



T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIMDA HEMŞİRE, HASTA VE HASTA YAKINI  
AÇISINDAN SPİRİTÜEL DEĞERLENDİRMENİN İNCELENMESİ**

MERVE MACAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE DEMİRAY

DÜZCE, 2022

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

26.05.2022

Merve MACAR

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, bana yol gösteren, gelişimimde büyük katkısı olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Demiray'a,

Bu süreçte yardımlarını ve desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Ali Tamer'e, Araştırma sürecinde desteklerini hissettiğim Palyatif Bakım Servisinde çalışan başta hemşire arkadaşlarım ve bütün ekibime,

Anlayış ve sevgisi ile yanımda olan, desteğini daima hissettiğim eşim Ferhat Yiğit MACAR'a,

Hayatımın her alanında yanımda olan evlatları olmaktan gurur duyduğum kıymetli ailem, annem Elif Çakır, babam Ramazan Çakır, kardeşlerim Zehra Karagöz ve Mukaddes Akbulut'a,

Yardımlarını ve desteğini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Edanur Akbaş, Gökçe Doğan, Emir Avşar ve Aydın Üçüncü' ye

Araştırmaya katılan ve bu çalışmanın gerçekleşmesine destek veren değerli hasta ve hasta yakınlarına,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>1</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>2</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı.....	5
2.2. Dünyada Palyatif Bakım .....	8
2.3. Türkiye’de Palyatif Bakım .....	9
2.4. Palyatif Bakım Ekibi .....	10
2.5. Palyatif Bakım Servisinde Hastaların Karşılaştığı Sorunlar .....	12
2.6. Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Sorunlar .....	12
2.7. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü ve Karşılaştığı Sorunlar .....	13
2.8. Spiritüelite Kavramı.....	14
2.9. Hastane Hizmetlerinde Spiritüalitenin Önemi .....	16
2.10. Spiritüel Sağlık, Spiritüel İyi Oluş, Din ve Umut Kavramları.....	20
2.11. Spiritüaliteyi Etkileyen Faktörler .....	21
2.12. Spiritüel Bakım ve Sağlık .....	23
2.13. Spiritüel Bakım ve Din İlişkisi.....	24
2.14 Hastaların Spiritüel İhtiyaçlarını Karşılama da Hemşirenin Rolü .....	25
2.15. Hemşirelikte Spiritüel Bakım Sağlamanın Önündeki Engeller .....	28
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem .....	31
3.4. Veri Toplama Araçları .....	32

3.5. Verilerin Toplanması .....	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
4.1. Hemşirelere Dair Bulguların İncelenmesi .....	36
4.2. Hasta Yakınlarına Dair Bulguların İncelenmesi .....	41
4.3. Hastalara Dair Bulguların İncelenmesi .....	51
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>71</b>
6.1. Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler .....	72
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>74</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>88</b>

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>AMM</b>	Ars Moriendi Modeli
<b>CHPCA</b>	Canadian Hospice Palliative Care Association
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>HSGM</b>	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>KETEM</b>	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
<b>MDAÖ</b>	Manevi Destek Algısı Ölçeği
<b>NANDA</b>	North America Nursing Diagnosis Association
<b>NCPHC</b>	National Coalition for Hospice and Palliative Care
<b>NG</b>	Nazogastrik
<b>NIH</b>	Nationatal Institues of Haealth
<b>PEG</b>	Perkütan Endoskopik Gastostomi
<b>SHGM</b>	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>SİOÖ</b>	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu,
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WPCA</b>	Worldwide Palliative Care Alliance

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hasta odaklı palyatif bakım.....	5
Şekil 2. Palyatif bakım süreci.....	7
Şekil 3. Pallia-Türk projesi organizasyon şeması.....	9
Şekil 4. Palyatif bakım ekibi.....	11



## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Hemşirelere dair demografik özelliklerin incelenmesi .....	36
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelerin SİÖÖ ve MDAÖ ölçek durumlarının incelenmesi.....	37
<b>Tablo 3.</b> Hemşirelerin SİÖÖ ve MDAÖ boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi .....	38
<b>Tablo 4.</b> Hemşirelerin SİÖÖ ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi.....	40
<b>Tablo 5.</b> Hasta yakınlarına dair demografik özelliklerin ve bakım durumunun incelenmesi .....	41
<b>Tablo 6.</b> Hasta yakınlarına dair SİÖÖ ve Maneviyat Ölçeği ölçek durumlarının incelenmesi .....	43
<b>Tablo 7.</b> Hasta yakınlarına dair SİÖÖ ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi .....	43
<b>Tablo 8.</b> Hasta yakınına dair SİÖÖ ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi .....	45
<b>Tablo 9.</b> Hasta yakınına dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	47
<b>Tablo 10.</b> Hasta yakınına dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi.....	48
<b>Tablo 11.</b> Hasta yakınına dair SİÖÖ ve Maneviyat Ölçeği ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi.....	50
<b>Tablo 12.</b> Hastalara dair demografik özelliklerin incelenmesi .....	51
<b>Tablo 13.</b> Hastalara dair SİÖÖ ve maneviyat ölçeği ölçek durumlarının incelenmesi ..	52
<b>Tablo 14.</b> Hastalara dair SİÖÖ ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi .....	53
<b>Tablo 15.</b> Hastalara dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	54
<b>Tablo 16.</b> Hastalara dair SİÖÖ ve maneviyat ölçeği ölçek ve boyutlar ile demografik özelliklerin arasındaki ilişkisinin incelenmesi .....	55
<b>Tablo 17.</b> Hastalara dair SİÖÖ ve maneviyat ölçeği ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi.....	56

## ÖZET

### **PALYATİF BAKIMDA HEMŞİRE, HASTA VE HASTA YAKINI AÇISINDAN SPIRİTÜEL DEĞERLENDİRMEİN İNCELENMESİ**

Merve MACAR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe DEMİRAY

Mayıs, 2022

103 sayfa

Araştırma palyatif bakım sevisinde hemşire, hasta ve hasta yakını açısından spiritüel değerlendirilmenin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma Nisan 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Palyatif Bakım Servisinde yürütülmüştür. Araştırma evrenini Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Palyatif Bakım Servisindeki araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve power analiz sonucunda 60 hemşire, 60 hasta ve 60 hasta yakını gönüllülük ilkesi doğrultusunda araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veriler “Birey Demografik Bilgi Formu”, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği”, “Maneviyat Ölçeği” ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” ile elde edilmiştir. Tüm sonuçlar  $p<0.05$  için anlamlı kabul edilmiş olup, ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. İki grup arasındaki fark olup olmadığına ilişkin bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına ilişkin tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin SİÖÖ skor ortalaması  $113,78\pm13,44$  olarak bulunmuş ve spiritüel iyi oluşları yüksek olarak değerlendirilmiştir. Hastalara uygulanan SİÖÖ puan ortalaması  $106,28\pm14,35$  olarak bulunmuş ve spiritüel iyi oluşları yüksek olarak değerlendirilmiş olup, hasta yakını SİÖÖ skor ortalaması  $119,15\pm12,49$  olarak bulunmuş ve hasta yakınlarının spiritüel iyi oluşları yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin evli, gelir durumu iyi, çalışılan bölümü isteyerek seçen ve kendini spiritüel açıdan iyi olarak değerlendirenlerin spiritüel iyi oluşları daha yüksektir( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim durumu yüksek olanların spiritüel iyi oluşları fazla, geniş ailesi olanların spiritüalitesi yüksek olarak belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Hasta yakınlarından çalışanların, ilde yaşayanların, çocuğu olanların, kendisini spiritüel açıdan iyi olarak değerlendirenlerin spiritüel iyi oluşları yüksektir( $p<0,05$ ). Sonuç olarak; palyatif bakım kliniğinde hemşire, hasta ve hasta yakınlarının spiritüel iyi oluşu ve spiritüalite düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir.

**Anahtar sözcük:** hemşire, hasta, hasta yakını, palyatif bakım, spiritüel bakım

## ABSTRACT

### SUMMARY EXAMINATION OF SPIRITUAL EVALUATION IN PALLIATIVE CARE FROM NURSES, PATIENTS AND PATIENT'S RELATIVES

Merve MACAR

Master Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor: Dr. Lecturer Ayşe DEMİRAY

May, 2022

103, pages

The research was carried out in a descriptive research type in order to examine the spiritual evaluation in terms of nurses, patients and patient relatives in palliative care. The research was carried out in Sakarya Training and Research Hospital Korucuk Campus Palliative Care Service between April 2021 and November 2021. The population of the study was 60 nurses, 60 patients and 60 patient relatives, who met the inclusion criteria of the Sakarya Training and Research Hospital Korucuk Campus Palliative Care Service, and as a result of the power analysis, were included in the study in accordance with the principle of voluntariness. The data in the study were obtained with the "Individual Descriptive Information Form", "Spiritual Well-Being Scale", "Spiritual Scale" and "Spiritual Support Perception Scale". All results were considered significant for  $p < 0.05$ , and Cronbach's alpha value was used for scale reliability. Independent sample t-test was used to determine whether there was a difference between the two groups, and one-way analysis of variance (One Way ANOVA) was used to determine whether there was a difference between more than two groups. The mean SIOS score of the nurses included in the study was found to be  $113.78 \pm 13.44$  and their spiritual well-being was evaluated as high. The mean SIOS score applied to the patients was found to be  $106.28 \pm 14.35$ , and their spiritual well-being was evaluated as high, the mean SIOS score of the relatives of the patient was found to be  $119.15 \pm 12.49$ , and the spiritual well-being of the relatives of the patients was determined as high. The spiritual well-being of the nurses is higher in those who are married, have a good income, choose the department they work voluntarily, and evaluate themselves as morally good ( $p < 0.05$ ). It was determined that the spiritual well-being of the patients with high educational status is high, and the spirituality of those with a large family is high ( $p < 0.05$ ). Spiritual well-being of patients who work from relatives, live in the province, have children, and evaluate themselves as morally good is high ( $p < 0.05$ ). As a result; In the palliative care clinic, the spiritual well-being and spirituality level of nurses, patients and their relatives were determined to be high.

**Keywords:** nurse, patient, patient's relative, palliative care, spiritual care

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı, “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve ailelerinin hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerinin erken belirlenmesi ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi, tedavi edilmesi veya azaltılması” olarak tanımlamaktadır<sup>1</sup>.

Palyatif Bakım Uygulama Klavuzu’na göre palyatif bakım “sadece kişi değil, kişi ve aile merkezli bir yaklaşımdır ve ciddi hastalıklarla yaşayan insanlara bir hastalığın semptomlarından ve stresinden kurtulma imkanı sağlar. Ağır hasta bakım planına erken entegrasyon yoluyla, palyatif bakım, hasta ve aile için yaşam kalitesini iyileştirir” şeklinde açıklamış ve erken teşhisle hasta ve ailesi için palyatifin önemini vurgulamıştır<sup>2</sup>.

Tarihsel olarak spiritüel bakım, palyatif ve yaşam sonu bakımın da biyopsikososyal-spiritüel bakım modelinin bir parçasıdır. Bununla birlikte, spiritüel bakım, bu özel disiplinlerin bir bileşeni olmanın ötesine geçmiştir ve şimdi hasta merkezli şefkatli bakımın temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Mevcut literatürde, spiritüel bakımın mesleki ilginin etik bir zorunluluğu ve kültürel yeterlilikte önemli bir faktör olarak bahsedilmesi yaygındır<sup>3</sup>.

Palyatif bakımda odak noktası sadece hasta değildir<sup>4</sup>; hasta aileleri, sağlık ekibi bu hizmetin bir parçasıdır. Multidisipliner sağlık ekibi doktor, hemşire, psikolog, eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi ekibin temel yapısıdır<sup>5,6</sup>. Sağlık çalışanları hasta ve yakınlarının tıbbi tedavi yönüne odaklanır ancak spiritüalite, duygusallık gibi soyut konular da önem arz eder<sup>7,6</sup>.

Her bireyin fiziksel olduğu kadar psikososyal ihtiyacı da vardır ve bu iki kavram birbiri ile etkileşimdedir. Örneğin ağrısı olan bir bireyin stres düzeyi artacak ve kaygı yaşayacaktır. Başka bireyin bulantı sorunları olacak ve her bireye farklı yaklaşımlar gerekecektir. Sağlık profesyoneli bu gibi durumlarda bütüncül bir hizmet vermeli, hem hastaya hem de yakınına hitap etmelidir<sup>5</sup>. Buradan yola çıkarak hasta ve yakınlarının sorunlarını bütün boyutlarıyla ele alarak sadece tıbbi tedavi yerine psikososyal ve spiritüel konuları da değerlendirip sonuca ulaştırmada palyatif bakım önemli bir konumdadır<sup>4</sup>.

Bununla birlikte palyatif bakım bireyin hastalığına bağlı belirtilerin tedavisini sağlarken, kanser ve tedavisi olmayan kronik hastalıklar gibi durumlarda palyatif kemoterapi, palyatif radyoterapi, palyatif cerrahi gibi yöntemlerle gerekli tedaviyi hasta ve ailelerine sunmaktadır<sup>8,9</sup>.

Günümüzde tıp ve sağlık alanındaki gelişmeler sayesinde kanser hastalıklarının çoğunun tedavisi bulunmuştur, fakat tedavisi olmayan kanserlerin ve kronik hastalıkları olan hastaların bu süreçte kaliteli bir yaşam sürmesi hedeflenmektedir. Sadece son evrede değil diğer hastalıkların da başlangıcından sonuna kadar tek başına fizyolojik değil, spiritüel bakımla da desteklenmesi gerekmektedir<sup>8</sup>.

Hemşireler zamanın büyük bir kısmını hastayla geçiren, bakım ve tedavi sağlayan özel bir grup olduğu için spiritüel bakımı içine alan holistik bakımla hastalara destek sağlamalıdır<sup>10</sup>.

Ülkemizde hemşire, hasta, hasta yakını açısından spiritüel bakımın bütüncül olarak ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu üç özgün değeri bir arada incelemek hastanın daha iyi baş etmesi, hasta yakınının hastasına destek konusunda bilinçlenmesi ve hemşirenin spiritüel konuda daha verimli olabilmesi ile, sunulan bakımın kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

## ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H<sub>0</sub>: Palyatif bakım ünitesinde hemşire, hasta ve hasta yakını bazı demografik özellikleri spiritüel iyilik düzeyini etkilemez.

H<sub>1</sub>: Palyatif bakım ünitesinde hemşire, hasta ve hasta yakını bazı demografik özellikleri spiritüel iyilik düzeyini etkiler.

## ARAŞTIRMA SORULARI

1. Palyatif servisinde çalışan hemşirelerin spiritüel iyilik ve manevi destek algı düzeyi nedir?
2. Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların ve yakınlarının maneviyat ve spiritüel iyilik düzeyleri nedir?
3. Palyatif bakım ünitesinde hemşire, hasta ve hasta yakını bazı demografik özellikleri spiritüel iyilik düzeyini etkiler mi?

## ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI

1. Pandemi koŐulları gereği il genelindeki palyatif bakım üniteleri kapatılıp yoğun bakımlara dönüŐtüđü için tek merkezde çalışılmıştır. Çalışma Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi palyatif bakım ünitesinde yapıldığı için araştırma sonuçları tek merkezle sınırlı kalmıŐtır.
2. Çalışmada araştırma verileri kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Veriler toplanırken hasta ve hasta yakınlarına “spiritüel iyi oluş” ifadesini açıklamak, anket toplama sürecini uzatmıŐtır.

## ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ;

- 18 yaş üstü olması
- Türkçe bilen
- En az okur-yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olma
- Kadın veya erkek hemşire, hasta yakınları, hastalar
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden
- Palyatif bakım amaçlı tedavi alan ve en az bir kez destek tedavisi (ağrı, bulantı kusma, lavman uygulama, sıvı desteği alma, vb) almış olan hasta ve primer bakım veren hasta ailesi olmak.

## 2.GENEL BİLGİLER

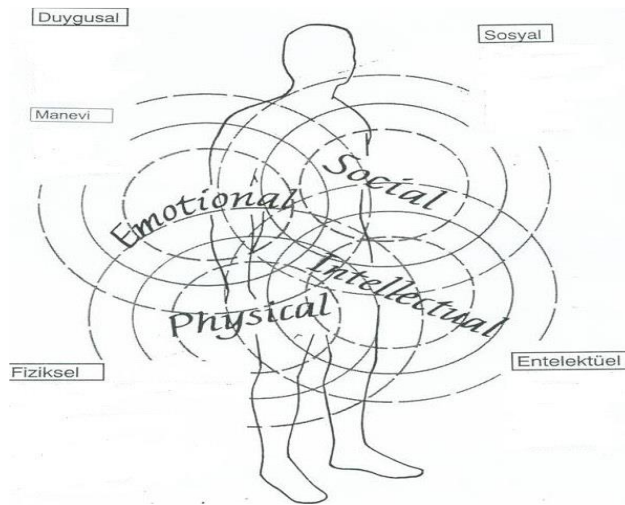
### 2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı

Türk Dil Kurumu (TDK) palyatif kelimesini “tedavi edici etkisi olmayan geçici, geçiştirici” olarak tanımlamaktadır<sup>11</sup>.

Oxford Learner’s Dictionarie palyatifi “bir hastalığı iyileştirmeden daha az acı verici hale getirmek için bir şeyi hafifletmek, bir hastalığın nedeniyle uğraşmadan ağrıyı azaltmak, hafifletmek” olarak açıklamıştır<sup>12</sup>.

Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip, ilerleyici, tedavisi olmayan, altı aydan daha uzun bir prognozu olan bireylere verilen destek tedavidir<sup>13,14</sup>. DSÖ’ye göre palyatif bakım hastaların (yetişkinler ve çocuklar) ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Erken teşhis, doğru değerlendirme, ağrı ve diğer sorunların tedavisi ile acıyı önler ve hafifletir. Palyatif bakım, yaşamı sınırlayan sağlık sorunları ile yaşayan yetişkinlerin ve çocukların yaşadığı her türlü (fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal) acının önlenmesi ve hafifletilmesidir. Mevcut en iyi kanıtları kullanarak saygınlığı, yaşam kalitesini ve ilerleyen hastalıklara uyumu teşvik eder<sup>15</sup>.

Palyatif bakım, hastanın tanısını öğrenmesinden başlayıp, tedavisi olmayan hastalarda tekrar oluştuğu evrede spiritüel, fiziksel, duygusal, sosyal her türlü desteğin sağlandığı birimlerdir<sup>5,16</sup>. (şekil 2.)



Şekil 1. Hasta odaklı palyatif bakım<sup>5</sup>.

Palyatif bakım;

- Kanser hastalarında özellikle ağrı ve sıkıntı veren durumları rahatlatır,
- Ölümün yaşamın normal bir süreci olarak hastanın ölümüne kadar geçen sürede destekleyici tedaviler ve müdahalelerde bulunur,
- Hastanın hastalığı süresince destekleyici tedaviler ve müdahaleler ile yaşama şeklini değiştirerek hastalığıyla daha iyi yaşamasına izin verir,
- Hasta bakımına psikolojik ve spiritüel destek sağlayarak, hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi artırılarak hastalık sürecine olumlu etki sağlanır,
- Ölümün hızlandırması ya da ertelenmesi hedeflenmez,
- Hastanın hastalığı sırasında ve yas sürecinde ailenin baş etme kapasitesinin artırılmasını destekleyen bir sistem sunar<sup>17,18</sup>.

Öte yandan Global Atlas, mevcut DSÖ'nün palyatif bakım tanımını benimser. Ancak, birkaç yıldır bu tanımın, palyatif bakımın kapsamlı doğasını netleştirmek için daha fazla açıklama gerektirdiği kabul edilmiştir. Palyatif bakım;

- Birincisi hem kronik hem de yaşamı tehdit eden/sınırlayıcı durumlarda palyatif bakıma ihtiyaç vardır.
- İkincisi, palyatif bakımın sunumunda zaman veya prognostik sınır yoktur.
- Üçüncüsü, bakımın tüm seviyelerinde palyatif bakım ihtiyacını tanımlar.
- Dördüncüsü, palyatif bakım herhangi bir bakım ortamıyla sınırlı değildir<sup>17</sup>.

Palyatif bakım; ağrının giderilmesi, semptom kontrolü, bakıcının refahı, varoluşsal ve duygusal sorunlar ve yas danışmanlığını yönetmesi gereken çok yönlü bir alandır. Bu ihtiyaçlarla koordineli ve hassas bir şekilde yüzleşmek, her hasta için yaşam kalitesini ve insan onurunu kişisel olarak teşvik eden çok disiplinli bir ekip gerektirir<sup>19</sup>. Multidisipliner ekipte bulunun profesyoneller bu süreçte sorumludur<sup>13</sup>. Palyatif ekibine düşen görev hasta ve ailesine gerekli spiritüel ve yas süreci desteği aynı zamanda bakımı da sunmaktır. Hasta ve yakınları ile yapılan çalışmalar sonunda; düzgün bir iletişim ve destek sağlamanın hasta yakınları üzerindeki yükü hafiflettiği, yakınlar arasındaki ilişkileri güçlendirdiği bulunmuştur. Bazen hastalarda tedaviye cevap alınamayabilir, böyle bir durumda hastada ve yakınlarında bilinmezlik stresi oluşabilir. Psikolog, hemşire ve

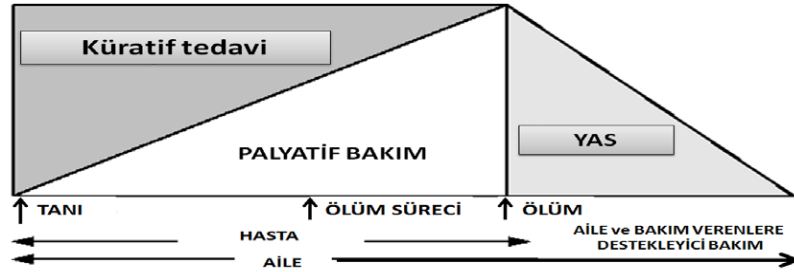
manevi destek uzmanları bu süreçte destek olur. Böylece palyatif bakım sürecinde multidisipliner bir ekipten destek alınmış olur<sup>20</sup>.

Palyatif bakım hastalarında ölüm gerçeği daha çok hissedilmektedir, ölüm zamanı ne erkene alınabilir ne de ötelenmesi sağlanabilir. Aslında amaç son zamanlarında hastanın yanında olmak ve bu anları kaliteli geçirmesini sağlamaktır<sup>13</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, bakımevi programları içinde ve dışında palyatif bakım sağlanmaktadır. Hospis dışında palyatif bakım, hastanın prognozundan bağımsız olarak ve ciddi, karmaşık ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan kişiler için yaşamı uzatan ve küratif tedavilerle eş zamanlı olarak sunulur. Birincil palyatif bakım, tedavi eden tüm klinisyenlerin hastalarına sunduklarının bir parçası olmalıdır (ağrı ve semptom yönetimi, önceden bakım planlaması hakkında tartışmalar gibi)<sup>21</sup>.

Palyatif tedavi fiziksel, ruhsal, psikolojik ve kişinin sosyal ihtiyaçlarına yönelik olabilir. Palyatif tedavi, küratif tedaviyle aynı anda devam edebilir<sup>22</sup>.

Palyatif bakım ve küratif tedavinin bütünleşmesi Şekil 1'de gösterilmiştir. Hastalarda son evrede palyatif bakıma ihtiyaç artarken, ölümünden sonra yas sürecinde ailesine ve bakım verenlere destekleyici bakımla sona ermektedir.



Şekil 2. Palyatif bakım süreci<sup>21</sup>.

Palyatif bakım, yaşam süresini arttırmaktan çok yaşam kalitesine odaklanır. Bununla ilgili olarak Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre palyatif bakım, kanser gibi ciddi veya hayatı tehdit eden bir hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için verilen bakımdır. Semptomları hafifletmek, kanser ve diğer yaşamı tehdit eden hastalıkların neden olduğu acıyı azaltmak için verilen tedavidir. Burada amaç, ilgili psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunlara ek olarak, hastalığın semptomlarını ve yan etkilerini ve tedavisini mümkün olduğunca erken önlemek veya tedavi etmektir<sup>23</sup>.

## 2.2. Dünyada Palyatif Bakım

İlk kez 1950’li yılların sonunda Cicely Saunders tarafından ortaya atılan palyatif bakımla terminal dönem kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının yönetimi sağlanarak acısız ve onurlu bir ölüm süreci sunulması hedeflenmiştir. Bu süreçte Saunders ve arkadaşları tarafından ilk modern hospis merkezi 1967 yılında Londra’da St. Christopher’s Hospice adıyla kurulmuştur. Bu merkez daha sonraki yıllarda dünya çapında açılacak olan palyatif bakım ve hospis merkezlerinin öncüsü olmuştur<sup>24,19,25,26</sup>.

Hospis palyatiften önce varolmuştur. Hospis, “misafirperverlik” anlamından köken almaktadır. Roma, İtalya, Santiago ve İspanya’da orta çağlarda tedavisi olmayan ve kronik hastalara destek amaçlı barınaklar kurulmuştur ve bu barınaklar 16. ve 18. yüzyıllarda dini hizmet vermiştir. 1800 yılına gelindiğinde ilk defa Fransa Lyon’da Madame Garnier Calvaire isminde hastalara yardım amacıyla açılmış, sonrasında İngiltere ve İrlanda’da da açılmıştır. Yaygın olduğu dönem incelendiğinde 1900 yıllarında Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ilerleme kaydetmiştir. Ardından 1974 yılında Amerika’daki diğer modern hospis —New Haven Hospis’dir. 1984 yılından sonra palyatif bakımın, hospislerin (destek evi) ve evde bakımın önemi anlaşıldıktan sonra Amerika’da sağlık sisteminde geri ödeme kapsamında hizmete alınmıştır<sup>27,26</sup>.

Hospis hareketinin kurucusu olarak Cicely Saunders'ın etkisi çok büyüktü. Bir hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve doktor olarak eğitim almanın yanı sıra, Saunders aynı zamanda güçlü bir Hristiyan inancıyla derinden dindardı. Böylece, felsefesinin merkezinde yer alan ölümün disiplinler arası, “bütün-kişi”, biyo-psikososyal-ruhsal bakımını kişiselleştirdi<sup>28</sup>.

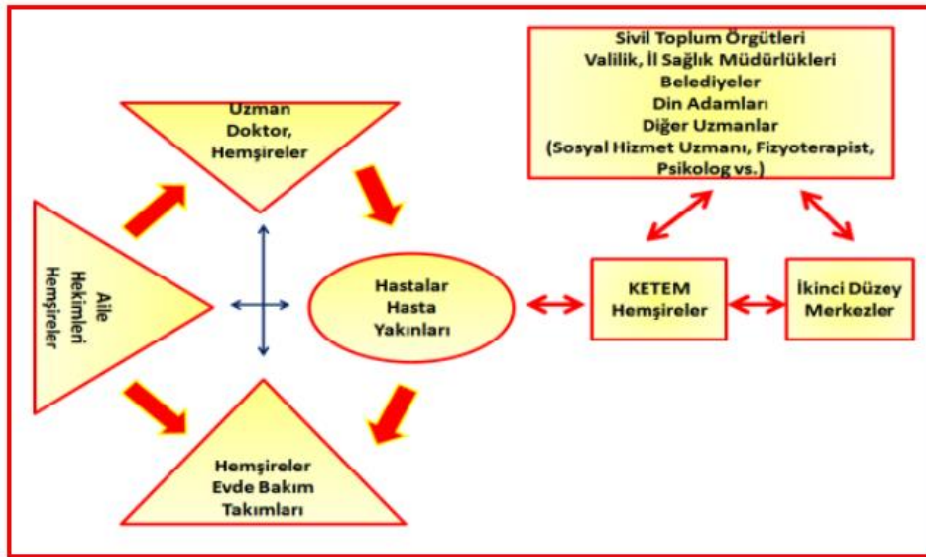
Dünyada ilk olması ve diğerlerine de öncülük etmesi bakımından ilk palyatif bakım 1942 yılında Fransa’da kurulmuştur<sup>29</sup>. Kanada’da ilk palyatif bakım ünitesi Winnipeg's St. Boniface General Hospital'da açıldı. Birkaç hafta içinde, Kanada'daki ikinci palyatif bakım ünitesi, Quebec, Montreal'deki Royal Victoria Hastanesi'nde açıldı. Daha sonra, hospis palyatif bakım programları, daha büyük organizasyonların veya kurumların bölümleri olarak geliştirildi. Gönüllü temelli hospis dernekleri ve kuruluşları kısa süre sonra gelişmeye başladı<sup>26</sup>.

1983 yılında Köln Üniversitesi'nin katkısı ile Almanya’da ilk palyatif kliniği kurulmuştur. Alman Sağlık Bakanlığının desteği ile 1991-1996 arası palyatif tedavi modeli oluşturulup palyatif servis sayısının artırılması hedeflenmiştir<sup>30,25</sup>.

### 2.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Palyatif bakım kanser veya diğer ölümcül kronik hastalıkları olan kişiler için zorunlu bir gereksinimdir. Ülkemizde eskiden beri palyatif hizmetleri gündemde olmamıştır<sup>9,31</sup>. Bunun sebepleri; geleneksel kalabalık Türk aile yapısı, yeterli teknik gücün olmaması, doktor ve hastalarda bu bilincin olmaması, hekimlerin tıp eğitiminde palyatif eğitiminin olmaması, medikal uzmanların yetişmemesi ve insan kaynaklarındaki eksikliklerdir<sup>22,31,32,16</sup>.

Günümüzde palyatif bakım ihtiyaç haline gelmiştir. 2010 yılında bu ihtiyaçlar da göz önünde tutularak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliğinde esas olarak aile hekimliğine dayalı, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) ve sivil toplum örgütlerinin desteklediği, hemşirelik bakımı üzerine kurulu Palya-Türk projesi başlatılmıştır ve bu proje ülkemize en uygun modeli geliştirmeyi amaçlamaktadır. Dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte modelle ilgili düzenlenen yönerge taslağı, bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının görüşleriyle oluşturulmuştur<sup>22,31,32,16</sup>.



Şekil 3. Pallia-Türk projesi organizasyon şeması<sup>33,34</sup>.

Öte yandan ülkemizde 2015 yılında Sağlık Bakanlığı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlamıştır. Yönergede yedi(7) bölüm 23 madde bulunmakta ve palyatif bakımın amacını, kapsamını, niteliğini, yetki ve sorumluluklarını açıklamaktadır<sup>35</sup>.

Palyatif bakım servislerinden öncesine baktığımızda “hospis” geliştirilmeye çalışılmıştır. Bunlara örnek olarak 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” ismi ile kurulmuş ve hizmet vermiştir. Ancak maddi kaynak yetersizliği ve hospis kavramının yeterince anlaşılması kuruluşun sonunu getirmiştir. İkinci kez 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı, tarihi bir Ankara evini hospis olarak revize etmiş ve ismini “Hacettepe Umut Evi” şeklinde güncellemiştir. Fakat bu kuruluşun ömrü de uzun olmamıştır<sup>36,32</sup>.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gecikmesi sonunda Sağlık Bakanlığı iyileştirmeye gitmiş fakat sağlık personelinin karşılaştığı zorluklarla baş etmesinde yeterli destek hizmetleri göz ardı edilmiştir<sup>32</sup>.

Sağlık Bakanlığının başlattığı sağlıkta dönüşüm kapsamında palyatif bakım ilk defa kapsamlı olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır<sup>13,37</sup>.

#### **2.4. Palyatif Bakım Ekibi**

Palyatif bakımın etkin olarak uygulanabilmesi için iyi organize olan bir ekibe gereksinim vardır. Bu ekipte palyatif bakım uzmanı, hastanın sorunları ile ilgili olan diğer uzman doktorlar, palyatif bakım hemşireleri, ilgili terapistler (fizyoterapist, konuşma terapisti, meşguliyet terapisti vb.), sosyal hizmet uzmanı, diyetisyenler, psikologlar ve gönüllüler yer almalıdır<sup>9,5,35,33,6</sup>.

Hemşire ve doktor tarafından sağlanan tıbbi bakım, hasta kişi için, özellikle aileleri ve akrabaları olmak üzere, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, manevi destek uzmanı, diyetisyen, uğraşı terapistleri, gönüllülerden oluşan farklı multidisipliner ve interdisipliner ekipten oluşur. Ekip içi iletişimi sağlayan ve sürdüren hemşirelerdir<sup>13,16</sup>.

Palyatif bakım ekibinde yer alan profesyonel ekibin rolleri:

**Hemşire:** Gelişmiş klinisyen, eğitimci, araştırmacı ve danışman rolüne ek olarak hasta ve ailesine temel palyatif bakım desteğinin sağlanması, hastanın bakımı ve ihtiyaçları, ailelerin yas sürecine destek verir<sup>39,29</sup>. Hasta ve ailesini bütüncül değerlendirir sosyal, psikolojik, spiritüel konularda destek olur<sup>6</sup>. Hastalar ve aileler için kaliteli sonuçlara sinerjik bir şekilde ulaşmak için diğer palyatif bakım hemşiresine danışman, eğitimci, rol model olarak hareket eder<sup>39,29</sup>

**Hekim:** Hastaların tıbbi tedavisini sağlar ve tedaviye yönelik ilaç reçete eder<sup>6</sup>. Birinci basamak hekimine danışır ve hastalar ve aileleri için yaşamın sonunda ağrı yönetimi,

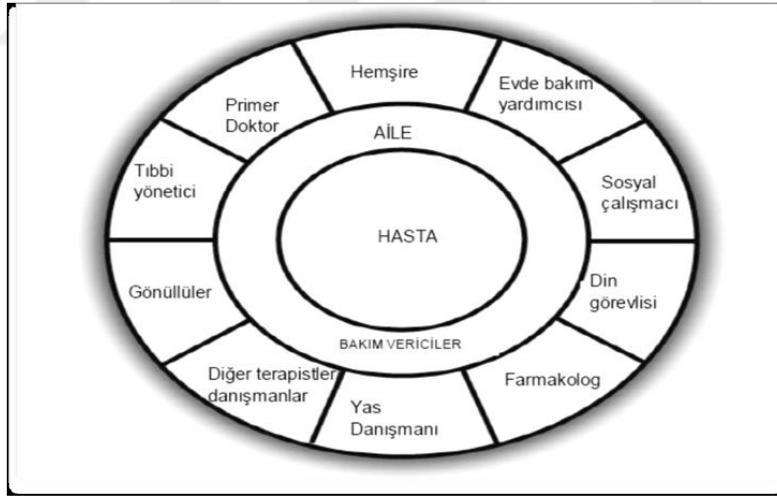
iletişim ve tedavi kararlarında uzmanlık sağlamak için profesyoneller arası ekiple işbirliği yapar<sup>39</sup>.

**Manevi destek uzmanı:** Hasta ve yakınlarını psikolojik, spiritüel ve dini konularda destekler ve ekibe önerilerde bulunur<sup>6</sup>. Yaşamın anlamını ve amacını aramak da dahil olmak üzere hastanın/ailenin ruhsal ihtiyaçlarının derinlemesine değerlendirilmesini sağlar. Etik sorular, inanç gelenekleri ve dünya dinleri ile ilgili olarak topluluk din adamları ile bir bağlantı ve meslekler arası ekip için bir kaynak görevi görür<sup>39</sup>.

**Sosyal hizmet uzmanı:** Hasta/aile sisteminin güçlü yönleri, kaynakları ve gerçekleriyle ilgili geçmişi (genogram aracılığıyla) sağlar. Müdahaleler, bireysel, aile, yüksek risk ve yas danışmanlığı yoluyla duygusal desteği içerir. Sosyal hizmetler için gerektiğinde aileleri topluluğa sevk eder<sup>39</sup>. Hasta ve ailesinin finansal durumlarını inceler, diğer sosyal hizmet ve bakım kuruluşları ile iletişim halinde olur<sup>6</sup>.

**Fizyoterapist:** Hastaların ihtiyacına göre egzersiz ve rehabilitasyonu sağlar<sup>6</sup>.

**Diyetisyen:** Hasta ve yakınlarına ihtiyaç doğrultusunda beslenme planı yapar, değerlendirir ve bunlarla ilgili ekiple iletişime geçer<sup>6</sup>.



Şekil 4. Palyatif bakım ekibi<sup>9</sup>.

Seccareccia'nın 2005 yılında yaptığı bir çalışmaya göre palyatif bakım çalışanları, spiritüel alanı, acıyı hafifletmek ve iyileşmeyi teşvik etmek için spiritüel ve holistik bakımı palyatif bakımın temel ve bütünleştirici alanı olarak onayladılar. Spiritüel açıdan yaklaşabilmek için spiritüel bakım konusunda eğitim alınması gerektiğini vurgulamıştır<sup>38</sup>.

## **2.5. Palyatif Bakım Servisinde Hastaların Karşılaştığı Sorunlar**

Hasta bireyler hastalıklarının son evresinde acı ve ıstırap çekerler, bu durum hastayı birçok açıdan etkileyebilir. Motivasyon azlığı, mutluluk düzeyinde azalma, iletişimin sınırlı olması gibi durumlar kaçınılmazdır<sup>40</sup>. Bu yüzden palyatif servisinde yatan hastalarda fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlar, bilişsel dengenin korunması açısından oldukça önemlidir<sup>20</sup>.

Palyatif bakımda hastalar sıklıkla kontrolü güç çok sayıda semptomu bir arada yaşamaktadır. Hastalık sürecinde görülen semptomlarda etyopatogenez etkili olurken, yaşam sonunda hastalıktan bağımsız semptomlar görülmektedir. Bunların yanında sosyal ve ekonomik sorunlarla da baş etmektedirler<sup>41</sup>.

Hastalarda bazı semptomlar palyatif bakıma gereksinim olduğunu gösterir. Fiziksel semptomlar ağrı, bulantı, kusma, konstipasyon, istahsızlık, ödem, kaşeksidir. Psikolojik ve spiritüel semptomlar da yaşanabilir. Bunlar anksiyete, depresyon, oryantasyon güçlüğü, intihara meyilli olma, korku, çaresizlik, endişe ve tükenmedir. Tüm bu semptomlara ek ekonomik kaygılar da kaçınılmazdır ve multidisipliner bir ekiple yaklaşarak hasta ve ailesini rahat ettirmek en önemli hedeflerden biridir<sup>5</sup>.

Strang (2002) hasta ve eşleri, hemşire, doktor ve din adamını örneklem belirleyerek yaptığı çalışmada hemşirelerin spiritüel ve varoluşsal ihtiyaçlara dikkat etmeye istekli, ancak bu bakımın neleri içermesi gerektiğini tanımlamakta zorlandıkları, hastalar ve eşlerinin büyük ölçüde arzu edilen varoluşsal desteğe sahip olduğunu saptamıştır. Sağlık personelinin, akut, yaşamı tehdit eden hastalığı olan ve palyatif bakımdaki hastaların merkezinde yer alması nedeniyle ruhsal/varoluşsal konularda rehberliğe ve eğitime ihtiyacı vardır. Fiziksel ve varoluşsal faktörler açıkça yakından bağlantılı ve karşılıklı etkileşim içinde olduğundan, bu tür bilgi ve yeterlilik tıbbi bakımın önemli tamamlayıcılarıdır<sup>42</sup>.

## **2.6. Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Sorunlar**

Palyatif bakımda hasta kadar hasta yakını da bu süreçte önem arzeder ve karar vermede önemli rol üstlenir. Hastada herhangi bilinç kaybı/bozulması durumunda yaşam sonu kararlarda hasta yakını karar verici olabilir<sup>40</sup>.

Palyatif bakımda yatan hastaların yaşamlarının son evresinde olduğu bilinci, hastalığının riskli ve kronik olması, belirtilerin ağır olması ve fazla tekrarlar yapması, sosyo-ekonomik yaşamını etkilemesi hasta yakınlarının aile içi görevlerini değiştirmektedir<sup>9</sup>.

Hasta yakınlarında hastasına bakım vermektten ötürü yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, uyku bozuklukları ve iştahsızlık gibi fiziksel sıkıntıların yanı sıra;

- Hastaya bakmak aynı zamanda güç istediğinden, bakımın gerektirdiği fiziksel yetenek ve kişi desteğinin yeterli olmaması,
- Palyatif bakımda hastalarda çeşitli araç- gereç ve bu materyalleri kullanım eksikliği (Örneğin perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), nazogastrik (NG), homeventilatör, trakeostomi vb.)
- Ağrı gibi hastayı huzursuz eden bir semptom, stres ve ajitasyona sebebiyet verir,
- Yakınını kaybetmenin verdiği üzüntü, yas süreci ve danışmanlığı,
- Aile üyeleri arasında iletişimsizlik ve anlaşmazlık olması
- Palyatif bakım hastaları maddi giderlerin fazla olduğu bir durumla karşı karşıyadır ve bu da bir problem kaynağıdır.

Tüm bunlar hasta ve diğer aile üyelerinde çaresizlik, kaygı, korku, sinirli ve gergin olma, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır<sup>5</sup>.

Hastalara bakım veren kişinin stresi yaygın olarak görülürken daha sonraki yıllarda artacağı da düşünülmektedir<sup>43</sup>.

Hasta yakını, hasta için en önemli destek mekanizmasıdır (Resim 2). Hastanın yaşadığı, hastalığını kabullenememe, şok, inkar problemlerinin benzerini yakınları da yaşayabilir. Fakat burada hasta yakınlarına büyük görev düşer. Kendi kabullenemediği durumları (hastasının tanısı, belirtilerinden etkilenmesi) göz önünde yapamaz, gizli tutması gerekir. Çünkü hastasının moral ve motivasyon kaynağı yakınlarıdır<sup>40</sup>.

Hasta yakınlarının sosyal destek almaları baş etmelerini kolaylaştırması ve sorunların çözümüne götürmesi beklenmektedir. Sosyal destek yoluyla ve kendileri halledemedikleri sorunlarda kaderin ve şansın sorumlu olduğunu düşünüp bu yönde tepki vermektedirler<sup>45</sup>.

## **2.7. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü ve Karşılaştığı Sorunlar**

Palyatif bakımda terminal dönem hastaları olduğu için, son dönem yaşam, ölüm gibi konular insanı meşgul eden konulardır<sup>32</sup>. Bu yüzden hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını belirleyip bu yönde bakım vermek esastır. Hastalarla en çok zaman geçiren, onları gözlemleyen ekibin en önemli üyesi hemşirelerdir<sup>29</sup>.

Palyatif bakım hemşiresi ekibin profesyonel uzmanı olarak, hasta ve ailesinin kaliteli zaman geçirmesine, sürece odaklanmalarından çok anlamlandırarak geçirmelerini ve ölüm sonrası süreçte hasta yakınlarının desteklenmesini yönetir<sup>16</sup>.

Araştırmalar, ruhsal bakım konusunda güçlü bir anlayışa sahip olan ve / veya ruhsal bakım konusunda olumlu bir bakış açısı (tutum, değer, inanç) olan hemşirelerin, hastalarına ruhsal bakım sağlama konusunda daha meyilli olduğunu göstermiştir<sup>46</sup>.

Palyatif bakımda hastanın semptom kontrolü yapılarak onlara yönelik (ağrı, bulantı, beslenme bozukluğu gibi) tedavilerini sağlayan; depresyon, ajitasyon anksiyete gibi duygu yoğunluğu hisseden hastaya gerekli spiritüel desteği sağlayan yine hemşirelerdir. Sadece hasta değil hasta yakınına da dinleyip konuşmalarını cesaretlendiren, onların yakınmalarını ekibe ileten yine hemşirelerdir<sup>22</sup>.

## **2.8. Spiritüalite Kavramı**

Spiritüalite “insanlığın anlamı ve amacını arama, ifade etme biçimine ve ona, kendine, başkalarına, doğaya önemli veya kutsal olana bağlılıklarını deneyimleme biçimlerine atıfta bulunan yönü” olarak tanımlanır<sup>47</sup>.

Spiritüalite Türkçe bir kavram olmayıp Arapçada “maneviyat” kelimesinin yerine kullanılır<sup>48,29</sup>. TDK maneviyatı “maddi olmayan, içsel olan, kişinin iç dünyasıyla ilgili olan şeyler” olarak açıklamıştır<sup>11</sup>.

Spiritüalite; sevgi, umut ve inancı bir araya getiren bir model olarak açıklanmıştır. spiritüalite kavramsal olarak Tanrı'nın, Yaratıcı'nın veya Yüksek Gücün varlığını kabul eden, daha anlamlı bir yaşama katkıda bulunan bir inanç sistemi olarak tanımlanmakta ve bireyin iyiliği için daha anlamlı bir yaşam sürmeye katkı sağlamaktadır<sup>49</sup>.

Spiritüalitede aşkınlık duygusu vardır. Maddi dünyanın ötesine geçen değerlerle ve onun kendine hizmet eden amaçlarıyla ilgilenir. Bunlar sadece benimsenen değil, insanlar tarafından derinden hissedilen değerlerdir. Elbette aynı duygular dinin bir parçası olarak da var olabilir. O halde Spiritüalite deneyimseldir, varoluşsaldır ve her insanın en gerçekten yaşadığı yer olan iç çekirdeğine dokunur<sup>50</sup>. Bununla birlikte spiritüalite ayrıca yaşamın sonuyla başa çıkmada önemli bir rol oynar ve kesinlikle din olarak tanımlanmamalıdır<sup>51</sup>. Geçmişten beri spiritüalitenin din kavramını karşıladığı yanlışlığı günümüze kadar süregelmektedir.

Palyatif ve yaşam sonu bakımında spiritüalite, biyopsikososyal-spiritüel bakım modelinin bir parçası olmuştur. Sadece bununla kalmayıp spiritüalite, bu uzmanlaşmış disiplinlerin bir bileşeni olmanın ötesine geçmiştir ve şimdi hasta merkezli bakımın temel bir unsuru olarak kabul edilmiştir<sup>52</sup>. Bununla birlikte palyatif bakım, tedavinin yanında hasta, bakıcı ve ailenin psikososyal ve ruhsal ihtiyaçları, semptom yönetimi ve yaşam kalitesine odaklanır<sup>53</sup>.

Spiritüel bakım, hemşirelik tarihi boyunca dinsel olarak düşünülmüştür. Hemşirelerin hastaların spiritüel ihtiyaçlarını fark etmediği, spiritüel bakım bilgisinin yetersiz olduğu düşünülmektedir<sup>54</sup>. Fakat spiritüel boyut hemşirelik mesleğinde her zaman dikkate alınmıştır. Florence Nightingale, spiritüel bakımın en önemli insan ihtiyacı olduğunu ve şifa için gerekli olduğuna inanıyordu<sup>52</sup>. Florence Nightingale spiritüaliteyi de dahil ederek bütüncül bakış açısını her zaman savunmuştur. Şu sözleri ile bu durumu destekler “bireyin sağlığını oluşturan fizyolojik ihtiyaçlarının yanında spiritüel ihtiyaçları da vardır. Hepimiz fiziksel durumun zihnimizi ve ruhumuzu etkilediğini açıkça görebiliriz” demiştir<sup>55,56</sup>.

Mengeş (2021) hemşire ve doktorlarla yaptığı çalışmasında palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alan katılımcıların tama yakın kısmı spiritüel destek ve psikososyal desteği palyatif bakım ünitelerinin görevlerinden olarak saymaktadırlar<sup>57</sup>.

Spiritüel bakımdan ne anlaşıldığını daha fazla netleştirmek amacıyla Govier spiritüel bakım için **5 R**’ yi açıklamıştır<sup>58</sup>:

- **Reason and Reflection(Neden ve Derin Düşünce):** Kişinin hayatında anlam ve amaç arama veya bulma arzusu; yaşama isteği ve nedeni; kişinin varoluşu üzerine düşünmek ve meditasyon yapmak (sanat, müzik veya edebiyat yoluyla geliştirilebilir).
- **Religion(Din):** Din, değerler, inançlar ve ritüel uygulamalar çerçevesinde spiritüalite ifade edilmesi için bir araç olarak hizmet edebilir.
- **Relationships(İlişkiler):** Kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve tanrı/daha yüksek bir varlıkla ilişki kurma özlemi (hizmet, sevgi, güven, umut ve/veya yaratıcılık yoluyla ifade edilebilir); çevrenin takdir edilmesi
- **Restoration(Restorasyon):** Spiritüel boyutun bakımın fiziksel yönünü olumlu yönde etkileme yeteneği (belirli yaşam olayları spiritüel sıkıntıya neden olarak zararlı olabilir)<sup>58</sup>.

Hasta ve yakınlarında hastalığın verdiği korku, kaygı gibi baş etme durumlarında spiritüalite ön plana çıkar ve iyileşme sürecine ve kaygıyla başetmeye katkı sağlar.

## **2.9. Hastane Hizmetlerinde Spiritüalitenin Önemi**

DSÖ'nün palyatif bakımın ne olduğuna dair kapsamlı tanımı vardır: Hastalığın iyileştirici tedaviye yanıt vermediği durumlarda hastalara tam bir bakım verilmesini vurgular ve hem psikolojik hem de spiritüel sorunların ortaya çıkabileceğini kabul eder. Palyatif bakımın amacı hastalar ve aileleri için en iyi yaşam kalitesini elde etmektir<sup>59</sup>. Ölmekte olan hastalara ve ailelerine fiziksel, duygusal ve ruhsal bakım sağlamak sağlık personeli için oldukça zor olabilir<sup>51</sup>. Yaşamın son anına kadar tıpkı aile bireyi gibi hastayla birlikte olmak, gerekli semptomlara müdahale etmek, yas sürecinde aile üyelerine destek vermek, acısına ortak olmak profesyonelliği elden bırakmayıp bu zorlukla en iyi şekilde başedebilmelidir.

Öte yandan ruhsal sıkıntı ve varoluşsal endişeler, psikososyal ve fiziksel sıkıntı veya acı ile aynı yoğunluk ve öncelik seviyesinde tedavi edilmelidir.

Mümkün olduğunda, saygınlık merkezli bakım, anlam odaklı terapi, miras oluşturma, rehberli görselleştirme, farkındalık meditasyonu, yoga ve diğer zihin-beden müdahaleleri, sanat terapisi ve günlük kaydı kullanılabilir<sup>15</sup>.

Aslında spiritüalite birey ve ailesinin günlük yaşamında ait olduğu bir kültür, topluluk ve doğanın içinde anlam, amaç ve üstünlükle ilişkilendirdiği değerler yumağıdır. Dinle ilişkilidir ancak bir küme gibi düşünürsek dini kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Gelenekler ve inandığımız değerlerle ifade edildiği de görülebilir. Prospektif birçok çalışmada medikal ekip tarafından yapılan spiritüel bakım desteği ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin arttırıldığı gösterilmiştir<sup>51</sup>. Tüm bunlardan ortak bir sonuca ulaşılabilir. Spiritüalite aslında sadece palyatif bakımla da ilişkili olmayıp hayatın her anında karşımıza çıkar.

Spiritüel değerlendirme sürecinin üç farklı bileşeni vardır: spiritüel tanımlama, spiritüel geçmiş ve tam bir spiritüel değerlendirme. Spiritüel tarama spiritüel ihtiyaçları ve / veya sıkıntıları belirlemek için her hasta ve aileyle birlikte yapılır. Geçmiş ve değerlendirme spiritüel arka planı tanımlar, hasta ve ailenin tercihleri ve ilgili inançları, değerleri, ritüelleri ve uygulamaları değerlendirilir. Spiritüel sıkıntı ve spiritüel güçler ve kaynaklar gibi semptomlar belirlenir ve belgelenir<sup>2</sup>.

Hastayı bütüncül değerlendirirken ve hasta bakımını planlarken hastanın spiritüel bir gereksinimi de olabileceği göz ardı edilmemeli ve bu plana dahil edilmelidir<sup>60</sup>.

Hastane ortamında hastayla en çok zaman geçiren meslek grubu hemşirelerdir. Hem tıbbi hem de spiritüel bakım veren bütüncül bir yapıya sahiptirler ve aynı zamanda iyi bir hasta yakınlarıdır. Tüm bu faktörler mesleği özel bir alana taşır<sup>61</sup>.

Hastasına bakım veren hemşire kendi dinsel inanışı, spiritüalite ve düşüncelerinden olabildiğince kendini izole etmeli, hastasının o anda ihtiyaç duyduğu alana yönelik spiritüel bakım verirse herhangi bir kriz oluşmadan hastasıyla birlikte bir rota çizmiş olmalıdır<sup>55</sup>.

Planlamalarını yaparken hemşireler hastalarının fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarını değerlendirir ve onları etkileşimli ve birbiriyle ilişkili olarak görür<sup>62</sup>.

Palyatif bakımda, spiritüel değerlendirme aracının gereksinimlerinin çoğunu Ars Moriendi Modeli (AMM) karşılamaktadır. Bu model 15. yüzyılda en popüler haliyle 11 bloktan oluşan bir kitapta aktarılmıştır. Kitapta ölmekte olan kişiye sunulan beş başlık yer alır. İncanın kaybı, kişinin kurtuluşa olan güveninin kaybı, dünyevi meselelere bağlı kalma, acı ve ıstırapla baş edememe ve gurur. AMM'nin gerekçesini tartışırken, “Bu ortaçağ modelinin amacı açıktır: Ölmeye hazırlanmak, iyi ve kötünün güçleri arasındaki son savaştır ve ölenler, cennet ile cehennem arasında bir seçim yapmak zorunda kalırlar. AMM'nin spiritüel bir değerlendirme aracı olarak kullanımına ilişkin veri toplamak için hemşirelere ve aile hekimlerine bir anket uygulandıktan sonra nitel ve nicel veriler toplanmıştır. Araştırmanın nicel aşamasına dört aile hekimi ve 17 hemşireden oluşan bir katılımcı grubu, nitel aşamasına ise beş hekim ve 19 hemşire katılmıştır. Çalışma sonuçları, hemşirelerin ve sağlık hizmeti sunucularının, AMM'nin hastalar için kişi merkezli yaşam sonu bakımı için faydalı bir spiritüel değerlendirme aracı olduğunu düşündüklerini göstermiştir<sup>63,64</sup>.

Spiritüel gereksinimleri belirlemek amacıyla HOPE, FICA, SPIRIT gibi birçok tanılama aracı kullanılabilir<sup>65</sup>.

### **HOPE Aracı;**

- **H (Sources of hope- Umut kaynakları):** Umut, güç, rahatlık ve huzurun kaynakları nelerdir?

- **O (Organized religion- Örgütlü din):** Dini veya spiritüel bir topluluğun parçası mısınız? Size yardımcı oluyor mu? Nasıl?
- **P (Personal spirituality or spiritual practices- Kişisel spiritüalite veya spiritüel uygulamalar):** Spiritüalitenizin veya spiritüel uygulamalarınızın hangi yönlerini kişisel olarak size en çok yardımcı buluyorsunuz?
- **E (Effects on medical care and/or end-of-life issues- tıbbi bakım ve / veya yaşam sonu sorunlar üzerindeki etkiler):** Sağlık ekibinin uyguladığı bakımın sizi etkileyeceğine dair herhangi bir inancınız var mı?<sup>65</sup>.

Hemşire sürekli olarak değerlendirme yapacak olsa da, ilk spiritüel değerlendirme en iyi değerlendirme sürecinin sonunda veya hemşirenin danışan ve/veya destek kişiyle bir ilişki geliştirmesinden sonra psikososyal değerlendirmenin ardından yapılabilir. Duyarlılık ve kişisel sıcaklık sergileyen, biraz uyum yaratan bir hemşire, spiritüel bir değerlendirme sırasında muhtemelen daha başarılı olacaktır. FICA gibi bir kısaltmayı hatırlamak, hemşirenin uygun sorular sormasına da yardımcı olabilir<sup>44</sup>.

#### **FICA Aracı:**

- **F (Faith-İnanç):** İnancınız var mı? Stresle başa çıkmanıza yardımcı olan spiritüel inançlarınız var mı?
- **I (Import or Influence- Önem veya Etki):** İnancınızın yaşamınızdaki önemi nedir? İnançlarınızın sağlığınıza geri kazanmada nasıl bir rolü var?
- **C (Community- Topluluk):** Bir inanç topluluğunun üyesi misiniz? Bu topluluk sizi nasıl desteklemektedir? Düzenli olarak karşılaştığınız, sizinle aynı fikirde olan bir grup inanan var mı?
- **A (Address- Hitap Etmek):** Sağlık ekibinizin sizi ruhsal olarak nasıl desteklemesini istersiniz? Bakımınızda bu sorunları nasıl ele almamı istersiniz<sup>44,65,66</sup>.

#### **SPIRIT Aracı:**

- **S (Spiritual belief system- Spiritüel inanç sistemi):** Dinî bağlılığınız nedir? Sizin için önemli olan manevi bir yaşamınız var mı?
- **P (Personal spirituality- Kişisel spiritüalite):** Dininiz ya da kişisel olarak kabul ettiğiniz spiritüel inanç ve uygulamalarınızı anlatın. Kabul etmediğiniz veya uymadığınız inançları ve uygulamaları tanımlayın.

- **I (Integration with a spiritual community- spiritüel bir toplulukla bütünleşme):** Herhangi bir spiritüel/dinî gruba veya topluluğa üye misiniz? Bu grubun sizin için önemi nedir? Bu grup sağlık sorunlarıyla başa çıkmada size yardımcı olabiliyor mu?
- **R (Ritualized practices and restrictions- Ritüel uygulamalar ve kısıtlamalar):** Dini ve spiritüel yaşamınızın bir parçası olarak hangi özel uygulamaları gerçekleştiriyorsunuz? Dininiz hangi yaşam tarzı faaliyetlerini veya uygulamalarını teşvik ediyor, caydırıyor veya yasaklıyor?
- **I (Implications for medical care-Tıbbi bakım için çıkarımlar):** Bakımınızda dinî/spiritüelliğinizin hangi yönlerinin olmasını isterdiniz? Dininizin caydırdığı veya yasakladığı tıbbi bakımın belirli unsurları var mı?
- **T (Terminal events planning- Son dönem etkinlik planlama):** Dininiz ve spiritüaliteniz kararlarınızı etkiler mi?<sup>65</sup>.

Spiritüalite zihin, beden ve ruhu bütünleştirerek kavramsallaştırır<sup>67</sup>. Spiritüalite değerlendirme aracı, hemşirelerin ve diğer insanların içinde buldukları spiritüel sürecin bilincinde olmayı arttırmada ve değerlendirmede yardımcı olur. Hemşire gerekli değerlendirme aracını kullanarak hastasına o an en uygun bakımı verebilmeyi planlar. Bu süreçte gerektiğinde hasta yakını ve profesyonel ekibin görüşlerine de başvurabilir.

**Anlam ve Amaç:** Bazı sorular, kişinin hayatının anlamını ve amacını araştırma, umutlarını ve beklentilerini belirleme, şüphe ve belirsizliği onaylama konusundaki yeteneklerini değerlendirme amacını taşımaktadır. Bunlar<sup>7,48,55</sup>.

- Hayat amacınız var mı?
- Hayatınızı neyin anlamlı yaptığını düşünüyorsunuz?
- İyi olmayı neden istiyorsunuz?

**İçsel güçler:** Amaç kişinin enerjisini ortaya koyma, güçlü yönünü, seçimlerini, hedeflerini ve inancını algılama ve anlama yeteneğini değerlendirmektir.

**Kendilik (Benlik İlişkileri):** Kişinin kendisi hakkındaki pozitif düşüncesini, kendisine olan saygısını ve benlik duygusunu, içerisinde bulunduğu dünyaya ait hissetmesi, meraklarını giderebilme durumu ve kendine olan sevgisini gösterme ve kendini affetme yeteneğini değerlendirir<sup>7,48,55</sup>.

## 2.10. Spiritüel Sağlık, Spiritüel İyi Oluş, Din ve Umut Kavramları

**Spiritüel Sağlık:** Genellikle spiritüel sıkıntının tersi olarak tasvir edilir. Spiritüel sağlığın tesadüfen değil, seçimle gerçekleştiği düşünülmektedir. Yani, spiritüel sağlık, bireylerin çeşitli spiritüel disiplinler yoluyla (örneğin; dua, meditasyon, dinsel töre, benzer inananlarla arkadaşlık, spiritüel konuyu hocasından öğrenme, ibadet, çalışma, oruç) kasıtlı olarak spiritüel duygularını güçlendirmeye çalıştıklarında ortaya çıkar<sup>44</sup>.

Hastaların bütünsel bakımı için bir spiritüel sağlık değerlendirmesi, psikosozyal veya fiziksel bir değerlendirme yapılması kadar gereklidir. Spiritüel sağlık, spiritüel desteğe ihtiyacı olan hastaları (ve ailelerini) tanımak için eğitim almış hemşireler tarafından da değerlendirilebilir<sup>63</sup>. Spiritüel sağlığı güçlü olan bireylerin diğer fiziksel semptomlarla baş etmesi de kolaylaşacaktır.

**Spiritüel iyi oluş:** Bu kavram genellikle iki boyuta sahip olarak tanımlanır. Dikey boyut, bir kişi ile Tanrı veya başka bir yüksek güç arasındaki aşkın ilişkiyi; yatay boyut, insanların başkalarıyla sahip olduğu olumlu ilişkileri ve bağlantıları tanımlar<sup>68</sup>.

Kişinin üstün bir yaratıcıya inanması ve doğa ili uyumu, çevresine ve kendine davranışı, inandığı ve bağlı olduğu değer yargısı, yaşam mücadelesinde ne hissettiği gibi duyguları üzerinde etkili olan kavramdır<sup>69</sup>. Chirico'ya göre, tanımlanamaz ve işe yaramaz bir yapı değildir. Zihin ve beden kadar insanın bir parçasıdır<sup>70</sup>.

1971 yılında bir konferansta ilk defa ortaya atılan spiritüel iyi oluş, Poloutzian ve Ellison tarafından kavramlaştırılmıştır<sup>71,29</sup>. Varoluşsal ve dinsel boyutu olan spiritüel iyi oluş, Poloutzian ve Ellison'un yorumuyla bugünkü tanımına ulaşmıştır.

Wang ve Lin (2016) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada spiritüel iyi oluşun yaşam kalitesini koruduğunu ve şiddetli fiziksel semptomlara rağmen hastalarda ani ölüm arzusunu önlediğini; hastaların ihtiyaçlarını karşılayan ve ruhsal esenliğini artıran uygun spiritüel bakımın, ölümcül kanser hastalarındaki şiddetli semptomların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini ve ölüm arzusunu azalttığını bulmuştur<sup>72</sup>.

**Din:** Bir hastaya spiritüel bakım sağlarken, din ve spiritüalite arasındaki farkları anlamak önemlidir. Birçok insan spiritüalite ve din terimlerini birbirinin yerine kullanma eğilimindedir. Yakından ilişkili olmalarına rağmen, bu terimler eşanlamalı değildir. Dini uygulamalar spiritüalite kapsar, ancak spiritüalitenin dini uygulamaları içermesi gerekmez. Dini bakım, hastaların inanç sistemlerine ve ibadet uygulamalarına sadakatlerini sürdürmelerine yardımcı olur. Spiritüel bakım, insanların yaşamdaki anlamı

ve amacı belirlemelerine, şimdiki zamanın ötesine bakmalarına ve kişisel ilişkileri ve daha yüksek bir varlık veya yaşam gücü ile ilişkilerini sürdürmelerine yardımcı olur<sup>73</sup>. Öte yandan spiritüel bakım sağlamak amacıyla hastanın din görevlisiyle görüşmesi yeterli olacağı anlamına gelmez. Spiritüalite, din ile ilişkilidir fakat hayatın anlamını da hissetmesi, dini duygular, doğayı sevmesi bütünü oluşturan parçalardır<sup>56</sup>.

Din ve spiritüalite birbiriyle ilişkili alanlar olsa da farklı olduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır. Din bir cami, kilise, sinagog içinde veya dışında uygulanabilir ve dualar, ritüeller ve toplumsal hizmetler dahil olmak üzere bir dizi işlemle erişilebilen bir Tanrı olan yüce bir varlığa olan inancı ima eder. Bir dine bağlılığın spiritüalitenin bir tezahürü olduğunu söylemek doğrudur, çünkü Tanrı aşkın bir şeydir. Bununla birlikte, bir kişinin Spiritüel bağlılığının düzeyini kiliseye katılım veya dua ve diğer uygulamalar için harcanan zamana göre değerlendirmek uygun olmayabilir<sup>74</sup>.

**Umut:** Türk Dil Kurumu'na göre umut "ummaktan doğan duygu", "olması beklenen veya olacağı düşünülen şey, ümit" olarak tanımlamaktadır<sup>11</sup>.

İnsanlarla kurulan ilişkiler, umudun ilişkisel boyutunu oluşturmaktadır. Umut düzeyi, bireyin sosyal destek mekanizmaları ile pozitif ilişkilidir. Hastanın ailesi, arkadaşları ve hemşireler bireyler için benzersiz ve bağımsız, önemli destek kaynaklarıdır. Umudu artırıcı spiritüel aktiviteler; dinî inanç ve ritüeller, yaşamın anlam ve amacı, Tanrı veya başka bir yaşam gücü ile olan ilişkiyi kapsamaktadır<sup>75</sup>.

Umutla bir hasta, zayıflık ve savunmasızlık duygularından mümkün olduğunca dolu yaşamaya geçer. Bir umut duygusunu sürdürmek, kısmen, başkalarıyla güçlü ilişkilere ve duygusal bağlılığa sahip olan bir kişiye bağlıdır. Öte yandan, spiritüel sıkıntı genellikle hastanın umutlu hissetmemesinden veya herhangi bir olumlu sonucu öngörememesinden kaynaklanır. Spiritüalite ve umut, hastanın kayıp ve ölüme uyum sağlamasında hayati bir rol oynar<sup>73</sup>.

Spiritüalite ile ilişkili kavramların yanında, spiritüaliteyi etkileyen faktörler de vardır.

## **2.11. Spiritüaliteyi Etkileyen Faktörler**

**Spiritüel Distress (Manevi Sıkıntı):** Spiritüel distress, "hayata güç, umut ve anlam sağlayan inanç veya değerler sisteminde bir rahatsızlık" anlamına gelir<sup>44</sup>.

Hastalık, kayıp, keder veya büyük bir yaşam değişikliği meydana geldiğinde, insanlar ya başa çıkmalarına yardımcı olmak için spiritüel kaynakları kullanır ya da spiritüel

ihtiyaçlar ve endişeler gelişir. Spiritüel distress, insanın "kendisiyle, başkalarıyla, sanatla, müzikle, edebiyatla, doğayla ve/veya kendisinden daha büyük bir güçle bağlantı kurarak yaşamdaki anlamı ve amacı deneyimleme ve bütünleştirme yeteneğidir"<sup>76</sup>.

Spiritüel distress, 1978'den beri NANDA-I'de hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiş ve 2002'de revize edilmiştir. Taksonomi I'de bu tanı, bir kişinin tüm varlığını kaplayan ve bütünleştiren yaşam ilkesindeki bozulma olarak değerlendirilen alanı sınıflandırır. Taksonomi II' de, kendisiyle, başkalarıyla, sanatla, müzikle, edebiyatla, doğayla veya kendisinden daha büyük bir güçle bağlantılı olarak yaşamdaki anlamı ve amacı deneyimleme ve bütünleştirme becerisinin bozulması olarak tanımlanır<sup>77</sup>.

### **Spiritüel distress belirlenmesi**

Hastanın spiritüalitesinin dikkate alınması ve spiritüel sıkıntı belirtilerinin anlaşılması, özellikle ciddi hastalığı olanlar için, bakım vermenin hayati bir yönüdür. Bu belirtiler:

- Umut kaybı
- Başkalarına yük olma hissi
- Haysiyet kaybı
- Yaşama isteği kaybıdır.

Spiritüel distress, hemşireleri hastaları için müdahale aramaya teşvik eden sezgidir<sup>78</sup>.

Elias ve ark. (2007)'nın çalışmasında Brezilya'daki bir devlet hastanesinde on bir terminal hastalarda spiritüel distress oluşumunun analizinde, ya klinik prognozun ciddiyetinden ya da hastalık tanısına bağlı ifade edilen ölüm korkusu fikrinin en yaygın olduğunu bulmuştur<sup>79</sup>.

**Kronik hastalık:** Sürekli veya tekrarlayan fiziksel ağrı ve sakatlık, stresi olan bir kişiyi etkileyen yaygın bir durumsal krizdir. Hastalık, bütünsel karmaşık bir durum olarak tanımlanır; fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal bileşenler ve dolayısıyla bireye karşılık gelen talepler nedeniyle bir stres kaynağıdır. Her hastanın bu strese tepkisi benzersizdir ve aynı tıbbi tanıya ve benzer hastalık ilerlemesine sahip kişiler yaşam kalitelerini farklı şekilde derecelendirebilirler<sup>80</sup>.

Kronik hastalıkların artan prevalansından dolayı ölüm, bir zamanlar yaşamın erken dönemlerinde görülen bir yaşam olayından, hızlı ve büyük ölçüde beklenmedik, kronik,

ilerleyici ve orantısız bir şekilde yaşlıları etkilemeye devam eden bir dizi deneyime dönüşmüştür<sup>81</sup>.

**Terminal hastalık:** Hastaların yaşamlarının sonunda deneyimledikleri fiziksel ve psikososyal semptomlarını yönetmeye ek olarak, bakımını hastanede veya evde almalarına bakılmaksızın, hastalıkları üzerinde daha fazla kontrol hissine sahip olmaları için onları güçlendirmek gerekir. Bütüncül bakım sağlamak çok önemlidir çünkü hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal sağlığını kapsayan yaşamın bir parçasıdır<sup>82</sup>.

## 2.12. Spiritüel Bakım ve Sağlık

Spiritüalite ve spiritüel bakım, palyatif bakım felsefesinin merkezinde yer alır<sup>83</sup>.

Spiritüel bakım; kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, anksiyete ve depresyon insidansının azalmasıyla pozitif olarak ilişkilidir. Din ve spiritüalite, diyet, egzersiz, sigara ve diğer koruyucu sağlık önlemleri gibi sağlığı iyileştirecek davranışlar üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir<sup>3</sup>.

2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında bir protokol gerçekleşmiş, protokol imzalandıktan sonra uygulamaya konulmuş ve belli şartlar oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinde; hasta yakını ve sağlık personeline, fiziksel şartlara bağlı olarak, hastanenin sağlık hizmetlerinde, sınır ihlali yapılmaksızın, dinsel ve spiritüel konularda danışmanlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. Hasta ihtiyaç duyduğunda din görevlisi çağrılmaktadır<sup>84</sup>.

İmzalanan protokole göre;

**Manevi destek birimi:** Bakanlık ile Başkanlık arasında imzalanan Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolüne göre spiritüel destek hizmeti vermek üzere oluşturulan birimi,

**Manevi destek hizmeti:** Dini referanslardan hareketle, insanların üzüntülü, sıkıntılı, korkulu hallerinde, yalnızlık ve ümitsizlik duygularına kapıldıklarında, ani değişmelerle gelen kriz durumlarında, maruz kaldıkları yeni duruma uyum sağlama ve baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmayı, varsa sorularını cevaplamayı, hayatlarına yeni bir anlam vermelerine eşlik ederek onlara moral kazandırmayı hedefler. Manevi destek personelinin görevleri şunlardır:

- Sağlık kuruluşlarında, talep eden hasta, hasta yakını ve hastane personeline dini konularda danışmanlık/rehberlik yapmak, moral, motivasyon ve spiritüel destek sağlamak.
- Evde bakım hizmeti vermek üzere görevlendirilmiş ekipler ile birlikte, talep edilmesi halinde evde spiritüel destek hizmeti de vermek.
- Manevi destek biriminin, hastane personeline ve topluma tanıtılmasına yönelik çalışmalar yapmak<sup>85,84</sup>.

Spiritüel bakım tanımlardan anlaşıldığı üzere kişilerin sıkıntılı durumlarda başvurduğu, profesyonel destek isteyen bir kavramdır. Bu alanda çalışmaların az olduğu açıktır ve sağlık profesyoneli kendi uzmanlık alanı olarak görmediği için yeterli desteği veremeyebilir.

Ergül ve Bayık'ın (2014) belirttiğine göre O'Brien'in çalışmasında yaşama olumlu manevi, dini bir bakış açısıyla bakan hastaların hemodiyalizin yarattığı strese daha kolay uyum sağlayabildiklerine dikkat çekmiştir<sup>55</sup>.

Küçük'ün (2019) belirttiğine göre Frenslar ve arkadaşlarının çalışmasında, fiziksel semptomların tedavisinde spiritüel bakım sağlamanın etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır<sup>84</sup>.

### **2.13. Spiritüel Bakım ve Din İlişkisi**

Spiritüalite, belirli bir teolojik veya ideolojik modele bağlı değildir. Spiritüalite, bir Tanrıya veya Tanrılara olan inancı ne gerektirir ne de geçersiz kılar; belirli bir ritüel setine katılımı varsaymaz ve herhangi bir özel kutsal metinle bağlantılı değildir. Pek çok insan için spiritüalite, belirli bir dini geleneğe katılımı ile şekillendirilir ve geliştirilirken, diğerleri için dini üyelikle bağlantılı değildir<sup>86</sup>.

Din ve spiritüalite, yaşam ve ölüm gibi kriz durumu ve sorunlarıyla baş etmenin en önemli araçları arasındadır. Spiritüalitenin din ile örtüşmesi, tanımsal sorun için özellikle önemlidir. Dindarlık çoğunlukla, Yahudilik ve İslam gibi bir dini inanca bağlılığı, kişinin inancının savunduğu kişisel inançları (İlahiyat'ta olduğu gibi) ve bu inançla ilişkili ritüellere ve diğer faaliyetlere katılmayı ifade eder. Spiritüalite, birincil odak noktası davranış olmasa da, bir bireyin içselleştirilmiş inancı, değerleri ve inançları ile bunların günlük davranışları üzerindeki etkisine daha deneyimsel ve varoluşsal bir odağa sahiptir<sup>87</sup>.

Choumanova ve ark. (2006) araştırmasına göre kronik hastalığa sahip insanlar başa çıkmak için din ve spiritüalitenin temel kaynakları olduğunu düşünüyordu. Bazıları için din, kendilerine sunulan birkaç kaynaktan biriydi<sup>88</sup>.

Spiritüalite farklı kavramları barındırdığı gibi din ile karıştırılmaktadır<sup>89</sup>. Öte yandan spiritüalite, genellikle kişisel aydınlanma ve / veya tamamlanma arayışı ile meşgul olan ve bir (veya herhangi bir) dini doktrini takip etmeyen bir bireyin zihniyetiyle ilişkilendirilir. Belirli bir inanç geleneğine bağlılık gösterme olasılığı düşüktür. Cullen'e (2006) göre en önemlisi "spiritüalite" terimi genellikle bu dünyaya ait olan şeyin içinde bulunabilecek derin bir gerçeğe bağlılığı ifade etmek için kullanılır. "Din" terimi, "dışarıda" olan, bu dünyanın sunduğu şeyin ötesinde yatan ve yalnızca belirli dışsallarla (kutsal yazılar, dogmalar, ritüeller vb.) ilgili olan daha yüksek bir gerçeğe bağlılığı ifade etmek için kullanılır<sup>90</sup>.

Hemşirelik bakımı sadece hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak değildir. Spiritüalite, din ve vicdan gibi soyut duyguları yoğun olarak hisseden hastaya hemşire bu konularda destek olabilir. Fakat bunun belli bir standardı yoktur. Çünkü spiritüalite kişiden kişiye göre değişebilir. Eğer dini uygulamalar hakkında spiritüaliteye ihtiyaç duyulursa bu konuda bilgi verilmeli manevi destek uzmanı ile işbirliği içinde destek alması sağlanmalıdır. Son dönem hastalarda spiritüalite ve dini duygular hastaya güç verir ve bu rolü sağlayıcılar hemşirelerdir<sup>91</sup>.

Spiritüalite ve dini duyguları gösteren bazı durumlar vardır. Bunlar; dua ve meditasyon, ibadethaneye gitmek, kutsal metin okuma, dini teslimiyet, olumlu Tanrı imajı gibi sayılabilir<sup>92</sup>. Bu durumlar aynı zamanda din ve spiritüalitenin ortak konularıdır.

#### **2.14. Hastaların Spiritüel İhtiyaçlarını Karşılamada Hemşirenin Rolü**

Amerikan Hemşireler Derneği'nin standardı, spiritüel bakımın tüm hemşirelik bakımının bir parçası olması gerektiğidir<sup>3</sup>. Kendi spiritüalitesi yüksek hemşireler genellikle hastalarının spiritüel ihtiyaçlarını daha çok önemsemektedir. Kendi kişisel, duygusal ve ruhsal sağlıklarını geliştiren hemşireler, hastaları için kaynak olur ve kendilerine ve hastalarına bakarken kendi spiritüalitesini bir araç olarak kullanırlar<sup>78</sup>.

Hemşirelik uygulamasında yardım rolü önemlidir. Hastalar, diğer sağlık profesyonellerinden beklediklerinden farklı bir yardım için hemşirelere başvururlar. Uzman hemşireler, hastaları ve ruhsal sağlıklarını etkileyen kişisel sorunları öngörme becerisi kazanır. Eleştirel düşünme, bilgi ve beceriler, hemşirelerin hastaların ruhsal

esenliğini ve sağlığını geliştirmesine yardımcı olur. Hemşirelik sürecini kullanırken uygun spiritüel bakımı sağlamada bilgi, deneyim, tutum ve standartları uygulanır<sup>73</sup>.

Her hasta kendine özeldir ve hemşirelik bakımı da bundan hareketle doğmuştur. Her bireye uygun olan bakımı sağlamak ve inançlarına saygılı olmak gerekir<sup>93</sup>.

Hastanın spiritüel sağlığı değerlendirirken B-E-L-I-E-F tanılama metodu hemşirelerin, ailenin ve çocuğun spiritüel ve dini ihtiyaçlarını gidermesine yardımcı olabilir<sup>73,93</sup>.

Bunlar;

B-Belief system (inanç sistemi)

E-Ethics and values (etik veya değerler)

L- Lifestyle (yaşam biçimi)

I-Involvement in a spiritual community (spiritüel topluma katılma)

E-Education(eğitim)

F-Future events (gelecek olaylar)<sup>73, 93</sup>.

B-E-L-I-E-F gibi etkili spiritüel değerlendirme araçları, hemşirelerin değerlendirilmesi gereken önemli alanları hatırlamalarına yardımcı olur. Bir hastanın değerlendirme araçlarındaki maddelere verdiği yanıt, genellikle daha fazla araştırma yapılması gereken alanları gösterir. Örneğin, bir değerlendirme aracını kullandıktan sonra hemşire, hastanın değişime adaptasyon güçlüğünü fark ederse, daha önce hastanın yeni hastalığı nasıl kabul ettiğini ve onu nasıl yönettiğini anlamak için zaman harcaması gerekir. Gerek bir değerlendirme aracı kullanın, gerekse spiritüel ilkelere dayalı sorularla bir değerlendirme yönlendirin, kişisel değer sistemlerinizi hastaya empoze etmemeniz önemlidir<sup>73</sup>.

Hemşire hastasının kültürel değerlerini bilmeli ve buna göre tanımlamalıdır. Çünkü kültürel değeri spiritüel inanç sistemi ve bireyin bu dünyadaki varlığını tanılamayı sağlar. Bundan ötürü hastanın değer ve inanç sistemlerinin öğrenilmesine katkıda bulunur<sup>93</sup>.

Hemşireler spiritüel değerlendirmeye genel yaklaşımı anladıklarında, hastalarıyla düşünceli tartışmalara girebilir, hastaların bir duruma getirdiği kişisel kaynaklar hakkında daha fazla farkındalık kazanabilir ve kaynakları etkili bir bakım planına dahil edebilirler<sup>73</sup>.

Spiritüel ve dini inançlar, diğer büyük yaşam olaylarında olduğu gibi, bireyin ölüme yaklaşımında da önemli bir rol oynamaktadır<sup>44</sup>. Bununla birlikte kronik hastalıkları olan çoğu insan evde yaşar veya bakılır<sup>94</sup>. Kronik hastalıkları olan bireylerin aile bakıcıları genellikle stres, depresyon, yük ve fiziksel sağlıklarında değişiklikler yaşarlar. Bakım verme deneyimlerini olumlu olarak yorumlayan aile bakıcıları daha az depresyon yaşarlar<sup>73</sup>. Bu nedenle, refahlarını artırmanın yollarını keşfetmek çok önemlidir;

- Güç ve destek alanlarını belirlemek için, kronik hastalıkları olan aile üyelerinin bakıcılarının spiritüel ve spiritüel davranışları veya uygulamaları hakkındaki değerlendirme verileri kullanılmalıdır.
- Uygun olduğunda, aile bakıcıları spiritüel davranışlara veya uygulamalara katılmaya teşvik edilir ve bakıcıların cemaat üyelerinden sosyal desteği artırmak ve bakıcı yükünü azaltmak için ziyaret etmeye teşvik edilmelidir.
- Spiritüel refahı artırmak için hemşirelik müdahalelerini belirlerken kültürel farklılıkları göz önünde bulundurmalı ve kişisel tercihler keşfedilmelidir.
- Bakıcıları toplulukta mevcut olan spiritüel kaynaklar hakkında bilgilendirilmelidir (örneğin, cemaat hemşireleri, toplum veya inanç temelli destek grupları, din adamları, sosyal hizmetler).
- Sosyal desteği artırmak ve bakıcı yükünü azaltmak istenirse, bakıcıların dini hizmetlere katılmalarına izin vermek için geçici bakıcı ayarlanmalıdır<sup>73</sup>.

Ölüm gibi kriz zamanlarında spiritüel, hasta ve aile için bir rahatlık ve destek kaynağı olabilir. Spiritüel ve dini inançlar genellikle uygun hareket tarzını belirler. Hemşireler, talep edilirse din adamları / ruhani rehberleri dinleyerek ve onlarla iletişime geçerek hastaların ve ailesinin spiritüel desteğe güvenmesine saygı duyarlar. Hemşireler, ölmekte olan hastanın ruhsal rahatlığını arttırmada önemli bir rol oynar. Ölmek, kişisel ve çoğu zaman yalnız bir süreçtir. Hemşire, ölmek üzere olan hastasının bir anlamda sesi olur. Aşağıdakiler, ölmekte olan bireylerin spiritüel ihtiyaçlarını ele alan terapötik hemşirelik müdahaleleridir<sup>95</sup>:

- Empati kurmak
- Müzik dinletmek
- Dokunmayı kullanma

- Hasta ve ailesi ile dua etmek
- Hasta ve ailesi tarafından talep edilmesi halinde din adamıyla iletişime geçmek
- Hasta ve ailesinin önünde dinsel literatürü yüksek sesle okumak<sup>95</sup>.

Dini hizmetlere katılabilen ve cemaatlerinin üyelerinden destek alan aile bakıcıları daha az zihinsel sıkıntı ve bakıcı yükü yaşarlar<sup>94</sup>. Palyatif bakım hastaları ile yapılan kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmaya göre hastaların %80'i dua ve ibadetin spiritüel bakım durumunda yeterli ve destekleyici olduğunu belirtmiştir<sup>96</sup>.

### **2.15. Hemşirelikte Spiritüel Bakım Sağlamanın Önündeki Engeller**

Spiritüelite, kişilerin nihai anlam, amaç ve aşkınlık aradıkları ve bunun yanı sıra kendileriyle, aileleriyle, başkalarıyla, toplulukla, toplumla, doğayla ve önemli veya kutsal olanla ilişki deneyimledikleri insanlığın dinamik ve içsel bir yönüdür. Hemşireler için spiritüel bakım yeterlilikleri ile ilgili literatür sınırlıdır. Hemşirelerin, olumlu sağlık sonuçları elde etmeye yardımcı olmak için spiritüel ve dünya görüşleri hakkında bilgili olmaları ve bunları kolaylaştırmaları beklenir<sup>3</sup>.

Ergül'ün (2010) belirttiğine göre hemşirelerin spiritüel bakımla ilgili çalışmalarında; spiritüel bakımın önemini kavrayamama, kendilerini bu konuda yeterli görmeme, din ve spiritüel bakımın karıştırılması gibi sebeplerden dolayı spiritüel bakım vermek istemedikleri söylenebilir<sup>164</sup>.

#### **2.15.1. Hemşirelik eğitimindeki engeller**

Spiritüel bakımı hemşirelik eğitime ve sahaya yansıtılmasının sebepleri arasında; yönetsel, bireysel ve toplumsal engellerin yanında kendi inançları ve değerleri de etkilidir. Bunun yanı sıra eğitimde spiritüel kavramlarının yeterince yer almadığına rastlanmıştır<sup>164</sup>.

Hemşirelerin lisans ve lisansüstü eğitimlerinde spiritüel bakım konusunda eğitim yetersizliği olduğu tespit edilmiştir<sup>98,99</sup>.

Hemşirelik eğitim sürecinde; hemşirenin hastasını holistik olarak değerlendirmeyi fiziksel, duygusal ve spiritüel yönlerini ele alıp desteklemeyi inceledikleri söylenebilir. Fakat hemşirelik bakım planlarına yapılan spiritüel bakımın donanımının yetersiz olduğu düşünülmektedir<sup>164</sup>.

Tornøe (2015)'nin Norveç'te çalışmasına göre hemşireler hastalarına ne cevap vereceğini bilemedikleri için spiritüalite konusunda konuşmak istemediklerini dile getirmişlerdir<sup>106</sup>.

Vincensi (2011)'e göre spiritüel bakım konusunda bilgi eksikliği, hemşireler tarafından spiritüel bakım sağlamanın önünde bir engel olarak düşünülebilir<sup>99</sup>.

Maddox (2001) 18 öğrenciyle yaptığı çalışmasında, öğrencilerin belirli bir spiritüel değerlendirme protokolünün kullanımı hakkında bilgi sahibi olmadığını tespit etti. Odak grubu olarak daha fazla tartışıldığında, öğrencilerin spiritüel bir değerlendirme yapmaya ve manevi bakım sağlamaya hazır olmadığını belirlemiştir<sup>100</sup>.

Gordon (2015)'un çalışmasında palyatif bakım ortamlarında çalışan on dokuz(19) hemşire spiritüel bakım ihtiyaçlarının tanınması ve sağlanması konusunda ankete tabi tutulmuştur. 60 dakikalık bir eğitim oturumu sağlamıştır. Eğitim öncesi hemşireler hastaların spiritüel ihtiyaçlarını tanımlamada eksik olduğunu ve rahat davranmadığını eğitim sonrası hasta talep ettiğinde daha duyarlı ve spiritüel bakım ihtiyaçlarını tanımlayabildiği bulmuştur<sup>3</sup>.

### **2.15.2.Hemşirelik deneyimindeki engeller**

Önemli sayıda hemşire kendilerini profesyonel spiritüel bakım verme konusunda yetenekli görmemekte ve bu nedenle spiritüel bakım vermemektedir<sup>3</sup>. Spiritüel bakımda eğitim eksikliği, hemşirenin uygulamada spiritüel bakım sağlama konusundaki güvenini ve yeteneğini etkiler ve böylece deneyimi sınırlar. Hemşireler, bazı bireylerin spiritüel konular hakkındaki görüşlerini paylaşmak istemeyebileceklerinin farkında olmalı, kendi spiritüel değer ve inançlarını empoze etmemelidir<sup>101</sup>. Bununla birlikte, hemşirenin kendi spiritüel ve kültürel inançları, spiritüalite sunumunu ve spiritüel bakıma yaklaşımını etkileyebilecek bir durumdur<sup>101</sup>. Öte yandan artan spiritüel öz farkındalık, spiritüaliteye yönelik olumlu tutumlar, inançlar ve bireysel bir spiritüel uygulamanın gelişimi, spiritüel bakım sağlamada artan yetenek ve rahatlıkla ilişkilendirilmiştir<sup>99</sup>.

Profesyonel hemşirelik, ruhsal ihtiyaçları değerlendirerek ve uygun müdahaleleri planlayarak hasta bakımının spiritüel boyutunu kabul etmek için hemşirelerin uygulama ihtiyacının farkına varmıştır. Hemşirelerin ruhsal iyilik hallerinin, tutumlarının, inançlarının ve algılarının spiritüel bakım sağlama yeteneklerini etkilediğini göstermektedir<sup>103</sup>.

Connor ve Eller (2004) üç kiliseden toplanan 44 Afrikalı-Amerikalıdan oluşan uygun bir örneklem almıştır. Katılımcılar ayrıca spiritüel ihtiyaçlar maddesini izleyen iki açık uçlu soruyu tamamlamışlardır. “Bu spiritüel ihtiyaçları” ve katılımcı hastaneye kaldırılırsa bu ihtiyaçları karşılamak için “hemşirenin ne yapabileceğini” belirlediler. Bulgular, spiritüel değerler ile sağlık durumu arasında önemli farklılıklar olduğunu, sağlık durumu düştükçe spiritüel değerlerin arttığını göstermiştir<sup>105</sup>.

Hasta popülasyonu kültürel, dini, yaş, cinsiyet ve kronik hastalık durumuna göre çeşitlendikçe spiritüel değerlendirmenin bireyin ihtiyaçlarını ele alması gerektiği ve spiritüel bakımın ilk adımı olan spiritüel değerlendirmenin danışan tutumlarının farklılık göstermesine yol açar<sup>104,105,99</sup>.

Danışanlar, spiritüel bakım sağlayabileceğine veya vermesi gerektiğine inandıkları kişilere spiritüel bakım ihtiyaçları sunarlar. Ek olarak, spiritüelitesiyle ilgili danışan tutumları ve inançları kültürel grup, yaş, cinsiyet ve kronik hastalık ilerlemesine göre farklılık gösterebilir<sup>99</sup>.

Palyatif birimlerin yeni olması sebebiyle palyatifle ilgili deneyimin az olması beklenmektedir. Kwan ve ark. (2019) palyatif bakım alan kişilerin ruhsal ve psikolojik iyilik hallerini artırmada hemşire önderliğindeki spiritüel bakım uygulanması çalışmasında toplam 109 katılımcı (müdahale grubunda 54, kontrol grubunda 55) alınmıştır. Müdahale grubu spiritüel refahta kontrol grubuna göre daha fazla gelişime göstermiştir. Müdahale grubunda hem kaygı hem de depresyon düzeylerinde iyileşmeler olduğu bulunmuştur<sup>97</sup>.

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

Çalışma 60 hemşire, 60 hasta ve 60 hasta yakını olmak üzere toplamda 180 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM Statistical Package Social Sciences (SPSS) Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma palyatif bakımda hemşire, hasta ve hasta yakınının spiritüel değerlendirmesini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Mart 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Palyatif Bakım Servisinde yürütülmüştür.

Palyatif bakım ünitesi 15 yataklı olup; 7 hemşire, 1 fizyoterapist, 1 diyetisyen, 1 manevi destek uzmanı ve 1 sorumlu doktor, 1 asistan doktor çalışmaktadır.

Palyatif bakım ünitesinde genelde kanser, serabra vasküler hastalık, dekibüt yarası bulunan, çoklu organ yetmezliği tanılı ve alzheimer teşhisli hastalar yatmaktadır. Bu hastaların yatış süreleri ortalama 1 hafta ile 3 ay arasında değişmektedir.

#### **3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evreni Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Palyatif Bakım Servisinde çalışan hemşire, hasta ve onlara bakım veren hasta yakınlarından

oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek üzere evreni bilinen hesaplama formülü ile hesaplandı. Bu çalışmada, gerekli olan minimum örnek sayısı 180 (60 hemşire, 60 hasta, 60 hasta yakını) olarak belirlendi. GPower 3.1.9.2 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda ölçümler arasındaki ilişkinin tespiti için için tip 1 hata:0,05, n=60 ve hemşireler için effect size= 0.592 değerine göre güç seviyesi 0.9998, hasta yakını için effect size= 0.488 değerine göre güç seviyesi 0.9892, hastalar için effect size= 0.774 değerine göre güç seviyesi 0.9999 olarak tespit edilmiştir Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılmıştır. Bu sayı örnekleme alınacak minimum hasta sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Örnekleme, evren içinden araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 180(60 hemşire, 60 hasta, 60 hasta yakını) birey oluşturmaktadır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Demografik Bilgi Formu (Ek 1), SİÖÖ(Ek 2), Maneviyat Ölçeği (Ek 3), MDAÖ(Ek 4) kullanılmıştır.

#### 3.4.1. Demografik bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda<sup>6,20</sup> hazırlanan Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Demografik Bilgi Formu, hemşirenin sosyodemografik ve palyatif servis deneyimini içeren 18 soru(yaş, cinsiyet,medeni durum, eğitim düzeyi, palyatif servis deneyimi), hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren 17 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mevcut tanı, tanıyı ne zaman aldığı vb.), hasta yakınlarının sosyodemografik ve bakım verme özelliklerini içeren 23 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, bakım verme süresi, hastasına bakım verme sürecinde karşılaştığı problemlerin üstesinden gelmek için ne/neler yaptığı vb.) oluşmaktadır.

#### 3.4.2. SİÖÖ

Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından insanın değer ve anlamları doğrultusunda kişisel, toplumsal, çevresel ve aşkın yönleriyle hayatlarını anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla yetişkinlere yönelik olarak geliştirilmiş olan bir ölçektir. SİÖÖ, 29 maddeden

oluşan “Aşknlık”, “Doğayla Uyum” ve “Anomi” şeklinde 3 alt boyutu bulunan 5’li likert (1=bana hiç uygun değil, 5=bana tamamen uygun) tipi bir ölçektir. Puanlama yapılırken anomi alt boyutundaki maddeler ters puanlanır. Ölçekten alınabilecek puan 29-145 arasında değişirken, ölçekten alınan yüksek puan spiritüel anlamda iyi oluşa işaret etmektedir<sup>107</sup>. Anomi boyutu maddeleri;

Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim. Hayatımda büyük bir boşluk var. Hayattan zevk almam. Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim. Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem. Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim. Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm şeklinde maddelerden oluşmakta buradan alınan puanlar ters puanlanır<sup>107</sup>.

Ekşi ve Kardaş (2017) yaptığı çalışmada SİÖÖ’nin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak belirlenmiştir<sup>107</sup>. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ’nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise hemşirelerde 0,91; hastalarda 0,87; hasta yakınlarında 0,87 olarak saptanmıştır. SİÖÖ’nin kullanılabilmesi için yazarlardan izin alınmıştır. Alt boyutlar şu şekildedir:

**Aşknlık:** Bireyin ilahi güce olan bağlılığını belirleyen “Aşknlık” alt boyutu toplam 15 maddeden (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 nolu maddeler) oluşmaktadır<sup>107</sup>.

**Doğayla Uyum:** Kişinin doğayla ilişkisini ve doğadaki diğer canlılarla olan bağlılığını belirleyen toplam 7 maddeden (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28. maddeler) oluşmaktadır

**Anomi:** Kişinin hayatın anlam ve amacına yönelik olumsuz düşüncelerini içeren “Anomi” alt boyutu toplam 7 maddeden (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26. maddeler) oluşmaktadır<sup>107</sup>.

### 3.4.3. Maneviyat ölçeği

Maneviyat Ölçeği, 5’li likert tipi bir ölçek olup 3 olumsuz 24 olumlu toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “(1) Bana Hiç Uygun Değil, (2) Bana Uygun Değil, (3) Bana Biraz Uygun, (4) Bana Oldukça Uygun, (5) Bana Tamamen Uygun” şeklinde 5’li likert tarzında hazırlanmış olup, ölçekte yer alan olumsuz maddeler değerlendirmeye alınmadan önce ters kodlanmaktadır. Ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde ölçekten alınacak en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27’dir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip

olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam maneviyat puanı vermektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, kişide maneviyatın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir<sup>108</sup>.

Maneviyat ölçeği Cronbach's alfa değeri 0,90 olarak belirlenmiştir<sup>108</sup>. Çalışmamızda hasta yakınında 0,82, hastalarda 0,82 olarak belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin 24'ü pozitif (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27. maddeler), 3'ü negatif maddeden (8, 13, 26. maddeler) oluşmaktadır. Sorulardan 9, 12, 20, 21 ve 23. soru manevi başa çıkma alt boyutunu, 19, 22. sorular aşkınlık boyutunu, 3, 11, 24, 25, 27. sorular manevi yaşantı alt boyutunu, 7, 14, 15, 17. sorular anlam arayışı alt boyutunu, 6, 8, 13, 26. sorular manevi hoşnutluk alt boyutunu, 1,2, 4, 18. sorular bağlantı alt boyutunu, 5, 10, 16. sorular tabiatla uyum alt boyutunu oluşturmaktadır<sup>108</sup>.

#### **3.4.4. Manevi destek algısı ölçeği**

Çalışmada Kavas ve Kavas'ın (2014) geliştirmiş olduğu MDAÖ kullanılmıştır. MDAÖ beşli likert tipi bir ölçektir. Hemşire, ebe ve doktorların manevi destek konusundaki düşüncelerini tespit etmek için geliştirmiştir. Tek boyut olan ve toplam 15 soru içeren ölçeğin puanlaması; “hiç katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” ifadelerinin 0'dan 4'e doğru puanlanmasıyla yapılmaktadır. Maddelere verilen yanıtların toplanması ile ölçek toplam puanı belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60'dır. Kavas ve Kavas 2014'e göre toplam puanda ortalama ne kadar artarsa manevi destek kavramlarının algılanma düzeyi ve maneviyat düzeyi de olumlu anlamda artmaktadır. Puanlama da 0-19 (düşük), 20-40 (orta), 41-60 (yüksek) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek için yapılan güvenirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak belirlenmiştir<sup>109</sup>. Bizim çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire, hasta ve hasta yakını araştırma hakkında bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların araştırmacı tarafından dağıtılan anket formlarında yer alan sorulara cevap vermeleri istenmiştir. Anketleri doldurma zaman ve sürelerinin hastane işleyişini etkilememesine özen gösterilmiştir. Yanıtlardan elde edilecek verilerin tümünün bilimsel çalışma için kullanılacağı açıklanmıştır. Soruları yanıtlamaları için geçen süre en fazla 20 dakika olarak hesaplanmıştır. Anketi tamamlayanlardan formlar geri toplanmış ve değerlendirmeye alınmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma öncesinde Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan Etik Kurul onayı (Ek-3) alınmıştır (Karar No: E.21448). SİOÖ, Maneviyat Ölçeği ve MDAÖ geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olan yazarlardan elektronik posta yolu ile yazılı izin (Ek-4) alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan katılımcılardan anket formlarını cevaplamadan önce alınan bilgilerin, isimlerini kullanmamak şartıyla yalnızca bu çalışma için kullanılacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı belirtilmiştir, sözel ve yazılı olarak onamları alınarak anket formlarını cevaplandırmaları sağlanmıştır.

## 4.BULGULAR

Palyatif bakımda hemşire, hasta ve hasta yakını açısından spiritüel değerlendirme sonucu elde edilen bulgular hemşire, hasta ve hasta yakını başlıkları şeklinde sunulmuştur.

### 4.1.Hemşirelere Dair Bulguların İncelenmesi

**Tablo 1.** Hemşirelere dair demografik özelliklerin incelenmesi

		N	%
Cinsiyet	Erkek	8	13,3
	Kadın	52	86,7
Yaş		28,41±6,34	
Medeni durum	Bekar	31	51,7
	Evli	29	48,3
Çocuk sayısı		1,17±1,00	
Gelir durumu	İyi	7	11,7
	Orta	50	83,3
	Kötü	3	5,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	6	10,0
	Önlisans	5	8,3
	Lisans	40	66,7
	Yüksek lisans	8	13,3
	Doktora	1	1,7
Mesleki deneyim süresi		6,23±5,89	
Meslek hayatı boyunca çalışılan servisler	Palyatif servis	45	75,0
	Yoğun bakım	13	21,7
	Dahiliye	13	21,7
	Acil servis	12	20,0
	Kadın doğum	7	11,7
	Çocuk servisi	6	10,0
	Covid servisi	5	8,3
	Hematoloji	3	5,0
Palyatif servis deneyimi durumu	Evet	47	78,3
	Hayır	13	21,7
Palyatif servis deneyim süresi (yıl)		2,06±2,07	
Mesleği sevme durumu	Evet	33	55,0
	Hayır	10	16,7
	Kararsızım/emim değilim	17	28,3
Çalışılan bölümü isteyerek mi seçme durumu	Evet	26	43,3
	Hayır	34	56,7
Çalışılan bölümden memnun olma durumu	Evet	41	68,3
	Hayır	19	31,7
Yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu	Evet	48	80,0
	Hayır	12	20,0
Yaşam sonu bakım ile ilgili bilgi alınan yer	Okulda	20	33,3
	Hizmet içi eğitimlerde	18	30,0
	Diğer	13	21,7
	Bilimsel toplantılardan	6	10,0
	Kitap, dergi, internet vb. kaynaklardan	3	5,0
Yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerinizi yeterli bulma durumu	Evet	19	31,7
	Hayır	41	68,3
Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz	İyi	16	26,7
	Orta	42	70,0
	Kötü	2	3,3

Hemşirelerin %86,7'si kadın, yaş ortalaması  $28,41 \pm 6,34$ , %51,7'si bekar, çocuğu olanların çocuk sayısı ortalaması  $1,17 \pm 1,00$ , %83,3'ünün gelir durumu orta seviyede, %66,7'si lisans mezunu, mesleki deneyim süresi ortalaması  $6,23 \pm 5,89$ , %78,3'ü palyatif servis deneyimi bulunmakta, palyatif servis deneyimi süre ortalaması  $2,06 \pm 2,07$ , %55,0'i mesleğini sevmekte, %43,3'ü meseleğini isteyerek seçmiş, %%68,3'ü çalıştığı bölümden memnun, %80,0'i yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi almış, %%33,3'ü bu bilgileri okuldan almakta, %31,7'si yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerini yeterli bulmakta ve %26,7'si kendisini spiritüel açıdan iyi olarak değerlendirmektedir(Tablo 1).

**Tablo 2.** Hemşirelerin SİOÖ ve MDAÖ ölçek durumlarının incelenmesi

	Ortalama	Std. Sapma	Min	Maks	Cronbach's alfa
Manevi destek algısı ölçeği	52,75	7,77	28,0	60,0	0,94
Spiritüel iyi oluş ölçeği	113,78	13,44	85,0	136,0	0,91
Aşkınlık boyutu	59,53	9,19	32,0	70,0	
Doğayla uyum boyutu	30,60	4,01	20,0	35,0	
Anomi boyutu	23,65	5,69	8,0	34,0	

Hemşirelerin MDAÖ ölçek skor ortalaması  $52,75 \pm 7,77$ , SİOÖ skor ortalaması  $113,78 \pm 13,44$ 'tür.

Hemşirelerin, ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. MDAÖ (0,94), SİOÖ (0,91) için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değerleri hesaplanmıştır.

Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den yüksektir<sup>110</sup> (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hemşirelerin SİÖÖ ve MDAÖ boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

	SİÖÖ				MDAÖ
	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	SİÖÖ(Toplam Puanı)	MDAÖ
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	56,75±9,82	29,38±4,63	21,13±5,59	107,25±12,19	50,00±9,29
Kadın	59,96±9,12	30,79±3,92	24,04±5,66	114,79±13,45	53,17±7,53
Test/p <sup>2</sup>	-0,92/0,36	-0,93/0,36	-1,36/0,18	-1,49/0,14	-1,08/0,29
<b>Medeni durum</b>					
Bekar	59,61±9,75	30,65±3,85	22,23±5,91	112,48±13,55	53,29±7,46
Evli	59,45±8,73	30,55±4,24	25,17±5,12	115,17±13,42	52,17±8,19
Test/p <sup>2</sup>	0,07/0,95	0,09/0,93	<b>-2,06/0,04*</b>	-0,77/0,44	0,55/0,58
<b>Gelir durumu</b>					
İyi	63,71±8,50	33,57±2,15	28,71±3,68	126,00±10,39	54,71±6,60
Orta/kötü	58,98±9,21	30,21±4,04	22,98±5,59	112,17±13,03	52,49±7,93
Test/p <sup>2</sup>	1,29/0,20	<b>2,15/0,04*</b>	<b>2,63/0,01*</b>	<b>2,69/0,01*</b>	0,71/0,48
<b>Eğitim durumu</b>					
Lisans ve üstü	60,41±9,09	30,82±3,89	24,04±5,21	115,27±13,23	53,06±7,74
Önlisans ve altı	55,64±9,06	29,64±4,57	21,91±7,53	107,18±12,95	51,36±8,14
Test/p <sup>2</sup>	1,58/0,12	0,88/0,38	1,13/0,27	1,84/0,07	0,65/0,52
<b>Palyatif servis deneyimi</b>					
Evet	59,23±8,74	30,30±4,21	23,51±5,09	113,04±12,8	52,7±7,87
Hayır	60,62±11,00	31,69±3,07	24,15±7,72	116,46±15,83	52,92±7,71
Test/p <sup>2</sup>	-0,48/0,64	-1,11/0,27	-0,36/0,72	-0,81/0,422	0,09/0,93
<b>Mesleği sevmeye</b>					
Evet	59,91±8,83	30,91±4,10	24,21±5,59	115,03±12,24	53,88±7,08
Hayır	63,80±6,92	32,40±2,88	23,60±7,46	119,80±14,85	55,10±5,82
Kararsızım/emim değilim	56,29±10,29	28,94±3,99	22,59±4,89	107,82±13,39	49,18±9,15
Test/p <sup>1</sup>	2,25/0,12	2,71/0,08	0,45/0,64	3,01/0,06	2,76/0,07

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

**Tablo 3.** Hemşirelerin SİÖÖ ve MDAÖ boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi (Devam)

	SİÖÖ				MDAÖ
	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	SİÖÖ(toplam puan)	MDAÖ
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Çalışılan bölümü isteyerek seçme</b>					
Evet	61,65±7,48	31,85±3,13	25,12±5,05	118,62±12,09	53,35±7,21
Hayır	57,91±10,12	29,65±4,38	22,53±5,97	110,09±13,41	52,29±8,26
Test/p <sup>2</sup>	1,58/0,12	<b>2,17/0,03*</b>	1,78/0,08	<b>2,55/0,01*</b>	0,52/0,61
<b>Çalışılan bölümden memnun olma</b>					
Evet	60,17±8,50	31,02±3,75	23,66±5,69	114,85±13,38	52,71±8,18
Hayır	58,16±10,66	29,68±4,49	23,63±5,85	111,47±13,65	52,84±7,02

Test/p <sup>2</sup>		0,79/0,44	1,21/0,23	0,02/0,99	0,90/0,37	-0,06/0,95
<b>Yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma</b>						
Evet		60,54±8,55	30,75±4,02	23,35±5,48	114,65±13,22	52,77±7,90
Hayır		55,5±10,89	30,00±4,09	24,83±6,60	110,33±14,39	52,67±7,56
Test/p <sup>2</sup>		1,73/0,09	0,58/0,57	-0,80/0,43	0,99/0,32	0,04/0,97
<b>Yaşam sonu bakım ile ilgili bilgileri alınan yer</b>						
Diğer		50,54±9,80b	28,31±4,31b	25,00±4,81	103,85±13,68b	49,54±8,28b
Hizmet içi eğitimlerde		59,39±8,70a	30,06±4,19	23,00±6,32	112,44±12,46	49,72±9,57b
Okulda		63,35±6,94a	31,40±3,60	22,15±6,00	116,90±12,47a	56,60±4,63a
Toplantı,kitap,dergi,internet		64,33±3,20a	33,22±1,99a	26,33±4,00	123,89±7,04a	54,89±4,23
Test/p <sup>1</sup>		<b>8,43/0,00*</b>	<b>3,46/0,02*</b>	1,49/0,23	<b>5,51/0,01*</b>	<b>4,06/0,01*</b>
<b>Yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerinizi yeterli bulma</b>						
Evet		59,05±9,93	30,95±4,53	23,11±6,63	113,11±15,33	50,68±8,22
Hayır		59,76±8,95	30,44±3,80	23,90±5,27	114,10±12,67	53,71±7,47
Test/p <sup>2</sup>		-0,27/0,79	0,45/0,65	-0,50/0,62	-0,26/0,79	-1,41/0,16
<b>Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz?</b>						
İyi		58,88±8,84	30,63±3,56	27,25±4,80	116,75±11,07	53,44±6,32
Kötü		59,77±9,41	30,59±4,20	22,34±5,46	112,70±14,17	52,50±8,29
Test/p <sup>2</sup>		-0,33/0,74	0,03/0,98	<b>3,17/0,00*</b>	1,031/0,307	0,41/0,68
Yaş	r	0,01	-0,00	<b>0,33</b>	0,14	-0,17
	p	0,97	1,00	<b>0,01*</b>	0,27	0,21
Çocuk sahibi	r	0,16	0,27	0,22	0,27	-0,04
	p	0,40	0,16	0,26	0,15	0,84
Mesleki deneyim süresi	r	-0,01	0,01	<b>0,39</b>	0,16	-0,10
	p	0,95	0,93	<b>0,00*</b>	0,22	0,44
Palyatif servis deneyimi süresi	r	-0,07	-0,19	0,02	-0,10	-0,22
	p	0,59	0,15	0,87	0,47	0,09

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, palyatif servis deneyimi, mesleği sevme durumu, çalışılan bölümden memnun olma durumu, yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu ve yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerinizi yeterli bulma durumları arasında MDAÖ, SİÖÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 3).

Hemşirelerin medeni durum grupları arasında MDAÖ, SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken(p>0,05), anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır(p<0,05). Buna göre, evli olanların anomi alt boyut skoru bekar olanlara göre daha yüksektir(Tablo 3).

Hemşirelerin gelir durumları arasında MDAÖ ve aşkınlık alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) SİÖÖ ve doğayla uyum, anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, geliri iyi olanların SİÖÖ ve doğayla uyum, anomi alt boyut skorları geliri orta/kötü olanlara göre daha yüksektir(Tablo 3).

Hemşirelerin çalışılan bölümü isteyerek seçme durumları arasında MDAÖ ve aşkınlık, anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken( $p>0,05$ ), SİÖÖ ve doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, çalışılan bölümü isteyerek seçenlerin SİÖÖ ve doğayla uyum alt boyut skorları isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksektir(Tablo 3).

Hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili bilgileri alınan yerler arasında, anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken( $p>0,05$ ) MDAÖ, SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, yaşam sonu bakım ile ilgili bilgileri hizmet içi eğitimlerde, okulda ya da toplantı,kitap,dergi,internette bilgi alanların aşkınlık alt boyut skoru diğer yerlerden alanlara göre; toplantı,kitap,dergi,internette bilgi alanların doğayla uyum alt boyut skoru diğer yerlerden alanlara göre; okulda ya da toplantı,kitap,dergi,internette bilgi alanların SİÖÖ skoru diğer yerlerden alanlara göre ve okulda bilgi alanların MDAÖ skoru hizmet içi eğitimlerde ya da diğer yerlerden alanlara göre daha yüksektir(Tablo 3).

Hemşirelerin kendini spiritüel açıdan nasıl değerlendirme durumları arasında; MDAÖ, SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta( $p>0,05$ ) iken anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, kendini iyi olarak değerlendirenlerin anomi alt boyut skoru kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksektir(Tablo 3).

Hemşirelerin anomi boyutu ile yaş ve mesleki deneyim süresi arasında, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır( $p<0,05$ )(Tablo 3).

**Tablo 4.** Hemşirelerin SİÖÖ ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi

		SİÖÖ	MDAÖ
Yaş	r	0,144	-0,166
	p	0,273	0,205
Çocuk sahibi	r	0,274	-0,039
	p	0,151	0,843
Mesleki deneyim süresi	r	0,162	-0,101
	p	0,215	0,441
Palyatif servis deneyimi süresi	r	-0,095	-0,222
	p	0,472	0,088

r:Pearson korelasyon katsayısı, \*: SİÖÖ  $p<0,05$

Hemşirelerin SİOÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

#### 4.2. Hasta Yakınlarına Dair Bulguların İncelenmesi

**Tablo 5.** Hasta yakınlarına dair demografik özelliklerin ve bakım durumunun incelenmesi

		n	%
Yaşı		43,57±13,90	
Cinsiyet	Kadın	38	63,3
	Erkek	22	36,7
Medeni durum	Bekar	18	30,0
	Evli	42	70,0
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	3	5,0
	Okur-yazar	1	1,7
	İlkokul	19	31,7
	Ortaokul	5	8,3
	Lise	20	33,3
	Üniversite	10	16,7
	Lisansüstü	2	3,3
Çalışma durumu	Evet	23	38,3
	Hayır	37	61,7
Meslek	Ev hanımı	22	36,7
	İşçi	11	18,3
	Emekli	7	11,7
	Öğrenci	6	10,0
	Serbest meslek	4	6,7
	Memur	2	3,3
	İşsiz	2	3,3
	Diğer*	6	10,0
Sosyal güvence	Var	43	71,7
	Yok	17	28,3
Halen yaşanılan yerleşim birimi	İl	29	48,3
	İlçe	22	36,7
	Köy	9	15,0

**Tablo 5.** Hasta yakınlarına dair demografik özelliklerin ve bakım durumlarının incelenmesi(Devam)

		n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	45	75,0
	Geniş aile	15	25,0
Çocuk durumu	Evet	40	66,7
	Hayır	20	33,3
Bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi	Oğlu	16	26,7
	Kızı	16	26,7
	Eşi	10	16,7
	Gelini	2	3,3
	Diğer	16	26,7
Hastaya bakım verilen süre	0-3 ay	26	43,3
	4-6 ay	10	16,7
	7-9 ay	2	3,3
	10-12 ay	5	8,3
	13 ay üzeri	17	28,3
Daha öncesinde başkasına bakım verme durumu	Evet	24	40,0
	Hayır	36	60,0
Bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu	Evet	20	33,3
	Hayır	40	66,7
En fazla ihtiyaç duyulan destek	Psikolojik/duygusal destek	41	68,3
	Fiziksel bakımdan yardım	9	15,0
	Maddi yardım	5	8,3
	Diğer	5	8,3
Paylaşım yapabilecek yakın durumu	Evet	53	88,3
	Hayır	7	11,7
Palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumu	Hiç	23	38,3
	Biraz	6	10,0
	Orta	12	20,0
	Çok	19	31,7
Palyatif bakımdaki spiritüel yönelim	Hiç	1	1,7
	Orta	10	16,7
	Çok	49	81,7
Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz	Kötü	3	5,0
	Orta	20	33,3
	İyi	37	61,7

\*:Aşçı, hasta bakıcı, idari yönetici, muhasebeci, terzi, üretim operatörlüğü

Hasta yakınlarının %63,3'ü kadın, yaş ortalaması 43,57±13,90, %70,0'i evli, %33,3'ü lise mezunu, %38,3'ü çalışmakta, %18,3'ü işçi, %71,7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %48,3'ü ilde yaşamakta, %75,0'i çekirdek aile ve %66,7'sinin çocuğu bulunmaktadır(Tablo 5).

Hasta yakınlarının %26,7'si hastanın oğlu ya da kızı iken %43,3'ü 0-3 ay süredir bakım vermekte, %40,0'ı daha önce başkasına bakım vermiş, %33,3'ü bakım konusunda eğitim almış, %68,3'ünün psikolojik/duygusal bir desteğe ihtiyacı bulunmakta, %88,3'ünün paylaşım yapabilecek bir yakını bulunmakta, %38,3'ü palyatif bakımda ölüme dair

fikirlerinde hiç değişiklik yaşamamış, %81,7'sinin palyatif bakımda spiritüel yönelimi çok olmuş ve %61,7'si spiritüel açıdan kendisini iyi olarak değerlendirmektedir(Tablo 5).

**Tablo 6.** Hasta yakınlarına dair SİÖÖ ve Maneviyat Ölçeği ölçek durumlarının incelenmesi

	Ortalama	Std. Sapma	Min	Maks	Cronbach's alfa
Spiritüel iyi oluş ölçeği	119,15	12,49	89	140	0,87
Aşkınlık boyutu	64,08	6,61	29	70	
Doğayla uyum boyutu	32,42	3,38	17	35	
Anomi boyutu	22,65	6,96	7	35	
Maneviyat ölçeği	113,28	11,54	81	131	0,82
Manevi başa çıkma boyutu	21,97	3,25	11	25	
Aşkınlık boyutu	8,95	1,55	4	10	
Manevi yaşantı boyutu	20,13	3,56	12	25	
Anlam arayışı boyutu	17,80	2,48	8	20	
Manevi hoşnutluk boyutu	15,22	3,16	8	20	
Bağlantı boyutu	18,67	2,08	8	20	
Tabiatla uyum boyutu	10,55	2,73	3	15	

Hasta yakınlarının maneviyat ölçek skor ortalaması 113,28±11,54, SİÖÖ skor ortalaması 119,15±12,49'dur(Tablo 6).

Hasta yakınlarının ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Maneviyat ölçeği (0,82), SİÖÖ(0,87) için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir(Tablo 6).

**Tablo 7.** Hasta yakınlarına dair SİÖÖ ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

	SİÖÖ	SİÖÖ ALT BOYUTLARI		
	SİÖÖ(toplam puan)	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	118,63±12,58	64,42±4,85	32,11±3,86	22,11±7,12
Erkek	120,05±12,57	63,50±9,00	32,95±2,30	23,59±6,72
test/p <sup>2</sup>	-0,42/0,68	0,52/0,61	-0,94/0,35	-0,80/0,43
<b>Medeni durum</b>				
Bekar	118,28±12,62	62,78±9,52	33,17±2,33	22,33±7,03
Evli	119,52±12,56	64,64±4,93	32,10±3,71	22,79±7,01
test/p <sup>2</sup>	-0,35/0,73	-1,00/0,32	1,13/0,26	-0,23/0,82
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim ve altı	117,07±13,18	62,96±8,37	32,25±3,18	21,86±7,48
Lise ve üzeri	120,97±11,75	65,06±4,48	32,56±3,58	23,34±6,51
test/p <sup>2</sup>	-1,21/0,23	-1,23/0,22	-0,36/0,72	-0,82/0,41

**Tablo 7.** Hasta yakınlarına dair SİÖÖ ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi(Devam)

<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	121,22±12,24	63,74±8,46	33,48±1,78	24,00±7,33
Hayır	117,86±12,63	64,30±5,27	31,76±3,95	21,81±6,68
test/p <sup>2</sup>	1,01/0,32	-0,32/0,75	<b>2,303/0,03*</b>	1,19/0,24
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	119,21±12,30	63,95±7,27	32,42±3,37	22,84±6,67
Yok	119,00±13,34	64,41±4,72	32,41±3,50	22,18±7,84
test/p <sup>2</sup>	0,056/0,95	-0,24/0,81	0,01/0,99	0,33/0,74
<b>Halen yaşanan yerleşim birimi</b>				
İl	122,66±11,86a	65,10±7,64	32,76±2,57	24,79±7,02a
İlçe	118,00±12,95	63,68±5,70	32,09±4,50	22,23±6,21
Köy	110,67±9,38b	61,78±4,76	32,11±2,62	16,78±5,21b
test/p <sup>1</sup>	<b>3,61/0,03*</b>	0,93/0,40	0,28/0,76	<b>5,30/0,01*</b>
<b>Aile yapısı</b>				
Çekirdek aile	118,67±13,47	63,51±7,18	32,36±3,49	22,80±7,05
Geniş aile	120,60±9,14	65,80±4,23	32,60±3,11	22,20±6,90
test/p <sup>2</sup>	-0,52/0,61	-1,16/0,25	-0,24/0,81	0,29/0,78
<b>Çocuk durumu</b>				
Evet	122,38±10,59	65,83±4,12	33,30±2,29	23,25±7,00
Hayır	112,70±13,72	60,60±9,05	30,65±4,44	21,45±6,89
test/p <sup>2</sup>	<b>3,02/0,00*</b>	<b>2,46/0,02*</b>	<b>2,51/0,02*</b>	0,94/0,35

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

Hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve aile yapısı durumları arasında, SİÖÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 7).

Hasta yakınlarının çalışma durumu arasında; SİÖÖ ve aşkınlık, anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) doğayla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır(p<0,05). Buna göre, çalışanların doğayla uyum alt boyut skoru çalışmayanlara göre daha yüksektir(Tablo 7).

Hasta yakınlarının halen yaşanan yerleşim birimleri arasında; aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05), SİÖÖ ve anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır(p<0,05). Buna göre, ilde yaşayanların SİÖÖ ve anomi alt boyut skorları köyde yaşayanlara göre daha yüksektir(Tablo 7).

Hasta yakınlarının çocuk durumları arasında; anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05), SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede

bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, çocuğu olanların SİOÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları olmayanlara göre daha yüksektir(Tablo 7).

**Tablo 8.** Hasta yakınına dair SİOÖ ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi

	SİOÖ	SİOÖ ALT BOYUTLARI		
	SİOÖ(toplam puanı)	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi</b>				
Oğlu	124,50±9,94	66,25±3,36	33,88±1,86	24,38±6,94
Kızı	118,94±11,70	65,69±4,24	32,06±2,74	21,19±7,77
Eşı	116,50±13,64	61,70±6,07	30,50±5,17	24,30±5,06
Diğer	116,06±13,91	62,06±9,59	32,50±3,38	21,50±7,13
test/p <sup>1</sup>	1,54/0,21	1,98/0,13	2,27/0,09	0,91/0,44
<b>Hastaya bakım verilen süre</b>				
0-3 ay	115,96±14,52	63,65±5,33	31,73±4,42	20,58±7,98
4-6 ay	119,20±13,31	61,5±12,01	32,00±2,31	25,70±6,58
7 ay ve üzeri	122,58±8,81	65,63±4,39	33,33±2,10	23,63±5,30
test/p <sup>1</sup>	1,80/0,17	1,49/0,23	1,52/0,23	2,47/0,09
<b>Daha öncesinde başkasına bakım verme durumu</b>				
Evet	117,46±11,55	63,79±4,77	32,46±3,28	21,21±6,70
Hayır	120,28±13,11	64,28±7,66	32,39±3,48	23,61±7,05
test/p <sup>2</sup>	-0,86/0,40	-0,28/0,78	0,08/0,94	-1,32/0,19
<b>Bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu</b>				
Evet	117,10±15,00	61,95±9,24	31,70±4,74	23,45±7,23
Hayır	120,18±11,09	65,15±4,59	32,78±2,43	22,25±6,88
test/p <sup>2</sup>	-0,81/0,42	-1,46/0,16	-0,95/0,35	0,63/0,53
<b>Paylaşım yapabilecek yakın durumu</b>				
Evet	119,42±12,16	64,21±6,66	32,62±2,84	22,58±6,93
Hayır	117,14±15,68	63,14±6,69	30,86±6,26	23,14±7,73
test/p <sup>2</sup>	0,45/0,66	0,40/0,69	1,31/0,20	-0,20/0,84
<b>Palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumu</b>				
Hiç	118,57±14,32	62,48±8,82	32,61±3,10	23,48±7,90
Biraz/Orta	119,94±12,25	65,50±4,19	31,33±4,49	23,11±6,19
Çok	119,11±10,85	64,68±5,10	33,21±2,18	21,21±6,55
test/p <sup>1</sup>	0,06/0,94	1,18/0,32	1,52/0,23	0,60/0,55
<b>Palyatif bakımdaki spiritüel yönelim</b>				
Hiç/orta	113,55±13,02	59,82±11,51	32,91±2,26	20,82±6,52
Çok	120,41±12,15	65,04±4,59	32,31±3,59	23,06±7,05
test/p <sup>2</sup>	-1,67/0,10	-1,48/0,17	0,53/0,60	-0,97/0,34
<b>Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz</b>				
Kötü/orta	115,61±11,44	62,96±8,97	32,30±3,92	20,35±5,84
İyi	121,35±12,75	64,78±4,60	32,49±3,04	24,08±7,28
test/p <sup>2</sup>	-1,76/0,08	-1,04/0,30	-0,20/0,84	<b>-2,08/0,04*</b>

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*: $p<0,05$

Hasta yakınlarının bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süre,

daha öncesinde başkasına bakım verme durumu, bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu, paylaşım yapabilecek yakın durumu, palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumu ve palyatif bakımdaki spiritüel yönelim durumları arasında; SİÖÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır( $p>0,05$ )(Tablo 8).

Hasta yakınlarının kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında; SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ), anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, kendisini iyi olarak değerlendirenlerin anomi alt boyut skoru, kötü/orta olarak değerlendirenlere göre daha yüksektir(Tablo 8).

**Tablo 9.** Hasta yakınına dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

	MANEVİYAT ÖLÇEĞİ	MANEVİYAT ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI						
	Maneviyat ölçeği (toplam puanı)	Manevibaşa çıkma	Aşkınlık	Manevi yaşantı	Anlam arayışı	Manevi hoşnutluk	Bağlantı	Tabiatla uyum
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	113,79±11,37	22,39±2,78	8,92±1,58	20,05±3,47	17,89±2,70	15,37±3,44	18,97±1,37	10,18±2,63
Erkek	112,41±12,04	21,23±3,89	9,00±1,51	20,27±3,78	17,64±2,08	14,95±2,66	18,14±2,90	11,18±2,84
test/p <sup>2</sup>	0,44/0,66	1,35/0,18	-0,19/0,85	-0,23/0,82	0,39/0,70	0,49/0,63	1,52/0,13	-1,38/0,17
<b>Medeni durum</b>								
Bekar	114,28±11,82	21,89±4,03	9,06±1,55	19,33±4,00	18,50±1,76	15,78±2,16	18,44±2,91	11,28±2,54
Evli	112,86±11,53	22,00±2,90	8,90±1,56	20,48±3,34	17,50±2,69	14,98±3,50	18,76±1,64	10,24±2,77
test/p <sup>2</sup>	0,43/0,67	-0,12/0,91	0,34/0,73	-1,14/0,26	1,45/0,15	1,08/0,29	-0,54/0,59	1,36/0,18
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim ve altı	110,93±12,42	21,29±3,84	8,57±1,95	19,93±3,39	17,61±2,78	15,21±3,18	18,36±2,66	9,96±2,81
Lise ve üzeri	115,34±10,47	22,56±2,54	9,28±0,99	20,31±3,75	17,97±2,21	15,22±3,20	18,94±1,39	11,06±2,59
test/p <sup>2</sup>	-1,49/0,14	-1,54/0,13	-1,74/0,09	-0,41/0,68	-0,56/0,58	-0,01/0,10	-1,08/0,29	-1,58/0,12
<b>Çalışma durumu</b>								
Evet	114,30±11,05	22,00±3,62	8,91±1,73	19,91±4,29	18,43±1,80	15,48±3,27	18,48±2,57	11,09±2,41
Hayır	112,65±11,93	21,95±3,05	8,97±1,44	20,27±3,07	17,41±2,76	15,05±3,13	18,78±1,73	10,22±2,89
test/p <sup>2</sup>	0,54/0,59	0,06/0,95	-0,15/0,89	-0,35/0,73	1,59/0,12	0,502/0,618	-0,55/0,59	1,21/0,23
<b>Sosyal güvence</b>								
Var	112,91±12,37	21,86±3,63	8,84±1,70	20,28±3,44	17,74±2,52	15,60±3,07	18,49±2,22	10,09±2,71
Yok	114,24±9,35	22,24±2,05	9,24±1,03	19,76±3,93	17,94±2,44	14,24±3,27	19,12±1,65	11,71±2,49
test/p <sup>2</sup>	-0,40/0,69	-0,50/0,62	-0,90/0,37	0,50/0,62	-0,28/0,78	1,53/0,13	-1,06/0,30	<b>-2,13/0,04*</b>
<b>Halen yaşanan yerleşim birimi</b>								
İl	114,31±13,07	21,93±3,61	8,79±1,70	20,21±3,75	17,69±2,95	16,14±3,01	18,72±2,36	10,83±2,30
İlçe	111,55±11,27	22,27±2,90	8,95±1,59	19,36±3,77	17,82±2,20	14,59±2,70	18,68±2,03	9,86±3,18
Köy	114,22±6,10	21,33±3,04	9,44±0,73	21,78±1,48	18,11±1,36	13,78±4,06	18,44±1,24	11,33±2,74
test/p <sup>1</sup>	0,39/0,68	0,26/0,77	0,60/0,55	1,51/0,23	0,01/0,91	2,75/0,07	0,06/0,94	1,23/0,30
<b>Aile yapısı</b>								
Çekirdek aile	112,58±12,22	21,76±3,44	9,02±1,48	19,98±3,83	17,67±2,68	15,53±3,26	18,49±2,19	10,13±2,82
Geniş aile	115,40±9,23	22,60±2,59	8,73±1,75	20,6±2,61	18,20±1,74	14,27±2,74	19,20±1,66	11,80±2,04
test/p <sup>2</sup>	-0,82/0,41	-0,87/0,39	0,62/0,54	-0,58/0,56	-0,72/0,48	1,35/0,18	-1,15/0,26	<b>-2,11/0,04*</b>
<b>Çocuk durumu</b>								
Evet	113,60±10,77	22,00±3,15	9,05±1,36	20,20±3,71	18,00±2,72	15,18±3,10	19,08±1,42	10,10±2,61
Hayır	112,65±13,22	21,90±3,52	8,75±1,89	20,00±3,32	17,40±1,90	15,30±3,37	17,85±2,87	11,45±2,80
test/p <sup>2</sup>	0,30/0,77	0,11/0,91	0,71/0,48	0,20/0,84	0,88/0,38	-0,14/0,89	1,80/0,08	-1,84/0,07

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

Hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, halen yaşanan yerleşim birim ve çocuk durumları arasında; maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 9).

Hasta yakınlarının sosyal güvence durumu arasında; maneviyat ölçeği ve manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, bağlantı alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken( $p>0,05$ ), tabiatla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, sosyal güvencesi olmayanların tabiatla uyum alt boyut skoru olanlara göre daha yüksektir(Tablo 9).

Hasta yakınlarının aile yapısı durumları arasında; maneviyat ölçeği ve manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, bağlantı alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken( $p>0,05$ ), tabiatla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, geniş aile olanların tabiatla uyum alt boyut skoru çekirdek aile olanlara göre daha yüksektir(Tablo 9).

**Tablo 10.** Hasta yakınına dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi

	MANEVİYAT ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI							
	MANEVİYAT ÖLÇEĞİ	Manevi başa çıkma	Aşkınlık	Manevi yaşantı	Anlam arayışı	Manevi hoşnutluk	Bağlantı	Tabiatla uyum
	Maneviyat ölçeği(toplam puanı) ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
<b>Bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi</b>								
Oğlu	115,06±8,27	22,06±3,13	9,38±0,96	20,31±4,06	18,06±2,17	15,63±2,60	18,94±1,24	10,69±2,96
Kızı	111,56±11,74	21,75±3,42	8,81±1,68	19,69±3,32	17,56±3,63	14,88±3,54	19,00±1,15	9,88±2,66
Eşi	109,80±13,86	21,10±3,14	8,30±1,95	19,9±2,88	16,50±1,43	15,70±3,43	18,20±2,20	10,10±3,11
Diğer	115,17±12,72	22,56±3,40	9,06±1,59	20,50±3,85	18,50±1,65	14,89±3,31	18,39±3,09	11,28±2,37
test/p <sup>1</sup>	0,70/0,56	0,45/0,72	1,07/0,37	0,17/0,92	1,55/0,21	0,28/0,84	0,49/0,69	0,85/0,47
<b>Hastaya bakım verilen süre</b>								
0-3 ay	115,23±9,23	22,81±2,53	8,96±1,43	20,58±3,52	18,54±1,73	14,58±3,31	18,77±1,61	11,00±3,20
4-6 ay	110,10±14,82	20,40±4,43	8,50±1,90	19,80±4,39	17,40±1,90	15,10±3,25	17,9±3,73	11,00±2,16
7 ay ve üzeri	112,50±12,39	21,71±3,24	9,13±1,54	19,79±3,32	17,17±3,16	15,96±2,93	18,88±1,6	9,88±2,31
test/p <sup>1</sup>	0,80/0,45	2,20/0,12	0,57/0,57	0,35/0,71	2,15/0,13	1,21/0,31	0,83/0,44	1,24/0,30
<b>Daha öncesinde başkasına bakım verme durumu</b>								
Evet	116,08±9,27	22,79±2,25	9,04±1,57	20,75±2,89	18,21±2,32	15,00±3,46	18,92±1,53	11,38±2,28
Hayır	111,42±12,6	21,42±3,70	8,89±1,55	19,72±3,93	17,53±2,57	15,36±2,99	18,50±2,38	10,00±2,89
test/p <sup>2</sup>	1,554/0,13	1,79/0,08	0,37/0,71	1,10/0,28	1,04/0,30	-0,43/0,67	0,76/0,45	1,96/0,06
<b>Bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu</b>								
Evet	112,60±12,96	21,75±3,43	8,55±1,82	20,00±3,31	18,00±1,84	15,40±3,66	18,15±2,91	10,75±2,71
Hayır	113,63±10,92	22,08±3,19	9,15±1,37	20,20±3,72	17,7±2,76	15,13±2,93	18,93±1,49	10,45±2,76
test/p <sup>2</sup>	-0,32/0,75	-0,36/0,72	-1,43/0,16	-0,20/0,84	0,44/0,66	0,32/0,75	-1,12/0,27	0,40/0,69
<b>Paylaşım yapabilecek yakın durumu</b>								
Evet	113,81±11,73	22,00±3,33	9,02±1,47	20,15±3,62	18,00±2,55	15,26±3,13	18,66±2,16	10,72±2,51
Hayır	109,29±9,78	21,71±2,69	8,43±2,07	20,00±3,32	16,29±0,95	14,86±3,67	18,71±1,50	9,29±4,03
test/p <sup>2</sup>	0,98/0,33	0,22/0,83	0,95/0,35	0,11/0,92	1,75/0,09	0,32/0,75	-0,06/0,95	1,31/0,19

**Tablo 10.** Hasta yakınına dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi (Devam)

<b>Palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumu</b>									
Hiç	110,26±10,27	21,57±3,44	8,96±1,77	18,48±3,87b	17,26±1,98	15,91±2,47	18,43±2,74	9,65±2,74	
Biraz/Orta	113,44±13,11	21,72±3,51	8,94±1,59	20,72±2,72	17,61±3,11	14,67±3,48	19,06±1,11	10,72±2,89	
Çok	116,79±10,96	22,68±2,77	8,95±1,27	21,58±3,19a	18,63±2,24	14,89±3,59	18,58±1,89	11,47±2,32	
test/p <sup>1</sup>	1,71/0,19	0,68/0,51	0,00/1,00	<b>4,87/0,01*</b>	1,71/0,19	0,923/0,40	0,47/0,63	2,49/0,09	
<b>Palyatif bakımdaki spiritüel yönelim</b>									
Hiç/orta	107,82±15,76	19,64±5,28	8,82±1,89	19,73±2,90	17,45±3,42	14,00±2,97	17,18±3,66	11,00±2,79	
Çok	114,51±10,17	22,49±2,37	8,98±1,48	20,22±3,71	17,88±2,25	15,49±3,17	19,00±1,38	10,45±2,73	
test/p <sup>2</sup>	-1,35/0,20	-1,75/0,11	-0,27/0,80	-0,42/0,68	-0,51/0,61	-1,42/0,16	-1,62/0,13	0,60/0,55	
<b>Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz</b>									
Kötü/orta	110,83±14,41	20,87±4,15	8,74±1,84	20,39±3,37	17,70±2,95	14,39±3,04	18,09±2,79	10,65±2,77	
İyi	114,81±9,21	22,65±2,35	9,08±1,34	19,97±3,71	17,86±2,18	15,73±3,17	19,03±1,40	10,49±2,73	
test/p <sup>2</sup>	-1,31/0,20	-1,88/0,07	-0,83/0,41	0,44/0,66	-0,26/0,80	-1,62/0,11	-1,73/0,90	0,23/0,82	

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

Hasta yakınlarının bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süre, daha öncesinde başkasına bakım verme durumu, bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu, paylaşım yapabilecek yakın durumu, palyatif bakımdaki spiritüel yönelim ve kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında; maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 10).

Hasta yakınlarının palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumları arasında; maneviyat ölçeği ve manevi başa çıkma, aşkınlık, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, bağlantı, tabiatla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken(p>0,05), manevi yaşantı alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, palyatif bakımda ölüme karşı fikirleri çok değişenlerin manevi yaşantı alt boyut skoru hiç değişmeyenlere göre daha yüksektir(Tablo 10).

**Tablo 11.** Hasta yakınına dair SİÖÖ ve maneviyat ölçeği ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi

	Maneviyat ölçeği	Manevi başa çıkma	Aşknlık	Manevi yaşantı	Anlam arayışı	Manevi hoşnutluk	Bağlantı	Tabiatla uyum
	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p	r/p
<b>SİÖÖ</b>	0,49/0,00	0,44/0,00	0,38/0,00	0,07/0,61	0,28/0,03	0,43/0,03	0,61/0,00	0,02/0,84
<b>Aşknlık</b>	0,05/0,00	0,51/0,00	0,47/0,00	0,24/0,06	0,24/0,07	0,14/0,29	0,82/0,00	0,07/0,56
<b>Doğayla Uyum</b>	0,49/0,00	0,4/0,00	0,32/0,01	0,18/0,18	0,37/0,00	0,25/0,06	0,44/0,00	-0,11/0,39
<b>Anomi</b>	0,13/0,32	0,09/0,49	0,08/0,53	-0,20/0,14	0,09/0,051	0,54/0,00	0,11/0,42	-0,11/0,39

r:Pearson korelasyon katsayısı, \*:p<0,05

Hasta yakınlarının SİÖÖ ile maneviyat ölçeği arasında; pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05)(Tablo 11).

### 4.3. Hastalara Dair Bulguların İncelenmesi

**Tablo 12.** Hastalara dair demografik özelliklerin incelenmesi

		N	%
Yaşı		63,55±13,88	
Cinsiyet	Kadın	33	55,0
	Erkek	27	45,0
Medeni durum	Bekar	7	11,7
	Evli	53	88,3
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	1,7
	Okur-yazar	2	3,3
	İlkokul	32	53,3
	Ortaokul	11	18,3
	Lise	7	11,7
	Üniversite	7	11,7
Meslek	Ev hanımı	29	48,3
	Emekli	12	20,0
	Memur	5	8,3
	İşçi	4	6,7
	Serbest meslek	3	5,0
	Diğer*	7	11,7
Halen çalışma durumu	Evet	4	6,7
	Hayır	56	93,3
Sosyal güvence durumu	Var	52	86,7
	Yok	8	13,3
Halen yaşadığı yerleşim birimi	İl	19	31,7
	İlçe	26	43,3
	Köy	15	25,0
Aile yapısı	Çekirdek aile	47	78,3
	Geniş aile	13	21,7
Çocuk durumu	Evet	54	90,0
	Hayır	6	10,0
Tanı zamanı		2,49±2,94	
Kronik hastalık durumu	Evet	27	45,0
	Hayır	33	55,0
Kronik hastalıklar	Dm	9	15,0
	Ht	15	25,0
	Kalp hastalığı	2	6,7
	Böbrek hastalığı	3	5,0
	KOAH	2	3,3
	Diğer**	8	13,3
Palyatif bakımda tedavi süresi		18,34±18,90	
Palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu	Hiç	1	1,7
	Biraz	4	6,7
	Orta	11	18,3
	İyi	44	73,3
Kendisini spiritüel açıdan değerlendirme	Orta	12	20,0
	İyi	48	80,0

\*gazi, mahalle muhtarı, emlak müşaviri, radyo istasyonu sahibi, mühendis, şube amiri, terzi, yağlı boyacı  
\*\*astım,romatizma, felç, kısa bağırsak, kolon kanseri

Hastaların yaş ortalaması  $63,55 \pm 13,88$ , %55,0'i kadın, %88,3'ü evli, %53,3'ü ilkokul mezunu, %48,3'ü ev hanımı, %6,7'si halen çalışmakta, %86,7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %31,7'si ilde yaşamakta, %78,3'ü çekirdek aile, %90,0'ının çocuğu bulunmakta, tanı zamanı ortalaması  $2,49 \pm 2,94$ , %45,0'inde kronik hastalık bulunmakta, %25'inde ht ve %15,0'inde dm bulunmakta, palyatif bakımda tedavi süre ortalaması  $18,34 \pm 18,90$ , %73,3'ü palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu iyi ve %80,0'i kendisini spiritüel açıdan iyi olarak değerlendirmektedir(Tablo 12).

**Tablo 13.** Hastalara dair SİOÖ ve maneviyat ölçeği ölçek durumlarının incelenmesi

	Ortalama	Std. Sapma	Min	Maks	Cronbach's alfa
SİOÖ	106,28	14,35	83	139	0,93
Aşknlık	56,97	9,12	40	70	
Doğayla uyum	28,32	4,26	20	35	
Anomi	21,00	6,32	5	35	
Maneviyat ölçeği	102,95	13,46	79	129	0,90
Manevi başa çıkma	19,65	3,62	11	25	
Aşknlık	8,02	1,77	4	10	
Manevi yaşantı	19,32	3,23	12	25	
Anlam arayışı	15,20	2,60	11	20	
Manevi hoşnutluk	13,40	2,78	6	19	
Bağlantı	16,80	2,74	10	20	
Tabiatla uyum	10,57	2,26	4	15	

Hastaların maneviyat ölçek skor ortalaması  $102,95 \pm 13,46$ , SİOÖ skor ortalaması  $106,28 \pm 14,35$ 'tir(Tablo 13).

Hastaların ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Maneviyat ölçeği (0,82), SİOÖ (0,87) için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir(Tablo 13).

**Tablo 14.** Hastalara dair SİÖÖ ve boyutları ile bakım durumlarının ilişkisinin incelenmesi

	SİÖÖ ALT BOYUTLARI			SİÖÖ
	Aşkınlık ort±ss	Doğayla uyum ort±ss	Anomi ort±ss	SİÖÖ(toplam puanı) ort±ss
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	55,73±8,26	27,85±4,15	20,30±5,75	103,88±12,97
Erkek	58,48±10,02	28,89±4,41	21,85±6,98	109,22±15,62
test/p <sup>2</sup>	-1,17/0,25	-0,94/0,35	-0,94/0,35	-1,45/0,15
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	55,93±9,04	27,91±4,24	20,11±5,87	103,96±12,59
Lise ve üzeri	60,36±8,83	29,64±4,22	23,93±7,07	113,93±17,42
test/p <sup>2</sup>	-1,61/0,11	-1,34/0,19	<b>-2,03/0,05*</b>	<b>-2,364/0,02*</b>
<b>Halen yaşadığı yerleşim birimi</b>				
İl	55,63±10,10	28,05±5,01	20,74±6,89	104,42±17,13
İlçe	58,65±7,48	29,27±3,76	20,19±6,49	108,12±11,88
Köy	55,73±10,49	27,00±3,93	22,73±5,24	105,47±15,05
test/p <sup>1</sup>	0,78/0,46	1,42/0,25	0,79/0,46	0,39/0,68
<b>Aile yapısı</b>				
Çekirdek aile	56,13±8,90	28,13±4,46	20,66±6,33	104,91±13,49
Geniş aile	60,00±9,62	29,00±3,54	22,23±6,38	111,23±16,76
test/p <sup>2</sup>	-1,37/0,18	-0,65/0,52	-0,79/0,43	-1,42/0,16
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Evet	56,04±8,46	27,93±3,98	20,70±6,93	104,67±12,72
Hayır	57,73±9,68	28,64±4,51	21,24±5,87	107,61±15,62
test/p <sup>2</sup>	-0,71/0,48	-0,64/0,53	-0,33/0,75	-0,79/0,44
<b>Palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu</b>				
Biraz/orta	57,81±9,14	28,94±4,63	19,81±8,38	106,56±14,51
İyi	56,66±9,20	28,09±4,15	21,43±5,44	106,18±14,45
test/p <sup>2</sup>	0,43/0,67	0,68/0,50	-0,88/0,39	0,09/0,93
<b>Kendisini spiritüel açıdan değerlendirme</b>				
Orta	56,58±9,72	28,50±4,81	20,25±7,36	105,33±13,98
İyi	57,06±9,07	28,27±4,17	21,19±6,11	106,52±14,57
test/p <sup>2</sup>	-0,16/0,87	0,17/0,87	-0,46/0,65	-0,25/0,80

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

Hastaların cinsiyet, halen yaşanan yerleşim birim, aile yapısı, kronik hastalık durumu, palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu ve kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında; SİÖÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 14).

Hastaların eğitim durumu arasında; aşkınlık ve doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken(p>0,05), SİÖÖ ve anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır(p<0,05). Buna göre, lise ve üzeri mezunu olanlarda SİÖÖ ve anomi alt boyut

skorları ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir(Tablo 14)

**Tablo 15.** Hastalara dair maneviyat ölçeği ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

	MANEVİYAT ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI							MANEVİYAT ÖLÇEĞİ
	Manevi başa çıkma ort±ss	Aşkınlık ort±ss	Manevi yaşantı ort±ss	Anlam arayışı ort±ss	Manevi hoşnutluk ort±ss	Bağlantı ort±ss	Tabiatla uyum ort±ss	Maneviyat ölçeği(toplam puanı) ort±ss
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	18,97±2,94	7,79±1,69	18,85±2,81	14,73±2,48	13,06±2,73	16,70±2,60	10,70±1,90	100,79±11,49
Erkek	20,48±4,22	8,30±1,86	19,89±3,66	15,78±2,67	13,81±2,83	16,93±2,93	10,41±2,66	105,59±15,34
test/p <sup>2</sup>	-1,58/0,12	-1,11/0,27	-1,21/0,23	-1,58/0,12	-1,05/0,30	-0,32/0,75	0,49/0,63	-1,345/0,18
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim	19,24±3,48	7,98±1,67	19,17±3,17	14,80±2,52	13,02±2,73	16,67±2,72	10,67±2,16	101,57±12,67
Liseve üzeri	21,00±3,88	8,14±2,14	19,79±3,51	16,50±2,50	14,64±2,65	17,21±2,83	10,21±2,61	107,50±15,41
test/p <sup>2</sup>	-1,62/0,11	-0,30/0,76	-0,62/0,54	<b>-2,21/0,03*</b>	-1,96/0,06	-0,64/0,52	0,66/0,51	-1,46/0,15
<b>Halen yaşadığı yerleşim birimi</b>								
İl	19,58±3,88	7,68±1,97	18,53±2,97	15,32±2,63	13,11±2,75	15,74±3,07	9,95±2,41	99,89±14,42
İlçe	20,00±3,48	8,19±1,74	20,04±3,27	15,38±2,67	13,35±3,08	17,50±2,42	11,35±2,02	105,81±13,42
Köy	19,13±3,72	8,13±1,60	19,07±3,43	14,73±2,55	13,87±2,33	16,93±2,55	10,00±2,17	101,87±12,05
test/p <sup>1</sup>	0,27/0,76	0,49/0,62	1,27/0,29	0,32/0,73	0,32/0,73	2,41/0,10	2,92/0,06	1,13/0,33
<b>Aile yapısı</b>								
Çekirdekaile	19,26±3,67	7,85±1,76	19,34±3,32	15,15±2,56	13,34±2,51	16,40±2,83	10,68±2,20	102,02±14,01
Geniş aile	21,08±3,17	8,62±1,76	19,23±3,03	15,38±2,81	13,62±3,69	18,23±1,79	10,15±2,51	106,31±11,08
test/p <sup>2</sup>	-1,63/0,11	-1,39/0,17	0,11/0,92	-0,29/0,78	-0,31/0,76	<b>-2,83/0,01*</b>	0,74/0,46	-1,02/0,31
<b>Kronik hastalık durumu</b>								
Evet	19,00±3,26	8,04±1,6	18,96±2,52	15,00±2,15	13,26±3,37	16,67±2,39	10,37±2,39	101,3±10,29
Hayır	20,18±3,86	8,00±1,92	19,61±3,73	15,36±2,93	13,52±2,22	16,91±3,02	10,73±2,17	104,3±15,61
test/p <sup>2</sup>	-1,26/0,21	0,08/0,94	-0,79/0,43	-0,54/0,59	-0,34/0,74	-0,34/0,74	-0,61/0,55	-0,89/0,38
<b>Palyatif bakım sürecinde manevi yönelim durumu</b>								
Biraz/orta	20,13±3,32	8,31±1,70	19,50±2,88	15,88±2,70	13,00±3,14	16,88±2,96	10,63±2,16	104,31±12,85
İyi	19,48±3,74	7,91±1,80	19,25±3,38	14,95±2,54	13,55±2,65	16,77±2,68	10,55±2,32	102,45±13,78
test/p <sup>2</sup>	0,61/0,55	0,78/0,44	0,26/0,79	1,22/0,23	-0,67/0,51	0,13/0,90	0,12/0,91	0,47/0,64
<b>Kendisini manevi açıdan değerlendirme</b>								
Orta	19,75±3,52	8,25±1,96	19,33±3,06	15,67±2,67	13,50±2,65	16,67±3,37	10,50±1,38	103,67±14,51
İyi	19,63±3,68	7,96±1,74	19,31±3,31	15,08±2,59	13,38±2,83	16,83±2,60	10,58±2,44	102,77±13,34
test/p <sup>2</sup>	0,11/0,97	0,51/0,61	0,02/0,98	0,69/0,49	0,14/0,89	-0,19/0,85	-0,11/0,91	0,21/0,84

1:One-way ANOVA testi, 2:Bağımsız örneklem t testi\*:p<0,05

Hastaların cinsiyet, halen yaşanan yerleşim birim, kronik hastalık durumu, palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu ve kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında; maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır(p>0,05)(Tablo 15).

Hastaların eğitim durumu arasında; maneviyat ölçeği ve manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, manevi hoşnutluk, bağlantı, tabiatla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken(p>0,05), anlam arayışı alt boyut skoru

bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, lise ve üzeri mezunu olanların anlam arayışı alt boyut skoru ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir(Tablo 15).

Hastaların aile yapısı durumları arasında; maneviyat ölçeği ve manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, tabiatla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken( $p>0,05$ ), bağlantı alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır( $p<0,05$ ). Buna göre, geniş aile olanların bağlantı alt boyut skoru çekirdek aile olanlara göre daha yüksektir(Tablo 15).

**Tablo 16.** Hastalara dair SİOÖ ve maneviyat ölçeği ölçek ve boyutlar ile demografik özelliklerin arasındaki ilişkisinin incelenmesi

		Yaşı	Tanı zamanı	Palyatif bakımda tedavi süresi
Aşkınlık	r	-0,19	0,10	-0,08
	p	0,14	0,47	0,54
Doğayla uyum	r	-0,16	0,10	-0,11
	p	0,22	0,48	0,42
Anomi	r	-0,13	-0,05	0,03
	p	0,32	0,70	0,82
SİOÖ	r	-0,23	0,07	-0,07
	p	0,08	0,62	0,59
Manevi başa çıkma	r	-0,25	0,06	-0,17
	p	0,06	0,69	0,20
Aşkınlık	r	<b>-0,30</b>	0,03	-0,04
	p	<b>0,02*</b>	0,83	0,74
Manevi yaşantı	r	<b>-0,26</b>	0,10	-0,05
	p	<b>0,05*</b>	0,48	0,69
Anlam arayışı	r	-0,15	0,11	-0,07
	p	0,25	0,41	0,61
Manevi hoşnutluk	r	-0,04	-0,12	-0,14
	p	0,79	0,40	0,31
Bağlantı	r	-0,12	0,11	-0,07
	p	0,34	0,45	0,61
Tabiatla uyum	r	0,01	0,09	-0,11
	p	0,97	0,53	0,41
Maneviyat ölçeği	r	-0,23	0,08	-0,14
	p	0,08	0,58	0,30

r:Pearson korelasyon katsayısı, \*: $p<0,05$

Hastaların, aşkınlık ve manevi yaşantı alt boyutları ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ )(Tablo 16).

**Tablo 17.** Hastalara dair SİÖÖ ve maneviyat ölçeği ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi

			SİÖÖ ALT BOYUTLARI			SİÖÖ
			Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	SİÖÖ(Toplam puanı)
Manevi başa çıkma	r		<b>0,72</b>	<b>0,65</b>	0,09	<b>0,69</b>
	p		<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	0,49	<b>0,00*</b>
Aşkınlık	r		<b>0,70</b>	<b>0,63</b>	0,03	<b>0,64</b>
	p		<b>0,000*</b>	<b>0,00*</b>	0,85	<b>0,00*</b>
Manevi yaşantı	r		<b>0,73</b>	<b>0,69</b>	-0,12	<b>0,62</b>
	p		<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	0,36	<b>0,00*</b>
Anlam arayışı	r		<b>0,69</b>	<b>0,68</b>	0,05	<b>0,66</b>
	p		<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	0,68	<b>0,00*</b>
Manevi hoşnutluk	r		0,22	0,07	<b>0,66</b>	<b>0,45</b>
	p		0,09	0,61	<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>
Bağlantı	r		<b>0,77</b>	<b>0,64</b>	0,03	<b>0,69</b>
	p		<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	0,80	<b>0,00*</b>
Tabiatla uyum	r		0,09	<b>0,32</b>	<b>-0,41</b>	-0,03
	p		0,49	<b>0,01*</b>	<b>0,00*</b>	0,84
Maneviyat ölçeği	r		<b>0,81</b>	<b>0,75</b>	0,08	<b>0,77</b>
	p		<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	0,53	<b>0,00*</b>

r:Pearson korelasyon katsayısı, \*:p<0,05

Hastaların, SİÖÖ ile maneviyat ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 17).

## 5.TARTIŞMA

Palyatif bakımda hemşire, hasta ve hasta yakını açısından spiritüel değerlendirmenin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

### 5.1. Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelere İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin %86,7'si kadın, yaş ortalaması  $28,41 \pm 6,34$ , %51,7'si bekar, çocuğu olanların çocuk sayısı ortalaması  $1,17 \pm 1,00$ , %83,3'ünün gelir durumu orta seviyede, %66,7'si lisans mezunu, mesleki deneyim süresi ortalaması  $6,23 \pm 5,89$ , %78,3'ü palyatif servis deneyimi bulunmakta, palyatif servis deneyimi süre ortalaması  $2,06 \pm 2,07$ , %55,0'i mesleğini sevmekte, %43,3'ü meseleğini isteyerek seçmiş, %68,3'ü çalıştığı bölümden memnun, %80,0'i yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi almış, %33,3'ü bu bilgileri okuldan almış, %31,7'si yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerini yeterli bulmakta ve %26,7'si kendisini spiritüel açıdan iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Cinsiyet durumuna göre çalışmamızla ilişkili olarak Danacı'nın (2020) yürüttüğü projede hemşirelerin %88.1'i kadın<sup>111</sup>; Kitchener'in (2016) çalışmasında hemşirelerin %90.8' i kadın olarak bulunmuştur. Hemşirelik mesleği geçmişten bu yana kadınlarla ilişkili olmuştur<sup>46</sup>. İlk hemşire Florance Nighthingale'in kadın olması<sup>112</sup>, "hemşire" kelimesinin 'kız kardeş, bacı' kelimesi olarak kullanılması buna öncü olmuştur<sup>11</sup>. Bu yüzden kadın hemşire oranının fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin yaş aralığına göre bakıldığında, çalışmaya benzer şekilde Temelli'nin (2018) çalışmasına göre palyatif servisinde çalışan hemşirelerin %60.8'i 23-30 yaş arasındadır<sup>113</sup>. Danacı'nın (2020) çalışmasında hemşirelerin yaş ortalamasınının 30.20 olduğu tespit edilmiştir<sup>111</sup>.

Medeni durum incelendiğinde çalışmayla uyumlu olarak Yapar'ın (2019) hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını inceleyen çalışmasında, hemşirelerin %60.8'i bekar<sup>114</sup>; farklı olarak Kitchener (2016) çalışmasında, hemşirelerin %64.6'sı evli bulunmuştur<sup>46</sup>.

Hemşirelerin mesleki deneyim süresi, palyatifte çalışma yılı ve palyatif servis deneyimine bakıldığında, Danacı (2020)'nin çalışmasında hemşirelerin %76.0'ı 0-1 yıl arsında palyatifte çalıştığını belirtmiştir. Palyatif servisi deneyimine ise %71.5 oranla hayır olarak<sup>111</sup>; Temelli (2018)'nin çalışmasında palyatif deneyim süresi %65.2'si 3-12 ay, mesleki deneyim sürelerine ise %60.8 'i 0-8 yıl arasında olduğu bulunmuştur<sup>113</sup>. Hemşirelik mesleği dinamik bir meslektir, kadın oranının fazla olması ve kadın mesleği olarak bilinmesi<sup>115</sup>, doğum yapma, evlilik gibi durumlarda meslekten ayrılma ihtimali artmakta, yeni atamalarla gelen meslek yılı az olan hemşireler karşımıza çıkmaktadır. Palyatif klinikleri ülkemizde son yıllarda artmaya başlamıştır, bu yüzden palyatif deneyiminin hemşirelerde az olması söz konusu olabilir.

Hemşirelerin mesleğini sevme ve isteyerek seçme durumu incelendiğinde Yaman (2020)'in araştırmasında, çalışmaya benzer şekilde hemşirelerin %76.4' ü mesleğini sevdiğini, farklı olarak %50.9'u çalıştığı bölümü isteyerek seçtiği<sup>116</sup>; Filiz'in (2017) çalışmasında ise hemşirelerinin %52.6'sı kendi isteğiyle çalıştığını belirtmiştir<sup>117</sup>. Hemşirelerin kendi isteğiyle seçilen bir bölümde çalışmasının iş doyumunu, hastalara yaklaşım ve ekip içindeki uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Yaşam sonu bakım eğitimi ve nereden aldıkları incelendiğinde çalışmaya benzer şekilde Yapar (2019)'in çalışmasında hemşirelerin %68.4'ü yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim aldığını, eğitimi/bilgiyi nerden aldınız sorusuna ise %40'ı okuldan, yaşam sonu bakım bilgisini yeterli bulma durumu %66.7'si yeterli bulmadığı raporlanmıştır<sup>114</sup>. Çalışmadan farklı olarak Balboni'nin (2013) çalışmasında da hemşirelerin %88'i spiritüel bakım konusunda hiç eğitim almadıkları saptanmıştır<sup>118</sup>.

## **5.2. Hemşirelerde Spiritüel İyi Oluş Ölçeği(SİOÖ) ve Manevi Destek Algısı Ölçeği(MDAÖ) ile Demografik Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi**

Çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, palyatif servis deneyimi, mesleği sevme durumu, çalışılan bölümden memnun olma durumu, yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu ve yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerinizi yeterli bulma durumları arasında MDAÖ, SİOÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. MDAÖ skor ortalaması 52,75±7,77 olarak bulunmuş ve hemşirelerin manevi destek algı düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir. SİOÖ ortalaması 113,78±13,44 olarak belirlenmiş ve hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Genç ve Durğun (2018) çalışmasında hemşirelerin cinsiyetinin manevi destek algısı düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir<sup>119</sup>.

Çalışmada medeni duruma göre MDA puanlarının anlamlı bir şekilde farklılık göstermediği, yaş değişkenine göre MDA arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı; Kavas ve Kavas'ın (2015) çalışmasında hemşirelerin MDA eğitim değişkenine göre değişmediği belirlenmiştir<sup>109</sup>. Çalışmadan farklı olarak Kaya'nın (2019) çalışmasında kadın hemşirelerin spiritüel iyi oluşları erkeklerden daha yüksek, eğitim durumu arttıkça spiritüel iyi oluşun arttığı tespit edilmiştir<sup>120</sup>. Çalışmadan farklı olarak Özbaşaran (2020)'ın çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyinin spiritüel ve spiritüel bakım algıları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur<sup>121</sup>. Macit ve Karaman (2019)'ın hemşirelerde MDA'nı incelediği çalışmasında MDA'nın kadın hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>61</sup>. Kadın hemşirelerin spiritüel iyi oluş ve MDA düzeyinin fazla olmasının sebebinin, hemşirelik mesleğinde kadın hemşirelerin fazla olması ve sosyal paylaşımın kadınlar arasında daha fazla olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir<sup>165</sup>.

Çalışmada hemşirelerin medeni durum grupları arasında, anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, evli olanların anomi alt boyut skoru bekar olanlara göre daha yüksektir.

Çalışmamıza benzer şekilde Kaya'nın (2019) çalışmasında evli hemşirelerin spiritüel iyi oluşları bekarlara göre daha yüksek<sup>120</sup>; benzer şekilde Kim ve Yeom'da (2018) çalışmasında, evli hemşirelerin SİÖÖ puanları daha yüksek olarak bulunmuştur<sup>122</sup>. Çalışmadan farklı olarak Kavas ve Kavas'ın (2015) medeni durum değişkenine göre MDA ölçeğinde anlamlı bir fark bulunamamış<sup>109</sup>; Tambağ ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelerin medeni durumu ile MDAÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı<sup>123</sup>; Şirin (2019) çalışmasında SİÖÖ ortalamalarının evlilik süresine göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir<sup>124</sup>. Evliliğin getirmiş olduğu sorumluluk duygusu ve sosyal paylaşımların artması, güçlü bir aile bağı, düzenli bir aile yaşantısı nedeni ile spiritüel sağlıklarının yüksek olması beklenebilir<sup>124</sup>.

Çalışmada hemşirelerin gelir durumları arasında, MDAÖ ve aşkınlık alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken SİÖÖ ve doğayla uyum, anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, geliri iyi olanların SİÖÖ ve doğayla

uyum, anomi alt boyut skorları; geliri orta/kötü olanlara göre daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Altaş (2020)'ın çalışmasında hasta yakınlarının geliri arttıkça spiritüalite düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir<sup>20</sup>. Yüksek refah ve maddiyat durumunun sıkıntılarla baş etmede ekonomik olanakların artısından faydalanması beklenmektedir.

Çalışmada hemşirelerin çalışılan bölümü isteyerek seçme durumları arasında MDAÖ ve aşkınlık, anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken; SİOÖ ve doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, çalışılan bölümü isteyerek seçenlerin SİOÖ ve doğayla uyum alt boyut skorları, isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Çalışmadan farklı olarak Tambağ ve ark. (2018)'nın çalışmasında hemşirelerin çalıştığı birimi seçme durumu ile manevi destek algı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır<sup>123</sup>. Çalıştığı bölümü isteyerek seçme kişide motivasyonu arttıracığı, işini daha çok sevebileceği ve verimliliğini arttıracığı düşünülmektedir<sup>166</sup>.

Çalışmamızda hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili bilgileri alınan yerler arasında anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken; MDAÖ, SİOÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, yaşam sonu bakım ile ilgili bilgileri hizmet içi eğitimlerde, okulda ya da toplantı, kitap, dergi, internetten bilgi alanların aşkınlık alt boyut skoru diğer yerlerden alanlara göre; toplantı, kitap, dergi, internetten bilgi alanların doğayla uyum alt boyut skoru diğer yerlerden alanlara göre, okulda ya da toplantı, kitap, dergi, internetten bilgi alanların SİOÖ skoru diğer yerlerden alanlara göre ve okulda bilgi alanların MDAÖ skoru hizmet içi eğitimlerde ya da diğer yerlerden alanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmadan farklı olarak Kaya'nın (2019) çalışmasında hemşirelerin çalışılan birimle ilgili eğitim/sertifika alma durumu ile SİOÖ alt boyut ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır<sup>120</sup>. Kutlu ve ark. (2020)'nin çalışmasında spiritüalite konusunda eğitim alınıp alınmamasının SİOÖ ve MDAÖ toplam puanlarını etkilemediği<sup>125</sup>; Durmuş ve Alkan (2021)'in çalışmasında spiritüel bakım eğitimi alan hemşirelerin yaşam kalitelerinin (çalışma ortamı, iş algısı, destek hizmetleri) eğitim almayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>126</sup>. Eğitim alan hemşirelerin spiritüel konuda daha bilinçli olması ve yaşam sonu bakımla ilişkilendirmesinden kaynaklanacağı düşünülmektedir<sup>164</sup>.

Çalışmada hemşirelerin kendini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında; anomi alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, kendini iyi olarak değerlendirenlerin anomi alt boyut skoru orta/kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza benzer şekilde Kitchener (2016)'ın çalışmasında hemşirelerin spiritüel iyilik hali ve spiritüel bakıma yönelik iyimser tutumları arttıkça spiritüel bakım verme konusundaki güven ve rahatlıklarının da arttığını göstermektedir<sup>46</sup>. Özbaşaran ve ark. (2011)'nın çalışmasında hemşirelerin spiritüel olarak kendilerini iyi hissetmede kararsız kaldıkları belirlenmiştir<sup>121</sup>. Spiritualite ve spiritüel bakım ifadeleri insanların yapısında doğuştan var olan soyut kavramlardır<sup>91</sup>. Spiritüel olarak iyi hissetmek bireyin hem kendine, hem de çalıştığı ortamda kendilerini yeterli ve destek verebilecek durumda hissetmelerine sebep olabilir.

Çalışmada anomi boyutu ile yaş ve mesleki deneyim süresi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır. Benzer şekilde Kutlu ve ark. (2020)'nin çalışmasında yaş ile SİÖÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken<sup>125</sup>, Kaya (2019)'nin çalışmasında, hemşirelerin çalışma yılının SİÖÖ ölçeğinin anomi ve aşkınlık alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki gösterdiği, çalışma yılı arttıkça anomi ve aşkınlık düzeyinin de arttığını bildirmiştir<sup>120</sup>. Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça spiritüel iyi oluş düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Farklı olarak Jahandideh ve ark. (2018)'nin çalışmasında, hemşirelerin yaşı ve mesleki deneyimi ile SİÖÖ arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir<sup>127</sup>. Literatürle sonucumuzun farklılık göstermesinin, hemşirelerin çalışma ortamının çeşitliliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

### **5.3. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarına İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tartışılması**

Çalışmada hasta yakınlarının %63,3'ü kadın, yaş ortalaması 43,57±13,90, %70,0'i evli, %33,3'ü lise mezunu, %61,7'si çalışmamakta, %36 'sı ev hanımı, %71,7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %48,3'ü ilde yaşamakta, %75,0'i çekirdek aile ve %66,7'sinin çocuğu olduğu bulunmuştur.

Cinsiyet, yaş ve medeni durum faktörüne göre çalışmamıza benzer şekilde Özdemir ve ark. (2016)'nın hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmasında; %68.4' ünün kadın, %28.9' unun

45-54 yaş arasında, %71.1'inin evli olduğu belirlenmiştir<sup>4</sup>. Yine benzer şekilde Orak ve ark. (2015)'nin çalışmasında hasta yakınlarının %56,4'ünün kadın, yaş ortalaması 37,24±11,68, %71,3'ü evli olduğu<sup>128</sup>; Yaman (2020)'in çalışmasında hasta yakınlarının %76'sı evli<sup>129</sup>; Altaş 'ın (2020) çalışmasında hasta yakınlarının %80.1 i evli olarak bulunmuştur<sup>20</sup>. Medeni duruma göre hasta yakınlarının evli olmaları ve kadın oranının fazla olması, hastanede refakat etme durumuna göre beklendiktir.

Eğitim durumu ve mesleğe göre çalışmamıza benzer şekilde Aydın ve Tunca (2016)'nın hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmasında %41'i lise mezunu, %82.1' i ev hanımı olduğu raporlanmıştır<sup>130</sup>. Şahin (2021)'in çalışmasında hasta yakınlarının %43.6' sını lise mezunu olduğunu , %79.9 'unun çalışmadığını bulmuştur<sup>131</sup>. Çalışmadan farklı olarak eğitim durumu Topkaya (2018)'nin çalışmasında %43,6'sını lisans ve üzeri mezunu, %59'inin çalışmadığı raporlanmıştır<sup>9</sup>. Çalışmada palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerin çoğu birinci derece yakını olduğu için mevcut işini bırakmak durumunda kaldıklarından çalışmadıkları belirlenmiştir. Yükseköğretimde eğitimi olan bireyin işine devam ettiği, maddi durumu iyiye bakıcı ayarladığı, daha düşük eğitim seviyesinde olanların ise işten ayrılarak kendisinin bakım verdiği karşımıza çıkmıştır.

Aile tipi ve yaşanılan yere göre çalışmamızla benzer şekilde Karakaya (2020)'nin çalışmasında bakım verenlerin %68,5'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu ve %58,9'u ilde yaşadığı<sup>132</sup>; İlhan (2018)'in çalışmasında %62.5'inin çekirdek aile yapısında olduğu<sup>133</sup>; Duman (2020)'in çalışmasında hasta yakınlarının %65.8'i aynı şekilde ilde ikamet ettiği tespit edilmiştir<sup>134</sup>. İlde yaşamının palyatif hastalarının evde kullanacağı medikal ve tıbbi tedaviye erişim kolaylığı açısından artısı olacağı düşünülmektedir.

#### **5.4. Hasta Yakınlarına Dair Bakım Durumlarının İncelenmesi**

Çalışmada hasta yakınlarının daha önce bakım verip vermeme durumu incelendiğinde; %26,7'si hastanın oğlu ya da kızı iken %43,3'ü 0-3 ay süredir bakım vermekte, %60,0'ı daha önce başkasına bakım vermemiş, %66,7'si bakım konusunda eğitim almamış, %68,3'ünün psikolojik/duygusal bir desteğe ihtiyacı bulunmakta, %88,3'ünün paylaşım yapabilecek bir yakını bulunmakta, %38,3'ü palyatif bakımda ölüme dair fikirlerinde hiç değişiklik yaşamamış, %81,7'sinin palyatif bakımda spiritüel yönelimi çok olmuş ve %61,7'si spiritüel açıdan kendisini iyi olarak değerlendirdiği ortaya çıkmıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde Karakaya (2020)'nin çalışmasında bakım verenlerin %66,1'inin hastanın çocuğu olduğu belirlenmiştir<sup>132</sup>. Çalışmamızın aksine Özhan

(2019)'ın çalışmasında hastaya bakım sağlayan kişilerin hastaya yakınlık derecesine bakıldığında en yüksek oranla (%33,3) hastanın kardeşi olduğu tespit edilmiştir<sup>135</sup>. Farklı sonuçlar bulunmasının sebebi toplumumuzda bakım veren kişiler genellikle birinci derece akrabalarıdır. Özellikle eş, çocuk ve kardeşler bakım veren kişilerdir<sup>20</sup>. Bakım sürecinin zor olması sebebiyle rotasyonlu olarak bakılması sağlıklı bir alternatiftir.

Bakım vericilerin spiritüalite ve psikososyal destek durumları çalışmamıza benzer şekilde Delgado-Guay ve ark. (2013)'nın çalışmasında hasta yakınları %98'i kendilerini dindar ve spiritüel açıdan iyi olarak belirtmiştir<sup>136</sup>. Yine benzer şekilde Altaş (2020)'in çalışmasında hasta yakınları palyatif bakımda kalma süreleri içinde spiritüel yönelim değişimlerini; %44.7'si spiritüel yönelimini iyi olarak, %40.4'ü palyatif bakımda kaldığı süre içerisinde ölüme karşı fikrinin hiç değişmediği raporlanmıştır<sup>20</sup>. Karakaya (2020)'nin çalışmasında hasta yakınlarının %54 'ünün bakım verirken psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu bulunmuştur<sup>132</sup>. Palyatif servislerinde hastalarının ölüme yakın olduğunu hisseden hasta yakınları belki de ölüm hissini en çok burada yaşar. Bu duygular da dua, ibadet gibi spiritüel duygulara yönlendirir. Kültürümüzde ölüme yakın kişinin arkasından dua okunması da bunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

### **5.5. Hasta Yakını SİÖÖ ve Boyutları ile Demografik Özelliklerin İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmada hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve aile yapısı durumları arasında SİÖÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır. Cronbach's alfa değeri Maneviyat ölçeği (0,824), SİÖÖ (0,870) için hesaplama yapılmıştır.

Hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumuna göre; çalışmamıza benzer şekilde Kaplan (2020)'in çalışmasında cinsiyet ve medeni durumun SİÖÖ puan ortalaması ile aralarında anlamlı bir fark olmadığı<sup>137</sup>; Atamer (2021)'in çalışmasında benzer şekilde bakım veren bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ile SİÖÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır<sup>138</sup>. Yine Kaplan (2020)'in çalışmasında bakım veren kişinin cinsiyeti, medeni durumu ile SİÖÖ puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir<sup>137</sup>. Benzer şekilde Karatay (2019)'in çalışmasında eğitim durumu, cinsiyet ve medeni duruma göre SİÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı

belirlenmiştir<sup>139</sup>. Eğitim seviyesi ve cinsiyet farketmeksizin kişilerin bakım verme ile ilgili eğitim alması ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması önemlidir.

Hasta yakınlarının çalışma durumu ile doğayla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, çalışanların doğayla uyum alt boyut skoru çalışmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Spatuzzi ve ark. (2018)'nin çalışmasında çalışan hasta yakınlarının SİÖÖ puanı yüksek bulunmuştur<sup>140</sup>. Güvenir (2019)'in hastaların ebeveynleriyle yaptığı çalışmasında, çalışmayan ebeveynlerin aşkınlık puanı çalışanlardan daha yüksek olarak belirlenmiştir<sup>141</sup>. Atamer (2021)'in çalışmasında çalışma durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır<sup>138</sup>. Bir işle meşgul olmanın toplumumuzda spiritüalitenin önüne geçemeyeceği, bakım verme durumunu destekleyeceği, zor deneyimlere karşı bir anlam ve amacının olabileceği düşünülür<sup>143</sup>.

Çalışmada hasta yakınlarının halen yaşanılan yerleşim birimleri arasında SİÖÖ ve anomi alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, ilde yaşayanların SİÖÖ ve anomi alt boyut skorları köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlde yaşamının getirmiş olduğu avantajlar, imkan ve olanaklara erişimin yüksek olması, sosyal aktiviteler ve destekleyici faaliyetlerin bireylerin spiritüalite ve motivasyonunu desteklemesi beklendiktir.

Çalışmada hasta yakınlarının çocuğu olanların SİÖÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde; Şirin (2019)'in çalışmasında SİÖÖ alt faktörü olan anomi faktörü değerinin çocuk sayısına göre ve eğitim durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmakta olduğu<sup>124</sup>; farklı olarak Kaplan (2020)'in çalışmasında çocuk sahibi olmanın SİÖÖ puan ortalaması ile aralarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur<sup>137</sup>. Çocuk sahibi olmanın getirdiği ebevenlik ve sahiplenme duygusu, hayatına anlam katması ve yoğun duygular yaşanmasına sebep olmasından kaynaklanacağı düşünülmektedir.

## **5.6. Hasta Yakını SİÖÖ ve Boyutları ile Bakım Durumlarının İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmada hasta yakınlarının bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süre, daha öncesinde başkasına bakım verme durumu, bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu, paylaşım yapabilecek yakın durumu, palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumu ve palyatif bakımdaki spiritüel yönelim durumları arasında SİÖÖ

ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Spiritüel ölçek skor ortalaması  $113,28 \pm 11,54$  bulunmuş ve hasta yakınlarının spiritüel düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir. SİÖÖ skor ortalaması  $119,15 \pm 12,49$  belirlenmiş ve hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza benzer şekilde hasta yakınlarının bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi ve bakım verme süresi incelendiğinde Atamer (2021)'in çalışmasında bakım veren bireylerin hasta ile yakınlık derecesi ile SİÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır<sup>138</sup>. Yine benzer şekilde Karatay ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmalarda bakım verme süresi ile ve SİÖÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır<sup>139</sup>. Çalışmadan farklı olarak Kaplan (2020)'in çalışmasında katılımcıların, bakım verme konusunda kendini yetersiz hissedenlerde anomi alt boyut puanı anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Yine Kaplan (2020)'in çalışmasında bakım verilen süre 6 aydan az olduğunda doğayla uyum alt boyut, SİÖÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunurken, araştırma kapsamına alınan katılımcıların, bakım verme konusunda kendini yetersiz hissedenlerde anomi alt boyut puanı anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir<sup>137</sup>. Bakım verenlerin toplumumuzda yakınlarına bakmayı, ilgilenmeyi bir görev bilmesinden dolayı spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemediği düşünülebilir<sup>140</sup>. Bakım verme ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve yeterli sosyal desteğin sağlanması ile spiritüel iyi oluşun artırılabilmesi düşünülmektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında kendisini iyi olarak değerlendirenlerin anomi alt boyut skoru kötü/orta olarak değerlendirenlere göre daha yüksektir. Çalışmamızla uyumlu olarak Atlas (2020)'in araştırmasında hasta yakınları kendilerini spiritüel açıdan değerlendirirken; yarısı iyi (% 49,7) ve yarıya yakını (% 44,7) orta olarak bulunmuş<sup>20</sup>; farklı olarak Çalınık (2020)'in hasta yakınlarının hastalıkla başetmede spiritüelitelilerinin yardım etme durumuna göre SİÖÖ toplam puan ortalamalarında fark olmadığını saptamıştır<sup>142</sup>. Hasta yakınlarının spiritüeliteliteye dikkat etmekte olduğu, hastalar ve ailelerine destek konusunda spiritüelitenin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir<sup>20</sup>.

## **5.7. Hasta Yakını Maneviyat Ölçeği ve Boyutları ile Demografik Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi**

Çalışmada hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, halen yaşanan yerleşim birim ve çocuk durumları arasında maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza benzer şekilde medeni durum ve çalışma durumuna göre, Şirin ve Dursun (2021)'un çalışmasında medeni durum değişkenine göre maneviyat ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir<sup>143</sup>. Çalışmadan farklı olarak çalışma durumuna göre Altaş (2020)'in çalışmasında memur hasta yakınının; işçi, serbest meslek, ev hanımı meslek grubundaki hasta yakınlarına göre maneviyat düzeyleri daha düşük olarak saptanmıştır<sup>20</sup>. Çalışma durumuna göre çalışmayan hasta yakınlarının umudunu kaybetmediği, enerjisini hastasının tedavisi ve bakımına odakladığı, bir anlam ve amaçlarının olduğu söylenebilir<sup>167</sup>.

Çalışmada hasta yakınlarının sosyal güvence durumu arasında, maneviyat ölçeği tabiatla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, sosyal güvencesi olmayanların tabiatla uyum alt boyut skoru olanlara göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Bireylerin kendini güvende hissettiği ve buna bağlı olarak hastane hizmetlerinde herkesle eşit tedaviyi alabileceği düşüncesi motive edici güç olarak düşünülmektedir<sup>167</sup>.

Çalışmada aile yapısı durumları arasında maneviyat ölçeği tabiatla uyum alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, geniş aile olanların tabiatla uyum alt boyut skoru çekirdek aile olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

## **5.8. Hasta Yakını Maneviyat Ölçeği ve Boyutları ile Bakım Durumlarının İlişkisinin İncelenmesi**

Çalışmada hasta yakınlarının bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süre, daha öncesinde başkasına bakım verme durumu, bakım tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu, paylaşım yapabilecek yakın durumu, palyatif bakımdaki manevi yönelim ve kendisini manevi açıdan değerlendirme durumları arasında maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Çalışmaya benzer şekilde bakım verilen kişiye yakınlık durumuna göre Altaş (2020)'in çalışmasında hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastanın çocuğu (%54,7) olduğu ve 0-12 (%65,2) ay süresinde bakım verenlerin çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Diğer akraba grubuna dahil olan hasta yakınlarının, çocuk, torun, anne ve babaya göre maneviyat düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir<sup>20</sup>.

Çalışmada hasta yakınlarının palyatif bakımda ölüme karşı fikir değişikliği durumları arasında manevi yaşantı alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, palyatif bakımda ölüme karşı fikirleri çok değişenlerin manevi yaşantı alt boyut skoru hiç değişmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Altaş (2020)'in çalışmasında palyatif bakımda kaldıkları süre içinde ölüme ilişkin görüşlerinin değişim düzeyi sonuçlarına göre, ölüme karşı fikrinin değişmediğini ifade eden hasta yakınlarını maneviyat düzeylerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir<sup>20</sup>. Hasta yakınlarının yas öncesi ve sonrası süreçte maneviyata başvurmaları beklenen bir sonuçtur. Dua etmek, ibadet yapmak ve ağlamak kişiyi rahatlatan manevi duygulardır.

### **5.9. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tartışılması**

Çalışmada hastaların yaş ortalaması  $63,55 \pm 13,88$ , %55,0'i kadın, %88,3'ü evli, %53,3'ü ilkokul mezunu, %48,3'ü ev hanımı, %6,7'si halen çalışmakta, %86,7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta, %31,7'si ilde yaşamakta, %78,3'ü çekirdek aile, %90,0'ının çocuğu bulunmakta, tanı zamanı ortalaması  $2,49 \pm 2,94$ , %45,0'inde kronik hastalık bulunmakta, %25'inde hipertansiyon ve %15,0'inde diabetes mellitus bulunmakta, palyatif bakımda tedavi süre ortalaması  $18,34 \pm 18,90$ , %73,3'ü palyatif bakım sürecinde manevi yönelim durumu iyi ve %80,0'inin kendisini manevi açıdan iyi olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

Hastaların yaş durumu ele alındığında Özalp ve ark. (2017)'nin kanser hastaları ile yürüttükleri bir çalışmada hastaların yaş ortalamasının 61 yıl olduğu belirlenmiştir<sup>144</sup>. Yürüyen ve ark. (2018)'nin tarafından yapılan çalışmada ise hastaların yaş ortalamasının  $71,0 \pm 15,8$  yıl olduğu ortaya çıkmıştır<sup>145</sup>. Ülkemizde yaşam sürelerinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artmasıyla birlikte<sup>146</sup>, tıbbi tedavi olanaklarının ve medikal tedavilere erişimin kolaylığı, palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların ileri yaştaki hastalar olması, bu durumu destekler nitelikte ve literatürle uyumludur.

Hastaların cinsiyet durumuna göre, çalışmamıza benzer şekilde Selçuk ve ark. (2016)'nın çalışmasında hastaların %81'inin kadınlardan oluştuğunu saptamışlardır<sup>146</sup>. Çalışmadan farklı olarak Hudson ve ark. çalışmasında hastaların %47,8'i kadın<sup>148</sup>, Erdem ve ark. (2020)'nin çalışmasında ise %23,2'sinin kadın olduğu bulunmuştur<sup>149</sup>.

Hastaların medeni durumu incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu olarak Topkaya (2018)'nin yürüttüğü çalışmaya göre hastaların %80,9'unun evli<sup>9</sup>, Tanıl (2020)'in yürüttüğü araştırmasında hastaların %73,3'ü evli olduğu tespit edilmiştir<sup>150</sup>. Palyatif bakımda yatan hastaların yaş ortalaması çalışmada  $63,55 \pm 13,88$  olarak bulunmuş ve artan yaş ile birlikte toplumumuzdaki genel eğilime bakıldığında evli olmaları beklenmektedir.

Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde, Bektaş (2021)'in çalışmasında hastaların %54,8'inin ilkokul mezunu olduğunu belirlemiştir<sup>29</sup>. Çalışmadan farklı olarak Zimmerman (2021)'in çalışmasında katılımcıların %67'sinin en az üniversite mezunu, %18'inin ise lise altında eğitim düzeyinde olduğu rapor edilmiştir<sup>28</sup>.

Çalışmada kronik hastalık oranına bakıldığında HT ve DM ilk sırada yer alırken, Bektaş (2021)'in yürüttüğü çalışmaya göre palyatif bakımda yatan hastaların %30'unun DM, %33'ünün HT hastası olduğunu bulunmuştur<sup>29</sup>. HT ve DM ülkemizde yaygın görülen kronik hastalık olduğu için çalışmada da bu oranın yüksek olması beklendiktir<sup>151</sup>.

#### **5.10. Hastaların SİOÖ ve Boyutları İle Bakım Durumlarının İlişkisinin İncelenmesi**

Çalışmamıza göre hastaların cinsiyet, halen yaşanan yerleşim birimi, aile yapısı, kronik hastalık durumu, palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu ve kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında SİOÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır. SİOÖ skor ortalaması  $106,28 \pm 14,35$  olarak bulunmuş ve hastaların spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Benzer şekilde Emir (2019)'in çalışmasında SİOÖ puan ortalaması ile cinsiyete göre herhangi bir farklılık olmadığı<sup>152</sup>, Gürsu ve ark. (2018)'nin çalışmasında cinsiyet ve kronik hastalık açısından spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı<sup>153</sup>, Çiçekli (2019)'nin çalışmasında hastaların cinsiyeti ile SİOÖ ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı<sup>154</sup>, Kömürcü (2020)'nin çalışmasında SİOÖ ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır<sup>155</sup>.

Çalışmada hastaların eğitim durumuna göre lise ve üzeri mezunu olanlarda SİOÖ ve anomi alt boyut skorları ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumuna göre çalışmamıza benzer şekilde Bektaş (2021)'in çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların spiritüel iyilik puanının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>29</sup>. Çınar ve ark. (2019)'nın çalışmasında yüksek lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip hastaların anomi alt boyutunun, lisans ve altı seviyesindeki eğitim durumuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>156</sup>. Eğitim düzeyleri arttıkça farkındalıklarının artması, yaşamın anlamını sorgulaması, kendi spiritüel yönlerini öğrenmeleri, kendini gerçekleştirmeleri ve spiritüel iyilik hallerinin farkında olmalarının beklenen bir durum olduğu düşünülmektedir<sup>29</sup>. Çalışmadan farklı olarak Bredle (2011)'nin çalışmasında ise liseden daha az eğitime sahip Latin ve Afrika kökenli Amerikalı erkeklerin SİOÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur<sup>157</sup>. Calderia'nın (2013) çalışmasında eğitim durumuna göre SİOÖ veya boyutlarının herhangi biri ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı<sup>77</sup>; Frost ve ark. (2013) çalışmasında SİOÖ eğitim durumu ile ilişkili olmadığı raporlanmıştır<sup>158</sup>.

### **5.11. Hastaların Maneviyat Ölçeği ve Boyutları ile Demografik Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi**

Çalışmada hastaların cinsiyet, halen yaşanılan yerleşim birimi, kronik hastalık durumu, palyatif bakım sürecinde spiritüel yönelim durumu ve kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında maneviyat ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır. Maneviyat ölçek skor ortalaması  $102,95 \pm 13,46$  bulunmuş ve hastaların maneviyat düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Eğitim durumu ile anlam arayışı alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, lise ve üzeri mezunu olanların anlam arayışı alt boyut skoru ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre çalışmamıza benzer şekilde Feher (1999)'in çalışmasında eğitim derecesi lise ve dengi okullarda okuyanların dini ve manevi inancının, günlük yaşamlarını anlamlandırma becerisini sağladığını belirtmiştir<sup>159</sup>. Çalışmadan farklı olarak Taşan (2020)'in kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasında okuryazar olmayan hasta grubunun manevi yönelimini daha yüksek bulmuştur<sup>160</sup>.

Hastaların aile yapısı durumları arasında maneviyat ölçeği bağlantı alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, geniş aile olanların bağlantı alt boyut skoru çekirdek aile olanlara göre daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak Jadidi ve ark. (2015)'nın geniş aileye sahip bireylerin maneviyat ve alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur<sup>161</sup>. Bektaş (2021)'in çalışmasında da aile durumuna göre maneviyat düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur<sup>29</sup>. Geniş aileye sahip bireylerin sosyal destek mekanizmasına ulaşımı birey sayısının fazla olmasından ötürü daha mümkün olmaktadır<sup>161</sup>.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Palyatif bakımda hemşire, hasta ve hasta yakını açısından spiritüel değerlendirilmenin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Palyatifte çalışan hemşirelerin spiritüel iyi oluş ve manevi destek algı düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerde sosyodemografik özellik ile SİOÖ ve MDAÖ ilişkisi incelendiğinde evli olanlar spiritüel iyi oluşları bekar olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin gelir durumları incelendiğinde geliri iyi olanların spiritüel iyi oluşları geliri orta/kötü olanlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çalışılan bölümü isteyerek seçme durumlarına bakıldığında çalışılan bölümü isteyerek seçenlerin spiritüel iyi oluşları isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hemşirelerin kendini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında, kendini iyi olarak değerlendirenlerin spiritüel iyi oluşları orta/kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin yaş ve mesleki deneyim süresi ile spiritüel iyi oluşları pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir.
- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve maneviyat düzeyi yüksek olarak saptanmıştır.
- Hasta yakınlarından çalışanların spiritüel iyi oluşları çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hasta yakınlarının ilde yaşayanların spiritüel iyi oluşları köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hasta yakınlarının çocuğu olanların SİOÖ ve aşkınlık, doğayla uyum alt boyut skorları olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Hasta yakınlarının kendisini spiritüel açıdan değerlendirme durumları arasında, kendisini iyi olarak değerlendirenlerin spiritüel iyi olma düzeyi kötü/orta olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hasta yakınlarının sosyal güvencesi olmayanların maneviyat düzeyi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hasta yakınlarının geniş aile olanların tabiatla uyum alt boyut skoru çekirdek aile olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hasta yakınlarının palyatif bakımda ölüme karşı fikirleri çok değişenlerin maneviyat puanı hiç değişmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların spiritüel iyi oluş ve maneviyat düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir.
- Hastaların lise ve üzeri mezunu olanlarda spiritüel iyilik halleri ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların lise ve üzeri mezunu olanların maneviyat düzeyi ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hastaların geniş aile olanların maneviyatı çekirdek aile olanlara göre daha yüksektir.

## **6.2. Öneriler**

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarını palyatif bakım hakkında bilgilendirmeleri, kitapçık veya broşür hazırlamaları, okur-yazar olmayan hasta ve hasta yakınlarının da düşünülerek görsel eğitim araçlarının kullanılmasını sağlamaları,
- Hemşirelere palyatif servisinde çalışmaya başlamadan önce palyatif bakım ve spiritüel bakım konuları ile ilgili eğitim verilmesi,
- Hemşirelik lisans eğitimi programlarında palyatif bakım ve spiritüel bakım konularının daha detaylı ele alınması,
- Hemşirelerin spiritüel ve palyatif bakımı anlama düzeyini arttırmaya yönelik görsel afişler hazırlanabilir.
- Palyatif bakım ünitelerinde hasta ve hasta yakınlarının spiritüel gereksinimlerini belirleyip destekleyecek hemşirelik girişimlerine önem verilmesi,

- Palyatif bakım kliniklerinde belirli aralıklarla SİOÖ kullanılarak spiritüalitenin değerlendirilmesi,
- Klinikte yürüeyebilen hastalar ve hasta yakınlarının kendine vakit ayırabilmesi, spiritüel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için gerekli ortamı sağlanması,
- Belirli sürelerde hemşire, hasta ve hasta yakınlarının manevi destek uzmanı ile görüşmesinin sağlanması,
- Hastanın ölümünden sonra ailesinin yas sürecinde spiritüel destek ihtiyacının karşılanması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. WHO, WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 2002. Erişim Tarihi: 15.03.2021
2. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4<sup>th</sup> ed. National Consensus Project for Quality Palliative Care(NCHPC). Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care. 2018: p.55-56,
3. Gordon Alvarado MS. Nurse Practitioners' Recognition and Provision of Spiritual Care Needs of Residents in Longterm and Palliative Care. 2015, Brandman University, and the Effect of an Educational Intervention. Doctor of Nursing Practice, Irvine, 32 page, California.
4. Özdemir F. Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ile Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2016, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 83 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN).
5. Özçelik H, Fadıoğlu Ç, Uyar M, Karabulut B(Eds). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir, Üniversiteliler Ofset. 2010: s. 5-80.
6. Kurtgöz A. Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi. 2019, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 174 sayfa. Samsun, (Doç. Dr. Zeliha KOÇ).
7. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 8(1): 47-50.
8. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim Dergisi. 2011; 24: 4-9.
9. Topkaya Ö. Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi. 2018, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN).
10. Daşdan BN, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1): 74-78
11. TDK, 2021. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 12.05. 2021

12. Oxford Learner's Dictionarie. Palliate. (t.y.). Oxford University Press. 2015: 475-480.  
Erişim tarihi: 05.08.2021  
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/palliate>
13. Kalabak AA, Öztürk H, Erdem TA, Akın SB. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi. 2012; 2(2): 122-126.
14. Hunter OV. Understanding the Role of Spirituality in Palliative Care for the Counseling Profession. 2014, Walden University, Doctoral Thesis, 138 sayfa, (Ph. D. Eric Riedel).
15. Chestnov O, Kieny MP. WHO, Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, Switzerland, 2016: p.5.
16. Harding R, List S, Epiphaniou E, Jones H. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. Journal of Palliative Medicine. 2011; 26 (1): 6-22.
17. WHO-WPCA, 2014. The World Health Organization-worldwide palliative care alliance, global atlas of palliative care at the end of life. World Health Organization. 2014; 1-111.
18. Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in palliative care. Seminars in Oncology Nursing. 2005; 21(1): 2-10.
19. Martin-Moreno MJ, Gorgojo L, Normand C, Cenreno CA. Policy department economic and scientific policy. European parliament report: palliative care in the European Union, Brussels, 2008; p. i-3.
20. Altaş H. Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Maneviyat Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumlarına Etkisi. 2020, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 91 sayfa, Sakarya, (Prof. Dr. Yusuf GENÇ).
21. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. Milbank Quarterly. 2011; 89(3): 343-380.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara, Erişim Tarihi: 08.07.2021.
23. National Institutes of Health (NIH), 2021.  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-factsheet>. Erişim tarihi: 10.01.2021.
24. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. Lancet Oncol. 2007; 80: 430-438.
25. Bağ B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi. 2012; 27(3): 142-149.

26. Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA). 2020, Milestones in Hospice, <https://www.chpca.ca/about-hpc/milestones-in-hospice-palliative-care/care-guidelines.pdf/>, Erişim tarihi: 20.01.2021.
27. Yavuzşen T.(Ed). T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, “Palyatif Bakım Septom Yönetiminde Klinik Yaklaşım ” İzmir, 2015; 15-597.
28. Zimmerman C. Acceptance of dying: a discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(1): 217–224.
29. Bektaş S. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Halleri ile Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki. 2021, Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi, Ortak Hemşirelik Esasları Alanı Programı, Yüksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Yozgat, (Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN).
30. Ewald H, Maier BO, Amelung VE, Schindler T, Schneider N. Perspektiven der palliativmedizin. Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (eds). *Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung-Das Ende der Konvergenzphase* Stuttgart, New York: Schattauer. 2008: p. 211-24.
31. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye ‘de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010; 13(1): 1-6.
32. İçipek H. Palyatif Bakım Çalışanlarının Karşılaştıkları Güçlüklerle Baş Etmede Dini Değerlerin Rolü. 2020, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 75 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Şükrü KEYİFLİ).
33. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), (2010) Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648, Dönem 23). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Aralık 2010.
34. Şahan UF, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015; 4(2): 81-90.
35. Sağlık Bakanlığı SHGM. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2015, Sayı: 15722819/840 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
36. Sur H. Tıbben bitmiş ömürlere hospis çözüm mü? *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*. 2015; 36: 36-41.

37. Benli RA, Erbesler AZ. Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2016; 20 (1): 5-6.
38. Seccareccia D. Addressing the Spiritual Domain in Palliative Care. 2005, Faculty of Graduate Studies the University of Western Ontario London, Ontario, Canada. Yüksek lisans tezi, 140 sayfa.
39. Matzo M, Sherman WD. Palliative care nursing: quality care to the end of life. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, 2015: p. 300-350.
40. Şahin AE. Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler ve Dini Başa Çıkma. 2019, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 148 sayfa, İzmir, (Dr. Öğr. Üyesi Merve ALTINLI MACIC).
41. Meltem UYAR. Palyatif Bakım Derneği. Bülteni; Palyatif Bakım. 2015: s. 2-10.
42. Strang S. Spiritual / Existential Issues In Palliative Care, With Special Reference to Patients With Brain Tumours and Their Spouses. 2002, Doktora tezi. Göteborgs Universitet.
43. Zwerling LJ, Cohen AJ, Verghese J. Dementia and caregiver stres. *Neurodegeneratif Disease Management*. 2016; 6(2): 69–72.
44. Berman A, Snyder S, Frandsen G. “Spirituality”, Kozier & Erb’s, “Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process”, 10th Edition, New Jersey: Pearson Education, 2016: p. 954-969.
45. Karataş Z. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi. 2011, Rize Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 282 sayfa, Rize, (Doç. Dr. Ahmet ALBAYRAK).
46. Kitchener BJ. Exploring The Relationships Between and Among Registered Nurses' Spiritual Well-Being, Spiritual Care Perspectives, and Their Provision of Spiritual Care in Acute Care Settings. 2016, Seton Hall University, Doctor of Philosophy in Nursing, 225 page.
47. Ferrel RB. Spiritual Care in Hospice and Palliative Care. *Korean Journal Hospice Palliative Care*. 2017; 20(4): 215-220.
48. Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Üniversitesi Dergisi*. 2005; 13(54): 27-34.
49. Maglione LJ, Neville K. Servant leadership and spirituality among undergraduate and graduate nursing students. *Journal of Religion and Health*. 2021; 60: 4435–4450.

50. Barnum SB. Spirituality in nursing the challenges of complexity third edition. Spiritual versus religious orientations (Chapter 1). New York: Springer Publishing, 2011: p.1-5.
51. Yeager S, Doust C, Epting S, Iannantuono B, Indian C, Lenhart B, Manche D, Morris M, Newton B, Ortman L, Young K, Thomas K. Embrace hope: an end-of-life intervention to support neurological critical care patients and their families. *Critical Care Nurse*. 2010; 30(1): 47-59.
52. Gordon Alvarado MS. Nurse Practitioners' Recognition and Provision of Spiritual Care Needs of Residents in Longterm and Palliative Care. 2015, Brandman University, and the Effect of an Educational Intervention. Doctor of Nursing Practice, Irvine, 32 page, California.
53. Cabin DW. Understanding emerging epidemics: social and political approaches. of rebels, conformists, and innovators: applying merton's typology to explore an effective home care policy for the emerging alzheimer's epidemic. Emerald Group Publishing Limited. 2010;11: 165-181
54. Baldacchino RD. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 885-896.
55. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 8(1): 37-45.
56. Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1-12.
57. Mengeş E. Palyatif Bakım Birimlerinde Çalışanların Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri Konulu Anket Çalışması. 2021, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 46 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Yücel KARAMAN).
58. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. 2000; 14(17): 32-36.
59. Aldridge D, Fachner J, Lucanne M. Music Therapy and Spirituality and the Challenges of End-Stage Illness. Chapter 12, London: Jessica Kingsley Publishers, 2005, p: 155-157.
60. Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. *Gazi Osmanpaşa Paşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Jaren*. 2017; 3(Ek sayı): 39-45.
61. Macit M, Karaman M. Hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019; 10(3): 293-302.

62. Chung FYL, Wong YKF, Chan FM. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 58(2); 158-170.
63. Green C. Nurses and Patients Perspectives on Spiritual Health Assessment. *Journal of Religion and Health*. 2021; 60(1):122–133.
64. Vermandere M, Warmenhoven F, Severen VE, Leppeleire DJ, Aertgeerts B. The ars moriendi model for spiritual assessment: a mixed-methods evaluation. *Oncology Nursing Forum*. 2015; 42(4): 295-301.
65. LaRocca-Pitts M. "Fact, a chaplain's tool for assessing spiritual needs in an acute care setting". *Chaplaincy Today*. 2012; 28(1): 25-32.
66. Borneman T, Ferrell B, Puchalski MC. Evaluation of the fica tool for spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 40(2): 163-173.
67. Burke D. Exploring Meanings of Spirituality in Oncology and Palliative Care Nursing. 2005, Dalhousie University, Master's Thesis, 172 page, Halifax, Nova Scotia.
68. Gray J. Measuring spirituality: conceptual and methodological considerations. *The Journal of Theory Construction & Testing*. 2006; 10(2): 58-64.
69. Uğurluoğlu D, Erdem R, Kıyıcı H. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme, benlik saygısı ve spiritüel iyi oluşlarına yönelik bir araştırma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2019; 20(44): 51-64.
70. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It is time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*. 2016; 1(1): 11-16.
71. Acar H. Manevi iyi oluş ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2014; XVIII (2): 391-412.
72. Wang YC, Lin CC. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurse*. 2016; 39 (4): 43-50.
73. Potter AP, Perry GA, *Fundamental of Nursing*. Eight edition. Hall M.A. (eds) *Spiritüel Health*, chepter 35, 2013; p. 694-706.
74. Balducci L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019; 57(1): 171-175.
75. Cotter VT, Foxwell AM. The meaning of hope in the dying. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. (Eds), *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, 4th Edition, New York, 2015.
76. NANDA International: *NANDA-I nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*, Philadelphia, The Association, 2012; p.685-690.

77. Calderia S, Carvalho CE, Vieira M. Spiritual distress—proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2013; 24(2): 77-84.
78. Ellis HK, Narayanasamy A. An investigation into the role of spirituality in nursing. *British Journal of Nursing*. 2009; 18(14): 886-889.
79. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. Training program about the therapeutical intervention "relaxation, mental images and spirituality" (RIME) for re-signify the spiritual pain of terminal patients. *The Scientific World Journal*. 2007; 34(11): 60-72.
80. Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Spirituality: A key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. *Nursing and Health Sciences*. 2009; 11: 344-350.
81. Daaleman PT, Dobbs D. Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Research on Aging*. 2010; 32(2): 224-243.
82. Wasserman SL. Respectful death a model for end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008; 12(4): 621-623.
83. Lalani SN, Duggleby W, Olson J. "I need presence and a listening ear": perspectives of spirituality and spiritual care among healthcare providers in a hospice setting in Pakistan. *Journal of Religion and Health*. 2021; 60: 2862–2877.
84. Küçük İ. Hastaların Manevi Destek Gereksinimlerinin ve Sağlık Profesyonellerinin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi. 2019, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa, Afyonkarahisar, (Dr. Öğretim Üyesi Yeliz CİĞERCİ).
85. İş Birliği Protokolü, 2015; Diyanet İşleri Başkanlığı Yönerge, 2017. Sağlık Kuruluşlarında Manevi Destek Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge.
86. Stoltzfus JM, Green R, Schumm D. Chronic illness, spirituality, and healing diverse disciplinary, religious, and cultural perspectives, chronic illness and healing: blending biomedical care with spiritual practice. Michael J. Stoltzfus and Green (eds) part 1, 2013; p.18.
87. Moody RH. Religion, Spirituality, and Aging: A Social Work Perspective. Moberg OD(ed). Part Research in Spirituality, Religion, and Aging, USA: Haworth Press, 2005: p. 11-20.
88. Choumanova I, Wanat S, Baret R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of chilean women. *The Breast Journal*. 2006; 12(4): 349–352.

89. Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(1): 50-56.
90. Cullen GJ. Nursing management, religion and spirituality: a bibliometric review, a research agenda and implications for practice. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24: 291–299.
91. Erişen M, Sivrikaya KS. Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(3): 184-190
92. Horozcu Ü. Tecrübi araştırmalar ışığında dindarlık ve maneviyat ile ruhsal ve bedensel sağlık arasındaki ilişki. *İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*. 2010; 7(1): 210-241.
93. Aştı AT, Karadağ A. Hemşirelik Esasları. Küçük L. (Editör). Bölüm 46, Bakımda spiritüel yaklaşım. İstanbul: Akademi Yayınevi, 2012: 1140-1143.
94. Herrera AP, Lee WJ, Nanyonjo DR, Laufmann EL, Torres-Vigila I. Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. *Aging Ment Health*. 2009; 13(1): 84-91.
95. Delaune CS, Ladner KP. *Fundamental of nursing. Standards & practice*. 2<sup>th</sup> ed. Chapter 21, Loss and Grief. 2002: p.492-493.
96. Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block DS, Kachnic L, Hunt J, Peteet J, Prigerson GH, VanderWeele JT, Balboni AT. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient/practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *Journal Pain Symptom Manage*. 2011; 41(5): 836-847.
97. Kwan MWC, Chan HWC, Choi CK. The effectiveness of a nurse-led short term life review intervention in enhancing the spiritual and psychological well-being of people receiving palliative care: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 134–143.
98. Sellers S, Haag B. Spiritual nursing interventions. *Journal of Holistic*. 1998; 16(3): 338-54.
99. Vincensi BB. *Spiritual Care in Advanced Practice Nursing*. 2011, A Dissertation Submitted To The Faculty of The Graduate School in Candidacy For The Degree of Doctor of Philosophy, Doctoral Thesis, Chicago, p. 309.
100. Maddox M. Teaching spirituality to nurse practitioner students: The importance of the interconnection of mind, body, and spirit. *Journal of the American*. 2001; 13(3): 134-139.
101. Kociszewski C. Spiritual care: A phenomenological study of critical care nurses. *Heart & Lung*. 2004; 33(6): 401-411.

102. Carroll BA. Phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*. 2001; 6(1): 81-98.
103. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*. 2001; 23 (1): 90-104.
104. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38: 479–488.
105. Conner N, Eller L. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of christian African-Americans. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46 (6): 624-632.
106. Tornøe K, Danbolt LJ, Kvigne K, Sørli V. A mobile hospice nurse teaching team's experience: Training care workers in spiritual and existential care for the dying-a qualitative study. *Bio Med Central Palliative Care*. 2015; 14(1):43.
107. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2017; 2(1): 73-88.
108. Şirin, T. Maneviyat Ölçeği' nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkçe Çalışmalar*. 2018; 13(18): 1283-1309.
109. Kavas E, Kavas N. Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Türkçe Çalışmalar*. 2015; 10(14): 449-460.
110. Kavas, E. ve Kavas, N. (2014). Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2), 905-915.
111. Nunnally JC. *Psychometric Theory (2<sup>th</sup> Ed.) Nursing*, New York: McGraw Hill, 1998: p. 338-354.
112. Danacı S. Hemşirelerin Palyatif Bakım ile İlgili Görüş ve Deneyimlerinin İncelenmesi. 2020, Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Fahriye OFLAZ).
113. Selanders CL. Florence Nightingale: the evolution and social impact of feminist values in nursing. *American Holistic Nurses Association*. 2010; 28(1); 70-78.
114. Temelli G. Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları. 2018, Yüksek lisans tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 76 sayfa, Bolu, (Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT).
115. Yapar HH. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. 2019, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü /

- Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 63 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI).
116. Gönç T. Toplumun gözünde hemşirelik hâlâ 'kadın işi mi: erkek hemşirelere yönelik tutum ve önyargılar üzerine sosyolojik bir araştırma. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2016; 18(3): 159-192.
117. Yaman E. Onkoloji ve Palyatif Bakım Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğunun İş ve Yaşam Doyumuna Etkisi. 2020, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 135 sayfa, Samsun, (Dr. Öğr. Üyesi Afıtap ÖZDELİKARA).
118. Filiz S. Palyatif Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 2017, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Sebehat ATEŞ).
119. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, Peteet JR, Prigerson GH, VanderWeele JT, Balboni AT. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*. 2013; 31(4):461-467.
120. Genç Y, Durğun A. Manevi bakımın gerekliliği ve bakım hizmeti veren meslek elemanlarının manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Journal of Turkish Studies*. 2018; 13(9): 45-66.
121. Kaya R. Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Spiritüel İyi Oluşlarının Belirlenmesi. 2019, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 74 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Kerime DERYA BEYDAĞ).
122. Özbaşaran F, Ergül Ş, Temel BA, Aslan GG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; (21-22): 3102-3110.
123. Kim HS, Yeom HA. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018; 46: 92-97.
124. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2018; 8(2): 159-164.
125. Şirin T. Evli çiftlerin spiritüel iyi oluşları ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. *Ekev Akademi Dergisi*. 2019; 23(77): 389-410.

126. Şirin, T. (2018). Maneviyat Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkçe Çalışmalar*, 13(18), 1283-1309.
127. Kutlu Ö, Ermin C, Aygin D. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 2020; 3(3): 130-142.
128. Durmuş M, Alkan H. Yoğun bakım hemşirelerinde iş yaşam kalitesi, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 10(2): 264-272.
129. Jahandideh S, Zare A, Kendall E, Jahandideh M. Nurses' spiritual well-being and patients' spiritual care in Iran. *COJ Nurse Healthcare*. 2018; 1(3): 1-5.
130. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015; 6(1): 33-39
131. Yaman A. Palyatif Bakım Vericilerine Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. 2020, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ).
132. Aydın N, Tunca F. Yatan hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden memnuniyeti üzerine bir araştırma. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2016; 42: 73-90.
133. Şahin G. Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi. 2021, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 58 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK).
134. Karakaya C. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği. 2020, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 145 sayfa, ( Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN).
135. İlhan H. Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi. 2018, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 117 sayfa, Tokat, (Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN).
136. Duman Ö. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi. 2020, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, Samsun, (Dr. Öğr. Üyesi Afitab ÖZDELİKARA).

137. Özhan E. Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği. 2019, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 123 sayfa, Sakarya, (Prof. Dr. M. Zafer DANIŞ).
138. Delgado-Guay MO, Parsons AH, Hui D, Cruz DM, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *Amerikan Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2013; 30(5): 455-61.
139. Kaplan E. Evde Yatağa Bağımlı Hastaya Bakım Veren Bireylerde Bakım Yükü ve Spiritüel İyi Oluş İlişkisi. 2020, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 75 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ).
140. Atamer B. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Durumu, Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2021, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 120 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ülkü POLAT)
141. Karatay S. Kanser Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinde Spiritüel İyi Oluş, Bakım Yükü ve Konfor İlişkisi ve Etkileyen Faktörler. 2019, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL).
142. Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Fabbietti P, Raucci L, Bilancia D, Cormio C, Vespa A. Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative and Supportive Care*. 2019; 17(3): 294–299.
143. Güvenir B. Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Umut, Sosyal Destek ve Maneviyatlarının Travma Sonrası Gelişimlerine Etkilerinin Belirlenmesi. 2019, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 185 sayfa, Trabzon, (Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT).
144. Çalınık G. Çocukları İmmun Yetmezlik Tanısı ile Hastanede Yatan Annelerde Spiritüel İyi Oluşun Anksiyeteye Etkisi. 2020, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları, Yüksek Lisans Tezi, 49 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Şebnem Çınar Yücel).
145. Şirin T, Dursun N. Evli ve bekâr bireylerde yaşamın anlamı ve maneviyat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*. 2021; 25(85): 469-482.

146. Özalp G, Uysal N, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kadioğulları N. Identification of Symptom Clusters in Cancer Patients at Palliative Care Clinic. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2017;4(3):259-64.
147. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018; 10(1): 74-80.
148. Umutlu S, Epik TM. Türkiye’de yaşlı nüfus ve sosyal politika uygulamaları. *Sosyal ve Beşeri Bilimleri Dergisi*. 2019; 11(1): 1309-8012.
149. Selçuk KT, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016; 7(1):1-9.
150. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 41(3): 522-534.
151. Erdem E. Erken Palyatif Bakımın Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. 2020, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 112 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK).
152. Tanıl E. Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölümüne İlişkin Tutumları. 2020, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Preventif Onkoloji Ana Bilim Dalı, Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Güler BAHADIR).
153. Aydemir T, Çetin Ş. Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*. 2019; 4(3): 109-115.
154. Emir E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Spiritüel İyi Oluş, Konfor İlişkisi ve Etkileyen Faktörler. 2019, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 90 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL).
155. Gürsu O, Ay Y. Din, Manevi İyi Oluş ve Yaşlılık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018; 11(61): 1177-1190.
156. Çiçekli N. Açık Kalp Ameliyatı Uygulanacak Hastaların Umud Düzeyi ve Spiritüel İyi Oluşlarının Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN).
157. Kömürcü C. Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin

- Belirlenmesi. 2020, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU).
158. Çınar F, Şirin T. Investigation of spiritual well-being palliative care of patients. *Innovative Journal of Medical and Health Science*. 2019; 9 (7): 496–513.
159. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold JB, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale. *Religions*. 2011; (2): 77–94
160. Frost M, Novotny PJ, Johnson ME, Clark MM. Sloan JA, Yang P. Spiritual well-being in lung cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(7); 1939–1946.
161. Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psychooncology*. 1999; 8(5): 408-416.
162. Taşan N. Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2020, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 54 sayfa, Malatya, (Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ).
163. Jadidi A, Farahaninia M, Janmahamadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic Nursing Practice*. 2015; 29 (3): 128-135.
164. Ergül Ş. Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakım kavramları nerede? ne zaman? nasıl? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010; 26 (1): 65-75.
165. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review* 2008; 55(3): 333-40.
166. Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan HE. Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi *Annals of Health Sciences Research*, 2017; 6 (1): 12-17.
167. Meral B. Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Umut, Sosyal Destek Ve Maneviyatlarının Travma Sonrası Gelişimlerine Etkilerinin Belirlenmesi. 2019, Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, (Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT).

## 8. EKLER

### Ek-1: Birey Tanılama Formu

Bu araştırma palyatif bakım servisinde hemşire, hasta ve hastaların yakınlarının spiritüel değerlendirmesini incelemek amacıyla yürütülmektedir. Araştırmaya ait bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY

Merve MACAR

### A)HASTANIN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )Erkek

3. Medeni Durumu ( ) Bekar ( ) Evli

4. Eğitim Durumu:

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite

( ) Lisans üstü

5.Mesleği:

( )Ev hanımı ( )İşçi ( )Memur ( )Serbest Meslek ( )Emekli ( )Öğrenci ( )İşsiz

( )Diğer (belirtiniz):.....

6.Halen çalışıyor mu?: ( )Evet ( )Hayır

7. Sosyal güvencesi var mı? ( ) Var ( ) Yok

8. Halen yaşadığı yerleşim birimi: ( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy

9. Aile yapısı: ( )Çekirdek aile ( )Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumu: ( )Evet ( )Hayır

11. Mevcut tanısı: .....

12.Bu tanıyı ne zaman aldı?.....

13. Kronik bir hastalığı var mı? ( )Evet ( )Hayır

14.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğunu belirtiniz.

( )Diyabet ( )Hipertansiyon ( )Kalp hastalığı ( )Böbrek hastalığı

KOAH Diğer(belirtiniz):.....

**15. Ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görmektesiniz?.....**

**16.Palyatif bakımda kaldığınız süre içerisinde spiritüel yönelimleriniz nasıldı?**

a ( ) Hiç b ( ) Biraz c ( ) Orta d ( ) İyi

**17. Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz?**

a ( ) Kötü b ( ) Orta c ( ) İyi



## BİREY TANILAMA FORMU

Bu araştırma palyatif bakım servisinde hemşire, hasta ve hastaların yakınlarının spiritüel değerlendirmesini incelemek amacıyla yürütülmektedir. Araştırmaya ait bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Size uygun olan yanıtı işaretleyiniz. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY

Merve MACAR

Düzce Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

### **B)HASTA YAKINI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:**

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz: ( ) Bekar ( ) Evli

4. Eğitim Durumunuz: ( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul  
( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisans üstü

5. Çalışıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

6. Mesleğiniz: ( ) Ev hanımı ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Serbest Meslek ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) İşsiz ( ) Diğer (belirtiniz):.....

7. Sosyal güvenceniz var mı? ( ) Var ( ) Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: ( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy

9. Aile yapınız: ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ( ) Evet ( ) Hayır

11. Bakım verdiğiniz kişi ile yakınlık dereceniz: ( ) Oğlu ( ) Kızı ( ) Eşi ( ) Gelini  
( ) Damadı ( ) Torunu ( ) Diğer.....

12. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? ( ) 0-3 ay ( ) 4-6 ay ( ) 7-9 ay  
( ) 10-12 ay ( ) 13 ay üzeri

13. Daha öncesinde bir başkasına bakım verdiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

14. Hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

**15. Cevabınız evet ise hangi konu/konularda eğitim aldınız? Belirtiniz.....**

**16. En fazla hangi yönden destek almaya ihtiyaç duyuyorsunuz? ( )Psikolojik/duygusal destek**

( )Fiziksel bakımda yardım ( )Maddi yardım ( )Diğer (ise açıklayınız: .....

**16. Palyatif bakımda kaldığınız süre içerisinde ölüme karşı fikrinizde değişiklik oldu mu?**

( )Hiç ( )Biraz ( )Orta ( )Çok

**17. Palyatif bakımda kaldığınız süre içerisinde manevi yönelimleriniz nasıldı?**

( )Hiç ( )Biraz ( )Orta ( )İyi

**18. Kendinizi spiritüel açıdan nasıl değerlendirirsiniz? ( )Kötü ( )Orta ( )İyi**

## **BİREY TANILAMA FORMU**

Bu araştırma palyatif bakım servisinde hemşire, hasta ve hastaların yakınlarının spiritüel değerlendirmesini incelemek amacıyla yürütülmektedir. Araştırmaya ait bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY

Merve MACAR

### **C)HEMŞİRE DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1.**Cinsiyetiniz** a.Kadın b.Erkek

2.**Yaşınız** .....

3.**Medeni durumunuz** a.Evli b.Bekar

4.**Evli iseniz sahip olduğunuz çocuk sayısı nedir?** .....

5.**Gelir durumunuz** a.İyi b.Orta c. Kötü

6.**Eğitim düzeyiniz** a.Sağlık Meslek Lisesi b.Önlisans c.Lisans d.Yüksek lisans e.Doktora

7.**Mesleki deneyim süreniz (yıl)**.....

8.**Meslek hayatınız boyunca hangi servislerde çalıştınız?**.....

9.**Palyatif Servis deneyiminiz var mı?** a.Hayır b.Evet

10.**Palyatif Servis deneyiminiz var ise süresi (yıl)** .....

11.**Mesleğinizi seviyor musunuz?** a.Hayır b.Kararsızım /Emin Değilim c.Evet

12.**Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?** a.Hayır b.Evet

13.**Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?** a.Hayır b.Evet

14.**Yaşam Sonu Bakım ile ilgili eğitim/bilgi aldınız mı?** a.Hayır b.Evet

15.**Yaşam Sonu Bakım ile ilgili bilgileri nereden aldınız?** a.Okulda b.Hizmet içi eğitimlerde c.Kitap, dergi, internet vb. kaynaklardan d.Bilimsel toplantılardan e.Diğer (Lütfen belirtiniz) .....

16.**Yaşam Sonu Bakım ile ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?** a.Hayır b.Evet

17.**Meslek hayatınız boyunca ölmekte olan hastaya bakım verdiniz mi?** a.Hayır b.Evet

18.**Yaşam sonu bakım sizce önemli midir?** a.Hayır b.Evet

## Ek-2 Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları:  <b>(1) Bana Hiç Uygun Değil</b> <b>(2) Bana Uygun Değil</b> <b>(3) Bana Biraz Uygun</b> <b>(4) Bana Oldukça Uygun</b> <b>(5) Bana Tamamen Uygun</b> Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yaratıklarını düşünürüm (tefekür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### Ek- 3: Maneviyat Ölçeği

	(1) Bana Hiç Uygun Değil	(2) Bana Uygun Değil	(3) Bana Biraz Uygun	(4) Bana Oldukça Uygun	(5) Bana Tamamen Uygun
Elinizdeki ölçek bireyin maneviyatının farklı boyutlarını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte 27 Adet soru bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz Lütfen her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.					
Allah'ın beni sevdiğini hissediyorum					
Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim					
Dini etkinliklere katılırım					
Dua ettiğimde Allah'a kendimi yakın hissederim					
Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıyorum					
Hayata dair bir hoşnutluk duygusu hissediyorum					
Hayata gelmemin bir amacı olduğuna inanırım					
Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum *					
Maneviyatım bana güç verir.					
Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum					
Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım					
Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar.					
Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim *					
Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz					
Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var					
Her canlının taşıdığı bir enerji vardır					
Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır					
İlâhî bir gücün beni koruduğunu hissedirim.					
Kâinatta, aşkın (ilâhî) bir varlığın olduğuna inanıyorum.					
Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir.					
Maneviyata önem veririm.					
Kâinatta her şeyin bir bütünün parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım.					
Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir.					
Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler (zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım.					
Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğumu görürsem katılmaya çalışırım.					
Olduğum kişi olmaktan mutlu değilim.*					
Maneviyat konusunda eğitim almak gerektiğine inanıyorum.					

#### Ek-4: Manevi Destek Algısı Ölçeği

YÖNERGE		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Aşağıdaki maddeleri manevi desteğe ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.		0	1	2	3	4
1	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhî (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.					
2	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.					
3	Manevî desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.					
4	Hastaların tedavi sürecinde manevî moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.					
5	Manevî destek, hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.					
6	Manevî desteğin, hastalardaki manevî sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.					
7	Manevî desteğin, hastalarda yaşama direncini arttıracakları kanaatindeyim.					
8	Manevî desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.					
9	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.					
10	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.					
11	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi destekte bulunmak isterim.					
12	Hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu kanaatindeyim.					
13	Hastanede, her türlü dinî ve manevî sorunların danışılacağı bir uzmana ihtiyaç var.					
14	Hastaların, manevî bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.					
15	Hastalar manevî gereksinimlerini (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.					

## Ek -5: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni

### Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile ilgili

Selami Kardaş <

9.04.2020 Per 22:28

Kime:

Merhabalar, Halil Hoca'nın yönlendirmesiyle yazıyorum. Estağfurullah, elbette kullanabilirsiniz.

Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:

<https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi>

Ölçeğin kendisi de (Türkçe) burada yüklü makalenin ek kısmında, oradan alıp kullanabilirsiniz.

Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

--

S. Kardaş

---

### SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

merve çakır

9.04.2020 Per 20:51

Kime:

Sayın Hocam,

Ben Düzce Üniversitesi'nde Hemşirelik Esasları Tezli yüksek lisans yapmaktayım. Sayın Kardaş ile geliştirdiğiniz ve geçerlilik ve güvenilirliğini test ettiğiniz Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni kullanım onayını takdir buyurursanız "Palyatif Bakımda Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Açısından Spiritüel Değerlendirmenin İncelenmesi" isimli planladığımız yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Merve ÇAKIR

## Ek-6: Manevi Destek Algısı Ölçeği Kullanım İzni

Re: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Dr. Kavas <

25.10.2021 Pzt 22:06

Kime: merve çakır

3 ek (1,022 KB)

MANEVİ DESTEK ALGISI TESPİT ÖLÇEĞİ 15.doc; 1236621284\_24KavasErkan-ıd-sos-449-460.pdf; mda2014.pdf;

MANEVİ DESTEK ALGISI Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Yayınlandıktan sonra bir örneğini gönderirseniz memnun olurum.

Dr. Erkan KAVAS Nurgül KAVAS

merve çakır

25 Eki 2021 Pzt, 20:22 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Düzce Üniversitesi'nde Hemşirelik Esasları alanında yüksek lisans yapmaktayım. 'Hemşire Hasta Ve Hasta Yakını Açısından Spiritüel Değerlendirmenin İncelenmesi' adlı çalışmamda Manevi Destek Algısı Ölçeğinizi kullanabilir miyim? Saygılarımla. MERVE MACAR



## Ek-7: Maneviyat Ölçeği Kullanım İzni

merve çakır ·

25 Eki 2021 Pzt, 20:25 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Ben Düzce Üniversitesi'nde Hemşirelik Esasları Tezli yüksek lisans yapmaktayım. Sayın Kardeş ile geliştirdiğiniz ve geçerlilik ve güvenilirliğini test ettiğiniz Maneviyat Ölçeği'ni kullanım onayını takdir buyurursanız " Palyatif Bakımda Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Açısından Spiritüel Değerlendirmenin İncelenmesi" isimli planladığımız yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Merve MACAR

Re: ÖLÇEK KULLANIM İZNI

Turgay Şirin ·

19.11.2021 Cum 14:22

Kime: merve çakır

Merhaba Merve hanım. Maneviyat Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçek yönergesi ve makalesini yolluyorum. Ölçek kullanımında dikkat etmeniz gerekenler vb hususlarla ilgili bir ölçek kullanım izni dosyası bulunuyor. Bu dosyayı da imzalayıp taramasını bu adresten bana ulaştırmanızı istirham ediyorum.

Bunun dışında ölçek kullanımında dikkat edilmesinde fayda olan bazı önemli hususları hatırlatmakta fayda görüyorum.

Birincisi ölçekte ters maddeler bulunuyor. Bu maddelerin, ölçek yorumlanmadan önce ters çevrilerek kodlanması gerektiğini unutmayınız. yönergede alt ölçekler ve toplam puan avarajları ve puanların nasıl yorumlandığı bilgisi bulunuyor. Bunlar da sizin için yorumlamada ve ölçeğin kullanımında önemli olacaktır. Diğer bir husus ise ölçeğin maddelerine müdahale edilmemesi gerektiğidir.

Son olarak çalışmanız tamamlandığında çalışmanızın bir nüshasını benimle elektronik veya basılı şekilde benimle paylaşmanızı talep ediyorum. Ölçeği çalışmanızda kullandığımızda bu şartları ve uyarıları kabul ettiğinizi anlamış olacağım.

Bu vesile ile çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Selamlarımla.

Doç. Dr. Turgay ŞİRİN

## EK-8: Etik Kurul İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.03.2021-E.21448



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-71522473-050.01.04-21448-**205**  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru  
Dosyası Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe DEMİRAY  
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İlgi : 08.03.2021 tarihli 205 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Palyatif Bakımda Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Açısından Spiritüel Değerlendirmenin İncelenmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır.  
**30.03.2021**

## Ek-9: Kurum İzni

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

29..../01

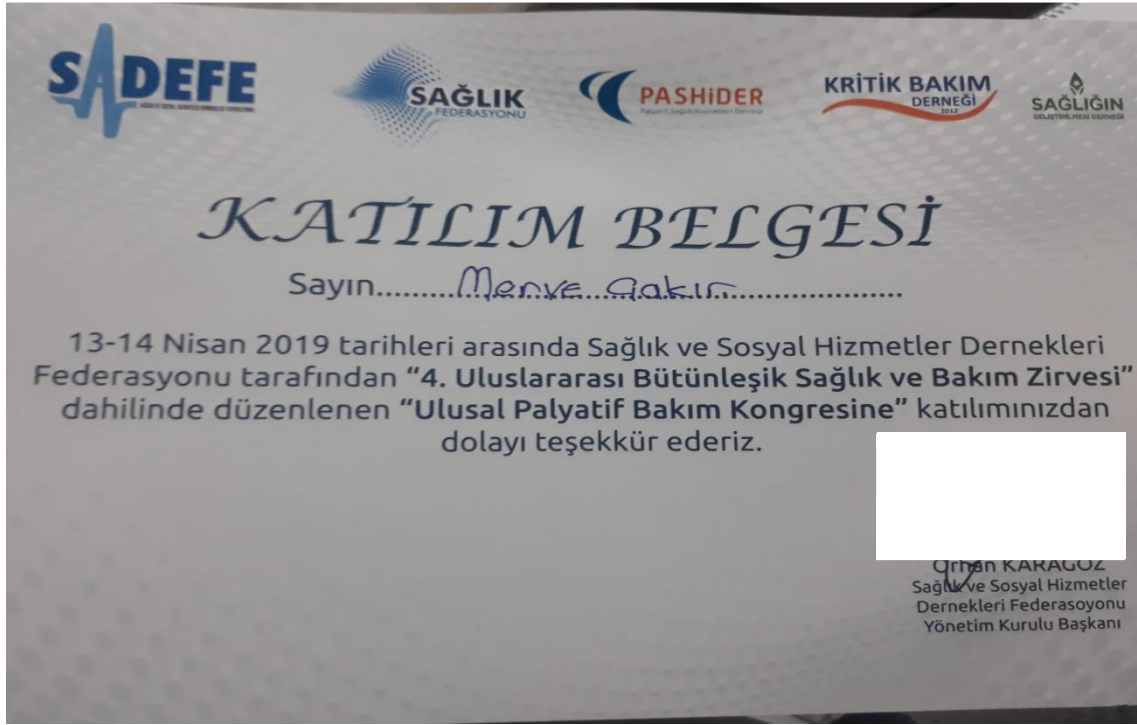
.../...2021.....

Yürütücüsü olduğum " Palyatif Bakımda Hemşire, Hasta ve Hasta Yakını Açısından Spiritüel Değerlendirmenin İncelenmesi " başlıklı akademik çalışma Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Proje Yürütücüsü *D.Ş.Ü. Aysel Demirel*  
MERVE MACAR

## Ek-10: Katılım Belgeleri





**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
KAMU HASTANELERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Düzenleme Tarihi:  
24.02.2020  
Sertifika No: 5

**PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKASI**

Sayın; **Merve ÇAKIR**

İstanbul Eyüpsultan Devlet Hastanesi tarafından Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği hükümlerine göre 03/01/2019 tarihli ve 40 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren, Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarına uygun olarak 03 Şubat - 21 Şubat 2020 tarihleri arasında düzenlenen "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitimi" ni başarı ile tamamlamış ve bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Program Sorumlusu  
**Hemşire Burcu ÖZEN**

Hastane Başhekimliği  
**Op.Dr.Hasan KARAMAN**

## **EK-12: Özgeçmiş Formu**

yılında 'de doğdu. İlk öğrenimini Mersin'in Silifke ilçesinde, lise öğrenimini Antalya Finike'de tamamladı. Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde lisans eğitimini 2016 yılında tamamladı.

Mart 2017 yılında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak göreve başladı. 2018 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Araştırmacı palyatif hemşireliği yapmaktadır.

