



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK BİLİM DALI

**KANSER HASTALARININ ÖLÜM KAYGISI VE MANEVİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERİDE KURNAZ

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ NAİLE ALANKAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK BİLİM DALI

**KANSER HASTALARININ ÖLÜM KAYGISI VE MANEVİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FERİDE KURNAZ

Tez Danışmanı
DR. ÖĞR. ÜYESİ NAİLE ALANKAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Feride KURNAZ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA yönetiminde hazırlanan ve **26/08/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Kanser Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Manevi Bakım Gereksinimleri: Çanakkale Örneği**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA
(Danışman)

Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

.....

.....

.....

Tez No : 10484889

Tez Savunma Tarihi : 26/08/2022

.....
Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

.././20..

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Feride KURNAZ

26/08/2022

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA başta olmak üzere, yaşanılan tüm zor durumlarda beni hep ayağa kaldıran, daha iyisine yönlendiren, fazlasını yapabileceğime beni inandıran ve hayatımın her evresinde bana destek olan, en güzel sıfatlarla bile nitelendiremeyeceğim canım annem Zahide KURNAZ'a ve babam İsmail KURNAZ'a, bugünlere gelebilmemde çok büyük katkısı olan, desteğini biran bile esirgemeyen, bugün yanımda olamasa bile her zaman varlığını arkamda hissettiğim çok kıymetli dedem (merhum) Hasan GÜR'e ve sevgili anneannem Nazire GÜR'e, süreç içerisinde her zaman bana güvenen, yanımda olan çok kıymetli dedem Recep KURNAZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Diğer tüm aile bireylerime ve bana bu süreçte destek veren tüm sevenlerime teşekkürlerimi sunarım.

Feride KURNAZ

anakkale, Ağustos 2022

ÖZET

KANSER HASTALARININ ÖLÜM KAYGISI VE MANEVİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ

Feride KURNAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA

26/08/2022, 83

Amaç: Bu araştırma, kanser hastalarının manevi bakım gereksinimleri ve ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Onkoloji servisinde, 01 Aralık 2021- 30 Nisan 2022 tarihleri arasında 150 hasta ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ), Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları, normal dağılıma sahip verilerde bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni; normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmada kanser hastalarının SBGÖ toplam puan ortalaması $86,62 \pm 22,08$ olarak bulunmuştur. Hastaların %75,3'ünün kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksinimlerinin arttığı görülmüştür. Kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşünen kanser hastalarının ölüm kaygısı düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Hastaların %96,7'sinin hastalara uygulanan manevi bakım desteğinin hastaların iyileşmelerine faydası olacağını düşünmektedir. Hastaların %83,3'ü sağlık profesyonellerinden, %76'sı aile ve akrabalarından, %48'i eşlerinden manevi destek beklediğini belirtmiştir. Dini ibadetlerini yerine getirebilmeyi isteyen hastaların daha fazla manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Namaz kılıp, kuran

okuyunca ve dua edince kendilerini daha rahat hissedeceğini belirten hastaların ölüm kaygısı puanının düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların %41,3'ü manevi bakımın hastanede kalış süresini azaltacağını düşünmektedir. Hastaların %35,3'ü ölüm kaygısı yaşadığında manevi bakım gereksinimlerine ihtiyacı olduğunu belirtmektedir.

Çalışmada hastaların ÖKÖ toplam puan ortalaması $23,44 \pm 5,11$ olarak bulunmuştur. Ölüm kaygısı yaşadığını ifade eden hastaların %34'ü yaşanan ölüm kaygısını kanser hastalığına bağladığı belirlenmiştir. Araştırmada sosyo-demografik özelliklerin manevi bakım gereksinimlerini etkilemediği, yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun ise ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Yaşı 50 yaş altı olan hastaların, erkek hastaların, eğitimi lise ve üzeri olan hastaların yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmada SBGÖ ve ÖKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Manevi bakım gereksinimine ihtiyaç duyan kanser hastalarının ölüm kaygısı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Kanser hastaları yüksek düzeyde manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. Kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmasında sağlık personellerinden manevi destek bekledikleri, ölüm kaygısı ile başa çıkmada maneviyatı güçlü bir kaynak olarak gördükleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Spiritüel Bakım, Manevi Bakım, Maneviyat, Spiritüel Bakım, Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ), Ölüm Kaygısı, Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), Hemşirelik.

ABSTRACT

DEATH ANXIETY AND SPIRITUAL CARE NEEDS OF CANCER PATIENTS: THE CASE OF ÇANAKKALE

Feride KURNAZ

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Nursing

Advisor: Assist. Prof. Dr. Naile ALANKAYA

26/08/2022, 83

Objective: This research was conducted to determine the spiritual care needs and death anxiety of cancer patients.

Method: This descriptive and cross-sectional study was completed in Çanakkale Onsekiz Mart University Hospital Oncology Service between 01 December 2021 and 30 April 2022 with 150 patients. Personal Information Form, Spiritual Care Needs Scale (SCNS), and Death Anxiety Scale (DAS) were used to collect data. The data were analyzed using the SPSS 25.0 program. While evaluating the data, descriptive statistical methods, independent t-test for data with normal distribution, one-way analysis of variance were applied and Bonferroni; Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test were used for data that did not show normal distribution.

Results: In the study, the mean score of SCNS of cancer patients was found to be 86.62 ± 22.08 . It was observed that 75.3% of the patients had an increased need for spiritual care after being diagnosed with cancer. It was determined that the death anxiety level of cancer patients who thought that the need for spiritual care increased after the diagnosis of cancer decreased. 96.7% of the patients think that the spiritual care support applied to the patients will be beneficial for the recovery of the patients. 83.3% of the patients stated that they expected moral support from health professionals, 76% from their families and relatives, and 48% from their spouses. It has been determined that patients who want to be able to fulfill their religious practices need more spiritual care needs. It was determined that the death anxiety score of the patients who stated that they would feel more

comfortable by praying, reading the Quran and praying was low. 41.3% of the patients think that spiritual care will reduce the length of stay in the hospital. 35.3% of the patients state that they need spiritual care when they experience death anxiety.

In the study, the mean total score of DAS of the patients was found to be 23.44 ± 5.11 . It was determined that 34% of the patients who stated that they had death anxiety attributed their death anxiety to cancer. In the study, it was observed that socio-demographic characteristics did not affect spiritual care needs, while age, gender and educational status were effective on death anxiety. It was determined that patients under the age of 50, male patients, and patients with high school education and above experienced high levels of death anxiety. In the study, a statistically significant negative correlation was found between SCNS and DAS. It has been determined that the death anxiety levels of cancer patients who need spiritual care are reduced.

Conclusion: Cancer patients need a high level of spiritual care needs. It has been determined that cancer patients expect moral support from health personnel in meeting their spiritual care needs, and they see spirituality as a powerful resource in coping with death anxiety.

Keywords: Spiritual Care, Spiritual Care, Spirituality, Spiritual Care, Spiritual Care Needs Scale (SCNS), Death Anxiety, Death Anxiety Scale (DAS), Nursing.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|------------------------------|----------|
| Jüri Onay Sayfası..... | i |
| Etik Beyan..... | ii |
| Teşekkür..... | iii |
| Özet | iv |
| Abstract | vi |
| İçindekiler | viii |
| Simgeler ve Kısaltmalar..... | xii |
| Tablolar Dizini..... | xiii |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

| | |
|-------------------------------------|---|
| 1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 3 |
| 1.3. Araştırma Soruları..... | 4 |

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

| | |
|--|---|
| 2.1. Kanser Tanımı..... | 5 |
| 2.2. Kanser Epidemiyolojisi..... | 6 |
| 2.3. Kanser Etkileri..... | 7 |
| 2.3.1. Kanser Fizyolojik Etkileri | 7 |
| 2.3.2. Kanser Psikososyal Etkileri | 8 |
| 2.4. Maneviyat Ve Manevi Bakım..... | 9 |

| | |
|--|----|
| 2.5. Kanser Hastalarında Maneviyat Ve Hemşirelik Yaklaşımı..... | 10 |
| 2.6. Ölüm Kavramı..... | 13 |
| 2.7. Ölüm Kaygısı..... | 15 |
| 2.7.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler..... | 18 |
| 2.8. Kanser Hastalarında Ölüm Kaygısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı..... | 20 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

| | |
|--|----|
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 22 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı..... | 22 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi..... | 22 |
| 3.3.1. Araştırmanın Evreni..... | 22 |
| 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi..... | 23 |
| 3.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri..... | 23 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları..... | 23 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu..... | 23 |
| 3.4.2. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ)..... | 24 |
| 3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği..... | 24 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 25 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

| | |
|---|----|
| 4.1. Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi, Normallik Dağılımları ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri..... | 26 |
| 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 28 |
| 4.3. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 35 |

| | | |
|------|--|----|
| 4.4. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 47 |
| 4.5. | Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analiz Sonuçları..... | 59 |

BEŞİNCİ BÖLÜM TARTIŞMA

| | | |
|------|--|----|
| 5.1. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi... | 60 |
| 5.2. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 60 |
| 5.3. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Ölçeği Ve Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi..... | 64 |
| 5.4. | Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analiz Sonuçlarının İncelenmesi..... | 66 |

ALTINCI BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER

| | | |
|------|--|-----|
| 6.1. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki..... | 68 |
| 6.2. | Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki..... | 69 |
| 6.3. | Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki... | 69 |
| | Öneriler..... | 70 |
| | Kaynakça | 72 |
| | Ekler | I |
| | Ek 1. Kişisel Bilgi Formu | I |
| | Ek 2. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (Sbgö) | IV |
| | Ek 3. Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ökö)..... | VI |
| | Ek 4. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni Yazısı..... | VII |

| | |
|---|------|
| Ek 5. Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni Yazısı..... | VIII |
| Ek 6. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu İzin Yazısı..... | IX |
| Ek 7. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni Yazısı..... | X |



SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------|---|
| WHO | Dünya Sağlık Örgütü |
| GLOBOCAN | Küresel Kanser Gözlemevi |
| IARC | Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı |
| ICN | Uluslararası Hemşireler Birliği |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |
| NANDA | Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği |
| APA | Amerikan Psikiyatri Birliği |
| TDK | Türk Dil Kurumu |
| MÖ | Milattan Önce |
| DNA | Deoksiribo Nükleik Asit |
| UV | Ultraviyole |
| PPE | Palmar-Plantererythrodysesthesia |
| vd. | Diğer yazarlar |
| et al. | ve diğerleri |
| % | Yüzde oranı |
| SBGÖ | Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği |
| ÖKÖ | Ölüm Kaygısı Ölçeği |
| SCNS | Spiritual Care Needs Scale |

TABLULAR DİZİNİ

| Tablo No | Tablo Adı | Sayfa No |
|-----------------|---|-----------------|
| Tablo 1 | Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlilik Analizi Sonuçları | 26 |
| Tablo 2 | Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları | 27 |
| Tablo 3 | Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri | 27 |
| Tablo 4 | Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı | 28 |
| Tablo 5 | Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı | 29 |
| Tablo 6 | Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerine İlişkin Yanıtlarının Dağılımı | 31 |
| Tablo 7 | Hastaların Ölüm Kaygısına Yönelik Yanıtlarının Dağılımı | 33 |
| Tablo 8 | Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 35 |
| Tablo 9 | Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 10 | Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerine Göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 39 |
| Tablo 11 | Hastaların Ölüm Kaygısına Yönelik Yanıtlarının Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 45 |
| Tablo 12 | Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 47 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tablo 13 | Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 14 | Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerine İlişkin Yanıtlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 15 | Hastaların Ölüm Kaygısına Yönelik Yanıtlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması | 57 |
| Tablo 16 | Ölçekler ve Boyutlarının Korelasyon Analizi Sonuçları | 59 |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser değişime uğramış hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve yayılmasıyla ortaya çıkan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı, mortalite ve morbiditeye neden olan ciddi bir sağlık sorunudur (Gürel, 2018). Tanı olanaklarının gelişmesi ile her yıl daha çok kanser vakası teşhis edilmektedir. Kanser dünyada ölüm nedenlerinin başında yer alan önemli bir hastalık olmasına rağmen, kanserin önlenmesine ve bireylerin yaşam süresinin uzamasına yönelik bilimsel gelişmeler de hızla artmaktadır (Dönmez, 2018). Kronik bir hastalık olan kanser, hastalık seyri ve tedavi şekli nedeniyle birey ve ailesi için travmatik bir deneyimdir ve yaşam şeklini, yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir (Dedeli, vd., 2016). Ayrıca kanser birey ve aile için bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırap ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür (Dedeli, vd., 2016).

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde ölümlere sebebiyet veren bireylerin sağlığını büyük ölçüde etkileyen ciddi sağlık sorunlarından biridir. Dünya'da tüm kanser türleri göz önüne alındığında, ölümlerin %14'ü kanser nedeniyle olmakta ve her yıl 55 milyon kanser hastası hayatını kaybetmektedir (WHO, 2014). Küresel kanser gözlemevi (GLOBOCAN) 2018 verilerine göre, 2018 yılında dünya genelinde 9,5 milyon insan kanserden hayatını kaybettiği ve 18,1 milyon yeni kanser tanısı konulduğu, 2040 yılına kadar ise yeni vaka sayısının 29,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2018). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerinde ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra %38,4 oranla 2. sırada yer almaktadır. Asya ülkeleri arasında Türkiye, kanser görülme sıklığında 10 ülke arasından 7. sıradadır. Türkiye'de yeni kanser vaka sayısı ise 2020 yılı için 233.834, ölüm sayısı ise 126.335'tir (GLOBOCAN, 2020). Dünya'da ise 2020 yılında 20 milyon yeni vaka teşhis edilmiş, 9,9 milyon kişi kanserden yaşamını kaybetmiştir (GLOBOCAN, 2020).

Kanser, tedavi ve bakım giderlerinin yüksek olması, tedavi sürecinde yaşanan problemler ve buna bağılı gelişen sorunlar nedeniyle hasta bireyin yanı sıra bakımı ile ilgilenen bireyleri de psikososyal yönden olumsuz etkileyebilmektedir (Kavalalı Erdoğan, 2019). Bu nedenle kanser, tıbbi fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra diğere hastalıklara göre bireyin günlük yaşam dengelerini daha çok bozarak birey ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik her alanda etkileyebilmektedir (Fadıloğlu, 2016). Kanser hastalarında görülen psikososyal problemler arasında üzüntü, endişe, ümitsizlik, özgüven eksikliği gibi sorunlar ölüm korkusu, ölüm kaygısı ve intihara sebep olabilmektedir (Aktürk, 2014; Kotan, 2015).

İnsanlar kanseri ölüm kavramı ile özdeşleşen bir hastalık olarak görmektedir (Dönmez, 2018). Aslında ölüm hayatın bir parçasıdır (Gürel, 2018). Ölümün bir gün gerçekleşeceği gerçeği insanda korku ve endişe yaratmasının yanı sıra var oluşu anlamlandırarak insanı yaşama bağlayan bir zemin oluşturmaktadır (Çetin, 2015; Tanhan ve Arı, 2009). Ölüm düşüncesinin sınırlarının belirlenmesi insanın dengesinin korunmasını sağlar (Kavalalı Erdoğan, 2019). Kanser hastalarında ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artarak çevreye uyum düzeyleri azalmaktadır (Karakuş, vd., 2012).

Kanser tanısı alan bireylerde kansere bağılı ölümlerde artış yaşanması ölüm kaygısının akla gelmesi ve kanserle baş etmenin önemini daha fazla ön plana çıkarmaktadır. Bütüncül yaklaşımın bir parçası olan manevi bakım sağlık bakım hizmetinin içerisinde yer almalıdır (Hermann, 2001; Johnston, 2014; Abuatıq, 2015). Manevi bakım hastalık halinde ve ölümle sonuçlanabilecek zor durumlarda kişinin duygularını ifade edebilmede ve hastalıkla baş etmede önemli bir rol oynamaktadır. Manevi gereksinimlerin karşılanması; hastaların endişelerini azaltır, başa çıkma yeteneklerini güçlendirir ve yaşam kalitesini artırır. Ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesi sağlık bakım ortamında manevi olarak desteklendiklerinde kendini rahat hisseder ve hastanın davranışını olumlu yönde etkiler (Acar, 2019).

Manevi bakım hastaların sorunları ile başa çıkmaları için umut, güç, rahatlama ve huzur sağlarken, ayrıca ağrı ve acıyı azaltmaya yardımcı olmakta, hastaların hastalığı

kabullenebilmesini kolaylaştırmakta, kaygı, stres ve depresyonu azaltarak problemlerle baş etmelerini kolaylaştırmakta, yaşam kalitesini arttırarak iyileştirme s¼recine de katkı sağlamaktadır.

Kanser hastalarında yaşanan ¼l¼m kaygısının da yer aldđđđ psikolojik problemler manevi sıkıntı ile baş edilmesi gerekliliğini de doğurmuştur (Eğlence ve şimşek, 2014). Hemşireler tarafından hastalara sağlanan manevi bakımın koroner kalp hastalıęđ, hipertansiyon, felç, y¼ksek kolesterol, imm¼nolojik bozukluklar, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve çoğu kanser t¼rlerinde olumlu etkilerinin olduğu yapılan araştırmalarla desteklenmiştir. Hemşirelik, hastaya çok y¼nl¼ bir bakım sunmayı amaçlamaktadır. ¼yle ki hemşirelerin hastaların fiziksel sorunlarını hafifletmek ve ¼l¼m s¼recini rahatlatmak, hasta ve yakınlarının duygularını anlamak, onlarla empati kurabilmek, hastalara destek olmak, beklentilerini karşılayabilmek gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Alıcılar, vd., 2021). Manevi bakım, hasta merkezli bakımın vazgeçilmez bir unsurudur ve kanser hastalarının tanı ve tedavi d¼neminde hastalık ile baş etmelerinde, hayatta kalma n¼ks ve ¼l¼m s¼recinde kritik bir ¼nemi vardır. Kabul g¼ren en kapsamlı yaklaşım olan b¼t¼nc¼l yaklaşım doğrultusunda hemşireler hastalarına bakım hizmeti sunarken, hastaların manevi ihtiyaçlarının giderilmesine y¼nelik girişimleri hemşirelik bakımlarına entegre etmelidir. Yalom, ¼l¼mle y¼zleřme deneyimini uzun s¼re ‘‘g¼neře bakamamaya’’ benzetmiştir ve ancak ‘‘g¼neře uzun s¼re bakabilen’’ bireylerin ¼l¼m kaygısıyla baş edebileceğini ¼ne s¼rmektedir (Yalom, 2000). Yalom’un bahsettiği ‘‘g¼neře bakma’’ s¼recinde kanser hastaları ve onkoloji hemşirelerinin ¼l¼m kaygılarının artma olasılığına karşılık kaygıyla baş edebilmeleri için ‘‘y¼zleřmenin’’ gerçekleşmesi gerekmektedir (D¼nmez, 2018) Daha kaliteli bir bakım için hemşirelerin ¼l¼m kaygılarının azalması gerektiği savunulmaktadır (İmci ve ¼z, 2010; Matsui ve Braun, 2010; Zyga,et al., 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kanser hastalarının manevi bakım gereksinimleri ve ¼l¼m kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için aşağıdaki araştırma soruları geliştirilmiştir:

- Kanseri hastalarının ölüm kaygısı ne düzeydedir?
- Kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri ölüm kaygısını etkiliyor mu?
- Kanseri hastalarının manevi bakım gereksinimleri ne düzeydedir?
- Kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri manevi bakım gereksinimlerini etkiliyor mu?
- Kanseri hastalarının ölüm kaygısı ile manevi bakım gereksinimleri arasında ilişki var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kanser Tanımı

Kanser sözcüğü Latince yengeç anlamında ‘cancer’ veya ‘carcinus’ sözcüklerinden türetilmiştir. Hipokrat M. Ö. 3 yüzyılda tümörün çevresindeki şişmiş damarları yengecin bacaklarına benzetmesi sebebiyle ilk kez kanser terimini kullanmıştır. Galen ise şişme anlamına gelen ‘oncos’ sözcüğünü kullanmıştır.

Kanser genetik, çevresel, kimyasal, biyolojik etkenlere maruz kalınması sonucu normal hücre DNA'sının kontrolsüzce bölünmesi ve çoğalmasıyla hücrelerin değişime uğramasına yol açan kompleks bir hastalıktır. Her insanın farklı DNA'ya sahip olması nedeniyle kanser aynı zamanda kişisel bir hastalıktır. Bu nedenle belirlenmiş standartlar geliştirilmiş olsa da her kanser türüne özgü olarak farklı yaklaşımlar ve tedaviler uygulanmaktadır (Kızılcan, 2021). Kanser, erken tanı konulmadığı ve tedavi edilmediği durumlarda mortalite ve morbiditeye neden olan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan ciddi bir sağlık sorunu olmaktadır (Gürel, 2018). Yapılan çalışmalarda kansere neden olabilecek risk faktörleri; tütün ve tütün ürünleri, UV ışınları, asbest, aflatoksin, obezite, alkol, radyasyon, aile hikayesi, virüsler, bakteriler, nazı hormonlar, güneş yanıkları olarak gösterilmektedir (Kızıltan, 2016; Gültekin ve Boztaş, 2014).

Kanser dünyada ve ülkemizde insanlar için sorun teşkil eden hastalıklardan birisidir. Her yıl çok sayıda insan kanser tanısı alarak hastalığın vermiş olduğu sıkıntıları yaşamakta ve hayatlarını kaybetmektedirler. Kanser sayısı her geçen gün artarak birey ve toplumlarda ekonomik yük ve sıkıntıya, maddi ve manevi sorunlara ve kayıplara neden olarak insan yaşamını tehdit etmektedir (Gürel, 2018). Ortalama yaşam süresinin uzaması, tanı ve tedavideki gelişmeler, tedavilere bağlı komplikasyonlar, kanserojen maddelere maruziyetin artması gibi benzeri nedenler kanser vaka görülme sıklığında artışa bağlı

olarak kanserden ölümleri de artırmaktadır. Bundan dolayı hastaların yaşamın son aylarında hastaneye başvuruları da artmaktadır (Kızılcan, 2021).

2.2. Kanserepidemiyolojisi

Kanser hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı giderek artan, her yaş ve cinsteki bireyi etkisi altına alan önemli bir sağlık sorunudur (WHO, 2020). Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (IARC) 2020 yılında dünyada 19,3 milyon yeni kanser tanısı alan birey olduğunu, 10 milyon kişinin de kanserden yaşamını kaybettiğini yayınlamıştır. Türkiye'de 2020 yılında yeni kanser tanısı alan kişi sayısının 233.834 olduğu ve 126.335 ölümün kanser nedeniyle gerçekleştiği belirtilmiştir (GLOBOCAN, 2020). Küresel olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser sebebiyledir (IARC, 2014). Tanı ve tedavideki gelişmeler ise, kanser sonrası sağkalım oranlarını son 20 yılda giderek arttırmıştır. Yorucu ve uzun hastalık süreci ile boğuşan kanser hastaların %75-80'i teşhis sonrası en az 5 yıl yaşayabilmektedir (Mitchell, et al., 2013).

Sağlık Bakanlığı'nın (2021) Türkiye'ye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışmasına göre, kanser insidansı dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri içerisinde kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kansere görülme sıklığının ilerleyen zamanla birlikte artacağı ve ölüm sebepleri içerisinde ilk sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (Mumcu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2021). Türkiye'de kansere görülme sıklığı dünyadaki diğer ülkelerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı 2017 kanser istatistik verilerine göre, en çok görülen kanser türü erkeklerde trakea, akciğer, bronş kanseri iken kadınlarda meme kanseridir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Dünyada en fazla ölüme neden olan kanser türleri sırasıyla akciğer, kolorektal, karaciğer, mide, meme kanseridir (GLOBOCAN, 2020). Kolorektal kanser ise her iki cinsiyette de üçüncü sırayı almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Kansere insidansı erkeklerde yüz binde 2695 iken, kadınlarda 1823'tür. İnsidans yaşla birlikte artmaktadır; 15-24 yaş grubunda yüz binde 363 olan kansere insidansı 45-54 yaş grubunda hızla yüz binde 3027'ye yükselmektedir, izleyen yaş gruplarında da artmaya devam ederek 75 üstü yaş grubunda

yüz binde 8.499'a ulaşmaktadır. Literatüre göre 2040 yılında kanser sonrası bireylerin %73'ünün 65 yaş ve üstü, %18'inin 50-64 yaş arasında olacağı tahmin edilmektedir.

Diğer hastalıklara etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, yaşam standartlarının artırılması ve böylece yaşam süresinde uzama, artan teknolojik faaliyetlerin çevresel karsinojenlere maruziyeti arttırması ile kanser daha sık karşılaşılan bir sağlık problemine dönüşmüştür Türkiye'de 2015 verilerine göre, 100.000 kişide yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 247.6 iken kadınlarda 177.5'tir. Bu hız Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nden düşük, Orta Doğu ve Batı Asya ülkelerinden ise yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Kanser epidemiyolojisi, tüm kanserlerin insidansının insandan insana, toplumdan topluma ve zaman içinde değiştiğini ve bu değişikliğin çevresel, bireysel, genetik faktörler ve sosyal alışkanlıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Kanser yükünde yaşanan artış, tüm dünyada sağlık sistemleri için bir kriz haline gelmektedir. Gelir düzeyi yüksek ülkeler de dahil olmak üzere, tüm dünyada kanser hastalarının tedavi ve bakımı için yeterli kaynak ayırmak büyük güçlük yaratmaktadır (World Cancer Report, 2014).

2.3. Kanserın Etkileri

2.3.1. Kanserın Fizyolojik Etkileri

Kanserın ilerlemesi, kanserın tedavisi ve uygulanan tedavilerin yan etkileri vücudun tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik önemli etkiler yaratmaktadır (Hintistan ve vd., 2012). Kanserde yaygın görülen fizyolojik belirtiler; ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, beslenme sorunları, alopesi, oral mukoz membran bütünlüğünde bozulma ve stomatit, diyare-konstipasyon, enfeksiyon, ateş, kanama, uyku düzeninde bozulma, cinsel sorunlar, palmar-plantererythrodysesthesia (ppe) yer almaktadır (Uğur, 2014). Hintistan ve vd. kemoterapi ünitesine başvuran kanser hastaları ile

yürüttükleri araştırmalarında hastaların en fazla (%97,5) yorgunluktan yakındığını, bunu sırasıyla ağız içinde yara/kanama, bulantı/kusma, alopesi, kilo kaybı, ağrı, ateş, konstipasyonun takip ettiği belirtilmektedir (Hintistan ve vd., 2012).

2.3.2. Kanserin Psikososyal Etkileri

Kanser insan yaşamında olumsuz sonuçları içerisinde barından yalnız fiziksel ve biyolojik olarak değil psikolojik olarak da etkileyen bir hastalıktır (Kabakaş, 2018). Kanserin hastalara üzüntü, öfke, çaresizlik, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, beden imajı ve algısında bozulma, sosyal rol ve ilişkilerde değişiklik gibi pek çok psikolojik sorunu da beraberinde getirdiği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Scherbring, 2002). Tanı konulması kendi başına zor bir deneyimken, tedavi süreci konusundaki belirsizlik, gelecek kaygısı gibi sorularla yüz yüze kalma, yaşama ve ölüme dair mücadele verme psikolojik sürecin zorluklarını ortaya koymaktadır (Uğur, 2006). Hastaların psikolojik problemleriyle ilgilenilmemesi ve tedavi edilmemesi durumu hastalığın tedavi sürecini, hastanın yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir (Ateşçi, vd., 2003).

Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, sosyal destek, ekonomik durum gibi etmenler hastaların hastalığı algılayış biçimlerini buna bağlı olarak kansere verilen cevabı etkilemektedir (Ateşçi, vd., 2003). Hastalar tedavi süreci ve etkileriyle baş ederken bir taraftan ruhsal açıdan geleceğe dair kaygı duyup endişe yaşarlar ve bu durum ruhsal bir sorunun gelişmesine zemin hazırlar. Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destek eksikliği, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz tecrübeler, olumsuz inançlar, hastalıktan dolayı soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılıkları gibi nedenlerden dolayı kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedirler. Ortaya çıkan umutsuzluk, depresyon ve intihar davranışlarına sebep olabilmektedir (Gürel, 2018). Akyüz ve vd. (2013) kanser hastalarının %88,7'nin depresyon, %38,0'inin anksiyete yaşadıkları, Karabulutlu ve vd. (2010) çalışmalarında kanser hastalarının %61,5'inin anksiyete, %81,3'ünün depresyon, Jadoon ve vd. (2010) çalışmasında ise %66,0'sının anksiyete ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir. Pasquini ve Biondi (2007) kanser hastalarına yönelik derlemede

hastaların %20-50'sinde hafif ya da şiddetli depresyon %15'inde ise majör depresyon gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Bununla beraber metastaz gelişen, hastalığın ileri evresinde olan, ağrı ve hareket kaybı yaşayan, genç ve kadın hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Couper ve vd., 2013). Lutgendorf ve Sood (2011) kanser hastalarında depresyon, sıkıntı, travma öyküsü, sosyal izolasyon gibi psikososyal risk faktörleri sonucunda tümör mikro çevresindeki nöroendokrin stres hormonlarının tümör büyümesi üzerinde sistemik bir etki gösterdiğini bu durumun ise kötü sağkalıma sebebiyet verdiğini belirtmişlerdir.

2.4. Maneviyat ve Manevi Bakım

Maneviyat/Spiritüalite kelimesi Latince'de hayatın özünü geniş bir çemberde inceleyen ve 'nefes almak', 'hayatta olmak', 'yaşamı hissetmek' anlamlarına gelen 'spiritus' sözcüğünden gelmektedir (Yüksel, 2019). Spiritüalite kelimesi çok farklı anlamlarda kullanılmış ve Türkçe tam karşılığı bulunmamakla beraber, yerine kelime karşılığı Arapça birkelime olan "maneviyat" kullanılmaktadır (Adana, vd., 2005). Sözlükte Spiritüalite kavramı "maneviyat, manevi değerlere bağlılık" olarak tanımlanmaktadır (Eğlence ve Şimşek, 2014). Arapça'da maneviyat ise, mana ve manevi kelimelerinden türetilmiştir. Mana "anlam, kastedilen şey", manevi ise "duyu organları olmaksızın kalp ile kavranıp bilinen şeye ait alandır" veya "manadan dolayı, manaca, maddi olmayan, soyut, ruhani, içsel, inançla ilgili" olarak da tanımlanmıştır (Otuzoğlu, 2020). Türk Dil Kurumunun sözlüğünde maneviyat, maddi olmayan manevi şeyler; mecaz anlamında ise yürek gücü, moral anlamına gelmektedir (TDK,2022).

Hemşirelik literatüründeki en geniş tanımıyla maneviyat; herhangi bir dini bağlılık haricinde, hiçbir tanrısal inanç olmadan da hayatın anlam ve amacını bulmak, iç huzuru sağlamak için bireyin çaba sarf etmesidir (Atan, vd., 2020). Sağlık alanında maneviyat çalışmaları çoğunlukla ve ilk olarak hemşirelikte önem kazanmıştır ve hemşireliğin temel kavramları arasına girmiştir. Çünkü hemşirelik mesleğinin odak noktası insandır. İnsan, yalnız fizyolojik değil zihinsel, ruhsal ve maneviyatı da içeren çok boyutlu bir varlıktır (Otuzoğlu, 2020).

Hemşire kuramcılarının 1960'lı yılların sonlarından itibaren; bireyin fiziksel, duygusal ve psikososyal gereksinimleri kadar manevi boyutuna da giderek yoğunlaştıkları görülmektedir. Travelbee (1971), "Bir hemşire sadece fiziksel ağrıyı dindirmek için veya fiziksel yönden değil, bireye bütün bir bakım verir" biçiminde bakımın tüm boyutlarının önemini açıklamıştır. Neuman (1995), Roper ve arkadaşları da (2000) hemşirelik kuramlarına maneviyat ve bütüncül bakımı olarak kuramlarını yeniden incelemiştir (Bostancı Daştanve Buzlu, 2010). Florence Nightingale "Sağlık için, manevi gereksinimler bedeni oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir unsurdur" diyerek manevi gereksinimlerin fiziksel durum kadar önemli olduğuna vurgu yapmaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

2.5. Kanser Hastalarında Maneviyat ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hastalık bireyin çevresel, ailevi, sosyal, manevi ve psikososyal yaşamını etkileyerek, benlik ve varoluşsal kriz yaşamasına sebep olmaktadır. İnsan bir şeye çok ihtiyaç duyduğunda ve kriz yaşadığında manevi gereksinimleri daha da artmaktadır. İnsanlar yaşamlarını değiştiren ümitsiz, çaresiz hissettiği olaylar karşısında huzur bulmak, umut gereksinimlerini karşılamak ve stresten uzaklaşmak için maneviyata yönelirler. Özellikle hastalık krizi, hızlıca çözüm elde edilemeyen durumlar gibi olumsuz koşullar ile mücadele ederken maneviyatla ilgili uygulamalar yararlı olabilmektedir. Böylelikle, maneviyat bireylerin kriz zamanlarını anlamlandırmasına yardımcı olan bir araçtır (Otuzoğlu, 2020). Literatürde spiritüalizm ve sağlık arasındaki ilişki incelendiğinde, spiritüel yönü yüksek olan hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal yönden daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (Yüksel, 2019). Bazı çalışmalar, maneviyatın kanser gibi varoluşsal kriz yaşanmasına neden olan hastalıklarda hastaların baş etme gücünde önemli rolü olduğunu, iyi oluş yaşantısını, umudunu ve hastalığından anlam bulma yeteneğini arttırdığını ortaya koymaktadır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010). Moadel ve vd. (1999) yaptıkları çalışmalarında kanser hastalarının spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasıyla tedirginliklerinin azaldığını ve rahatlık hissettiklerini belirtmişlerdir (Moadel, et al., 1999). Balboni ve vd. (2007) yürüttükleri bir çalışmada terminal dönem kanser hastalarının %72'sinin manevi bakım gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Bu hastaların spiritüel

gereksinimleri içerisinde sıklıkla ailesi ile birlikte olmak (%80,2), sık sık dua etmek (%50) olduğu ifade edilmektedir. Balboni ve vd. (2013) manevi bakımın kanser bakımı üzerinde olumlu etkilerinin varlığından bahsederek kanser bakımında manevi bakımın ayrılmaz bir parça olduğunu vurgulamışlardır. Romero ve vd. (2006) kanser hastalarının yaşadıkları suçluluk duygusunu manevi yöntemlerle yendiklerini belirtmişlerdir. Culliford (2002) araştırmasındaki kanser hastalarının tamamına yakınının (%93,0) manevi baş etme yöntemlerini kullanarak umutlarını sürdürdüklerini, Frenslar ve vd. (2003) kolorektal kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, manevi iyiliğin yüksek düzeyde olmasının fiziksel semptomların tedavisinde önemli derecede etkili olduğunu açıklamışlardır (Culliford, 2002; Eeles, et al., 2003). Höcker ve vd. (2014) çoğu kanser hastasının en az bir manevi ihtiyaca gereksinim duyduklarını vurgulamışlardır.

Bütüncül bakımın sağlık hizmetlerinde yer verilmesiyle bireylerin manevi boyutu önem kazanmıştır (Atan, vd., 2020). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) bireyin manevî boyutuna yönelik bakım hizmetlerinin verilmesinin hemşirelik görevinin bir parçası olduğunu bildirmektedir. Amerikan Hemşireler Derneği ve Uluslararası Hemşireler Birliği holistik (bütüncül) hemşirelik bakımında manevi boyutun yer alması gerektiğini belirtmekte, sağlık için manevi gereksinimlerin vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar mühim bir öge olduğuna dikkat çekmektedir (Kavas ve Kavas, 2014). Bununla birlikte Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA) “spiritüel distres” ve “spiritüel boyutun güçlendirilmesi” adlı tanımlara hemşirelik sürecinde yer vermiştir (Duran ve Özçelik, 2022).

Hutchinson (1997) hemşirenin manevi bakım verirken dikkate alması gereken altı öneri sunmuştur. Bunlar;

1. Mevcut ve olası problemler kadar manevi ihtiyaçlara ilişkin bireyin gücünü açıklamak da amaçlanmalıdır.
2. Manevi bakımda hemşirenin öncelikli amaçları, bireyin manevi kaynaklarını harekete geçirmek olmalıdır.

3. Manevi bakım hastayı inançlarından döndürmek veya bakış açısını değiştirmek için değil, bireyin ifade ettiği manevi ihtiyaçlarına yanıt vermek için olmalıdır.
4. Manevi tanılama ve bakım, hemşire ve hasta arasında güvenilir ve duyarlı bir ilişki üzerine inşa edilmelidir. Bu bakım bireyin, kültürünü, sosyal ve manevi kaynaklarını aynı zamanda onların düşünce ve dini uygulamalarını da dikkate alacak şekilde planlanmalıdır.
5. Hemşire; bakımda görev alan diğer ekip üyelerine bilgi verirken, sınırlılıklarının farkında olmalıdır.
6. Hemşirelik bakım planında manevi bakımın yazılı olarak yer almasının önemi bilinmelidir. Bu, hemşirelerin bakım hizmetinde sistematik ve sürekliliğini sağlar (Özdoğan,2014).

Hemşirelerin manevi bakıma yönelik olarak uygulamaları şu şekilde tanımlanabilir:

- Yaşama umudunu aşıl原因an empati ve şefkat gösterme,
- Hastaların fiziksel, duygusal ve manevi tüm yönleri ile dikkatli bir biçimde ilgilenme ve destekleyici olma,
- Hastaların korkuları, umutları, acıları ve hayallerini dinleme, ifadeleri önyargısız olarak kabul etme, manevi öyküyü öğrenme,
- İnançlar ve hastalığın anlamını etkileyen değerler hakkında mümkün olduğu kadar çok bilgi sahibi olma,
- Hasta ve ailelerinin tüm boyutlarına (beden akıl ve ruh) dikkat etme,
- İnançları gerçekleştirmek için yeterince zaman ve yer sağlamaya yardımcı olma,
- Hastalara manevi desteklere yönelik kaynak sağlama,
- Hastaların ait olduğu dine yönelik uygulamalarını yerine getirmesine yardımcı olma, uygun olan manevi uygulamalara katılma,
- Hastaların manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterme,

- Hoca, imam veya papaz gibi diğer profesyonellere yönlendirme (Bostancı Daştan ve Buzlu,2010)

Batı Dünyasında yapılan bilimsel çalışmalar, maneviyatın sağlık, hastalığı yenme, yaşam kalitesi ve hastalıklarla baş etme kabiliyeti üzerindeki olumlu etkilerini sunmaktadır. Bazı çalışmalarda manevi bakımın, kalp hastalıkları ve hipertansiyon gibi sorunları azalttığı, madde bağımlılığının önlediği, ağrıları ve yetersizlikleri azaltarak mortalite oranında %25 azalma sağladığı belirtilmiştir (Kavas ve Kavas,2014).

2.6. Ölüm Kavramı

Ölüm, Türk Dil Kurumu Sözlüğünde, “bir canlının beyin, solunum ve dolaşım etkinliklerinin dönüşümsüz olarak durması, tüm organ ve dokularındaki hücrelerin fiziksel ve kimyasal faaliyetlerini kaybetmesi sebebiyle yaşamın sona ermesi” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020). İnsanlar için halen bilinmezliğini ve çoğunlukla tekinsizliğini koruyan ölüm geçmişten günümüze kadar birçok şekilde tanımlanmıştır; “canlı varlıklarda yaşamsal görevlerin bir daha tekrarlanmamak üzere sona ermesi, yaşamın sonu, ömrün sona ermesi, acı bir yitim, katlanılması gereken bir yaşam gerçeği, yaşamın zenginleşmesi, yokluğun içinde tükenmek ya da değişim gibi” (Dönmez, 2018). Sağlık alanında ölüme ilişkin tanımlarda ise, canlı sistemin işlevselliğinin sonlanmasına yapılan vurgu öne çıkmaktadır (Gulanik ve Myers, 2014). Eflatun’a göre ölüm, hayatın hakiki anlam ve tek amacıdır (Yılmaz, 2021). Psikolojide ölümü ilk ele alan Freud’tur. Freud’a göre ölüm bir yok olma tehdididir ve insanlar bu tehdiye karşı zihinlerinde ilahi inançlar oluşturmuş ve geliştirmişlerdir. Bu inançlar ise ölüme karşı korku ve gerginliği uzaklaştırmaya çalışmaktadırlar. Varoluşçu psikolojiye göre; insan eğer isterse ölümü seçebilir, ama istese de istemese de ölümden kaçamaz ve mutlaka bir gün ölümü yaşayacaktır. Ölüm hayatta çözümlenemeyen ama yaşanmak mecburiyetinde kalınan en büyük yaşamsal olgudur (Gürel,2018).

Batı toplumlarında insanlar ölüm düşüncesini daha çok yok sayarak ölümden kaçınma davranışları göstermektedirler (Ünal, 2011). Modern çağda insanlar bilim ve tıptaki gelişmelerin ölüme çözüm bulacağını temenni etmektedir (Göka, 2009). Günümüzde ölüm ertelenmeye başlanmış ve geçmişe göre ölüm daha az düşünülmektedir. Bunun sebepleri olarak teknolojideki ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, medyada ölümün sıklıkla yer alması sonucu bu durumun duyarsızlığa yol açması, sağlığa gösterilen önemle birlikte sağlık bilincinin artması, ağır hastalık tedavi ve ölüm sürecinin evlerde değil de sağlık kurumlarında gerçekleşmesi söylenebilir (Ünal, 2011; Durmuşoğlu ve Ataman, 2018). Tarih boyunca ölüm, mitolojiden felsefeye, sanattan psikolojiye kadar farklı bilim dallarının ilgisini üstüne çekmiştir. İnsan yaşamının kaçınılmaz sonu, ne zaman ve nasıl geleceği bilinmeyen gizemiyle her zaman ilgi ve merak noktası olmuştur. Bu gizem ölümden korku duyulmasına da yol açmıştır. Uygarlığın gelişimiyle birlikte korku kaygıya dönüştürmüştür. Modern öncesi toplumlarda savaşlar, hastalıklar, salgınlar, hijyenik koşulların yetersizliği, kıtlık gibi nedenlerle insan ömrü kısa, ömür beklentisi düşüktür. Bu nedenle her an karşılaşılması olası olan ölüm, insan hayatının doğal döngüsünün bir parçasıdır. Ölümün tıbbi müdahalelerle sürekli geciktirmeye çalışılması, gençleşme/yaşlanmama için harcanan gayret, ölümü “istenmeyen” durumuna getirmiş ve modern çağ insanında ölüm kaygısının oluşmasına yol açmıştır (Erbuğ, 2021).

İnsanlar ölüm olayını kendince farklı tefsir etmiş, bazıları ölümün yok oluş olduğunu düşünürken bazıları yeni ve sonsuz bir hayata başlangıç aşaması olarak değerlendirmiş, bazıları ölümü endişe kaynağı olarak görmüş bazıları stresten kurtulma olarak düşünmüştür. Bazılarına göre ölüme karşı konulması gerekirken, bazılarına göre de ölmek hoşnut edilmesi gereken bir olaydır (Koç, 2002).

İnsanlık, varoluşundan itibaren çağlar boyunca ölüm üzerine düşünmüş ve sorgulamıştır. Aslında ölümün düşünülmesi ve sorgulanması yaşamın daha anlamlı yaşanmasına ve manevi değerlerin oluşturulmasını da sağlamaktadır (Kübler, 1997). Yani ölümün farkında olmak, aslında yaşamı anlamlandırarak, kişinin daha güzel ve dolu bir hayat yaşamasını sağlayabilmektedir (Yılmaz, 2021). Anlamlı yaşanan bir hayat, ölümü kabullenip, ölüme hazır olmuş bir hayattır. Ölümü kabullenmek insanı korkulu ve

kötümser bir ruh halinden çok, iyi-kötü, güzel-çirkin her yönden önemini ve benliğini görebileceği bir hayata yönlendirebilir (Kımtır ve Köftegöl, 2017). Ölümü anlayıp açıklamak aynı zamanda hayatı anlayıp açıklamaktır (Gürel,2018).

Kronik ve ölümcül hastalıklar psikososyal sorunlara neden olarak; insanda ölümün hatırlanmasına sebep olmaktadır (Ünal, 2011). Kanser psikososyal yüksek riskli hastalıklar grubu içerisinde yer almaktadır. Kanser hastalarında üzüntü, endişe, ümitsizlik, kendine yetememe, özgüven eksikliği gibi durumlar ölüm korkusu, ölüm kaygısı ve intihara neden olabilmektedir (Gürel,2018).

2.7. Ölüm Kaygısı

Kaygı kelimesinin kökü eski Yunancada "anxietas" olan "anksiyete" ya da "merak", "bunaltı", "tedirginlik" ve "korku" olarak tanımlanmaktadır. Sözlük anlamı olarak, "genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusudur". Kaygı algılanan ve tanımlanamayan bir tehdide karşı; "iç çelişki, olumsuz bir sonuç bekleme, destek eksikliği ve belirsizlik olaylar sonucu meydana gelen başarısızlık, sonucu bilememe, sıkıntı, üzüntü, korku, güçsüzlük ve yargılanma olaylardan bazılarını tek ya da beraber olarak içeren süreç" şeklinde ifade edilmektedir (Kartopu, 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından kaygı endişe içeren düşünceler, gerilim hissi ve kan basıncının artması gibi fiziksel belirtilerde farklılık yaşanmasına neden olan bir duygu olduğu belirtilmektedir (APA, 2018). Kişi, belli bir tehdit algıladığında otonom sinir sistemi uyarılarak kan basıncı, nabız ve solunum sayısı artar, mide ve bağırsak hareketleri hızlanır, tükürük salgısı azalır, kan şekeri yükselir, pupiller genişler ve çizgili kaslardaki gerginlik artmaktadır. İnsan bedeninde oluşan bu fiziksel değişimler tedirginliği artırarak kaygı oluşmasına sebep olmaktadır (Karayağız, vd., 2011).

Literatürde ölüm kaygısı “bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri” ve “birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu” olarak tanımlanmaktadır (Çınar, 2016). Ölüm kaygısı pek çok kaygı ve fobinin kaynağıdır. Ölüm kaygısına psikodinamik yaklaşımla ilk değinen Freud’dur. Freud’a göre bilinçdışı ölümsüz olduğuna inanmaktadır ve ölümü kabullenememektedir. Ölüm kaygısı ölümle ilgili olmaktan çok çocukluk döneminde çözüme kavuşturulmamış sorunlarla ilgilidir (Ayten, 2009). Varoluşçu eğilimdeki Yalom’a göre ölüm varoluşun içinde yer alan sonlanma, var olmama tehdididir ve bu sebeple ilk anksiyete ve psikopatoloji kaynağıdır. İnsanlarda var olmama tehdidi karşısında ölüm korkusu ve kaygısı yaşarlar ve enerjilerinin büyük bir kısmını bu durumlarla baş etmek için kullanırlar; ölümün varlığı karşısında insan, yaşamını zenginleştirme yönünde yol alma eğilimindedir. Yaşam ve ölümdaki temel anlama ulaşmaya yönelik kaygı; ölüme dair düşünceler, anlamsızlık ve suçluluk gibi varoluşsal motifler içerir (Halıcı, Kararımak, 2016). Yalom, ölümlle yüzleşme deneyimini uzun süre “güneşe bakamamaya” benzetmiştir ve ancak “güneşe uzun süre bakabilen” bireylerin ölüm kaygısıyla baş edebileceğini öne sürmektedir (Yalom, 2000).

Yalom’a göre ölümün tahribatı karşısında ölümle ilgili duygu ve düşüncelerin bilincinde olmak bireyleri zenginleştirmektedir (Dönmez, 2018). Langs’a göre ölüm kaygısı dış ortamın dürtülediği duygusallığa karşılık bilinçli veya bilinçsiz verilen tepkilerin sonucu olarak yaşanandır. Ölüm kaygısı üç farklı şekildedir ve bu şekiller insanların duygusal gelişimini önemli derecede etkilemektedir (Yalom,2000).

1. Varoluşsal ölüm kaygısı: ölüme karşı hissedilen kaygıdır.
2. Kaçınmacı ölüm kaygısı: doğal afetler ve diğer tehdit edici durumlara karşı olan kaygıdır.
3. Koruyucu ölüm kaygısı: insanlara duygusal ve fiziksel zarar veren durumlara karşı olan kaygıdır.

Jung’a göre, yaşama korkusudur ölüm korkusunun asıl nedenidir. Yaşamaktan en fazla korkanlar, ölümden en fazla korkanlardır ve yaşama uyum sağlamakta güçlük

çekerler. Bu durumda bilinçaltı devamlı geriye gider, ölüm düşüncesi korku yaşanmasına neden olur (Taka, 2010). Becker'e göre, ölüm korkusu ve kaygısının nedeni, insanların ölümü sürekli düşünmeleridir. Heidegger'e göre ise ölüm kaygısı varoluşun temelidir ve aynı zamanda var olmama tehlikesidir (Ertufan,2008).

Bilişimsel yaklaşımlara göre, insanlar tehdit eden durumu ne kadar çok korku verici bulursa o kadar kaygı duyarlar. Tehdit olarak görülen duruma kontrol edilemez, korkunç gibi özellikler yükler. Bu yaklaşıma göre insanlar ölüm için olumsuz fikirlere sahiptirler. İnsanlar için ölüm, korkunç ve kötü olarak algılandığı için kaygıya neden olmaktadır (İnce, 2011; Tanhan ve Arı, 2009).

Jeff Greenberg dehşet yönetimi teorisini oluşturmuştur. Bu kuramda kaygıyla baş etme düzeneklerini açıklamıştır. İnsanlar kendi ölümlülüğünün bilincindedir ve ölüm kaygısı duygusal ve bilişsel bileşenden meydana gelmektedir. Bilişsel bileşene göre, insanlar ölümü sık düşünür ve ölümle ilgili konularla ilgilenirler, duygusal bileşene göre ise, tamamen varlığının sona ereceği düşüncesinin vermiş olduğu gerginliktir (Gürel, 2018).

Belirsizlik, bedenini kaybetme, acı duyma, yalnız kalma, yakınlarından ve sevdiklerinden ayrılma, zamanın ilerlemesi, kendi ölümünü düşünme, kansere yakalanma, ceset görme ve gelecek hakkında düşünme ile ilgili kaygı yaşanan durumlar ölüm kaygısına yol açmaktadır (Yıldız ve Bulut, 2017).

Ölüm kaygısı, "Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği" tarafından bir hemşirelik tanısı olarak dahil edilmesine rağmen bugüne kadar bu kritik kavramın hemşirelikte açıklığa kavuşturulmasına yönelik gösterilen emekler yetersizdir (Rebecca ve Stein 2009). Nyatanga (2016) hemşirelerin ilk önce ölümün yaşamın doğal bir bölümü olduğu gerçekliğini kabul ederek kendi varoluşsal kaygılarıyla yüzleşmeleri ölmekte olan hastalara kaliteli bir bakım sunulabilmesi için önerilmektedir (Dönmez, 2018). Kendi ölüm düşünceleriyle bir an için bile yüzleşmeyen hemşireler terminal dönem hasta bakımında son derece güçlük çekebilmektedir (Kellehear, et al., 2015). Dolayısıyla hemşirelerin

hastaya daha kaliteli bakım verebilmeleri için ölüm kaygılarının azalması gerektiği savunulmaktadır (İnci ve Öz 2009; Matsui ve Braun 2010, Zyga, et al., 2011). Kanser hastaları ve hemşirelerinin Yalom'un da dediği gibi "güneşe bakma" sürecinde akut olarak ölüm kaygılarının artma olasılığına karşılık, kaygıyla baş edebilmeleri için bu yüzleşmenin gerçekleşmesi gerekmektedir (Dönmez,2018).

2.7.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

Ölüm kaygısına en çok etki eden faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, kişilik özellikleri, gelişimsel süreç, sosyokültürel etmenler, dini inançlar ve ölümcül hastalık olarak açıklanmıştır (Karakuş, vd., 2012).

Yaş; ölüm, gençler için bedeni kaybetme ve gelecek planlarını gerçekleştirememesi şeklinde kaygı yaratır, yaşlılar için ise aile ve çevrelerine karşı işlerin yarım kalması, işleri bitirememesi ve sorumluluklarını yerine getirememesi şeklindedir. Yaşlı bireyler ölümü daha çok düşündükleri için kabullenme yaşarken, genç kuşak ölümü kendilerinden uzakta görür ve ölümle ilgili az paylaşımda bulunurlar. Yetişkinlik dönemine gelindiğinde ölüm düşüncesi daha çok akla gelir bu durum da kişilerde kaygı ve korkuların yaşanmasına neden olmaktadır (Şahin, 2016; Mutlu,2013).

Cinsiyet; kadınlar duygularını erkeklere göre daha kolay ifade edebilirken, erkekler duygularını bastırdıkları için kolay ifade edememektedirler. Sadece kadınlar erkeklere göre kaygılarını daha fazla yansıtırlar. Kadınların en fazla kaygı duydukları nokta kendileri ölünce aile düzenlerinin bozulacağını düşünmeleridir (Gürel, 2018).

Medeni durum; bazı çalışmalara göre evli çiftler aile ve eşlerinden destek alıp olumlu yönde etkilenmektedirler. Bu nedenle evli bireylerin ölüm kaygısı bekarlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Dönmez,2012; Acehan ,2009). Kastenbaum (2007) dul kalmanın ölüm kaygısını arttırdığını savunmaktadır. Turgay (2003), Erdoğan ve Özkan

(2007) çalışmalarında evlilerin bekarlara göre ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur. Kalaoğlu (2010) çalışmasında evlilerin bekarlara göre ölüm kaygısı puanlarının daha düşük fakat aradaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını bulmuştur. Yine aynı araştırmada çocuk sayısı ile ölüm kaygı puanları arasında az olsa bir pozitif korelasyon belirlenmiştir.

Eğitim; yapılan araştırmalara göre eğitim seviyesi düşük olanların eğitim seviyesi yüksek olanlara göre ölüm kaygıları yüksek olarak görülmüştür. Bunun nedeni eğitim seviyesi yüksek olanlar verilen tepkilerin nedenlerini anlayarak başa çıkabilmektedirler (İnci ve Öz, 2009). Eğitim düzeyinin ölüm kaygısı ile ilişkisiyle alakalı veriler çelişkilidir. Yıldız (1998) ölüm kaygısı ile eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Erdoğan ve Özkan (2007), Kalaoğlu (2010) ise eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını belirtmişlerdir.

Meslek; bazı araştırmalara göre hastaneler ve dini kurumlar gibi çalışma alanlarında çalışanların ölüm ve ölüm anı ile daha fazla karşılaştıkları için ölüm kaygıları daha düşük olarak belirlenmiştir (Kalaoğlu, 2010). Polis, pilot, itfaiyeci, muhasebeci, sınıf öğretmeni ve psikologdan oluşan farklı meslek gruplarıyla çalışılan bir araştırmada; yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanlarda (pilot, polis ve itfaiyeci) daha düşük ölüm kaygısı belirlenmiştir (Eke,2003).

Kişilik Özellikleri; Yapılan araştırmalara göre kendisine ve çevresine güveni olmayan, saldırgan, duygularına hâkim olamayan, uyumsuz ve gergin bireylerin ölüm kaygıları daha yüksek olarak belirlenmiştir (Kalaoğlu, 2010). Kalaoğlu çalışmasında bireylerin yaşama kalitesini belirleyen genel sağlık algısı, canlılık, ruhsal sağlık alt ölçek puanları ile arasında ölüm kaygısı puanları arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur. Bu durumu ise bireyin kendini algılaması, benliği, bütünlüğü gibi kavramların ölüm kaygısını önemli ölçüde etkilediğinin bir belirtisi olarak tanımlamıştır. Abdel-Khalek ve vd. (2005) araştırmalarında her iki cinsiyette de anksiyete bozukluğu olan kişilerin daha yüksek oranda ölüm kaygısına sahip olduklarını saptamışlardır.

Kültür ve inanç; Dönmez'e (2012) göre, doğu kültürlerinde insanlar çoğunlukla kendi evlerinde, batı kültüründe ise insanlar hastanelerde yalnız ölmektedirler. Kalaoğlu (2010) çalışmasında batı toplumlarının hasta ve yaşlıları dışladığını, bu kültürdeki bireylerin ölüm farkındalığından uzak kaldığı ifade edilmiştir. Ölüm kaygısı dini inancı etkileyen önemli bir etkidir. Öldükten sonra ruhun yaşayacağı, sevdiklerine yeniden kavuşulacağı gibi inançlarla ölüm kaygısı yenilmeye çalışılır. Bazı araştırmalarda ölümden sonra cezalandırılacağı düşüncesi dinî inanç sistemlerine bağlılığı artırır. Bu gibi inançların sonucuna göre inanç ve dinin ölüm kaygısını azaltmada etkin olduğu belirtilmiştir (Sarıkaya, 2013). Hökelekli (1991) bir araştırmasında ölüme karşı tutumlar ile dini inanç arasında anlamlı bir ilişki varlığını ifade etmiştir. Dindar kişilerin ölümle daha çok meşgul olarak ölüm karşısında daha olumlu tavırlar geliştirdikleri bildirmiştir (Hökelekli, 1991). Başka bir çalışmada tanrı inancı ve ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki saptanmazken, ölümden sonra cezalandırılma ve ölüm kaygısı arasında pozitif bir sonuç bulunmuştur (Julie ve Kevin,1998).

2.8. Kanser Hastalarında Ölüm Kaygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı

İnsanlar için kanser, ölüm kavramı ile özdeşleştirilebilen bir hastalıktır (Dönmez, 2018). Hastalar için kanser; mortalite ve morbiditesi yüksek olduğu için “ölüm, ağrı ve acı içinde ölme, yaşamın kontrolünü kaybedip başkalarına ve başkalarının bakımına muhtaç olma, yok olma” anlamını taşımaktadır (Noyan, 2012). Kanser hastalarının terminal dönemlerinde; tedavi alternatiflerinin azalması, semptomların kötüleşmesi ve birden fazla organı ilgilendiren sorunların başlaması ile hastalar çoğunlukla hastane yatışlarında sıklık yaşamaktadırlar. Hastanede tedavinin uzun sürmesi buna bağlı yatış süresinin uzaması hastalarda belirsizlik, çaresizlik ve ümitsizlik duygusuna kapılmalarına neden olmaktadır. Hastalar hayatlarının sona ereceği, sevdiklerinden ayrılmak zorunda kalacakları, hayattaki sahip oldukları şeyleri kaybedeceklerini, acı çekerek öleceklerini, öldükten sonra cezalandırılacaklarını düşünürler. Böylelikle hastalarda ölüm korkusu ve kaygısı artmaktadır. Bu nedenle hastaların kanser hastalığına ve tedaviye uyum sağlamasını güçleştirmektedir (Özkan ve Alçalar, 2009).

Hastaya uygulanacak hemşirelik girişimleri son derece önemlidir. Kanser hastalarının bakım veren hemşire, birey ve ailenin psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarının bilincinde olarak bakım vermelidir. Hasta ve bakım verenlerin varsa problemlerini öğrenip yardımcı olmak, kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak, streslerini azaltmak, morallerini yükseltmek ve sorunlarla başa çıkmak konusunda eğitimci, yardımcı ve rehber olmak hemşirenin profesyonel rollerindedir (Berber, 2014).

Hemşire hastanın stres, korku ve kaygısını azaltmak amacıyla hastaya uygulanacak müdahaleler öncesinde hastayı hastalığı, yapılacak olan işlem süreci ve sonrası hakkında bilgilendirmeli, psikolojik açıdan hazırlamalıdır (Özkan, Alçalar, 2009). Hastaya yaklaşırken empati kurmak, ilgili, anlayışlı ve destekleyici davranmak son derece önemlidir. Hasta soru sorması konusunda cesaretlendirilmeli ve soru sordukça hastaya anlayışlı biçimde doğru bilgilerle açıklamada bulunmalıdır (Özkan ve Alçalar, 2009). Psikiyatrik uyum sorunları olan kanser hastalarında komplikasyon gelişme riski artmaktadır. Kaygı, depresyon gibi psikiyatrik sorunlar gelişmesi halinde fark edilip zamanında müdahale edilmelidir (Özkan ve Alçalar, 2009). Hastanın bedenini kabul etmesinde yardımcı olunmalı, psikolojik açıdan desteklenmeli, tedavi ve bakımı için cesaretlendirilerek sorumluluk alması ve uyum sağlaması sağlanmalıdır (Özkan, Alçalar, 2009).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Türü

Bu tez çalışması tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Onkoloji servisinde 01 Aralık 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Onkoloji servisi 26 yataklı olup genellikle yatak sayısının %50-60 oranında doluluk oranına ulaştığı, çoğunlukla hastaların nütropenik olması sebebiyle izole kurallara uygun tek odalarda tedavi gördüğü bir servistir. Serviste yatan hastaların profilleri ise; kanser tanısına sahip semptom yaşayan (oral alım bozukluğu, bulantı kusma vb.), kemoterapi tedavisi sürecinde evine ulaşım sıkıntısı yaşayarak serviste kalan, kemoterapi ünitesinde tedavi görmekteyken yan etki gelişen (hipotansiyon vb.) ve terminal dönem onkoloji hastaları oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Onkoloji servisinde son 6 ayda tedavi gören 245 hasta evreni oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmemiş, 01 Aralık 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi'nin Onkoloji servisinde yatan, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 150 hasta örnekleme oluşturmuştur.

3.3.3. Araştırmaya alınma kriterleri;

- 1) 18 yaş ve üzerinde olmak
- 2) En az okuryazar olmak
- 3) Kanser tanısı almış olmak
- 4) Psikiyatrik sorunu olmamak
- 5) Gönüllü olmaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ) (Ek-2) ve Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Ek-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler (Otuzoğlu, 2017; Ergül ve Bayık, 2004; Küçük, 2019) araştırılarak hazırlanan bu form 19 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik veriler; kanser hastalığına, maneviyata ve ölüm kaygısına yönelik görüşlerin yer aldığı sorular) oluşmaktadır. Forma EK 1'de yer verilmiştir.

3.4.2. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği(SBGÖ)

Wu ve vd. (2016) tarafından geliştirilen ölçek, hastaların spiritüel bakım gereksinimleri hakkında bilgi vermektedir (İsmailoğlu, vd., 2019). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması İsmailoğlu ve vd. (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hastaneye yatış nedenlerine bakılmaksızın tüm hastalarda ve farklı dini inançlara sahip hastalarda kullanılabilir. SBGÖ 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım ihtiyacının kendileri için gereklilik durumlarını 5’li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Sorulara verilen yanıtlar için değerlendirme 1 = “Hiç gerekli değil”, 2 = “Gerekli değil”, 3 = “Fark etmez”, 4 = “Gerekli”, 5 = “Kesinlikle gerekli” şeklinde yapılmaktadır. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu göstermektedir. Ölçek “anlam ve umut” (1-12,14) ve “önemseme ve saygı” (13, 15-21) olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Anlam ve umut bileşeni, ruhsal iyi olmanın kendine, doğaya ve çevresel faktörlere yönelik ifadeleri; önemseme ve saygı bileşeni ise diğer kişilerle ilişkiye yönelik ifadeleri içerir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı toplam ölçekte $\alpha = .935$ olarak hesaplanmıştır. Türkçe geçerliğini yapan yazardan yazılı onam alınmış ve EK 2 ve EK 4’te verilmiştir.

3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)

Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan “Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin (ÖKÖ)” ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Şenol tarafından yapılmıştır. Akça ve Köse (2008) ölçeği geliştirmek amacı ile farklı gruba uygulamış ve tekrar bir geçerlik ve güvenirlik çalışması yapmışlardır. Kişinin kendi ölümü ve ölüm tehlikesi ile alakalı kaygı ve korkularını değerlendiren 15 soruluk, doğru-yanlış şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 soruya verilen her bir "evet" yanıtı için "1", "hayır" yanıtı için ise "0", diğer 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için ise "0" puan verilmektedir. Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını göstermektedir. Ölçekten 0-15 puan alınmaktadır. 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "ağır düzeyde", 15 puan "panik düzeyde" "ölüm kaygısı"

olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır (Akça ve Köse, 2008). Ölçeğin kullanımı için yazılı onam alınmış ve EK 3 ve EK 5'te verilmiştir.

3.1. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır.

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulanmıştır. Bağımlı değişkenin bağımsız değişken üzerindeki etkisini araştırmak için basit doğrusal regresyon kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Kanser hastalarının manevi bakım gereksinimleri ve ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıdaki gibidir;

4.1. Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi, Normallik Dağılımları ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 1

Kullanılan ölçeklerin güvenirlilik analizi sonuçları

| Ölçek ve Boyutları | Cronbach's Alpha |
|--|------------------|
| Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | 0,911 |
| Anlam ve umut | 0,840 |
| Önemseme ve saygı | 0,948 |
| Ölüm Kaygısı Ölçeği | 0,929 |
| Bilişsel- duyuşsal | 0,879 |
| Hastalık ve ağrı | 0,807 |
| Fiziksel değişimler | 0,467 |
| Zamanın geçmesi | 0,513 |

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Bu çalışmada Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri 0,911; anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut değerleri sırasıyla 0,840 ve 0,948 hesaplanmıştır. Ölüm Kaygısı Ölçeği Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri 0,929; Bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler, zamanın geçmesi alt boyut değerleri sırasıyla 0,879; 0,807; 0,467; 0,513 bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2

Kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

| Ölçek ve Boyutları | Çarpıklık | Basıklık | Durum |
|---------------------------------------|-----------|----------|--------------|
| Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | -0,865 | 2,166 | Normal |
| Anlam ve umut | -0,106 | 3,121 | Normal Değil |
| Önemseme ve saygı | -1,876 | 3,444 | Normal Değil |
| Ölüm Kaygısı Ölçeği | -0,282 | -1,245 | Normal |
| Bilişsel- duyuşsal | -0,544 | -1,254 | Normal |
| Hastalık ve ağrı | -0,050 | -1,476 | Normal |
| Fiziksel değişimler | -0,098 | -1,465 | Normal |
| Zamanın geçmesi | -0,178 | -1,016 | Normal |

Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 3

Kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri

| Ölçek ve Boyutları | Min | Maks | Ortalama | Standart Sapma |
|--|-------|--------|----------|----------------|
| Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | 21,00 | 155,00 | 86,62 | 22,08 |
| Anlam ve umut | 13,00 | 115,00 | 52,91 | 15,52 |
| Önemseme ve saygı | 8,00 | 37,00 | 31,40 | 6,80 |
| Ölüm Kaygısı Ölçeği | 15,00 | 30,00 | 23,44 | 5,11 |
| Bilişsel- duyuşsal | 6,00 | 12,00 | 9,76 | 2,27 |
| Hastalık ve ağrı | 4,00 | 8,00 | 6,10 | 1,56 |
| Fiziksel değişimler | 2,00 | 4,00 | 3,05 | 0,81 |
| Zamanın geçmesi | 3,00 | 6,00 | 4,53 | 0,99 |

Araştırmada kullanılan Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinin ve alt boyut değerlerinin tanımlayıcı istatistikleri *Tablo 3'te* verilmiştir. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam puan ortalaması 86,62±22,08; Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması ise 23,44±5,11 olarak saptanmıştır.

4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

| Değişkenler | | | SS |
|---|----------------------------------|----------|-----------|
| Yaş (Min-maks; 22-89) | | 63,20 | 12,35 |
| Kanser Tanısı Süresi (ay) (Min-maks; 6-384) | | 39,21 | 45,30 |
| Değişkenler | | n | % |
| Yaş | 50 yaş altı | 25 | 16,7 |
| | 51-60 | 33 | 22,0 |
| | 61-70 | 49 | 32,7 |
| | 71 ve üzeri | 43 | 28,7 |
| Cinsiyet | Kadın | 74 | 49,3 |
| | Erkek | 76 | 50,7 |
| Medeni Durum | Evli | 111 | 74,0 |
| | Bekâr | 39 | 26,0 |
| Eğitim Durumu | Okuryazar | 28 | 18,7 |
| | İlkokul/ortaokul | 89 | 59,3 |
| | Lise | 26 | 17,3 |
| | Yüksekokul/Üniversite/Lisansüstü | 7 | 4,7 |

Hastaların %32,7'sinin 61-70 ve %28,7'sinin 71 yaş ve üzerinde, %50,7'sinin erkek, %74'ünün evli olduğu görülmektedir. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde ise %59,3'ünün ilkokul/ortaokul mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5

Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı

| Değişkenler | | n | % |
|-------------------------|--|-----|--------|
| Kanser Tanısı | Akciğer | 28 | 18,7 |
| | Kolorektal | 24 | 16,0 |
| | Dil/Farenks/Larenks/Özefagus | 14 | 9,3 |
| | Karaciğer/Pankreas/Mide | 29 | 19,3 |
| | Meme | 21 | 14,0 |
| | Over/Serviks | 18 | 12,0 |
| | Diğer (prostat, beyin, böbrek, cilt vb.) | 16 | 10,7 |
| Kanser Tanı Süresi | 12 ay altı | 51 | 34,0 |
| | 12-36 ay | 46 | 30,7 |
| | 37 ay ve üzeri | 53 | 35,3 |
| Hastaneye Yatış Nedeni* | Kemoterapi | 34 | 22,7 |
| | Radyoterapi | 2 | 1,3 |
| | İmmünoterapi | 29 | 19,3 |
| | Semptom kontrolü | 119 | 79,3 |
| Toplam | | 150 | 100,00 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların kanser tanıları incelendiğinde; %19,3'ünün karaciğer/pankreas/mide, %18,7'sinin akciğer, %16'sının kolorektal, %14'ünün meme, %12'sinin over/serviks, %10,7'sinin diğer (prostat, beyin, böbrek, cilt vb.), %9,3'ünün dil/farenks/larenks/özefagus olduğu görülmektedir. Hastaların kanser tanı süreleri incelendiğinde, %34'ünün 12 ay altında,

%30,7'sinin 12-36 ay, %35,3'ünün 37 ay ve üzerinde olduğu gör÷lmektedir. Kanser hastalarının hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde; %79,3'ünün semptom kontrolü, %22,7'sinin kemoterapi, %19,3'ünün immünoterapi, %1,3'ünün radyoterapi olduğu gör÷lmektedir (*Tablo 5*).



Tablo 6

Hastaların manevi bakım gereksinimlerine ilişkin yanıtlarının dağılımı

| Değişkenler | n | % | |
|---|---|-----|------|
| Manevi Bakımın Anlamı* | Elimin tutulması ve dinlenildiğimi hissetmek | 94 | 62,7 |
| | Yakınlarım ile görüşebilmemin sağlanması | 108 | 72,0 |
| | Etkinliklerle dikkatimin başka yöne dağıtılmasının sağlanması | 45 | 30,0 |
| | Mahremiyetime saygı gösterilmesi | 67 | 44,7 |
| | Dini ibadetlerimi yerine yeri getirebilmemin sağlanması | 57 | 38,0 |
| | Hastanede bir din görevlisi ile görüşmemin sağlanması | 29 | 19,3 |
| Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Manevi Bakım Gereksiniminin Arttığını Düşünme Durumu | Evet | 113 | 75,3 |
| | Hayır | 37 | 24,7 |
| Rahatlatıcı etkenler* | Sevdiğim insanlarla sohbet edince | 125 | 83,3 |
| | Gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca | 40 | 26,7 |
| | Kitap, gazete, dergi vb. okuyunca | 26 | 17,3 |
| | Televizyon izleyip, müzik dinleyince | 56 | 37,3 |
| | Bilgisayar, telefon, tablet vb. uğraştığımda | 14 | 9,3 |
| | Namaz kılıp, kuran okuyunca | 62 | 41,3 |
| | Dua edince | 83 | 55,3 |

Tablo 6'nın devamı

| | | | |
|---|---|-----|------|
| Manevi Bakım Desteğinin İyileşmeye Etkisi | Evet | 145 | 96,7 |
| | Hayır | 5 | 3,3 |
| Sağlık Personellerinden Manevi Destek Bekleme Durumu | Evet | 125 | 83,3 |
| | Hayır | 25 | 16,7 |
| Manevi Bakımın Yarar Sağlama Durumu* | Stresimin azalır, kendimi pozitif hissetmemi sağlar. | 112 | 74,7 |
| | Tedaviye uyum sürecim hızlanır. | 83 | 55,3 |
| | Hastanede kalış sürem azalacağını düşünüyorum. | 62 | 41,3 |
| | Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar. | 76 | 50,7 |
| Manevi Desteğin Kim Tarafından Verilmesini İsteme Durumu* | Ailem ve akrabalarım | 114 | 76,0 |
| | Eşim | 72 | 48,0 |
| | Yakın arkadaşlarım | 49 | 32,7 |
| | Din görevlisi | 28 | 18,7 |
| | Sağlık çalışanları | 77 | 51,3 |
| | Psikiyatrist tarafından | 32 | 21,3 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Manevi bakımın anlamını hastaların %72'si yakınlarım ile görüşebilmemin sağlanması, %62,7'sinin elimin tutulması ve dinlenildiğini hissetmek, %44,7'sinin mahremiyetine saygı gösterilmesi, %38'inin dini ibadetlerini sağlanması, %30'unun dikkatinin başka yöne çekilmesi, %19,3'ünün hastanede bir din görevlisi ile görüşmenin sağlanması şeklinde ifade etmektedirler. Hastaların %75,3'ünün kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşündüğü görülmektedir. Hastaların %83,3'ü sevdiğim insanlarla sohbet edince, %55,3'ü dua edince, %41,3'ünün namaz kılıp, kuran okuyunca, %37,3'ünün televizyon izleyip, müzik dinleyince, %26,7'sinin gezme, piknik vb.

etkinlikleri yapınca, %17,3'ünün kitap, gazete, dergi vb. okuyunca, %9,3'ünün bilgisayar, telefon, tablet vb. uğraştığında kendilerini daha rahatlamış hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %96,7'si manevi bakım desteğinin iyileşmeye etkisi olacağını düşündüğü görülmektedir. Hastaların %83,3'ünün sağlık personellerinden manevi destek beklediği görülmektedir. Hastalar manevi bakımın yarar sağlama durumuna ise; %74,7'sinin stresim azalır, %55,3'ünün tedaviye uyum sürecim hızlanır, %50,7'sinin sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar, %41,3'ünün hastanede kalış süremi azalacağını düşünüyorum cevabını verdiği görülmektedir. Hastaların manevi desteğin kim tarafından verilmesini isteme durumu incelendiğinde; %76'sının ailem ve akrabalarım, %51,3'ünün sağlık çalışanları, %48'inin eşim, %32,7'sinin yakın arkadaşlarım, %21,3'ünün psikiyatrist, %18,7'sinin din görevlisi tarafından manevi destek bekledikleri görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7

Hastaların ölüm kaygısına yönelik yanıtlarının dağılımı

| Değişkenler | | n | % |
|---|-----------|------------|--------------|
| Ölüm Kaygısı Yaşama Durumu | Yaşayan | 61 | 40,7 |
| | Yaşamayan | 89 | 59,3 |
| Yaşanan Ölüm Kaygısını Kanser Hastalığına Bağlama Durumu (n=61) | Evet | 51 | 34,0 |
| | Hayır | 10 | 6,7 |
| Ölüm Kaygısı Yaşadığında Manevi Bakım Gereksinimlerine İhtiyaç Olduğunu Düşünme Durumu (n=72) | Evet | 53 | 35,3 |
| | Kısmen | 18 | 12,0 |
| | Hayır | 1 | 0,7 |
| Yaşanılan Ölüm Kaygısı ve Manevi Bakım Gereksinimleri Kanser Hastalığının Gidişatında Değişikliğe Yol Açma Durumu (n=150) | Evet | 102 | 68,0 |
| | Kısmen | 20 | 13,3 |
| | Hayır | 28 | 18,7 |
| Neden olduğu değişiklikler (n=120) | Olumlu | 40 | 26,7 |
| | Olumsuz | 80 | 53,3 |
| Toplam | | 150 | 100,0 |

Hastaların %40,7'sinin ölüm kaygısı yaşadığı görülmektedir. Hastaların %34'ünün yaşanan ölüm kaygısını kanser hastalığına bağladığı görülmektedir. Hastaların ölüm kaygısı yaşadığında manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç olduğunu düşünme durumu incelendiğinde, %35,3'ünün evet, %12'sinin kısmen, %0,7'sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Hastaların yaşanan ölüm kaygısı ve manevi bakım gereksinimleri kanser hastalığının gidişatında değişikliğe yol açma durumları incelendiğinde, %68'inin evet, %13,3'ünün kısmen, %18,7'sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Neden olduğu değişiklikler incelendiğinde, hastaların %26,7'sinin olumlu, %53,3'ünün olumsuz cevabını verdiği görülmektedir (*Tablo 7*).

4.3.Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ile Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | | | | | Anlam ve umut alt boyutu | | | | | Önemseme ve saygı alt boyutu | | | | |
|-------------|-------------|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------------------------|-------|-------|--------|-------|------------------------------|------|-------|-------|-------|
| | | \bar{X} | SS | Min | Max | M | \bar{X} | SS | Min | Max | M | \bar{X} | SS | Min | Max | M |
| Yaş | 50 yaş altı | 87,28 | 17,01 | 45,00 | 105,00 | 90,00 | 52,16 | 12,02 | 27,00 | 65,00 | 52,00 | 32,84 | 5,19 | 15,00 | 37,00 | 35,00 |
| | 51-60 | 85,55 | 24,46 | 21,00 | 105,00 | 91,00 | 52,52 | 15,62 | 13,00 | 65,00 | 55,00 | 30,79 | 8,09 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | 61-70 | 86,71 | 23,90 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 53,61 | 16,75 | 13,00 | 115,00 | 57,00 | 30,80 | 7,49 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | 71 ve üzeri | 86,95 | 21,33 | 31,00 | 155,00 | 90,00 | 52,86 | 16,27 | 19,00 | 115,00 | 54,00 | 31,72 | 5,73 | 12,00 | 37,00 | 33,00 |
| | Test Değeri | 0,036 | | | | | 0,677 | | | | | 1,246 | | | | |
| | p | 0,991 | | | | | 0,879 | | | | | 0,742 | | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 84,50 | 20,67 | 21,00 | 105,00 | 88,00 | 50,66 | 14,42 | 13,00 | 65,00 | 53,00 | 31,55 | 6,45 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | Erkek | 88,68 | 23,33 | 21,00 | 155,00 | 91,50 | 55,11 | 16,32 | 13,00 | 115,00 | 57,50 | 31,25 | 7,17 | 8,00 | 37,00 | 33,50 |
| | Test Değeri | -1,161 | | | | | -1,480 | | | | | -0,165 | | | | |
| | p | 0,247 | | | | | 0,139 | | | | | 0,869 | | | | |

Tablo 8'in devamı

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|------|--------|-------|-------|--|
| Medeni Durum | Evli | 87,64 | 22,05 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 53,86 | 15,60 | 13,00 | 115,00 | 57,00 | 31,39 | 6,60 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | |
| | Bekâr | 83,72 | 22,22 | 21,00 | 105,00 | 89,00 | 50,23 | 15,19 | 13,00 | 65,00 | 52,00 | 31,44 | 7,44 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | |
| | Test Değeri | 0,954 | | | | | | -1,016 | | | | | | -0,384 | | | |
| | p | 0,342 | | | | | | 0,310 | | | | | | 0,701 | | | |
| Eğitim Durumu | Okuryazar | 84,29 | 22,84 | 42,00 | 155,00 | 83,50 | 51,61 | 17,64 | 25,00 | 115,00 | 52,00 | 30,64 | 6,22 | 15,00 | 37,00 | 32,50 | |
| | İlkokul/ortaokul | 89,15 | 21,41 | 21,00 | 155,00 | 93,00 | 54,43 | 14,92 | 13,00 | 115,00 | 57,00 | 32,21 | 6,59 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | |
| | Lise ve üzeri | 81,79 | 22,87 | 21,00 | 105,00 | 84,00 | 49,94 | 15,19 | 13,00 | 65,00 | 52,00 | 29,85 | 7,67 | 8,00 | 37,00 | 32,00 | |
| | Test Değeri | 1,540 | | | | | | 3,968 | | | | | | 5,193 | | | |
| | p | 0,218 | | | | | | 0,138 | | | | | | 0,075 | | | |

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 9

Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | | | | | Anlam ve umut alt boyutu | | | | | Önemseme ve saygı alt boyutu | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------------------------|-------|-------|--------|-------|------------------------------|------|-------|-------|-------|
| | | \bar{X} | SS | Min | Maks | M | \bar{X} | SS | Min | Maks | M | \bar{X} | SS | Min | Maks | M |
| Kanser Tanısı | Akciğer | 86,32 | 25,75 | 21,00 | 155,00 | 88,00 | 53,86 | 18,56 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 30,54 | 7,54 | 8,00 | 37,00 | 32,00 |
| | Kolorektal | 82,42 | 22,55 | 21,00 | 105,00 | 86,00 | 49,08 | 15,95 | 13,00 | 65,00 | 51,50 | 31,08 | 7,08 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | Dil/Farenks/Larenks/ Özefagus | 81,21 | 23,06 | 42,00 | 105,00 | 86,50 | 50,07 | 14,46 | 25,00 | 65,00 | 52,50 | 29,00 | 8,00 | 15,00 | 37,00 | 30,00 |
| | Karaciğer/Pankreas/ Mide | 88,90 | 20,25 | 31,00 | 105,00 | 93,00 | 53,62 | 14,06 | 19,00 | 65,00 | 58,00 | 32,79 | 6,20 | 12,00 | 37,00 | 35,00 |
| | Meme | 87,48 | 19,03 | 21,00 | 105,00 | 87,00 | 53,52 | 12,16 | 13,00 | 65,00 | 54,00 | 31,57 | 6,59 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | Over/Serviks | 85,78 | 18,33 | 47,00 | 105,00 | 87,50 | 51,39 | 12,66 | 25,00 | 65,00 | 52,50 | 31,72 | 5,81 | 21,00 | 37,00 | 34,50 |
| | Diğer(prostat, beyin, böbrek, cilt vb) | 93,88 | 25,65 | 21,00 | 155,00 | 95,00 | 59,13 | 19,42 | 13,00 | 115,00 | 59,00 | 32,38 | 6,73 | 9,00 | 37,00 | 34,00 |
| | Test Değeri | 0,625 | | | | | 1,885 | | | | | 3,773 | | | | |
| | p | 0,710 | | | | | 0,865 | | | | | 0,583 | | | | |
| Kanser Tanı Süresi | 12 ay altı | 85,16 | 22,73 | 21,00 | 105,00 | 92,00 | 52,00 | 14,70 | 13,00 | 65,00 | 57,00 | 30,80 | 7,62 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | 12-36 ay | 91,85 | 20,96 | 47,00 | 155,00 | 93,00 | 56,59 | 17,02 | 25,00 | 115,00 | 56,50 | 32,98 | 4,46 | 21,00 | 37,00 | 35,00 |
| | 37 ay ve üzeri | 83,49 | 22,00 | 21,00 | 105,00 | 87,00 | 50,60 | 14,63 | 13,00 | 65,00 | 53,00 | 30,60 | 7,51 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | Test Değeri | 1,958 | | | | | 1,411 | | | | | 2,678 | | | | |
| | p | 0,145 | | | | | 0,494 | | | | | 0,262 | | | | |

Tablo 9'un devamı

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|------|--------|-------|-------|--|--|--|
| Hastaneyeye Yatış Nedeni | Kemoterapi | Hayır | 85,81 | 23,45 | 21,00 | 155,00 | 89,50 | 52,51 | 16,56 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 31,09 | 7,10 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 89,38 | 16,59 | 42,00 | 105,00 | 91,50 | 54,29 | 11,40 | 25,00 | 65,00 | 55,50 | 32,47 | 5,62 | 15,00 | 37,00 | 34,50 | | | |
| | | Test Değeri | -0,828 | | | | | | -0,767 | | | | | | -0,801 | | | | | |
| | | p | 0,409 | | | | | | 0,443 | | | | | | 0,423 | | | | | |
| | İmmünoterapi | Hayır | 87,81 | 19,89 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 53,50 | 14,09 | 13,00 | 115,00 | 56,00 | 31,96 | 6,08 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Evet | 81,66 | 29,47 | 21,00 | 155,00 | 88,00 | 50,48 | 20,60 | 13,00 | 115,00 | 52,00 | 29,07 | 9,01 | 8,00 | 37,00 | 32,00 | | | |
| | | Test Değeri | 1,068 | | | | | | -0,970 | | | | | | -1,247 | | | | | |
| | | p | 0,179 | | | | | | 0,332 | | | | | | 0,212 | | | | | |
| | Semptom kontrolü | Hayır | 85,90 | 22,06 | 21,00 | 105,00 | 92,00 | 52,55 | 14,21 | 13,00 | 65,00 | 55,00 | 30,90 | 7,42 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 86,81 | 22,18 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 53,01 | 15,90 | 13,00 | 115,00 | 55,00 | 31,53 | 6,66 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Test Değeri | -0,202 | | | | | | -0,285 | | | | | | -0,122 | | | | | |
| | | p | 0,840 | | | | | | 0,776 | | | | | | 0,903 | | | | | |

Tablo 9'da görüldüğü üzere hastaların kanser tanısı, tanı süreleri ve hastaneye yatış nedenleri ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10

Hastaların manevi bakım gereksinimlerine göre Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | | | | | Anlam ve umut alt boyutu | | | | | Önemseme ve saygı alt boyutu | | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------------------|--------|-------|-------|--------|--------------------------|--------|-------|-------|--------|------------------------------|--------|------|-------|-------|-------|
| | | \bar{X} | SS | Min | Maks | M | \bar{X} | SS | Min | Maks | M | \bar{X} | SS | Min | Maks | M | |
| Manevi Bakımın Anlamı | Elimin tutulması ve dinlenildiğimi hissetmek | Hayır | 81,66 | 27,02 | 21,00 | 155,00 | 87,50 | 49,66 | 18,48 | 13,00 | 115,00 | 52,00 | 29,96 | 8,68 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | | Evet | 89,57 | 18,05 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 54,85 | 13,19 | 13,00 | 115,00 | 57,00 | 32,26 | 5,25 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | | Test Değeri | -1,948 | | | | | -1,798 | | | | | -0,703 | | | | |
| | | p | 0,055 | | | | | 0,072 | | | | | 0,482 | | | | |
| | Yakınlarım ile görüşebilmemin sağlanması | Hayır | 81,17 | 24,03 | 21,00 | 105,00 | 87,50 | 49,67 | 15,03 | 13,00 | 65,00 | 53,00 | 29,50 | 8,50 | 8,00 | 37,00 | 32,00 |
| | | Evet | 88,74 | 21,02 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 54,18 | 15,60 | 13,00 | 115,00 | 56,50 | 32,14 | 5,90 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | | Test Değeri | -1,902 | | | | | -1,481 | | | | | -1,658 | | | | |
| | | p | 0,059 | | | | | 0,139 | | | | | 0,097 | | | | |
| | Etkinliklerle dikkatimin başka yöne dağıtılmasının sağlanması | Hayır | 85,04 | 24,43 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 51,87 | 17,30 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 30,88 | 7,54 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | | Evet | 90,31 | 14,88 | 42,00 | 105,00 | 92,00 | 55,36 | 10,00 | 26,00 | 65,00 | 57,00 | 32,62 | 4,50 | 15,00 | 37,00 | 34,00 |
| | | Test Değeri | -1,619 | | | | | -1,147 | | | | | -0,335 | | | | |
| | | p | 0,108 | | | | | 0,251 | | | | | 0,738 | | | | |
| | Gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca | Hayır | 85,62 | 22,40 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 52,12 | 15,53 | 13,00 | 115,00 | 55,00 | 31,24 | 7,13 | 8,00 | 37,00 | 34,00 |
| | | Evet | 89,38 | 21,22 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 55,10 | 15,49 | 13,00 | 115,00 | 53,00 | 31,85 | 5,86 | 8,00 | 37,00 | 33,50 |
| | | Test Değeri | -0,945 | | | | | -0,508 | | | | | -0,011 | | | | |
| | | p | 0,348 | | | | | 0,611 | | | | | 0,991 | | | | |

Tablo 10'un devamı

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|--|--|--|
| | Kitap, gazete, dergi vb. okuyunca | Hayır | 85,49 | 23,46 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 52,20 | 16,50 | 13,00 | 115,00 | 54,50 | 31,02 | 7,22 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 92,00 | 12,74 | 74,00 | 105,00 | 92,50 | 56,31 | 9,04 | 38,00 | 65,00 | 58,50 | 33,23 | 3,91 | 24,00 | 37,00 | 35,50 | | | |
| | | Test Değeri | -1,370 | | | | | | -1,203 | | | | | | -0,948 | | | | | |
| | | p | 0,173 | | | | | | 0,229 | | | | | | 0,343 | | | | | |
| | Televizyon izleyip, müzik dinleyince | Hayır | 84,27 | 21,85 | 21,00 | 105,00 | 90,00 | 50,87 | 14,45 | 13,00 | 65,00 | 53,50 | 31,10 | 7,33 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Evet | 90,57 | 22,10 | 21,00 | 155,00 | 93,50 | 56,34 | 16,76 | 13,00 | 115,00 | 59,50 | 31,91 | 5,84 | 8,00 | 37,00 | 33,50 | | | |
| | | Test Değeri | -1,702 | | | | | | -1,695 | | | | | | -0,255 | | | | | |
| | | p | 0,091 | | | | | | 0,090 | | | | | | 0,799 | | | | | |
| | Bilgisayar, telefon, tablet vb. uğraştığımda | Hayır | 86,71 | 22,55 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 53,10 | 15,75 | 13,00 | 115,00 | 55,00 | 31,32 | 6,98 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Evet | 85,79 | 17,52 | 47,00 | 105,00 | 84,50 | 51,14 | 13,47 | 25,00 | 65,00 | 53,00 | 32,21 | 4,85 | 21,00 | 37,00 | 33,50 | | | |
| | | Test Değeri | 0,148 | | | | | | -0,589 | | | | | | -0,026 | | | | | |
| | | p | 0,883 | | | | | | 0,556 | | | | | | 0,979 | | | | | |
| Namaz kılp, kuran okuyunca | Hayır | 84,10 | 21,16 | 21,00 | 105,00 | 88,00 | 51,25 | 14,03 | 13,00 | 65,00 | 53,50 | 30,85 | 7,03 | 8,00 | 37,00 | 32,50 | | | | |
| | Evet | 90,19 | 23,04 | 21,00 | 155,00 | 95,00 | 55,27 | 17,27 | 13,00 | 115,00 | 58,00 | 32,18 | 6,44 | 8,00 | 37,00 | 35,00 | | | | |
| | Test Değeri | -1,673 | | | | | | -1,412 | | | | | | -1,941 | | | | | | |
| | p | 0,096 | | | | | | 0,158 | | | | | | 0,052 | | | | | | |
| Dua edince | Hayır | 83,07 | 22,96 | 21,00 | 105,00 | 86,00 | 50,91 | 14,70 | 13,00 | 65,00 | 52,00 | 30,19 | 7,77 | 8,00 | 37,00 | 32,00 | | | | |
| | Evet | 89,48 | 21,06 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 54,53 | 16,06 | 13,00 | 115,00 | 56,00 | 32,37 | 5,77 | 8,00 | 37,00 | 35,00 | | | | |
| | Test Değeri | 1,779 | | | | | | -1,042 | | | | | | -1,776 | | | | | | |
| | p | 0,077 | | | | | | 0,297 | | | | | | 0,076 | | | | | | |

Tablo 10'un devamı

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|---------------|-------|--------|--------|---------------|---------------|-------|--------|--------|---------------|---------------|------|-------|-------|-------|
| Sağlık Personellerinden Manevi Destek Bekleme Durumu | Evete | 89,27 | 19,41 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 54,54 | 14,52 | 13,00 | 115,00 | 57,00 | 32,36 | 5,42 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | |
| | Hayır | 73,36 | 29,36 | 21,00 | 105,00 | 86,00 | 44,80 | 18,03 | 13,00 | 65,00 | 52,00 | 26,60 | 10,32 | 8,00 | 37,00 | 32,00 | |
| | Test Değeri | -2,598 | | | | | -2,430 | | | | | -2,813 | | | | | |
| | p | 0,015* | | | | | 0,015* | | | | | 0,005* | | | | | |
| Manevi Bakımın Yarar Sağlama Durumu | Stresimin azalır, kendimi pozitif hissetmemi sağlar. | Hayır | 83,24 | 24,40 | 21,00 | 105,00 | 90,50 | 49,71 | 16,06 | 13,00 | 65,00 | 54,00 | 31,08 | 8,39 | 8,00 | 37,00 | 35,00 |
| | | Evete | 87,77 | 21,24 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 54,00 | 15,26 | 13,00 | 115,00 | 55,50 | 31,51 | 6,22 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | | Test Değeri | -1,094 | | | | | -0,948 | | | | | -0,346 | | | | |
| | | p | 0,276 | | | | | 0,343 | | | | | 0,729 | | | | |
| | Tedaviye uyum sürecim hızlanır. | Hayır | 83,45 | 25,46 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 51,00 | 17,03 | 13,00 | 115,00 | 53,00 | 30,06 | 8,23 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | | Evete | 89,18 | 18,70 | 45,00 | 155,00 | 91,00 | 54,46 | 14,11 | 25,00 | 115,00 | 57,00 | 32,48 | 5,19 | 15,00 | 37,00 | 34,00 |
| | | Test Değeri | -1,589 | | | | | -1,466 | | | | | -1,852 | | | | |
| | | p | 0,114 | | | | | 0,143 | | | | | 0,064 | | | | |
| | Hastanede kalış sürem azalacağını düşünüyorum. | Hayır | 82,09 | 24,38 | 21,00 | 155,00 | 87,00 | 49,85 | 16,63 | 13,00 | 115,00 | 53,00 | 30,03 | 7,77 | 8,00 | 37,00 | 32,50 |
| | | Evete | 93,05 | 16,50 | 42,00 | 155,00 | 95,50 | 57,26 | 12,70 | 25,00 | 115,00 | 60,00 | 33,34 | 4,51 | 15,00 | 37,00 | 36,00 |
| | | Test Değeri | -3,283 | | | | | -2,981 | | | | | -2,995 | | | | |
| | | p | 0,001* | | | | | 0,003* | | | | | 0,003* | | | | |
| | Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar. | Hayır | 83,70 | 23,53 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 51,23 | 16,01 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 30,32 | 7,45 | 8,00 | 37,00 | 32,50 |
| | | Evete | 89,46 | 20,33 | 21,00 | 155,00 | 94,00 | 54,55 | 14,96 | 13,00 | 115,00 | 58,00 | 32,45 | 5,97 | 8,00 | 37,00 | 35,50 |
| | | Test Değeri | -1,605 | | | | | -1,732 | | | | | -2,451 | | | | |
| | | p | 0,111 | | | | | 0,083 | | | | | 0,014* | | | | |

Tablo 10'un devamı

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------|---------------|-------|-------|--------|--------|-------|---------------|-------|--------|-------|-------|------|---------------|-------|-------|--|--|--|
| Manevi Desteğin Kim Tarafından Verilmesini İsteme Durumu | Ailem ve akrabalarım | Hayır | 79,19 | 26,55 | 21,00 | 105,00 | 88,50 | 47,69 | 17,19 | 13,00 | 65,00 | 53,00 | 29,39 | 9,40 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Evet | 88,96 | 20,04 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 54,56 | 14,66 | 13,00 | 115,00 | 55,50 | 32,04 | 5,65 | 8,00 | 37,00 | 33,50 | | | |
| | | Test Değeri | -2,033 | | | | | | -1,702 | | | | | | -0,905 | | | | | |
| | | p | 0,044* | | | | | | 0,089 | | | | | | 0,366 | | | | | |
| | Eşim | Hayır | 84,73 | 22,57 | 21,00 | 155,00 | 88,50 | 51,58 | 15,74 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 30,94 | 7,17 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 88,67 | 21,51 | 21,00 | 155,00 | 92,00 | 54,36 | 15,27 | 13,00 | 115,00 | 57,50 | 31,90 | 6,40 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Test Değeri | -1,091 | | | | | | -1,512 | | | | | | -1,065 | | | | | |
| | | p | 0,277 | | | | | | 0,131 | | | | | | 0,287 | | | | | |
| | Yakın arkadaşlarım | Hayır | 85,42 | 22,96 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 51,98 | 15,94 | 13,00 | 115,00 | 55,00 | 31,06 | 7,23 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 89,10 | 20,17 | 21,00 | 155,00 | 89,00 | 54,84 | 14,61 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 32,10 | 5,83 | 8,00 | 37,00 | 34,00 | | | |
| | | Test Değeri | -0,958 | | | | | | -0,565 | | | | | | -0,374 | | | | | |
| | | p | 0,339 | | | | | | 0,572 | | | | | | 0,709 | | | | | |
| | Din görevlisi | Hayır | 84,45 | 22,39 | 21,00 | 155,00 | 88,50 | 51,58 | 15,29 | 13,00 | 115,00 | 54,00 | 30,74 | 7,14 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 96,07 | 18,19 | 64,00 | 155,00 | 105,00 | 58,71 | 15,46 | 25,00 | 115,00 | 65,00 | 34,29 | 4,06 | 23,00 | 37,00 | 36,00 | | | |
| | | Test Değeri | -2,557 | | | | | | -2,190 | | | | | | -3,063 | | | | | |
| | | p | 0,012* | | | | | | 0,029* | | | | | | 0,002* | | | | | |
| | Sağlık çalışanları | Hayır | 82,77 | 25,99 | 21,00 | 155,00 | 90,00 | 50,92 | 17,47 | 13,00 | 115,00 | 55,00 | 29,89 | 8,30 | 8,00 | 37,00 | 33,00 | | | |
| | | Evet | 90,27 | 16,98 | 42,00 | 155,00 | 92,00 | 54,81 | 13,27 | 25,00 | 115,00 | 54,00 | 32,83 | 4,60 | 15,00 | 37,00 | 35,00 | | | |
| | | Test Değeri | -2,082 | | | | | | -1,098 | | | | | | -1,887 | | | | | |
| | | p | 0,039* | | | | | | 0,272 | | | | | | 0,059 | | | | | |

Hastaların manevi bakım denince “dini ibadetlerimi yerine getirebilmemin sağlanması” ifadesinin akıllarına gelme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların manevi bakım denince “hastanede bir din görevlisi ile görüşmemin sağlanması” ifadesinin akıllarına gelme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşünme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların sağlık personellerinden manevi destek bekleme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Hastanede kalış süremi azalacağını düşünüyorum.” ifadesini seçme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve

anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar.” ifadesini seçme durumlarına göre önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların verilecek manevi bakımın aile ve akrabalar tarafından verilmesini isteme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların verilecek manevi bakımın din görevlisi tarafından verilmesini isteme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların verilecek manevi bakımın sağlık çalışanları tarafından verilmesini isteme durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11

Hastaların ölüm kaygısına yönelik yanıtlarının Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | | | | | Anlam ve umut | | | | | Önemseme ve saygı | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|---------------|-------|-------|--------|-------|-------------------|------|-------|-------|-------|
| | | \bar{X} | SS | Min | Max | M | \bar{X} | SS | Min | Max | M | \bar{X} | SS | Min | Max | M |
| Ölüm Kaygısı Yaşama Durumu | Evet | 91,33 | 20,22 | 21,00 | 155,00 | 91,00 | 56,46 | 15,86 | 13,00 | 115,00 | 56,00 | 32,84 | 5,18 | 9,00 | 37,00 | 34,00 |
| | Hayır | 83,39 | 22,83 | 21,00 | 105,00 | 90,00 | 50,48 | 14,90 | 13,00 | 65,00 | 54,00 | 30,42 | 7,59 | 8,00 | 37,00 | 33,00 |
| | Test Değeri | -2,189 | | | | | -1,679 | | | | | -2,325 | | | | |
| | p | 0,030* | | | | | 0,093 | | | | | 0,020* | | | | |
| Neden olduğu değişiklikler | Değişikliğe Yol Açmaz ¹ | 74,87 | 25,77 | 21,00 | 105,00 | 78,00 | 44,97 | 16,10 | 13,00 | 65,00 | 46,00 | 27,70 | 9,23 | 8,00 | 37,00 | 31,50 |
| | Olumlu ² | 81,35 | 21,57 | 42,00 | 155,00 | 84,00 | 49,38 | 17,27 | 25,00 | 115,00 | 52,50 | 30,23 | 5,83 | 15,00 | 37,00 | 31,00 |
| | Olumsuz ³ | 93,66 | 18,16 | 21,00 | 155,00 | 97,50 | 57,66 | 12,61 | 13,00 | 115,00 | 60,00 | 33,38 | 5,42 | 8,00 | 37,00 | 36,00 |
| | Test Değeri | 10,684 | | | | | 12,139 | | | | | 11,609 | | | | |
| | p | 0,000* | | | | | 0,000* | | | | | 0,001* | | | | |
| | PostHoc | 3>1,2 | | | | | 3>1,2 | | | | | 3>1,2 | | | | |

*p<0,05

M:Medyan

Hastaların ölüm kaygısı yaşama durumlarına göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Evet, cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların yol açılan değişikliklere göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği puanlarında Bonferroni testi, anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarında ise düzeltilmiş Bonferroni testi kullanılmıştır. Olumsuz cevabını veren hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanlarının olumlu ve değişikliğe yol açmaz cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görölmektedir (*Tablo 11*).



4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Ölüm Kaygısı Ölçeği | | Bilişsel- duyuşsal | | Hastalık ve ağrı | | Fiziksel değişimler | | Zamanın geçmesi | |
|---------------|-------------------------------|---------------------|------|--------------------|------|------------------|------|---------------------|------|----------------------|------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS |
| Yaş | 50 yaş altı ¹ | 25,08 | 4,34 | 10,44 | 1,87 | 6,40 | 1,55 | 3,24 | 0,78 | 5,00 | 0,87 |
| | 51-60 ² | 23,55 | 5,86 | 9,70 | 2,52 | 6,21 | 1,67 | 3,06 | 0,86 | 4,58 | 1,09 |
| | 61-70 ³ | 23,45 | 4,91 | 9,82 | 2,27 | 6,10 | 1,54 | 3,08 | 0,79 | 4,45 | 0,91 |
| | 71 ve üzeri ⁴ | 22,40 | 5,05 | 9,35 | 2,27 | 5,84 | 1,51 | 2,91 | 0,81 | 4,30 | 1,01 |
| | Test Değeri | 1,474 | | 1,240 | | 0,766 | | 0,932 | | 2,845 | |
| | p/ Post Hoc | 0,224 | | 0,297 | | 0,515 | | 0,427 | | 0,040*/1>4 | |
| Cinsiyet | Kadın | 22,78 | 4,66 | 9,55 | 2,14 | 5,88 | 1,47 | 2,88 | 0,78 | 4,47 | 0,97 |
| | Erkek | 24,08 | 5,47 | 9,96 | 2,39 | 6,32 | 1,63 | 3,22 | 0,81 | 4,58 | 1,02 |
| | Test Değeri | -1,562 | | -1,096 | | -1,728 | | -2,666 | | -0,651 | |
| | p | 0,120 | | 0,275 | | 0,086 | | 0,009* | | 0,516 | |
| Medeni Durum | Evli | 23,52 | 5,15 | 9,79 | 2,28 | 6,12 | 1,57 | 3,06 | 0,81 | 4,55 | 1,01 |
| | Bekâr | 23,21 | 5,07 | 9,67 | 2,29 | 6,05 | 1,56 | 3,03 | 0,81 | 4,46 | 0,97 |
| | Test Değeri | 0,332 | | 0,297 | | 0,226 | | 0,248 | | 0,474 | |
| | p | 0,740 | | 0,767 | | 0,822 | | 0,805 | | 0,636 | |
| Eğitim Durumu | Okuryazar ¹ | 21,36 | 5,59 | 8,75 | 2,43 | 5,54 | 1,67 | 2,79 | 0,88 | 4,29 | 1,12 |
| | İlkokul/ortaokul ² | 23,45 | 5,14 | 9,78 | 2,30 | 6,10 | 1,55 | 3,07 | 0,81 | 4,51 | 0,99 |
| | Lise ve üzeri ³ | 25,18 | 3,99 | 10,58 | 1,71 | 6,58 | 1,37 | 3,24 | 0,71 | 4,79 | 0,86 |
| | Test Değeri | 4,434 | | 5,168 | | 3,469 | | 2,495 | | 2,006 | |
| | p | 0,013* | | 0,007* | | 0,034* | | 0,086 | | 0,138 | |
| | Post Hoc | 3>1 | | 3>1 | | 3>1 | | - | | - | |

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği ve alt boyut puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Bunun sonucunda, hastaların yaşlarına göre zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi kullanılmıştır. Yaşı 50 yaş altı olan hastaların zamanın geçmesi alt boyut puanlarının yaşı 71 ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel değişimler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erkek hastaların fiziksel değişimler alt boyut puanlarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal ve hastalık ve ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi kullanılmıştır. Eğitimi lise ve üzeri olan hastaların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal ve hastalık ve ağrı alt boyut eğitimi okuryazar olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (*Tablo 12*).

Tablo 13

Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Ölüm Kaygısı Ölçeği | | Bilişsel- duyuşsal | | Hastalık ve ağrı | | Fiziksel değişimler | | Zamanın geçmesi | |
|--------------------|--|---------------------|------|--------------------|------|------------------|------|---------------------|------|-----------------|------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS |
| Kanser Tanısı | Akciğer | 22,46 | 5,17 | 9,29 | 2,34 | 5,68 | 1,56 | 2,93 | 0,77 | 4,57 | 1,03 |
| | Kolorektal | 24,75 | 4,72 | 10,08 | 2,12 | 6,71 | 1,46 | 3,21 | 0,83 | 4,75 | 0,79 |
| | Dil/Farenks/Larenks/Özefagus | 24,36 | 5,53 | 10,21 | 2,46 | 6,43 | 1,65 | 3,29 | 0,83 | 4,43 | 1,09 |
| | Karaciğer/Pankreas/Mide | 23,86 | 5,69 | 10,00 | 2,52 | 6,14 | 1,66 | 3,21 | 0,82 | 4,52 | 1,06 |
| | Meme | 23,43 | 3,92 | 9,95 | 1,69 | 6,00 | 1,34 | 3,00 | 0,77 | 4,48 | 1,03 |
| | Over/Serviks | 22,72 | 4,46 | 9,67 | 2,03 | 5,94 | 1,47 | 2,72 | 0,75 | 4,39 | 0,85 |
| | Diğer(prostat, beyin, böbrek, cilt vb) | 22,44 | 6,33 | 9,13 | 2,75 | 5,88 | 1,75 | 3,00 | 0,89 | 4,44 | 1,21 |
| | Test Değeri/p | 0,694/0,655 | | 0,661/0,681 | | 1,159/0,331 | | 1,16/0,331 | | 0,313/0,929 | |
| Kanser Tanı Süresi | 12 ay altı | 23,82 | 5,28 | 9,82 | 2,32 | 6,24 | 1,62 | 3,16 | 0,78 | 4,61 | 0,98 |
| | 12-36 ay | 23,22 | 5,06 | 9,72 | 2,24 | 5,98 | 1,53 | 2,96 | 0,82 | 4,57 | 1,00 |
| | 37 ay ve üzeri | 23,26 | 5,07 | 9,74 | 2,30 | 6,08 | 1,55 | 3,04 | 0,83 | 4,42 | 1,01 |
| | Test Değeri/p | 0,216/0,806 | | 0,031/0,970 | | 0,335/0,716 | | 0,754/0,472 | | 0,535/0,587 | |

Tablo 13'ün devamı

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------|----------------------|--------------|------|-------------|------|--------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Hastaneye Yatış Nedeni | Kemoterapi | Hayır | 23,53 | 4,98 | 9,82 | 2,22 | 6,09 | 1,50 | 3,04 | 0,78 | 4,57 | 1,00 |
| | | Evet | 23,15 | 5,60 | 9,56 | 2,46 | 6,12 | 1,77 | 3,09 | 0,90 | 4,38 | 0,99 |
| | | Test Değeri/p | 0,379/0,705 | | 0,586/0,559 | | -0,068/0,946 | | -0,264/0,793 | | 0,962/0,338 | |
| | İmmünoterapi | Hayır | 23,40 | 4,87 | 9,76 | 2,18 | 6,07 | 1,54 | 3,04 | 0,79 | 4,54 | 0,96 |
| | | Evet | 23,59 | 6,12 | 9,76 | 2,67 | 6,24 | 1,66 | 3,10 | 0,90 | 4,48 | 1,15 |
| | | Test Değeri/p | -0,149/0,883 | | 0,003/0,997 | | -0,541/0,589 | | -0,370/0,712 | | 0,264/0,792 | |
| | Semptom kontrolü | Hayır | 23,87 | 5,48 | 9,94 | 2,37 | 6,26 | 1,75 | 3,13 | 0,88 | 4,55 | 0,96 |
| | | Evet | 23,33 | 5,03 | 9,71 | 2,26 | 6,06 | 1,51 | 3,03 | 0,79 | 4,52 | 1,01 |
| | | Test Değeri/p | 0,526/0,600 | | 0,481/0,631 | | 0,580/0,565 | | 0,583/0,560 | | 0,136/0,892 | |

Hastaların kanser tanısı, kanser tanı süresi, hastaneye yatış nedeni özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (*Tablo 13*).

Tablo 14

Hastaların manevi bakım gereksinimlerine ilişkin yanıtlarına göre ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | Ölüm Kaygısı Ölçeği | | Bilişsel- duyuşsal | | Hastalık ve ağrı | | Fiziksel değişimler | | Zamanın geçmesi | | |
|---|----------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------------|--------------|------|
| | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Manevi Bakım Denince Ne Anlıyorsunuz? | | | | | | | | | | | |
| Elimin tutulması ve dinlenildiğimi hissetmek | Hayır | 23,91 | 5,10 | 10,02 | 2,28 | 6,20 | 1,58 | 3,13 | 0,83 | 4,57 | 1,01 |
| | Evet | 23,16 | 5,13 | 9,61 | 2,27 | 6,04 | 1,56 | 3,01 | 0,80 | 4,50 | 0,99 |
| | Test Değeri/p | 0,870/0,386 | | 1,073/0,285 | | 0,582/0,561 | | 0,836/0,404 | | 0,424/0,672 | |
| Yakınlarım ile görüşebilmemin sağlanması | Hayır | 23,38 | 4,77 | 9,83 | 2,23 | 6,02 | 1,35 | 3,10 | 0,79 | 4,43 | 1,04 |
| | Evet | 23,46 | 5,26 | 9,73 | 2,30 | 6,13 | 1,64 | 3,04 | 0,82 | 4,56 | 0,98 |
| | Test Değeri/p | -0,088/0,930 | | 0,246/0,806 | | -0,404/0,687 | | 0,394/0,694 | | -0,752/0,453 | |
| Etkinliklerle dikkatimin başka yöne dağıtılmasının sağlanması | Hayır | 23,22 | 4,88 | 9,70 | 2,25 | 6,00 | 1,44 | 3,02 | 0,77 | 4,50 | 1,02 |
| | Evet | 23,96 | 5,64 | 9,91 | 2,33 | 6,33 | 1,81 | 3,13 | 0,89 | 4,58 | 0,94 |
| | Test Değeri/p | -0,808/0,421 | | -0,532/0,596 | | -1,096/0,277 | | -0,746/0,458 | | -0,411/0,682 | |
| Mahremiyetime saygı gösterilmesi | Hayır | 23,87 | 4,72 | 9,99 | 2,14 | 6,12 | 1,48 | 3,13 | 0,78 | 4,63 | 0,97 |
| | Evet | 22,91 | 5,56 | 9,48 | 2,41 | 6,07 | 1,67 | 2,96 | 0,84 | 4,40 | 1,02 |
| | Test Değeri/p | 1,121/0,264 | | 1,354/0,178 | | 0,178/0,859 | | 1,338/0,183 | | 1,372/0,172 | |
| Dini ibadetlerimi yerine getirebilmemin sağlanması | Hayır | 23,97 | 4,84 | 10,02 | 2,16 | 6,15 | 1,52 | 3,16 | 0,76 | 4,63 | 0,98 |
| | Evet | 22,58 | 5,46 | 9,33 | 2,40 | 6,02 | 1,64 | 2,88 | 0,87 | 4,35 | 1,01 |

Tablo 14'ün devamı

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|------|
| | Test Değeri | 1,624 | | 1,814 | | 0,505 | | 2,042 | | 1,706 | | |
| | p | 0,107 | | 0,172 | | 0,614 | | 0,044* | | 0,090 | | |
| Hastanede bir din görevlisi ile görüşmemin sağlanması | Hayır | 23,57 | 4,96 | 9,84 | 2,20 | 6,12 | 1,51 | 3,07 | 0,80 | 4,53 | 1,02 | |
| | Evet | 22,90 | 5,77 | 9,41 | 2,57 | 6,00 | 1,77 | 2,97 | 0,87 | 4,52 | 0,91 | |
| | Test Değeri | 0,636 | | 0,829 | | 0,383 | | 0,649 | | 0,057 | | |
| | p | 0,526 | | 0,412 | | 0,702 | | 0,517 | | 0,955 | | |
| Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Manevi Bakım Gereksiniminin Arttığını Düşünme Durumu | Evet | 22,91 | 5,05 | 9,55 | 2,26 | 5,97 | 1,54 | 2,96 | 0,80 | 4,42 | 0,99 | |
| | Hayır | 25,05 | 5,04 | 10,41 | 2,20 | 6,49 | 1,57 | 3,32 | 0,78 | 4,84 | 0,96 | |
| | Test Değeri | -2,242 | | -2,011 | | -1,746 | | -2,383 | | -2,221 | | |
| | p | 0,026* | | 0,046* | | 0,083 | | 0,018* | | 0,028* | | |
| Aşağıdakilerden Hangisini Yapınca Kendinizi Daha Rahat Hissediyorsunuz? | Sevdiğim insanlarla sohbet edince | Hayır | 24,48 | 5,16 | 10,24 | 2,37 | 6,28 | 1,51 | 3,28 | 0,84 | 4,68 | 0,99 |
| | | Evet | 23,23 | 5,10 | 9,66 | 2,25 | 6,06 | 1,57 | 3,01 | 0,80 | 4,50 | 1,00 |
| | | Test Değeri | 1,115 | | 1,158 | | 0,630 | | 1,541 | | 0,844 | |
| | | p | 0,267 | | 0,249 | | 0,530 | | 0,125 | | 0,400 | |
| | Gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca | Hayır | 23,16 | 5,19 | 9,64 | 2,33 | 6,03 | 1,57 | 3,03 | 0,81 | 4,47 | 1,03 |
| | | Evet | 24,20 | 4,89 | 10,10 | 2,11 | 6,30 | 1,54 | 3,13 | 0,82 | 4,68 | 0,89 |
| | | Test Değeri | -1,099 | | -1,106 | | -0,945 | | -0,653 | | -1,102 | |
| | | p | 0,274 | | 0,271 | | 0,346 | | 0,515 | | 0,272 | |
| | Kitap, gazete, dergi vb. okuyunca | Hayır | 23,33 | 4,99 | 9,71 | 2,24 | 6,06 | 1,53 | 3,05 | 0,79 | 4,51 | 0,98 |
| | | Evet | 23,96 | 5,72 | 10,00 | 2,45 | 6,27 | 1,71 | 3,08 | 0,89 | 4,62 | 1,06 |
| | | Test Değeri | -0,571 | | 0-,591 | | -0,606 | | -0,163 | | -0,499 | |
| | | p | 0,569 | | 0,555 | | 0,545 | | 0,871 | | 0,619 | |
| | Televizyon izleyip, müzik dinleyince | Hayır | 23,41 | 4,99 | 9,78 | 2,21 | 6,06 | 1,52 | 3,07 | 0,79 | 4,50 | 1,00 |
| | | Evet | 23,48 | 5,35 | 9,73 | 2,39 | 6,16 | 1,64 | 3,02 | 0,84 | 4,57 | 0,99 |
| | | Test Değeri | -0,078 | | 0,116 | | -0,366 | | 0,413 | | -0,424 | |
| | | p | 0,938 | | 0,908 | | 0,715 | | 0,680 | | 0,672 | |
| | Bilgisayar, telefon, tablet vb. uğraştığımda | Hayır | 23,37 | 5,18 | 9,74 | 2,30 | 6,07 | 1,56 | 3,06 | 0,81 | 4,51 | 1,01 |
| | | Evet | 24,14 | 4,57 | 10,00 | 2,00 | 6,43 | 1,55 | 3,00 | 0,78 | 4,71 | 0,83 |
| | | Test Değeri | -0,539 | | -0,414 | | -0,826 | | 0,258 | | -0,740 | |
| | | p | 0,591 | | 0,680 | | 0,410 | | 0,797 | | 0,460 | |
| | Namaz kılıp, kuran okuyunca | Hayır | 24,01 | 5,00 | 10,00 | 2,18 | 6,24 | 1,55 | 3,18 | 0,78 | 4,59 | 0,99 |
| | | Evet | 22,63 | 5,20 | 9,42 | 2,37 | 5,90 | 1,58 | 2,87 | 0,82 | 4,44 | 1,00 |
| | | Test Değeri | 1,640 | | 1,548 | | 1,298 | | 2,352 | | 0,942 | |
| | | p | 0,103 | | 0,124 | | 0,196 | | 0,020* | | 0,348 | |
| Dua edince | Hayır | 24,45 | 4,96 | 10,16 | 2,19 | 6,30 | 1,57 | 3,25 | 0,75 | 4,73 | 0,95 | |
| | Evet | 22,63 | 5,12 | 9,43 | 2,30 | 5,94 | 1,55 | 2,89 | 0,83 | 4,36 | 1,01 | |

Tablo 14'ün devamı

| | | Test Değeri | 2,197 | | 1,976 | | 1,403 | | 2,786 | | 2,297 | |
|--|---|---------------|--------|---------------|--------|---------------|-------|---------------|--------|---------------|--------|------|
| | | p | 0,030* | | 0,050* | | 0,163 | | 0,006* | | 0,023* | |
| Sağlık Personellerinden Manevi Destek Bekleme Durumu | Evet | 22,88 | 5,01 | 9,56 | 2,27 | 5,94 | 1,54 | 2,95 | 0,79 | 4,42 | 0,98 | |
| | Hayır | 26,24 | 4,76 | 10,76 | 2,03 | 6,88 | 1,48 | 3,56 | 0,71 | 5,04 | 0,93 | |
| | Test Değeri | -3,084 | | -2,646 | | -2,797 | | -3,561 | | -2,985 | | |
| | p | 0,002* | | 0,012* | | 0,006* | | 0,000* | | 0,005* | | |
| Manevi Bakımın Size Ne Tür Bir Faydası Olacaktır? | Stresimin azalır, kendimi pozitif hissetmemi sağlar. | Hayır | 24,08 | 5,46 | 9,92 | 2,29 | 6,37 | 1,51 | 3,11 | 0,89 | 4,68 | 1,16 |
| | | Evet | 23,22 | 5,00 | 9,71 | 2,27 | 6,01 | 1,57 | 3,04 | 0,78 | 4,47 | 0,93 |
| | | Test Değeri | 0,891 | | 0,504 | | 1,228 | | 0,427 | | 1,012 | |
| | | p | 0,374 | | 0,615 | | 0,221 | | 0,671 | | 0,316 | |
| | Tedaviye uyum sürecim hızlanır. | Hayır | 24,30 | 4,85 | 10,18 | 2,07 | 6,28 | 1,50 | 3,19 | 0,82 | 4,64 | 1,03 |
| | | Evet | 22,75 | 5,24 | 9,42 | 2,38 | 5,95 | 1,61 | 2,94 | 0,79 | 4,43 | 0,97 |
| | | Test Değeri | 1,863 | | 2,082 | | 1,296 | | 1,931 | | 1,276 | |
| | | p | 0,064 | | 0,039* | | 0,197 | | 0,055 | | 0,204 | |
| | Hastanede kalış sürem azalacağını düşünüyorum. | Hayır | 24,00 | 4,95 | 10,08 | 2,16 | 6,23 | 1,48 | 3,11 | 0,79 | 4,58 | 1,01 |
| | | Evet | 22,65 | 5,28 | 9,31 | 2,36 | 5,92 | 1,66 | 2,97 | 0,83 | 4,45 | 0,97 |
| | | Test Değeri | 1,607 | | 2,075 | | 1,191 | | 1,088 | | 0,775 | |
| | | p | 0,110 | | 0,040* | | 0,236 | | 0,278 | | 0,440 | |
| | Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar. | Hayır | 23,70 | 5,25 | 9,88 | 2,26 | 6,20 | 1,60 | 3,14 | 0,80 | 4,49 | 1,06 |
| | | Evet | 23,18 | 4,99 | 9,64 | 2,29 | 6,00 | 1,53 | 2,97 | 0,82 | 4,57 | 0,93 |
| | | Test Değeri | 0,620 | | 0,628 | | 0,794 | | 1,224 | | -0,487 | |
| | | p | 0,536 | | 0,531 | | 0,429 | | 0,223 | | 0,627 | |

Tablo 14'ün devamı

| Verilecek Olan Manevi Desteğin Kim Tarafından Verilmesini İstersiniz? | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| Ailem ve akrabalarım | Hayır | 23,94 | 4,80 | 9,92 | 2,14 | 6,17 | 1,44 | 3,19 | 0,82 | 4,67 | 1,04 |
| | Evet | 23,28 | 5,22 | 9,71 | 2,32 | 6,08 | 1,60 | 3,01 | 0,80 | 4,48 | 0,98 |
| | Test Değeri/p | 0,678/0,499 | | 0,473/0,637 | | 0,293/0,770 | | 1,202/0,231 | | 0,969/0,334 | |
| Eşim | Hayır | 23,38 | 4,85 | 9,77 | 2,17 | 6,05 | 1,48 | 2,99 | 0,83 | 4,58 | 1,04 |
| | Evet | 23,50 | 5,42 | 9,75 | 2,40 | 6,15 | 1,66 | 3,13 | 0,79 | 4,47 | 0,95 |
| | Test Değeri/p | -0,138/0,891 | | 0,052/0,959 | | -0,395/0,694 | | -1,042/0,299 | | 0,643/0,521 | |
| Yakın arkadaşlarım | Hayır | 23,34 | 4,88 | 9,76 | 2,21 | 6,07 | 1,48 | 3,01 | 0,81 | 4,50 | 0,98 |
| | Evet | 23,65 | 5,61 | 9,76 | 2,41 | 6,16 | 1,72 | 3,14 | 0,82 | 4,59 | 1,04 |
| | Test Değeri/p | -0,354 | | 0,018 | | -0,327 | | -0,943 | | -0,558 | |
| | p | 0,724 | | 0,985 | | 0,744 | | 0,347 | | 0,587 | |
| Din görevlisi | Hayır | 23,63 | 4,84 | 9,88 | 2,15 | 6,13 | 1,51 | 3,07 | 0,79 | 4,56 | 0,97 |
| | Evet | 22,61 | 6,20 | 9,25 | 2,72 | 5,96 | 1,79 | 3,00 | 0,90 | 4,39 | 1,10 |
| | Test Değeri/p | 0,818/0,419 | | 1,142/0,261 | | 0,456/0,651 | | 0,386/0,700 | | 0,788/0,432 | |
| Sağlık çalışanları | Hayır | 24,07 | 4,74 | 10,16 | 2,10 | 6,16 | 1,52 | 3,14 | 0,79 | 4,60 | 0,94 |
| | Evet | 22,84 | 5,41 | 9,38 | 2,38 | 6,04 | 1,61 | 2,97 | 0,83 | 4,45 | 1,05 |
| | Test Değeri/p | 1,477/0,142 | | 2,155/0,033* | | 0,490/0,625 | | 1,235/0,219 | | 0,912/0,363 | |
| Psikiyatrist tarafından | Hayır | 23,96 | 5,07 | 9,97 | 2,26 | 6,24 | 1,53 | 3,14 | 0,80 | 4,61 | 0,99 |
| | Evet | 21,53 | 4,87 | 9,00 | 2,17 | 5,59 | 1,58 | 2,72 | 0,77 | 4,22 | 0,97 |
| | Test Değeri/p | 2,420/0,017* | | 2,159/0,032* | | 2,090/0,038* | | 2,692/0,008* | | 1,994/0,048* | |

Hastaların manevi bakım denince “dini ibadetlerimi yerine getirebilmemin sağlanması” ifadesinin akıllarına gelme durumlarına göre fiziksel değişimler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların fiziksel değişimler alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşünme durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların “Namaz kılıp, kuran okuyunca” kendilerini rahat hissetme durumlarına göre fiziksel değişimler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların fiziksel değişimler alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların “Dua edince” kendilerini rahat hissetme durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların sağlık personellerinden manevi destek bekleme durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Tedaviye uyum sürecim hızlanır.” ifadesini seçme durumlarına göre bilişsel-duyuşsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların bilişsel-duyuşsal alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Hastanede kalış sürem azalacağını düşünüyorum.” ifadesini seçme durumlarına göre bilişsel-duyuşsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların bilişsel-duyuşsal alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların verilecek manevi bakımın sağlık çalışanları tarafından verilmesini isteme durumlarına göre bilişsel- duyuşsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların bilişsel-duyuşsal alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların verilecek manevi bakımın psikiyatrist tarafından verilmesini isteme durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (*Tablo 14*).

Tablo 15

Hastaların ölüm kaygısına yönelik yanıtlarına göre ölüm kaygısı ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

| Değişkenler | | Ölüm Kaygısı Ölçeği | | Bilişsel-duyuşsal | | Hastalık ve ağrı | | Fiziksel değişimler | | Zamanın geçmesi | |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------|------|-------------------|------|------------------|------|---------------------|------|-----------------|------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS |
| Ölüm Kaygısı Yaşama Durumu | Evet | 18,87 | 3,71 | 7,82 | 1,95 | 4,80 | 1,08 | 2,41 | 0,56 | 3,84 | 0,86 |
| | Hayır | 26,57 | 3,24 | 11,09 | 1,33 | 6,99 | 1,17 | 3,49 | 0,64 | 5,00 | 0,78 |
| | Test Değeri | -13,491 | | -11,430 | | -11,585 | | -10,703 | | -8,441 | |
| | p | 0,000* | | 0,000* | | 0,000* | | 0,000* | | 0,000* | |
| Nasıl Bir Değişikliğe Yol Açtı | Değişikliğe Yol Açmaz ¹ | 25,80 | 4,19 | 10,87 | 1,57 | 6,83 | 1,37 | 3,40 | 0,77 | 4,70 | 0,84 |
| | Olumlu ² | 22,70 | 4,13 | 9,58 | 2,07 | 5,85 | 1,23 | 2,85 | 0,66 | 4,43 | 0,96 |
| | Olumsuz ³ | 22,93 | 5,64 | 9,44 | 2,47 | 5,95 | 1,71 | 3,03 | 0,86 | 4,51 | 1,07 |
| | Test Değeri | 4,193 | | 4,721 | | 4,378 | | 4,241 | | 0,670 | |
| | p | 0,017* | | 0,010* | | 0,014* | | 0,016* | | 0,513 | |
| | PostHoc | 1>2,3 | | 1>3 | | 1>2,3 | | 1>2 | | - | |

*p<0,05

Hastaların ölüm kaygısı yaşama durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Hastaların yol açılan değişikliklere göre ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, hastalık ve ağrı, fiziksel değişimler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu bulmak Bonferroni testi kullanılmıştır. Olumlu cevabını veren katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği, hastalık ve ağrı alt boyut puanlarının olumlu ve değişikliğe yol açmaz cevabını veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Değişikliğe yol açmaz cevabını veren katılımcıların bilişsel-duyuşsal alt boyut puanlarının olumsuz cevabını veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Değişikliğe yol açmaz cevabını veren katılımcıların fiziksel değişimler alt boyut puanlarının olumlu cevabını veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu görölmektedir (Tablo 15).

4.5. Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analiz Sonuçları

Tablo 16

Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

| Ölçek ve Boyutları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1-Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği | 1 | 0,976* * | 0,890* * | - 0,130 | -0,138 | -0,116 | -0,083 | -0,104 |
| 2-Anlam ve umut | | 1 | 0,775* * | - 0,134 | -0,137 | -0,134 | -0,077 | -0,105 |
| 3-Önemseme ve saygı | | | 1 | - 0,162 * | - 0,168* | -0,132 | -0,138 | -0,128 |
| 4-Ölüm Kaygısı Ölçeği | | | | 1 | 0,952* * | 0,917* * | 0,880* * | 0,809* * |
| 5-Bilişsel-duyuşsal | | | | | 1 | 0,805* * | 0,784* * | 0,707* * |
| 6-Hastalık ve ağrı | | | | | | 1 | 0,808* * | 0,648* * |
| 7-Fiziksel değişimler | | | | | | | 1 | 0,649* * |
| 8-Zamanın geçmesi | | | | | | | | 1 |

*p<0,05

**p<0,01

Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 16'da verilmiştir. Hastaların önemseme ve saygı alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği puanları (r:-0,162; p<0,05) ve bilişsel-duyuşsal alt boyut puanları (r:-0,165; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 16).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamıza katılan hastaların %50,7'si erkek, %32,7'sinin 61-70 yaş aralığındadır. DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın 2018 yılı verilerinde yaşa standardize edilmiş kanser insidansının kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde daha yüksek olduğu, Türkiye'de yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde yüz bin kişide 246,8, kadınlarda ise 173,6 olarak bildirilmiştir (THSK, 2018). Çalışmanın sonuçları literatür verileri ile paralellik göstermektedir. Hastaların %79,3'ünün semptom kontrolü amacıyla hastaneye yattığı bulunmuştur. Bu durum kanser hastalarının kanser veya tedavi sonucu ortaya çıkan semptomların evde yönetimindeki yetersizliği, bilgi açığına sahip olduklarını ve yeteri kadar eğitim alamadıklarını düşündürmektedir. Harrison ve vd. (2009) çalışmalarında kanser hastalarının %39'unun bilgi ve %34-36'sının iletişim gereksinimine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

5.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda hastaların SBGÖ toplam puan ortalaması $86,62 \pm 22,08$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç hastaların manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Çalışmada ayrıca, hastaların %75,3'ünün kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksinimlerinin arttığı görülmüştür. Ayrıca hastaların tanı sonrası manevi gereksinimlerinde artma durumu ile SBGÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızdaki bu sonuç, hastaların tanı, tedavi ve palyasyon dönemlerinde oldukça yoğun duygusal, ruhsal ve davranışsal problemler yaşadıklarını, sorunlarını çözmek, istediği şeyleri yapabilmek için kişisel herhangi bir seçeneğinin olmadığı ya da amaçlarına ulaşabilmek için kendi enerjisini açığa çıkartamadığı duygusal durumlarda maneviyata gereksinim duyduklarını göstermektedir. Literatürde yapılan

çalışmalar kanser hastalarının manevi bakıma gereksinimlerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Vardar, vd., 2021). Araştırma sonucumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları ile SBGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ortaya çıkan bu sonuç kanser hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gözetmeksizin manevi bakım gereksinimleri olduğunu ortaya koymaktadır.

Hastaların %76'sının aile ve akrabalarından, %83,3'ünün sağlık personellerinden manevi destek beklediği görülmektedir. Hastalarla en çok zaman geçiren sağlık personeli hemşireler olduğundan, hastaların hemşirelere daha çok güven duydukları, onları psikolojik destek sağlayarak motive ettikleri, tedavi ve bakım sürecine hastaları katıldıkları, hastalık ve tedaviye uyum sürecinde onların yanlarında olduklarından kaynaklandığını söylenebilir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların verilecek manevi bakımın aile ve akrabalar tarafından verilmesini istedikleri ve SBGÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızdaki bu sonuç için hastalar ailesinin yanında kendilerini daha iyi hissetmelerinden, yakınları ile sorunlarını rahatça paylaşabilmelerinden, kolaylıkla iletişim kurabilmelerinden, aile ortamının onlara iyi geldiğini düşünmelerinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Büssing ve Koenig (2010) yaptığı çalışmada, hastaların çevre ve arkadaşlarla iletişim, sevgi, umut, ait olma gibi manevi ihtiyaçlarının karşılanması ile baş etmelerinin kolaylaştığı belirtilmiştir. Küçük (2019) çalışmasında hastaların %70,9'unun aile ve akrabalarından manevi destek beklediği sonucuna ulaşmıştır. Balboni ve vd. (2007) ileri evre kanser hastalarıyla yaptıkları araştırmasında hastaların %80,2'sinin spiritüel gereksinimleri arasında sıklıkla ailesi ile birlikte olmak olduğunu bulmuştur. Sülü (2006) yapmış olduğu çalışmada, hastaların eşlerinden ve ailelerinden manevi destek aldıkları, sağlık personellerinden yeteri kadar manevi destek alamadıklarını bulmuştur.

Çalışmamızda hastaların manevi bakım desteğini din görevlileri ve sağlık personelinin vermesini istemeleri ile ve SBGÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Türkiye nüfusu çoğunluğu Müslüman olan bir ülkedir. Manevi

bakım denildiği zaman da ilk akla gelen dini vecibelerin yerine getirilmesidir. Sonuca dayanarak kişilerin sağlık sorunları ile baş etmelerinde dini gereksinimlerin de karşılanması gerektiğinin önemini göstermektedir. Lynn ve vd. (2014) ise kutsal kitaplardaki ayetleri okumanın meditasyon etkisi yarattığı, sakinleştirdiği ve cesaret verdiğinden bahsetmiştir.

Wilson ve Miles'in (2001) kanser hastalarının inançlarını bir iyileşme ve baş etme kaynağı olarak algıladıkları, bu sebeple dini uygulamaları fiziksel sağlıklarını ve duygusal kararlılıklarını geri elde edecekleri bir yol olarak gördükleri belirtilmiştir. Yazgan (2014) kanser hastası olan bireylerin; %82.8'inin dua edip, namaz kıldığı, %9.8'inin adak adadığı ve %2.2'sinin nazarlık kullandığı bildirmiştir. Thuné-Boyle ve vd. (2013) meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların dini ve manevi kaynakları kullanarak hastalığa daha iyi uyum sağladıkları ortaya konmuştur. Mesquita ve vd. (2013) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının %93'ünün dinin/maneviyatın kanserle baş etmede önemli bir yol olduğunu düşündüğü, %80'inin tedavi süresince bir tür manevi bakım almak istediği ortaya konmuştur. Sharif ve vd. (2018) yaptığı çalışmada, olumlu ve olumsuz dini baş etme davranışlarının, ölüme dair depresyon yaşama ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Negatif dini baş etme, erken evre kanser hastalarında ölüm depresyonu ile daha yakından ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızdaki bu sonuç literatürle uyumlu olarak bulunmuş ve hastaların dini başa çıkma yöntemlerine başvurarak manevi bakım gereksinimlerini karşılamak istedikleri söylenebilir.

Çalışmamızda kanser hastalarının sağlık profesyonellerinden manevi destek beklentilerinin yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, hastaların sağlık çalışanlarından manevi bakım desteği istemeleri hastanede en çok onlarla zaman geçirmelerinden, onları kendilerine yakın hissetmelerinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Dedeli ve vd. (2016) yaptıkları çalışmada, tüm hastaların sağlık uzmanlarından manevi uygulamalarını daha fazla desteklemesini istedikleri ortaya konmuştur. Küçük (2019) çalışmasında hastaların %80,6'sı hemşirelerden manevi destek beklendiklerini, %47,9'u hemşirelerin manevi desteğe bazen özen gösterdiklerini bildirmişlerdir.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Hastanede kalış süremi azalacağını düşünüyorum.” ifadesini seçme durumlarına göre SBGÖ toplam puanı ve anlam ve umut, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Serviste tedavi alan kanser hastaları çoğunlukla kanserin teşhis ve tedavi sürecinde hastanede uzun süre kalmakta ve bu durum onlarda stres ve kaygıya neden olmaktadır. Serviste yatan kanser hastaları; manevi bakım desteği aldıklarında psikososyal açıdan kendilerini daha iyi hissedeceklerini, yaşanan iyilik halinin ise hastalıkta iyileşme sürecini kısaltacağını, manevi bakımın hastalık süreciyle baş edebilmelerini güçlendireceğini ve klinikten ayrıldıklarında bile daha bilgili bir şekilde hastalık ile mücadele edebilecekleri düşüncesine sahip olabilirler. Özellikle hemşireler hastalarla en sık ve uzun süre zaman geçiren sağlık çalışanı oldukları için hastaların manevi bakım gereksinimlerini saptayarak onlara destek olmalı ve bakımı planlarken maneviyata yönelik girişimlere yer vermelidirler.

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Tedaviye uyum sürecim hızlanır.” ifadesini seçme durumlarına göre bilişsel-duyuşsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kanser tanısının konulması, bireyin uyum mekanizmalarının etkilenmesine yol açmaktadır. Verilen bu yanıt hastaların tedavi sürecinde uyumda zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Kendilerine sağlanacak olan manevi bakımın tedaviye uyum sürecini hızlandıracağını düşünen kanser hastalarının ölüm kaygısı puanı daha düşük bulunmuştur. Fiziksel komplikasyonlar için verilen bakım ve tedavinin yanı sıra manevi anlamda da desteklenen hastaların tedaviye uyumu artmaktadır (Vardar, 2017).

Hastaların manevi bakımın faydalarından “Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar.” ifadesini seçme durumlarına göre önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Evet, cevabını veren hastaların önemseme ve saygı alt boyut puanlarının hayır cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık personelleri zaman eksikliği, hastaların mahremiyetini ihlal ettikleri düşüncesi, kendi kişisel sorunları, her hastanın manevi destek ihtiyacı olmadığını düşünmeleri, deneyim eksikliği gibi nedenlerle sağlık personeli-hasta arasında iletişim azlığı yaşanması güven problemini de yaratmaktadır. İletişimdeki aksamalar hastaların kendilerine uygulanan işlemler hakkında kafalarında soru işaretleri yaşamalarına, korku ve kaygı

yaşamalarına ve bu durumun güven duygusunun da gelişmesine engel olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle kanser hastalığı gibi özel bir hastalığa sahip olan kanser hastalarının manevi bakım desteği almalarıyla kendilerine zaman ayrılması, psikososyal iyilik hallerinin güçlenmesi, sağlık personeli açısından iş doyumunu, sağlık personeli-hasta arasında karşılıklı memnuniyet yaşanmasını sağlayacaktır. Böylece manevi bakım karşılıklı etkileşime imkan sağlayarak karşılıklı taraflarca güven duygusunu sağlayarak, hastaların da kendilerini emin ellerde hissetmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastaların ölüm kaygısı yaşama durumlarına göre SBGÖ toplam puanı, önemseme ve saygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Ölüm kaygısı yaşadığını belirten kanser hastaları daha fazla manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. Varoluşsal kriz gibi olumsuz durumlar hastaların daha fazla manevi bakım gereksinimine ihtiyaç duymalarına yol açmaktadır.

5.3. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların ÖKÖ toplam puan ortalaması $23,44 \pm 5,11$ olarak bulunmuştur. Hastaların %40,7'sinin ölüm kaygısı yaşadığı görülmektedir. Hastaların %34'ünün yaşanan ölüm kaygısını kanser hastalığına bağladığı görülmektedir. Bu sonuç, hastalar yanıtlarını verirken duygularını gizlediklerini veya yakınlarını üzmemek istemedikleri düşündürmektedir. Ayrıca kadercilik/teslimiyet anlayışına sahip olanların, kanserin bir sınav olarak düşünenlerin, hastalığı ve hastalığın yaşamı tehdit edici niteliğini kabullenenlerin ölüm kaygısının düşük olması da önemli etkenlerden olabilmektedir. İslam dini, Allah'ın iradesini ve bireyin kontrolü dışındaki olayları kabul etmeyi, teslimiyeti gerektirmektedir. Bu nedenle, İslam teolojisi acı çekmeye bir cevap olarak Allah'a karşı öfkeyi kabul edilebilir bir tepki olarak görmemektedir. Kronik hastalıklar içerisinde yer alan kanserin ölümle sonuçlanması insanlarda hastalık ve ölüm arasında sıkı bir ilişki olduğu düşüncesine neden olmuştur. Dougherty ve vd. (1986) kanser hastaları ile başka hastalığı olan bireyleri karşılaştırmış, kanser hastalarında ölüm kaygısını daha düşük düzeyde saptamıştır. Cella ve Tross (1987), kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada ölüm kaygısının bu grupta psikiyatrik örneklerden

daha yüksek olarak bulunduğunu belirtmişlerdir. Öztürk Kalaoğlu (2010) son dönem kanser hastalarıyla ölümcül hastalığı olmayan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada kanserli grupta ölüm kaygısı artmadığını görmüştür. Araştırma sonucumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Hastaların yaşlarına göre ÖKÖ zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yaşı 50 yaş altı olan hastaların zamanın geçmesi alt boyut puanlarının yaşı 71 ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş değişkeninin ölüm kaygısı üzerinde nasıl etki yarattığı kesin olarak bir anlam kazanmamıştır (Karakuş, vd., 2012). Genel beklenti yaşın artmasıyla birlikte ömrün sonuna yaklaştıkça ölüm kaygısının artacağıdır (Esen, 2011). Yaşlanmayla gelen ölüm gerçeğiyle yüzleşen kişilerin, din ve maneviyata olan inancının da güçlenmesiyle ölümü istemekte bazen de ölümü tek çözüm yolu görebilmektedir. Çalışmamızda genç ve orta yaş grubundaki hastaların daha erken yaşta yüzleşmek zorunda kalmaları, kanserin onlara ölümü hatırlatması, sağlıklı gördükleri bedenlerini kaybetme, geleceğe ilişkin hayallerini gerçekleştirilememesi, işlerine ve çevrelerine karşı olan görev ve sorumluluklarını yerine getirememesi, sevdiklerinden ayrılmak zorunda kalacakları gibi düşünceler sebebiyle daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları söylenebilir.

Hastaların cinsiyetlerine göre ÖKÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, fiziksel değişimler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek hastaların fiziksel değişimler alt boyut puanlarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken (Erdoğan, 2008) bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır (Tanhan, 2007). Erkeklerin toplumsal algı ve öğrenilmiş davranış olarak, korku ve kaygılarını yok saymaları ve her zaman güçlü olmaları beklenmiştir. Kadınların erkeklere oranla duygularını daha açık ifade edebilmeleri, bu nedenle iletişim ve destek görebilmeleri, erkeklerin ise duygularını bastırmaya çalışmaları ile dışa ifade etmekten kaçınması yaşanan ölüm kaygısında artışa sebebiyet verdiği ve bu nedenle çalışmamızda erkek hastaların ölüm kaygılarının daha yüksek düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalaması, bilişsel- duyuşsal ve hastalık ve ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Eğitimi lise ve üzeri olan hastaların ÖKÖ toplam puan ortalaması, bilişsel-duyuşsal ve hastalık ve ağrı alt boyut puanı okuryazar olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesinin yükseldikçe statü kaybı, maddi zorluklar veya beklenmedik ölüm sürecinin kişilerde manevi strese yol açtığını ve kabul aşamasını zorlaştırdığını söyleyebiliriz.

Hastaların kanser tanısı, kanser tanı süresi, hastaneye yatış nedeni özelliklerine göre ÖKÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Örneklemimizdeki kanser hastalarında ‘ölümü kabullenmişlik’ düşüncesinde oldukları ve kanser hastalığının bir sonucu olarak ölümün her an gelebilecek beklenen bir olgu olduğu düşüncesiyle çoğunluğunun ölüm kaygısı yaşamadıkları düşüncesine neden olmuştur.

Hastaların kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşünme durumlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalaması, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hayır, cevabını veren hastaların ölüm kaygısı ölçeği, bilişsel-duyuşsal, fiziksel değişimler ve zamanın geçmesi alt boyut puanlarının evet cevabını veren hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç manevi açıdan ihtiyaçları giderilememiş kanser hastalarının veya ihtiyaç duymadığını belirtenlerin ölüm kaygısının da yüksek olduğunu göstermektedir.

5.4. Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Araştırmamızda SBGÖ önemseme ve saygı alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği puanları ($r:-0,162$; $p<0,05$) ve bilişsel- duyuşsal alt boyut puanları ($r:-0,165$; $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. SBGÖ puanları arttıkça ÖKÖ

puanları azalmaktadır. Manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyan hasta grubunun ölüm kaygısı düzeyi azalmaktadır.

Altaş (2020) araştırmasında maneviyat düzeyleri ile ölüm korkusu arasında, negatif ve anlamlı bir ilişki saptamıştır. Smington'un (1996) araştırmasında, ruhsal esenlik ve ölüm depresyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Eğer insanlar düşük bir maneviyat düzeyine sahipse, yaşanan gerçek hem de beklenen kayıplarla ilgili üzüntüde baş etme davranışlarının düşük olduğu görülmüştür. Cufta (2014) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında %60'ının ölümü doğal bir olay, bu dünyadan öbür dünyaya göç etmek anlamına geldiğini saptamıştır. Hastaların ölümle başa çıkmada maneviyatı güçlü bir kaynak gördüğü fakat buna rağmen kişilerin ölüm korkusu yaşayabildiği görülmektedir. Maneviyat düzeyinin artmasıyla, hastanın ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabulünü arttırmakta, ölüm kaygısını kaçış-kabullenme yöntemiyle de azalttığı söylenebilir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarının manevi bakım gereksinimleri ve ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

6.1. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki

- Çalışmamızdaki kanser hastalarının SBGÖ toplam puan ortalaması $86,62 \pm 22,08$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin kabul edilebilir minimum puanı 21 olduğu için çalışmamızdaki kanser hastalarının manevi bakım gereksinimlerine yüksek düzeyde ihtiyaç duydukları;
- Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları ile SBGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı;
- Hastaların %75,3'ünün kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksinimlerinin arttığı;
- Hastaların %96,7'sinin hastalara uygulanan manevi bakım desteğinin hastaların iyileşmelerine faydası olacağını düşündüğü;
- Hastaların %76'sının aile ve akrabalarından, %48'inin eşlerinden manevi destek verilmesini istedikleri;
- Dini ibadetlerini yerine getirebilmeyi isteyen hastaların daha fazla manevi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duydukları;
- Hastaların manevi bakımın hastanede kalış süresinin azaltacağını düşündükleri;
- Hastaların sağlık profesyonellerinden manevi destek beklentilerinin yüksek (%83,3) olduğu saptanmıştır.

6.2. Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki

- Çalışmamızda hastaların ÖKÖ toplam puan ortalaması $23,44 \pm 5,11$ olarak bulunmuş ve hastaların düşük düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, ölüm kaygısı yaşadığını ifade eden hastaların %34'ünün ise yaşanan ölüm kaygısını kanser hastalığına bağladığı;
- Yaşı 50 yaş altı olan hastaların, erkek hastaların, eğitimi lise ve üzeri olan hastaların yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları;
- Kanser tanısı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminin arttığını düşünen kanser hastalarının ölüm kaygısı düzeyinin azaldığı;
- Namaz kılıp, kuran okuyunca ve dua edince kendilerini daha rahat hissedeceğini belirten hastaların ölüm kaygısı puanının düşük olduğu;
- Ölüm kaygısı yaşıyorum diyen hastaların ÖKÖ toplam puanının da yüksek olduğu saptanmıştır.

6.3. Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki

- Araştırmamızda SBGÖ önemseme ve saygı alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği puanları ($r:-0,162$; $p<0,05$) ve bilişsel- duyuşsal alt boyut puanları ($r:-0,165$; $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Manevi bakım gereksinimine ihtiyaç duyan kanser hastalarının ölüm kaygısı düzeyleri azalmaktadır.
- Araştırmamızda SBGÖ önemseme ve saygı alt boyut puanları ile ölüm kaygısı ölçeği puanları ($r:-0,162$; $p<0,05$) ve bilişsel- duyuşsal alt boyut puanları ($r:-0,165$; $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Manevi bakım gereksinimine ihtiyaç duyan kanser hastalarının

ölüm kaygısı düzeyleri azalmaktadır.

ÖNERİLER

- Hastaların özellikle kanser tanısı sonrasında manevi bakım gereksinimleri belirlenmeli ve spiritüel iyilik düzeylerinin yükseltilmesi için çabalanmalıdır.
- Hemşirelik uygulamaları bireyin kültür, sosyal ve manevi ve dini uygulamalarını da dikkate alacak şekilde planlanmalıdır.
- Hemşire, birey ve ailenin psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarının bilincinde olarak bakım vermelidir. Kanser hastalarının ailesi, arkadaşları ve değer verdiği kişiler bakıma dahil edilmeli ve hastaların onlarla daha çok vakit geçirmelerine fırsat verilmelidir.
- Sağlık personelleri, özellikle hemşireler hastalarla en sık ve uzun süre zaman geçiren sağlık çalışanı oldukları için hastaların manevi bakım gereksinimlerini saptayarak onlara destek olmalı ve bakımı planlarken maneviyata yönelik girişimlere yer vermelidirler.
- Hastaların tedaviye uyum sağlaması için manevi kaynakların kullanılmasına izin verilmelidir.
- Kanser hastalarının namaz kılmak, kuran okumak gibi dini ibadetlerini yerine getirebilmelerine uygun imkan tanınmalıdır. Hastaların dini özgürlüklerine saygı duyulmalı, benimsedikleri dini düşünce ve uygulamaları yerine getirebilmeleri için yardımcı olunmalıdır.
- Kanser hastalarına ihtiyaç duymaları halinde psikiyatrist/din görevlisi (hoca, imam, papaz) vb. manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sunulmalıdır.
- Kanser hastaları ölüm kaygılarının artma olasılığına karşılık, kaygıyla baş edebilmeleri için hastaların dikkatini dağıtma teknikleri, sevdikleri şeyleri yapmalarına fırsat verilerek ölümü sık düşünmeleri engellenmeye çalışılmalıdır.
- Hastaların ölüm hakkında duygu ve düşüncelerini paylaşmasına yardım

edilmelidir. Özellikle erkek hastalar ile yalnız birebir iletişim kurarak duygu ve düşüncelerini açığa çıkarmalarına imkan tanınmalıdır.

- Kanser hastalarının manevi bakım gereksinimleri ile ölüm kaygısının bir arada incelendiği daha büyük örneklem grubu ile araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A. M. (2005). "Death anxiety in clinical and non-clinical groups". *Death studies*, 29(3), 251-259.
- Abuatiq, A. (2015). "Spiritual care for critical care patients". *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2(128), 2-5.
- Acar, G. (2019). Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimleri ile Onkoloji Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Acehan G. (2009). Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- Adana, F., Aştı, N., Pektekin, Ç. (2005). "Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu". *İstanbul Üniversitesi F. N. H. Y. O. Dergisi*, 13(54).
- Akça, F., Köse, İ. A. (2008). Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1).
- Aktürk, D., Şahin, M. (2014). "Ölümlerle çok karşılaşan servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümlerle karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması". *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(7), 9-23.
- Alıcılar, H. E., Aylaz, R., Güneş, G., Çöl, M. (2021). "Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve ilişkili faktörler: farklı iki hastane örneği". *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 74(2), 149- 155. (Doi: 10.4274/atfm.galenos.2021.07742)
- American Psychology Association (APA). Anxiety. Erişim: 25 Mayıs 2022, [Http://Www.Apa.Org/Topics/Anxiety/İndex.AspX](http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx).
- Atan, G., Özer, Z., Bahçecioğlu Turan, G. (2020). "Kanser hastalarında umutsuzluk ve manevi bakım algısının değerlendirilmesi". *J Contemp Med*, 10(2), 266-274.

- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). "Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14, 145-152.
- Ayten, A. (2009). "Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türkve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma". *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9 (4), 85- 106.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., Prigerson, H. G. (2007). "Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life". *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555.
- Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. E., Wright A. ve vd. (2013). "Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life." *JAMA Intern Med*, 173 (12), 1109-17.
- Berber, K. (2014). Akciğer Kanseri Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 12-22.
- Bond, C. W. (1994). Religiosity, Age, Gender, And Death Anxiety. Doctoral dissertation, Indiana State University, Graduate School of Education, Indiana.
- Bostancı Daştan, Buzlu, S. (2010). "Meme Kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 73-78.
- Büssing, A., Koenig, H. G. (2010). "Spiritual needs of patients with chronic diseases". *Religions*, 1(1), 18-27.
- Cella, D. F., Tross, S. (1987). "Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study". *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 451-461.
- Couper, J. W., Pollard, A. C., Clifton, D. A. (2013). "Depression and cancer". *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 13-16.

- Cufta, M. (2014). Kanser Hastalığı ile Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği). Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Culliford, L. (2002). ‘‘Spirituality and clinical care’’. *BMJ*, 325, 1434-1435.
- Çetin, N. (2015). Annelerdeki Ölüm Kaygısının Çocukları ile Kurdukları Ölüm İletişimine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çınar, M. (2016). ‘‘Tanrı’ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma’’. *İlted*, 45, 313- 338.
- Dedeli, O., Yıldız, E., Yüksel, S. (2016). ‘‘Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey’’. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 103-113.
- Dougherty, K., Templar, D. I., & Brown, R. (1986). ‘‘Psychological states in terminal cancer patients as measured over time’’. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 357.
- Dönmez, Ç. F. (2012). Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Dönmez, Ç. F. (2018). Yönlendirilmiş İnceleme Tekniğinin Onkoloji Hemşirelerinde Ölüm Kaygısı, Empati ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutum Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Duran, A., Özçelik, H. (2022). ‘‘Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları’’. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1),2-10.
- Durmuşoğlu K., Ataman K. (2018). ‘‘From sacred to secular: a sociological analysis on the changing perception of death’’. *Journal Of TheologyFaculty Of Bülent Ecevit University*, 5 (1), 125-135.
- Eğlence, R., Şimşek, N. (2014). ‘‘Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi’’. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 48-53.
- Eke S. (2003). Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Erbuğ, E. (2021). ‘‘Ölüm sosyolojisi: Geleneksel ve modern toplumda ölümün toplumsal anlamları’’. *Toplum Ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, 8, 46-61.
- Erdoğdu, M. Y., Özkan, M. (2007). ‘‘Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler’’. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 14(3), 171-179.
- Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). ‘‘Hemşirelik ve manevi bakım’’. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1).
- Erişen, M., Karaca Sivrikaya, S. (2017). ‘‘Manevi bakım ve hemşirelik’’. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
- Ertufan, H. (2008). Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Esen, D. (2011). ‘‘Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi’’. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2), 67-79.
- Global Cancer Observatory (GLOBOCAN). All cancers in 2018. Erişim: 26 Nisan 2022, <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
- Göka, E. (2009). *Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi*. Timaş Yayınları: İstanbul.
- Gulanik, M., Myers, J. (2014). ‘‘Death and dying: End life issues. Nursing care plans diagnosis, intervention and outcomes’’. *8th Edition, Usa: Mosby & Elsevier Company*, 276- 285.
- Gültekin, M., Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 43, 12-32.
- Gürel, S. (2018). Lobektomi ve Pnöminektomi Olacak Hastalarda Ölüm Kaygısı. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Halıcı, M. K., Kararımak, Ö. (2016). ‘‘Ölüm kaygısı, tinsellik, dindarlık eğilimi ve varoluş kaygısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi’’. *Spiritual Psychologyand Counseling*, 164-137.
- Hermann C. P. (2001). ‘‘Spiritual needs of dying patients: A qualitative study’’. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67-72.

- Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N., Gürsoy, A. A. (2012). ‘‘Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları’’. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 153-164.
- Höcker, A., Krüll, A., Koch, U., Mehnert, A. (2014). ‘‘Erken ve ileri kanser hastalarının kentsel bir örneğinde manevi ihtiyaçları ve bunlarla ilişkili faktörleri keşfetmek’’. *Avrupa Kanser Bakımı Dergisi*, 23 (6), 786-794.
- Hökelekli, H. (1992). Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi*, 4(4).
- İnce, Z. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- İnci, F. Ve Öz F. (2009). ‘‘Ölüm eğitiminin hemşirelerinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi’’. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-26.
- İsmailoğlu, E. G., Özdemir, H., Erol, A., Zaybak, A. (2019). ‘‘Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği’’. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4), 255-263.
- Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., Choudhry, Z. S. (2010). ‘‘Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: A cross-sectional study’’. *BMC Cancer*, 10(1), 1-7.
- Johnston L. B. (2014). ‘‘Critical illness and spiritual faith in older adults: Survival factors / Why spirituality matters’’. *North american association of christians in socialwork*.
- Julie L. S., Kevin R. B. (1998). ‘‘Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and seperation-individuation conflict’’, *Death Studies*, 22(3), 257-269.
- Kabakaş, K. (2018). Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Ölüm Korkusu, Kansere Yakalanma Korkusu ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Kalaoğlu Öztürk, Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Cayir, K., Tekin, S. B., Kantarci, R. (2010). ‘‘Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer’’. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L. (2012). ‘‘Ölüm ve Ölüm Kaygısı’’. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y. A., Yılmaz, T. T., Öngel, K. (2011). ‘‘Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı’’. *Smyrna Tıp Dergisi*, 22, 25.
- Kartopu, S. (2013). ‘‘Kaygının kader algıları ile ilişkisi’’. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(3), 238-260.
- Kastenbaum R. (2007). *Death Anxiety*. Arizona State University. Tempe Az, Usa.
- Kavalalı Erdoğan, T. (2019). Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Ölüm Algısı İle Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Kavas, E., Kavas, N. (2014). ‘‘Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği’’. *Electronic Turkish Studies*, 9(2).
- Kellehear, A., Kocabıyık, E., Aydar, F. B., Şan, Ç. (2015). *Ölüm üzerine bir inceleme, bireysel bütünlük bedensel çöküş ve ruhsal dönüşüm*. B. Zeren (ed). Boğaziçi Üniversitesi Yayınları: İstanbul.
- Kıymter, N., Köftegöl, Ö. (2017). ‘‘Yetişkinlerde ölüm kaygısı ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir inceleme’’. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(36), 55-82.
- Kızılcın, M. E. (2021). Medikal Onkoloji Servisinde Takip Edilen Kanser Tanılı Hastaların Ölüm Sebepleri. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne.
- Kızıltan, D. (2016). Kanser Belirteçlerinin Tayininde Kullanılmak Üzere Titanyum Bazlı Elektrokimyasal Nano Biyosensörlerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Biyomühendislik Anabilim Dalı, Ankara.

- Koç, M. (2002). ‘‘Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme’’. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 7-21.
- Kotan, G. (2015). Ölüm Kaygısının Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kulu, M., Özsoy, F. (2020). ‘‘Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri’’. *Çukurova Med J*, 45(1), 29-38.
- Kübler Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Büyükal B (çev.). Boyner Holding Yayınları: İstanbul.
- Küçük, İ. (2019). Hastaların Manevi Destek Gereksinimlerinin ve Sağlık Profesyonellerinin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R., Watson, M. (2003). ‘‘Prostate cancer patients' support and psychological care needs: survey from a non-surgical oncology clinic’’. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(8), 769-783.
- Lutgendorf, S. K., Sood, A. K. (2011). Biyodavranışsal faktörler ve kanser ilerlemesi: fizyolojik yollar ve mekanizmalar. *Psikosomatik Tıp*, 73 (9), 724.
- Lynn, B., Yoo, G. J., & Levine, E. G. (2014). ‘‘Trust in the Lord’’: religious and spiritual practices of African American breast cancer survivors’’. *Journal of religion and health*, 53(6), 1706-1716.
- Matsui, M., Braun, K. (2010). ‘‘Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan’’. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 593-598.
- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., Carvalho, E. C. D. (2013). ‘‘The use of religious/spiritual coping among patients with cancer under going chemotherapy treatment’’. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21, 539-545.

- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., Symonds, P. (2013). ‘‘Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis’’. *The lancet oncology*, 14(8), 721-732.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Dutcher, J. (1999). ‘‘Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population’’. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 378-385.
- Mumcu, H. (2014). Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Mutlu, E. (2013). İç GÜdümlü ve Dış GÜdümlü Dindarlık İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,21-27.
- Noyan, M. A. (2012). Akciğer Kanselerinde Depresyon, Anksiyete, Post-Travmatik Stres Bozukluğu, 338-349.
- Otuzoğlu, M. (2017). Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Geliştirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Otuzoğlu, M. (2020). ‘‘Kanser Hastalarının Manevi Gereksinimlerini Değerlendirmeye İlişkin Ölçek Çalışmalarının İncelemesi’’. *Journal Of Contemporary Medicine*, 10(1), 126-133.
- Özdoğan, Ö. (2014). ‘‘Hastalıklara Manevi Psikolojik Yaklaşım’’. *IV. Din Şurası Tebliğ Müzakereleri içinde*, 366, 372.
- Özkan, S., Alçalar, N. (2009). ‘‘Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler’’. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2), 60-63.
- Öztürk Kalaoğlu, Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

- Raosoft, Sample size calculator (2022). Erişim: 15 Nisan 2022, <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
- Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). ‘‘Depression in cancer patients: a critical review’’. *Clinical Practice and epidemiology in mental health*, 3(1), 1-9.
- Rebecca, H. L., Stein, K.F. (2009). ‘‘Death Anxiety: An analysis of an evolving concept’’. *Research And Theory For Nursing Practice: An International Journal*, 23(1).
- Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K. R. (2006). ‘‘Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer’’. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.
- Sağlık Bakanlığı, Kanser Daire Başkanlığı, (2014). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa>
- Sağlık Bakanlığı (2017). 2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim: 11 Mayıs 2022, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-istatistikleri.html>
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2021). Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Kohort alışması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar_ist/v9s_NCD.kohort._27.10.2021.pdf
- Sarıkaya, Y. (2013). Ölüm Kaygısı lğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik alışması. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tokat.
- Scherbring, M. (2002). ‘‘Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population.’’ *Oncology Nursing Forum*, 29(6),70-76.
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, ř. (2013). ‘‘Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi’’. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3).
- Sharif, S. P., Lehto, R. H., Nia, H. S., Goudarzian, A. H., Haghdoost, A. A., Yaghoobzadeh, A., Nazari, R. (2018). ‘‘Religious coping and death depression in Iranian patients with cancer: Relationships to disease stage’’. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2571-2579.

- Simington, J. A. (1996). "Attitudes towards the old and death, and spiritual well-being". *Journal of religion and health*, 35(1), 21-32.
- Sülü E, (2006). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım Gereksinimleri. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Şahin, M. (2016). Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlar ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Şenol C. (1989). Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Taka, F. (2010). Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 7-16.
- Tanhan, F. (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. (Yayınlanmamış Doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tanhan, F., Arı, İ. F. (2009). *Ölüm Eğitimi*. Pegem Akademi Yayıncılık (1), 38-125.
- Templer, D. I. (1970). "The construction and validation of a death anxiety scale". *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., Newman, S. P. (2013). "Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK". *Psycho-Oncology*, 22(3), 646-658.
- Turgay, M. (2003). Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (TDK), Erişim: 23 Mart 2022, <http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim: 12 Nisan 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701>

- Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Uğur, Ö. (2014). ‘‘Kanser hastasının semptom yönetimi’’. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3).
- Ünal, M. S. (2011). ‘‘Zamansız Ölüm: Geleneksel ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri’’. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11(2), 121-133.
- Vardar, O., Sercekus, P., Özkan, S. (2021). ‘‘Kanser Hastalarının ve Bakım Verenlerin Baş Etmesinde Maneviyat ve Din’’. *J Educ Res Nurs*, 18(4), 462–466. (DOI: 10.5152/jern.2021.35651).
- Vardar, O. (2017). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar ve bakım veren aile üyelerinin deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Yalom, I. (2000). *Varoluşçu Psikoloji*. Zİ Babayiğit (çev.). Kabalcı Yayınları: İstanbul.
- Yazgan, E.Ö. (2014). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Yıldız, M. (1998). Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Yıldız, M., & Bulut, M. B. (2017). ‘‘Ölüm Kaygısı ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiler’’. *Turkish Studies*, 12(13), 659-676.
- Yılmaz, Z. (2021). Onkoloji Departmanında Çalışan Bireylerde Ölüm Kaygısı, Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Yüksel, Ş. (2019). Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritüalite ve Umut Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., Sarafis, P. (2011). ‘‘Greek Renal Nurses’ attitudes Towards Death’’. *Journal of Renal Care*, 37(2), 101-107.

Wilson, S. M., & Miles, M. S. (2001). ‘‘Spirituality in African-American mothers coping with a seriously ill infant’’. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 6(3), 116-122.

World Health Organization International Agency for Research on Cancer (WHO IARC), (2014). International Agency for Research on Cancer 2014 Report. Erişim: 25 Nisan 2022, <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars>

World Health Organization(WHO) (2018, şubat). Global Facts And Figures On Cancer. Erişim 24/04/2022, <http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs297/En/>



EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?.....

Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar

Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar
- 2) İlkokul/Ortaokul
- 3) Lise
- 4) Yüksekokul/Üniversite/Lisansüstü

Kaç yıl önce kanser tanısı aldınız?

Kanser tanınız?.....

Şuan hastaneye yatış nedeniniz?

- a. Kemoterapi
- b. Radyoterapi
- c. İmmünoterapi
- d. Semptom kontrolü
- e. Diğer (açık yazınız.....)

Manevi bakım denince ne anlıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Elimin tutulması ve dinlenildiğimi hissetmek
- 2) Yakınlarım ile görüşebilmemin sağlanması
- 3) Etkinliklerle dikkatimin başka yöne dağıtılmasının sağlanması (müzik, film, yoga vb.)
- 4) Mahremiyetime saygı gösterilmesi
- 5) Dini ibadetlerimi yerine getirebilmemin sağlanması (kuran okumak, namaz kılmak, dua etmek)
- 6) Hastanede bir din görevlisi ile görüşmemin sağlanması

Kanser tanınızı aldıktan sonra manevi bakım gereksiniminizin arttığını düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Aşağıdakilerden hangisini yapınca kendinizi daha rahat hissediyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Sevdiğim insanlarla sohbet edince
- 2) Gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca
- 3) Kitap, gazete, dergi vb. okuyunca
- 4) Televizyon izleyip, müzik dinleyince
- 5) Bilgisayar, telefon, tablet vb. uğraştığımda
- 6) Namaz kılıp, kuran okuyunca
- 7) Dua edince
- 8) Diğer.....

Hastalara uygulanan manevi bakım desteğinin hastaların iyileşmelerine faydası olacağını düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Sağlık personellerinden manevi destek bekliyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Manevi bakımın size ne tür bir faydası olacaktır?

- 1) Stresimin azalır, kendimi pozitif hissetmemi sağlar.
- 2) Tedaviye uyum sürecim hızlanır.
- 3) Hastanede kalış sürem azalacağını düşünüyorum.
- 4) Sağlık profesyonellerine güven duygumun artmasını sağlar.
- 5) Diğer.....

Verilecek olan manevi desteğin kim tarafından verilmesini istersiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Ailem ve akrabalarım
- 2) Eşim
- 3) Yakın arkadaşlarım
- 4) Din görevlisi
- 5) Sağlık çalışanları (hemşire, doktor, vb.)
- 6) Psikiyatrist tarafından

Ölüm kaygısı yaşıyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise yaşadığınız ölüm kaygısını kanser hastalığına bağlıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

Ölüm kaygısı yaşadığınızda manevi bakım gereksinimlerine ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Kısmen 3)Hayır

Size yaşanan ölüm kaygısı ve manevi bakım gereksinimleri kanser hastalığının gidişatında değişikliğe yol açabilir mi?

1)Evet 2)Kısmen 3)Hayır

Cevabınız evet ise nasıl bir değişikliğe yol açabilir?

1) Olumlu 2) Olumsuz

EK-2: SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (SBGÖ)

| | Kesinlikle gereksinim duymuyorum | Gereksinim duymuyorum | Fark etmez | Gereksinim duyuyorum | Kesinlikle gereksinim duyuyorum |
|---|--|--------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. Dünya ile barış içinde olmak için rehberliğe | | | | | |
| 2. Kendimi ifade edebilmemde sanat ve yaratıcılığı kullanmak için rehberliğe | | | | | |
| 3. Doğa ile ilgilenmem için rehberliğe | | | | | |
| 4. Suçluluk duygusunun ortadan kaldırılmasına | | | | | |
| 5. Hayatın anlam ve amacını bulmak için rehberliğe | | | | | |
| 6. Hayatta sıkıntılarla karşılaştığımda hayatın anlamını bulmak için rehberliğe | | | | | |
| 7. İçinde bulunulan anı yaşamak için rehberliğe | | | | | |
| 8. Güven duymak için rehberliğe | | | | | |
| 9. Manevi iletişime imkan sağlanması için rehberliğe | | | | | |
| 10. İç huzuru bulmak için rehberliğe | | | | | |

| | Kesinlikle gereksinim duymuyorum | Gereksinim duymuyorum | Fark etmez | Gereksinim duyuyorum | Kesinlikle gereksinim duyuyorum |
|--|--|--------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 11. Hayatta umutlu olmak için rehberliğe | | | | | |
| 12. Cesaretlendirilmeye | | | | | |
| 13. Bir ibadethane bulmak için rehberliğe | | | | | |
| 14. Bana iyilik duygusu kazandırılmasına | | | | | |
| 15. Bana destek ve güven verilmesine | | | | | |
| 16. Benimle etkileşim kurulmasına (karşılıklı konuşma, sohbet etme gibi) | | | | | |
| 17. Bana ilgi gösterilmesine | | | | | |
| 18. Mahremiyetime ve onuruma saygı gösterilmesine | | | | | |
| 19. Bana dostluk ve kişilerarası ilişki kazandırılmasına | | | | | |
| 20. Korkularımı, endişelerimi ve sorunlarımı tartışmak ve keşfetmek için zaman tanınması ve dinlenilmesine | | | | | |
| 21. Dini ve kültürel inançlarıma saygı duyulmasına | | | | | |

EK-3: ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ (ÖKÖ)

| Maddeler | Evet (1) | Hayır (2) |
|---|-------------|--------------|
| 1. Ölmekten çok korkuyorum. | | |
| 2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir. | | |
| 3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım. | | |
| 4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünüyorum. | | |
| 5. Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır. | | |
| 6. Kalp krizi geçirmekten çok korkarım | | |
| 7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir. | | |
| 8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur. | | |
| 9. Acı çekerek ölmekten korkarım. | | |
| 10. Ölmekten hiç korkmuyorum. | | |
| 11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum. | | |
| 12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum. | | |
| 13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez. | | |
| 14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz. | | |
| 15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir. | | |

EK-4: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

Sayın Hocam,

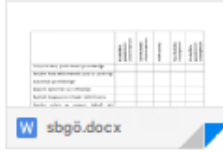
Ölçeği araştırmanız da kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili bilgi aşağıda yer almaktadır. Ölçeğin maddelerini ekte gönderiyorum.

Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım gereksinimlerinin kendileri için gereklilik durumlarını 5'li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Değerlendirme ise, 1 = "Hiç gerekli değil", 2 = "Gerekli değil", 3 = "Farketmez", 4 = "Gerekli", 5 = "Kesinlikle gerekli" şeklindedir. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu gösterir. Ölçek "anlam ve umut" (1-12, 14) ve "önemseme ve saygı" (13, 15-21) olmak üzere 2 bileşenden oluşmaktadır.

DR.ÖĞR.ÜYESİ ELİF GÜNAY İSMAİLOĞLU
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI A.D.

...

[İleti ksaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)



EK-5: Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

Feride hanım merhaba

Türkçe'ye uyarlamış olduğum ölüm kaygısı ölçeğini kullanabilirsiniz

Sağlıcakla kalın

Dr. Figen Akça

Figen Akca



**EK-6: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu İzin Yazısı**



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100184241
Konu : Başvuru İncelenmesi

04.10.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA


Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0663 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 30.09.2021 tarih ve 17/41 sayılı kararı aşağıdadır.


Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:41- Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA'nın sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Kanser Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Manevi Bakım Gereksinimleri: Çanakkale Örneği" başlıklı araştırmasının, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

EK-7: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni Yazısı


T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi
Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi



Sayı : E-27222899-199-2100235532
Konu : Kurum İzni (Feride KURNAZ)

10.12.2021

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 20.10.2021 tarihli ve E-93130991-199-2100202532 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 20415022016 numaralı öğrencisi Feride KURNAZ “Kanser Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Manevi Bakım Gereksinimleri: Çanakkale Örneği” konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 01.11.2021/ 03.04.2022 tarihleri arasında Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı (Onkoloji Servisi) 'nda araştırma yapabilmesi uygun görülmüş olup, ilgili anabilim dalına ait uygunluk yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Hasan Ali KİRAZ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi V.