

Original Article / Araştırma Makalesi

ONKOLOJİ BİRİMİNDE TEDAVİ ALAN HASTALARIN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE YAŞAM KALİTELERİ

Spiritual Well-being and Quality of Life in Patients Who Receive Treatment in Oncology Units

Berna KÖKTÜRK DALCALI¹  Hanife DURGUN²  Şeyda CAN³ 

¹Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir

²Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ordu

³Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yalova

Geliş Tarihi / Received: 18.10.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 05.05.2021

ÖZ

Manevi iyi oluş kişinin hayatındaki dengeye işaret etmektedir. İnsanları yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri bazı hastalıklar bu dengeyi bozabilmektedir. Özellikle kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda bireyin yaşam kalitesinin sürdürülmesinde manevi iyi oluşun rolü büyüktür. Bu nedenle çalışma kanser hastalarının manevi iyi oluşları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Araştırma Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 87 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış soru formu, Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) (Version 4) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ile toplanmıştır. Veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel testlerden yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, iki bağımsız değişken arasındaki farklılığın belirlenmesinde Student t testi ile çoklu bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın belirlenmesinde ANOVA testi kullanıldı. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Hastaların manevi iyi oluş puanlarının ortalamasının üstünde olduğu görüldü. Çalışmada hastaların; Manevi İyi Oluş Ölçeği'nden aldıkları puanların yüksek olduğu, EORTC QLQ-C30 alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; Avrupa ülkeleri referans değerleri ile karşılaştırıldığında semptom skorunun Avrupa ülkelerinin referans değerinin üzerinde, fonksiyonel skor ve genel sağlık skorunun ise referans değerinin altında olduğu görüldü. Manevi iyi oluş toplam puanının fonksiyonel skor ve genel sağlık durumu skoru ile ilişkili olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Kanser, Manevi iyi oluş, Onkoloji, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Spiritual well-being indicates the balance in one's life. Some diseases people may encounter throughout their lives can disrupt this balance. Spiritual well-being plays a major role in maintaining the quality of life, especially during life-threatening diseases such as cancer. Therefore, this is a cross-sectional study conducted to determine the relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer patients. The study was completed with 87 individuals who agreed to participate in the study between November 2019 and February 2020. Data were collected using a structured survey form developed by the researchers, the Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp-12) (Version 4), and the Quality of Life Scale (EORTC QLQ-C30). Data were analyzed with SPSS 21.0 program. Data were evaluated using percentage, frequency, mean, standard deviation. Student's t test was used to determine the difference between two independent variables, and ANOVA test to determine the difference between multiple independent variables. Pearson Correlation Analysis was used to evaluate the relationship between the data. In this study, the patients had a spiritual well-being mean score above the average. The patients' mean scores on the Spiritual Well-Being Scale high and EORTC QLQ-C30 subscales were compared with the reference values of European countries. Accordingly, their symptom mean score was above the reference value, whereas their functional and general health mean scores were below the reference value. A significant relationship was found between the patients' total spiritual well-being scores, functional scores and general health status scores.

Keywords: Cancer, Oncology, Spiritual well-being, Quality of life.

GİRİŞ

Günümüzde birçok bilim dalı insanın bütüncül bakım felsefesi ile değerlendirilmesi gerektiği konusunda fikir birliğine varmıştır (Folami ve Onanuga, 2018). Bütüncül bakımın felsefesi incelendiğinde temel unsurlarından bir tanesi beden, zihin ve ruhun ihtiyaçlarını kavrayabilmekten geçmektedir. Sağlığa ilişkin politikalar, araştırmalar ve uygulama rehberleri artık manevi gereksinimlerin de bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olduğu ve yaşam kalitesi açısından büyük bir önem taşıdığı ortak görüşünde birleşmiştir (Murray, Kendall, Worth, ve Benton, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen yaşam kalitesi tanımında da bireylerin değerleri, beklentileri üzerine yapılan vurgu ile maneviyata değinilmiştir. DSÖ maneviyatı ‘Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması’ olarak tanımlamaktadır (WHO, 1998). Yaşam kalitesinden söz edebilmek için fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi alanlardaki iyiliğin sağlanması gerekmektedir. Manevi iyi oluş kavramı ise başkaları ile ilişki kurma, yaşamın anlam ve amacını bulma, yüce bir güce inanma ve onunla ilişki kurmak şeklinde tanımlanmaktadır (Jafari vd., 2010). Manevi iyi oluş iki boyutta incelenmektedir. Bunların ilki bireyin benlik ve dış dünya ile ilişkisini kapsayan varoluşsal boyut, ikincisi ise insanın Tanrı ile ilişkisini ifade eden dinsel boyuttur (Acar, 2014). Tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere manevi iyi oluş kavramı insan yaşamının daha çok subjektif yönüne işaret etmektedir ve ölçülmesi ciddi zorluklar içeren bir kavramdır (Hill vd., 2000). Manevi iyi oluş kişinin hayatındaki dengeye işaret etmektedir. İnsanları yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri bazı hastalıklar bu dengeyi bozabilmektedir. Özellikle kanser gibi yaşamı tehdit edici bir tanı almış birey için bu durum, kişinin ölüm gerçeği ile yüzleşmesine neden olan varoluşsal bir krizdir ve bireyin her yönden dengesini bozan acı veren, ürkütücü ve korkutucu bir hastalıktır (Hallaç ve Öz, 2011). Kanser tanısının beraberinde getirmiş olduğu kaygı insanın ölümlülüğünü ve hiçliğini fark etmesine neden olmakla birlikte insan bu kaygı ile sürekli yaşayamaz ve yeniden bir denge kurma arayışı içerisine girmektedir. Bu noktada kişi için yaşamın, hastalığın ve ölümün anlamını yeniden araması gerekmektedir. İçerisine girilen bu sorgulama içinde bireyin manevi olarak kendini tanıması, beklentilerinin farkında olması, manevi iyi oluşunu desteklemekte ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilmektedir (Hallaç ve Öz, 2011). Bu nedenle bu çalışma, onkoloji birimlerinde tedavisi devam eden bireylerin manevi iyi oluşları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Tasarımı

Araştırma bir devlet hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavisi devam eden kanser hastalarının manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile kesitsel türde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

- Onkoloji biriminde tedavisi devam eden hastaların manevi iyi oluşları nasıldır?
- Onkoloji biriminde tedavisi devam eden hastaların yaşam kaliteleri nasıldır?
- Hastaların kişisel özelliklerine göre manevi iyi oluşları ile yaşam kalitesi ve alt boyutlarında arasında fark var mıdır?
- Onkoloji biriminde tedavisi devam eden hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi uygulanan hastalar oluşturmıştır. Araştırmanın örneklemini ise, bu tarihler arasında örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturmıştır. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Çalışmada gerçekleştirilecek korelasyon analizlerinde orta düzeyde ($p=0.3$) etki büyüklüğü olacağı öngörüldüğünde, $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için en az 85 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır (Jafari vd., 2010; Najmeh Jafari, Farajzadegan, Loghmani, Majlesi, ve Noushin Jafari, 2014). Araştırma Aralık 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında çalışmaya dâhil olmayı kabul eden 87 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi uygulanıyor olması
- Eşlik eden bilişsel ve algısal bir sağlık sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması şeklinde belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış soru formu, FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyi Olma Ölçeği) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ile toplanmıştır.

FACIT-Sp-12 (Version 4) (Manevi İyi Olma Ölçeği): Ölçek kronik hastalar ve kanser hastalarında manevi iyiliğini belirlemek için Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, ve Cella (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği Aktürk, Erci, ve Araz (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve 5’li likert tipte bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası bir puanlama sistemine sahip olup ölçekten alınabilecek puan 0-48 arasında değişmektedir. Ölçeğin Anlam (Madde 2, 3, 5, 8), Barış (madde 1, 4, 6, 7) ve İnanç (Madde 9, 10, 11, 12) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça manevi iyi oluş artmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0.87. Anlam alt boyutu 0.78. Barış alt boyutu 0.81 ve İnanç alt boyutu 0.93 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma için Cronbach Alpha değerleri; anlam alt boyutu için 0.81; barış alt boyutu için 0.71. inanç alt boyutu için 0.87 ve ölçek toplam puanı için 0.73 olarak hesaplanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30): EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 version 3.0) Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve kanserli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ölçektir (Beşer ve Öz, 2003).

EORTC QLQ-C30 Version 30. üç bölüm ve 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçek bölümleri Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GHS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) şeklinde sıralanmıştır. Fonksiyonel ölçek toplam 15 sorudan oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5. maddeler fiziksel fonksiyonu; 6, 7. maddeler rol fonksiyonu; 21, 22, 23, 24. maddeler emosyonel fonksiyonu; 20, 21, 22, 23, 24, 25. maddeler bilişsel fonksiyonu; 26, 27. maddeler sosyal fonksiyonu ifade etmekte ve bireylerin günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmektedir. Semptom ölçeği 13 sorudan oluşmakta ve bireyin yaşam kalitesini etkileyen spesifik belirtileri değerlendirmektedir. 10, 12, 18. maddeler yorgunluk; 14, 15. maddeler bulantı ve kusma; 9, 19. maddeler ağrı, 8. madde dispne; 11. madde uykusuzluk; 13. madde iştah kaybı; 16. madde konstipasyon; 17. madde diyare; 28. madde mali zorlukları belirlemeye yöneliktir. 29. ve 30. maddeler ise hastanın bir bütün olarak hayat kalitesini değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini oluşturan 28 soruda, her bir soru için hiç 4’lü likert tipte yapılandırılmıştır. Genel Sağlık Durumu Ölçeği’nde ise 1’den 7’ye kadar çok kötü ve

mükemmel arası bir puanlama sistemi vardır. EORTC QLQ-C30'un Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını Güzelant ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte fonksiyonel, semptom ve genel sağlık skorlarından 0 ile 100 puan arasında yapılan bir puanlama sistemi mevcuttur. Hastaların fonksiyonel ölçek ve genel sağlık durum puanından aldığı puanlar yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmekte, semptom puanı ise yükseldikçe yaşam kalitesi azalmaktadır. Cronbach Alpha değerleri fonksiyonel skor için 0.70 ve genel sağlık skoru için 0.95 olarak hesaplanmıştır. (Beşer ve Öz, 2003; Güzelant vd., 2004). Bu çalışma için Cronbach Alpha değerleri fonksiyonel skor için 0.62; semptom skoru için 0.85 ve genel sağlık skoru için 0.95 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı testlerden yüzde, frekans, ortalama, standart sapma hesaplamaları kullanılmıştır. Verilerin normalliğe uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık ve basıklık ile bakıldı ve normal dağıma uygunluk göstermiş olduğu belirlendi. Normallik gösterdiği için parametrik testlerden iki bağımsız değişken arasındaki farklılığın Student t testi ile, çoklu bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın belirlenmesinde ANOVA testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Etik Konular

Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin klinik araştırmalar etik kurulundan etik onay (Tarih: 09/05/2019. Sayı:2019/71), araştırmanın gerçekleştireceği hastanenin bağlı bulunmuş olduğu il sağlık müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanımı ile ilgili geçerlik-güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren yazarlardan izin alınmıştır. Örneklemi oluşturan hastalara çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanarak sözlü aydınlatılmış onamları alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özellikleri (n=87)

Yaş (Ort±SS)	55.16±12.90		
Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	43	49.4
	Erkek	44	50.6
Medeni Durum	Evli	78	89.7
	Bekar	9	10.3
Aile Tipi	Çekirdek Aile	55	63.2

	Geniş Aile	32	36.8
Eğitim	Okuryazar Değil	19	21.8
	İlköğretim	46	52.9
	Lise	14	16.1
	Lisans	8	9.1
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	20	230
	Gelir Giderden Çok	67	77.0
Meslek	Serbest	10	11.5
	Memur	9	10.3
	Emekli	15	17.2
	Çalışmıyor	15	17.2
	Ev Hanımı	38	436
Metastaz	Evet	27	31.0
	Hayır	60	69.0
Hemşirelik Bakımından	Evet	71	81.6
Memnuniyet	Hayır	16	18.4

Tablo 1 incelendiğinde hastaların yaş ortalamasının 55.16 ± 12.90 ; %50.6'sının erkek olduğu, %89.7'sinin evli olduğu, % 632'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %52.9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %77.0'sinin gelirinin giderden çok olduğu, %436'sının ev hanımı olduğu görüldü. Hastaların %69.0'unda metastaz varlığı olduğu ve %81.6'sının hemşirelik bakımından memnun olduğu görüldü.

Tablo 2: Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı (n= 87)

Manevi İyi Oluş Ölçeği	Min-Max	Ort±SS	Cronbach Alpha
Anlam	3.00-12.00	8.93±1.64	0.81
Barış	4.00-15.00	9.70±2.42	0.71
İnanç	2.00-16.00	11.94±4.18	0.87
Manevi İyi Oluş Toplam	12.00-41.00	30.53±6.25	0.73

Hastaların manevi iyi oluş ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar-incelendiğinde, anlam ve barış alt boyutundan orta düzeyde puan aldıkları; inanç alt boyutunda ve ölçek toplamında ortalamanın oldukça üstünde puan aldıkları görüldü.

Tablo 3: Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=87)

	Min-Max	Ort±SS	Cronbach Alpha
Fonksiyonel Skor	12.04-566.67	221.668±137.905	
Fiziksel Fonksiyon	80.00-100.00	92.72±5.15	0.62
Rol Fonksiyon	50.00-100.00	82.29±14.76	
Emosyonel Fonksiyon	75.00-100.00	93.24±5.27	
Bilişsel Fonksiyon	50.00-100.00	85.34±10.70	
Sosyal Fonksiyon	50.00-100.00	86.59±12.79	
Semptom Skoru	268.33-483.33	408.87±50.52	
Yorgunluk	0.00-33.33	14.38±9.09	0.85
Bulantı ve Kusma	0.00-50.00	18.10±17.01	
Ağrı	0.00-50.00	12.54±12.50	
Dispne	0.00-100.00	22.98±32.27	
Uykusuzluk	0.00-100.00	37.54±35.87	
İştah Kaybı	0.00-100.00	34.86±38.34	
Konstipasyon	0.00-100.00	26.05±31.09	
Diyare	0.00-100.00	24.90±32.63	
Mali Zorluk	0.00-100.00	30.26±29.47	

Genel Sağlık Skoru	8.00-50.00	32.27±9.47	0.95
---------------------------	-------------------	-------------------	-------------

Hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, fonksiyonel skor alt boyutu toplamında ve fiziksel, rol, emosyonel, bilişsel, sosyal fonksiyonlarda yüksek puanlar aldıkları belirlendi. Semptom skoru alt boyutunda ve yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, mali zorluktan semptomlarında düşük puanlar aldıkları saptandı. Hastaların genel sağlık skorundan ise ortalamanın oldukça altında puan aldıkları görüldü.

Tablo 4: Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluş ve EORTC QLQ-C3 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=87)

		Manevi İyi Oluş	Fonksiyonel Skor	Semptom Skoru	Genel Sağlık Skoru
Değişkenler	n	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Cinsiyet					
Kadın	43	31.39±5.82	402.73±54.82	237.12±147.48	31.97±10.55
Erkek	44	29.67±6.61	414.88±45.75	206.56±127.74	32.57±8.39
t		0.900	2.776	1.634	2.831
p		0.346	0.099	0.205	0.096
Yaş					
21-40	9	32.22±9.37	406.75±3339	278.08±170.60	35.18±10.84
41-60	42	30.97±5.00	41337±50.72	196.11±111.17	30.65±9.64
61 ve üstü	35	29.80±6.65	404.31±55.14	242.03±15373	3321±8.83
F		0.661	0.309	1.891	1.212
P		0.519	0.735	0.157	0.303
Medeni Durum					
Evli	78	30.62±6.38	408.49±51.45	224.22±136.34	31.73±9.78
Bekar	9	29.77±5.23	412.18±44.05	199.48±157.77	37.03±386
t		0.809	0.086	0.556	3062
p		0.371	0.770	0.458	0.084
Eğitim Durumu					
Okuma yazma yok	19	27.89±4.67	379.50±57.85	304.72±167.14	30.48±9.72
İlköğretim	46	32.20±5.48	414.76±49.49	208.61±129.79	32.24±8.71
Lise	14	31.71±7.73	428.07±40.08	175.59±88.28	36.01±11.51
Lisans	7	25.14±7.49	414.95±26.30	178.70±122.96	29.16±9.31
F		4.579	3271	3415	1.202
P		0.005**	0.035*	0.021*	0.314
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	20	31.00±7.32	385.19±52.32	240.69±114.91	30.00±7.35
Gelir Gidere Denk	67	30.45±6.00	416.60±48.20	215.95±145.45	32.95±10.04
t		0.214	3401	0.243	0.749
p		0.808	0.038*	0.785	0.476
Meslek					
Serbest	10	32.30±5.20	417.52±17.84	216.48±85.25	31.66±5.27
Memur	9	25.50±7.34	396.53±58.23	197.01±175.79	26.85±8.36
Emekli	15	28.13±7.60	409.62±55.40	229.56±124.00	34.44±1368
Çalışmıyor	15	26.40±5.80	359.20±37.73	34302±127.27	31.11±10.31
Ev Hanımı	38	3386±344	428.15±44.61	178.17±126.94	3333±8.15
F		8.474	6.506	4.514	1.110
p		0.000**	0.000**	0.002**	0.358
Metastaz Varlığı					
Evet		28.11±6.51	402.69±55.99	23384±146.56	31.32±8.11
Hayır		31.64±5.85	411.66±48.09	216.18±134.74	32.70±10.05
t		0.129	0.665	0.284	0.546

p		0.720	0.417	0.596	0.462
Manevi Bakım Uygulaması					
Dua Etmek	59	30.55±6.81	412.61±51.60	221.43±153.64	31.70±10.29
Aile Desteği	22	31.50±36.3	405.46±49.11	205.80±97.73	35.98±32.8
t		6.363	0.000	5.588	9.859
p		0.014*	0.985	0.021*	0.002**
Hemşirelik Bakımından Memnuniyet					
Evet	71	29.84±5.76	398.65±47.12	254.73±124.97	32.74±10.06
Hayır	13	36.46±31.7	465.26±19.48	55.69±65.70	30.76±6.25
t		2.449	4.302	6.193	2.022
p		0.121	0.041**	0.015**	0.159
t: Student t testi	F: Anova	*p<0.05 ** p<0.01			

Hastaların manevi iyi oluş ölçeği ve EORTC QLQ-C3 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi ve metastaz varlığına göre farklılık göstermediği görüldü. İlköğretim mezunu hastaların manevi iyi oluşlarının yüksek olduğu (p=0.005), lise mezunu hastaların fonksiyonel skorlarının (p=0.035) ve okuma yazması olmayan hastaların ise semptom skorlarının (p= 0.021) yüksek olduğu görüldü. Hastaların fonksiyonel skorlarının gelir durumuna göre farklılık gösterdiği ve gelir durumunun gidere denk olduğunu bildiren hastaların fonksiyonel skorlarının yüksek olduğu saptandı (p= 0.038). Ev hanımı olan hastaların manevi iyi oluş puanlarının (p= 0.000) ve fonksiyonel skorlarının (p=0.000) yüksek olduğu ve çalışmadığını bildiren hastaların semptom skorlarının (p=0.002) yüksek olduğu belirlendi. Manevi bakım uygulaması olarak aile desteğini bildiren hastaların manevi iyi oluşlarının (p=0.014) ve genel sağlık skorlarının (p=0.002) daha yüksek, dua ettiğini bildiren hastaların ise semptom skorunun (p=0.021) daha yüksek olduğu görüldü. Hemşirelik bakımından memnun olmayan hastaların fonksiyonel skorlarının (p=0.041), hemşirelik bakımından memnun olanların ise semptom skorlarının (p=0.015) yüksek olduğu saptandı.

Tablo 5: Manevi İyi Oluş Ölçeği ile EORTC QLQ-C3 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki (n=87)

	Anlam		Barış		İnanç		Manevi İyi Oluş Toplam	
	r	P	r	p	r	p	r	P
Fonksiyonel Skor	-,117	0.283	0.334	0.002**	0.329	0.002**	0.406	0.000**
Fiziksel Fonksiyon	-0.044	0.687	0.283	0.008**	0.498	0.000**	0.517	0.000**
Rol Fonksiyon	0.159	0.142	0.267*	0.012*	0.391	0.000**	0.472	0.000**
Emosyonel Fonksiyon	-0.122	0.265	0.188	0.081	0.257	0.016*	0.290	0.006**
Bilişsel Fonksiyon	-0.320	0.003**	0.177	0.100	0.047	0.668	0.083	0.445
Sosyal Fonksiyon	0.007	0.947	0.453	0.000**	0.319	0.003**	0.459	0.000**
Semptom Skoru	0.209	0.054	-0.281	0.008**	-0.167	0.122	-0.194	0.074
Yorgunluk	0.204	0.060	-0.177	0.100	-0.087	0.422	-0.152	0.162
Bulantı ve Kusma	0.008	0.939	-0.151	0.163	-0.026	0.813	-0.085	0.437
Ağrı	0.221	0.039*	0.034	0.756	-0.155	0.152	-0.085	0.438
Dispne	0.222	0.040*	-0.051	0.641	-0.190	0.078	-0.130	0.234
Uykusuzluk	0.167	0.125	-0.061	0.573	-0.182	0.091	-0.072	0.509

İştah Kaybı	-0.058	0.597	-0.423	0.000**	-0.267	0.012*	-0.380	0.000**
Konstipasyon	-0.025	0.816	-0.194	0.071	-0.017	0.873	0.149	0.157
Diyare	0.198	0.067	-0.173	0.110	0.023	0.830	0.079	0.471
Mali Zorluk	0.044	0.686	-0.127	0.242	-0.083	0.446	-0.077	0.479
Genel Sağlık Durumu Ölçeği	0.088	0.418	0.406	0.000**	0.162	0.133	0.331	0.002**

*p<0.05 ** p<0.01

Tablo 5 incelendiğinde manevi iyi oluş ölçeği barış ve inanç alt boyutu ile EORTC QLQ-C3 fonksiyonel skor arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0.334$; $p=0.002$) bulunurken manevi iyi oluş ölçeği toplam puanı ile EORTC QLQ-C3 fonksiyonel skor arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0.329$; $p=0.002$) bulunmuştur. Manevi iyi oluş ölçeği barış alt boyutu ile EORTC QLQ-C3 semptom skoru arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.281$; $p=0.008$). Manevi iyi oluş ölçeği barış alt boyutu ile EORTC QLQ-C3 genel sağlık durumu ölçeği arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0.406$; $p=0.000$) bulunurken manevi iyi oluş ölçeği toplam puanı ile EORTC QLQ-C3 genel sağlık durumu ölçeği arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0.331$; $p=0.002$) bulunmuştur.

TARTIŞMA

Onkoloji birimlerinde tedavisi devam eden hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiş olan çalışmanın bulguları dört ana başlık altında tartışılmıştır.

Hastaların Manevi İyi Oluşları

Hastaların anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama olduğu görülmüştür. Aktürk vd. (2017), Martoni vd. (2017) kanser hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda hastaların en yüksek puanı anlam alt boyutundan aldıklarını, Pearce, Coan, Hernden, Koeing, ve Abernethy (2012) kanser hastalarının manevi iyi oluşlarını inceledikleri çalışmada ise hastaların anlam ve barış alt boyutlarından düşük puanlar aldıklarını bildirmişlerdir. Literatürde yer alan benzer çalışma bulguları ile çalışmanın bu bulgusunun farklılık göstermektedir. Bu farklılığın çalışmaların gerçekleştirilmiş olduğu bölgelerin birbirinden farklı olmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Literatüre benzer şekilde aynı ülkenin farklı bölgelerinde manevi iyi oluş puanlarında ve alt boyutlarında farklılıklar çıkabildiğine yönelik bilgiler mevcuttur (Martoni vd., 2017). Ayrıca hastaların kişisel özelliklerinin de birbirinden farklı olması bulgularda farklılık oluşturabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların inanç alt boyutundan ortalamanın üstünde puan aldıkları belirlenmiştir. İnanç alt boyutu incelendiğinde dini ve manevi inançlarla birlikte güç ve rahatlık sağlamayı amaçlayan yapısı dikkat çekmektedir (Sun vd., 2016). İnanç sistemi de aynen maneviyat gibi bir anlam oluşturma sistemidir ve kişinin dünyayı ve yaşamını anlaması için rehberlik edici bir özellik taşımaktadır (Park, 2005). Salsman vd., (2015) gerçekleştirdikleri meta analiz çalışmalarında kanser gibi yaşam tehditlerinde duygusal durumu düzenlemede dinin ve inançların önemli bir rol oynadığını bildirmişlerdir. Bu doğrultuda değerlendirildiğinde hastalarının inanç alt boyutundan aldıkları puanların yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların manevi iyi oluşlarının yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Yılmaz ve Cengiz (2020) kanser hastalarının manevi iyi oluşlarını inceledikleri çalışmalarında hastaların manevi iyi oluş puanlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde farklı olarak Martoni vd., (2017) hastaların manevi iyi oluşlarını inceledikleri çalışmada hastaların manevi iyi oluş ölçeği toplam puanının ortalamanın altında olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde kanser hastalarında manevi iyi oluşu ele alan birçok çalışmada hastaların manevi iyi oluşları orta düzeyde bulunmuştur (Cheng vd., 2019; Rabitti, Cavuto, Otonelli, De Vincenzo, ve Constantini, 2020). Literatürde yer alan benzer çalışma bulgularının birbirinden farklı olmasının, hastaların algıladıkları maneviyatın birbirinden farklı olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Hastaların Yaşam Kalitesi

Çalışmada hastaların; EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamaları; Avrupa ülkeleri referans değerleri ile karşılaştırıldığında semptom skorunun referans değerinin üzerinde, fonksiyonel skor ve genel sağlık skorunun ise referans değerinin altında olduğu görüldü. Çalışmadan elde edilen sonuçlardan farklı olarak Ekinci ve Düger'in (2018) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların semptom ve genel sağlık skorları referans değerlerinin altında iken, fonksiyonel skorları referans değere oldukça yakın olduğu saptanmıştır. Kutlutürkan vd. (2019) 65 yaş üstü kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada da araştırmadan elde edilen bulgulardan farklı olarak hastaların genel sağlık skoru ortalama puanları düşük iken en az etkilenen alt boyut fonksiyonel skor olarak bulunmuştur. Kanser hastaları ile yapılan araştırmalarda semptom, fonksiyonel kapasite ve genel sağlık durumlarında görülen farklılıkların, kanserin türü, evresi, tedavisine yönelik yaklaşımları ve kanser tedavisi gören hastaların bireysel faktörlerinden kaynaklandığı söylenebilir (Ekinci ve Düger, 2018).

Çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği fonksiyonel skor ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları, literatürde kanser hastalarının yaşam kalitelerinin incelendiği farklı çalışmalardan daha yüksek bulundu (Kutlutürkan vd., 2019;

Randa, Uğraş, ve Eser, 2019). Bu durumun örneklem grubunun özelliklerinden (yaş, fiziksel özellikler, kanser türü vb.) kaynaklanabileceğini düşündürdü. Hastaların yaşı gibi bireysel özelliklerin fiziksel aktiviteleri dolayısı ile fonksiyonlarını, kanser rahatsızlığından bağımsız olarak olumsuz etkilediği bilinmektedir (Breda ve Watts, 2017). Çalışmada hastaların fonksiyonel skor alt boyutunda en yüksek puan ortalaması; emosyonel fonksiyon iken, en düşük puan ortalaması rol fonksiyon alt başlığına ait olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel skala alt boyutunda en yüksek puanın emosyonel fonksiyonlara ait olması, bu fonksiyonların en az etkilenen alt başlık olduğunu gösterir. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Wallwiener vd. (2017) meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini incelemiş oldukları çalışmada, hastaların en yüksek puanı fiziksel fonksiyonda, en düşük puanı sosyal fonksiyonda, Li vd. (2017) hepatoselüler karsinomlu hastaların yaşam kalitelerini incelemiş oldukları çalışmada hastaların en yüksek puanı sosyal fonksiyonda, en düşük puanı ise bilişsel fonksiyonda almış oldukları, Randa vd. (2019) meme kanseri cerrahisi uygulanan hastaların yaşam kalitesini incelemiş oldukları çalışmada, hastaların rol fonksiyondan en yüksek, emosyonel fonksiyondan en düşük puanı aldıklarını saptamışlardır. Kutlutürkan vd. (2019) ise çalışma bulgusuna benzer şekilde kanser hastalarında emosyonel fonksiyon ortalamalarının yüksek olduğunu belirlemiştir (Kutlutürkan vd., 2019). Bu farklılıkların kanser hastalarında hastanın yaşı, tanı aşaması, tedavi süreci ve yaşanan komplikasyonlar gibi farklı faktörlerin; hastanın emosyonel ve rol fonksiyonlarında belirleyici olmasından kaynaklanabileceğini düşündürdü.

Çalışmada belirlenen semptom ölçeği değeri, kanser hastaları ile yürütülen farklı çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur (Ekinci ve Düger, 2018; Kutlutürkan vd., 2019). Hastaların, semptom skor puanının yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmada en sık görülen semptomların ise uykusuzluk ve iştah kaybı olduğu belirlenmiştir. Wallwiener vd. (2017) çalışmasında en sık görülen semptomun yorgunluk, en az görülen semptomun ise bulantı ve kusmada olduğu, Li vd. (2017) çalışmasında en sık görülen semptomun mali zorluk, en nadir görülen semptomun bulantı ve kusma olduğu, Kutlutürkan vd., (2019) çalışmasında kanser hastalarında sık görülen semptomların halsizlik, uykusuzluk ve iştah kaybı olduğu, Randa, Uğraş ve Eser (2019) meme kanseri cerrahisi uygulanan kadınların en sık yorgunluk ve uykusuzluk semptomları yaşadığı bildirilmiştir. Literatürde yer alan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren bu bulgu, kanser tanıları farklı olmuş olsa bile hastaların benzer şikayetler yaşıyor olduğu şeklinde yorumlandı.

Çalışmada, Genel Sağlık Skoru ortalama puanlarının düşük olduğu görüldü. Hastaların Genel Sağlık Skorları alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının düşük olması yaşam kalitesinin düşük olmasına neden olmaktadır. Çalışmada hastaların Genel Sağlık Skoru

ortalama puanları kanser hastaları ile yapılan farklı çalışmalardan daha düşük bulunmuştur (Ekinci ve Düger, 2018; Kutlutürkan vd., 2019; Li vd., 2017; Randa vd., 2019; Wallwiener vd., 2017). Genel sağlık düzeyi hastanın sağlık durumu ve yaşam kalitesini belirlemeye yönelik iki soru içermektedir. Genel olarak hastaların genel sağlık durumları sosyal desteklerinden fiziksel, rol, emosyonel, bilişsel fonksiyonlarından etkilenmektedir. Hastaların sosyal destek düzeyleri azaldıkça halsizlik semptomları da artmaktadır (Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün, ve Tekir, 2015). Çalışmamıza katılan hastalarda farklı semptomların görülmesi ve semptom skorunun yüksek olması yaşam kalitelerini etkileyerek genel sağlık skorunun düşük olmasına yol açabileceğini düşündürdü.

Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Manevi İyi Oluşları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki Farklılık

Çalışmada hastaların manevi iyi oluşlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, metastaz varlığına göre farklılık göstermediği görüldü. Benzer şekilde Calderia, Timmins, Carvalho, ve Vieira (2017) çalışmalarında manevi iyi oluşun medeni durum gibi faktörlerden etkilenmediğini bildirmiştir. Hastaların manevi iyi oluş puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaştığı ve ilköğretim mezunu hastaların manevi iyi oluşlarının daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde benzer şekilde hastaların eğitim düzeyi düştükçe maneviyata yönelimlerinin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Sharif ve Ong, 2019). Bu çalışma da benzer şekilde akademik eğitim düzeyi düşük hastaların manevi iyi oluşlarının yüksek olduğu görüldü. Hastaların mesleklerine göre manevi iyi oluş puanlarının farklılık gösterdiği ve ev hanımı olduğunu bildiren hastaların manevi iyi oluşlarının daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde hastaların sahip oldukları meslek ve manevi iyi oluşlarını inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Dini inançları yerine getirmenin manevi iyi oluşu artırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur (Ahmadi Nabil, Saini, Nasrin, Bahari, ve Sharip, 2016; Shaw, Gullifer, ve Wood, 2016) Manevi bakım uygulaması olarak ailesinden destek aldığını bildiren hastaların manevi iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Ross ve Austin (2015) kalp yetmezliği hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında, en önemli manevi gereksinimlerinin sevgi ve ait olma olduğunu bildirmiştir ve hastaların aileleri ile olan ilişkilerinin değerliliğini ortaya koymuştur. Maneviyatın vazgeçilemez boyutlarından bir tanesinin sevgi ve ait olma olduğu göz önüne alındığında ailesinden destek almış hastaların manevi iyi oluşlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların yaşam kalitesinin *Fonksiyonel Skor* alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, metastaz varlığı ve manevi bakım uygulamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların eğitim seviyesi, geliri, meslek ve hemşirelik bakımından memnuniyeti ile *Fonksiyonel Skor* ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma bulgusuna benzer şekilde Çalışkan vd. (2015) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada yaş, cinsiyet ve medeni durumun gibi özelliklerin hastaların yaşam kalitesinde farklılığa neden olmadığı bulunmuştur. Bu bulgulardan farklı olarak Mehrabi, Hekmatpou, ve Abolfathi (2019) yapmış oldukları çalışmada, hastaların yaş, ikamet yeri, medeni durum, eğitim düzeyi ve sigorta sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bireyin kendi sağlığına ilişkin algısı, kanser tanısı, kanser evresi, hastanede yatarak kemoterapi uygulanma durumu, performans durumu ve baş etme becerilerine ilişkin bireysel algılara göre fonksiyonel yaşam kalitesinin değiştiği belirtilmektedir (Özkan ve Akın, 2017). Çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeği fonksiyon skorunun; eğitim, gelir, meslek ve memnuniyet gibi parametlerden etkilenmesi literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada hastaların yaşam kalitesinin *Semptom Skor* alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, metastaz varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların eğitim seviyesi, meslek, manevi bakım uygulamaları ve hemşirelik bakımından memnuniyeti ile *Semptom Skor* ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Velenik, Secerov-Ermenc, But-Hadzic, ve Zadnik (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada erkeklerin daha iyi bir yaşam kalitesi ortalamasına sahip olduğu ve aynı zamanda daha az semptom bildirdiği saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin bilişsel fonksiyonların da cinsiyete özgü bir fark yok iken ortalama skorların her iki cinsiyette de yaşla birlikte daha düşük olduğu görülmüştür. Kanser ve kemoterapi ile ilişkili semptomların hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gelin ve Ulus (2015) çalışmalarında yaşam kalitesinin hastanın cinsiyeti, eğitim durumu, aile tipi, çalışma ve ekonomik durumu, tedaviyi alma şekli gibi faktörler etkilendiğini ancak, hastanın yaşı, medeni durumu, kentsel ya da kırsal bölgede yaşamasından etkilemediğini belirlemiştir. Çalışmada hastaların yaşam kalitesinin *Genel Sağlık Skor* alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, meslek, metastaz varlığı ve hemşirelik bakımından memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışmadan elde edilen bulgulara paralel Çalışkan vd., (2015) kanser hastaları ile yaptıkları araştırmada da hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık skorunda farklılığa neden olmadığı bulunmuştur.

Hastaların Manevi İyi Oluş Düzeyleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Barış ve inanç alt boyutlarının ve manevi iyi oluşun kişilerin yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Park ve Cho, 2017). Bu çalışmada da barış alt boyutu ve fonksiyonel skor arasında zayıf ve pozitif yönde anlamlı ilişki, semptom skoru arasında negatif yönde zayıf ilişki ve genel sağlık skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Manevi iyi oluş toplam puanının ise fonksiyonel skor ve genel sağlık durumu skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Cheng vd. (2019) çalışmalarında benzer şekilde barış alt boyutunun yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde barış alt boyutu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren birçok çalışma mevcuttur (Al-Natour, Momani, ve Qandil, 2017; Chaar vd., 2018). Literatürdeki benzer çalışma bulguları ile paralellik gösteren çalışmanın bu bulgusu, hastaların yaşam kalitesini arttırmada manevi iyi oluşun oldukça önemli olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların manevi iyi oluşun inanç alt boyutu ile fonksiyonel skor arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu görüldü. Benzer şekilde Bovero, Leombruni, Miniotti, Rocca, ve Torta (2016) çalışmalarında manevi iyi oluşun inanç alt boyutu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Fakat literatürdeki birçok çalışmada yaşam kalitesi ile inanç alt boyutu arasında anlamlı ilişki olmadığına dair bilgi mevcuttur (Bai ve Lazenby, 2015; Cheng vd., 2019). Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan zayıf düzeydeki ilişkinin literatürdeki benzer çalışma bulgularından farklılık göstermesinin nedeninin İslamiyet inancı gereği hastaların baş etmede inancı aktif olarak kullanıyor olmalarıyla ilişkili olabileceğini düşündürdü. Benzer şekilde islam dinine mensup hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların dini inanç ve uygulamalarının fiziksel sıkıntıları dindirmeye yardımcı olduğu bildirilmiştir (Sajadi vd., 2018).

Literatürde, kanser gibi kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden bir tanesinin maneviyat olduğunu bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur (Al-Natour vd., 2017; Bai ve Lazenby, 2015; Martoni vd., 2017). Bu çalışma sonucunda da manevi iyi oluşlarının yaşam kalitesi fonksiyonel skor alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki; genel sağlık skoru ile pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Farklı olarak bu çalışmanın sonuçlarında ortaya çıkan ilişkinin gücü literatürde bildirilenlerden düşüktür. Bai, Lazenby, Jeon, Dixon, ve McCorkle (2015) manevi iyi oluşun yaşam kalitesini yeni kanser tanısının ilk haftasında %49; üçüncü haftasında ise %51 yordadığını bildirmişlerdir. Monteiro dos Reis, Leles, ve Matias Freire (2019) çalışmalarında hastaların yaşam kalitesinin sosyodemografik ve kansere özgü klinik özelliklerinden bağımsız olarak yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu

bildirmişlerdir. Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar ile mücadele eden hastalar özellikle manevi bakıma gereksinim duydukları bilinmektedir (Otuzoğlu, 2020). Maneviyatın ve manevi iyi oluşun hastalara hastalıkla başa çıkmada, olumlu düşüncelerini güçlendirmede, acılarını dindirmede ve tedavi ile ilgili umudu sürdürmede destek olduğuna dair birçok bilgi literatürde yer almaktadır (Büssing vd, 2014; Monteiro dos Reis vd., 2019). Çalışmada manevi bakım uygulamaları ile genel sağlık skorları arasında elde edilen yüksek düzeyde ilişki bunu destekler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hastaların manevi iyi oluş ölçeği anlam ve barış alt boyutundan ortalama, inanç alt boyutunda ve ölçek toplamında ortalamanın oldukça üstünde puanlar aldıkları görüldü. Çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği fonksiyonel skor ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının yüksek, semptom ölçeği puan ortalamalarının yüksek ve genel sağlık skoru puan ortalamalarının düşük olduğu görüldü. Hastaların manevi iyi oluşları ile fonksiyonel skor arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki, genel sağlık durumu ölçeği ile orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların manevi iyi oluşlarını yükseltecek manevi bakım uygulamalarının desteklenmesi
- Hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması
- Yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görülen manevi iyi oluşun yaşam kalitesini yükseltmede bir strateji olarak kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, H. (2014). Manevi iyi oluş ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *C.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(2), 391-412.
- Ahmadi Nabil, M.R., Saini, S.M., Nasrin, N., Bahari, R., Sharip, S. (2016). I can't pray' –The spiritual needs of Malaysian Muslim patients suffering from depression, *IIUM Medical Journal Malaysia*, 15(1), 103-109.
- Aktürk, Ü., Erci, B., Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale. *Palliative and Supportive Care*, 15, 684-692.
- Al-Natour A, Momani SMA, Qandil AMA (2017) The relationship between spirituality and quality of life of Jordanian women diagnosed with breast cancer. *J Relig Health* 56(6), 1-13.
- Bai, M., Lazenby, M. (2015). A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal Palliative Medicine*, 18, 286-298.

- Bai, M., Lazenby, M., Jeon, S., Dixon, J., McCorkle, R. (2015). *Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among pa-tients newly diagnosed with advanced cancer. Palliative and Supportive Care*, 13, 927-935.
- Beşer, N.G., Öz, F. (2003). *Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 47- 58.
- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., Torta, R. (2016). *Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. European Journal of Cancer Care*, 25, 961-969.
- Breda, A.I., Watts, A.S. (2017). *Expectations regarding aging, physical activity, and physical function in older adults. Gerontol Geriatr Med*, 3, 1-18.
- Büssing, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., Koenig, H. G., Puchalski, C. M., Swinton, J. (2014). *spirituality and health: editorial. evidence-based complementary and alternative medicine*, 1-2.
- Calderia, S., Timmins, F., Carvalho, E.C. ve Vieira, M. (2017). *Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis, J Relig Health* 56, 1489-1502.
- Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR (2018) *Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. Support Care Cancer*, 26(8), 2581-2590.
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Mao, T., Cheni Y. (2019). *Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care, Supportive Care in Cancer*, 27, 3403-3409.
- Çalışkan, T. Duran, S. Karadaş, A. Ergün, S., Tekir Ö. (2015). *Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Derg*, 17(1), 27-36.
- Ekinci, Y., Düger, T. (2018). *Kanser hastalarında kavrama kuvveti ve quadriceps kas kuvveti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Turk J Physiother Rehabil*, 29(1), 27-32.
- Folami, F.F., Onanuga K.A. (2018). *Perception of spirituality, spiritual care, and barriers to the provision of spiritual care among undergraduate nurses in the University of Lagos, Nigeria. Original Research Report*, 15(1), 8-12.
- Gelin, D., Ulus, B. (2015). *Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 31-35.
- Güzelant, A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T. Bottomley A. (2004). *The European organization for research and treatment of cancer qlq-c30: an examination into the cultural validity and reliability of the turkish version of the eortc qlq30. European Journal of Cancer Care*, 13, 135-144.
- Hallaç, S., Öz, F. (2011). *Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595-610.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Jr., Mccullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., Zinnbauer, B. J. (2000). *Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. journal for the theory of social behaviour*, 30, 51-77.
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G.R., Soleymania, E., Heshmati, R. (2010). *Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients, Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362-1366.
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., Jafari, N. (2014). *Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8.

- Kutlutürk, S., Öztürk, E.S., Erdoğan, S.B., İyimaya, Ö., Bay, F., Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg*, 26(4), 418-426.
- Li, L., Mo, F. K., Chan, S. L., Hui, E. P., Tang, N. S., Koh, J., ...Yeo, W. (2017). Prognostic values of EORTC QLQ-C30 and QLQ-HCC18 index-scores in patients with hepatocellular carcinoma—clinical application of health-related quality-of-life data. *BMC cancer*, 17(1), 8.
- Martoni, A.A., Varani, S., Peghetti, B., Roganti, D., Volpicella, E., Pannuti, R., Pannuti, F. (2017). Spiritual well-being of Italian advanced cancer patients in the home palliative care setting. *Eur J Cancer Care*, 26, 1-9.
- Mehrabi, F. Hekmatpou, D., Abolfathi, A. (2019). The Relationship between demographic characteristics and quality of life in patients with cancer. *Health Research Journal*, 5 (1), 8-15.
- Monteiro dos Reis, L.B., Leles, C.R., Matias Freire, M.C. (2019). Religiosity, spirituality, and the quality of life of patients with sequelae of head and neck cancer, *Oral Diseases*, 26, 838–842.
- Murray, S.A., Kendall, M., Worth, A., Benton, T.F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- Otuzoğlu, M. (2020) Kanser hastalarının manevi gereksinimlerini değerlendirmeye ilişkin ölçek çalışmalarının incelemesi. *J Contemp Med*, 10(1), 126-133.
- Özkan, M., Akın, S. (2017). Evaluation of the effect of fatigue on functional quality of life in cancer patients. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 177-192.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707-729.
- Park,C.L, Cho, D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors, *Psycho-Oncology*, 26, 1293–1300.
- Pearce, MJ, Coan AD, Herndon, JE, Koenig HG, Abernethy AP (2012) Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual wellbeing in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20(10), 2269–2276.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L., Cella, D. (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-SP). *Ann Behav Med*, 24, 49-58.
- Rabitti, E., Cavuto, S., Ottonelli, S., De Vincenzo, F., Constantini, M. (2020). The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions? *BMC Palliative Care*, 19(26), 1-8.
- Randa,S., Uğraş, G.A., Eser, K. (2019). Meme kanserli kadınların cerrahi girişim sonrası yaşadıkları üst ekstremitte sorunlarının yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 12(2), 170-181.
- Ross, L., Austin, J. (2015). Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: Implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 87–95.
- Sajadi, M., Nizai, N., Khosravi, S., Yaghobi,A., Rezaei, M., Koenig, H.G. (2018). Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in iranian women with cancer: a randomized clinical trail. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 79-84.
- Salsman, J.M., Pustejovsky, J.E., Jim H.S.L., Munoz, A.R., Merluzzi, T.V., George, L., ...Fitchett, G. (2015) A meta-analytic approach to examining the correlation between Religion/Spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 1, 121(21), 3769–3778.
- Sharif, S.P., Ong, F.S. (2019). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer, *J Relig Health*, 58, 1060–1071.

-
- Shaw, R., Gullifer, J., Wood, K. (2016). *Religion and spirituality: a qualitative study of older adults*. *Ageing International*, 41, 311–330
- Sun, V., Kim J.Y., Irish, T., Borneman, T. Sichu, R.K., Klein, L., Ferrel, B. (2016). *Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers*, *Psycho-Oncology*, 25, 1448–1455.
- Velenik, V. Secerov-Ermenc, A. But-Hadzic, J., Zadnik, V. (2017). *Health-related quality of life assessed by the EORTC QLQ-C30 questionnaire in the General Slovenian population*. *Radiol Oncol*, 51(3), 342–350.
- Wallwiener, M., Matthies, L., Simoes, E., Keilmann, L., Hartkopf, A. D., Sokolov, A. N., ...Brucker, S. Y. (2017). *Reliability of an e-PRO tool of EORTC QLQ-C30 for measurement of health-related quality of life in patients with breast cancer: prospective randomized trial*. *Journal of medical Internet research*, 19(9), e322.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1998) *Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assessment*. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551–558.
- Yılmaz, M., Cengiz, H.Ö. (2020). *The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors*, *Palliative and Supportive Care*, 1–8.