.39	12.21±2.29	11.00±3.81	7.16	0.12
Spiritual İyilik Toplam	0-48	29.21±8.20	32.85±8.95	32.47±9.04	34.57±4.14	32.53±8.03	6.52	0.16

Tablo 9’da hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, yaşam kalitesinin bedeni durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutları ile toplam puan ortalamasının anlamlı, duygusal alt boyutunun anlamlı olmadığı belirlendi.

Eğitim durumları Tukey testi ile ikişerli karşılaştırıldığında bedeni durum için; okur-yazar olmayanlar ile lise mezunları ($p=0.009$) ve üniversite mezunları ($p=0.004$), ilköğretim mezunları ile üniversite mezunları arasındaki farkın ($p=0.048$) anlamlı olduğu, farkın eğitim düzeyi yüksek olanlardan kaynaklandığı belirlendi. Faaliyet durumu için; okur-yazar olmayanlar ile ilköğretim mezunları ($p=0.019$) ve üniversite mezunları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ($p=0.000$) olduğu, farkın eğitim düzeyi yüksek olanlardan kaynaklandığı görüldü. Duygusal durum için; puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Yaşam kalitesinin sosyal yaşam ve aile durumu için; okur-yazar olmayanlar ile okur-yazar olanlar ($p=0.012$), ilköğretim mezunları ($p=0.000$), lise mezunları ($p=0.000$) ve üniversite mezunları arasındaki farkın ($p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu, farkın eğitim düzeyi yüksek olanlardan kaynaklandığı görüldü. Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması için; okur-yazar olmayanlar ile ilköğretim mezunları ($p=0.001$) lise mezunları ($p=0.000$) ve üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0.000$) olduğu, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının da arttığı görüldü

Eğitim düzeyi ile spiritual iyiliğin barış/huzur ve inanç alt boyutları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değil iken ($p>0.05$), anlam alt boyutunun anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Eğitim düzeyi ile anlam alt boyutu için yapılan Tukey testinde; okur-yazar olmayanlar ile ilköğretim mezunları ($p=0.011$), lise mezunları ($p=0.010$) ve üniversite mezunları arasında ($p=0.035$) istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu, eğitim düzeyi arttıkça anlam puan ortalamalarının da arttığı görüldü.

Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Medeni Durum		Z	p
		Evli (n=142)	Bekar (n=8)		
Bedeni Durum	0-28	16.00±6.39	20.87±5.43	-2.08	0.03
Faaliyet Durumu	0-28	13.01±6.30	17.37±8.05	-1.64	0.10
Duygusal Durum	0-24	14.47±5.35	15.62±4.95	-0.45	0.18
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	21.05±6.10	17.50±5.15	-1.82	0.06
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	64.56±18.39	71.37±19.38	-1.11	0.26
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.53±3.77	10.00±3.07	-0.67	0.49
Barış/Huzur	0-16	8.83±3.83	8.87±4.08	-0.00	0.99
İnanç	0-16	12.68±3.26	11.00±3.38	-1.61	0.10
Spiritual İyilik Toplam	0-48	32.04±8.39	29.00±9.51	-0.88	0.37

Tablo 10’da hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları değerlendirildiğinde, bekar hastaların yaşam kalitesinin bedeni durum alt boyut puan ortalamasının evli olan hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulundu ve puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p=0.03). Yaşam kalitesinin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü (p>0.05). Evli ve bekar hastalar arasında spiritual iyilik alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0.05). Bununla birlikte yaşam kalitesi toplam puan ortalaması bekar olan hastalarda daha yüksek bulunurken, spiritual iyilik toplam puan ortalaması evli olan hastalarda daha yüksek bulundu.

Tablo 11. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Min-Max	Çalışma Durumu		Z	p
		Çalışıyor(n=9)	Çalışmıyor(n=141)		
Yaşam Kalitesi					
Bedeni Durum	0-28	19.00±4.66	16.14±6.49	-1.25	0.20
Faaliyet Durumu	0-28	15.77±5.93	13.08±6.46	-1.17	0.23
Duygusal Durum	0-24	17.88±4.31	14.31±5.32	-2.03	0.04
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	20.44±6.59	20.89±6.08	-0.11	0.90
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	73.11±4.92	64.40±8.56	-1.42	0.15
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	12.55±2.18	10.37±3.77	-1.59	0.11
Barış/Huzur	0-16	10.88±2.36	8.70±3.88	-1.60	0.10
İnanç	0-16	13.11±3.10	12.56±3.30	-0.38	0.69
Spiritual İyilik Toplam	0-48	36.55±4.21	31.58±8.56	-1.70	0.08

Tablo 11’de hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, çalışan hastaların yaşam kalitesinin duygusal durum alt boyut puan ortalamasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve çalışan ve çalışmayan hastalar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p=0.04$). Yaşam kalitesinin diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü ($p>0.05$). Spiritual iyiliğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların Birliite Yaşadığı Kişiler ile Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Kiminle/kimlerle yaşadığı			KW	p
	Tek Başına (n=7)	Çekirdek aile(n= 112)	Geniş aile(n= 31)		
Yaşam Kalitesi	Min-Max	X±SD	X±SD	X±SD	
Bedeni Durum	0-28	13.85±8.47	16.44±6.39	16.38±6.14	1.20 0.54
Faaliyet Durumu	0-28	10.28±8.80	13.66±5.96	12.38±7.46	2.40 0.30
Duygusal Durum	0-24	11.00±5.65	15.14±5.21	13.12±5.20	6.72 0.03
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	12.42±9.48	22.21±5.22	17.90±5.75	18.81 0.00
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	47.57±30.18	67.44±6.72	59.74±18.72	6.96 0.03
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	7.14±4.91	10.96±3.59	9.61±3.48	8.11 0.01
Barış/Huzur	0-16	6.57±3,95	9.14±3.85	8.22±3.63	4.12 0.12
İnanç	0-16	10.42±2.29	12.78±3.16	12.38±3.75	4.90 0.08
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	23.14±7.73	32.89±8.04	30.22±8.84	9.29 0.01

Tablo 12’de hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları değerlendirildiğinde çekirdek aile ile yaşayan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının, tek başına ve geniş aile ile yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesinin duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu ve toplam puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Tukey testi ile alt boyut puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında; sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu için; tek başına yaşayan hastalar ile çekirdek aile ($p=0.000$), çekirdek aile ile yaşayan hastalar ile geniş aile ile yaşayan hastalar arasındaki fark ($p=0.001$) istatistiksel olarak önemli bulundu. Farkın çekirdek aileden kaynaklandığı belirlendi. Yaşam kalitesinin diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü ($p>0.05$). Yaşam kalitesinin toplam puanı ortalamasının tek başına yaşayan hastalar ile çekirdek aile ile yaşayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p=0.014$).

Spiritual iyiliğin anlam alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Tukey testi ile alt gruplar ikişerli karşılaştırıldığında anlam alt boyutu için; tek başına yaşayan hastalar ile çekirdek ailede yaşayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.021$). Spiritual iyiliğin toplam puanı için; tek başına yaşayan hastalar ile çekirdek aile ile yaşayan hastalar arasındaki fark önemli bulundu ($p=0.008$). Spiritual iyiliğin diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Yaşanan Yer		t	p	
	Min-Max	Kırsal (n=51) X±SD			Kentsel (n=99) X±SD
Bedeni Durum	0-28	14.68±6.78	17.15±6.09	-2.18	0.03
Faaliyet Durumu	0-28	10.62±5.95	14.59±6.30	-3.78	0.00
Duygusal Durum	0-24	14.68±5.29	14.45±5.36	0.25	0.80
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	19.33±7.05	21.65±5.40	-2.06	0.04
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	59.2±20.63	67.83±16.57	-2.56	0.01
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	9.45±4.16	11.05±3.38	-2.53	0.01
Barış/Huzur	0-16	8.58±4.05	8.95±3.73	-0.54	0.58
İnanç	0-16	13.09±3.25	12.37±3.34	1.27	0.20
Spiritual İyilik Toplam	0-48	30.76±8.48	33.67±8.13	-0.86	0.39

Tablo 13’de hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde yaşam kalitesinin bedeni durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları kentte yaşayan hastalarda kırsal bölgede yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak puan ortalamaları arasındaki farkın da önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Spiritual iyiliğin anlam alt boyutu puan ortalamasının kentte yaşayan hastalarda daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). spiritual iyiliğin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların Gelir Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

		Gelir Düzeyi			KW	p
		Alt (n=34)	Orta (n=107)	Üst (n=9)		
Yaşam Kalitesi	Min-Max	X±SD	X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	14.97±6.39	16.64±6.53	17.44±4.92	2.42	0.29
Faaliyet Durumu	0-28	10.02±6.32	13.85±6.05	18.11±6.88	13.04	0.00
Duygusal Durum	0-24	13.32±5.94	14.72±5.22	16.77±2.63	2.92	0.23
Sosyal Yaşam ve						
Aile Durumu	0-28	18.26±7.55	21.58±5.42	22.11±5.39	5.41	0.06
Yaşam Kalitesi						
Toplam	0-108	56.58±21.59	66.77±17.05	74.44±10.65	8.52	0.01
Spiritual İyilik						
Anlam	0-16	8.97±3.92	10.90±3.52	11.55±4.21	7.55	0.02
Barış/Huzur	0-16	7.79±4.22	9.00±3.69	10.77±3.23	4.60	0.10
İnanç	0-16	12.17±3.79	12.78±2.96	11.88±4.85	0.08	0.95
Spiritual İyilik						
Toplam	0-48	28.82±10.06	32.66±7.70	34.22±8.42	4.17	0.12

Tablo 14’de hastaların gelir düzeyine göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları verilmiştir. Tablo’ya göre, yaşam kalitesinin faaliyet durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$).

Hastaların gelir düzeyi ile yaşam kalitesinin faaliyet durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları Tukey testi ile ikişerli karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin faaliyet durumu için; alt ve orta geliri olan hastalar ($p=0.005$) ve alt ve yüksek geliri olan hastaların puan ortalamaları arasındaki fark ($p=0.002$) istatistiksel olarak önemli bulundu. Yaşam kalitesinin toplam puan ortalaması için; alt ve orta geliri olan hastalar arasında ($p=0.012$) ve alt ve yüksek gelirli hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p=0.023$). Gelir düzeyi yükseldikçe puan ortalamalarının da arttığı belirlendi. Yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Spiritual iyiliğin anlam alt boyutu puan ortalaması Tukey testi ile ikişerli karşılaştırıldığında alt ve orta gelirli hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.022$). Orta gelirli hastaların puan ortalamalarının alt gelirli hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. Spiritual iyiliğin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastalığını Bilme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

		Hastalığını Bilme Durumu		Z	p
		Evet (n= 138)	Hayır (n= 12)		
Yaşam Kalitesi	Min-Max	X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	16.29±6.35	16.50±7.47	-0.03	0.97
Faaliyet Durumu	0-28	13.46±6.28	10.75±8.01	-1.24	0.21
Duygusal Durum	0-24	14.55±5.29	14.33±5.82	-0.11	0.90
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	21.09±5.86	18.25±8.19	-1.13	0.25
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	65.36±17.78	59.83±25.26	-0.49	0.62
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.50±3.67	10.50±4.46	-0.14	0.88
Barış/Huzur	0-16	8.92±3.87	7.83±3.37	-1.12	0.26
İnanç	0-16	12.52±3.33	13.33±2.67	-0.66	0.50
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	31.90±8.42	31.66±9.10	-0.03	0.97

Tablo 15’de hastaların hastalıklarını bilme durumuna göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, hastaların hastalıklarını bilme durumuna ilişkin yaşam kalitesi ve spiritual iyilik tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 16. Hastaların Tanılarına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Min-Max	Hastalık Tanısı		t	p
		*Batın içi organ kanseri (n= 104)	**Batın dışı organ kanseri (n= 46)		
Yaşam Kalitesi					
Bedeni Durum	0-28	16.15±6.69	16.67±5.81	-0.48	0.63
Faaliyet Durumu	0-28	12.91±6.42	14.00±6.51	-0.94	0.34
Duygusal Durum	0-24	15.05±5.19	13.34±5.47	1.79	0.07
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	21.19±5.97	20.13±6.36	0.96	0.34
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	5.29±18.19	64.08±19.17	0.36	0.71
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.87±3.39	9.67±4.32	1.83	0.06
Barış/Huzur	0-16	9.30±3.65	7.76±4.06	2.21	0.03
İnanç	0-16	12.41±3.37	13.08±3.18	-1.17	0.24
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	32.51±8.06	30.45±9.19	1.31	0.19

*Kolon Kanseri, Mide Kanseri, Prostat Kanseri, Mezotelyoma, Kolon Kanseri, Pankreas Başı Kanseri, Kolanjiocellüler Kanseri, Karaciğer Kanseri (Primer veya Metastatik)
**Meme Kanseri, Tiroid Papiller Kanseri.

Tablo 16’da hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların tanılarına göre, yaşam kalitesinin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Batın içi organ kanseri olan hastaların spiritual iyiliğin barış/huzur alt boyutu puan ortalamasının batın dışı organ kanseri olan hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Spiritual iyiliğin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 17. Hastaların Tanı Alma Zamanına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Min-Max	Tanı Alma Zamanı				KW	p
		1-30 gün önce (n=19)	31 gün- 6 ay önce (n=51)	6 ay-2 yıl önce (n=50)	2 yıldan daha uzun süre önce (n=30)		
Yaşam Kalitesi		X±SD	X±SD	X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	18.52±6.06	15.94±6.48	16.16±6.35	15.80±6.69	2.75	0.43
Faaliyet Durumu	0-28	13.47±6.85	12.41±5.62	14.38±6.78	12.63±6.94	2.72	0.43
Duygusal Durum	0-24	14.15±4.81	14.74±5.32	14.84±5.37	13.90±5.72	0.92	0.82
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	19.84±6.31	21.66±5.91	20.64±5.92	20.53±6.66	1.73	0.62
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	66.00±18.36	64.76±17.61	65.92±19.65	62.86±18.52	0.67	0.87
Spiritual İyilik							
Anlam	0-16	11.57±2.93	10.39±3.39	10.84±3.50	9.46±4.84	2.32	0.50
Barış/Huzur	0-16	8.68 ±3.78	8.96±3.70	9.12±4.13	8.23±3.70	1.28	0.73
İnanç	0-16	12.10±2.70	13.25±2.65	12.64±3.31	11.70±4.28	3.35	0.34
Spiritual İyilik Toplam	0-48	32.00±7.22	32.60±7.69	32.76±8.18	29.13±10.44	2.72	0.43

Tablo 17’de hastaların tanı alma zamanına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, 1-30 gün önce tanı alan hastaların yaşam kalitesinin 2 yıldan daha uzun süre önce tanı alanlara göre daha yüksek olduğu, spiritual iyiliğin 2 yıl ve daha uzun süre önce tanı alanlarda en düşük olduğu belirlendi. Hastaların tanı alma zamanları ile yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 18. Hastaların Metastaz Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Metastaz Olma Durmu		t	p
		Var (n=38)	Yok (n=112)		
Bedeni Durum	0-28	16.55±6.30	16.23±6.49	0.26	0.78
Faaliyet Durumu	0-28	13.97±7.04	13.00±6.24	0.75	0.45
Duygusal Durum	0-24	14.89±5.48	14.41±5.28	0.47	0.63
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	21.97±4.90	20.49±6.42	1.29	0.19
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	67.39±15.71	64.08±19.27	1.05	0.29
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.73±3.98	10.42±3.65	0.42	0.67
Barış/Huzur	0-16	9.02±3.76	8.76±3.87	0.36	0.71
İnanç	0-16	12.05±3.70	12.81±3.17	-1.13	0.26
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	31.60±8.53	31.98±8.45	-0.23	0.81

Tablo 18’de metastaz durumuna göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo’ya göre, metastazı bulunan hastaların yaşam kalitesinin tüm alanları spiritual iyiliğin inanç ve toplam puan dışında diğer alanların puan ortalamasının metastaz olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Ancak metastaz durumu ile yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 19. Hastaların Ameliyat Olma Sayısına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Min-Max	Ameliyat Olma Sayısı		t	p
		1 kez (n=115)	2 kez veya daha fazla sayıda (n=35)		
Yaşam Kalitesi		X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	16.56±6.33	15.48±6.74	0.84	0.40
Faaliyet Durumu	0-28	13.41±6.54	12.68±6.17	0.60	0.54
Duygusal Durum	0-24	14.36±5.27	15.08±5.52	-0.68	0.49
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	20.60±6.21	21.74±5.66	-1.02	0.31
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	64.93±18.51	64.91±18.46	0.00	0.99
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.47±3.77	10.60±3.63	-0.17	0.86
Barış/Huzur	0-16	8.95±3.69	8.42±4.29	0.65	0.51
İnanç	0-16	12.67±3.05	12.31±3.97	0.49	0.62
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	32.17±8.34	30.94±8.84	0.73	0.46

Tablo 19’da hastaların ameliyat olma sayısına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, hastaların ameliyat olma sayıları ile yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz olduğu görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 20. Hastaların Bu Hastalık Nedeniyle En Son Ameliyat Olma Zamanına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

		En Son Ameliyat Olma Zamanı				KW	p
		1gün-7 gün önce (n=32)	8 gün-22 gün önce (n=8)	23 gün-1 yıl önce (n=83)	1 yıldan fazla süre önce (n=27)		
Yaşam Kalitesi	Min-Max	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	16.40±6.72	18.87±6.31	16.12±6.01	16.03±7.46	1.52	0.67
Faaliyet Durumu	0-28	12.46±6.63	13.12±7.35	13.31±6.15	14.00±7.10	0.57	0.90
Duygusal Durum	0-24	13.34±4.68	14.62±6.18	15.38±5.36	13.29±5.41	6.30	0.09
Sosyal Yaşam ve Aile							
Durumu	0-28	17.93±6.34	21.12±4.12	22.16±5.86	20.25±5.93	12.32	0.00
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	60.09±19.60	67.50±20.22	66.97±17.68	63.59±18.68	2.87	0.41
Spiritual İyilik							
Anlam	0-16	11.34±3.41	11.25±3.01	10.62±3.55	8.92±4.46	4.44	0.21
Barış/Huzur	0-16	8.90±3.67	8.62±5.26	9.09±3.80	8.00±3.76	1.68	0.64
İnanç	0-16	12.46±3.64	12.75±3.53	13.14±2.56	11.00±4.27	5.03	0.17
Spiritual İyilik Toplam	0-48	32.50±8.30	32.62±9.31	32.86±7.64	27.92±9.96	4.84	0.18

Tablo 20’de hastaların bu hastalık nedeniyle en son ameliyat olma zamanına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların en son ameliyatlarını oldukları süre ile yaşam kalitesinin sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Hastaların en son ameliyat olma zamanı alt grupları arasındaki fark Tukey testi ile ikili olarak karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinin sosyal yaşam ve aile durumu için; 23 gün – 1 yıl önce ameliyat olan hastaların puan ortalamalarının 1-7 gün önce ameliyat olan hastalardan daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0.004$). yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 21. Hastaların Yaşamak İçin İten Gücü Olup Olmamasına Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

	Min-Max	Yaşamak için iten güç		Z	p
		Var (n=145)	Yok (n=5)		
Yaşam Kalitesi		X±SD	X±SD		
Bedeni Durum	0-28	16.44±6.37	12.40±7.40	-1.21	0.22
Faaliyet Durumu	0-28	13.43±6.34	7.80±7.75	-1.77	0.07
Duygusal Durum	0-24	14.68±5.26	10.00±5.33	-1.75	0.07
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0-28	21.09±5.90	14.20±8.34	-2.01	0.04
Yaşam Kalitesi Toplam	0-108	65.63±17.89	44.40±24.41	-2.10	0.03
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.72±3.51	4.20±4.76	-2.77	0.00
Barış/Huzur	0-16	8.95±3.76	5.20±4.65	-1.88	0.05
İnanç	0-16	12.64±3.25	11.20±4.20	-0.96	0.33
Spiritual İyilik Toplam	0-48	32.27±8.04	20.60±12.85	-2.12	0.03

Tablo 21’de hastaların yaşamak için iten güç olup olmamasına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, yaşamak için iten gücü olan hastaların yaşamak için iten gücü olmayanlara göre yaşam kalitesinin alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sosyal yaşam ve aile durumu ve toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı iken ($p < 0.05$), diğer alt boyutları arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Yaşamak için iten gücü olan hastaların spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, yaşamak için iten gücü olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel değerlendirmede ise, anlam ve barış/huzur alt boyutu ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), inanç alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Tablo 22. Hastaların Olumsuz Bir Yaşam Olayı Deneyimi Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min-Max	Olumsuz Yaşam Olayı Deneyimi		t	p
		Var (n=120)	Yok (n=30)		
Bedeni Durum	0-28	15.78±6.50	18.43±5.73	-2.20	0.03
Faaliyet Durumu	0-28	13.04±6.47	14.06±6.37	-0.78	0.43
Duygusal Durum	0-24	13.83±5.26	17.33±4.62	-3.60	0.00
Sosyal Yaşam ve					
Aile Durumu	0-28	20.09±6.16	23.96±4.71	-3.76	0.00
Yaşam Kalitesi					
Toplam	0-108	62.70±18.95	73.80±13.07	-3.02	0.00
Spiritual İyilik					
Anlam	0-16	10.09±3.76	12.16±3.11	-3.11	0.00
Barış/Huzur	0-16	8.40±3.81	10.53±3.51	-2.91	0.00
İnanç	0-16	12.48±3.54	13.16±2.15	-1.00	0.31
Spiritual İyilik					
Toplam	0-48	30.93 ±8.43	35.70±7.48	-3.03	0.00

Tablo 22’de hastaların daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyimi durumlarına göre yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre, daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyimi yaşamayan hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve faaliyet durumu dışında diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Olumsuz bir yaşam olayı deneyimi yaşamayan hastaların spiritual iyilik alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, inanç alt boyutu dışında diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 23. Yaşam Kalitesi ve Spiritual İyilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	X±SD	r	p
Yaşam Kalitesi Toplam	64.94±1.84	0.619	0.000
Spiritual İyilik Toplam	31.88±8.44		

Tablo 23’de yaşam kalitesi ile spiritual iyilik arasındaki ilişki görülmektedir. Tablo incelendiğinde, yaşam kalitesi toplam puanı ile spiritual iyilik toplam puanı arasında aynı yönlü bir korelasyon bulunduğu görülmektedir ($r=0.619$, $p=0.000$). Buna göre spiritual iyilik toplam puan ortalaması arttığında yaşam kalitesi toplam puan ortalaması da artmaktadır. Bu ilişki istatistiksel olarak önemlidir.

7.TARTIŞMA

Bu çalışmada onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile spiritual iyilik hali arasında önemli düzeyde aynı yönlü ilişki olduğu, spiritual iyilik puan ortalaması yüksek olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının da yüksek olduğu belirlendi.

Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda bakımın temel hedefi, yaşam kalitesini yükseltmektir. Çünkü hastalık ve tedavi süreci bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritual ve fonksiyonel iyilik durumunu, dolayısıyla da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesi hastanın fonksiyonları ve baş etme ile ilgili genel algısının ne kadar iyi olduğu üzerine temellenmektedir. Araştırmalarda kronik hastalığı olan bireyler için spiritual iyiliğin en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık göstergeleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (McClain ve ark., 2003; Nelson ve ark., 2002). Bu nedenle güçlü spiritual inançların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin sonuçlarını olumlu yönde etkilediği ileri sürülmüştür (Henderson ve ark., 2003). Spiritualitenin genellikle umutsuzluk ve sıkıntılı zamanlarda umut sağlamak için kullanıldığı bildirilmektedir. Delgado-Guay ve arkadaşları (2011) tarafından ileri kanser hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların spiritualite ve dini baş etme yöntemini kullandıkları, Vallurupalli ve arkadaşları (2011) dini/spiritual baş etme yöntemlerini kullanan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Frost ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, spiritual iyilik fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve duygusal iyilik ile pozitif yönde çok güçlü ilişki bulunmuştur. Balboni ve arkadaşları (2010) ileri kanser hastalarına tıbbi ekip tarafından verilen spiritual bakımın etkilerini değerlendirdikleri çalışmada, tıbbi ekip tarafından spiritual bakım alan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Samuelson ve arkadaşları (2011) çalışmalarında spiritualite toplam puanı yüksek olan kanser hastalarının yaşam kalitesi toplam puanının da yüksek olduğunu bulmuştur. Zavala ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada spiritualitenin, hem genel hem de hastalığa özgü yaşam kalitesiyle olumlu yönde ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bu konu ile ilişkili yapılan diğer çalışmalarda da (Tate ve Forchheimer, 2002; Rippentrop, 2006; Krupski ve ark., 2006; Canada ve ark., 2006; O'connor ve ark., 2007; Leak ve ark., 2008; Prince-Paul, 2008; Withford ve ark., 2008; Wildes ve ark., 2009; Lim ve Yi, 2009; Kim ve ark., 2010; Kandasamy ve ark., 2011; Salsman ve ark. 2011) benzer şekilde spiritual iyiliğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, başka bir ifade ile yaşam kalitesinin yükselmesini sağladığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan elde etmiş olduğumuz sonuç literatür ve yapılmış çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu konuda yapılmış çalışmalardan ve bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar spiritualitenin tutarlı olarak yaşam kalitesini yükselttiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 53.48 olup 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamasının 46-65 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ancak gruplar arasında her iki boyutun alt grupları ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Tate ve Forchheimer (2002) tarafından yapılan bir çalışmada ise ileri yaştaki hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Peterman ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da ileri yaştaki hastaların spiritual iyilik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de kanser hastalarının yaşam kalitesinin belirlendiği çalışmalarda (Kılıçkap, 2009; Savcı, 2006) yaşam kalitesi üzerinde yaşın etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada erkek hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin inanç alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlarının ve toplam puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Linzer ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamızın sonucu ile paralel olarak kadınların yaşam kalitesi puanı erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Subaşı (2010) tarafından kanser hastalarının yaşam kalitesinin belirlendiği bir başka çalışmada ise, hastaların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının cinsiyet açısından anlamlı olmadığı bulunmuştur. Peterman ve arkadaşları (2002) tarafından FACIT-Sp-Versiyon 4 ölçeği kullanılarak spiritual iyiliğin değerlendirildiği bir çalışmada anlam, barış/huzur, inanç alt boyut puan ortalamalarının bizim çalışma bulgumuzun tersine kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda spiritual iyiliğin inanç alt boyutu kadınlarda daha yüksekti. Samuelson ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da kadınların spiritual iyiliğin inanç alt boyutu ve toplam puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Delgado-Guay ve arkadaşlarının (2011) ileri evre kanser hastalarında spiritualite, din ve spiritual acı üzerine yaptıkları çalışmada, spiritual acı yaşayan hastalarda cinsiyet açısından bir fark olmadığı belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyeti belirleyen önemli bir faktör cinsiyet rollerinin gerektirdiği sorumluluklardır. Türk kültüründe kadının anne rolü gereği üstlendiği sorumluluklar kadının sosyalleşme sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Dolayısıyla kadının işlevleri/sorumlulukları ev içi ile sınırlanmaktadır. Erkek ise ekonomik kaygılar nedeniyle ev dışında bir sosyal yaşantı sürdürmekte ve toplumda kadına göre daha etkin davranma ve söz sahibi olma özelliğini taşımaktadır (Özkan ve Gündoğdu, 2011). Bu bağlamda toplumların cinsiyete yüklediği/beklediği sorumluluklar bireyin yaşam kalitesi ve spiritual yönü üzerinde etkili olabilir. Ancak bizim çalışmamızın sonucu ve yapılan diğer çalışmalardan elde edilmiş sonuçlar değerlendirildiğinde cinsiyet,

yaşam kalitesi ile spiritual iyilik arasında her zaman doğrusal bir ilişkiden söz edilemeyeceği söylenebilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda yaşam kalitesinin bedeni durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutları ile toplam puan ortalamasının da yüksek olduğu ve bu boyutlarda puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulundu. Spiritual iyiliğin anlam alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında fark anlamlı olup, lise düzeyinde eğitime sahip hastaların anlam alt boyutu ile toplam puan ortalaması diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre, üniversite mezunu olanlarda ise barış/huzur alt boyut puanı daha yüksekti. Subaşı (2010) tarafından yapılan bir çalışmada da, eğitim durumunun yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Peterman ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada ise eğitim durumu ile spiritual iyiliğin inanç alt boyutu arasında negatif bir ilişki olduğu, yüksek eğitilmiş katılımcılarda inanç alt boyut puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada da eğitim düzeyi düşük kanser hastaların spiritual iyilik puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Zavala ve ark., 2009).

Çalışmamızda bekar hastaların yaşam kalitesinin yalnızca sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puan ortalaması evli hastalara göre daha düşük, spiritual iyiliğin barış/huzur alt boyut puan ortalaması bekar hastalarda evli hastalara göre çok küçük bir farkla yüksek iken diğer tüm alanlar ve toplam puan ortalaması evli hastalarda daha yüksek olduğu bulundu. Tate ve Forchheimer'in (2002) yaptıkları bir çalışmada da evli olanların yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti ve spiritual iyilik puanlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Avcı ve Pala'nın (2004) kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada da, bizim çalışmamızın bulgularının tersine evli olanların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Whitford ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada evli olmanın spiritual iyiliğin anlam ve barış/huzur alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olmasına küçük bir etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan birkaç çalışmada ise evli ve bekar hastaların genel yaşam kalitesi puanları birbirine yakın bulunmuştur (Kılıçkap, 2009; Savcı, 2006). Bizim çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde çoğunlukla evli olma yaşam/sosyal destek anlamında bireylerin yardım alabilecekleri yakın birisi/birilerinin olması yönünden önemlidir. Ayrıca spiritualite insanın kendisi, başkaları ve ulu bir güç ile bağlantısı tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle evli olmanın spiritual iyiliğe olumlu yönde katkı verdiği düşünülebilir.

Bu araştırmada çalışan hastaların yalnızca yaşam klaitesinin duygusal durum alt boyut puan ortalamasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 11). Tate ve Forchheimer (2002) tarafından kanser ve rehabilitasyon hastalarında yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti ve spiritual iyilik üzerine yapılan bir çalışmada, çalışan hastaların daha iyi yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti ve spiritual iyiliğe sahip oldukları bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise çalışma durumunun kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (Subaşı, 2010). Çalışmamızda spiritual iyilik leği alt boyutları ve toplam puan ortalamasının çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bizim çalışmamızdan elde edilen bu bulgu, bir işte çalışıyor olmanın bireyin hem sosyoekonomik düzeyini, dolayısıyla yaşam kalitesini arttırdığı, hem de bireyin kendisi, başkaları ile olan ilişkisi ve yaşamda anlam ve amacı bulmaya olumlu katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda ekirdek aile ile yaşayan hastaların hem yaşam kalitesi hem de spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları geniş aile ve tek başına yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. Rustoen ve arkadaşlarının (1999) alışmasında, aile desteğinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini ve tek başına yaşayan kanser hastalarında yaşam kalitesi skorlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Savcı'nın (2006) yaptığı bir çalışmada ise, aile tipine göre yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları yönünden farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Spiritualite  tema (kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu g) arasındaki ilişki üzerine odaklanmaktadır. Bu üç kor/temel elementin birbiri ile olan bağlantısının spiritualitenin kalbi olduğu belirtilmektedir. Spiritualitenin bu kilit bileşenleri bireyin başkaları ile sevgi ve ilişki kaynaklarının belirlenmesi açısından önemlidir. Birey yaşadığı çevrede diğer kişilerle kurduğu ilişki ile başkalarına sevgi gösterme ve sevgi görme, bağışlanma, dokunma, güven ilişkisi kurma gibi temaslarla spiritual gereksinimini karşılar. Bu nedenle kişinin başkaları ile olan ilişkisi spiritual boyutun esası olarak görülmektedir (Yılmaz, 2011). Literatürde eş, arkadaş ve iş çevresinden ya da profesyonel kişileri içeren sosyal destek bireylere duygusal rahatlık verme, sorunlarla başa çıkma yollarını sağlama, günlük yaşamda ve zor zamanlarda bireyler arası bağlantıları sağlayarak stresin olumsuz etkilerine karşı koruma rolü olduğu belirtilmektedir (Kaner, 2003). Çalışmamızda ekirdek ailede yaşayanlarda yaşam kalitesi ve spiritualite puan ortalamalarının yüksek çıkması çekirdek ailede genellikle daha yakın ilişki kurulabilmesine bağlanabilir.

Bu araştırmada kentte yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin duygusal durum alt boyut puan ortalaması dışında diğer boyutlar ve toplam puan ortalamasının kırsal bölgede yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Kent yaşamı sağlık ve eğitim hizmetlerinden

yararlanma, cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık gibi birçok unsur daha sağlıklı ve daha kaliteli hizmetlere ulaşma yaşam kalitesinin iyiliğini etkileyebildiği belirtilmektedir (Kaya, 2007). Ancak Subaşı (2010) ve Savcı'nın (2006) yaptıkları çalışmalarda yaşanan yerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda spiritual iyiliğin inanç alt boyutu ortalamasının kırsal bölgede yaşayan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmadan elde edilen bu sonuç, değer ve inançların kırsal bölgede yaşayan insanların yaşamına yön verme potansiyelinin daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada spiritual iyiliğin inanç alt boyutunun gelir düzeyi düşük olan hastalarda daha yüksek olduğu ancak hem spiritual iyilik hem de yaşam kalitesinin alt boyutları ve toplam puan ortalamasının gelir düzeyi yüksek olan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Ferrell ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada da, ekonomik durumu iyi olan over kanserli hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının ekonomik durumu kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşük gelirli prostat kanserli erkeklerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada (Krupski ve ark., 2006) spiritual iyilik düzeyi yüksek olan erkeklerin yaşam kalitesinin de daha yüksek olduğu, spiritual iyilik düzeyi düşük olan erkeklerde duygusal iyilik halinin daha kötü olduğu, daha sıkıntılı semptomlar yaşadıkları ve anksiyete düzeyinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda (Subaşı, 2010; Kulu, 2010) ise ekonomik düzey ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda kanser hastası olduğunu bilenlerin yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalaması bilmeyen hastalara göre daha yüksek bulundu. Ancak hem yaşam kalitesi hemde spiritual iyiliğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Kanser, ölümün yanı sıra ölüme ağrı içinde yavaş yavaş yaklaşmayı, hastalığın gidişine ya da tedaviye bağlı organ kaybını, sakatlıkları, ağır bir maddi yükü, çok uzun süren tedavi yöntemlerini çağrıştırmaktadır (İliçin ve ark., 1999). Bununla beraber, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler de bireyin sosyal ve spiritual sağlığını bozmaktadır. Bu tip kronik stres faktörleriyle sürekli yüz yüze gelmek zorunda kalan kanserli hastaları, bir süre sonra sorunlarla baş etmede kullandıkları destek sistemlerinin yetersiz olduğunu fark ederek ümitsizlik, korku ve çaresizlik yaşamaktadır (Arslan ve Bölükbaş, 2003; Reis, 2003). Bu nedenle kanser, hasta ve ailesini, tanının konulmasından itibaren her aşamada farklı ruhsal çöküntülere sürüklemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (İliçin ve ark., 1999). Buna rağmen bazı insanlar için hastalığını bilmek onunla mücadele etme gücünü arttırabilir. Yapılan çalışmalarda spiritual iyiliğin kanser hastaları gibi yaşamın sonuna

yaklaşan hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir belirteç olduğu bildirilmektedir (Delgado-Guay ve ark., 2011). Bu nedenle yaşamı tehdit edilen kanser hastalarında yaşamın anlam ve amacını artıracak itici bir güç olarak spiritual iyiliği geliştiren girişimlerin planlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Canada ve ark., 2008; Jafari ve ark., 2010).

Çalışmamızda batın içi organ kanseri olan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamasının batın dışı organ kanseri olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmanın uygulama aşamasında, özellikle fiziksel görünüşünde kanser hastası olduğu belli olan hastaların (tiroid papiller kanseri, meme kanseri) tedaviye uyumda ve hastalığın yol açtığı psikososyal sorunlarla başa çıkmada diğer hastalara göre daha fazla zorlandıklarını görüldü. Bilindiği gibi kanserin cerrahi tedavisi sonucu dışardan görülen organın kaybı beden görünümünün değişmesine neden olduğu için hastalarda yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi sonrası kadınların kadınlık, annelik ve çekicilik simgesi olarak memenin kaybının (Babacan Gümüş, 2006), tiroid papiller kanserinde ise boyunda fiziksel görünüşü olumsuz etkileyecek bir şişliğin varlığının yaşam kalitesi ve spiritual iyilik üzerine olumsuz etki yaratabilmektedir. Kılıçkap'ın (2009) çalışmasında kolorektal ve jinekolojik kanser tanısı ile izlenen hastalarda en yüksek, baş-boyun kanseri tanısı ile izlenen hastaların ise en düşük yaşam kalitesi puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmanın sonucu bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda 1-30 gün önce tanı alan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, 6 ay-2yıl önce tanı almış hastaların ise, spiritual iyilik puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. 1-30 gün önce tanı alan hastaların henüz kanserin yaşam kalitesini bozan bulguları ortaya çıkmadığı için yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek çıkmış olabilir. Çalışmamızda 2 yıl ve daha uzun süre önce tanı konulmuş hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının en düşük olduğu görüldü. Literatürde hastaların kanser tanısı aldıktan sonra ilk 6 ayda ve kemoterapi alınan dönemde yaşanan fiziksel ve emosyonel stres hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu belirtilmektedir (Greimel ve ark., 2002; Thome ve Hallberg, 2004). Kılıçkap'ın (2009) yaptığı çalışmada da, kanser tanısı alan hastaların tanı aldıkları ilk yıllarda yaşam kalitesi puan ortalamasının, 3 yıl ve sonrasında tanı alan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. 6 ay-2yıl önce tanı almış hastaların spiritual iyilik puan ortalamasının daha yüksek çıkması ise, hastaların kanserle baş etmede spiritual değer ve inançları kullandıkları şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu konuda bir çalışma sonucuna rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda hastaların metastaz durumu ile yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Ancak metastazı olan hastaların yaşam kalitesi toplam puanı, metastazı olmayanların ise spiritual iyilik toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü. Gültekin ve arkadaşlarının (2011) akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri bir çalışmada, hastalığın evresi ilerledikçe hastaların daha kötü yaşam kalitesi skorlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Kılıçkap (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, relaps gelişen veya metastaz izlenen hastalardaki genel ve işlevsel yaşam kalitesi puanları diğerlerine göre belirgin oranda düşük bulunmuştur. Kanserde kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, kötü prognoz gibi faktörlerin hastalarda psikolojik bozukluklara yol açtığı dolayısı ile yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Elbi, 2001). Metastaz varlığı hastaya, hastalığının ilerlediğini ve ölümün kendine biraz daha yaklaştığını hissettirebilir ve hastanın yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğini olumsuz etkileyebilir. Çalışmamızda metastaz olan hastaların yaşam kalitesi metastaz olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Bunun nedeni örneklemin büyüklüğünden, hastaların kanserle baş etme şeklinden, sosyal destek düzeyinden, yaş ve cinsiyetinden kaynaklanmış olabilir.

Hastaların ameliyat olma sayıları ile yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalaması bir kez ameliyat olmuş hastalarda daha yüksek bulundu. Tekrarlı ameliyatlara ve ameliyat sonrası yaşanan ağrı, iştahsızlık gibi olumsuzluklar bireye hastalığının iyileşmediğini düşündürüp umudunu yitirmesine, yaşamın anlam ve amacının azalmasına neden olabilir. Bunun hastanın yaşam kalitesi ve yaşama isteğini/spiritual iyilik durumunu olumsuz etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda 1-7 gün önce ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması en düşüktü. Kulu (2010) mesane tümörü olan hastaların cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında, ameliyat sonrası üçüncü ve dördüncü aylarda yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol kısıtlılıkları alt grubundan aldıkları puanın diğer aylara göre (1. ve 2. ay ile 4 aydan daha fazla süre önce) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır. Kulaksızoğlu ve arkadaşları (2002) mesane kanseri nedeni ile radikal sistektomi yapılan hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası 3. ayda yaşam kalitesi fonksiyonel puanın preoperatif döneme göre önemli düzeyde düştüğü, 12 aydan sonra ise preoperatif dönemdeki puana tekrar ulaştığı belirlenmiştir. Çalışmamızda Kulaksızoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna paralel olarak faaliyet durumu puan ortalaması 1 yıldan daha fazla süre önce ameliyat olan hastalarda daha yüksek bulundu. 1 yıldan daha uzun süre önce ameliyat olan hastaların ise spiritual iyilik toplam puan ortalaması en düşüktü. Bu

sonucun hastaların uzun süre baş etmeye çalıştığı kanser ve tedavilerinden yorulduğu ve iyileşme umudunun azalmasından kaynaklanmış olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların yaşamak için iten gücü olan hastaların olmayanlara göre sosyal yaşam ve aile durumu, anlam ve barış/huzur alt boyutu ile yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlendi. Literatürde spiritualite, bireylerin yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabası (Çetinkaya ve ark., 2007) ve kendisi, diğerleri, doğa ve önemli ya da kutsal bulduğu deneyimle ilgili bağlılığı (Delgado-Guay ve ark., 2011) olarak açıklanmaktadır. Spiritualite Como (2007) tarafından yaşamın anlam ve amacını araştırma, bir bireyin özü olarak tanımlanmıştır. Surbone ve Baider (2010) spiritualiteyi tanrı, evrensel ruh, yaratan ya da adı ne olursa olsun yaşam gücü vermek isteyen ilahi enerji olarak tanımlamıştır. Spiritualite kişinin kendi yaşamında anlam ve amacı aramasıdır. Bu da yaşama anlam veren kendi tercih ettiği bir bağlılık ve/veya dini inanç, değer ve uygulamalar yoluyla elde edilir (Tanyi, 2002).

Çalışmamızda hastaların %59.3'ü yaşamak için iten güç olarak başkaları ile olan ilişki olarak belirtti. Dyson ve ark. (1997) spiritulitenin kişinin yaşadığı toplum şartlarında geliştiğini, bundan dolayı bireylerin yaşadıkları şartlar ve çevreye göre farklı spiritual bakış açısı kazanabildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bireyin yaşadığı çevrede diğer kişilerle kurduğu ilişki ile başkalarına sevgi gösterme ve sevgi görme, bağışlanma, dokunma, güven ilişkisi kurma gibi temaslarla spiritual gereksinimini karşıladığı, bu nedenle kişinin başkaları ile olan ilişkisinin spiritual boyutun esası olarak görüldüğünü vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda da hastaların spiritual gereksinimini daha çoğunlukla başkaları ile olan ilişkisi boyutunda karşıladığı söylenebilir.

Çalışmamızda daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyimi yaşamayan hastaların tüm alanlarda ölçek puan ortalamaları yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. Olumsuz bir duruma uyum için spiritual boyutun çok önemli olduğu bildirilmektedir (Frick ve ark., 2006). Çünkü spiritualite bireylerin, anlam ve amacı arama, kendisi, diğerleri, doğa ve önemli veya kutsal bir deneyimle bağlantılılığın yolu olarak tanımlanmaktadır (Puchalski ve ark., 2009). Taylor (2003) ise, hastalar ve onlara bakım veren aileleri ile yaptığı görüşmeler sonucunda yaşamın anlam ve amacını bulma gereksinimi, din ve ilahi bir güce bağlanma gereksinimi, pozitiflik, şükretme, umut, inancı gözden geçirme ve ölüme hazırlık gibi çeşitli boyutlarını tanımlamıştır (Flannelly ve ark., 2002; Sheehan, 2005; Canada ve ark., 2008, Woll ve ark., 2008).

Çalışmamızda hastaların %50.0'sinin yakın birinin ölümü yaşadıkları, %23.3'ünün ciddi bir sağlık sorunu gibi olumsuz bir deneyim yaşadıkları görüldü. Olumsuz bir durumla

baş etmek için hastaların eşit olarak dini uygulamalar ve başkaları ile olan ilişkiyi kullandıkları belirlendi. Ölüm ve ciddi bir sağlık sorunu yaşamış/yaşıyor olmak gibi zor zamanlarda bireyler yaşamın anlam ve amacını sorgulamaya başlar. Bireyler bu zor zamanlarda yaşamın anlam ve amacını bulabilmek için dini uygulamalara ya da durumu yakın bulduğu kişiler/başkaları ile paylaşma yoluna giderler. Tate (2011) çalışmasında meme kanseri olan kadınların durumla baş etmek için en etkili yöntemin dua etmek ve spiritualite olduğu ve başkalarının yargılayıcı tutumlarından korktukları için, ayrıca aile ve arkadaşlarının meme kanserinin olumsuz sonuçları üzerine odaklandıkları için tanrı ile konuşmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. McMillan ve Weitzner'in (2000) son evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların din ve spiritualite konularına büyük vurgu yaptıkları ve bu hastalara yaşam kalitelerini geliştirmede yardımcı olarak neye başvurdukları sorulduğunda, hastaların sunulan 28 seçeneğe en çok "Tanrı" ile ilişkiyi seçtikleri belirlenmiştir. Roberts ve arkadaşları da (1997) yaptıkları çalışmada farklı evre kanseri olan kadınların çoğunun kanser tanısı aldıktan sonra daha fazla dindar olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak spiritual iyiliğin yaşam kalitesi üzerinde etkisinin değerlendirildiği 19 çalışmanın tümünde (Tate ve Forchheimer, 2002; Canada ve ark., 2006; Krupski ve ark., 2006; Rippentrop ve ark., 2006; O'connor ve ark., 2007; Leak ve ark., 2008; Prince-Paul, 2008; Withford ve ark., 2008; Lim ve Yi, 2009; Wildes ve ark., 2009; Zavala ve ark., 2009; Kim ve ark., 2010; Delgado-Guay ve ark., 2011; Frost ve ark., 2011; Kandasamy ve ark., 2011; Salsman ve ark., 2011; Samuelson ve ark., 2011; Vallurupalli ve ark., 2011; Winkelman ve ark., 2011) spiritual iyiliğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, başka bir ifade ile yaşam kalitesinin yükselmesini sağladığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonucu da daha önce yapılmış bu çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ve Onkoloji Merkezi'nde kanser hastalığı nedeniyle tedavi alan hastalarda yaşam kalitesi ve spiritual iyiliğin incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan 150 hastanın %61.3' ü kadın, %46.0'sı ilköğretim mezunu olduğu, %94.7'sinin evli, %94.0'ünün çalışmadığı, %66.0'sının şehir merkezinde, %74.7'sinin çekirdek aile ile birlikte yaşadığı, %71.3'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu belirlendi (Tablo 2).
- Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 53.48 ± 9.43 olarak bulundu (Tablo 3).
- Çalışmamızda hastaların %92.0'sinin hastalığının ne olduğunu bilmediği, %69.3'ünün batın içi kanser hastalığı olduğu, %53.3'ünün 6 aydan daha uzun süre önce kanser tanısı aldığı, %74.7'ünün metastazı olmadığı, %76.7'sinin bu hastalık nedeniyle 1 kez ameliyat olduğu, %82'sinin de en son ameliyatlarını 1 yıl ve daha kısa süre önce geçirdikleri belirlendi (Tablo 4).
- Hastaların %96.7'sinin yaşamak için bir güç bulduğu, %59.3'ünün kendilerini yaşamak için iten gücün başkaları ile olan ilişki olduğu, %80.0'inin hayatlarında olumsuz bir deneyim yaşadığı, %50.0'sinde bu olumsuz deneyimin yakın birinin ölümü olduğu, olumsuz deneyimle başa çıkma davranışı olarak dini uygulamaları ve başkaları ile olan ilişkiyi kullanan hastaların aynı yüzdeye sahip olduğu (%52) belirlendi (Tablo 5).
- Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (64.94 ± 1.84) ve spiritual iyilik toplam puan ortalamasının (31.88 ± 8.44) orta düzeyin üzerinde olduğu bulundu (Tablo 6).
- Erkek hastaların yaşam kalitesinin bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu ve toplam puan ortalamaları, spiritual iyiliğin anlam, barış/huzur ve toplam puan ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 8).
- Genel olarak hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi ve spiritual iyilik puan ortalamalarının da arttığı belirlendi (Tablo 9).
- Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması bekar olan hastalarda, spiritual iyilik toplam puan ortalaması evli olan hastalarda daha yüksek bulundu (Tablo 10).

- Çalışan hastalarda sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu dışında yaşam kalitesi ve spiritual iyilik tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 11).
- Çekirdek aile ile yaşayan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 12).
- Kentte yaşayan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları kırsal bölgede yaşayan hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 13).
- Üst gelir düzeyine sahip hastaların yaşam kalitesi ve spritual iyilik puan ortalamaları alt ve orta gelirli hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 14).
- Hastalığının ne olduğunu bilen hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları bilmeyenlere göre daha yüksek bulundu (Tablo 15).
- Batın içi organ kanser hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları batın dışı kanser hastalığı olanlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 16).
- Metastazı olan hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması daha yüksek iken, spiritual iyilik toplam puan ortalaması metastaz olmayan hastalarda daha yüksek bulundu (Tablo 18).
- Kanser hastalığı nedeniyle bir kez ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları iki ve daha fazla sayıda ameliyat olan hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 19).
- Yaşamak için iten bir güç bulan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları bulamayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 21).
- Daha önce olumsuz bir yaşam olayı deneyimi yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik toplam puan ortalamaları yaşayan hastalara göre daha yüksek bulundu (Tablo 22).
- Çalışmada yaşam kalitesi toplam puanı ile spiritual iyilik toplam puanı arasında aynı yönlü bir korelasyon olduğu bulundu (Tablo 23).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmamızda “yaşamak için iten bir gücü” bulunan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kanser hastalarının yaşamın anlam ve amacını ve dolayısıyla “yaşamak için iten bir gücü” kaybedeceklerini göz önünde

bulundurarak hastanın iten bir gücünü belirlemek için veri toplayıp spiritual gereksinimlerini belirlemesi,

- Hemşirelerin hastaların spiritual gereksinimlerini belirlemesi için hastaya yeterince zaman ayırarak aktif dinlemesi,
- Konu ile ilgili ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerin spiritual iyilik ile ilişkili yeterli eğitim almadıklarından dolayı spiritual bakım vermedikleri belirlenmiştir. Oysa hemşirenin holistik bakımın diğer boyutları gibi bu boyutunu bakımına dahil etmesi gerekmektedir. Aksi takdirde holistik bakım ihmal edilmiş olur. Bu anlamda hemşirelere spiritual bakım ile ilişkili hizmetiçi eğitim planlanması,
- Çalışmamızda hastaların yaşadıkları olumsuz bir durumla başa çıkma yolu olarak spiritualitenin inanç ve başkaları ile olan ilişki boyutunu kullandıkları belirlendi. Bu bağlamda kinik ortamda hastalara dini inançlarını uygulayabilecek özel alanlar oluşturulması ve destek olan yakınları ile iletişim/ilişkilerinin sağlanması ve sürdürülmesi,
- Çalışmamızda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, tek başına ya da geniş aile ile yaşayan, kadın olan, batın dışı kanser hastalığı olan, hastalığının ne olduğunu bilmeyen, hastalığı nedeniyle iki ya da daha fazla sayıda ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi ve spiritual iyilik halinin düşük olduğu bulundu. Buna göre hemşirelerin daha öncelikli olarak bu hastaların spiritual destek gereksiniminin farkında olması ve spiritual gereksinimlerine yönelik bakımı planlamaları ve uygulamaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adana, F. (2006). Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. Hemşirelik Forumu, Eylül–Aralık, 1-4.
- Akdemir, N. (2003). Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, I Baskı, İstanbul, 265s.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Sistem Ofset-Ankara, 19-20s.
- Akgün Kostak, M.(2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 105-115.
- Andrykowski, M.A., Lykins, E., Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors, Seminars in Oncology Nursing, 24(3), 193-201.
- Arslan, S., Bölükbaş, N. (2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3), 38-47.
- Arslan, S., Gökçe Kutsal, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. Geriatri Dergisi, 2(4), 173-179.
- Avcı, K., Pala, K. (2004). Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(2), 81-85.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2(3), 108-114.
- Balboni, T.A., Paulk, M.E., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Loggers E.T., Wright, A.A., Block S.D., Lewis, E.F., Peteet J.R., Prigerson, H.G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death, J Clin Oncology, 28, 445-452.
- Balboni, T.A., Vanderwerker, L.C., Block, S.D., Paulk, M.E., Lathan, C.S., Peteet, J.R., Prigerson, H.G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life, Journal of Clinical Oncology, 25(5), 555-560.
- Baldacchino, D.R., Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature, Journal of Advanced Nursing, 34(6), 833-841.
- Baker, D.C. (2003). Studies of inner life, The impact of spirituality on quality of life, Quality of Life Research, 12(1), 51-57.
- Bash, A. (2004). Spirituality: the emperor's new clothes? Journal of Clinical Nursing, 13(1), 11–16.

- Başalan İz, F., Özer, M. (2003). Yaşam Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış, Hemşirelik Forumu Dergisi, 6 (4), 24-26.
- Bostancı Daştan, N., Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1), 73-78.
- Boyle, P., Levin, B. (2008). Dünya Kanser Raporu. Lyon, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu.
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology, *Psyco-Oncology*, 8, 417-428.
- Bedel, G. (2009). Maneviyat ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, İstanbul.
- Bezlen, J.A. (2004). Spirituality, culture and mental health: prospects and risks for contemporary psychology of religion, *J Relig Health*, 43, 291–316.
- Canada, A.L., Murphy, P.E., Fitchett, G., Peterman, A.H., Schover, L.R. (2008). A 3-factor model for the FACIT-Sp, *Psycho-Oncology*, 17, 908-916.
- Canada, A.L., Parker, P.A., De Moor, J.S., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L.M., Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer, *Gynecologic Oncology*, 101, 102 – 107.
- Carter, J., Johnson, P., Saltzman, A., Chen, D., Carney, P., Hartenbach, E., Cosin, J., Fowler, J., Carson, L. & Twiggs, L. (1997). Lack of Adverse Effect on Quality of Life of up to Six Cycles of Chemotherapy on Gynecologic Cancer Patients, *Int J Gynecol Cancer*, 7, 439-444.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale, Development and validation of the general measure, *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570–579.
- Como, J.M. (2007). Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes, *Holistic Nursing Practice*, 21(5), 224-236.
- Cook, C.C.H. (2004). Addiction and spirituality, *Addiction*, 99(5), 539-551.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A.(2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
- Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 248-253.
- Dedeli, Ö., Fadıllıoğlu, Ç., Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139.

- Delgado-Guay, M., Parsons, H., Hui, D., De La Cruz, M., Govan, K., Bruera, E., Thorney, S. (2011). The impact of spirituality, religiosity, and spiritual pain in coping strategies and quality of life (QOL) of caregivers of advanced cancer patients (CACP) in the palliative care (PC) setting, *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 282.
- Demir, G., Akkoca, Ö., Doğan, R., Saryal, S., Karabıyıkoglu, G. (2003). KOAH'da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Derneği Dergisi*, 51(4), 365-372.
- Dyson, J., Cobb, M., Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (6), 1183-1188.
- Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon, *Psikiyatri Dünyası*, 5(1), 5-10.
- Efficace, F., Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care, *Death Stud*, 26, 743-756.
- Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-45
- Eylen, B. (2001). Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara.
- Fadıloğlu, Ç. (2003). Kronik Hastalıklar, II Ege Dahili Tıp Günleri, Kronik Hastalıklarda Bakım II, Atatürk Kültür Merkezi, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2-21s.
- Ferrell, B., Cullinane, C.A., Ervin, K., Melancon, C., Uman, G.C., Juarez, G. (2005). Perspectives on the Impact of Ovarian Cancer: Women's Views of Quality of Life, *Oncol Nurs Forum*, 32 (6), 1143-1149.
- Fitzsimmons, D., George, S. (1999). Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *PsychoOncology*, 8(2), 135-43.
- Flannelly, L., Flannelly, K.J., Weaver, A.J. (2002). Religious and Spiritual Variables in Three Major Oncology Nursing Journals, 29(4), 1990-1999.
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M., Hauf, S. & Borasio, G.D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences, *European Journal of Cancer Care*, 15, 238-243.
- Frost, M.H., Johnson, M.E., Atherton, P.J., Petersen, W.O., Dose, A.M., Kanser, M.J., Burger, K.N., Sloan, J.A., Pipe, T.B. (2011). Spiritual well-being and quality of life of women with ovarian cancer and their spouses, *Supportive Oncology*, XX(X),1-9.
- Girardin, D. (2000). Part VI. Implications for spirituality with onkology patients, *Curr Probl Cancer*, 269-279p.
- Gordon, M. (1982). *Functional Health Paterns, Nursing Diagnosis Process and Aplication*, Mc Graw-Hill Book Comp, New York.

Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach, *Nursing Standard*, 14(17), 32-36.

Göktaş, S.B. (2008). Meme kanserinde mastektomi sonrası uygulanan erken ve geç rekonstrüksiyonun hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 343-367.

Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I., Özyılkan, Ö. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri, *International Journal of Hematology and Oncology*, 18(2), 99-106.

Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., Pongratz, E. (2002). Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients, *Gynecol Oncol*, 85(1), 140-147.

Hall, J. (2006). Spirituality at the beginning of life, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 804- 810.

Henderson, P.D., Gore, S.V., Davis, B.L, Condon, E.H. (2003). African American Women Coping With Breast Cancer: A Qualitative Analysis, *Oncology Nursing Forum*, 30(4), 641-647.

<http://www.facit.org-website>. Erişim Tarihi: 04.10.2010

<http://www.iarc.fr/index.php>. Erişim Tarihi: 15.05.2011

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7179/kanser-istatistikleri.html> .
Erişim Tarihi : 09.04.2012

İliçin, G. (1999). Biberoglu K. Süleymanlar G. Ünal S. Temel İç Hastalıkları, Ankara, Güneş Kitabevi,1385-1416s.

Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G.R., Soleymania, E., Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362-1366.

Kandasamy, A., Chaturvedi, S.K., Desai, G .(2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer, *Indian J Cancer*, 48(1), 55-59.

Kaner, S. (2003). Aile destek ölçeği: faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 4(1), 57-72.

Karayurt, Ö., Dicle, A., Tuna Malak, A. (2008). Paylaşılmamış deneyim: deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (6), 327–332.

- Kaya, E. (2007). Kent araştırmaları merkezi ve kentsel yaşam kalitesi, *Yerel Siyaset Dergisi*, Temmuz 10, 35-36.
- Kılıçkap, S. (2009). Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanser Epidemiyolojisi Programı, Ankara.
- Kim, Y., Carver, C.S., Spillers, R.L., Crammer, C. and Zhou, E.S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers, *Psycho-Oncology*, 20, 762–770.
- Kim, T., Giuliano, A.E., Lyman, G.H. (2006). Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in early-stage breast carcinoma: A metaanalysis, *Cancer*, 106, 4-16.
- Koenig, H.G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life, *Complementary & Alternative Medicine*, 2(2), 76-82.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Kulaksızoğlu, H., Gökhan, T., Kulaksızoğlu, I.B., Ağlamış, E., Ünlüer, E. (2002). When Should Quality of Life Be Measured After Radical Cystectomy?, *European Urology*, (42), 350- 355.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M.C., Demir, A. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3),149-153.
- Kuuppelomaeki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments, *Journal of Clinical Nursing*, 10, 660-670.
- Krupski, T.L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G.A., Maliksi, S. and Litvin, M.S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer, *Psycho-Oncology*, 15, 121–131.
- Kulu, A. (2010). Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Kvale, P.A., Simoff, M., Prakash, U.D.S. (2003). Palliative care, *Chest*, 123, 284-311.
- Larimore, W.L., Parker, M., Crowther, M.(2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say?, *Ann Behav Med*, 24, 613–20.
- Leak, A., Hu, J., King, C.R. (2008). Symptom distress, spirituality and quality of life in african american breast cancer survivors, *Cancer Nursing*, 31(1), 15-21. Williams & Wilkins.

- Lederberg, M.S. (2005). Psychooncology. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock), Philadelphia, Lippincott, 2196-2225s.
- Ledger, S.D. (2005). The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs, *British Journal of Nursing*, 14 (4), 220-225.
- Lim, J.W., and Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean Breast and gynecologic cancer survivors, *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 699-708.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J.B., Hahn, S., Brody, D., deGruy, F. (1996). Gender, quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRIMEMD 1000 study, *Am J Med*, 101, 526-533.
- Miller, B. (2005). Spiritual journey during and after cancer treatment, *Gynecologic Oncology*, 99, 129-130.
- Miner-Williams, D. (2006). Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 811-821.
- McClain, C.S., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients, *The Lancet*, 361(10), 1603-07.
- McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., Haley E.W. (2005). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial, 106, 214-222.
- McMillan, S.C., & Weitzner, M. (2000). How problematic are various aspects of quality of life in patients with cancer at the end of life? *Oncology Nursing Forum*, 27, 817-823.
- Mollaoğlu, M., Durna, Z., Esat Eşkazan, E. (2001). Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile değerlendirilmesi, *Epilepsi*, 7(3), 73-80.
- Morales, A.J., Kettel, L.M. (1996). Quality of life assessment *Semin Reprod Endocrinol*, 14(2), 155- 9.
- Musgrave, C.F., & McFarlane, E.A. (2003). Oncology and nononcology nurses' spiritual well-being and attitudes toward spiritual care: a literature review, *Oncology Nursing Forum*, 30, 523-527.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi, Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması, *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
- Myrdal, G., Valtysdotir, S., Lambe, M., Stahle, E. (2003). Quality of life following lung cancer surgery, *Thorax*, 58, 194-7.
- Mytko, J.J., Knight, S.J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research, *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.

- Narayanasamy, A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education, *Journal of Clinical Nursing*, 15 (7), 840–851.
- Narayanasamy, A., Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 446-455.
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galiotta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill, *Psychosomatics*, 43(3), 213–220.
- O'Connor, M., Guilfoyle, A., Bren, L., Mukhardt, F., Fisher, C. (2007). Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: an exploratory study, *Mental Health, Religion and Culture*, 10(6), 631-647.
- Onat, H., Mandel, N.M. (2002). Kanser hastasına yaklaşım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 345-354s.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2005). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 61-68.
- Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. , Ankara, 1-16.
- Özaras, G. (2009). Jinekolojik onkoloji kliniğinde jinekolojik kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi durumu ve etkili faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Özkan, B., Gündoğdu A.E. (2011). Toplumsal cinsiyet bağlamında türkçede atasözleri ve deyimler, *Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 6(3), 1133-1147.
- Özkan, S., Açlalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 60-64.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Braddy, M.J., Hernandez, L., Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp), *Ann Behav Med*, 24(1), 49–58.
- Phelps, A.C., Maciejewski, P.K., Nilsson, M., Balboni, T.A., Wright, A.A., Paulk, M.E., Trice, E., Schrag, D., Peteet, J.R., Block, S.D., Prigerson, H.G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer, *JAMA*, 301, 1140-1147.
- Prince-Paul, M. (2008). Relationships among communicative acts, social well-being and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice, *Journal of Palliative Medicine*, 11(1), 20-25.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009).

- Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference, *J Palliat Med*, 12, 885-904.
- Puchalski, C., Romer, A.L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, *J Palliat Med*, 3, 129-137.
- Reis, N. (2003). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Rippentrop, A.E., Altmaier, E.M., Burns, C.P. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 31-37.
- Roberts, J.A., Brown, D., Elkins, T.,&Larson, D.B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(1, Pt. 1), 166–172.
- Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., Hanestad, B.R. (1999). Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients, *J Adv Nurs*, 29 (2), 490-498.
- Salsman, J.M., Yost, K.J., West, D.W., Cella, D. (2011). Spiritual well-being and health-related quality of life in colorectal cancer: a multi-site examination of the role of personal meaning, *Support Care Cancer*, 19, 757–764.
- Samuelson, B.T., Fromme, E.K. and Thomas, C.R. (2011). Changes in spirituality and quality of life patients undergoing radiation therapy, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 00(0), 1-6.
- Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1), 1-10.
- Sarışen, Ö. (2005). Park sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri nüfusta SF-36 Ölçeği ile yaşam kalitesi ölçümü ve hipertansiyon ile ilişkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Savcı, A.B. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Sellers, S.C., & Haag, B.A. (1998). Spiritual nursing interventions, *Journal of Holistic Nursing*, 16, 338–354.
- Sessanna, L., Finnell, D., Jezewski, M.A. (2007). Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis, *Journal of Holistic Nursing*, 25(4), 252-262.
- Sheehan, M. (2005). Spirituality and the care of people with life-threatening illnesses, *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 109-113.

- Soyyigit, Ş., Erk, M., Güler, N., Kılınç, G. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54(3), 259-266.
- Subaşı, D. (2010). Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Sulmasy, D.P. (2006). Spiritual issues in the care of dying patients: “it’s okay between me and god”, *JAMA*, 296, 1385-1392.
- Surbone, A., Baider, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care, *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 73, 228–235.
- Tanyi, R. (2002). Towards a clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (5), 500–509.
- Tate, D.G., & Forchheimer, M. (2002). Quality of life, life satisfaction, and spirituality - Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(6), 400-410.
- Tate J.D. (2011). The role of spirituality in the breast cancer experiences of African American women. *Journal of Holistic Nursing*, 29(4), 249-255.
- Tavoli, A., Mohagheghi, M.A., Moztazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter?, *BMC Gastroenterology*, 7, 28.
- Taylor, E.J. (2002). *Spiritual Care. Nursing Theory, Research, and Practice*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Taylor, E.J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*, 26, 260–266.
- Taylor, E.J. (2005). Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want, *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 260–267.
- Taylor, E.J., Amenta, M. & Highfield, M.F. (1995). Spiritual care practices of oncology nurse, *Oncology Nursing Forum*, 22, 31–39.
- Thome, B., Hallberg, I.R. (2004). Quality of Life in Older People With Cancer- a Gender Perspective. *Eur J Cancer Care*, 13, 454-463.
- Tüzün, E., Eker, L. (2003). Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi, *Sağlık ve Toplum*, 2, 3-8.
- Usta Yeşilbakan, Ö., Durmaz Akyol, A., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (1), 13-31.

Vachon, M. (2008). Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors, *Seminars in Oncology Nursing*, 24, 218-225.

Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Block, S.D., Ng, A.K., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., and Balboni, T.A. (2011). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy, *Supportive Oncology*, XX(X), 1-7.

Visser, A., Garssen, B., Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review, *Psycho-Oncology*, 19, 565–572.

Wasner, M., Longaker, C., Domanico, G. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals, *Palliative Medicine*, 19, 99-104.

Webster, K., Odom, L., Peterman, A., Lent, L., Cella, D. (1999). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System, Validation of version 4 of the core questionnaire, *Quality of life research*, 8(7), 654.

Whitford, H.S., Olver, L.N. and Peterson, M.J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology, *Psycho-Oncology* 17, 1121–1128.

Willener, R. & Hantikainen, V. (2005). Individual Quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer, *Urologic Nursing*, 25(2), 88-90, 95-100.

Wildes, K.A., Miller, A.R., Miguel de Majors, S.S. and Ramirez, A.G. (2009). The religiosity / spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life, *Psycho-Oncology*, 18, 831–840.

Winkelman, W.D., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Peteet, J.R., Block, S.D., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., Balboni, T.A. (2011). The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings, *Journal of palliative Medicine*, 14(9), 1022–1028.

Woll, M.L., Hinshaw, D.B., Pawlik, T.M. (2008). Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses, *Annals of Surgical Oncology*, 15(11), 3048-3057.

Wright, M. (2002). The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry, *Palliat Med*, 16, 125–32.

www.who.int/cancer/en/ Erişim tarihi: 23.02.2012

Yeter, K., Savcı, A., Sayiner, F.D. (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 65-68.

Yıldırım, Y.K., Uyar, M., Fadiloğlu, Ç. (2005). Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesinin Etkisi, *Ağrı*, 17(4), 17-21.

- Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımının bir boyutu: Spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 61-70.
- Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 41-52.
- Yılmaz, M., Oyan, G. (2009). Periferik arter hastalığında yaşam kalitesi ve etkili bazı faktörlerin belirlenmesi, *Türkiye Klinikleri*, 21(3), 382-90.
- Zanapalıoğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., Tarcan, E. (2009). Meme kanseri hastalarında meme koruyucu cerrahinin yaşam kalitesi üzerine etkisi, *The Journal of Breast Health*, 5(3), 152-156.
- Zavala, M.W., Maliksi, S.L., Kwan, L., Fink, A. and Litwin, M.S. (2009). Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer, *Psycho- Oncology*, 18, 753-761.
- Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Scott, A.B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects, *Journal of Personality*, 67, 889-919.
- Zisook, S., Zisook, S.A., (2005). Death, dying, and bereavement. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2367-2393s.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Hatice ÖNER
Doğum Yeri ve Tarihi Hatay, 24/07/1984
Medeni Hali Bekar
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi hatice_oner@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Payas Süper Lisesi, 2001
Lisans Ankara Üniversitesi, 2006
Yüksek Lisans Cumhuriyet Üniversitesi, 2012

İş Tecrübesi

Çalıştığı Kurum

Ünvanı

Hacettepe Üniversitesi Hemşire, 2006-2007
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

Cumhuriyet Üniversitesi
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşire, 2007-2011

Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Araştırma Görevlisi, 2011-Halen

EKLER

EK-1. ANKET FORMU

Bu çalışmada hastalığınız nedeniyle, maneviyatın yaşam kaliteniz üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanmış aşağıdaki sorulara cevap vererek çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ediyoruz. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Medeni Durumunuz:

Evli Bekar Boşanmış

4. Eğitim seviyeniz (Eğitiminize devam ediyorsanız, içinde bulunduğunuz eğitim seviyesini işaretleyiniz.)

Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim Lise

Üniversite Diğer _____

5. Çalışma Durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

Çalışıyor iseniz;

Meslek:

6. Yaşadığınız yer ;

Kırsal Kentsel

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

Tek başına Çekirdek aileyle Geniş aileyle

Arkadaş(lar)la

8. Gelir seviyenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Alt Orta Üst

9. Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz?

Evet Hayır

10. Hastalık Tanısı:

11. Ne zaman tanı aldınız?

_____ ay / yıl önce

12. Uzak organ / doku metastazı var mı?

Var Yok

13. Hangi tedaviyi/tedavileri alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Kemoterapi Radyoterapi Cerrahi tedavi

14. Bu hastalık nedeniyle kaç kez ameliyat oldunuz?

15. En son ameliyatınızı ne zaman geçirdiniz?

_____ ay / yıl önce

16. Sizi yaşamak için iten güç var mı?

Var Yok

17. Sizi yaşamak için iten güç nedir?

18. Hayatınızı çok etkilediğini düşündüğünüz, sizin olumsuz olarak değerlendirdiğiniz bir deneyim yaşadınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız evetse, ne / neler olduğunu işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Yakın birinin ölümü Ciddi bir sağlık sorunu Kaza

Deprem gibi doğal afetler Ailede boşanma

Ekonomik çöküntü Şiddete maruz kalma

Şiddete tanık olma Taciz

Diğer _____

19. Hayatınızı çok etkilediğini düşündüğünüz bu olumsuz deneyiminizde aşağıda yer alan baş etme davranışlarından hangisine / hangilerine yöneldiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Spor yaparak Kitap okuyarak Meditasyon yaparak

Müzik dinleyerek Yoga yaparak Kur'an okuyarak

Kendinize yakın hissettiğiniz biri ile konuşarak Namaz kılarak

Oruç tutarak Aile desteği ile Arkadaş desteği ile

Psikolojik destek alarak İlaç kullanarak Diğer

**EK-2. FACIT-Sp-Version 4: Kronik Hastalık Tedavisi Fonsiyonel Değerlendirmesi–
Spiritual İyilik Ölçeği-Version 4 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy –
Spiritual Well-Being Scala)**

FACIT-Sp (Version 4)

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

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var.	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumumuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu <input type="checkbox"/> işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>					
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<u>DUYGUSAL DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sınırlı hissediyorum	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum ..	0	1	2	3	4

<u>FAALİYET DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.....	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (Version 4)

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

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

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "**Cerrahi Onkolojik Hastalarda Spiritualite ve Yaşam Kalitesi**"dir.

Bu araştırmanın amacı, Bu araştırma, Sivas İli Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde, kanser hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi yapılmış olan hastaların spiritualite ve yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesidir.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0 346 219 10 10-2508 no.lu telefondan Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma CÜBAP tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Hatice ÖNER

Görevi:Hemşire/Araştırma Görevlisi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks:05542672908

Tarih ve İmza: 08.11.2010

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı: Yrd. Doç Dr. Meryem YILMAZ

Görevi: Öğretim Üyesi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 0 346 2191261

Tarih ve İmza: 08.11.2010



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 10/24

28.12.2010

Konu :

Karar No: 2010-03/01

Yrd. Doç. Dr. Arife KAPDAN'ın yürütücüsü olduğu "İki Farklı Adeziv Sisteminin Sağlam ve Çürükten Etkilenmiş Süt Dişi Dentininde Mikro-Gerilim Bağlanma Kuvvetine Er: YAG Lazerin Etkisi." konulu akademik amaçlı araştırmanın Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/02

Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ'nin yürütücüsü olduğu yüksek lisans öğrencisi Esmâ ÖZMAYA'nın "Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Hastaların İntihar Riski Açısından Değerlendirilmesi." konulu yüksek lisans tezinin; Araştırmanın yapılacağı bölümlerden izin alınması kaydıyla Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/03

Yrd. Doç. Dr. Zekiye HASBEK'İN yürütücüsü olduğu "Diferansiye Tiroid Karsinomu Olgularında Serum p53 Proteini ve Serum Antip53 Antikorumun Tümör Belirteci Olarak Kullanılabilirliğinin Araştırılması" konulu akademik amaçlı araştırmanın Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/04

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ'ın yürütücüsü olduğu yüksek lisans öğrencisi Hatice ÖNER'in "Cerrahi Onkolojik Hastalarda Spiritualite ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tezinin Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/05

Doç. Dr. Şafak TANER'İN yürütücüsü olduğu "Tüberküloz Damgalanma Ölçeğinin Türkçe Geçerliliğinin ve Güvenirliğinin Saptanması" konulu akademik amaçlı araştırmanın; Çalışmanın yapılacağı birimlerden izin alınması kaydıyla Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/06

Doç. Dr. Hatice TEL'in yürütücüsü olduğu yüksek lisans öğrencisi Semra KOÇ'un "Kemoterapi Uygulanan Hematolojik Kanser Tanılı Hastalarda Kemoterapi Semptomları Fonksiyonel Durum ve Yaşam" konulu yüksek lisans tezinin; Çalışmanın yapılacağı birimlerden izin alınması kaydıyla Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/07

Yrd. Doç. Dr. Fatma Mutlu Kukul GÜVEN'in yürütücüsü olduğu "Sigara İçen Genç Erkeklerde Oksidatif Stres İndeksi ile Flow Mediated Dilatasyon (FMD) İlişkisi" konulu akademik amaçlı araştırmanın klinik araştırmalar etik kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/08

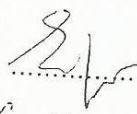
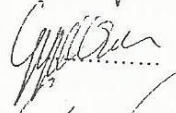


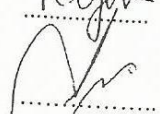
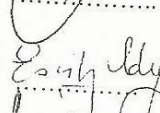
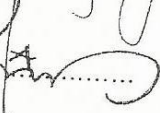
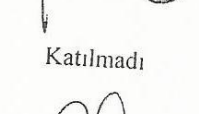
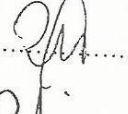
Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI'nın yürütücüsü olduğu araştırma görevlisi "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Sezeryan Sonrası Evde Bakım Uygulamasının Annelerin Fonksiyonel Durumu ve Postpartum Komplikasyonları Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisan tezinin; Çalışmanın yapılacağı birimlerden izin alınması kaydıyla klinik araştırmalar etik kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/19

Dr.Müge YÜCEKAYA HATUN'un yürütücüsü olduğu "Bir Retrospektif Çalışma; Genel Anestezî Uygulanan Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Mevcut Çocuklarda Kortikosteroid Kullanımı" konulu akademik amaçlı araştırmanın Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar No: 2010-03/20

Yrd.Doç.Dr.Murat ÜNAL'ın yürütücüsü olduğu "Çocuklarda 2.Süt Molar Dişlere Uygulanan 3 Farklı Fissür Örtücünün Klinik Başarılarının Değerlendirilmesi" konulu Akademik Amaçlı Araştırmanın Yerel Etik Kurul Kararında uygun olduğuna;

<i>Ünvanı/Adı Soyadı</i>	<i>Etik Kurul</i>	<i>Uzmanlık Dalı</i>	<i>İmzası</i>
Prof.Dr.Ece KAPTANOĞLU	Başkan	Fiziksel Tıp ve Reh.	
Yrd.Doç.Dr.Gülây YILDIRIM	Başkan Yrd.	Deontoloji	
Yrd.Doç.Dr.Köksal DEVECİ	Raportör	Tıbbi Biyokimya	
Prof.Dr.Dilara İÇAĞASIOĞLU	Üye	Çocuk Sağ.ve Hast.	
Prof.Dr.M.Kemal YILDIRIM	Üye	Farmakoloji	
Prof.Dr.Ayhan KOYUNCU	Üye	Genel Cerrahi	
Prof.Dr.Esin YILDIZ	Üye	Tıbbi Patoloji	
Doç.Dr.M.Birhan YILMAZ	Üye	Kardiyoloji	
Doç.Dr.Kenan KAYGUSUZ	Üye	Anesteziyoloji ve Rean.	Katılmadı
Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR	Üye	Biyoistatistik	
Pınar İNAN	Üye	Hukuk Müşaviri	