



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARININ YAKINLARINA
UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIMININ
SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE UMUT ÜZERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Aslı KURTGÖZ

**Samsun
Aralık-2019**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARININ YAKINLARINA
UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIMININ
SİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE UMUT ÜZERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Aslı KURTGÖZ

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Aralık-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aslı KURTGÖZ tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 16/12/2019 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında DOKTORA Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN, Ankara Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Zeliha KOÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN, Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

..../..../2019

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgisi ve deneyimleriyle her konuda bana ışık tutan, akademik kimliğimi şekillendiren ve üzerimde büyük emeği olan danışman hocam Sayın Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde yer alarak çalışmaya son derece değerli katkılar sunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU'ya ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN'a, nicel verilerin analizi sürecinde desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT'a,

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca büyük bir sabır, anlayış ve sevgisi ile yanımda olan desteğini daima hissettiğim eşim Adnan Burak KURTGÖZ'e, meleğim Odin'ime ve sevgili aileme,

Araştırmaya katılan ve bu çalışmanın gerçekleşmesine destek veren değerli hasta yakınlarına, araştırma sürecinde her türlü desteği veren palyatif bakım ünitesi çalışanlarına,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO. SBF.1904.19.006 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARININ YAKINLARINA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIMININ SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ VE UMUT ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma palyatif bakım hastalarının yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel tipte, ön test- son test deneme modelinde randomize kontrollü çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 05.10.2018-18.03.2019 tarihleri arasında Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 5 hastanenin palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hastaların yakınları, örneklemini ise 30'u girişim ve 30'u kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta yakını oluşturdu. Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanıldı. Nicel veriler toplanırken Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği; nitel veriler toplanırken yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmada Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilerek sunulan hemşirelik bakımının girişim grubu hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğe neden olmasına karşın ($p < 0,05$), Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarında herhangi bir değişime neden olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Hasta yakınları ile yapılan nitel görüşmeler sonrasında hastanın tanısı ilk öğrenildiğinde verilen tepkiler, bakım verme sürecinde karşılaşılan problemler, problemlerle baş etme yolları, bakım verme sürecine ilişkin beklentiler ve iyileştirici hemşirelik bakımının oluşturduğu etkiler olmak üzere beş tema belirlendi.

Sonuç: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilerek sunulan hemşirelik bakımının, hasta yakınlarının umutsuzluk düzeylerini azaltmasına karşın spiritüel iyilik hallerinde herhangi bir değişikliğe neden olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hasta yakını; hemşire; palyatif; spiritüel; umut.

Aslı, KURTGÖZ, Doktora Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Aralık-2019

ABSTRACT

EFFECTS OF NURSING CARE ON THE SPIRITUAL WELL-BEING AND HOPEFULNESS IN RELATIVES OF PALLIATIVE CARE PATIENTS

Aim: This is a randomized controlled, experimental study conducted in a pretest-posttest trial model to determine the effect of nursing care on spiritual well-being and hopefulness in relatives of palliative care patients.

Material and Method: The universe of the study comprised the relatives of the patients treated in the palliative care units of the 5 hospitals affiliated to Samsun Provincial Health Directorate in the period from 05.10.2018 to 18.03.2019. The study sample consisted of 60 patient relatives. Of these patient relatives, 30 were assigned to the intervention group and 30 were assigned to the control group. The study had a mixed design, combining the use of quantitative and qualitative research methods. The quantitative data collection was carried out using the Introductory Form for Patient Relatives, Beck Hopelessness Scale, and Spiritual Well-Being Scale. The semi-structured interview forms were used for collecting qualitative data.

Results: This study found out that the provision of nursing care, based on the theory of Watson's Human Caring, created a statistically significant change in the total and subdimension scores of the Beck Hopelessness Scale in the palliative care patients' relatives in the intervention group ($p < 0.05$). However, no changes were observed in the total or subdimension scores of the Spiritual Well-being Scale ($p > 0.05$). Five themes were identified after conducting qualitative interviews with the relatives of the patients. These themes were as follows; the emergent reactions at the time of the diagnosis, problems encountered during the caregiving process, ways of coping with the problems, anticipations about the caregiving process, and the effects of remedial care provided by nurses.

Conclusion: The provision of nursing care based on the theory of Watson's Human Caring decreased the severity of hopelessness in the patient relatives; however, it was found that it did change their spiritual well-being levels.

Keywords: Patient relative; nurse; palliative; spirituality; hope.

Ash, KURTGÖZ, Doctoral's Thesis
Ondokuz Mayıs University-Samsun, December-2019

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
CNA	: Canadian Nurses Association (Kanada Hemşireler Birliği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
İBK	: İnsan Bakım Kuramı
Min	: Minimum
Mak	: Maksimum
n	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
PBÜ	: Palyatif Bakım Ünitesi
r	: Korelasyon Katsayısı
SİOÖ	: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
U	: Mann Whitney U Test İstatistiği
WPCA	: Worldwide Palliative Care Alliance (Dünya Palyatif Bakım Birliği)
χ^2	: Ki-Kare Test İstatistiği

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal, Deneysel ve Kuramsal Yapısı	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Palyatif Bakım Tanımı.....	4
2.1.1. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	6
2.1.2. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	7
2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	8
2.1.4. Palyatif Bakımın Hedefleri	12
2.1.5. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Hasta ve Yakınlarının Yaşadıkları Problemler	13
2.1.6. Palyatif Bakım Hizmetleri Sunumunda Hemşirenin Rolü.....	15
2.2. Spiritüalite.....	16
2.2.1. Spiritüalite ile İlişkili Kavramlar	17
2.2.2. Sağlık Bakım Hizmetleri Sunumunda Spiritüalitenin Önemi.....	20
2.2.3. Hasta Yakınlarının Spiritüel Gereksinimlerini Karşılama Hemşirenin Rolü	23
2.3. Umut	25
2.3.1. Umudun Tanımı.....	25
2.3.2. Umudun Kaynakları.....	26
2.3.3. Umudun Özellikleri ve Karakteristiği.....	26
2.3.4. Umudu Desteklemede Hemşirenin Rolü	29

2.4. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı	31
2.4.1. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Özellikleri.....	33
2.4.2. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nı Oluşturan Temel Kavramlar.....	34
2.4.3. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nda Açıklanan Diğer Kavramlar	34
2.4.4. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Temel Varsayımları.....	42
2.4.5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Kullanım Alanları.....	42
2.4.6. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Güçlü ve Zayıf Yönleri	43
2.4.7. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Yönelik Eleştiriler	45
3. MATERYAL VE METOT.....	46
3.1. Materyal	
3.1.1. Araştırmanın Türü	46
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	46
3.2. Metot	
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	46
3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	50
3.2.3. Verilerin Toplanması	50
3.2.4. Veri Toplama Araçları	51
3.2.5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi	55
3.2.6. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Sunulması	55
3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	59
3.2.8. Araştırmanın Etik Boyutu	60
3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	60
4. BULGULAR.....	62
4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	62
4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular	82
5. TARTIŞMA.....	109
5.1. Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	109
5.2. Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	114
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	123
KAYNAKLAR	125

EKLER	139
ÖZ GEÇMİŞ	163

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmak için başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerinin erken belirlenmesi ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi, tedavi edilmesi veya azaltılması” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2002). Palyatif bakım, birey ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu doğrultuda hastaya bütüncül bakım sunulması ve bakım verme sürecinde hasta ailesinin desteklenmesi palyatif bakım hizmetlerinin özünü oluşturmaktadır (Yurtsever, 2016). Ancak ülkemizde palyatif bakım kavramı farklı algılanmakta, genellikle “son dönem bakım”, “destek bakım” ve “ağrı kontrolü” kavramlarını çağrıştırmaktadır (Şahan ve Terzioğlu, 2015).

Hastalık yalnızca bir rahatsızlık süreci değildir. Hastalık, aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal, entelektüel, sosyal gelişim evrelerinde ya da spiritüel fonksiyonlarında bir değişimin meydana gelmesi sürecidir (Bırol, 2016). Bu nedenle kaliteli palyatif bakım hizmeti sunabilmek için hastalık ve bakım verme durumuna ilişkin değişkenlerin hasta ve yakınları üzerindeki etkilerini tanılamak ve bu konuda gerekli hemşirelik girişimlerini planlamak son derece önemlidir. Kronik bir hastalığa sahip olan bireylerde üzüntü, öfke, çaresizlik, ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, kendine yetememe ve başka bireylere bağımlı olma, depresyon, sosyal izolasyon ve ölüm korkusu gibi problemler görülebilmektedir (Akdemir ve ark., 2011). Palyatif bakım hasta yakınlarında ise çaresizlik, umutsuzluk, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon, kaygı ve tükenmişlik gelişebilmekte (Thomas ve ark., 2002; Schulz ve ark., 2003; Özçelik ve ark., 2010), bakım vericiler hastasının yaklaşmakta olan ölümüyle ilişkili keder yaşayabilmektedir (Candy ve ark., 2011).

Sağlık bakım profesyonelleri hastaların psikososyal problemlerini çözmek için gereken çabayı göstermelerine karşın bazen aile bireylerini ihmal edilebilmektedir. Palyatif bakım aileye yönelik bakımı da kapsamakta, tanı anından itibaren başlamak üzere ölüm sonrası yas sürecine kadar ailenin desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Koç ve Okan, 2017). Palyatif bakım sadece tıbbi hizmetleri değil aynı zamanda psikososyal ve spiritüel destek hizmetlerini de içinde barındırmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri hasta ve yakınlarının tüm problemlerini multidisipliner bir yaklaşımla ele alarak

çözümlemeye çalışmaktadır (Özdemir, 2016). Bireylerin psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması, palyatif bakım hizmetlerinin en önemli hedefini oluşturmaktadır (Özçelik ve ark, 2010). Bu nedenle bakım verme sürecinde hasta yakınlarının yaşadıkları problemlerle baş etme yeteneklerini güçlendirmek amacıyla spiritüel destek sunulması son derece önemlidir (Daştan ve Buzlu, 2010).

Spiritüallite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, yaşamın anlamını, evrendeki yerini anlama çabası olmakla birlikte varoluşsal gerçekleri içermektedir. Spiritüallite özellikle bireyin emosyonel stres, hastalık ve ölüm gibi değer ve inançlarının tehdit edildiği, varoluşsal bir kriz yaşadığı, yaşam ve sonsuzluk hakkında cevap bulmaya çalıştığı, umut, güç ve bağlantı kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı zor zamanlarda ön plana çıkmaktadır. Spiritüallite bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditlere karşı bireyi destekleyerek rahatlatır. Bakım verenleri umutsuzluk karşısında güçlendirerek beraberinde umudu getirir. Umudun ise yaşama ilişkin problemler ve diğer zorluklarla baş etmede bireye yardımcı olur (Ward ve ark., 1996; Yılmaz, 2011; Küçük, 2016). Bu konuda yapılan bir çalışmada yaşamın anlamını bulmanın ve inancın korunmasının bakım stresinin bireylerin zihinsel sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkileri hafiflettiği bildirilmiştir (Colgrove ve ark.,2007).

İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal ve sosyal boyutu kadar önemli olmasına karşın sağlık çalışanları bazen bireyin bu yönünü göz ardı edebilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007). Bu konuda yapılan birçok çalışmada hemşirelerin spiritüel bakım uygulamalarının, hasta ve yakınlarının acı ile baş edebilmelerinde bireyi emosyonel yönden desteklediği, doğrudan ya da dolaylı olarak distressi azalttığı, bireyin kendini güçlü hissetmesini sağladığı ve yaşam kalitesini arttırarak mevcut duruma adaptasyonunu kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Narayanasamy ve Owens, 2001; McEven, 2005; Como, 2007). Bu doğrultuda bireylerin spiritüel yönünü destekleyici hemşirelik girişimleri, bireylerin bazı durumları kabul etmelerine, umutlarını güçlendirmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardımcı olabilir (Kostak, 2007).

Hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi vermek ve yol göstermek amacıyla birçok kuram geliştirilmiş olmakla birlikte, Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın (İBK) bireylerin manevi gereksinimleri ve duygularını ifade etmelerini sağladığı ve spiritüel bakımı desteklediği belirtilmiştir (Özkan ve Okumuş, 2012). Bireye inanç ve umut aşılması, spiritüel yönünü destekleyici bir bakıma odaklanmış olması

nedeniyle bu araştırmada Watson'ın İBK'sından yararlanılmıştır. Ülkemizde hasta yakınlarına Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı sunulması ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Küçükgüçlü ve ark., 2017; şentürk ve ark., 2017). Bununla birlikte palyatif bakım hasta yakınlarına İBK'ya temellendirilmiş hemşirelik bakımı sunumu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının, hasta yakınlarını spiritüel yönden destekleyeceği, bakım sürecine ilişkin olarak yaşadıkları problemlerle baş etme yeteneklerini güçlendireceği, geleceğe yönelik umutlarını arttıracaağı ve sunulan bakım hizmetinin kalitesini yükselteceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Kavramsal-Deneysel ve Kuramsal Yapısı

Bu araştırmanın kavramsal erevesi Watson'ın İBK'sının temel kavramları olan bakım durumu ve bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım bilinci, iyileştirici süreçler ve iyileştirici yöntemler olmak üzere 5 temel kavramdan oluşmaktadır (Fawcett, 2005). Araştırmanın teorik erevesi; kuramsal yapı ve çalışmayla ilgili somut kavramlar ve bu kavramların birbiriyle ilişkilerini içermektedir. Deneysel çerçevede ise; çalışmaya yol göstermesi amacıyla kullanılan yöntemler ve sonuç göstergeleri yer almaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım hastalarının yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisini belirlemektir.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrası, girişim grubundaki hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (H_1).

2. Hipotez: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrası, girişim grubundaki hasta yakınlarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (H_1).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Tanımı

Dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak kronik hastalıkların sayısında bir artış meydana gelmiş; kronik hastalığa sahip birey sayısındaki bu artış semptom kontrolünün sağlanması, destek tedavilerin uygulanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini içinde barındıran palyatif bakım ihtiyacını beraberinde getirmiştir (Yurtsever, 2016; Fadiloğlu, 2017). Palyatif kavramının kökeni Latince maske/pelerin anlamına gelen “pallium” ve İngilizce hafifletmek anlamına gelen “palliate” kelimelerine dayanmaktadır. Bu kavramlar tedaviye yanıt vermeyen hastalıkların belirtilerini maskeleyen veya sorunun üzerine pelerin örtme, semptomların hafifletilmesi gibi anlamları içermektedir (Gökçınar ve Kahveci 2014; Fadiloğlu, 2017). Türk Dil Kurumu (TDK) ise palyatif kelimesini “tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019a).

Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında palyatif bakımı “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalara yapılan bir uygulama” olarak açıklamıştır. Dünya Sağlık Örgütü bu tanımı 2002 yılında revize ederek, palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hasta ve yakınlarının ağrı, fiziksel, psikososyal ve diğer sorunlarının erken tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle, yaşam kalitesini iyileştirme yaklaşımı” olarak tanımlamıştır (WHO, 2002).

Palyatif bakım yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan yetişkin/çocuk hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini yükselten bir yaklaşımdır. Palyatif bakım, yaşamı sınırlandıran sağlık problemlerine sahip yetişkin veya çocukların yaşadığı her türlü fiziksel, psikolojik, sosyal veya spiritüel ıstırapı önlemeyi amaçlar. Palyatif bakım uygulamaları, ağrı ve diğer problemlerin erken tanınmasını, değerlendirilmesini ve tedavisini sağlar. Palyatif bakım acıyı önleyerek bireyi rahatlatır. Mevcut en iyi kanıtları kullanarak bireyin saygınlığını destekler. Bireyin hastalığa uyumunu arttırarak yaşam kalitesini yükseltir (WHO, 2016). Bununla birlikte palyatif bakım aile üyelerinin bakım yükünün hafifletilmesini sağlar. Bakım ve tedavi sürecine ilişkin kararları multidisipliner bir yaklaşımla ele alarak bakıma ilişkin memnuniyeti arttırır (Bahar, 2017).

Palyatif bakım hizmetleri; palyatif bakım yaklaşımı, genel palyatif bakım ve

uzman düzeyde palyatif bakım olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır.

Seviye 1- Palyatif Bakım Yaklaşımı: Palyatif bakım deneyimi olmayan, diğer uzmanlık alanındaki hekimler ve sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım prensiplerinin tüm sağlık kurumlarında uygulandığı sistemdir. Seviye 1 palyatif bakım hizmetlerinde amaç, hastalığın tanısına veya evresine bağlı olmaksızın hastanın fiziksel ve psikososyal yönden iyi olmasını desteklemektir. Seviye 1 palyatif bakım yaklaşımı, ağrı ve semptom yönetimi üzerine temellenen bir klinisyen eğitimi gerektirmektedir (Nicoll, 2006; Gökçınar ve Kahveci, 2014; Fogelman ve Bakitas, 2015).

Seviye 2- Genel Palyatif Bakım (Orta Düzey): Palyatif bakım deneyimi olan bireyler tarafından sunulan ve tam zamanlı olmayan palyatif bakım hizmetidir. İkinci seviye palyatif bakımda, sağlık profesyonellerinin, birinci seviye palyatif bakım sağlayıcılardan daha fazla bilgi ve uzmanlığa sahip olması gerekmektedir. İkincil palyatif bakım, tüm sağlık hizmeti verenlerin asgari düzeyde yetkinliğe sahip olduğu ve uzmanların disiplinlerarası bir ekip ile palyatif bakımı sunduğu bir modeli ifade etmektedir. Palyatif bakım hizmetleri, özel merkezler veya bakım evlerinde haftanın belirli gün ve saatlerinde hekim ile hemşire tarafından sunulmaktadır (Gökçınar ve Kahveci, 2014; Fogelman ve Bakitas, 2015).

Seviye 3- Uzman Düzeyinde Palyatif Bakım: Palyatif bakım alanında eğitimi olan hekim ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından, ciddi ağrı sendromları, ajitasyon, huzursuzluk nedeniyle yüksek düzey bakıma ihtiyaç duyan hastalara; hastane, palyatif bakım merkezleri veya hospislerde sunulan palyatif bakım hizmetini ifade etmektedir (Nicoll, 2006; Gökçınar ve Kahveci, 2014). Üçüncü düzey palyatif bakım hizmetlerinin, palyatif bakıma kanıt oluşturmak için araştırma yapma yükümlülüğü bulunmaktadır (Fogelman ve Bakitas, 2015).

Bununla birlikte, birçok ülkede farklı palyatif bakım sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemlerden bazıları şunlardır:

Palyatif Bakım Yatan Hasta Servisleri: Hastalık ve tedaviler ile fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren semptomların kontrolüne odaklanan birimlerdir.

Evde Bakım: Hastaya kendi ev ortamında, hastane ortamında verilebilecek bir düzeyde palyatif bakım hizmeti sunulmasıdır. Bu sistem ev ortamını bakım için primer bir ortam olarak ele almaktadır.

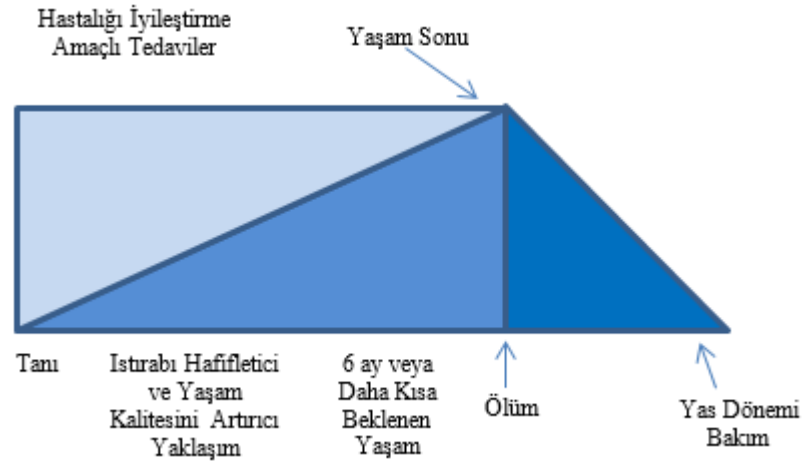
Hospis: Tedaviye yanıt vermeyen ya da ölüme yaklaşmakta olan hastaların

semptom kontrolünün sağlandığı, ev ortamına benzer bir ortama sahip olan hastanelerdir. Hospis bakımının amacı hastanın son zamanlarını rahat bir şekilde geçirmesini sağlamak ve onurlu bir ölüm sunmaktır.

Gündüz Bakım Üniteleri: Bu üniteler terminal dönem hastaların sosyal izolasyonunu önlemeye ve semptom kontrolünü sağlamaya yönelik kulüp benzeri ortamları tanımlamaktadır.

Palyatif Bakım Poliklinik Hizmetleri: Terminal dönem hastaların destek tedavilerinin, ayaktan hasta polikliniklerinde karşılandığı hizmetlerdir.

Palyatif Bakım Konsültan Hizmeti: Hastane palyatif bakım ekibinin, hastane ve toplumdaki hasta bireylere ihtiyaç halinde danışmanlık hizmeti sunduğu mobil takımlardır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Bahar, 2017).



Şekil 1. Palyatif bakım süreci (Coyle'dan, 2015)

2.1.1. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Dünyada ilk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. İrlanda dinî kurumlarından biri olan "The Irish Religious Sisters of Charity" 1879 yılında Dublin'de bir hospis açarak, ölümü beklenen son dönem kanser ve tüberküloz hastalarına bakım sunmuştur. 1935 yılından sonra Worcester, Lindemann, Kübler Ross, Hinton, Bowlby, Raphael ve Worden'in çalışmaları ölüm ve yas sürecinin psikososyal yönü üzerine odaklanmıştır. Kübler Ross, ölüme yaklaşmakta olan bir hastaya hümanistik bir yaklaşım sergilemek gerektiğini vurgulamıştır. Kübler Ross aynı zamanda beş aşamalı yas sürecini tanımlamıştır. Londra'da 1967 yılında hemşirelik, tıp ve sosyal çalışma uzmanlığı eğitimi

olan Cicely Saunders tarafından, modern anlamda hospis hizmeti sunan “Saint Christopher’s Hospice” kurulmuştur. Saunders’ın 1963 yılında Yale Üniversitesi’nde yaptığı sunumdan sonra, ABD’nde hospis ve palyatif bakım merkezlerinin gelişim süreci başlamıştır. ABD’nde benzer ilk kurum 1974 yılında açılmıştır. 1983 yılında Arjantin’de toplum/hasta/profesyonellerin eğitimini ve palyatif bakım araştırmalarını içeren palyatif tıp programları düzenlenmiştir. 1980’li yılların ortalarına kadar palyatif bakım hizmeti kavramı yerine hospis bakım kavramı kullanılmıştır. Palyatif bakımın tanımı ilk olarak 1986 yılında DSÖ tarafından yapılmıştır. DSÖ’nün palyatif bakım tanımı üzerine ABD’nde palyatif bakım programları başlatılmıştır. Tıbbın özel bir dalı olarak kabul görmeye başlayan palyatif tıbbıya yönelik çalışmalar ilk önce 1987 yılında İngiltere’de başlamıştır. Daha sonra bu çalışmalar Birleşik Krallık, Avustralya, Yeni Zelanda, Polonya, Romanya, Singapur ve Tayvan gibi ülkelerde devam etmiştir. Palyatif tıbbın 1995 yılında bir ihtisas dalı olarak kabul edilmesi sonrasında, onkologların sorumlulukları tanımlanmış ve 1999 yılında ileri palyatif bakım merkezleri kurulmaya başlanmıştır. 2000 yılında hospis ve palyatif bakım uygulama standartları belirlenmiştir. 2002 yılında palyatif bakımda görev alacak sağlık profesyonellerinin yeterlilikleri saptanmıştır (Yurtsever, 2016; Bahar, 2017; Fadiloğlu, 2017). Günümüzde ülkeler palyatif bakım aktivitelerine göre dört grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

Grup 1: Hospis/palyatif aktivitesi bilinmeyen ülkeler

Grup 2: Yapılanma aşamasındaki ülkeler

Grup 3: Ülke genelinde olmayıp yalnızca lokalize hospis/palyatif bakım yapılanması olan ülkeler

Grup 4: Sağlık sistemi ile entegre olmuş hospis/palyatif bakım servisleri olan ülkeler (Gökçınar ve Kahveci, 2014).

2.1.2. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde yakın geçmişe kadar palyatif bakımla ilgili gelişmeler oldukça yavaş bir gelişim göstermiştir (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016). Bu durumun temel tıp eğitiminde palyatif bakım ve genel prensiplerine yer verilmemesi, palyatif bakım uzmanlığının olmaması, medikal onkoloji uzman sayısının az olması, hekim ve hastaların farkındalık düzeyinin düşük olması, geleneksel Türk aile yapısının etkisiyle hasta bakımının aile bireyleri tarafından üstlenilmesi ve insan kaynaklarındaki yetersizlik gibi nedenlerden

kaynaklandığı düşünülmektedir (Gültekin ve ark., 2010; Bahar, 2017). Buna karşın günümüzde palyatif bakım hizmetleri oldukça önemli ilerleme kaydederek, sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalıkları artmıştır (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016). Ülkemizde palyatif bakım kavramı ilk olarak 1990'lı yılların başında gündeme gelmiş ve algoloji klinikleri bünyesinde palyatif bakım birimleri kurulmaya başlanmıştır. Hastalara uzun süreli palyatif bakım sunacak ilk kurum, Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993-1997 yılları arasında “Kanser Bakımevi” adıyla İstanbul Yeşilköy’de hizmete açılmıştır. Ancak bu kurumda yatan hastalara sosyal destek sistemlerince ödeme yapılmaması, bağış yoluyla sağlanan kaynakların yetersiz olması, hasta ve yakınları tarafından hospis bakım kavramının yeterince anlaşılabilmesi bu kurumların kapatılmasına yol açmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı, Ankara’da bulunan tarihî bir evi hospise dönüştürmüştür. Yasal düzenlemelerin olmaması nedeniyle hospise olarak hizmet sunan bu kurumun adı “Hacettepe Umut Evi” olarak değiştirilmiştir. Hacettepe Umut Evi’nde hastaların tedavileri sırasında ve sonrasında kısa süreli konaklamaları sağlanmıştır (Bahar, 2017; Fadiloğlu, 2017).

2006 yılında da İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 6 yatak kapasiteli bir palyatif bakım merkezi kurulmuştur (Fadiloğlu, 2017). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2010 yılında başlatılan Palya-Türk projesi, ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin açılmasını hızlandırmıştır (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016). Palyatif bakım, Palya-Türk projesi ile medikal bir disiplin olarak kabul edilmiştir. Diğer yandan 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı ve Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu’yla birlikte palyatif bakım eğitimlerine başlanmıştır (Fadiloğlu, 2017). Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılı faaliyet raporuna göre, ülkemizde palyatif bakım hizmetleri kapsamında tescilli birim sayısı 354 ve yetişkin palyatif bakım yatak sayısı 4700’dür. Bununla birlikte çocuk palyatif bakım ünitesi sayısı altı ve çocuk palyatif bakım yatak sayısı ise 70 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakımın temelinde, standartlar ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda ekip odaklı bir yaklaşım yer almaktadır (Lauren ve Jamie, 2010). Bu nedenle palyatif bakım hizmetleri multidisipliner ekip ve interdisipliner bir anlayışla

sunulan terapötik yaklaşım modeli olarak tanımlanmaktadır. Multidisipliner bir ekipten oluşan palyatif bakım ekibi, hasta ve ailesinin problemlerini fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve spiritüel olmak üzere birçok boyutta ele almaktadır (Coyle, 2015). Palyatif bakım ekibinin etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için, ekip üyelerinin birbiriyle bağlantılı disiplinlerarası bir işlevinin olması, ekibin her üyesinin bilgi ve hedeflerini birbiriyle paylaşması oldukça önemlidir. Palyatif bakım ekibi ölüme yaklaşmakta olan ve acı çeken bireylerin/ailelerinin ihtiyaç duydukları gereksinimleri karşılamaktadır (Lauren ve Jamie, 2010).

Palyatif bakım ekibinde hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi ve manevi destek danışmanı yer almaktadır. Bununla birlikte palyatif bakım ekibinde bulunmak zorunda olmayan, ancak destek sağlayan eczacı, beslenme uzmanı/diyetisyen, terapist (fizik tedavi, konuşma, solunum, sanat, müzik), destekleyici tedavi uzmanları (reiki, masaj vs.) gibi bazı disiplinler de bu ekipte görev almaktadır (Bahar, 2017). Palyatif hasta ve yakınlarının bakımı tüm ekip üyelerinin sorumluluğunda olsa da her disiplinin görev alanı farklılık göstermektedir (Lauren ve Jamie, 2010). Palyatif bakım ekibinde yer alan profesyonellerin rolleri Tablo 1’de sunulmuştur (Tablo 1).

Palyatif bakım ekibinin iş birliği içinde çalışması ve hizmet sunumu sırasında ekibin tüm üyelerinin uzmanlıklarından yararlanılması son derece önemlidir. Diğer yandan ekip üyelerinin etkili iletişimi, sunulan bakımın kalitesi ile hasta/ailesinin memnuniyetini artırmada önemli bir kriterdir (Dahlin ve Coyne, 2016). Bu nedenle hasta ve ailesinin fiziksel, duygusal, psikososyal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamada disiplinlerarası ekip oldukça önemli rol oynamaktadır (CNA, 2015).



Şekil 2. Palyatif bakım ekibi üyeleri (Rosser ve Walsh, 2014' den uyarlanmıştır.)

Tablo 1. Palyatif bakım hizmeti sunumunda yer alan profesyonellerin rolleri (Rosser ve Walsh'dan, 2014)

Profesyonel	Rolleri
Hemşire	Hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın koordinasyonunun sağlanması Hasta ve yakınlarına temel palyatif bakım yaklaşımı ile hemşirelik bakımının sunulması ve değerlendirilmesi İhtiyaç duyulduğunda uzman palyatif bakım ekibine başvurulması
Uzman Klinik Hemşiresi	Hasta ve yakınlarının fiziksel, duygusal, psikolojik, ekonomik ve spiritüel konularda yaşadıkları problemlere yönelik bilgi eksikliği olduğunda geçici olarak ekibe katılımının sağlanması Hasta bakımında gerek duyulduğunda palyatif bakım ekibi üyeleri ile iletişime geçilmesi Diğer sağlık bakım uygulayıcılarına kronik hastalıklar ve palyatif bakım hakkında eğitim verilmesi
Hekim	Hastaların tıbbi yönden değerlendirilmesi Hastanın durumu hakkında diğer hekimlerle iletişime geçilmesi Hasta ve yakınlarının temel palyatif bakım ihtiyaçlarının karşılanması Semptom kontrolü için uygun olan ilaçların reçete edilmesi

Tablo 1. Palyatif bakım hizmeti sunumunda yer alan profesyonellerin rolleri (devamı)

Profesyonel	Rolleri
Destekleyici	Hastaların fiziksel bakımının karşılanması
Çalışanlar	Hasta ve ailelerine temel psikolojik bakımın sunulması (belirlenen becerilere ve eğitime bağlı olarak) Hastanın bakımından sorumlu hemşirelerle iletişim halinde olunması
Sosyal Hizmet Çalışanı	Hasta ve ailelerine psikolojik yönden destek sağlanması Sosyal hizmetler ve diğer bakım kuruluşları ile iletişime geçilmesi Toplum hizmetlerinin yararları hakkında önerilerde bulunulması Finansal durumların değerlendirilmesi (gelir vs)
Fizyoterapist	Rehabilitasyonun sağlanması Hastalık veya tedavi kaynaklı fiziksel problemlere dikkat edilmesi Uygun egzersizlerin yaptırılması Hasta bireyin bağımsızlığını desteklemeye yardımcı olunması Masaj, egzersiz gibi fiziksel terapilerle ağrı yönetimine yardımcı olunması
Uğraş Terapisti	Rehabilitasyonun sağlanması Amputasyon ve hemipleji gibi hastalık ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlamaya yardımcı olunması Hastayı günlük yaşam aktivitelerinde destekleyerek yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olunması
Konuşma ve Dil Terapisti	İletişim veya yutma güçlüğü olan hastaların değerlendirilmesi, tanınması ve bakımının sağlanması Alternatif iletişim sistemlerinin oluşturulması
Eczacı	Akılcı ve optimal ilaç kullanımının düzenlenmesi Hekimlere reçete konusunda önerilerde bulunulması Hastalara ilaçlara uyum konusunda danışmanlık hizmeti sunulması ve eğitim verilmesi
Diyetisyen	Beslenmenin değerlendirilmesi Diyet ve beslenmenin planlanması ile ilgili ekip üyelerine önerilerde bulunulması Hasta ve ailelere diyet ve gıda takviyeleri hakkında eğitim yapılması
Radyoloji Teknisyeni	Hastalığın prognozunu ve komplikasyonlarını değerlendirmek amacıyla radyolojik tanılama yapılması Semptom yönetimi veya ağrı için palyatif radyoterapi uygulanması

Tablo 1. Palyatif bakım hizmeti sunumunda yer alan profesyonellerin rolleri (devamı)

Profesyonel	Rolleri
Din	Dinî ritüel/uygulamaların sağlanması
Görevlisi/Manevi Destek Uzmanı	Spiritüel bakımın sunulması Sağlık çalışanları ve hastalara uygulamalar hakkında önerilerde bulunulması Hasta ve ailelere spiritüel ve psikolojik destek sunulması
Gönüllüler	Hasta/ailelerine yardımcı ve destek olunması

2.1.4. Palyatif Bakımın Hedefleri

Palyatif bakımın hedef grubunda;

- konjenital problemler, travma ya da kaza nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede başkalarının destek ve bakımına ihtiyaç duyan,
- akut, kronik veya yaşamı tehdit edici bir hastalığı olan,
- ilerleyici kronik hastalığı olan,
- kanser, inme, demans gibi hastalıkların terminal döneminde olan hastalar ile
- bu bireylere bakım veren aile üyeleri yer almaktadır (Yurtsever, 2016).

Palyatif bakımın temel prensipleri ve hedefleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta birey ve yakınlarının fiziksel, sosyal, duygusal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması
- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların tedavi ve yönetimi
- Yaşam ve ölüme saygı
- Huzurlu bir ölüm ortamının sağlanması
- Hasta bakımının psikolojik ve spiritüel yönlerinin bütünleştirilmesi
- Hastanın yaşamını destekleyecek sistemlerin oluşturulması
- Aile üyelerinin hastalık ve yas süreciyle baş edebilmelerine yardımcı olunması
- Multidisipliner bir yaklaşım ile hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalık sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesi
- Ölüme yaklaşmakta olan bireyin tercihlerine saygı duyulması

- Hastalığın erken döneminden itibaren başlamak üzere tedavi süreci boyunca ortaya çıkan semptomların yönetilmesi
- Ortaya çıkan klinik komplikasyonların doğru tanılanabilmesi ve yönetilebilmesi için gerekli araştırmaların yapılmasıdır (WPCA, 2014; Yurtsever, 2016; Fadiloğlu, 2017).

2.1.5. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Hasta ve Yakınlarının Yaşadıkları Problemler

Palyatif Bakım Hastalarının Yaşadıkları Problemler

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarından biri de diğer bireylerle iletişim ve etkileşimde bulunmaktır. Bu nedenle fiziksel sağlığı etkileyen her durum sosyal, duygusal ve psikolojik alanı etkileyebilmektedir. Palyatif bakım hizmeti alan hastalar tanı aşamasından itibaren başlamak üzere tedavi süreci boyunca birçok fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve ekonomik problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Özçelik ve ark., 2010).

Palyatif bakım hastaları genellikle ağrı, bulantı, kusma, konstipasyon, iştahsızlık, ödem, kaşeksi gibi fiziksel sorunlar ile anksiyete, depresyon, oryantasyon bozukluğu, agresyon, intihar düşüncesi, korku, endişe, çaresizlik, umutsuzluk, tükenme gibi psikolojik, duygusal ve spiritüel birçok sorunu oldukça sık deneyimleyebilmektedir (Radbruch ve ark., 2003; Özçelik ve ark., 2010). Bu konuda yapılan bir çalışmada genç yaş grubunda bulunan, kadın palyatif bakım hastalarında depresyon oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Williams ve Friedman, 2001). Bununla birlikte palyatif bakım hastalarında görülen psikolojik ve duygusal sorunların hastaların yaşam kalitesini etkilediği, aile/arkadaşlarıyla iletişim ve etkileşimini engellediği, ağrı ve semptom kontrolünü güçleştirdiği belirtilmektedir (Williams ve Friedman, 2001). Diğer yandan hastalar tedavi süreci boyunca birçok sosyal ve ekonomik sorunla baş etmeye çalışmaktadır. Hastaların yaşamış oldukları bu problemler etkin bir şekilde yönetilemediğinde, hastaların günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyumları mevcut durumlarından etkilenebilmektedir (Rhodes ve McDaniel, 2001).

Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Problemler

Palyatif bakım hasta yakınları bakım rolleri doğrultusunda özellikle fiziksel ve psikolojik yönden risk altındadır (Williams ve McCorkle, 2011). Palyatif hasta yakınlarının bakım sürecinde karşılaştıkları problemler; bakım desteğinin olmaması, sürekli aynı kişinin hastaya bakım vermek zorunda kalması, hastanın yaşadığı ıstırap verici ciddi semptomların varlığına tanıklık etme, hastanın yaşamının sonlanacağını düşünme, hasta bakımı ve kullanılan ekipmanlar konusunda bilgi eksikliği, aile bireyleri ile bakım konusunda iletişim problemleri yaşama, ekonomik yetersizlikler, çaresizlik, korku, gerginlik, üzüntü, tükenme, uyku problemleri, keder ve umutsuzluk olarak sıralanabilir (Özçelik ve ark., 2010; Oechsle ve ark., 2019). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, palyatif bakım hastalarının prognozu kötüleştikçe, bakım veren bireyler arasında algılanan bakım yükü, depresyon, endişe düzeyinde bir artış meydana geldiği bildirilmektedir (Grunfeld ve ark., 2004; Dumont ve ark., 2006). Aynı zamanda bu konudaki literatürde, bakım veren bireylerin psikolojik yükünün, bakımını üstlendiği hastanın yükünden daha fazla olduğu, bu durumun bakım süreci ile hastanın iyilik halini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Williams ve McCorkle, 2011).

Bakım verenlerin yeteri kadar dinlenememesi, bakımın genellikle aile içinde yalnızca bir kişi tarafından üstlenilmesi, bakım verenlerin kendi sağlık sorunlarını ertelemesi yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olabilmektedir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017a). Bununla birlikte bakım verenlerin genellikle yaşlı ve kronik bir hastalığa sahip olması, palyatif bakım hastaları dışında aile içinde bakım sorumluluklarının olması ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarının bulunması hasta yakınlarının bakım verme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Grunfeld ve ark., 2004). Grunfeld ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan boylamsal bir çalışmada, bakım veren bireylerin hastalığın başlangıç döneminde önemli psikolojik sorunlar yaşadıkları, hastalığın son aşamasına gelindiğinde ise bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeyinde önemli bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Aynı zamanda bakım veren bireylerin psikolojik sorunlarının yanısıra ekonomik problemlerde yaşadıkları vurgulanmaktadır (Grunfeld ve ark., 2004).

Ekonomik problemler, bakım verme rolü nedeniyle çalışma yaşamına son verme, sigorta ödemelerinin yetersiz olması, işe gidememe durumuna bağlı olarak maaş kesintilerinin yapılması ve hastasının tıbbi bakımına ulaşabilmek için yapılan yol

harcamalarından kaynaklanabilmektedir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017a). Palyatif hasta yakınları bakım rolleri doğrultusunda sosyal problemlerde yaşayabilmektedir. Hasta yakınlarının özel yaşamlarını hastalarının bakımına göre düzenlemesi, kendilerine ve çevrelerindeki bireylere yeteri kadar zaman ayıramaması yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşamalarına neden olabilmektedir. Bununla birlikte sosyal destek eksikliği, eğitim düzeyi düşüklüğü, uygun olmayan baş etme yöntemlerinin kullanılması, psikiyatrik hastalıklar, yaşanan çoklu kayıplar hasta yakınlarını sosyal ve psikolojik yönden etkileyebilmektedir. Aynı zamanda hasta yakınları hastasının yaşadığı ileri düzey hastalıkla baş etmeye çalışırken, hastalığa bir anlam yükleme, umut-umutsuzluk ve yaşamın anlamının sorgulanması gibi birçok faktöre bağlı olarak spiritüel sorunlar da yaşayabilmektedir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017a).

2.1.6. Palyatif Bakım Hizmetleri Sunumunda Hemşirenin Rolü

Palyatif bakım karmaşık problemlerin etkin bir şekilde yönetimini gerektirmektedir. Bu nedenle palyatif bakım sunumunda disiplinlerarası bir ekibe gereksinim vardır (Dahlin ve Coyne, 2016). Bu ekip içerisinde yer alan hemşirelerin hasta ve yakınlarına bireyselleştirilmiş palyatif bakım sunabilmeleri için hemşirelik bilgisine, becerisine ve klinik deneyime sahip olmaları önemlidir (Sekse ve ark., 2018; ICN, 2012). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), temel palyatif bakım yaklaşımında hemşirenin rolünü; acıyı hafifletme, hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını belirleme, ağrıyı etkin bir şekilde yönetme, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltme olarak bildirmiştir (ICN, 2012). Bu doğrultuda tüm hemşirelerin güvenli, şefkatli, yetkin, etik ve kanıt temelli bilgi ile palyatif/yaşam sonu bakım sunmaktan sorumlu oldukları vurgulanmıştır (CNA, 2015). Diğer yandan palyatif bakım hemşirelerinin rolleri de bakım verici, danışman, bakım koordinatörü, eğitici ve palyatif bakım ile ilgili araştırmalarda yürütücü olarak sıralanmıştır (Bahar, 2017).

Hemşireler hasta ve yakınlarının beklenti ve isteklerini göz önünde bulundurarak bakımı planlama ve uygulama rolleri üstlenmektedir (Yurtsever, 2016). Bakımın kanıt dayalı iyi uygulama örnekleri doğrultusunda sunulması önemlidir. Bununla birlikte hemşirelik bakımı, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönleri dikkate alınarak kapsamlı, koordineli, şefkatli ve bütüncül olarak planlanmalıdır (Elçigil, 2012; CNA, 2015). Hasta ve yakınları farklı kültürel inanç ve değerlere sahiptir. Bu doğrultuda

hemşireler, spiritüel ve dinî inançlara saygılı, kültürel farklılıklara duyarlı, bütüncül bir bakım sunmalıdır. Diğer yandan ölüme yaklaşmakta olan hastaya sunulan bakım; barışçıl ve onurlu ölüme katkıda bulunabilecek nitelikte olmalıdır (ICN, 2012). Hemşireler, ölüme yaklaşmakta olan hasta yakınlarını bakım, tedavi ve hastanın prognozu hakkında bilgilendirmelidir (Elçigil, 2012). Yas sürecinde olan hasta yakınlarına özenli ve destekleyici bir bakım sunulmalıdır. Hasta yakınlarının kaybı ve kederi kabul etmelerine ve yaşadıkları durumla başa çıkmalarına yardımcı olunmalıdır (ICN, 2012).

Hemşireler, eğitici rolleri doğrultusunda hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimlerini belirlemeli; hastalık ve tedavi süreci, ilaçlar, ağrı ve semptom yönetimi, acil durumlar hakkında bilgi vermelidir (Elçigil, 2012). Bununla birlikte hemşirelerin hem meslektaşlarına hem de hemşirelik öğrencilerine, palyatif ve yaşam sonu bakım hakkında bilgi verme sorumlulukları olduğu unutulmamalıdır (CNA, 2015). Palyatif bakım hemşirelerinin araştırmacı rolü kapsamında, klinik problemleri tanımlama, veri toplama, araştırma projelerini/çalışmalarını geliştirme, yürütme ve denetleme, kalite iyileştirme, kanıta dayalı araştırma sonuçlarını uygulamaya aktarma, politika ve prosedürler oluşturma gibi rolleri de bulunmaktadır (Dahlin ve Coyne, 2016)

Palyatif bakım hemşireleri, danışman rolleri kapsamında hasta ve yakınlarına zaman ayırma, etkili iletişim kurma, dinleme, konuşmaya cesaretlendirme, duygularını ifade etmelerine fırsat verme, ölüme yaklaşan hasta yakınlarının yanlarında bulunma gibi sorumlulukları da bulunmaktadır (Bahar, 2017). Bununla birlikte hemşireler hasta ve yakınları ile diğer sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve etkileşimi sağlayarak koordinatör rolü üstlenirler (Sekse ve ark., 2018). Aynı zamanda hemşireler, hasta ve yakınlarının sağlık ekibinin diğer üyeleri ile etkili bir iletişim kurmalarına yardımcı olurlar (Elçigil, 2012).

2.2. Spiritüalite

Spiritüalite din, inanç, maneviyat gibi sözcüklerle ilişkilendirilen bir kavramdır. Spiritüalitenin tanımı konusunda bir fikir birliği olmamasına karşın; inanç ve iç huzuru içeren çok boyutlu bir kavram olarak açıklanabilir (Çınar ve Aslan, 2017). Dilimizde spiritüalite kavramının karşılığı olarak maneviyat sözcüğü kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu maneviyatı “Maddi olmayan, manevi şeyler, yürek gücü, moral” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019b).

Spiritüalite, bireyin kendisiyle birlikte aile, ait olduğu topluluk, doğa, Tanrı veya yüksek bir güç gibi çevresiyle olan ilişkisini, yaşamın anlam ve amacını kavrama ve kabul etme çabası olarak tanımlanmaktadır (Taylor, 2015; Fadiloğlu ve Ateş, 2017b). Spiritüalite aynı zamanda bir insanın özünü oluşturmaktadır. Spiritüalite yaşamın anlamı, evren veya Tanrı gibi fenomenlere bağlılık hissini ifade etmektedir (Phenwan ve ark., 2019). Bununla birlikte bu bağlılık belirli bir dinî inanca veya geleneğe bağlı olmak zorunda değildir. Çünkü spiritüalite tüm insanların doğasında olan, doğuştan gelen bir özelliktir (Hall, 2013; Chirico, 2016).

Spiritüalite kişisel olarak deneyimlenmekte ve yorumlanmaktadır. Bu nedenle sağlık durumu, hastalığının onun için anlamı, başkalarıyla olan ilişkileri, yaşamın anlam ve amacı ile ilgili algısı gibi kişisel deneyimleri hakkındaki bilgiyi yalnızca birey kendisi verebilir. Aynı zamanda bu durum spiritüalitenin bireysel ve subjektif olduğuna işaret eder (Chung ve ark, 2007). Spiritüellik, her birey için eşsiz ve karmaşık bir kavramdır. Spiritüalite kişinin kültürü, hayata bakış açısı, inançları, deneyimleri ve gelişimine dayanmaktadır. Spiritüellik bireylere sevgi, inanç, umut, hayatın anlamını arama, diğerleriyle olan ilişkilerini düzenleme, kendini keşfetme, zor durumlarla baş etme ve sağlığını sürdürmek için gereksinim duyduğu enerjiyi sağlar. Spiritüalite ile ortaya çıkan enerji bireylerin kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olur. Spiritüellik aynı zamanda bireyin kendisine, başkalarına, çevresine, kişi ötesi Tanrı veya yüce bir güce bağlılık hissini artırır. Bu bağlılık sayesinde bireyler stresörlerin ötesine geçerek refahı, inancı, umudu, barışı, gücü, yaşamın anlam ve amacı algısını geliştirme ve keşfetme fırsatını elde eder (Hall, 2013). Bununla birlikte spiritüalitenin, bireyler için bir mutluluk kaynağı olabileceği de belirtilmektedir (Phenwan ve ark., 2019).

2.2.1. Spiritüalite ile İlişkili Kavramlar

Yaşamın anlamı ve amacını sorgulama, ilişki/bağ, aşkınlık olmak üzere spiritüalite ile ilişkili üç kavram vardır (Chung ve ark., 2007).

Yaşamın Anlamı ve Amacı: Yaşamın anlam ve amacı spiritüalitenin önemli bir özelliğidir. Yaşama değer veren durumlar ile bunlar arasındaki ilişkiyi ele almaktadır (Yılmaz, 2011). Spiritüalite kavramının merkezinde, bireyin yaşamında bir anlam ve amaç bulma duygusunun geliştirilmesi ihtiyacı yer almaktadır (Ledger, 2005). Yaşamın anlamını bulma, yaşam için temel ve evrensel bir gereksinimdir. Yaşamın anlamına

yönelik duygu eksikliği bireylerde spiritüel distres, boşluk ve umutsuzluk duygularına neden olabilmektedir (Yılmaz, 2011).

İlişki/Bağ: İlişki/bağ bireyin kendisiyle, Tanrı veya başka bir yüce varlıkla ve çevresiyle olan ilişkisini/bağlantısını ifade etmektedir. Tanrı veya yüce bir varlıkla etkileşim dua, meditasyon, sanat ve müzik gibi aktivitelerle gerçekleştirilebilmektedir. İnsanın kendisiyle ilişkisi ise duygu ve düşünce olarak bilinen insani boyutlarıyla bütünleşmesini ifade etmektedir (Chung ve ark., 2007).

Aşkınlık: Aşkınlık insandan daha büyük bir gücün varlığına inanmaya işaret etmektedir. Bu güç yer ve zamanın ötesindedir. Bireyler genellikle bu gücü pozitif görebilmektedir. Bu güç bireylerin yeni bakış açılarına sahip olmalarına yardımcı olabilmektedir (Hall, 2013).

Spiritüel ile ilişkili diğer kavramlar şunlardır:

Spiritüel Sağlık: Bireylerin kendileri ve diğerleriyle olan ilişkileri, amaçları, inançları ve değerleri arasındaki denge spiritüel sağlığı ifade etmektedir (Hall, 2013). Aynı zamanda spiritüel sağlığın özelliklerini tanımlamaya yardımcı olabilecek faktörler; iyi tanımlanmış bir inanç sistemi veya dünya görüşü, diğerlerine bağlılık, yüksek düzey kişisel inanç ve umut olarak bildirilmiştir (Como, 2007).

Spiritüel Yönden İyi Oluş: Spiritüel iyi oluş bireyin kendi benliğinden kaynaklanan ve yaşam kalitesiyle ilgili olan bir memnuniyet duygusudur. Spiritüel iyi oluş, zihin ve beden gibi insan olmanın bir parçasını oluşturmaktadır. Spiritüel sorunlar zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle fiziksel ve spiritüel benlik arasında bir etkileşim olduğu kabul edilmektedir (Phenwan ve ark., 2019).

Umut: Spiritüel boyut, umudun merkezi bileşenidir. Umudun varlığı, spiritüel iyi oluşla ilişkilidir (Cotter ve Foxwell, 2015). Duggleby ve Wright (2005) palyatif bakım hastaları üzerinde yapmış oldukları nitel çalışmada, spiritüelitenin ve spiritüel uygulamaların umudu artırıcı aktiviteleri desteklediğini belirlemişlerdir (Duggleby ve Wright, 2005). Umudu artırıcı spiritüel aktiviteler; dinî inanç ve ritüeller, yaşamın anlam ve amacı, Tanrı veya başka bir yaşam gücü ile olan ilişkiyi kapsamaktadır (Cotter ve Foxwell, 2015).

Spiritüel Distres: Bireyin kendine, başkalarına, sanata, müziğe, edebiyata, doğaya veya kendinden daha üstün bir güce bağlılık yeteneğinin olumsuz etkilenmesini

ifade etmektedir (Hall, 2013). Spiritüel distres, güç ve umut veren, yaşamın anlamını güçlendiren değerler sisteminde bozulma olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2007). Hastalık, kayıp, keder, değer verilen bir kişinin ölümü, statü kaybı, ekonomik sorunlar, beden imajında değişim önemli stres kaynaklarıdır. Spiritüel kaynaklar birey, inanç sistemini tehdit eden bir durumla karşılaştığında baş etmeye yardımcı olur. Birey spiritüel kaynakları kullanmadığında spiritüel distres ortaya çıkar (Hall, 2013; Boztilki ve Ardiç, 2017). Ayrıca spiritüel distres bireyin kendi değerleri ile ritüel uygulamaları arasında meydana gelen çatışmalara bağlı olarak da gelişebilmektedir. Spiritüel distres, genellikle kaygı, yalnızlık, umutsuzluk hissi, spiritüel değerler ile hayatın anlam ve amacını sorgulamaya neden olabilmektedir (Hall, 2013).

Din, İnanç-Değer ve Kültür: Her kültürel grup doğru kabul ettikleri inanç ve değer sistemlerine sahiptir. İnanç kültürün bir üyesi olan bireylerin davranışlarını şekillendirir. Değerler ise bireyin hayata bakış açısını belirler (Öz, 2010). Dinî ve spiritüel inanışlar bireylerin sağlık, hastalık, ağrı, ıstırap, yaşam ve ölüm hakkındaki dünya görüşlerini etkileyen majör faktörlerdir (Hall, 2013).

Din, yaşam ile ilgili sorulara cevap vermeye çalışan ve bireye rehberlik eden inançlar topluluğudur. Ayrıca din belirli inanç geleneklerini, teolojik ve kutsal yönelimleri de ifade etmektedir (Chung ve ark., 2007). Dinin içerisinde yer alan geleneksel uygulamalar, törenler, seromoniler ve kutsal kitaplar bireyin spiritüalitesinin önemli bileşenleridir (Como, 2007). Din, spiritüaliteyi ifade etmek için uygun bir ortam sunmaktadır. Bireylerin anlam bulmaya yönelik arayışları dinî bir topluluğa katıldıktan sonra değişiklik gösterebilmektedir (Chung ve ark., 2007). Din ile spiritüalite arasındaki farklar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Din ve spiritüalite arasındaki farklılıklar (Baldacchino ve Ross, 2007, Akt: Yılmaz, 2011)

Din	Spiritüalite
Toplum odaklı	Bireysel
Gözlemlenebilir, ölçülebilir, objektif	Daha az görülebilir, daha az ölçülebilir, daha subjektif
Formal, organize	Daha az formal, daha az sistematik
Davranışa yönelik, dışa dönük uygulamalar	Emosyonel amaçlı, içe dönük uygulamalar
Davranış açısından otoriter	Otoriter değil, çok az sorumluluk
İyi kötüden ayıran doktrin	Birleştirici, doktrinlere yönelik değil

Baş Etme: Bireylerin karşılaştıkları problemlerin stresör olarak algılanıp algılanmaması bazı dinamiklere bağlıdır. Bu dinamiklerden biri de bireyin yaşadığı durumu kendine yönelik bir tehdit olarak algılayıp algılamamasıdır. Mevcut durumun birey tarafından algılanması, bireyin kendine, hayata ve geleceğe ilişkin inançlarından etkilenebilmektedir. Karşılaşılan durum bir tehdit olarak algılandığında, bireyin bu tehdiye verdiği tepkiler düşünce yapısını oluşturmaktadır. Bireyin zihninde oluşan düşünceyi uygulamaya geçirmesi ise baş etme olarak tanımlanmaktadır. Yakın çevre ile paylaşma, destek alma, dua etme, ibadet etme, dikkati başka yöne çekme gibi baş etme yöntemleri spiritüalite kapsamında yer almaktadır. Bu bağlamda spiritüalite bireylere karşılaştıkları problemlerle baş etmede yardımcı olmaktadır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013).

2.2.2. Sağlık Bakım Hizmetleri Sunumunda Spiritüalitenin Önemi

Spiritüalite, DSÖ'nün tanımladığı "sağlık" ve "kapsamlı palyatif bakım" tanımlarının önemli bir boyutudur. Spiritüalite, bütüncül sağlık hizmetleri yaklaşımı ve sunulan sağlık hizmetinin nasıl ve niçin yapıldığı ile yakından ilişkilidir (Phenwan ve ark., 2019). Literatürde sağlık hizmetleriyle ilgili güncel yaklaşımların temelinde nomotetik ve ideografik olmak üzere iki bilgi formunun bulunduğu belirtilmiştir (Swinton, 2012). Spiritüalite ve din kavramlarının ideografik bilgi alanının içine girdiği, sağlık hizmetlerinde sunulan spiritüel yaklaşımın ise her iki bilgi alanını da kapsadığı bildirilmiştir (Swinton, 2012). Bununla birlikte spiritüalite, beklenen yaşam süresinde artma, düşük kan basıncı, koroner hastalıklara bağlı ölüm oranlarında azalma, serum kolesterol düzeyinde düşme, ağrı seviyesinde azalma, iyileşme sürecini destekleme ve stres düzeyini azaltma gibi birçok faktörle ilişkilendirilebilmektedir (Swinton, 2012; Phenwan ve ark., 2019). Diğer yandan spiritüalitenin sağlık durumu ile ilgili yararlarının yapısal özelliklerinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Dinî ve toplum disiplinli spiritüel uygulamalar, sağlıklı yaşam tarzı gibi unsurlar, ölçülebilir sonuçları ortaya koymaktadır. Bu özellik spiritüalitenin bazı yönlerinin ölçülebilir ve genellenebilir olduğuna işaret etmektedir (Swinton, 2012).

Bireylerin spiritüel gereksinimleri; hastalıkta veya yaşamda anlam bulma, bir amaç veya misyona sahip olma, iç huzur, affetmeyi deneyimleme, umut ve güveni sürdürme, iç farkındalık ile ilgili ihtiyaçları içermektedir. Bununla birlikte ifade edilen bu ruhsal ihtiyaçların sağlık ve hastalığa verilen tepkiler üzerindeki etkileri spiritüel bakım

sunmanın önemine işaret etmektedir (Mamier ve ark., 2019). Ayrıca sağlık profesyonellerinin; sağlığı, akıl-beden ve ruhun iyilik hali olarak bütüncül bir şekilde ele almaları ve bu boyutların fiziksel/zihinsel sağlığa etkilerini göz önünde bulundurmaları son derece önemlidir (Chirico, 2016).

Sağlık profesyonellerinin birçoğu spiritüelitenin hasta ve ailesinin bakımının önemli bir parçası olması gerektiğini kabul etmektedir. Buna karşın sağlık sistemi içerisinde spiritüel bakımın sunulmasında kimlerin yer alması gerektiği ile ilgili bir belirsizlik olduğu da belirtilmektedir. Spiritüel bakım uzmanları başta olmak üzere sağlık ekibinin tüm üyelerinin spiritüel bakım sorumluluğunu üstlenmeleri önemlidir. Spiritüelitenin bakım sistemlerine tamamen entegre olabilmesi tüm disiplinlerin iş birliğine bağlıdır. Bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinin tümünün spiritüel bakım sunabilme bilgi, beceri ve yeteneğine sahip olabilmesi beklenmektedir. Ayrıca sağlık bakım profesyonellerinin, bireylere saygı duyması ve onların yaşamlarında spiritüelitenin yerini sorgulaması oldukça önemlidir (Cobb ve ark., 2012). Sağlık profesyonelleri hem bireyin hem de ailesinin spiritüel ve dinî gereksinimlerini belirlerken birçok tanılama aracından yararlanabilir. HOPE, FICA, SPIRIT ve 7'ye 7 Modeli bunlara örnek olarak verilebilir (Taylor, 2015).

HOPE Aracı;

- H (Sources of hope- Umut kaynakları): Size umut veren nedir ya da kimdir?
- O (Organized religion- Örgütlü din): Organize inanç grubunun bir parçası mısınız? Bu grup sizin için ne yapmaktadır?
- P (Personal spirituality or spiritual practices- Kişisel spiritüelite veya spiritüel uygulamalar): Hangi kişisel manevi uygulamalar (dua, meditasyon vs) size yardımcı olur?
- 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? (Taylor, 2015).

FICA Aracı:

- F (Faith-İnanç): İnciniz var mı? Hayatınıza anlam katan şey nedir?
- I (Import or Influence- Önem veya Etki): İncinizin yaşamınızdaki önemi nedir? İncinizin yaşamınızı nasıl etkiler?

- C (Community- Topluluk): Bir inanç topluluğunun üyesi misiniz? Bu topluluk sizi nasıl desteklemektedir?
- A (Address- Hitap Etmek): Bakımınızda bu sorunları nasıl ele almamı istersiniz? (Taylor, 2015).

SPIRIT Aracı:

- S (Spiritual belief system- Manevi inanç sistemi): Dinî bağlılığınız nedir?
- P (Personal spirituality- Kişisel maneviyat): Dininiz ya da kişisel olarak kabul ettiğiniz spiritüel inanç ve uygulamalarınızı anlatın. Spiritüalitenin / dinin günlük yaşamınızdaki önemi nedir?
- I (Integration with a spiritual community- Manevi 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): Dinî/spiritüel temellere dayanarak istemediğiniz özel tıbbi bakım unsurları var mı?
- I (Implications for medical care-Tıbbi bakım için çıkarımlar): Bakımınızda dinî/spiritüelliğinizin hangi yönlerinin olmasını isterdiniz? Dinî veya manevi durumlara dayanan ilişkinizin önünde herhangi bir engel var mı?
- T (Terminal events planning- Son dönem etkinlik planlama): İnancınız kararlarınızı nasıl etkiliyor? (Taylor, 2015).

Palyatif bakım ekibinin spiritüel değerlendirmede kullandığı modellerden biri olan 7'ye 7 Model'inde ise bireyin ve spiritüalitenin yedi boyutu değerlendirilmektedir (Tablo 3) (Taylor, 2015).

Tablo 3. 7'ye 7 modeli (Taylor'dan, 2015)

Bireyin 7 Boyutu	Spiritüalitenin 7 Boyutu
1. Tıbbi	1. İnançlar ve anlamlar (Yaşamdaki misyon, amaç, dinsel ve dinsel olmayan anlamlar)
2. Psikolojik	2. Yetenek ve sonuçlar (Bireyin ne yapması gerektiğine inandığı)
3. Psikososyal	3. Deneyim ve duygular
4. Aile sistemi	4. Ritüel ve uygulamalar (Hayatı anlamlı kılan faaliyetler)
5. Etnik ve kültürel yapısı	5. Topluluk (Spiritüel inanç ve uygulamaları paylaşan herhangi bir resmi veya gayri resmî topluluğa katılım)
6. Toplumsal konular	6. Otorite ve rehberlik (Bir kişinin nereye ya da kime güvendiğini keşfetme, rehberlik arama)
7. Spiritüel boyut	7. Cesaret ve gelişim (İçsel değişimle karşılaşma yeteneği)

2.2.3. Hasta Yakınlarının Spiritüel Gereksinimlerini Karşılama Hemşiresinin Rolü

Bireyi anlama, spiritüel bakımın özünü oluşturmaktadır (Swinton, 2012). Bu nedenle hemşirelerin, bireylerin spiritüel iyilik hallerini yükseltmek için neyin önemli olduğunu bilmeye ve onların dinî/spiritüel uygulamalarını mümkün olabildiğince öğrenmeye ihtiyaçları vardır (Hall, 2013). Bireylerin spiritüel gereksinimlerinin belirlenerek uygun hemşirelik bakımının planlanması, hemşirelik sürecinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyle iletişim kurarken, hastalık durumunun onun yaşamının anlam ve amacını nasıl etkilediğini belirlemek son derece önemlidir (Küçük, 2016).

Bakım verme süreci hasta yakınları tarafından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme süreci anlam bulma, diğer bireylerden sosyal destek alma, öz saygının artması, kişisel doyumun sağlanması, anksiyete, rol çatışmaları, sosyal izolasyon, depresyon, umutsuzluk, yorgunluk gibi olumlu ve olumsuz durumları içinde barındırmaktadır (Tanrıverdi, 2017). Spiritüalite, mücadele gerektiren sıkıntılı zamanlarda bireylere yardımcı olabilmektedir (Phenwan ve ark., 2019). Hastalık süreci ölüme yaklaşmakta olan hasta yakınlarını; hasta yakınlarının tepkileri de bireyi etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin yalnızca hasta bireylerle değil aynı zamanda hasta yakınları ile teröpatik bir ilişki kurması önemlidir (Tanrıverdi, 2017).

Terapötik hemşire-hasta ve hemşire-aile ilişkileri, aile merkezli palyatif bakımın odak noktasında yer almaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, palyatif bakım deneyiminin aile için önemini anlamaya çalışmalıdır. Kaliteli bir hemşirelik bakımı aile üyelerinin deneyimlerinin farkında olmayı gerektirmektedir (Steele ve Davies, 2015).

Spiritüel bakım gereksinimleri belirlenirken hasta yakınlarının problemlerle baş etme becerisi, dinî inancı, sosyal destekleri ve kültür gibi özellikleri dikkate alınmalıdır (Tanrıverdi, 2017). Spiritüel gereksinimler karşılanırken, iyilik, merhamet, saygı, haysiyet, onur, insanlık, hizmet, dürüstlük ve empati gibi temel unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır (Baird, 2015). Bireylerin sahip oldukları spiritüel inanç ve uygulamalar; hastalıkla başa çıkma yöntemlerini, sağlıklarını ve destek duygularını etkileyebilmektedir (Phenwan ve ark., 2019). Bu nedenle hemşirelerin hasta yakınlarının spiritüel deneyimleri hakkında konuşmaları oldukça önemlidir (Küçük, 2016). Aynı zamanda spiritüel bakım; hasta ve yakınlarına önerilen dua, meditasyon, masaj ve rahatlama teknikleri gibi spiritüel uygulamaları da içermektedir (Ellis ve Williams, 2012). Hasta yakınlarının spiritüel gereksinimleri karşılanırken hemşirelerin;

- Etkin dinleme, yargılayıcı olmayan dürüst bir tutum ve empatik yaklaşım ile bireyin duygularını ifade etmesine fırsat vermesi ve baş etmesini desteklemesi
- Bireylerin umut kaynaklarını belirlemesi ve umudu güçlendirmesi
- Bireyi deneyimleri üzerine konuşmaya teşvik etmesi
- Bireyin destek kaynaklarını belirlemesi (aile, arkadaş vs.)
- Bireyin gelecek ile ilgili kaygı, beklenti, endişe gibi duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat vermesi
- Bireylerin gelecek hakkında plan yapmalarını desteklemesi
- Duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerini kolaylaştırmak için hayal kurma, mektup yazma, günlük tutma gibi yansıtma yöntemlerinin bireye önerilmesi
- Spiritüel ihtiyaçların karşılanması sürecinde diğer disiplinlerle iletişim halinde olması ve iş birlikçi bir yaklaşımda bulunması
- Ailelere ölüm ve yas sürecinde yardım ederken onların dinî ve kültürel tercihlerinin farkında olması
- Bireyin spiritüel boyutunu göz önünde bulundurarak önyargısız ve saygılı bir yaklaşım sergilemesi beklenmektedir. Ayrıca hemşirelerin, bireylerin spiritüel gereksinimlerini belirlerken ve karşılarken kendi spiritüel özelliklerinin de

farkında olması son derece önemlidir (Hall, 2013; Berman ve ark., 2016; Küçük, 2016).

2.3. Umut

Umut, 20. yüzyılın ortalarından itibaren akademik araştırmalarda ele alınan bir kavramdır. Umut, genellikle olumlu algılanan, yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan, sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirme ve uygulamalarda bir hedef olarak belirlenen bir kavramdır. Umut kavramı isim (örneğin; umudum), fiil (umuyorum), zarf (umarım iyiyiz) ve sıfat (umutluyum) olarak kullanılabilir. Bu durum bireylerin umudu nasıl algıladığına, başkalarının umutlarını anlama ve yanıtlama konusundaki özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (Eliot, 2012).

2.3.1. Umudun Tanımı

Türk Dil Kurumu umudu “ummaktan doğan duygu” “olması beklenen veya olacağı düşünülen şey” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019c). Umut, felsefe, teoloji, psikoloji, hemşirelik ve tıp gibi birçok disiplin için önemli bir kavramdır (Cotter ve Foxwell, 2015). Bu disiplinlerin bakış açıları doğrultusunda umudun tanımı da disiplinlere göre farklılık gösterebilmektedir (Eliot, 2012). Din bilimleri, umudu; bireyi pozitif yönde değiştiren ve Tanrı’dan gelen ilahi bir lütuf olarak tanımlarken, felsefe bilimi başkalarıyla olan bağlantı ile kazanılan kişisel bir özellik olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik biliminde ise umut, sağlık bakım uygulamalarına temel olan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır (Eliot, 2012).

Umut; bireyi, geleceğe uyum konusunda güçlendiren, mevcut ve gelecek yaşantısıyla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan, iyi oluşunu destekleyen, diğerleriyle ilişki sürmesine yardımcı olan ve bireye pozitif bakış açısı kazandıran bir duygudur (Ateş ve Fadiloğlu, 2017).

Koç’un (2008) belirttiği üzere Filozof Marcel’e göre umut birey için bir yaşam biçimidir. İnsanda varoluş duygusunu oluşturan bir histir. Marcel, bireyin geleceğe, yaşama, çevresine veya başkalarına karşı umut içinde bir bekleyiş halinde olduğunu bildirmiştir.

Eliot’un (2012) aktardığı üzere hemşire araştırmacılar Karin Dufault ve Martocchio umudu, “Gelecekteki bir iyiliğe ulaşma konusunda belirsiz bir beklenti ile

karakterize olan çok boyutlu ve dinamik yaşam gücü” olarak tanımlamıştır. Umudu psikolojik yönden Snyder, Cheavens ve Michael açıklamıştır. Synder ve arkadaşları ise “Umudu, istenilen amaçlara giden yolları arttırmak için algılanan kapasite olup, bu yolları kullanmaya başlama ve devam etme motivasyonu” olarak ifade etmişlerdir (Akt: Eliot, 2012).

2.3.2. Umudun Kaynakları

İlahi varlıklar olarak kabul gören dinî inanç sistemi veya spiritüalite, bireye umut vermektedir. Özellikle Tanrı’dan umut, hem Hristiyan hem de Müslüman dinlerin merkezinde yer almaktadır. Erikson, insanlarda umudun doğuştan geldiğini, gelişim sürecinin bir parçası olduğunu ve başarılı bir psikososyal gelişim için umuda gereksinim duyulduğunu bildirmektedir. Marcel, umudun yalnızca bireye bağlı olmadığını aynı zamanda olumlu sosyal etkileşimde gerektirdiğini savunmuştur (Akt: Eliot, 2012). Bu doğrultuda umudun gelişiminde başkalarıyla olan sosyal ilişkiler oldukça önemlidir. Bu konuya ilişkin sağlık literatüründe umudun başkalarından etkilenebileceği varsayılmakta, sağlık profesyonellerinin hastalar ve aileleriyle olan etkileşimlerinde bireylerin umutlarını sürdürme, destekleme ve geliştirmelerinin önemi vurgulanmaktadır (Eliot, 2012). Umudun kaynakları; dinî inanç, psikososyal gelişim, sosyal etkileşim ve diğerleriyle olan ilişkiler, aile ve arkadaş sevgisi, spiritüalite, bakım verenlerle kurulan iletişim, kişisel özellikler, hedef belirleme ve mizah olarak sıralanabilir (Cotter ve Foxwell, 2015). Ayrıca umut, başkalarıyla bağlantı, kararlılık, güç, dayanıklılık, ilham, yaratıcı hayal gücü gibi olumlu deneyimlerle de ilişkilendirilebilmektedir. Bu doğrultuda geçmiş ve mevcut deneyimlerin umudu etkileyen en önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Eliot, 2012).

2.3.3. Umudun Özellikleri ve Karakteristiği

Umut, bireyin geleceğe ilişkin olarak kendi yaşamında gerçekleşmesini istediği bir olay ya da olgu ile ilgili olumlu beklentilerini, dileklerini ve isteklerini ifade etmek için kullanılan bir kavramdır (Ağır, 2017). Karin Dufault’un umut ile ilgili geliştirdiği teoride, umudun birbiriyle ilişkili özelleşmiş ve genelleştirilmiş iki alana ve altı boyuta sahip olduğu bildirilmiştir. Teoride bu boyutlar; duygusal, spiritüel, ilişkisel, bilişsel, davranışsal ve bağlamsal olarak sıralanmıştır. Umudun duygusal boyutu neşe, güven,

güç, heyecan gibi olumlu duygular ile belirsizlik, korku, öfke, acı ve çaresizlik gibi olumsuz duyguları içermektedir (Cotter ve Foxwell, 2015). Bununla birlikte emosyonel yapı, umut duygusu üzerinde önemli rol oynamaktadır (Kelleci, 2005).

Spiritüel boyut, umudun merkezi bileşenidir. Bu nedenle umutlu olma hali, spiritüel iyi oluşla ilişkilendirilmektedir. Dinî inanç ve ritüeller, yaşamın anlamı ve amacı, bir Tanrı ya da başka bir yaşam gücü ile olan ilişki gibi kavramlar spiritüel boyutun içinde yer almaktadır. Umut bireyin baş etme davranışlarını, yaşam kalitesini ve spiritüel iyilik halini etkilemektedir (Cotter ve Foxwell, 2015; Ateş ve Fadiloğlu, 2017). 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 (Cotter ve Foxwell, 2015).

Umudun bilişsel boyutu, planlanan ve ulaşmak için çaba gerektiren birçok entellektüel stratejiyi kapsamaktadır. Hedefleri belirlemek insanları motive ederek umutlarını arttırmaktadır. Hedefler belirlenirken, bireyin neyi istediği ve neye değer verdiği gerçekçi bir şekilde değerlendirilmelidir (Cotter ve Foxwell, 2015).

Umudun davranışsal boyutu ise umudu destekleyen hedef odaklı düşünce ve faaliyetleri kapsamaktadır. Umudu sürdürme stratejileri arasında problem odaklı başa çıkma yöntemleri (hedeflerin belirlenmesi vs.) ve duygu odaklı stratejiler (dikkat dağıtıcı tekniklerin kullanılması vs.) yer almaktadır (Cotter ve Foxwell, 2015).

Umudun bağlamsal boyutu, umudu etkileyen yaşam koşullarını ve yetenekleri içermektedir. Bunlar fiziksel sağlık, ekonomik durum, işlevsel ve bilişsel yeterlilikler olarak sıralanabilmektedir. Akut/kronik ve ölümcül hastalıklar, bilişsel yetersizlik, yorgunluk, ağrı ve bozulmuş fonksiyonel durum umudu tehdit eden durumlar arasında yer almaktadır (Cotter ve Foxwell, 2015).

Umudun Karakteristiği

Umudun karakteristiğini belirleyen kavramlar şunlardır:

Evrensellik: Umut kişisel bir deneyim olduğu gibi aynı zamanda evrenseldir (Ateş ve Fadiloğlu, 2017).

Boyutluluk: Kişinin deneyimlerine göre değişkenlik gösteren karmaşık bir kavramdır (Ateş ve Fadiloğlu, 2017). Umut sürekli ve aynı şekilde devam etmeyip

zamana, duruma veya gereksinime bağlı olarak artma veya azalma şeklinde değişim gösterebilmektedir (z, 2010; Kelleci, 2005).

Soyutlanma: Umut soyut ve somut olmayan özelliklere sahiptir.

Geçicilik: Gelecekteki bir yönelimle sınırlı olmaması umudun geçiciliğine işaret etmektedir.

Tahmin edilebilir: Umut deneyimi, öngörülebilen ya da öngörülemeyen bileşenlere sahip olabilmektedir.

Değer temelli: Umudun değerini kişinin deneyimlerinde gizlidir.

Gerçeklik temelli: Gerçeklik bakış açısı belli olmamasına karşın yine de umut gerçeklik anlayışı ile yakından ilişkilidir (Ateş ve Fadıloğlu, 2017).

Refah için önemli olma: Umut, insan refahı ve bazen de insanın varlığı için hayati öneme sahiptir. Bireyin keder ve üzüntü hissetmesini engelleyerek iyilik halini yükseltebilmektedir (Kelleci, 2005; Eliot, 2012).

Dinamik kaynak: Umut bireylerin daha iyi baş etmelerine ve deneyimlerinde anlam bulmalarına yardımcı olan dinamik bir kaynak olarak görülmektedir (Eliot, 2012).

Kişiselleştirilmiş: Umut, bireyin kişisel hedeflerine doğru ilerlemesi için gereken motivasyonu ve enerjiyi sağlamada bireye yardımcı olmaktadır (Eliot, 2012).

Gelecek odaklı: Umut tanımları veya açıklamaları genellikle muhtemel bir geleceğe atıfta bulunmaktadır. Gelecek odaklı umut hem kısa vadeli hem de uzun vadeli zaman dilimlerini ifade edebilmektedir (Eliot, 2012).

Belirsizlik: Umudun hayal gücü gerektirmesi ve geleceğe yönelik olması bir belirsizlik oluşturmaktadır. Kişi gelecekte istediği bir hedefin mümkün olduğuna inanmakta ancak bu durumun gerçekleşmesi garanti olmadığı için belirsizlik söz konusu olmaktadır. Bu nedenle belirsizlik düzeyi yksekliliğinin, umudu olumsuz yönde etkilediği, mevcut koşullar ve seçenekler hakkında doğru bilgilendirmenin ise umudu koruduğu bildirilmektedir (Eliot, 2012).

Enerji verici: Umut insana yaşamak için enerji vermektedir. Bu enerji istek ve güdüyü harekete geçirerek bireyi geleceğe için çabalamaya motive etmektedir (Kelleci, 2005).

2.3.4. Umudu Desteklemede Hemşirenin Rolü

Umut, hasta ve ailelerinin ihtiyaç duyduğu en önemli gereksinimlerden biridir. Umut, içinde birçok özelliği barındıran çok boyutlu bir kavramdır. Umut, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve yakınlarının, fiziksel ve psikolojik problemleri ile başa çıkmada yardımcı olan önemli bir kaynaktır (Alidina ve Tettero, 2010). Hasta bireyin olduğu kadar ailenin de psikolojik ve fizyolojik savunmasını destekleyen iyileştirici bir güçtür. Umut, bireyi hareket etmeye teşvik eder (Öz, 2010). Bu güç, bireyin, gerçekleşmesini istediği olaylara ilişkin pozitif beklentilerini yükseltir. Aynı zamanda beklentilerin gerçekleşmesi için bireyi harekete geçirir (Ağır, 2017). Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin umut kavramı ile ilgili farkındalıklarının artırılması, hastaların umutlarını harekete geçirmelerine ve güçlendirmelerine yardımcı olabilir (Kavradım ve Özer, 2014).

Hemşireler özel hemşirelik girişimleri aracılığıyla hastaların umutlarını arttırmada önemli bir role sahiptir. Bu doğrultuda hemşirelik süreci hazırlanırken, hastaların umudunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması son derece önemlidir. Bu durum aynı zamanda hem kaliteli bakım sunumunu hem de bakıma ilişkin memnuniyeti etkileyebilmektedir (Kavradım ve Özer, 2014). Umudu desteklemeye yönelik bir yaklaşım hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini de yükseltebilmektedir (Cotter ve Foxwell, 2015). Bireyin umudunu destekleyen hemşirelik girişimleri; deneyimsel süreç, spiritüel ve aşkınlık süreci, ilişkisel süreç ve mantıksal düşünme süreci olmak üzere dört düzeyde ele alınabilmektedir. Umudu destekleyici hemşirelik eylemleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Deneyimsel Süreç: Deneyimsel umut süreci onaylamayı içermektedir. Deneyimsel süreç, acı çekmenin kabulü, acı çekmenin ötesine geçme ve umut bulmada hayal gücünün kullanılmasını içermektedir. Ağrı, yorgunluk, nefes darlığı ve anksiyete gibi kontrolsüz semptomlar bireyin acı çekmesine neden olabilmektedir. Bu durum aynı zamanda hasta yakınlarının umutlarını da etkileyebilmektedir. Semptomların zamanında belirlenmesi ve yönetilmesi umudun sürdürülmesini desteklemektedir (Cotter ve Foxwell, 2015).

Spiritüel ve Aşkınlık Süreçleri: Spiritüaliteyi dahil ederek elde edilen spesifik stratejiler bireyin umudunu arttırabilmektedir. Bu stratejiler, spiritüel inançların ifadesi

için fırsatlar sunulmasını, dinî ritüeller ve spiritüel uygulamalara katılımın düzenlenmesini içermektedir (Cotter ve Foxwell, 2015).

İlişkisel Süreçler: Hemşireler umudu en üst düzeye çıkarmak için, hastalar ve onların destek ağı ile açık bir iletişim kurmalıdır. Ayrıca bireylerin önceliklerinin ve gereksinimlerinin neler olduğunu belirleyerek, ihtiyaçlarını zamanında ve etkili bir şekilde karşılamalıdır (Cotter ve Foxwell, 2015).

Mantıksal Düşünce Süreçleri: Mantıksal düşünce süreci, özellikle hedeflere, kaynaklara, kişisel kontrole, öz yeterliliklere ve eylemlere odaklanan bir süreçtir. Bu boyuta ilişkin uygulamalar, hasta ve yakınlarına hedef belirlemelerinde ve bu hedefe ulaşmalarında yardımcı olur. Bu nedenle hastanın durumu ve tedavisi hakkında doğru, zamanında bilgi sunulması oldukça önemlidir. Bazen de olumsuz ihtimallerin kabul edilmesi yaklaşımı, hasta ve ailesinin gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilir (Cotter ve Foxwell, 2015).

Hemşirelerin, palyatif bakım hasta ve yakınlarına duyarlı, etkili bakım sunabilmeleri umut süreci ile ilgili bireysel farklılıkları anlamalarına ve bu farklılıklara saygı duymalarına bağlıdır (Cotter ve Foxwell, 2015). Bu konudaki literatürde sağlık çalışanlarının, bireylerin umutlarını değerlendirmelerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte bu konudaki literatürde umudu veya umutsuzluğu ölçmek için 25'ten fazla ölçek geliştirildiği bildirilmektedir (Eliot, 2012).

Tablo 4. Umudu destekleyici hemşirelik eylemleri (Cotter ve Foxwell'den, 2015)

Süreç Adı	Umudu Destekleyici Hemşirelik Eylemleri
Deneyimsel Süreç	Yaşam sonu semptomların önlenmesi ve yönetilmesi
	Mizahın uygun şekilde kullanılması
	Hasta ve ailesinin mevcut durumları aşma konusunda teşvik edilmesi
	Bireyin estetik deneyimlere teşvik edilmesi
	Yaratıcı ve keyifli çalışmalara katılımın desteklenmesi
	Yaşam sevincini canlandıran ve vurgulayan kitap, film ve sanat önerilerinde bulunulması
	Bireyin anılarını anlatma konusunda teşvik edilmesi
	Hasta ve ailesine mevcut ve geçmiş sevinçlerine odaklanmalarında yardımcı olunması
	Olumlu ve umut veren hikayelerin paylaşılması
	Hasta ve ailesinin kendileri hakkında olumlu konuşmaları konusunda desteklenmesi

Tablo 4. Umudu destekleyici hemşirelik eylemleri (devamı)

Süreç Adı	Umudu Destekleyici Hemşirelik Eylemleri
Spiritüel ve Aşkılık Süreci	Dinî ritüellere ve spiritüel uygulamalara katılımın kolaylaştırılması
	Din görevlileri ve diğer spiritüel destek veren kişilere gerekli yönlendirmelerin yapılması
	Mevcut durumdan anlam bulması için hastaya ve aileye yardımcı olunması
İlişkisel Süreç	Hasta ve ailenin günlük tutma konusunda desteklenmesi
	Acı çekmenin anlamını açıklayan kitap, film ve sanat önerilerinde bulunulması
	Hasta ve ailesinin izolasyonunun önlenmesi
Mantıksal Düşünce Süreci	Açık bir iletişim kurulması ve sürdürülmesi
	Hasta ve ailesine değerli olduklarının hissettirilmesi ve kendilerine değer verme duygularının desteklenmesi
	Hasta ve destek sistemleri arasındaki umudun karşılıklı ilişkisinin tanımlanması
Mantıksal Düşünce Süreci	İlişkiler için zaman verilmesi
	Umut duygusu üzerine konuşulması
	Birey için önemli olan kişilerin tanımlanması ve bu bireylerin özellikleri ile deneyimleri hakkında paylaşımında bulunulması
Mantıksal Düşünce Süreci	Hasta ve ailesinin hedefleri belirlemesine yardımcı olunması
	Hedeflere ulaşmak için mevcut ve ihtiyaç duyulan kaynakları belirlemeye destek olunması
	İhtiyaç duyulan kaynakların sağlanmasında yardımcı olunması
Mantıksal Düşünce Süreci	Başarı duygusunu artırmaya destek olunması (büyük hedeflerin daha küçük adımlara bölünmesine yardımcı olunması, küçük amaçlar gerçekleştirildiğinde büyük amaçlara geçişin sağlanması)
	Hastanın durumu ve tedavisi hakkında profesyonel, duyarlı ve doğru bilgilendirmenin yapılması
	Hasta ve ailesinin geçmiş başarılarını ifade etmesine fırsat verilmesi
Mantıksal Düşünce Süreci	Mümkün olduğunca hastaların ve ailelerin kontrol duygusunun artırılması

2.4. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı

Kuram, bir olayın oluşumunu açıklamak için değişkenler ve kavramlar arasındaki ilişkinin saptanmasını ifade etmektedir (Pektekin, 2013). Hemşirelik kuramları ise klinik ortamdaki bazı değişkenlerin hemşirelik bakımı üzerine etkilerini tahmin etmeye olanak sağlayan, araştırmaya dayalı bir dizi ifade olarak tanımlanmaktadır (Velioğlu, 2012). Hemşirelik kuramları profesyonel hemşirelik bakımı ile uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek, hemşirelik araştırma ve uygulamalarına rehberlik

etmek, bakımın kalitesini yükseltmek ve bakım hizmetinin sonuçlarını değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Lukose, 2011; Pektekin, 2013). Hemşirelikte kavram, kuram ve modellerin anlaşılması hemşirelik uygulamalarının bilimsel temellere oturtulmasına olanak sağlar (Ocakçı, 2013). Hemşirelikte kuramların ve kavramsal modellerin kullanımı;

- Hemşirelik bilgisini geliştirir ve uygulamalara rehberlik eder.
- Teori temelli bakım için hemşirelik bilgisinin çerçevesini oluşturur.
- Bilimsel bilgi temelli uygulamalar ve profesyonel bir yaklaşım ile bakım sunulmasına fırsat verir.
- Hemşirelik faaliyetlerine sistematik bir yaklaşım sağlar.
- Sunulan bakım hizmetine olumlu etki ederek bakımın kalitesini artırır.
- Hemşirelik uygulamalarına yön vererek mesleğin otonomisini güçlendirir (Lukose, 2011; Pektekin, 2013; Bayat, 2017).

Bununla birlikte hemşirelik disiplinine özgü kavramsal/teorik/deneysel sistemleri kullanmanın, uzmanlığa geçişi hızlandırdığı, aile ve hasta memnuniyetini arttırdığı, maliyet etkinlik sağladığı, hemşirelerin mesleki doyumunu yükselttiği ve hemşirelik uygulamasını örtük bilgidен açık bilgiye dönüştürerek mesleğin güçlenmesini sağladığı bildirilmektedir (Bayat, 2017). Hemşirelik alanında birçok kuram geliştirilmiş olmakla birlikte bu kuramlardan biri de Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'dır.

Prof. Dr. Margaret Jean Harman Watson, insan bakımına odaklanan hemşire bir teorisyendir (Lukose, 2011). 1940 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde dünyaya gelen Watson, 1961 yılında Batı Virjinya'da bulunan Lewis Gale Hemşirelik Okulu'ndan mezun olmuştur. Watson, 1964 yılında Kolorado-Boulder Üniversitesi'nde hemşirelikte lisans, 1970 yılında Kolorado-Boulder Üniversitesi sosyal ve klinik psikoloji alanında lisans, 1966 yılında Kolorado Denver Üniversitesi'nde psikiyatri hemşireliği alanında master, 1973 yılında Kolorado Baulder Üniversitesi eğitim psikolojisi ve danışmanlığı alanında doktora derecesine sahip olmuştur (Kol, 2017).

Watson, Kolorado Üniversitesi'nde hemşirelik eğitimi ve lisansüstü çalışmalarına devam etmiştir (Jesse ve Alligood, 2014). Watson, ilk kitabı olan Hemşirelik: Bakım bilimi ve felsefesi (1979) kitabını, Kolorado Üniversitesi'nde verdiği bir lisans dersi notundan geliştirmiştir. Toplamda 11 kitap ve sayısız hemşirelik makalesi olan Watson'ın bu yayınları, onun bakım bilimi ve felsefesi hakkındaki fikirlerini, bakım

kuramının gelişimi ile ilgili evrimini yansıtmaktadır (Jesse ve Alligood, 2014). Watson ve arkadaşları, Kolorado Üniversitesi'nde liderlik, yönetim, öğrenim ve klinik uygulamada insan bakım bilgisinin kullanımı için İnsan Bakım Merkezi'ni kurmuştur. Watson 1975-1979 yılları arasında kişisel deneyimler, inançlar, değerler ve doktora çalışmalarının bir parçası olarak İnsan Bakım Kuramı'nı geliştirmiştir (Lukose, 2011).

2.4.1. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Özellikleri

Watson'ın İBK'sı, orta düzey açıklayıcı bir kuram olarak kategorize edilmektedir (Fawcett, 2005). Bu teori, birey ile hemşire arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bireyin bakımını bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (Kumar ve Soumya, 2017). İBK'nın temel özellikleri şunlardır:

- İBK, hemşire ve bireyin iki farklı insan olarak kişilerarası bir ilişki kurduğunu ve birbirlerinden birşeyler öğrendiklerini kabul eder. Bu yönüyle hem hemşirelere hem de hasta bireylere odaklanır.
- Akıl-beden-ruh kavramlarını ilişkilendirerek bütüncül yaklaşıma önem verir.
- Hemşireliği biyomedikal tedavi yaklaşımının ötesine taşıyarak, bağımsız hemşirelik uygulamalarını, sağlık ve iyileşme süreçlerinin benimsendiği insancıl ve bütüncül yaklaşıma yönlendirir.
- Hemşireleri görev odaklı yaklaşımdan uzaklaştırır. "Hemşirelik nedir?" ve "Hemşire ne yapar?" soruları ile hemşireliğin anlaşılmasına rehberlik eder.
- Her gelişim düzeyindeki bireye uygulanabilir.
- Hemşirelerin tüm rollerine ve uzmanlıklarına (bakım, yönetim, eğitim, kalite, araştırma vs.) rehberlik eder.
- Kurumların işleyiş modellerine uyarlanabilir ve kurumların bakım modeliyle tutarlıdır.
- Kurumu işletme anlayışı yerine ahlaki, etik, felsefi değerler üzerine kurulu profesyonel uygulamalara yönlendirir.
- Hemşireleri rutin hemşirelik uygulamaları yerine bilinçli ve kuram temelli hemşirelik uygulamalarına yöneltir.
- Klasik hastane ortamı yerine özgün, iletişim merkezli ve iyileştirme odaklı bir bakım çevresine önem verir (Caruso ve ark., 2008; Özkan ve Okumuş, 2012; Kol, 2017).

2.4.2. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nı Oluşturan Temel Kavramlar

Watson, hemşireliğin metaparadigmalarını insan/insan olma, sağlık/hastalık, çevre/toplum ve hemşirelik olarak tanımlamaktadır (Kumar ve Soumya, 2017).

İnsan/İnsan olma: Watson, insanı akıl, beden ve ruhtan oluşan bir bütün, yaşayan ve algılayan bir organizma olarak tanımlamaktadır. Birey, varlığı ve deneyimleri ile hem fiziksel hem de manevi bir varlıktır (Kol, 2017). Watson'a göre birey; bakım alması, saygı duyulması, ilgilenilmesi, anlaşılması ve yardım edilmesi gereken değerli bir varlıktır. Aynı zamanda insan tümüyle işlevsel ve bütünleşik bir canlıdır (Craven ve ark., 2015).

Sağlık/Hastalık: Watson'a göre sağlık, zihin, beden ve ruh içindeki birlik ve uyumu ifade etmektedir (Fawcett, 2005). Watson, aşağıdaki üç bileşenin DSÖ'nün sağlık tanımına eklenmesi gerektiğine inanmaktadır:

- Yüksek düzey genel fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyon
- Günlük bakım ihtiyaçlarının karşılanabilmesi
- Hastalığın yokluğu (ya da hastalığın yokluğunu sağlayan çabaların varlığı) (Kumar ve Soumya, 2017).

Watson'a göre hastalık akıl, beden ve ruh alanındaki uyumsuzluğu ifade etmektedir (Kol, 2017).

Çevre/Toplum: Watson, çevreyi iyileştirici, fiziksel, duygusal ve spiritüel anlamda konforlu, güzel ve huzurlu bir ortam olarak tanımlamaktadır (Lukose, 2011).

Hemşirelik: Watson'a göre hemşirelik, etik ve felsefi etkileri olan bir bakım bilimidir. Hemşire, göreve yönelik geleneksel bakımın ötesinde hasta davranışının anlamını arar. Hemşire, hasta birey için oradadır. Hastayı bir bütün olarak ele alır. Watson'a göre hemşirelik bakımı, hemşirenin hastaya uyguladığı geleneksel hemşirelik bakımı değildir. Hemşireler, hastaların fiziksel ihtiyaçlarıyla birlikte zihinleri ve ruhları ile ilgilenir. Watson'a göre bakım, hemşireliğin kalbidir. Bu nedenle bakım hasta birey, aile, toplum ve evren için bir zorunluluktur. Watson'a göre hemşirelik bakımı sırasında insandan insana bağ kurulur. Hemşirenin bakım sunduğu ve hasta bireyin bakımı aldığı anda önemli bir bakım bilinci geliştirilmiş olur (Lukose, 2011).

2.4.3. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nda Açıklanan Diğer Kavramlar

İBK, bakım veren ve bakım alan arasındaki kişilerarası sürece odaklanır. İBK, kişilerarası bakım ilişkisi geliştirilmesi ve klinik iyileştirici (karitas) süreçlerin kullanımı

sirasındaki ilişkiye odaklanır (Fawcett, 2005). Bu doğrultuda bu kuramın kavramlarını; kişilerarası bakım ilişkileri, bakım anı, bakım bilinci ve iyileştirme (klinik karitas) süreçleri oluşturmaktadır (Fawcett, 2005).

Kişilerarası Bakım İlişkisi: Kişilerarası bakım ilişkisinin amacı, kişinin onurunu, insanlığını, bütünlüğünü ve içsel uyumunu korumak, geliştirmek ve sürdürmektir (Cara, 2003). Kişilerarası bakım ilişkisinde hemşire ve birey birbirine ulaşır. İyileşme ve bakım süreci yoluyla hemşire ile bireyin ruhu ve maneviyatı birbirine bağlanır (Lukose, 2011). Kişilerarası bakım ilişkisinin Benlik, Varoluşsal Alan ve Öznellik (Özneler arası) olmak üzere üç boyutu vardır (Fawcett, 2005).

Benlik: Kişilerarası zihin, beden ve ruh birliğidir. “Ben”in özelliklerinin algılanması veya diğer bireylerin “Ben”i algılamasını ifade etmektedir (Fawcett, 2005).

Varoluşsal (Fenomenal) Alan; İnsan deneyiminin bütünlüğünü ifade etmektedir. Varoluşsal alan bireyin algı ve tepkilerini belirleyen öznel gerçekliğidir (Fawcett, 2005).

Öznellik (Özneler arası); Kişilerarası ilişkide hemşire, bakım verdiği bireyden, birey de hemşireden etkilenir. Hemşire ve birey bakım anında varoluşsal alanlarını paylaşmakta ve o anı birlikte hissetmektedir. Bu durum öznel arası bakımı ifade etmektedir (Fawcett, 2005).

Watson (1985), bu üç kavram arasındaki ilişkiyi şu şekilde açıklamaktadır:

“İnsan bakımı; hemşire, bir bireyin varoluşsal alanına girdiğinde, bu kişinin varlığını (ruhun) belirlediğinde, bu durumu kendi içinde hissedebildiğinde ve bu duruma cevap verebildiğinde başlayabilir” (Akt: Fawcett, 2005).

Bakım Anı: Watson’a göre bakım anı, hemşire ile bireyin bir araya geldiği ve bireyin bakımı için bir fırsatın oluşturulduğu andır. Bakım anında hem hemşirenin hem bireyin varoluşsal alanları bir araya gelir. Watson’a göre varoluşsal alan; duygulardan, bedensel duyumlardan, düşüncelerden, spiritüel inançlardan, hedeflerden, beklentilerden, çevresel düşüncelerden ve algıların anlamlarından oluşan insan deneyiminin bütünlüğüne karşılık gelir. Bu durum bireyin geçmiş yaşamına, şu anına ve hayal ettiği geleceğine dayanmaktadır. Aynı zamanda bakım anında hemşire kendi bilincinin farkında olmalı ve kendi otantik varlığını sunmalıdır (Cara, 2003). Bu nedenle bakım anında hemşire tüm bilgi, beceri, kaynaklarını ve bilme yollarını kullanır. Bireyle bu şekilde bağlantı kurulduğu an, zaman ve mekânı aşan ruh seviyesinde bağlantı gerçekleşmiş olur (Watson, 2008; WCSI, 2010b). Hem hemşire hem de bakım alan birey arasındaki ilişki, bakım

anında kararlaştırılan seçimler ve eylemlerden etkilenebilmektedir (Cara, 2003). Bakım anında birey ve hemşire bir araya gelerek bakım için önemli bir ortam oluşturur (Lukose, 2011).

Bakım Bilinci: Bakım anında, kişilerarası bakım dinamiği, bilinç alanında belirginleşir. Bakım anının kişilerarası boyutu hemşirenin bakım anındaki bilincinden etkilenir. Tek bir bakım anı, bakım ile iyileştirici sevgi bilincinden oluşur (Watson, 2005). Bakım/iyileştirme bilinci, hemşirenin iyileşmeyi destekleme ve bakımı geliştirme hedeflerini içermektedir (Sitzman ve Eichelberger, 2011).

İyileştirme (Caritas Process) Süreçleri-Faktörleri: Yalom'un 11 iyileştirici faktörü (curative factors), Watson'a, 'hemşireliğin merkezi' olarak tanımladığı 10 iyileştirici faktörü (caritas factors) oluşturması konusunda fikir vermiştir (Jesse ve Alligood, 2014). Watson, 1979'da hemşirelik rehberi olarak 10 iyileştirici faktörü geliştirmiştir (Lukose, 2011). Caritas, Latince "değer vermek, anlamak, önemsemek ve sevgi" anlamına gelen bir kelimedir (Kumar ve Soumya, 2017). Watson, girişim kelimesinin mekanik bir anlamı olduğunu düşündüğü için, hemşirelik girişimlerinden daha kapsamlı olan uygulamaları "iyileştirme süreçleri" kelimesi ile tanımlamaktadır (Özkan ve Okumuş, 2012).

Hemşire iyileştirici faktörleri kullanarak bireye sevgi ve bakım sunar. Hemşire iyileştirme sürecinde bireye bir bütün olarak yaklaşır. İyileştirici faktörler kullanıldığında, hemşirelik görevleri ve geleneksel bakım bütüncül hale gelir. Hemşire ile bireyin ilişkisi otantik, kişilerarası ve şefkatlidir. Hem bakım veren hem de bakım alan kişinin ruhsal gelişimine önem verildiğinde olumlu bir bakım atmosferi yaratılır (Lukose, 2011).

Karitas hemşireliği, bakım ve iyileşme süreci boyunca hemşireleri uygulamaya teşvik eder. Hemşireler sadece fiziksel duruma odaklanmayıp aynı zamanda ruhsal duruma da odaklanır. Hemşire ve birey iyileştirici bakım uygulamaları sırasında otantik bir ilişki kurar. Bakım ve iyileştirme uygulamaları sırasında hemşire ile birey arasında daha derin ve yüksek düzey bir ilişki vardır. Watson, spiritüaliteyi ve ruhu geliştirmek için "güzellik, sessizlik, doğa, sanat, müzik sesleri, ilişki, dua, meditasyon, mucizeler, evrensel aşk, gizem ve Tanrı" kelimelerini kullanmıştır (Lukose, 2011).

Watson'ın İBK'sının 10 iyileştirici süreci şunları içermektedir:

1. İnsancıl/adanmışlık değerler sisteminin oluşumu

2. İnanç/umudu destekleme
3. Kendine ve başkalarına duyarlılığın geliştirilmesi
4. Yardım edici/güven verici ilişkinin geliştirilmesi
5. Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesi ve kabulü
6. Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemlerinin sistematik kullanımı
7. Kişilerarası öğrenme/öğretmeyi artırma
8. Destekleyici, koruyucu ve/veya düzenleyici zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel bir çevrenin oluşturulması
9. İnsan gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme
10. Varoluşsal/fenomenolojik güçlere izin verme (Fagermoen, 2006; Watson, 2008).

İyileştirici süreçler ve bu süreçler kapsamında yer alan hemşirelik bakım önerileri Tablo 5’te sunulmuştur.

Watson, iyileştirme süreçlerinin kullanımı sırasında iyileştirme yöntemlerinin de kullanılabileceğini belirtmiştir (Fawcett, 2005). Bu yöntemler:

- İşitsel yöntemlerin bilinçli kullanımı; müzik, doğa, rüzgar, deniz sesi ve tanıdık sesler
- Işık, renk, doku, sanat eserleri gibi görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı
- Aromaterapi, temiz hava soluma, nefes egzersizleri gibi solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı
- Akupresör, refleksoloji, terapötik masaj, shiatsu ve vücut dokunuş terapileri gibi dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı
- Bireyin diyetindeki belirli yiyeceklere odaklanan tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı
- Düşüncenin önemi ve hayal gücüne odaklanan zihinsel/bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı
- Temel cilt bakımı, masaj, hareket, dans, yoga, tai chi, reiki gibi kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı
- Fiziksel, psikolojik ve terapötik varlığa odaklanan, ‘bakım bilinci’ yöntemlerinin bilinçli kullanımındır (Fawcett, 2005).

Tablo 5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın iyileştirici süreçleri ve hemşirelik yaklaşımı (Watson'dan, 2010)

İyileştirici Faktörler	İyileştirme Süreci*	İyileştirme Bilinci (Hemşirelik Yaklaşımı)
1 İnsancılık/adanmışlık değerler sistemini oluşturma	Adanmışlık değerlerini benimseme, kendine, bireye sevgi ve şefkatle yaklaşma.	Hemşirenin; <ul style="list-style-type: none">• Kendisiyle, bireyle, çevreyle ve evrenle bağlantı kurmaya açık olması• Kendisinin ve bireyin benzersizliğini onaylaması• Şefkatli davranışları benimsemesi• Kendisinin ve bireyin yeteneklerini onurlandırması• Kendine ve bireye sevgi dolu ve şefkatle davranması• Bireyi samimi bir şekilde ilgiyle dinlemesi• Kendini ve bireyi olduğu gibi kabul etmesi• Kendine ve bireye saygı göstermesi• Bireye nezaketle davranması• Kendinin ve bireyin insani itibarını onurlandırması
2 İnanç ve umudu destekleme	Bireyin inanç ve umudunu destekleme	<ul style="list-style-type: none">• Bireye sessizlik, yansıtma ve duraklama için fırsat verilmesi• Yaşamı çözülmesi gereken bir problemden çok keşfedilecek bir gizem olarak görme• Bireyin değerlerini, inançlarını ve onun için anlamlı ve önemli olan şeyleri bakım planına dahil etme• Bireyle göz teması kurma ve bireye dokunma• Bireye tercih ettiği isimle hitap etme• Bireyin kendine inanmasına destek olma• Bireyin inançlarını öğrenme ve destekleme• Bireyin umut duygusunu destekleme.• Bireyi hayata devam etme yetenekleri konusunda cesaretlendirme• Bireyi bir obje olarak değil insan olarak görme

*Bazı kurumlar/bireyler iyileştirme sürecini iyileştirme uygulamaları olarak adlandırmaktadır.

Tablo 5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın iyileştirici süreçleri ve hemşirelik yaklaşımı (devamı)

İyileştirici Faktörler	İyileştirme Süreci	İyileştirme Bilinci (Hemşirelik Yaklaşımı)
3 Kendine ve bireye duyarlılık	Bireysel inançları, kişisel gelişimi ve uygulamaları geliştirerek kendine ve bireye duyarlı olma	<ul style="list-style-type: none">• Öz-yansıtma uygulamaları (günlük tutma, dua etme, meditasyon, sanatsal ifade) kullanılması• Yargılayıcı olmadan durumları değerlendirme• Şükran, affetme, teslim olma ve merhamet duygularını geliştirme• Kendini ve bireyi eşsiz görme• Hemşirelik görevlerini iyileştirici etkileşimlere dönüştürme• Kendini ve bireyi affetme yeteneğini geliştirme• Bireye içtenlikle ilgi gösterme• Kalpten gelen uygulamalar yapma
4 Yardım/güven ilişkisi	Yardım edici, güven verici bakım ilişkisi geliştirme	<ul style="list-style-type: none">• Bireye koşulsuz sevgi ve saygı gösterme• Yargılayıcı olmayan tutumlar sergileme• Bireye gereksinim duyduğu zamanlarda iyileştirici alan sunma• Bireyin deneyimlerini dikkate alma• Bireyin ve kendisinin iletişim biçiminin (sözlü ve sözsüz) farkında olma• Gerektiği kadar açıklığa kavuşturma• Doğrudan, yapıcı ve saygılı iletişimi destekleme• Bireye endişeleri hakkında konuşması için en iyi zamanı seçmesi konusunda fırsat verme
5 Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesi ve kabulü	Bireyi olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmeye teşvik etme ve kabul etme	<ul style="list-style-type: none">• Açılmak ve ortaya çıkarmak için güvenli bir ortam oluşturma• İyileşmeyi içsel bir yolculuk olarak kabul etme• Belirsizlik ve bilinmeyene izin verme• Bireyin deneyimlerinin ortaya çıkmasını, değişmesini ve gelişmesini destekleme• Bireyin duygularını ve deneyimlerini yansıtmasını destekleme• Bireyin durumları iyi yönleriyle görmesini destekleme• Bireyin olumsuz duyguları kabul etmesini ve baş etmesini destekleme• Bireyi dikkatlice dinleme• Birey için uygun olan iyi temenniler, dua ve spiritüel ifadeleri sunma

Tablo 5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın iyileştirici süreçleri ve hemşirelik yaklaşımı (devamı)

İyileştirici Faktörler	İyileştirme Süreci	İyileştirme Bilinci (Hemşirelik Yaklaşımı)
6 Bakım sürecinde yaratıcı problem çözmenin sistematik kullanımı	Bakım sürecinde karar verirken yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerinin kullanımı	<ul style="list-style-type: none">• Bakım bilimi ve sanatında estetik, etik, ampirik, kişisel ve metafiziksel bilme yollarını yaratıcı, hayalci ve eleştirel düşünme ile birleştirme• Varlığını sunmanın bireyin bakım planının etkili bir unsuru olduğunu benimseme• İyileştirici çevre oluşturulması; amaçlı dokunma, ses, otantik varlığını sunma, hareket, sanatsal ifade, günlük tutma, müzik, gevşeme, nefes egzersizleri, düşleme, uygun göz teması, gülümseme, aktif dinleme, ışık/ses/gürültüyü engelleme• Bireyi soru sormaya teşvik etme• Bireyin bulunduğu durumdan yeni anlamlar çıkarmasına yardımcı olabilecek alternatif yolları keşfetmesine yardımcı olma
7 Kişilerarası öğrenmeyi destekleme	Bireyin ihtiyaçları ve öğrenme biçimine uygun olan öğretme ve öğrenmeyi gerçekleştirme	<ul style="list-style-type: none">• Bireyin yaşam deneyimlerinin aktif olarak dinlenmesi• Tüm dikkatini bireye vererek, sakin, saygılı ve yumuşak bir tonla bireyle konuşulması• İlk olarak bireyle görüşerek bireyin dünya görüşünün anlaşılması, sonrasında ise bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için seçeneklerin, araçların ve bilginin sunulması, bireye koçluk yapılması• Eşit ve işbirlikçi katılımı sağlama• Bireyin öğrenmeye hazır olma durumunu, bilgi düzeyini ve anlama yeteneğini olduğu gibi kabul etme• Bireyin hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerini anlamaya yardımcı olma• Bireyin hastalık ve sağlık durumu hakkında neleri bildiğini sorma• Bireyi sağlık profesyonellerine soru sorma ve endişelerini ifade etme konusunda destekleme

Tablo 5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın iyileştirici süreçleri ve hemşirelik yaklaşımı (devamı)

İyileştirici Faktörler	İyileştirme Süreci	İyileştirme Bilinci (Hemşirelik Yaklaşımı)
8	İyileşme çevresi	Destekleyici, koruyucu ve / veya düzenleyici zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel bir çevre oluşturma
		<ul style="list-style-type: none">• Bakım/iyileşme bilincinin olması• İyileştirici bir ortam oluşturulması (çevre olarak hemşire, eşsiz bir insan olarak birey, ışık, sanat, su, ses, temizlik, mahremiyet/gizlilik, beslenme, estetik, güvenlik vs.)• Bireyin rutinleri ve ritüellerinin öğrenilmesi• Birey için uygunluğun değerlendirilmesi• Birey konuşurken dikkatini bireye verme (aktif dinlenilmesi)• Bireyin ihtiyaçlarına duyarlı olunması
9	İnsani gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, emosyonel ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olma
		<ul style="list-style-type: none">• Bireyin bir bütün olarak görülmesi• Bireyin eşsiz bireysel gereksinimlerine saygı duyulması• Bireyin konforunun sağlanması• Bireyin endişelerinin azaltılması• Bireyin ailesine, sevdiklerine ve önemsedığı kişilere duyarlı olunması• Bireyin mahremiyetine saygı duyulması• Bireyin eşsiz gereksinimlerine ve dünya görüşüne saygı duyulması• Bakıma ailenin ve birey için önemli kişilerin dahil edilmesi• Bireyin rahatlama ve uyku için gerekli özel ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olunması• Aileyle açık bir iletişim kurulması
10	Varoluşsal-fenomenolojik/spiritüel güçler	Gizemleri açma ve mucizelerin gerçekleşmesine izin verme
		<ul style="list-style-type: none">• Bilinmeyenlerin açığa çıkarılmasına fırsat verilmesi• Mucizelere odaklanması• Umudun beslenmesi/desteklenmesi• Bakım anına uygun şekilde katılım gösterilmesi• Kendisinin ve bireyin spiritüel hislerinin kabul edilmesi• Kendisi ve birey için neyin önemli olduğunun bilinmesi• Birey için anlamlı olan şeylere saygı duyulması• Yaşamın olduğu her durumda sevgi ve iyiliğin temel olduğuna inanılması• Hayatta bazı olayların açıklanamaz olduğunun kabul edilmesi

2.4.4. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Temel Varsayımları

İBK'nın ana varsayımı bireye bir nesne gibi davranılamayacağı ve bireyin kendi benliğinden, başkalarından, doğadan ve evrenden ayrı tutulamayacağıdır (Fawcett, 2005).

Kuramda hemşirelik bakımı ile ilgili diğer temel varsayımlar ise şunlardır:

- Bakım, sadece kişilerarası uygulandığında ve gösterildiğinde başarılı olabilir.
- Bakım, belirli insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan iyileştirici faktörlerden oluşur.
- Etkili bakım birey, aile veya sağlığın gelişimini teşvik eder. Bakım, bireyin ve ailesinin genel refahına doğrudan katkıda bulunabilir.
- Bakım tepkileri, bireyi yalnızca şu anda olduğu gibi değil aynı zamanda olabileceği şekilde de kabul eder.
- Bakım ortamı, belirli bir zamanda bireyin kendisi için en iyi eylemi seçmesine izin verirken aynı zamanda potansiyel gelişimini destekler. Birey, sağlık konusunda kendi seçimlerini yapma yetkisine sahip olduğunda kendisini daha çok önemser.
- Bireylerin maksimum sağlık potansiyeline ulaşması için, bakım ve iyileştirmenin bir arada bulunması gerekir.
- Bakım uygulaması, hemşireliğin merkezidir (Kumar ve Soumya, 2017).

2.4.5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın Kullanım Alanları

İBK, hemşirelik eğitimi, uygulama, yönetim ve araştırmalarına ahlaki/felsefi/teorik bir çerçevede hizmet sunar (Watson, 2008). Bu doğrultuda İBK Amerika, Kanada, Brezilya, İspanya olmak üzere pek çok ülkede, birçok hastane ve üniversitede eğitim, uygulama, yönetim ve araştırma alanlarında bir rehber olarak kullanılmaktadır (Özkan ve Okumuş, 2012).

Watson'ın İBK'sından hemşirelik uygulamalarında yaygın olarak yararlanılmaktadır (Lukose, 2011). Ayrıca kuram, yalnızca hemşirelik alanıyla sınırlı olmayıp, sevgi, bakım ve spiritüalliteyi içeren diğer alanlarda da kullanılabilir (Lukose, 2011). Bununla birlikte Magnet Hastaneler'de İBK'ya temelli hemşirelik bakımının hem hemşire hem de hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Watson, 2009).

İBK, ABD ve dünyanın birçok bölgesinde hastane bakım programlarında kullanılmaktadır (Watson, 2009). Magnet Hastaneler’de yönetimle ilgili değişiklikler gerçekleştirilirken İBK’den yararlanılmaktadır (Jesse ve Alligood, 2014). Watson, İBK’nin hemşirelik uygulamaları için bir rehber olduğunu ve hastane hemşireliği kültürünü değiştirdiğini belirtmektedir (Watson, 2009). İBK’nin kurumlarda uygulanması ve olumlu sonuçlar gözlemlenmesi, bakım alan bireylerin ve hemşirelerin memnuniyet düzeyini arttırmaktadır. Bu sonuç, bir kurumda İBK kullanımının bakım kültürü oluşturmada etkili olabileceğini ortaya koymaktadır (Kol, 2017).

Ayrıca Watson’ın İBK’sı ve eserleri, lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin yetiştirilmesinde ve uygulamaların ontolojik, etik ve epistemolojik temelli olmasına katkı sunmaktadır. Birçok üniversitede hemşirelik müfredatında, Watson’ın bakım çerçevesi öğretilmektedir. Ayrıca kuramın kavramları Avustralya, Japonya, Brezilya, Finlandiya, Suudi Arabistan, İsveç ve Birleşik Krallık’taki bazı hemşirelik programlarında yer almaktadır (Jesse ve Alligood, 2014)

Hem ülkemizde hem de dünyada İBK’yı test eden, genişleten ve değerlendiren birçok araştırma bulunmaktadır. Bununla birlikte Watson, İBK’ya temelli araştırmalarda nitel ve nicel yöntemin birlikte kullanılmasının oldukça yararlı olabileceğini bildirmektedir. İBK temelli olarak geliştirilen ve araştırmalarda kullanılan 28 adet ölçek bulunmaktadır (Özkan ve Okumuş, 2012; Jesse ve Alligood, 2014).

2.4.6. Watson’ın İnsan Bakım Kuramı’nın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Kuramın Güçlü Yönleri

- Watson’ın İBK’sında belirtilen hemşirelik bakımının temel bileşenleri olarak belirtilen bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi ve iyileştirici faktörler, birey ile hemşire ilişkisini geliştirmekte ve bakımın kalitesini yükseltmektedir.
- Bu kuram teknik işlemler ve geleneksel uygulamalar yerine birey odaklıdır ve dinamiktir.
- Kişilerarası bakım ilişkisi yoluyla bireyin biyo-psiko-sosyal sorunlarının çözümlenmesine olanak sağlar. Bu durum İBK’nin farklı klinik ortamlarda ve kültürlerde uygulanabilirliğini kolaylaştırmaktadır. İBK, klinisyen

hemşireler tarafından uygulamalara kolayca entegre edilebilen bir araçtır.

- Hem bireylerin hem de hemşirelerin gereksinimlerinin karşılanmasında bir rehberdir.
- İnsani değerlere temellenmiş olması, hemşirelerin iş memnuniyetini yükseltmektedir.
- Yalnızca klinik ortamda değil aynı zamanda eğitim, araştırma ve yönetim alanlarında da kullanılmaktadır.
- Bütünsellik, bilinç ve bakım kavramları üzerine odaklanarak hemşireliğin bir bilim ve sanat disiplini olduğunu vurgulamaktadır (Kol, 2017)
- İBK, hemşirelik uygulamalarını doğrulamaktadır. Aynı zamanda hemşireliğin ilkelerini, dilini açıklamakta, tanımlamakta ve desteklemektedir. Bununla birlikte hemşirelerin profesyonel uygulamalarına rehberlik etmektedir (Ryan, 2005).

Kuramın Zayıf Yönleri

- Günümüzün hızlı ve tempolu sağlık bakım ortamlarında, hemşirelerin bakım teorisini uygulayacak zamanlarının olup olmadığı konusunda tartışmalar olmasına karşın, hemşirelerin mesleki rollerini yerine getirirken bakım teorisini hayata geçirebildikleri bildirilmiştir (Ryan, 2005).
- Algılanan diğer bir engel ise hemşirelerin bir çoğunun kuram kavramlarına aşina olmamasıdır. Hemşireler farklı kültüre, eğitim düzeylerine, uzmanlık alanlarına ve çalışma deneyimlerine sahip olmasına karşın, bu kuramda tanımlanan misyonu ve amaçları paylaştıkları bildirilmektedir (Ryan, 2005).
- Kuramda bireyin biyofiziksel ihtiyaçlarına daha az öncelik verilmesi, 10 iyileştirici faktörün bireyin özellikle psikososyal ihtiyaçlarını tanımlaması kuramın sınırlılıkları olarak belirtilmektedir (Kumar ve Soumya, 2017).
- Kurama ilişkin diğer zayıf bir yön ise uygulama ortamı ile ilgilidir. İleri düzey bakım bilincinin sağlanması, güven verici ilişkinin kurulması, etkin dinleme ve iyileştirme süreçlerinin uygulanabilmesi için uygun bir ortama ihtiyaç vardır (Özkan ve Okumuş, 2012).

2.4.7. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Yönelik Eleştiriler

Açıklık/Sadelik: Watson'a göre kuramın gelişimi için akıcı, dinamik ve değişebilen bir yapıda olması gerekmektedir. Bu nedenle Watson, kuramının açık olması ve yaygın bir şekilde kullanılabilmesi için her kitabında kuramı daha da sadeleştirmiştir. Watson, aynı zamanda bakımın hemşirelik uygulamalarında kullanılabilmesi için özellikle bakım ve iyileştirici faktörlere yönelik tanımlamaları açık bir şekilde yazmaya özen göstermiştir. Ancak kuramda psikoloji ve felsefe bilgisi kullanıldığından bazı tanımlamaların anlaşılabilmesi için psikoloji ve felsefe bilgisine sahip olmak gerekmektedir (Kol, 2017). Bununla birlikte kuramın uygulamaya yansıtılmasında şekilsel bir rehberinin olmaması ve hemşirelik süreci ile açıklanamamasına ilişkin eleştiriler de mevcuttur (Özkan ve Okumuş, 2012).

Genellenebilirlik: İBK, bakımın hangi klinikte verileceğinden daha ziyade nasıl verileceği konusunda rehber olduğu için tüm ortamlarda uygulanabilmektedir (Kol, 2017). İBK, hemşireliğin tüm alanları için ahlaki ve felsefi bir temel sağlamaktadır (Kumar ve Soumya, 2017).

Önemlilik: İBK, hemşirelik mesleğinin yanı sıra aynı zamanda diğer sağlık meslekleri içinde son derece önemlidir. Bilimsel ve tıbbi gelişmeler, sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadır (Lambour, 2013). Bu kuram, bireylerin fizyolojik yönleri yerine, psikososyal yönlerine daha çok odaklanmaktadır (Kumar ve Soumya, 2017). Watson'ın İBK'sı sadece hemşirelik alanıyla sınırlı olmayıp, sevgi, bakım ve spiritüalitenin olduğu diğer alanlarla da ilişkilidir (Lukose, 2011).

Test Edilebilirlik: İBK, orta düzey kuramlar için test edilebilirlik kriterini karşılamaktadır (Fawcett, 2005). Watson, İBK'yı tanımlayıcı olarak açıklamaktadır. İBK her ne kadar geleneksel bilimsel yöntemlerle yürütülen araştırmalara katkı sağlasa da nitel hemşirelik yaklaşımları için de uygun olduğu belirtilmektedir (Jesse ve Alligood, 2014).

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma palyatif bakım hasta yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının, spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisini belirlemek amacıyla, deneysel tipte, ön test-son test deneme modelinde, randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 05.10.2018-18.03.2019 tarihleri arasında Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 5 hastanenin palyatif bakım ünitelerinde yatan hasta yakınlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 5 hastanenin palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hasta yakınları, örneklemini ise araştırmaya dahil olma kriterlerine sahip olan, 30'u girişim ve 30'u kontrol grubunda yer alan, toplam 60 hasta yakını oluşturmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya dahil olma ve dışlanma kriterleri

Dahil olma kriterleri	Dışlanma kriterleri
18 yaş ve üstü olma	18 yaş altı olma
Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olma	Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmama
En az okur-yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olma	Okuma- yazma bilmeme
Hastanın bakımından birinci derece sorumlu olma/ hastanın bakımını en çok üstlenme	Hastanın bakımından birinci derece sorumlu olmama/ herhangi bir ücret karşılığında hastanın bakımını üstlenme
Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel veya iletişimsel bir engeli olmama	Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel veya iletişimsel bir engeli olma
Kadın veya erkek hasta yakınları	Tanıtıcı formu ve ölçekleri eksik doldurma

Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

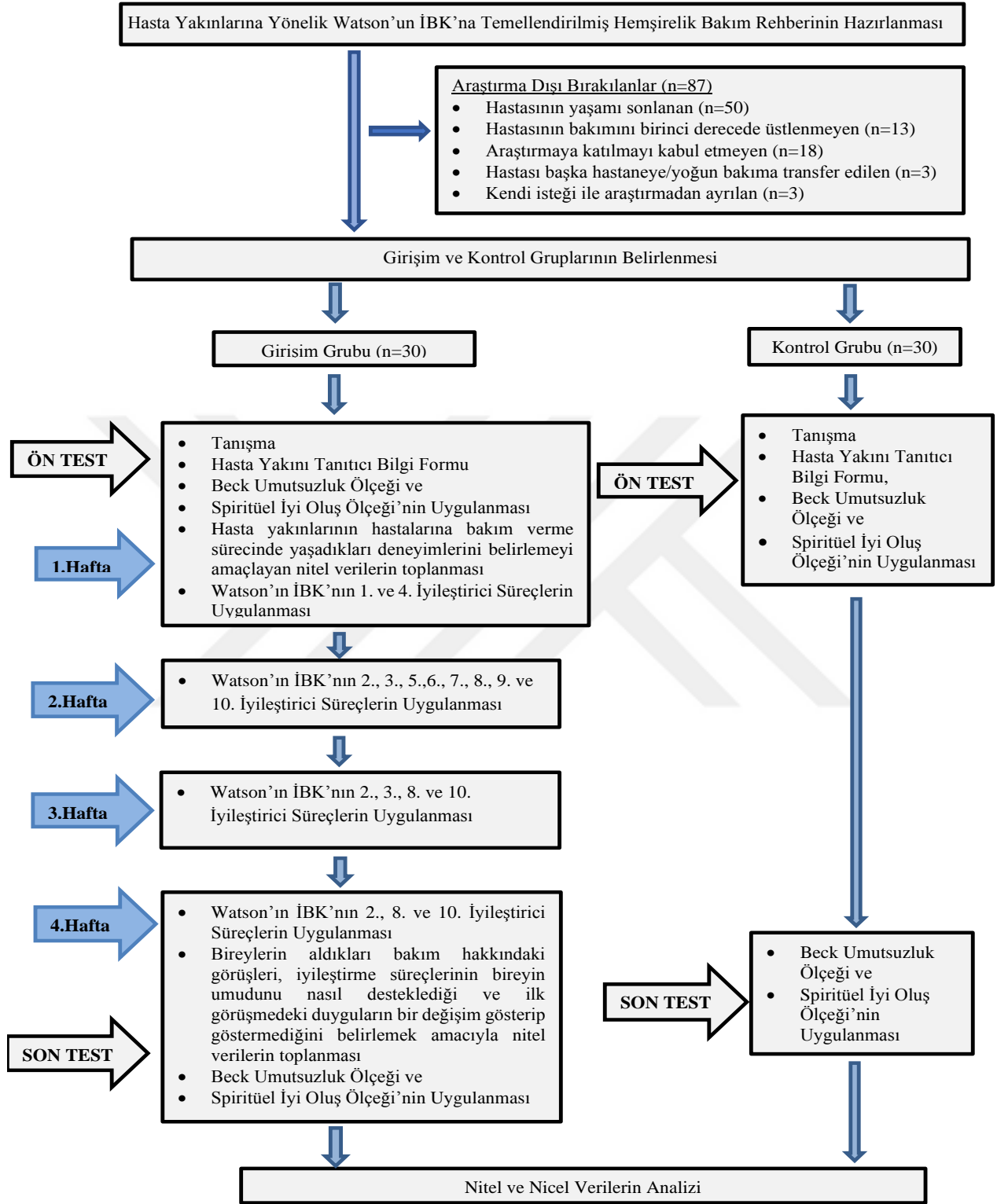
Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması -Güç ve Etki Büyüklüğü

Bu çalışmada tek örnek t testi power analizi sonucuna göre %5 hata, %99,9 test gücü ve 1,208 etki büyüklüğü ile girişim grubuna alınacak hasta yakını sayısı 25 ve kontrol grubuna alınacak hasta yakını sayısı 25 olarak hesaplanmıştır. Ancak veri kaybı olabileceği düşünülerek girişim ve kontrol grubuna alınacak hasta yakını sayısı her iki grup içinde 30 olarak belirlenmiştir. Veri toplama süreci içerisinde girişim grubunda yer alan 24 hasta yakını ve kontrol grubunda yer alan 26 hasta yakını bakımını üstlendikleri hastalarının yaşamı sonlandığı için, 13 hasta yakını hastasının bakımını birinci derecede üstlenmediği için, 7 hasta yakını bir ücret karşılığında hastanın bakımını üstlendiği için, 18 hasta yakını araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 3 hasta yakını hastası başka bir hastaneye ya da yoğun bakım ünitesine transfer edildiği için araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bununla birlikte girişim grubunda yer alan 3 hasta yakını da kendi istekleri ile araştırmadan ayrılmışlardır. Girişim grubunda bulunan 3'ü erkek, 27'si kadın olmak üzere toplam 30, kontrol grubunda bulunan 4'ü erkek, 26'sı kadın olmak üzere toplam 30 hasta yakını ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Randomizasyon ve Randomizasyon Bilgisinin Gizlenmesi

Araştırmada girişim ve kontrol grubu hasta yakınları basit randomizasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Randomizasyon sürecinde girişim grubuna 30 ve kontrol grubuna 30 hasta yakını atanmıştır. Girişim ya da kontrol grubuna hangi hasta yakınının atanacağı, araştırmadan bağımsız ve araştırma konusunda bilgisi olmayan bir kişiden tek ya da çift sayı belirtmesi istenerek belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu hasta yakınları önce araştırmaya dahil edilme kriterleri yönünden değerlendirilmiştir. Bir sonraki adımda ise random sayının çift ya da tek olmasına göre hasta yakınları girişim ya da kontrol grubuna atanmıştır. Araştırmanın CONSORT şeması (Araştırma Akış Diyagramı) şekil 3'te verilmiştir (şekil 3).





Şekil 3. Araştırmanın CONSORT şeması

Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın nitel boyutunun örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Benzeşik örnekleme farklılıkların az olduğu, uçlarda olmayan, benzer durumlardaki fenomeni açıklayan örnekleme tipidir (Erdoğan ve ark., 2015). Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Bu doğrultuda girişim grubunda bulunan 21 hasta yakınıyla yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılmış ve görüşmeler sonlandırılmıştır. Görüşme yapılan her hasta yakınına bir kod isim atanmış ve analiz sürecinde bu kod isimler kullanılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni Watson’ın İnsan Bakım Kuramı’na temellendirilmiş hemşirelik bakımıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamasıdır.

3.2.3. Verilerin Toplanması

Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verilerinin toplanması aşamasında, veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Schulz ve ark., 2003; Polat, 2011; Karabulutlu ve ark., 2013; Berber, 2014) ‘Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu’ ile ‘Beck Umutsuzluk Ölçeği’ ve ‘Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veri toplama formu ve ölçekler uygulanmıştır. Veriler hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür. Hasta yakınlarına araştırmaya katılmanın gönüllülük ilkesine bağlı olduğu, katılımcı isimlerinin veri toplama formlarına yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

Nitel Verilerin Toplanması

Bu araştırmada nitel veriler, girişim grubunda yer alan hasta yakınlarıyla, birinci oturum öncesi ve dördüncü oturum sonrası olmak üzere araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak iki aşamada toplanmıştır. Hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade edebilmeleri ve görüşme süresince rahatsız edilmemeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile palyatif bakım servisleri içinde sessiz, doğal ve yapay olarak aydınlatılan ve yeterli ısıda olan bir oda hazırlanmıştır. Görüşmenin göz teması kurulabilen karşılıklı oturma düzeninde, mesaj alışverişi ve etkileşimi içeren samimi ve içten bir atmosferde gerçekleştirilmesine özen gösterilmiştir. Hasta yakınlarından onam alındıktan sonra görüşmelerin tamamı ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Görüşmelere başlamadan önce ilk olarak katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı, görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği konularında bilgi verilerek katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Hasta yakınlarıyla bireysel olarak yapılan yüz yüze derinlemesine görüşmeler sırasında iç geçerliği sağlamak üzere katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları değerlendirilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Ortalama görüşme süresi ilk oturum öncesi 20-35 dakika, son oturum sonrası 5-10 dakika sürmüştür.

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Nitel verilerin toplanmasında, Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 2) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür (Schulz ve ark., 2003; Polat, 2011; Karabulutlu ve ark., 2013; Berber, 2014) doğrultusunda hazırlanan Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu, bakım verilen bireyin sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren 16 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mevcut tanı, tanıyı ne zaman aldığı vb.), hasta

yakınlarının sosyodemografik ve bakım verme özelliklerini içeren 39 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, bakım verme süresi, hastalık/tedavi sürecinde sağlığının, aile ilişkilerinin, sosyal yaşantının, iş hayatının ve diğer sorumluluklarının bu durumdan etkilenme durumu, hastasına bakım verme sürecinde karşılaştığı problemlerin üstesinden gelmek için ne/neler yaptığı vb.) olmak üzere toplam 55 sorudan oluşmaktadır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği, bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemek amacıyla, Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilmiş olan 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik güvenirlik çalışması 1993 yılında Durak tarafından yapılmıştır. Ölçek üzerinde gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda ölçeğin, 'Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler', 'Motivasyon Kaybı' ve 'Umut' olmak üzere 3 faktörden oluştuğu bildirilmiştir. Bu ölçekte maddeler doğru-yanlış şeklinde yanıtlanmaktadır. Beck Umutsuzluk Ölçeği maddelerinden 11 tanesinde "evet" seçeneği, 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireyin umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,85 olarak bildirilmiştir (Durak, 1993). Bu çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,90 olarak saptanmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Durak'tan izin alınmıştır (Ek 7).

Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler: Bireyin geleceğe yönelik olumlu/olumsuz duygu ve beklentilerini değerlendiren bu alt boyut toplam 5 maddeden (1,3,7,11,18. maddeler) oluşmaktadır. Durak (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 'Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler' alt boyutunun Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir (Durak, 1993). Bu çalışmada 'Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler' alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,81 olarak saptanmıştır.

Motivasyon Kaybı: Karamsarlık, belirsizlik ve geleceğe yönelik iyi beklentilerin olmama durumunu değerlendiren 'Motivasyon Kaybı' alt boyutu 8 maddeden (2,4,9,12,14,16,17,20. maddeler) oluşmaktadır. Durak (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 'Motivasyon Kaybı' alt boyutunun Cronbach Alpha

güvenirlik katsayısı 0,72 olarak belirlenmiştir (Durak, 1993). Bu çalışmada ‘Motivasyon Kaybı’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,79 olarak saptanmıştır.

Umut: ‘Umut’ alt boyutunda bulunan 7 madde (5,6,8,10,13,15,19. maddeler) geleceğe yönelik olumlu beklentileri tanımlamaktadır. Durak (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ‘Umut’ alt boyutunun Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,72 olarak belirlenmiştir (Durak, 1993). Bu çalışmada ‘Umut’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,76 olarak saptanmıştır.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, 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. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, 29 madde ile ‘Aşkınlık’, ‘Doğayla Uyum’ ve ‘Anomi’ olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan 5’li likert (1=bana hiç uygun değil, 5=bana tamamen uygun) tipi bir ölçektir. Ölçekten toplam puan alınırken anomi alt boyutundaki maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 29-145 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan spiritüel anlamda iyi oluşa işaret etmektedir. Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yapılan çalışmada Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,88 olarak bildirilmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ise 0,78 olarak saptanmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’nin kullanılabilmesi için Kardaş’tan izin alınmıştır (Ek 8).

Aşkınlık: Bireyin ilahi bir güce olan bağlılığı ve ilahi bir güçle olan ilişkisiyle hayatını anlamasını ve yaşama sürecini belirleyen ‘Aşkınlık’ alt boyutu toplam 15 maddeden (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29. maddeler) oluşmaktadır. Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yapılan çalışmada ‘Aşkınlık’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada ‘Aşkınlık’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,86 olarak saptanmıştır.

Doğayla Uyum: ‘Doğayla Uyum’ alt boyutunda bulunan toplam 7 madde (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28. maddeler) bireyin doğayla ve doğada bulunan diğer canlılarla olan bağlılığı ve ilişkisini belirlemektedir. Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yapılan çalışmada

‘Doğayla Uyum’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak belirlenmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada ‘Doğayla Uyum’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,65 olarak saptanmıştır.

Anomi: Hayatın anlam ve amacına ilişkin bireylerin olumsuz düşüncelerini belirleyen ‘Anomi’ alt boyutu toplam 7 maddeden (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26. maddeler) oluşmaktadır. Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından yapılan çalışmada ‘Anomi’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85 belirlenmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada ‘Anomi’ alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak saptanmıştır.

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Nitel verileri toplamak amacıyla hasta yakınlarıyla bireysel olarak iki kez yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerin birinci oturumunda Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-I (Ek 4) ve dördüncü oturumunda Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-II (Ek 5) kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formlarında konuyla ilgili açık uçlu sorular ve alt sorular yer almaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-I

Yarı yapılandırılmış görüşme formu-I, hasta yakınlarının hastalarına bakım sürecinde yaşadıkları deneyimleri belirlemeye yönelik açık uçlu sorular ve alt sorulardan oluşmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-II

Yarı yapılandırılmış görüşme formu-II, hasta yakınlarının araştırmacı tarafından aldıkları Watson’ın İBK’ına temellendirilmiş hemşirelik bakımı hakkındaki görüşlerini, aldıkları bu bakımın bireyin umudunu nasıl desteklediğini ve ilk görüşmedeki duygularında bir değişim meydana gelip gelmediğini belirlemeye yönelik açık uçlu sorular ve alt sorudan oluşmaktadır.

3.2.5. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi

Watson'ın İBK'sı 10 iyileştirici süreçten oluşmaktadır. Bu çalışma kapsamı içerisinde hangi iyileştirici süreçlerin kullanılacağını belirlemek amacıyla ilgili literatür taranmış (Watson, 2007; Watson, 2010; WCSI, 2010a) ve 10 iyileştirici sürecin tamamının kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş bir hemşirelik bakım rehberi hazırlanmıştır. Hazırlanan rehber İngilizceye çevrildikten sonra uzman görüşü almak amacıyla Jean Watson'a e-posta yoluyla gönderilmiştir (Ek 9). Watson'ın önerileri doğrultusunda birtakım değişiklikler yapıldıktan sonra rehber son hali verilmiştir (Ek 6).

3.2.6. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Sunulması

Bu çalışmada Watson'ın İBK'sının iyileştirici süreçleri ve iyileştirme yöntemleri kullanılarak palyatif bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarına 4 hafta süresince 4 oturumdan oluşan bir hemşirelik bakımı sunulmuştur (Ek 6).

İlk oturumda hasta yakınıyla tanışılmış ve bireye orada bulunma amacımız açıklanmıştır. Dört hafta süresince sunulacak olan hemşirelik bakımının amacı hakkında bilgi verilmiştir. İlk oturumda Watson'ın İBK'sının 1. (İnsancılık ve Adanmışlık Değerler Sistemi) ve 4. (Yardım-Güven İlişkisi) iyileştirici süreçleri kullanılmıştır. Bireyle iletişim bilgileri paylaşarak yapılan görüşme özetlenmiştir. Bununla birlikte bir sonraki görüşmenin amacı hakkında bilgi verildikten sonra görüşme sonlandırılmıştır.

İkinci oturumda 2. (İnanç-Umut), 3. (Duyarlılık), 5. (Olumlu ve Olumsuz Duyguların İfadesi), 6. (Problem Çözme), 7. (Öğrenme-Öğretme), 8. (İyileşme Çevresi), 9. (Gereksinimlere Yardım) ve 10. (Varoluşsal-Fenomenolojik ve Spiritüel Güçler) iyileştirici süreçler kullanılmıştır. Görüşmelerin birey için iyileştirici bir çevre oluşturmasını sağlamak amacıyla, ortamın birey için konforlu, huzurlu ve güven verici olabilmesi için çevre düzenlemeleri yapılmıştır. Görüşmelerin yapıldığı odanın loş ışıklandırılmasına ve uygun ısıda olmasına özen gösterilmiştir. Bunun için bireye görüşme ortamının nasıl olması gerektiği konusunda istek ve beklentileri sorularak, öneriler doğrultusunda çevre düzenlemeleri yapılmıştır. Bundan sonraki diğer oturumlarda da görüşme odası bireyin istekleri (bireyin belirlediği rahatlatıcı faktör, hoş

kokulu bir tütsü, rahatlatıcı ve huzur verici müzik, havalandırılmış bir ortam, uygun ısı, loş ışıklandırma vb.) doğrultusunda düzenlenmiştir.

İkinci oturumda birey için umudun anlamı, gelecekte gerçekleşmesini umut ettiği durumlar, hastasına refakat ettiği hastalık süresince yaşadığı duygular, yaşamın anlamı, kayıp ve ölüm ile ilgili duygu ve korkuları, sosyal destek mekanizmaları, umudunu artıran veya azaltan etkenler hakkında görüşülmüştür. Bireye öz-yansıtma (günlük tutma, dua etme, geçmiş ve geleceğe yönelik bir mektup yazma) hakkında bilgi verilmiş ve kendisi için uygun olan bir öz-yansıtma yöntemi belirlenmiştir. Birey yaşadığı problemleri ifade etme konusunda desteklenmiştir. Belirlenen problemlere bireyle birlikte çözüm önerileri oluşturulmuştur. Bireyin bakım verme sürecine ilişkin eğitim gereksinimleri belirlenerek uygun eğitim yöntemiyle eğitimler verilmiştir. İkinci oturum görüşmesi özetlendikten ve bir sonraki görüşmenin amacı ile içeriği hakkında bilgi verildikten sonra görüşme sonlandırılmıştır.

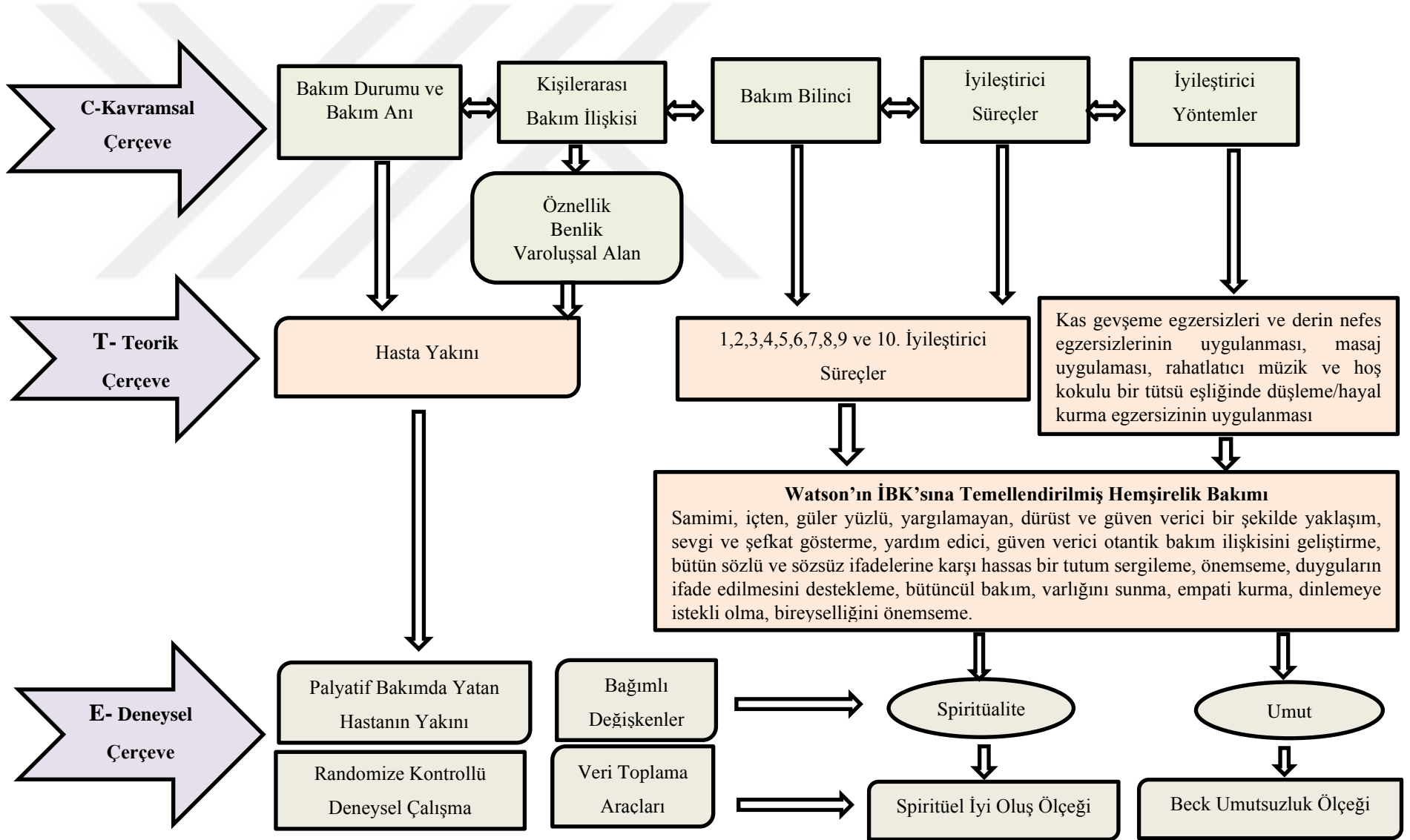
Üçüncü oturumda 2. (İnanç-Umut), 3. (Duyarlılık), 8. (İyileşme Çevresi) ve 10. (Varoluşsal-Fenomenolojik ve Spiritüel Güçler) iyileştirici süreçler kullanılmıştır. Bu oturumda umut sağlayıcı aktiviteler (yaşadıklarını kaleme alma, hayal etme, hayallerini kâğıda dökme, hayallerinin resmini çizdirme, geçmiş ve geleceğe yönelik bir mektup yazma) hakkında konuşulmuş ve bireyin kendisi için umut sağlayıcı bir aktiviteyi seçmesi sağlanmıştır. Watson'ın İBK'sında belirttiği iyileştirme yöntemlerinden biri olan düşünme/hayal kurma hakkında bireye bilgi verilerek düşünme etkinliği birlikte uygulanmıştır. Bireyin baş etmede kullandığı yöntemler, manevi yönden güç veren destek sistemleri, bakım verme sürecinde yaşadıklarının yaşamının anlamını nasıl etkilediği hakkında konuşulmuştur. Bireyi rahatlatıcı bir müziğin (doğa sesi, ney sesi, sözsüz gevşetici müzikler vs.) eşliğinde iyileştirme yöntemlerinden biri olan kas gevşeme egzersizleri ve derin nefes egzersizleri birlikte uygulanmıştır. Bununla birlikte bireyi rahatlatmak amacıyla sırt masajı uygulaması yapılmıştır. Oturum görüşme özetlendikten ve bir sonraki görüşmenin amacı ve içeriği hakkında bilgi verildikten sonra sonlandırılmıştır.

Son oturumda ise 2. (İnanç-Umut), 8. (İyileşme Çevresi) ve 10. (Varoluşsal-Fenomenolojik ve Spiritüel Güçler) iyileştirici süreçler kullanılmıştır. Bu görüşmede bireyin umut sağlayıcı olarak seçtiği aktivite üzerine konuşup, bu aktivitenin bireyin

umudunu nasıl etkilediğini ifade etmesi sağlanmıştır. Bireyle hayatın anlamı, mucizeler, bazı yaşam olaylarının anlaşılmaz olduğunu kabul etme üzerine konuşulmuştur. Bununla birlikte bireyin 4 oturumluk görüşmeler hakkındaki geri bildirimleri alınmıştır. Bunun üzerine karşılıklı olarak bu süreçteki deneyimler hakkında paylaşımlarda bulunulmuş, iyi temennilerle bakım süreci sonlandırılmıştır (Ek 6).

Watson'ın İBK kavramları ile bu araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişki şekil 4'te verilmiştir.





Şekil 4. Araştırmanın Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş kavramsal, teorik ve deneysel yapısı

3.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen nicel veriler IBM Statistical Package For Social Science (SPSS) V23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyonu analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları ortanca (min-mak) ve frekans (yüzde) olarak ifade edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matrisi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan 2 oturum 1-2, katılımcılar ise 1-21 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (Örnek: O1/K1). Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapılmıştır. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamlı olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar bulunmuştur. Görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar tarafından kodların temalarla ilişkileri değerlendirilerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup

oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman 2 kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verilmiştir. Araştırmacı, 42 saat Niteliksel Araştırma Yöntemleri dersini almıştır. Bununla birlikte araştırmacı, 18-20 Nisan 2017 tarihlerinde Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek 12).

3.2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun (13.04.2018/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1551) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 10). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerin bağlı olduğu Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden (11.09.2018/ Sayı: 61646299-604.02) (Ek 11) yazılı izin ve araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarından da sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Elde edilen bulguların hasta yakınları ile eş zamanlı görüşmelere dayalı olması, spiritüel iyilik hallerini ve umut düzeylerini değerlendirmek için uzun süreli gözlem ve değerlendirmeler yapılamaması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bununla birlikte, farklı sosyokültürel, dinî ve spiritüel özelliklere sahip hasta yakınları üzerinde karşılaştırılabilir araştırmalar yapıncaya kadar bu araştırmadan elde edilen bulgular tüm palyatif bakım hasta yakınlarına genelleştirilememektedir. Aynı zamanda palyatif bakım hastalarını terminal dönem hastalar oluşturduğu için, veri toplama sürecinin ikinci, üçüncü ve dördüncü haftalarında hastaların yaşamlarını kaybetmelerine bağlı olarak çok sayıda veri kaybı yaşanmıştır. Bu durum planlanan veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

FAALİYETLER	2018											2019												
	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																								
Araştırmanın Planlanması																								
Etik Kurul İzininin Alınması																								
Kurum İzinlerinin Alınması																								
Watson'un İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberinin Hazırlanması																								
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																								
Randomizasyon Yöntemi ile Girişim ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi																								
Ölçüm Araçlarının Uygulanması (Ön Test), İlk Oturum Nitel Görüşme																								
Girişim Grubuna Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Uygulanması																								
Ölçüm Araçlarının Uygulanması (Son Test), Son Oturum Nitel Görüşme																								
Nitel ve Nicel Verilerin Analizi																								
Araştırma Raporunun Yazımı																								

Şekil 5. Araştırmanın planı

4. BULGULAR

4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular

Girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının, bakımını üstlendikleri hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Hastaların %50’sini kadınların, %50’sini erkeklerin oluşturduğu, %55’inin evli olduğu, %38,3’ünün okur yazar olmadığı, %43,3’ünün ev hanımı olduğu, %85,0’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %61,7’sinin il merkezinde yaşadığı, %56,7’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %93,3’ünün çocuk sahibi olduğu ve aylık gelir ortalamalarının 1500 TL olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması $73,80 \pm 14,34$ ’tür. Girişim ve kontrol grubunda bulunan hasta yakınlarının bakımını üstlendiği hastalar cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşanan yerleşim birimi, aile yapısı ve çocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik özellikler yönünden farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=60)

		Girişim	Kontrol	Toplam		
		(n=30)	(n=30)			
Özellikler		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş		68,4±15,6	79,2±10,6	73,80±14,34		
		Ortanca	Ortanca	Ortanca		
		(Min-Mak)	(Min-Mak)	(Min-Mak)		
				Toplam		Test
		n (%)	n (%)	n	%	İstatistiği
						p
Cinsiyet	Kadın	14 (46,7)	16 (53,3)	30	50,0	$\chi^2=0,067$
	Erkek	16 (53,3)	14 (46,7)	30	50,0	p=0,796
Medeni durumu	Bekar	26 (86,7)	25 (83,3)	27	45,0	$\chi^2=1,077$
	Evli	4 (13,3)	5 (16,7)	33	55,0	p=0,299
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	10 (33,3)	13 (43,3)	23	38,3	
	Okur-yazar	3 (10,0)	6 (20,0)	9	15,0	$\chi^2=4,709$
	İlkokul	14 (46,7)	7 (23,3)	21	35,0	p=0,194
	Ortaokul	1 (3,3)	3 (10,0)	4	6,7	
	Lise	1 (3,3)	0 (0)	1	1,7	
	Üniversite	1 (3,3)	1 (3,3)	2	3,3	
Mesleği	Ev hanımı	12 (40,0)	14 (46,7)	26	43,3	
	İşçi	6 (20,0)	9 (30,0)	15	25,0	
	Memur	0 (0)	1 (3,3)	1	1,7	
	Serbest meslek	8 (26,7)	3 (10,0)	11	18,3	$\chi^2=9,027$
	Emekli	2 (6,7)	0 (0)	2	3,3	p=0,251
	İşsiz	1 (3,3)	0 (0)	1	1,7	
	Esnaf	1 (3,3)	1 (3,3)	2	3,3	
	Çiftçi	0 (0)	2 (6,7)	2	3,3	

Tablo 7. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=60)

		Girişim (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam		Test
Özellikler		n (%)	n (%)	n	%	İstatistiği
						p
Sosyal güvence durumu	Var	25 (83,3)	26 (86,7)	51	85,0	$\chi^2=0,131$ p=0,718
	Yok	5 (16,7)	4 (13,3)	9	15,0	
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	16 (53,3)	21 (70,0)	37	61,7	$\chi^2=2,599$ p=0,273
	İlçe	5 (16,7)	5 (16,7)	10	16,7	
	Köy	9 (30,0)	4 (13,3)	13	21,7	
Aile yapısı	Çekirdek	18 (60,0)	16 (53,3)	34	56,7	$\chi^2=0,271$ p=0,602
	Geniş	12 (40,0)	14 (46,7)	26	43,3	
Çocuk sahibi olma	Evet	27 (90,0)	29 (96,7)	56	93,3	$\chi^2=1,071$ p=0,301
	Hayır	3 (10,0)	1 (3,3)	4	6,7	
Gelir durumu (TL)	Ortanca	Ortanca	Ortanca			
	(Min-Mak)	(Min-Mak)	(Min-Mak)			
		1550 (0-6000)	1325 (330-3000)	1500 (0-6000)		

χ^2 : Ki-Kare test istatistiği Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Mak: Maksimum

Tablo 8. Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=60)

Özellikler		Girişim	Kontrol	Toplam		Test İstatistiği p
		(n=30) n (%)	(n=30) n (%)	n	%	
Mevcut tanısı	Kanser	17 (56,7)	14 (46,7)	31	51,7	$\chi^2=2,100$ p=0,552
	Serebrovasküler hastalık	7 (23,3)	5 (16,7)	12	20,0	
	Genel durum bozukluğu	5 (16,7)	9 (30,0)	14	23,3	
	Yara yeri enfeksiyonu	1 (3,3)	2 (6,7)	3	5,0	
Tanıyı ne zaman aldığı	0-12 ay	15 (50,0)	20 (66,7)	35	58,3	$\chi^2=3,075$ p=0,215
	13-24 ay	4 (13,3)	5 (16,7)	9	15,0	
	25 ay ve üzeri	11 (36,7)	5 (16,7)	16	26,7	
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	26 (86,7)	25 (83,3)	51	85,0	$\chi^2=0,131$ p=0,718
	Hayır	4 (13,3)	5 (16,7)	9	15,0	
*Cevabı evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu (n=26)	Diyabetes Mellitus	9 (34,6)	6 (24,0)	15	29,4	$\chi^2=8,431$ p=0,296
	Hipertansiyon	12 (46,2)	11 (44,0)	23	45,1	
	Kalp hastalığı	9 (34,6)	12 (48,0)	21	41,2	
	Böbrek hastalığı	7 (26,9)	5 (20,0)	12	23,5	
	Akciğer hastalığı	7 (26,9)	1 (4,0)	8	15,7	
	Nörolojik hastalık	9 (34,6)	11 (44,0)	20	39,2	
Diğer	7 (26,9)	4 (16,0)	11	21,6		

χ^2 : Ki-Kare test istatistiği * Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 8’de sunulmuştur. Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastaların %51,7’sinin kanser tanısı aldığı, %58,3’ünün hastalık tanısı alma süresinin 0-12 ay arasında değiştiği, %85,0’ünün mevcut tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %45,1’inin hipertansiyon, %41,2’sinin kalp hastalığı tanısı olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunda bulunan hasta yakınlarının bakımını üstlendiği hastalar mevcut tanı, tanıyı alma zamanı, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, sahip olunan kronik hastalıklar gibi klinik özellikler yönünden farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 8).

4.1.2. Hasta yakınlarının sosyodemografik ve bakım verme özelliklerine ilişkin bulgular

Girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %88,3'ünü kadınların oluşturduğu, %83,3'ünün evli, %40,0'ının ilköğretim mezunu olduğu, %81,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %88,3'ünün çalışmadığı, %66,7'sinin ev hanımı olduğu, %71,7'sinin il merkezinde yaşadığı, %71,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %88,3'ünün çocuk sahibi olduğu ve aylık gelir ortalamalarının 1800 TL olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması $53,20 \pm 11,51$ 'dir Girişim ve kontrol grubu hasta yakınları cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, meslek, yaşanan yerleşim birimi, aile yapısı ve çocuk sahibi olma durumu gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=60)

Özellikler		Girişim	Kontrol	Toplam		Test İstatistiği p
		(n=30)	(n=30)			
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş		49,63±12,14	56,77±9,79	53,20±11,51		
		n (%)	n (%)	Toplam		
				n	%	
Cinsiyet	Kadın	27 (90,0)	26 (86,7)	53	88,3	$\chi^2=0,162$
	Erkek	3 (10,0)	4 (13,3)	7	11,7	p=0,688
Medeni durum	Bekar	5 (16,7)	5 (16,7)	10	16,7	$\chi^2=0,000$
	Evli	25 (83,3)	25 (83,3)	50	83,3	p=1,000
Eğitim durumu	Okur-yazar	7 (23,3)	10 (33,3)	17	28,3	$\chi^2=3,410$ p=0,637
	İlkokul	14 (46,7)	10 (33,3)	24	40,0	
	Ortaokul	4 (13,3)	2 (6,7)	6	10,0	
	Lise	3 (10,0)	6 (20,0)	9	15,0	
	Üniversite	2 (6,7)	2 (6,7)	4	6,7	
Sosyal güvence durumu	Var	26 (86,7)	23 (76,7)	49	81,7	$\chi^2=1,002$
	Yok	4 (13,3)	7 (23,3)	11	18,3	p=0,317
Çalışma durumu	Evet	3 (10,0)	4 (13,3)	7	11,7	$\chi^2=0,162$
	Hayır	27 (90,0)	26 (86,7)	53	88,3	p=0,688
Mesleği	Ev hanımı	20 (66,7)	20 (66,7)	40	66,7	$\chi^2=9,943$ p=0,127
	İşçi	4 (13,3)	3 (10,0)	7	11,7	
	Memur	0 (0)	5 (16,7)	5	8,3	
	Serbest meslek	4 (13,3)	1 (3,3)	5	8,3	
	Emekli	1 (3,3)	0 (0)	1	1,7	
	İşsiz	1 (3,3)	0 (0)	1	1,7	
	Esnaf	0 (0)	1 (3,3)	1	1,7	
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	18 (60,0)	25 (83,3)	43	71,7	$\chi^2=5,111$ p=0,078
	İlçe	6 (20,0)	1 (3,3)	7	11,7	
	Köy	6 (20,0)	4 (13,3)	10	16,7	

Tablo 9. Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=60)

Özellikler		Girişim	Kontrol	Toplam		Test
		(n=30)	(n=30)	n	%	İstatistiği
		n (%)	n (%)			p
Aile yapısı	Çekirdek	20 (66,7)	23 (76,7)	43	71,7	$\chi^2=0,739$ p=0,390
	Geniş	10 (33,3)	7 (23,3)	17	28,3	
Çocuk sahibi olma	Evet	26 (86,7)	27 (90,0)	53	88,3	$\chi^2=0,162$ p=0,688
	Hayır	4 (13,3)	3 (10,0)	7	11,7	
Gelir durumu (TL)		Ortanca	Ortanca	Ortanca		
		(Min-Mak)	(Min-Mak)	(Min-Mak)		
		1800(480-5000)	1700(500-10000)	1800(480-10000)		

χ^2 : Ki-Kare test istatistiği Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Mak: Maksimum

Hasta yakınlarının bakım verme özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur. Bakım veren hasta yakınlarının %48,3'ünün hastanın çocuğu, %30,0'ının hastanın eşi olduğu, %58,3'ünün hasta ile aynı evi paylaştığı, %40,0'ının bir yıldan uzun süredir hastasına bakım sunduğu, %41,7'sinin bakım konusunda başka bireylerden destek aldığı, hasta yakınlarının %27,9'unun kardeşinin ve %25,6'sının çocuğunun bakım desteği verdiği, %68,3'ünün hastalarına günde ortalama 19-24 saat bakım sunduğu, %58,3'ünün daha önce bakım verme deneyimine sahip olmadığı, %56,7'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %44,1'inin kas iskelet hastalığı, %38,2'sinin hipertansiyon tanısı aldığı, hastaların %65,0'minin hem gece hem gündüz hasta yakınlarının bakım ve desteğine ihtiyaç duyduğu, hastaların %91,7'sinin palyatif bakım ünitesine yatmadan önce de bakım ihtiyacının olduğu ve %67,3'ünün bakımını palyatif bakım ünitesine yatmadan önce çocuğunun üstlendiği saptanmıştır (Tablo 10).

Bakım ve tedavi sürecinin hasta yakınlarının %60'minin fiziksel sağlığını, %18,3'ünün aile ilişkilerini, %66,7'sinin sosyal yaşantısını, %88,3'ünün ruh sağlığını ve psikolojik durumunu, %11,7'sinin iş yaşamını, %51,7'sinin de yaşamındaki diğer rol ve sorumluluklarını etkilediği belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %88,3'ünün hastasının bakım ve tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı, %25,0'ının hastasının bakım ve tedavisi ile ilgili eğitim almak istediği, eğitim almak isteyenlerin %26,7'sinin yatak içi egzersiz ve pozisyon verme hakkında eğitim almak istediği, %65,0'ının psikolojik/duygusal yönden destek almaya ihtiyaç duyduğunu belirttiği, bakım verme

sürecinde %71,7'sinin sıkıntılarını ve duygularını rahatça paylaşabileceği bir arkadaş/aile bireyinin bulunduğu, %93,3'ünün hastasının geleceği ile ilgili endişe duyduğu ve %60,0'ının bakım verme sürecinde karşılaştıkları problemlerin üstesinden gelebilmek için hemşire/doktor/diğer sağlık çalışanlarından yardım istediği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hasta yakınları arasında, aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu dışında bakım verme özellikleri yönünden farklılık bulunmamaktadır (p=0,005) (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta yakınlarının bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=60)

Özellikler		Girişim	Kontrol	Toplam		Test İstatistiği p
		(n=30)	(n=30)	n	%	
Hastayla yakınlık derecesi	Çocuğu	14 (46,7)	15 (50,0)	29	48,3	$\chi^2=4,057$ p=0,255
	Eşi	10 (33,3)	8 (26,7)	18	30,0	
	Gelini	2 (6,7)	6 (20,0)	8	13,3	
	Diğer	4 (13,3)	1 (3,3)	5	8,3	
Hastayla aynı evi paylaşma durumu	Evet	21 (70,0)	14 (46,7)	35	58,3	$\chi^2=3,360$ p=0,067
	Hayır	9 (30,0)	16 (53,3)	25	41,7	
Bakım verme süresi	0-3 ay	9 (30,0)	13 (43,3)	22	36,7	$\chi^2=6,327$ p=0,176
	4-6 ay	3 (10,0)	7 (23,3)	10	16,7	
	7-9 ay	1 (3,3)	0 (0)	1	1,7	
	10-12 ay	1 (3,3)	2 (6,7)	3	5,0	
	Bir yıl ve üzeri	16 (53,3)	8 (26,7)	24	40,0	
Bakım sunarken destek alma durumu	Evet	12 (40,0)	13 (43,3)	25	41,7	$\chi^2=0,792$ p=0,673
	Hayır	10 (33,3)	7 (23,3)	17	28,3	
	Kısmen	8 (26,7)	10 (33,3)	18	30,0	
*Cevabı evet ise bakım desteği aldığı bireyler	Çocuğu	3 (15,0)	3 (21,4)	11	25,6	$\chi^2=5,367$ p=0,498
	Kardeşi	8 (40,0)	5 (35,7)	12	27,9	
	Anne/babası	7 (35,0)	1 (7,1)	6	14,0	
	Eşi	3 (15,0)	5 (35,7)	8	18,6	
	Görümcesi	8 (40,0)	7 (50,0)	7	16,3	
	Diğer	6 (30,0)	3 (21,4)	8	18,6	

Tablo 10. Hasta yakınlarının bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=60)

Özellikler		Girişim	Kontrol	Toplam		Test İstatistiği p
		(n=30) n (%)	(n=30) n (%)	n	%	
Günlük ortalama kaç saat bakım verdiği	1-6 saat	5 (16,7)	4 (13,3)	9	15,0	$\chi^2=1,802$ p=0,614
	7-12 saat	4 (13,3)	2 (6,7)	6	10,0	
	13-18 saat	1 (3,3)	3 (10,0)	4	6,7	
	19-24 saat	20 (66,7)	21 (70,0)	41	68,3	
Daha önce herhangi bir hastaya bakım verme durumu	Evet	11 (36,7)	14 (46,7)	25	41,7	$\chi^2=0,617$ p=0,432
	Hayır	19 (63,3)	16 (53,3)	35	58,3	
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	20 (66,7)	14 (46,7)	34	56,7	$\chi^2=2,443$ p=0,118
	Hayır	10 (33,3)	16 (53,3)	26	43,3	
*Cevabı evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu	Diyabet	3 (15,0)	3 (21,4)	6	17,6	$\chi^2=6,459$ p=0,374
	Hipertansiyon	8 (40,0)	5 (35,7)	13	38,2	
	Kalp hastalığı	7 (35,0)	1 (7,1)	8	23,5	
	Tiroid hastalığı	3 (15,0)	5 (35,7)	8	23,5	
	Kas iskelet hastalığı	8 (40,0)	7 (50,0)	15	44,1	
	Diğer	6 (30,0)	3 (21,4)	9	26,5	
Bakım ve desteğe en fazla ihtiyaç duyduğu zaman	Gece	5 (16,7)	1 (3,3)	6	10,0	$\chi^2=2,964$ p=0,227
	Gündüz	7 (23,3)	8 (26,7)	15	25,0	
	Gece-gündüz	18 (60,0)	21 (70,0)	39	65,0	
PBÜ öncesi hastanın bakıma ihtiyaç duyma durumu	Evet	29 (96,7)	26 (86,7)	55	91,7	$\chi^2=1,964$ p=0,161
	Hayır	1 (3,3)	4 (13,3)	5	8,3	
*Cevabı evet ise PBÜ öncesi hastanın bakımını kimin üstlendiği	Çocuğu	18 (62,1)	19 (73,1)	37	67,3	$\chi^2=3,758$ p=0,440
	Eşi	12 (41,4)	7 (26,9)	19	34,5	
	Gelini	4 (13,8)	7 (26,9)	11	20,0	
	Diğer	6 (20,7)	4 (15,4)	10	18,2	
Bakım rolünden fiziksel sağlığının etkilenme durumu	Evet	19 (63,3)	17 (56,7)	36	60,0	$\chi^2=1,178$ p=0,555
	Hayır	8 (26,7)	7 (23,3)	15	25,0	
	Kısmen	3 (10,0)	6 (20,0)	9	15,0	

Tablo 10. Hasta yakınlarının bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=60)

Özellikler		Girişim (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam		Test İstatistiği p
				n	%	
Bakım rolü nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu	Evet	10 (33,3)	1 (3,3)	11	18,3	$\chi^2=10,541$ p=0,005
	Hayır	18 (60,0)	22 (73,3)	40	66,7	
	Kısmen	2 (6,7)	7 (23,3)	9	15,0	
Bakım rolü nedeniyle sosyal yaşantıda değişiklik yaşama durumu	Evet	22 (73,3)	18 (60,0)	40	66,7	$\chi^2=1,400$ p=0,497
	Hayır	6 (20,0)	10 (33,3)	16	26,7	
	Kısmen	2 (6,7)	2 (6,7)	4	6,7	
Bakım rolünün ruhsal ve psikolojik durumunu etkileme durumu	Evet	27 (90,0)	26 (86,7)	53	88,3	$\chi^2=3,819$ p=0,148
	Hayır	2 (6,7)	0(0)	2	3,3	
	Kısmen	1 (3,3)	4 (13,3)	5	8,3	
Bakım rolü nedeniyle iş yaşamında güçlük yaşama durumu	Evet	6 (20,0)	1 (3,3)	7	11,7	$\chi^2=4,879$ p=0,087
	Hayır	24 (80,0)	28 (93,3)	52	86,7	
	Kısmen	0(0)	1 (3,3)	1	1,7	
Bakım rolünün yaşamındaki diğer sorumluluklarını etkileme durumu	Evet	18 (60,0)	13 (43,3)	31	51,7	$\chi^2=1,680$ p=0,432
	Hayır	8 (26,7)	11 (36,7)	19	31,7	
	Kısmen	4 (13,3)	6 (20,0)	10	16,7	
Bakım rolü ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	4 (13,3)	3 (10,0)	7	11,7	$\chi^2=0,162$ p=0,688
	Hayır	26 (86,7)	27 (90,0)	53	88,3	
*Cevabı evet ise hangi konularda eğitim aldığı	PEG besleme	1 (25,0)	1 (33,3)	2	28,6	---
	Kolostomi bakımı	2 (50,0)	0(0)	2	28,6	
	Yatak içi egzersiz/postüral drenaj/pozisyon verme	1 (25,0)	2(66,7)	3	42,9	
	Yara bakımı	0(0)	1(33,3)	1	14,3	
	Ağız ve vücut bakımı	0(0)	1(33,3)	1	14,3	
	Diğer	1(25,0)	0(0)	1	14,3	

Tablo 10. Hasta yakınlarının bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=60)

Özellikler		Girişim (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam		Test İstatistiği p
				n	%	
Bakım/televi hakkında eğitim alma isteği	Evet	10 (33,3)	5 (16,7)	15	25,0	$\chi^2=2,222$ p=0,136
	Hayır	20 (66,7)	25 (83,3)	45	75,0	
*Cevabı evet ise eğitim almak istediği konular	Acil durumlarda yapılacak müdahaleler/ ilkyardım	2 (20,0)	1 (20,0)	3	20,0	---
	Yara bakımı	3 (30,0)	0(0)	3	20,0	
	Vücut bakımı/ağız bakımı/perine bakımı	3 (30,0)	3 (60,0)	6	40,0	
	PEG ile besleme	1 (10,0)	0 (0)	1	6,7	
	Yatak içi egzersiz/pozisyon verme	2 (20,0)	2 (40,0)	4	26,7	
	Kolostomi bakımı	1 (10,0)	0 (0)	1	6,7	
	Diğer	4 (40,0)	2 (40,0)	6	40,0	
	*Desteğe en fazla ihtiyaç duyulan durum	Psikolojik/duygusal destek	21 (70,0)	18 (60,0)	39	
Fiziksel bakımda yardım		11 (36,7)	20 (66,7)	31	51,7	
Maddi yardım		14 (46,7)	9 (30,0)	23	38,3	
Herhangi bir şeye ihtiyaç duymuyor		3 (10,0)	5 (16,7)	8	13,3	
Paylaşım yapılabilen arkadaş/aile bireyi varlığı	Evet	21 (70,0)	22 (73,3)	43	71,7	$\chi^2=0,082$ p=0,774
	Hayır	9 (30,0)	8 (26,7)	17	28,3	
Hastanın geleceğinden endişe duyma durumu	Evet	29 (96,7)	27 (90,0)	56	93,3	$\chi^2=1,071$ p=0,301
	Hayır	1 (3,3)	3 (10,0)	4	6,7	
*Bakım verme sürecinde karşılaştığı problemlerle başetme yolları	Hemşire/doktor/diğer sağlık çalışanlarından yardım isteme	17 (56,7)	19 (63,3)	36	60,0	$\chi^2=2,497$ p=0,869
	Aileden yardım isteme	11 (36,7)	7 (23,3)	18	30,0	
	Dua etme/sabretme	2 (6,7)	3 (10,0)	5	8,3	
	Kendi başına çözmeye çalışma	3 (10,0)	4 (13,3)	7	11,7	
	Diğer hasta yakınlarından yardım isteme	2 (6,7)	3 (10,0)	5	8,3	

χ^2 : Ki kare test istatistiği * Birden fazla cevap verilmiştir. PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi
PBÜ: Palyatif Bakım Ünitesi

4.1.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 11. Beck Umutsuzluk Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (n=60)

Ölçek Maddeleri	Ön Test			Son Test		
	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)
1.Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	0,31	0,46	0 (0-1)	0,25	0,43	0 (0-1)
2.Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	0,43	0,50	0 (0-1)	0,26	0,44	0 (0-1)
3.İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	0,26	0,44	0 (0-1)	0,20	0,40	0 (0-1)
4.Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	0,81	0,39	1(0-1)	0,80	0,40	1(0-1)
5.Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	0,51	0,50	1(0-1)	0,55	0,50	1(0-1)
6.Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	0,43	0,50	0 (0-1)	0,33	0,47	0 (0-1)
7.Geleceğimi karanlık görüyorum	0,30	0,46	0 (0-1)	0,16	0,37	0 (0-1)
8.Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	0,66	0,47	1(0-1)	0,63	0,48	1(0-1)
9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum, gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	0,45	0,50	0 (0-1)	0,21	0,41	0 (0-1)
10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	0,11	0,32	0 (0-1)	0,13	0,34	0 (0-1)

Tablo 11. Beck Umutsuzluk Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (devamı)
(n=60)

Ölçek Maddeleri	Ön Test			Son Test		
	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)
11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok, tatsızlıklarla dolu.	0,36	0,48	0 (0-1)	0,25	0,43	0 (0-1)
12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	0,43	0,50	0 (0-1)	0,40	0,49	0 (0-1)
13.Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	0,35	0,48	0 (0-1)	0,23	0,42	0 (0-1)
14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	0,66	0,47	1(0-1)	0,73	0,44	1(0-1)
15.Geleceğe büyük inancım var.	0,26	0,44	0 (0-1)	0,20	0,40	0 (0-1)
16.Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	0,45	0,50	0 (0-1)	0,25	0,43	0 (0-1)
17.Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	0,40	0,49	0 (0-1)	0,31	0,46	0 (0-1)
18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	0,46	0,50	0 (0-1)	0,43	0,50	0 (0-1)
19.Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.	0,23	0,42	0 (0-1)	0,16	0,37	0 (0-1)
20.İstediğim her şeyi elde etmek için, çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	0,41	0,49	0 (0-1)	0,20	0,40	0 (0-1)
Toplam	8,36	5,63	6 (1-19)	6,73	5,19	5 (0-18)

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Mak: Maksimum

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının ön test ve son test Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 11’de verilmiştir. Hasta yakınlarının ön test Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden en yüksek puanı, “Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum (0,81±0,39)”, “Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum (0,66±0,47)” ve “İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor (0,66±0,47)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. (0,11±0,32)” ve “Kötü günlerden

çok iyi günler bekliyorum. (0,23±0,42)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada ön test Beck Umutsuzluk Ölçeği madde puan ortalamaları 0,11±0,32 ile 0,81±0,39 arasında değişmektedir. Hasta yakınlarının son test Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden en yüksek puanı, “Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum (0,80±0,40)” ve “İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor (0,73±0,44)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı (0,13±0,34)”, “Geleceğimi karanlık görüyorum (0,16±0,37)” ve “Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum. (0,16±0,37)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada son test Beck Umutsuzluk Ölçeği madde puan ortalamaları 0,13±0,34 ile 0,80±0,40 arasında değişmektedir (Tablo 11).

Tablo 12. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (n=60)

Ölçek Maddeleri	Ön Test			Son Test		
	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)
1.İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	4,83	0,55	5(2-5)	4,86	0,50	5(2-5)
2.Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	4,96	0,18	5(4-5)	4,96	0,25	5(3-5)
3.Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	3,38	1,23	3(1-3)	3,13	0,99	3(1-3)
4.Bir problemle karşılaştığımda Allah’ın yardımını hissederim.	4,86	0,43	5(3-5)	4,91	0,33	5(3-5)
5.Allah’ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	4,88	0,45	5(2-5)	4,90	0,44	5(2-5)
6.Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	4,95	0,22	5(4-5)	5,00	0,00	5(5-5)
7.Hayatımda büyük bir boşluk var.	3,78	1,36	4(1-4)	3,60	1,29	4(1-4)
8.Günlük hayatta Allah’ın kudretine şahit olurum.	4,80	0,57	5(2-5)	4,83	0,52	5(2-5)
9.Allah’ın beni sevdiğine ve önemseddiğine inanırım.	4,75	0,60	5(2-5)	4,73	0,63	5(2-5)
10.Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	4,86	0,43	5(3-5)	4,93	0,25	5(4-5)

Tablo 12. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (devamı) (n=60)

Ölçek Maddeleri	Ön Test			Son Test		
	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)
11.Hayattan zevk almam.	3,16	1,21	3(1-3)	3,10	0,83	3(1-3)
12.Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	4,86	0,50	5(2-5)	4,81	0,53	5(2-5)
13.Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	4,85	0,51	5(2-5)	4,86	0,50	5(2-5)
14.Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	4,85	0,40	5(3-5)	4,90	0,30	5(4-5)
15.Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	3,61	1,45	4(1-4)	3,58	1,38	4(1-4)
16.Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	4,88	0,32	5(4-5)	4,90	0,30	5(4-5)
17.İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	4,65	0,73	5(1-5)	4,66	0,57	5(3-5)
18.Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	4,91	0,27	5(4-5)	4,90	0,30	5(4-5)
19.Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	3,63	1,30	4(1-4)	3,76	1,22	4(1-4)
20.Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekür ederim).	4,33	0,75	4(2-4)	4,26	0,80	4(2-4)
21.İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	4,80	0,44	5(3-5)	4,83	0,37	5(4-5)
22.Doğayla uyum içinde yaşarım.	4,78	0,41	5(4-5)	4,88	0,32	5(4-5)
23.Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	4,60	0,92	5(1-5)	4,50	0,81	5(2-5)
24.İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	4,51	0,74	5(1-5)	4,63	0,71	5(1-5)
25.Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	4,88	0,32	5(4-5)	4,96	0,18	5(4-5)
26.Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm	3,41	1,04	3(1-3)	3,25	0,95	3(1-3)

Tablo 12. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları (devamı) (n=60)

Ölçek Maddeleri	Ön Test			Son Test		
	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)	Ort	SS	Ortanca (Min- Mak)
27.Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	4,51	0,77	5(2-5)	4,61	0,71	5(2-5)
28.Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	4,80	0,54	5(2-5)	4,90	0,30	5(4-5)
29.Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	4,45	0,85	5(1-5)	4,43	0,78	5(2-5)
Toplam	130,61	8,35	131(97-131)	130,66	7,56	131(99-131)

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Mak: Maksimum

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının ön test ve son test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 12’de verilmiştir. Hasta yakınlarının ön test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’nden en yüksek puanı, “Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm (4,96±0,18)” ve “Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm (4,95±0,22)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Hayattan zevk almam. (3,16±1,21)” ve “Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim (3,38±1,23)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada ön test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği madde puan ortalamaları 3,16±1,21 ile 4,96±0,18 arasında değişmektedir. Hasta yakınlarının son test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’nden en yüksek puanı, “Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm. (5,00±0,00)”, “Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm. (4,96±0,25)” ve “Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir. (4,96±0,18)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Hayattan zevk almam (3,10±0,83)” ve “Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim (3,13±0,99)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada son test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği madde puan ortalamaları 3,10±0,83 ile 5,00±0,00 arasında değişmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Girişim ve kontrol gruplarının Beck Umutsuzluk Ölçeği ön test ve son test puanlarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması (n=60)

		Girişim grubu	Kontrol grubu	Test	p
		Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	istatistiği	
Gelecek Duygu ve Beklentiler	Ön test	1,5 (0 - 5)	1 (0 - 5)	U= 380,0	0,285
	Son test	0 (0 - 5)	1 (0 - 5)	U= 324,5	0,049
Motivasyon Kaybı	Ön test	4 (0 - 8)	4 (0 - 8)	U= 419,5	0,649
	Son test	2 (0 - 7)	4 (0 - 8)	U= 219,0	0,001
Umut	Ön test	2 (0 - 6)	2 (0 - 7)	U= 388,5	0,356
	Son test	1 (0 - 6)	2,5 (0 - 7)	U= 266,0	0,005
BUÖ toplam puanı	Ön test	7 (1 - 19)	6 (1 - 18)	U= 432,0	0,789
	Ort±SS	8,53±5,66	8,20±5,70		
	Son test	3,5 (0 - 16)	7 (1 - 18)	U= 235,5	0,001

U: Mann Whitney U test istatistiği Min: Minimum Mak: Maksimum Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Girişim ve kontrol hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği ön test ve son test puanlarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması Tablo 13'te sunulmuştur. Girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyutu ön test ortanca değeri arasında fark bulunmamasına karşın (p=0,285), son test ortanca değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında girişim grubunda ortanca değerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,049) (Tablo 13).

Beck Umutsuzluk Ölçeği Motivasyon Kaybı alt boyutu ön test ortanca değeri girişim ve kontrol grubuna göre farklılık göstermemesine karşın (p=0,649), son test ortanca değerinin gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, girişim grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,001) (Tablo 13).

Beck Umutsuzluk Ölçeği Umut alt boyutu ön test ortanca değeri girişim ve kontrol grubuna göre farklılık göstermemesine karşın (p=0,356), son test ortanca değerinin gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, girişim grubunda ortanca değerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,005) (Tablo 13).

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplamı ön test ortanca değeri gruplara göre farklılık göstermemesine karşın (p=0,789), son test ortanca değerinin gruplara göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, girişim grubunda ortanca değerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$) (Tablo 13).

Tablo 14. Girişim ve kontrol gruplarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ön test ve son test puanlarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması (n=60)

		Girişim grubu	Kontrol grubu	Test istatistiği	p
		Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Aşkınlık	Ön test	63,5 (49 - 75)	64 (41 - 68)	U= 387,5	0,353
	Son test	64 (56 - 75)	65 (41 - 68)	U= 420,5	0,661
Doğayla Uyum	Ön test	36 (28 - 40)	34 (28 - 40)	U= 357,5	0,169
	Son test	35 (26 - 39)	35 (29 - 39)	U= 413	0,581
Anomi	Ön test	33 (15 - 35)	33 (28 - 35)	U= 440	0,881
	Son test	33 (14 - 35)	34 (28 - 35)	U= 355	0,151
SİÖÖ toplam puanı	Ön test	131 (105 - 144)	129 (97 - 140)	U= 394,5	0,410
	Son test	131 (113 - 139)	132,5 (99 - 141)	U= 385	0,336

U: Mann Whitney U test istatistiği Min: Minimum Mak: Maksimum

Girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ön test ve son test puanlarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması Tablo 14’te sunulmuştur. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ortanca değeri ile Aşkınlık, Doğayla Uyum ve Anomi alt boyutlarının ön test ve son test ortanca puanlarının gruplara göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki (n=60)

		BUÖ Toplam	Gelecek Duygu ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	Aşknlık	Doğayla Uyum	Anomi
Gelecek Duygu ve Beklentiler	r	0,737						
	p	<0,001						
Motivasyon Kaybı	r	0,922	0,566					
	p	<0,001	<0,001					
Umut	r	0,651	0,452	0,450				
	p	<0,001	<0,001	<0,001				
Aşknlık	r	-0,110	-0,174	-0,138	-0,026			
	p	0,405	0,183	0,294	0,845			
Doğayla Uyum	r	-0,068	-0,171	-0,047	-0,033	0,188		
	p	0,603	0,190	0,719	0,803	0,151		
Anomi	r	-0,536	-0,549	-0,499	-0,270	0,052	-0,033	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,037	0,691	0,800	
SİOÖ Toplam	r	0,407	0,346	0,382	0,271	0,454	0,350	-0,746
	p	0,001	0,007	0,003	0,036	<0,001	0,006	<0,001

Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 15'te sunulmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyutu puan ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği Motivasyon Kaybı alt boyutu puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği Motivasyon Kaybı alt boyutu puanı ile Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği Umut alt boyutu puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyutu puanı, Motivasyon Kaybı alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$) (Tablo 15).

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Anomi alt boyutu puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyut puanı, Motivasyon Kaybı alt boyut puanı arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Anomi alt boyutu puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Umut alt boyutu puanı arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,037$) (Tablo 15).

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek Duygu ve Beklentiler alt boyutu puanı, Motivasyon Kaybı alt boyutu puanı, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Aşkınlık alt boyutu puanı, Doğayla Uyum alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Anomi alt boyutu puanı arasında negatif yönlü güçlü düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$) (Tablo 15).



4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Bu çalışmanın niteliksel aşamasından elde edilen veriler; girişim grubundaki hasta yakınlarının sosyodemografik ve bakım verici özellikleri, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmadan önce ve sonra yapılan nitel görüşmelerin içerik analizine ilişkin bulgular olmak üzere 3 bölümde sunulmuştur.

4.2.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hasta Yakınlarının Sosyodemografik ve Bakım Verici Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmelere katılan hasta yakınlarının sosyodemografik ve bakım verici özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 16'da sunulmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %95,2'sini kadınların oluşturduğu, %47,6'sının ilkokul mezunu, %85,7'sinin evli, %81,0'ının ev hanımı, %61,9'unun gelirinin giderinden az olduğu, %42,9'unun bakım verdiği hastanın çocuğu olduğu, %57,1'inin hastasına bir yıldan daha uzun süredir bakım verdiği, %57,1'inin palyatif bakım ünitesinde hastasına 1-14 gün arası bakım sunduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının yaş ortalamaları $50,28 \pm 13,07$, palyatif bakım ünitesinde bakım verme sürelerinin gün ortalamaları $24,04 \pm 5,45$ 'tir (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hasta yakınlarının sosyodemografik ve bakım verici özelliklerinin dağılımı (n=21)

Özellikler	n	%	
Yaş (Ort ±SS) 50,28±13,07			
Cinsiyet	Kadın	20	95,2
	Erkek	1	4,8
Eğitim durumu	Okur yazar	4	19,0
	İlkokul	10	47,6
	Ortaokul	3	14,3
	Lise	2	9,5
	Üniversite	2	9,5
Medeni durum	Evli	18	85,7
	Bekar	3	14,3
Mesleği	Ev hanımı	17	81,0
	İşçi	1	4,8
	Emekli	1	4,8
	İşsiz	2	9,5
Gelir durumu	Gelir giderden az	13	61,9
	Gelir gidere eşit	7	33,3
	Gelir giderden fazla	1	4,8
Hasta ile yakınlık derecesi	Çocuğu	9	42,9
	Eşi	7	33,3
	Gelini	2	9,5
	Yengesi	1	4,8
	Yeğeni	1	4,8
	Kardeşi	1	4,8
Hastasına toplam bakım verme süresi	0-3 ay	6	28,6
	4-6 ay	1	4,8
	7-9 ay	1	4,8
	10-12 ay	1	4,8
	Bir yıldan daha fazla	12	57,1
Hastasına PBÜ'nde bakım verme süresi	1-14 gün	12	57,1
	15-30 gün	4	19,0
	31 gün ve üzeri	5	23,8

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma PBÜ: Palyatif Bakım Ünitesi

4.2.2. Hasta Yakınlarına Watson'ın İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı Uygulanmadan Önce Yapılan Görüşmelerin İçerik Analizine İlişkin Bulgular

Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmadan önce girişim grubu hasta yakınlarıyla yapılan görüşmelerde Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-I'den yararlanılmıştır. Hasta yakınlarıyla yapılan ilk görüşmeler sonrasında hastanın tanısı ilk öğrenildiğinde verilen tepkiler, bakım verme sürecinde karşılaşılan problemler, problemlerle baş etme yolları ve bakım verme sürecine ilişkin beklentiler olmak üzere 4 tema ile 18 alt tema belirlenmiş ve Tablo 17'de sunulmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta yakınlarının bakım verme sürecinde yaşadıkları deneyimlerine ilişkin olarak oluşturulan temalar ve alt temalar

Temalar	Alt Temalar
Hastanın tanısı ilk öğrenildiğinde verilen tepkiler	Kaygı
	Üzüntü
	Şaşkınlık
	Korku
Bakım verme sürecinde karşılaşılan problemler	Fiziksel sağlığa ilişkin problemler
	Sosyal yaşama ilişkin problemler
	Aile ve iş yaşamına ilişkin problemler
	Psikolojik problemler
	Ekonomik problemler
	Duygusal problemler
	Spiritüel problemler
	Çok fazla ölüme tanıklık etme
Problemlerle baş etme yolları	Dua ve ibadet etme
	Problemi görmezden gelme
	Çevresindeki bireylerden destek alma
Bakım verme sürecine ilişkin beklentiler	Bilgilendirme ve yönlendirilme
	Duygularını ifade edebilme
	Dinî ve spiritüel yönden desteklenme

Tema 1: Hastanın Tanısı İlk Öğrenildiğinde Verilen Tepkiler

Katılımcıların hastanın tanısını ilk öğrendiklerinde verdikleri tepkiler; kaygı, üzüntü, şaşkınlık ve korku kavramları ile ilişkilendirilmiştir. Hasta yakınlarının bu alt temalara yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Dünyam yıkıldı. Hiç böyle birşey beklemiyorduk. Nasıl yapacağız? Nasıl edeceğiz? İlaç alabilecek miyiz? Alamayacak mıyız? Ne olacak? Birşey olur mu? Kaygılarımız ikinci ameliyata kadar hep böyle devam etti.” (O1/K6)

“Kaybetme korkusuyla bir anda çok üzüldük... Daha sonra bu Allah’tan gelen bir şey dedik. Kendi kendimize moral verip, teselli ettik. Yaşanması gereken bir süreç dedik. Tedavimize başladık ve devam ettik.” (O1/K12)

“Yıkıldık. Başka da birşey yapacak halimiz kalmadı.” (O1/K21)

“Yandım tutuştum... Zaten hep aklıma gelirdi. Önceden de yatakta yatarken düşünürdüm. Bu ablamın başına bir hal gelirse ben ne yaparım? derdim, ne yaparız? derdim. Tutar dalım yok. Bir şeyim yok. Ama yine de hastalık geldi.” (O1/K4)

“Korktum, ilk defa böyle bir şey duydum. İnsan başına gelmeyince anlayamıyor. Ben daha önce böyle bir şeyi hiç yaşamadığım için... İlk defa böyle bir şey yaşıyorum, ne bileyim? korktum. Hiç bu duruma düşeceğini düşünemedim.” (O1/K1)

“İlk tanısını duyduğumda hiç böyle bir hasta olacağını düşünmedim. Neden dersen, çünkü eşim kendisine çok iyi bakan, ilacını saatinde içen, günde 4-5 sefer tansiyonunu ölçen, ufak bir hastalık olduğunda hiç ihmal etmeden hemen doktora giden, ilaçlarını sırasıyla içen, iyileşirse iyi, iyileşmezse tekrar doktoruna giden, sağlığına çok önem veren bir insandı. Bu hastalığın olması şoke etti. Çünkü onun ailesinde de hiç kanser yok. Sadece tansiyon ve şeker hastalığı vardı. Annesinde alzheimer vardı ve kendisi de alzheimer olabileceğini tahmin ediyordu. Böyle bir şey beklenilmez ama geliyor işte. Hani ırsi deniliyor ya... Ama böyle bir beyin tümörüyle karşılaşınca birden buna çok şaşırdım, çok üzüldüm. Geldik, bu hastanede teşhis kondu. Doktor çok zor bir

süreciniz var dedi. Ben de ameliyatını yapabilirim, istediğiniz yere de gidebilirsiniz dediğinde kafamda şimşekler çaktı. ‘Demek ki bu ufak bir şey değil, çok büyük bir şey dedim’. Doktor karşımızda çocuklarım etrafımda. ‘Oğlum, kızım geçecek bak ben iyi oldum (katılımcı kendisinin de kanseri tedavisi gördüğünü ifade ediyor) o da iyi olacak dedim’. Sadece onu dediğimi hatırlıyorum (ağlıyor). Öyle bir süreç yaşadım, onları toparlamaya çalıştım. Başıma geleni kabullendim ve edebildiğim kadar mücadele etmeye çalıştım. Gittiği yere kadar. Yapacak birşey yok. Çocuklarım, özellikle oğlum hala kabullenmiş değil. Hala diyor ki buradan biz çıkacağız, eve gideceğiz. Biz kızlarımızla kabul ettik ama O bir türlü kabul etmiyor.” (O1/K7)

Tema 2: Bakım Verme Sürecinde Karşılaşılan Problemler

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda bakım verme sürecinde karşılaşılan problemler; fiziksel sağlığa ilişkin problemler, sosyal yaşama ilişkin problemler, aile ve iş yaşamına ilişkin problemler, psikolojik problemler, ekonomik problemler, duygusal problemler, spiritüel problemler ve çok fazla ölüme tanıklık etme olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan fiziksel sağlığa ilişkin problemleri bel fıtığı, stres ve üzüntüye bağlı tiroid hastalığı, baş ağrısı ve nedeni bilinmeyen ağrılar olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Felç oldu, üç sene altından aldım. Ondan sonra dördüncü seneye gelince bel fıtığı oldum. Bende şimdi bel fıtığı, bel kayması var. Hani artık yapamayacak derecelere geldim.” (O1/K9)

“İşte o stresle guatrim yükselmiş benim. Çok kötü oldum. Çok halsizlik, iştahsızlık olmuştu, çok zayıflamıştım. Hormonlara baktılar. Bana doktor ameliyatlık demişti. İlaç tedavisi yapalım düzelmezse, ameliyat olursun dedi. Yine Allah’tan yavaş yavaş düzeldi. Ama yine üzüntü olduğu zaman sıkıntıdan ortaya çıkma riski varmış. Daha da doktora gitmedim.” (O1/K6)

“Sağlığımı etkiledi. Durup dururken bazı yerlerim ağrıyor. Mesela başım çok ağrıyor.” (O1/K1)

Aynı zamanda katılımcılar bakımı tek başına üstlenmeye bağlı olarak fiziksel yönden yetersiz kaldıklarını, bakıma yardımcı olmaları için birden fazla kişiye ihtiyaç duyduklarını, bakım verirken fiziksel gücün yetmemesine bağlı olarak zorlandıklarını bakıma yardımcı olacak birilerinin olmamasına bağlı yorulduklarını, uykusuz kaldıklarını ve dinlenemediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Gücümüün yetmediği anlar oldu. Banyosu olsun, tuvalete giderken kolundan tutmak gerekti. Bu hastaya zorluk çıkardı. Onu tuttuğça her yerleri acıdı. Sonrasında hiç kalkamadı, tekerlekli sandalye aldık. Onu oturttuk, kaldırdık. Hasta yatarken o tarafa bu tarafa çevirmek gerekti. Bu durum onu rahatsız etti. Yani tek kişiyle olmadı. Fiziksel olarak mutlaka zorlanıyorsun. Hastanın yanında iki bazen üç kişi beklemek gerekti. Bazı dönemler üç kişi oldu yanında. Yatağa tamamen bağlanınca kendini o tarafa bu tarafa döndüremedi. Yemeğini yiyemedi. Bir tarafı felç kaldı. Fiziksel olarak yoruluyorsun. Yani yetememek seni daha çok yoruyor. Hastaya yardımda bir sıkıntı yok. Ama tek başına yetemiyorsun. Kaldırдыңın anda arkasına yastık koyacaksın, yastığı alacaksın... Bir çocuk bile olsa yanında onun yardımına ihtiyaç duyuyorsun.” (O1/K3)

“Çok zorlanıyorum. Geçen akşam şu bileğimden kalakaldım. Diğer yatakta yatan hastanın yanına dedim o da kalkmadı. Başka birini ne kadar zorlayabilirsin? Zorlanıyor musun tabiki zorlanıyorum. Bir alt almak kolay birşey değil. Ay kokuyodu, ay tiksiniyorum falan öyle birşey değil. Ama şu bedenim kalkacak gücü yok. Bir elinle hem temizle hem destekle, tek kişinin harcı değil.” (O1/K2)

“Yoruyor, ben yapamıyorum. Şimdi eski hali de yok. Kendiliğinden dönsün ben rahat alıyım o da yok. İki kişi çevirecek, altını bir kişi alacak. Şimdi bezliyoruz işte.” (O1/K10)

“Gücüm nereye yetsin, yetmiyor ama mecbur yapıyorum. Bacaklarım kırılıyor, oğlan yıkıyor, ben bir tek bacaklarının arasını yıkıyorum. Dedim oğlum yapamıyorum. Bu nedenle oğlan yıkıyor artık. Allah razı olsun.” (O1/K20)

“Yardımcı olsa daha güzel oluyor, tek başıma olduğum için yoruluyorum.”

(O1/K12)

“Şu an ne kadar dayanabileceğim bilmiyorum. Gittiği yere kadar götüreceğim. Ama ayaklarıma bazen yürümek bile zor geliyor. Sürekli ayakta kalıyorum. Sürekli yapılacak bir şey oluyor. İlacı oluyor, ağız temizliği oluyor. Yatak içi yarası açılmaması için dört beş saatte bir çevirmeye çalışıyorum. Dinlenme fırsatı olmuyor. Mesela geçen gece kanaması olduğu için uyuyamadık. Dün tansiyonu düşük çıktı. Hemşire yarım saatte bir ölçün dedi. O nedenle uyuyamadık. Yani kendimi dinlendiremiyorum.” **(O1/K19)**

“Hastamın bakımı tamamen benim üzerimde. Herkes bilmiyoruz diyor. Benden başka hiç ilgilenecek kimse yok. Babam sadece dört saatliğine durdu. ‘Ben anlamam ben anlamam’ diyor. Benim de dinlenme ihtiyacım olduğunu kimse düşünmüyor.” **(O1/K17)**

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan sosyal yaşama ilişkin problemleri; kendine özel zaman ayıramama, kendini yalnızca hastasının bakımına adanma, sosyal yaşantısının kesintiye uğraması, asosyal bir hayat yaşama, bakım yükü nedeniyle kişisel bakımını aksatma, hastane dışına çıkamama ve yakın çevresindeki kişilerle vakit geçirememeye olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela kendime vakit ayıramıyorum. Sadece eşime adadım kendimi. Onun yemeğiymiş, onun temizliğiymiş, onun işiydi... Hep ona göre kendimi planlıyorum, ona göre düzenliyorum. Başka birşey yok. Şuraya gideyim, buraya gideyim, şunu yapayım, bunu yapayım yok.” **(O1/K6)**

“Benim sosyal hayatım yok. Asosyal bir hayat yaşıyorum. Ben yaklaşık altı senedir anneme bakıyorum. Annem bir buçuk seneyi aşkın iki senedir yatalak. Bu dönemde hiç sosyal hayatım yok.” **(O1/K8)**

Hiç birşeyimiz yok. Kendimize özel bir vaktimiz yok. Kendimize vakit ayıramıyoruz, kendimizi düşünemiyoruz. Bazen eşim burada kaldı, bazen ben burada kaldım. İkimiz birden kalamıyoz. Ben burada gündüz kalıyorum. Eşim gece işe gitmek zorunda. Gece gündüz işe uykusuz gidiyor. Banyo yapamadığımız günler oldu. Bir hafta kadar üstümüzü değiştirmedığımız günler oldu. Çok zor...” (O1/K14)

“Hastaneden çıkamıyorum ki buraya geldiğimden beri. Duşumu arkadaşımında alıyorum. Duş için dışarı çıkıyorum. Bir gün adalet sarayına, sosyal hizmete gitmem gerekti. Hani iki kere falan, hastaneden dışarı adımımı attım. Onun dışında sadece sigara içmeye dışarı çıkıp geliyorum. Başka bir şey yok.” (O1/K19)

“İstediğin an istediğini yapamıyorsun. Sonuçta eve bağımlı kalmak zorunda kalıyorsun. Bir sorumluluğun var evde. Bunun vermiş olduğu bir şeyle bazen bunalmalar bazen kendi kendini teslim etmeler oluyor.” (O1/K16)

“Ben şimdi yeğenlerime gidip, amca kızlarıma gidip, bir kafa dağıtayım istiyorum. Hastam rahat olduğu zaman ‘hadi git’ diyor. Sağlık ocağına doktora gittim. ‘Böyle bir sorunum var’ dedim. Doktor bana ‘senin iki saat kafa dağıtma hakkın var’ dedi. Ama haftalardır dışarıya çıkamıyorum.” (O1/K20)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan aile ve iş yaşamına ilişkin problemleri; çocuklarının ve eşlerinin yanında olamamaya bağlı olarak eş ve annelik rollerini eksik yapma, bu durumdan üzüntü duyma, eş ve çocuklarının durumunu merak etme ve hastasına refakat edebilmek için işi bırakmak zorunda kalma olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi evden uzakta olduğum için çocuklar benden ayrı kaldı. Oğlum şimdi üniversiteye hazırlanıyor. Kızım yeni liseye başladı. Onların bu sürecinde yanında olamamak beni biraz üzdü. Çocuklar için sıkıntı yok. Bence onlar hallerinden memnunlar. Ama ben bir anne olarak kendimi onları geri plana atmış gibi hissediyorum.” (O1/K3)

“Şimdi ben hastamın başındayım. Benim eşim köyde tek başına. Ayırız, telefonda konuşuyoruz. Ama ne kadar konuşsak da onu görmüyorum... Zaten eşim zona hastası. Az sinirlense vücudu sakat gibi oluyor. Yani öyle bir şeyi var eşimin. Bunlara hep üzülüyorum.” (O1/K9)

“Ben 35 gün izin aldım öyle geldim buraya. Ücretsiz izne çıktım sonra. Yoğun bakımdayken yapabilecek birşey yoktu. Tekrar işe döndüm. İki hafta çalıştım sonra tekrar işi bıraktım. Çünkü o iki haftalık süreçte işe de kendimi veremedim. Bakım çalışmıyorum olmuyor... İş yerinde benim durumumu biliyorlardı. Ama yine de birkaç defa dikkat dağınıklığından uyarı aldım. Yansıtmayayım desem de aklım burada kaldı.” (O1/K19)

“İşi bıraktım. Babamı şimdi bırakamam ben. Çünkü kendimi babama adadım. Her şeyi sildim, işi bıraktım.” (O1/K13)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan psikolojik sorunlar ile ilgili olarak uyku problemleri, hayattan zevk alamama, moral bozukluğu, hastasının acı çekmesinden etkilenme, gerginlik ve hastasına kötü bir şey olmasından korkma olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt tema ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ben kendimi rahatlatamıyorum. Dün bile çok rahatsızdım. Acile gittim. Acilde ilaç yaptılar da öyle ayaktayım. Psikolojik olarak açamadılar ellerimi. Böyle çok sinirlendiğimde canım çok sıkıldığında kitleniyorum.” (O1/K1)

“Uykularım iyi değil. Moralim iyi olmadığı için hayattan zevk almıyorum.” (O1/K15)

“Psikolojik olarak beni etkiliyor. Devamlı ağrısını sızısını gördükçe etkileniyorum.” (O1/K21)

“Şu an psikolojik olarak çok etkiliyor. 2016’dan beri çok etkiledi. O zamana kadar böyle düşünmüyordum. Ondan sonra kilodan düştü. Böyle yüzü gözü kızardı, iyice

hastalandı. O zamana kadar hiç öyle bir şey olmuyordu. Ondan sonra korkmaya başladım.” (O1/K1)

“Psikolojikman beni etkiledi. Aslında bakımını kendim yaptığım için gönlüm, içim ferah. Ama ben de ister istemez geriliyorum” (O1/K19)

“Uyuyamıyordum, ellerim ve kollarım uyuşuyordu. O nedenle ben de psikiyatriye gideyim dedim. 20-25 gün oldu. Psikiyatri doktoru: ‘ellerin neden uyuşuyor, nasıl oluyor’ dedi. Ben de ‘hocam cenaze duyunca veya bir şey olunca çok etkileniyorum. Babam çok hasta ondan’ dedim, doktor da: ‘Senin babandan dolayı psikolojin bozulmuş. Sen de tansiyon var, mide ülseri var. Benim yapacağım hiçbir şey yok. Sana hap veremem. Ödem yapar, kilo aldırır’ dedi. Onun için vermedi.” (O1/K5)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan ekonomik problemlerle ilişkili olarak hastalarının tedavi masrafları için arazi ve diğer maddi varlıklarını sattıklarını, mali yönden bu durumun kendilerini etkilediğini ve maddi desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Maddi olarak çok etkiledi, bütün yerlerimiz gitti. Çok yer sattık bunun için.” (O1/20)

“Önceden fizik tedavi yaptırırken arazi sattık öyle fizik tedavi yaptırдық. Parasız olmuyor.” (O1/K10)

“Gücüm kalmadı artık. Gücüm yok. Ben maddi manevi destek istiyorum. (O1/K9)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan duygusal problemlerle ilişkili olarak hastasının durumu kötü olunca öleceğine dair kaygı ve telaş duyma, hastasının geleceği hakkında endişelenme ve hastasının durumuna üzülme olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Buraya gelene kadar iyiydi. Öyle korkularım yoktu. Şimdi burada kalp ritmi ekranda görünüyor ya, az bir düşse benim kalbim yerinden çıkacak gibi oluyor. Her an birşey olacakmış gibi.” (O1/K1)

“Sanki annem gidecekmiş gibi devamlı kaybedecem gibi hissediyorum. Şu anda kafamda o var.” (O1/K2)

“Nefes alamıyor, tam tıkanıyor, simsiyah kararıyor, ondan çok etkileniyorum. Ne yapsam diye telaşa düşüyorum, endişe ediyorum” (O1/K5)

“Şimdi ilerde ne yaşayacağım? Ne göreceğim? Acaba nelerle karşılaşacağım? Onda ne gibi değişiklikler olacak?..... Endişeleniyorum.” (O1/K6)

“Onun (hastasını kastediyor) bir lavaboya gittiği zaman, evde birisi olduğu zaman, çocuklar bile olduğunda kapısını kitlediğini biliyorum. Burada işte hep bezliyoruz, bezini açıyoruz, tabi ben tek başına yapamıyorum. Yanımda ya oğlum oluyor ya kızlar oluyor ya abim oluyor. Onun gözünden bazen yaşlar geliyor. Altını temizlerken en çok beni o üzüyor. Hasta olduğu değil de o mahremine bakılması onu üzüyor” (O1/K7)

“Üzülüyorum, sadece haline üzülüyorum.” (O1/K9)

“Annemiz gözümüzün önünde kemoterapi alıyor, baygın aygın yatıyor, üzülüyoruz” (O1/K12)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan spiritüel problemleri yaşamın anlamsız olduğunu düşünme, geleceğe yönelik plan ve hayallerde değişim, kendi geleceğini görememe, geleceğin belirsiz olması ve umutsuzluk olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu doğrultuda ifadeleri şu şekildedir:

“Hayatın ne kadar anlamsız olduğunu düşündüm (gülümseyerek). Yani şu ömrün ne kadar kısa olduğunu. Yaşadığın hayatın ne kadar anlamsızlaştığını hissediyorsun. Ben onu anlıyorum yani başkasını bilemem.” (O1/K3)

“Tabiki, hayatın çok kısa, çok anlamsız olduğunu biliyordum. Ama daha iyi anladım. Niye dersin eşim çok sağlıklıydı. Onbeş dakikanın içinde hasta oldu. Üç gün içinde kanser olduğunu öğrendim. Bunun üstüne bir de iki yıl ömrü olduğunu öğrendim. Hayat anlamsız yani. Yalan dünya derler ya. Dünyada insanlar yalan. Dünya duruyor yerinde, vakti gelen de gidiyor.” (O1/K7)

“Benim hayallerim vardı tabiki, isteklerim... Ama o hasta olunca hiç umudum kalmadı ki. Yani ona birşey olsa ben kızımınla tek başıma kalacağım diyorum (sesi titriyor). Yani, ümidim kalmadı. Hayattan hiçbir beklentim yok şu an.” (O1/K1)

“Hayallerim vardı, hayallerim yok oldu. Babam yatağa düşünce babamla ilgili kurduğum hayaller bitti. Yani çocuk gibi oldu (babasını kasdediyor). Önceden biz onu alırdık, götürürdük. Atakum gibi yerlerde ben mangal falan yapardım. Salıncağa bindirir onu sallardım. Ama şimdi ellerim sızlıyor, kemiklerim sızlıyor, yok oram sızlıyor, yok buram sızlıyor diye yakınıyor.” (O1/K13)

“Kimsenin yarına çıkıp çıkmayacağını garantisi yok. Eskiden daha çok yarını düşünürdüm. Şimdi o kadar yarını düşünmüyorum. Hayal kurmuyorum. Çünkü yarının ne getireceğini bilmiyoruz. Bizim bir planımız varsa Allah’ında bir planı var diye düşünüyorum. Yani biz ne kadar planlar kurarsak kuralım onun dediği olacak.” (O1/K15)

“Anneme ilerisinde ne yapacağımı bilmiyorum. Kendi hayatıma düzen veremiyorum. Yeniden evlilik istiyorum. Ama onu yapamıyorum. Annemi yalnız bırakırsam ne olacak?” (O1/K17)

“Planlarım tamamen değişti. Şu an geleceğim hakkında çok şey yapamıyorum yani önümü göremiyorum. Normalde müfettişlik için KPSS’ye de hazırlanmayı düşünüyordum. Mezun oldum iki yıl geçti. Derslerden biraz uzaklaştım. Ders çalışmam gerekecekti. İngilizce ve KPSS beraber yürütecektim. Öyle bir planım vardı. Ama şu an

için babam ne kadar hastanede kalacak hiç belli değil. Onu yalnız bırakamam zaten. Dediğim gibi şu an önümü göremiyorum.” (O1/K19)

“Şimdi aklıma gelmiyor. Ama çok şeyler umut ediyordum. Her şeyim alt üst oldu.” (O1/K20)

“Geleceğe daha umutlu bakarken biraz insan yıpranıyor. Heves ettikleri şeyler kalmıyor. Hastalanmadan önce oturur hayal ederdik. Şunu yapacağız bunu yapacağız buralara gideceğiz, gezeceğiz diye. Biz ailecek ne yapacaksak birlikte yaparız. Hem yakınız, fazla uzak değiliz zaten. Şimdi hepsi kaldı.” (O1/K21)

Katılımcıların büyük çoğunluğu yaşadıkları problemlerden birisini de çok fazla ölüme tanıklık etme olarak ifade etmişlerdir. Palyatif bakım ünitesinde diğer hastaların ölümüne tanıklık etmenin kendilerini etkilediğini, üzüldüklerini, yıprandıklarını, morallerinin bozulduğunu, karşılaşılan bu durumun bakım sundukları hastalarının da öleceğini kendilerine düşündürdüğünü belirtmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Bu servisten çok ölü çıkmasından etkileniyorum. Çok üzüliyorum. Bir gün ben de gideceğim diyorum. Bu korku değil, ama bazen tek tek bazen de arka arkaya... Mesela pazar günü 4 tane birden hasta öldü gitti. Biri bizim odadan, biri sevdiğim bir teyze, biri erkek hasta, biri kapı tarafından. Bu durumdan nasıl etkilenmezsin?” (O1/K2)

“Bu servise özgü olarak çok sık ölüm görüyoruz. O da bizi üzüyor biraz. Moralimizi bozuyor. Günde 3-4 tane cenaze çıktığı oluyor. Onlara şahit oluyorsun üzüliyorsun. Hastana bakıyorsun bir şey yapamıyorsun. Yani o şeyi yaşamak senin de onu yaşayacağını düşünmek biraz seni zorluyor ve yoruyor. Yoksa bir sıkıntımız olmuyor” (O1/K3)

“En çok bu ölüm anında o koşturmaca... İki saniye içinde nefes bitiyor. Yeşil çizgili bir çarşaf var onu getiriyorlar. Hemen ağzını falan bağlıyorlar. Kuş gibi çıkış kapısından çıkarıyorlar. En çok beni o üzüyor. Bir nefesin bitmesi bu kadar basit. Bu

kadar basit hazırlanıyor ve bitiyor. Ama onların da yapması gereken bu. Çünkü benim gibi hastasının yanında duranlar ya da hastasının sonunu bekleyenler daha fazla görüpte üzülmeyin diye bu kadar çabuk yapıyorlar. Bir de şöyle beyaz şeffaf bir torba var (balon valf maskeyi tarifliyor), onu taktıkları zaman anlıyorum ki o hastanın çok vakti kalmamış. Çok olsa bir gece geçiyor üzerinden. Doktor dışarıya çıkıyor, diyor ki: 'herşeye hazırlıklı olun, çok vakti kalmadı'. Kızım eşimle ilgili soru sormaya doktorun yanına gitmiş. Buradan çıkışın hayatta olmayacağını doktor kibar bir dille, çok nazik, naif bir dille anlatmış. Bu gece 4 kişiyi beklediğini söylemişti, gerçekten o gece 4 kişi vefat etti. Bunlar insanı çok üzüyor. Yine de etkilenmediğimi zannediyorum ama şunu da biliyorum bu etkilenmediğim dediğim şeyler daha sonra benden çıkacak. Benden de çocuklarımdan da. Çünkü kolay birşey değil burada vakit geçirmek zor. Bazen kendi hastanı bırakıp başkasının hastasına çok üzülyorsun." (O1/K7)

"Ben 92 gün kaldığımda 18 tane vefat oldu. Burada aile oluyorsunuz. O hastaların çarşaflarını birlikte değiştiriyorsunuz. Yardım ediyorsunuz. Birlikte lavaboya götürdüğünüz oluyor. Yakın zamanda tanımana karşın sanki 40 yıldır tanıdığın bir dostun gibi oluyolar. Onları kaybetmek üzücü elbet." (O1/K8)

"Ben ilk geldiğim zamanlarda mesela günde 4-5 tane vefat oluyordu. Onlar önümden geçtikçe onlardan çok aşırı derecede etkilendim. İlk geldiğim dönem bayağı yıprandım. Ondan sonra bir alışma dönemine girdim. Şu an hastane adını duymak istemiyor gibiyim." (O1/K16)

"Ölümlere artık biraz biraz alışıyorum galiba. Önceden başlarda çok etkiliyordu. Yani ağlayan olunca duramıyordum. Zaten o yerde durmamaya çalışıyordum. Ölü olunca gidip bakmam çünkü feryat figan oluyor, dayanamıyorsun. Bir de önceden hiçbir hastalık yaşamadım. Ömrü hayatımda böyle birşey hiç görmedim. Çok yakınımı kaybetmedim." (O1/K19)

"Etkilemez mi çok etkiliyor hem de. Cenaze olunca tuvalete gidemiyorum." (O1/K20)

“Cenazeler falan oluyor. İster istemez üzülüyorsun. Kayıplar var. Yapabileceğin birşey yok. Müdahale edemiyorsun. Ama şimdi etkileniyorum. Niye dersen, burasının en son nokta olduğunu öğrendim. Bir bayan doktor: ‘siz buranın ne olduğunu bilmiyorsunuz galiba’ dedi. Ben de: ‘bilmiyoruz’ dedim. ‘Biz buraya ağrı bölümü diye geldik’ dedim. Bana direkt ‘palyatif servisinin ne olduğunu internetten aç bak’ dedi. Siz hastanın durumunu soruyorsunuz. Kimsenin kaybedilmesini istemem ama. Burada ya insan iyi oluyor ya ölüp çıkıyor artık öyle düşünüyorum...” (O1/K17)

“Sanki bir ölüm yeri gibi burası. Daha çok geceleri ‘gitti’ diye bir çılgılık oluyor. Yüreğim hopluyor gidiyor. Sanki kalbim ağzımda. Gidiyoruz destek oluyoruz. Bilmiyorum. Yani anlatılmaz burası, yaşayan bilir. Etkileniyorum. Tek beni değil herkesi etkiliyor burası” (O1/K2)

“Bizi yoruyor, üzüyor. Şimdi oradan yan taraftan perdeli yerden hasta çıkıyor. İki tane hasta gönderdik biz buraya yattığımızdan beri. Biz de bu şekilde gideceğiz diye düşünmek insanı biraz sıkıntıya sokuyor.” (O1/K3)

“Şimdi eşim bu duruma geldi. Demek ki çok kötü oldu. Yani kaybedeceğim. Zaten buraya iyi bir insan gelmiyormuş, kötüler geliyormuş.” (O1/K6)

“Yani ölen kişiyle uzun zaman geçirince üzülüyoruz. Yeni gelen bir hasta akşamında ya da bir iki gün sonra vefat edince insan olduğu için üzülüyorsun ve şifa istiyorsun. Herşeyi yaradan Rabbim’den şifa istiyoruz. Onun için merhamet istiyorsunuz. Ama bir şeyin bilincindeyiz. Yarın ya da bir saat sonra benim annem de vefat edebilir.” (O1/K8)

“İşte dediğim gibi buranın riskli hastaların servisi olduğunu biliyor olmak, buradan hastaların %90’nının hayatını kaybederek çıkacağını bilmek beni elbette etkiliyor.” (O1/K15)

“Burada tabiki üzülüyoruz, hastaların son çareleri olduğu için.” (O1/K18)

Tema 3: Problemlerle Baş Etme Yolları

Katılımcıların bakım verme sürecinde karşılaşılan problemlerle baş etme yollarını; dua ve ibadet etme, problemi görmezden gelme, çevresindeki bireylerden destek alma olarak gruplandırılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu bakım verme sürecinde karşılaştıkları problemlerle baş etmede dua ve ibadetin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı katılımcıların bakım deneyimini dinî inançları ile ilişkilendirdikleri ve dinî inançlarına sığındıkları görülmüştür. Hasta yakınları, dua ve ibadet etme ile ilişkili bu durumu manevi duygulara sarılma, sabretme, abdest alma, namaz kılma, Kur'an okuma, Allah'a yalvarma ve sığınma, şükretme ve yaşanan durumu Allah'ın bir sınavı olarak görme olarak açıklamışlardır. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Manevi duygulara sarılıyorsunuz. Her şey kader mi? Tabiki değil. Her şey kader değil ama kaderde kazada Allah'tandır. İnsanların tercihleri de bunları çok fazla etkiler. Herşey ondan değil, ama çoğunlukla sığınyorsunuz. Çünkü çıkış noktanız yok. Sabır çok önemli. Sabır insanların fiziksel görünümleri baş örtüsü vesaire ile ilgili değil. Tamamen iç güdüsel, inançla alakalı bir şey. İştirak Suresi'nde dediği gibi mutlaka diyorum Allah kimseye taşıyamayacağı yük yüklemeyecektir.” (O1/K8)

“Bu sorunlarla baş etmek için ne yaparım biliyor musun? Otururum Allah'a yalvarırım, 'Allahım sen bana yol göster, sen beni bunaltma' diye Allaha yalvarırım. 'Cenab-ı Allah'ın verdiği bir sınav bu' derim. Allah'ımın defteri çok büyük. Eğer bu sınavdan ben düzgün geçebiliyorsam benim için ne mutlu derim. Bu kelimeleri hep söyledim. Her zamanda söylüyorum.” (O1/K9)

“İki rekat namaz kılarım, çok dua ederim. Abdest almak bile beni rahatlatıyor. Bunu herkes yapsın, abdest almak vücudu rahatlatıyor. Yabancı devlette diyor ki: 'Türk milletinin sağlıklı olmasının sebebi abdest almaları' diyor. Ben de biraz bunaldığımda gittim abdest aldım, okudum, rahatladım. Onu da rahatlattım, ben de rahatladım.” (O1/K11)

“Dua ediyorum, Allah’tan gelene razıyız diyorum. Kendimi o şekilde teselli ediyorum. Bu hayatın gerçekleri diyorum. Bir an için duygusal olarak bitiyorum. Ama daha sonra kendime geliyorum. Allah’a dua ediyorum. Yaşanması gereken şeyler bunlar diyorum ve Allah’a sığınıyorum. Çünkü başka yapacak birşey yok.” (O1/K12)

“Baş etmek için çaba gösteriyoruz. Allah’a yalvarıyoruz, şükrediyoruz. Öyle başka yapacak bir şeyimiz yok. Allah yardımcımız oluyor. Ne bileyim öyle düşünüyoruz.” (O1/K14)

“Hastaya bakmanın mukafatını biliyoruz. Rabbim diyor ki ben size daha üstünün daha üstünü vereceğim. Yeterki siz hastanıza bakın, onu incitmeyin, ona güzel güzel bakın, temiz temiz bakın diyor.” (O1/K20)

“Kendi kendine bu bir sınav diyorsun, geçecek diyorsun. Biz de ilerde farklı durumlara düşebiliriz, daha kötü olabiliriz diyerek kendini teselli ediyorsun.” (O1/K16)

“Namazlarımızdan sonra dua ediyoruz. Sabır diliyoruz. Kur’an okumak hem onu rahatlatıyor hem bizi rahatlatıyor. Yapacak başka bir şeyimiz yok” (O1/K3)

Katılımcıların söz konusu hastalar değer verdikleri insanlar olduğunda, problemleri görmezden gelmeye çalıştıkları görülmektedir. Katılımcıların bu alt tema ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mutlaka yoruluyorsun, sosyal yaşamını etkiliyor. Duygusal olarak da yoruluyorsun, fiziksel olarak da yoruluyorsun. Ama ne yapacaksın karşıdaki insan... Hani arada bir bağ olması nedeniyle onları görmüyorsun. Yeter ki ona bir faydam olsun yardımım olsun diyorsun. Keşke şu dönemi atlatabilecek bir şeyimiz olsa kaldırabilsek diye çabalıyorsun ama boş.” (O1/K3)

“Merhametli olunca mutlaka anneniz olmasına gerek yok. Orada yatakta bir can yatarken, sen sağlıklısın en azından elin ayağın tutuyor diye düşünüyorsun. Olumsuz

yönleri öteliyorsunuz. Bilinç arkasına atmaya başlıyorsunuz. İyi yönleriyle bakmaya çalışıyorsunuz.” (O1/K8)

“Yani canım pahasına bütün servetimi dökerim ben. Sen şimdi kendi annene bakmaz mısın? Aynı işte.” (O1/K13)

“Yardımcı biri olsa daha güzel olur. Tek başıma olduğum için yoruluyorum. Ama baktığın kişi annen olunca o yorgunluğu bile hissetmiyorsun.” (O1/K12)

Katılımcılar bakım verme sürecinde karşılaşılan problemlerle baş etmek için çevresindeki bireylerin desteğini aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda çocuklarından özverili ve sabırlı olmalarını istedikleri, aile üyeleriyle/arkadaşlarla paylaşımda bulunarak rahatlamaya çalıştıkları, diğer hasta yakınlarıyla birbirlerini teselli ve motive etmeye çalıştıkları görülmüştür. Katılımcıların bu alt temayla ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Allah yardımcımız olsun dedik çıktık yola. Bir şey yapmadık. Yani herkes biraz sabırlı oldu, özverili oldu. Çocuklarımıza ‘oğlum kızım babaanneniz için biraz sabredeceğiz. Her zaman farklı şeyler yemek zorunda değiliz. Tost yeriz veya başka bir şey yeriz bunları dert etmeyelim. Ne olur derslerinizden geri kalmayın. Size bakamıyorum ilgilenemiyorum. Siz de boşlamayın kendinizi’ dedik. Yani onlarla, eşimle birlikte konuştuk. Kendi kendimizi biraz motive ettik. Madem bu sıkıntıları yaşayacaksak beraber yaşayacağız, beraber atlatacağız dedik. Görümcelerimle konuştuk, ne yapalım? bu başımıza geldi katlanacağız. Annemiz için bunu çekeceğiz, yapmak zorundayız dedik. Mesela görümcem Kavak’tan ailesini bıraktı geldi.” (O1/K3)

“Bilinci yerindeyken onu (bakım verdiği hastasını kastediyor) teselli ediyorum: ‘bak hacı ben de böyle (Katılımcı kolon kanseri tedavisi aldığını kastediyor) oldum, sen de bana baktın, gayet normal. Benim annem de böyle yattı, ben de altından aldım. Gayet normal, bunları aşacağız, geçecek, unutacağız’ diyorum... İşte öyle teselli ettim, onu da kendimi de.” (O1/K7)

“Kendimi evdeyken balkonuma atarım, orda otururum, düşünürüm, eşim varsa eşim ile paylaşırım, ondan sonra, kendime gelirim.” (O1/K9)

“Kızım ile konuşuyorum. Büyük kızım psikolojik danışmanlık ve rehberlik mezunu olunca, psikolojik olarak beni rahatlatıyor. Başka bir de kız kardeşimle konuşuyorum. O da doktor olduğu için, onun yönlendirmesi bizi biraz rahatlatıyor. Hani sıkıştığım zaman elimin altında hemen danışabileceğim birinin olması bizi rahatlatıyor...” (O1/K15)

“Hiçbir şey yaptığım yok. Şu an diğer hasta yakınları ile birbirimize teselli ediyoruz.” (O1/K2)

“Hiçbir şey yapmıyoruz şu an. Sadece birbirimizi motive etmeye çalışıyoruz. Kendi çevremizle, hasta yakınlarımızla, eşimizle dostumuzla, dayılarımızla, yengelerimizle.” (O1/K3)

“Benim çocuklarım bana destek, bir de etrafımda bana destek olan çok oluyor. Benim oğlan kardeşim her zaman telefon açar. Aslında çok yoğunudur. Özel bir hastanede profesördür. Bana sürekli telefon eder, moral verir, beni rahatlatır. Onunla konuşunca çok rahatlıyorum.” (O1/K11)

“Karşılaştığın iki kişiyle konuştuğun zaman şu şöyleydi, bu böyleydi, yalan dünyaydı ... haliyle rahatlıyorsun.” (O1/K18)

“Arkadaşlarla konuşuyorum. O da beni biraz rahatlatıyor.” (O1/K19)

Tema 4: Bakım Verme Sürecine İlişkin Beklentiler

Katılımcıların bakım verme sürecine ilişkin beklentileri; bilgilendirilme ve yönlendirilme, duygularını ifade edebilme, dinî ve spiritüel yönden desteklenme olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılar, ihtiyaç duydukları desteği; psikiyatrik bir ilaç kullanılmaksızın yalnızca konuşularak rahatlatılma, teselli edilme, hastasının durumu hakkında bilgilendirilme, hastalık sürecinde neler yapacağı/nasıl davranacağı konusunda yönlendirilme, hastasının ölümüne hazırlanmasına yardımcı olunması ve dinî yönden

hasta bakımının önemini anlatılması olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu doğrultuda ifadeleri şu şekildedir:

“Şu sinirimi atmama yani beni rahatlatmaya nasıl bir destek olursa ondan isterim.” (O1/K1)

“Destek derken benim açımdan sizinle şu diyalog bile yetiyor insana. İçini dökebileceğin karşısına oturup ağlayabileceğin bir ortam olsa bile yetiyor insana. Çünkü her yerde yapamıyorsun.” (O1/K3)

“İlaçsız konuşarak rahatlatılmak isterdim.” (O1/K7)

“Beni yönlendirecek, daha doğru önerilerle bulunabilecek, benim psikolojimi anlayacak birileriyle konuşmak isterdim” (O1/K19)

“Sıkıntım olduğunda konuşabileceğim bir insan isterim karşımda. Bazen aile ya da arkadaş bile insana yeterli gelmiyor.” (O1/K17)

“Gerçekten bir yaşam koçu olsaydı. Beni yönlendiren, benden daha üstün, akıllı biri olmuş olsaydı. Onun tavsiyeleriyle hayatımın gerçekten güzel bir yöne gittiğini hissetseydim.” (O1/K8)

“Hastam yatıyor, hastamla ilgili şu şöyle olur, bu böyle olur diye bilgi almak isterdim. Başka birşey yok.” (O1/K9)

“İster istemez paylaşım, konuşmak, dertleşmek, insanı rahatlatıyor. Geçen gün hiç farkında olmadan biri geldi, ‘geçmiş olsun’ dedi. ‘Buyrun tanıyamadım’ dedim. ‘Ben manevi destekten geliyorum’ dedi. Konuştuk ettik, sohbet esnasında hiç farkında olmadan çocukluğuma kadar gitmişiz. Normalde özelini o kadar anlatan biri değilimdir. Ama hiç farkında olmadan sohbet sohbeti açtıkça bayağı bir rahatladım.” (O1/K12)

“Beni teselli etmelerini isterim. Güzel güzel anlatsın. Bana ne olacağıının, nasıl yapılacağıının anlatılmasını isterdim. Benim bu süreçte neler yapacağımı, hastaya, kendime, karşımdakine nasıl davranacağımı anlatsın isterdim. Bazen hastam burası benim için son yer ben anladım dediğinde ona cevap verirken ağlayasım geliyor. Ama hiç belli etmemeye çalışıyorum. Hastam bana böyle bir şey sorduğunda ona nasıl cevap vermem gerektiği ile ilgili bana yardım edilmesini istiyorum.” (O1/K14)

“Her yönden konuşup, beni rahatlatmasını isterim, rahat olmayı isterim.” (O1/K18)

“Ne bileyim fikir versin, bana azıcık destek olsun isterim. Dinî konularda destek isterim. Senin yaptıkların boşa gitmeyecek desin mesela. Bu beni rahatlatıyor. Diyorum ki cennet var bu dünya bir gün bitecek. Ömrün ne kadar olduğunu bilmiyorsun. Ama Rabbim belki de beni iyi kullarından bir tanesi yapıyor.” (O1/K20)

“Mesela Allah göstermesin, eşime birşey olduğu zaman nasıl altından kalkabilirim, nasıl yapmalıyım? Hani çok korkuyorum. Ondan çok korkuyorum işte. Altından kalkabilir miyim? Acaba kendimi nasıl hissederim? Hep bunları düşünüyorum.” (O1/K6)

4.2.3. Hasta Yakınlarına Watson’ın İBK’sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı Uygulandıktan Sonra Yapılan Görüşmelerin İçerik Analizine İlişkin Bulgular

Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulandıktan sonra girişim grubu hasta yakınlarıyla yapılan görüşmelerde, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-II’den yararlanılmıştır. Görüşmeler sonrasında 1 tema ile 3 alt tema elde edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 18’de sunulmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Hasta yakınlarına Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulandıktan sonra belirlenen tema ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının etkileri	Geleceğe olumlu bakma ve umutta artma
	Rahatlama
	Hayatı anlamlandırmada değişim

Tema 1: Hemşirelik Bakımının Etkileri

Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının katılımcılarda oluşturduğu etkiler; geleceğe daha olumlu bakma ve umutta artma, rahatlama, hayatı anlamlandırmada değişim olarak gruplandırılmıştır. Hasta yakınları, Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrası, geleceğe umutla baktıklarını, karamsar olmayı bıraktıklarını, geleceğin kendileri için daha güzel şeyler getireceğine inandıklarını ve hayalleri hakkında olumlu düşünmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temalara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi daha farklı düşünüyorum. Sanki, önümde bir gelecek varmış gibi.... Güzel günler beni bekliyormuş gibi...Kaç gecedен beri rahatım mesela... Şimdi umutlu bakıyorum, öyle karamsar değilim...” (O1/K6)

“Karamsarlığı kendin yapıyorsun. Umut var, umutsuz ne olur ki yaşanmaz. Umut edeceğim. Karamsarlık elimizde, kendi kendimi karamsar yaptım zaten. İyi gözle bakacağım... umutluyum” (O1/K2)

“Çok mutlu etti, çok umutlu etti beni... Umut verici oldu... Rahatlattı, teşekkür ederim” (O1/K9)

“Kendimi iyi hissediyorum, bir dert ortağı gibi oldu, rahatladım. Güzel bir duygu. Güzel birşey paylaşmak rahatlıyorum... İyi hissettirdi... Umutlu bir insanım.” (O1/K12)

“Ümitliyim... Hep ileriye gözümde canlandırdım. Geleceği düşündüm. Olumlu düşündüm. Beni ümitlendirdi. Hayallerim gerçek olmuş gibi geldi. Memnun oldum.

Konuştuktan sonra ben çok iyiyim dedim. Başımın ağrısı bile geçti. Kadınlara siz de konuşun siz de konuşun diyorum. Olumlu yönde etkilendim. Seninle konuşmaktan memnun oldum. Ben çok teşekkür ederim. Gerçekten de umutlandım...” (O1/K12)

“Umudum arttı. Güzel şeyler olacakmış gibi. Yani en azından benim adıma güzel şeyler olacakmış gibi.” (O1/K8)

“Geleceğe daha umutla bakacağım. Eşim bugün var yarın olmayacak. Belki o olacak da ben olmayacağım. Yine de hayat bu. Yalan dünya çok tatlı. Yine de umut var...Umut var, umut hep olmalı. Umut olmazsa yaşanmaz zaten.” (O1/K7)

“Hayallerimle ilgili, daha olumlu düşünmeye başladım.” (O1/K14)

Katılımcılar, Watson’ın İBK’sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrası rahatladıklarını, ağrılarının azaldığını, mutlu olduklarını, kendilerini iyi hissettiklerini, sıkıntılarından kurtulduklarını, huzurlu olduklarını, destek hissettiklerini, anlaşıldıklarını düşündüklerini, güven hissettiklerini ve motive olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temalara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Benim bu kulağımdaki çığırtilar gitti. Beynimdeki yorulma gitti. Baş ağrılarım gitti. Yani mutluyum gibi geliyor. Sen buraya gelince daha çok mutlu oluyorum... Seninle konuştum rahatladım. Şu omuzlarımdan sanki bir yük kalktı. Seninle konuşmalarımızdan sonra sanki silindi.” (O1/K6)

“Biriyle konuşmak, bir şeyler yapmak rahatlatıyor. Beni rahatlattı, dün hatta gelirsin diye seni bekledim. Namaz kılıyordum. Şimdi namaz kılariken gelir mi? dedim. Ben hayal kurmayla ilgili kendi çapımda bir ders aldım. Size söylemek istemiyorum. En ufak bir sıkıntıda aklıma onu getireceğim.” (O1/K11)

“Biraz daha iyiyim. Bilmiyorum seninle görüşünce konuştukça konuştukça içimi boşaltıyorum. Hastamda bir değişiklik yok, hastamız aynı ama ... İyiyim çok şükür...iyi geliyorsun. Bu görüşmeler iyi. İnsan içini döküyor. Araştırdıkça içimdeki şeyleri

çıkartıyorsun. İster istemez konuşmak beni rahatlatıyor. Konuşunca içindeki sıkıntıyı atıyorsun. Gittiğin yere rahat gidiyorsun. Evine rahat gidiyorsun. Huzurlu gidiyorsun. Burada olduğun sürece görüşmelere devam edelim. Güzel oluyor güzel gidiyor... (O1/K3)

“Paylaşmak rahatlatıyor. Her şeyini paylaşıyorsun, rahatlıyorsun. Seve seve konuştum. İyi yönden etkiliyor ve rahatlatıyor. Böyle konuşmak mutluluk veriyor.” (O1/K10)

“Bugün belki palyatifteki birçok insanın ihtiyacı olan şey, dinlenilmek. Hani şu çok gereksiz bir laf: ‘Aman takma geçer geçer, bu da geçer’ çok gereksiz bir laftır. Evet hepimiz biliyoruz bazı şeylerin geçeceğini ama geçerken hangi yaralar bıraktığını bilmiyoruz. Bu görüşmeler benim için çok verimliydi. Size bakınca rahatlıyorum. Beni anlıyor gibi bakıyorsunuz.” (O1/K8)

“Bir akrabam ya da arkadaşım gibi seninle konuşmak beni rahatlattı. Bir yabancıya anlatmak, deşarj olmak beni rahatlattı.” (O1/K7)

“Destek amaçlı konuşmak iyi geliyor insana. Bizim desteğe ihtiyacımız var özellikle burada yatan herkesin. Yani beni anlayacak, daima dinliyecek, fikir verecek, neyin yanlış neyin doğru olduğunu söyleyecek... Konuşmak iyi geliyor...Yani insan içini dökünce rahatlıyor. Kendini iyi hissediyor.” (O1/K1)

“Bana iyi geldi, konuşmak çok güzel geldi. Açık konuşayım rahatladım. Mesela burada konuştuğum diğer hasta yakınları onlarda kendi dertlerini anlatıyor.” (O1/K2)

“Konuşacak birini bulmak güzel bir şey. Anlayıp dinleyecek insan demiştim ya. Dinliyorsunuz, anladığınızı düşünüyorum.” (O1/K17)

“İçimi boşattım aslında. Çünkü beni karşımda dinleyen birisi var. Bazen insan böyle konuştuğunda rahatlıyor. Ama bir de konuşamadığını düşün. İçine ata ata en sonunda dışarı patlıyor” (O1/K14)

“Güzel bir şey sizin böyle sormanız bizimle konuşmanız. İnsana iyi geliyor, terapi gibi...” (O1/K18)

“Beni paylaşımında bulunmak rahatlattı. Sizin burda olmanız güven veriyor. Bir sorunum olursa anlatırım rahatlıkla...Tabiki, küçük bir ışık doğdu... Şimdi biliyorum ki yaşam koçu gibi orada siz varsınız. Ben istediğim zaman gider konuşurum sorunlarımı anlatırım.” (O1/K16)

“Açıksası iyi geliyor. İnsan ne hissettiğini ne yaptığını düşünüyor. Normal zamanda sürekli babamla ilgilenmekten böyle çok fazla düşünemiyordum. Geleceğimi kendimde düşünüyordum. Ama aşırı, uzun bir şekilde değil. Sizle konuştukça düşünme ihtiyacı duyuyorsun. Bana bu görüşme iyi geldi. Güzel bir uygulama gerçekten. Beni motive etti.” (O1/K19)

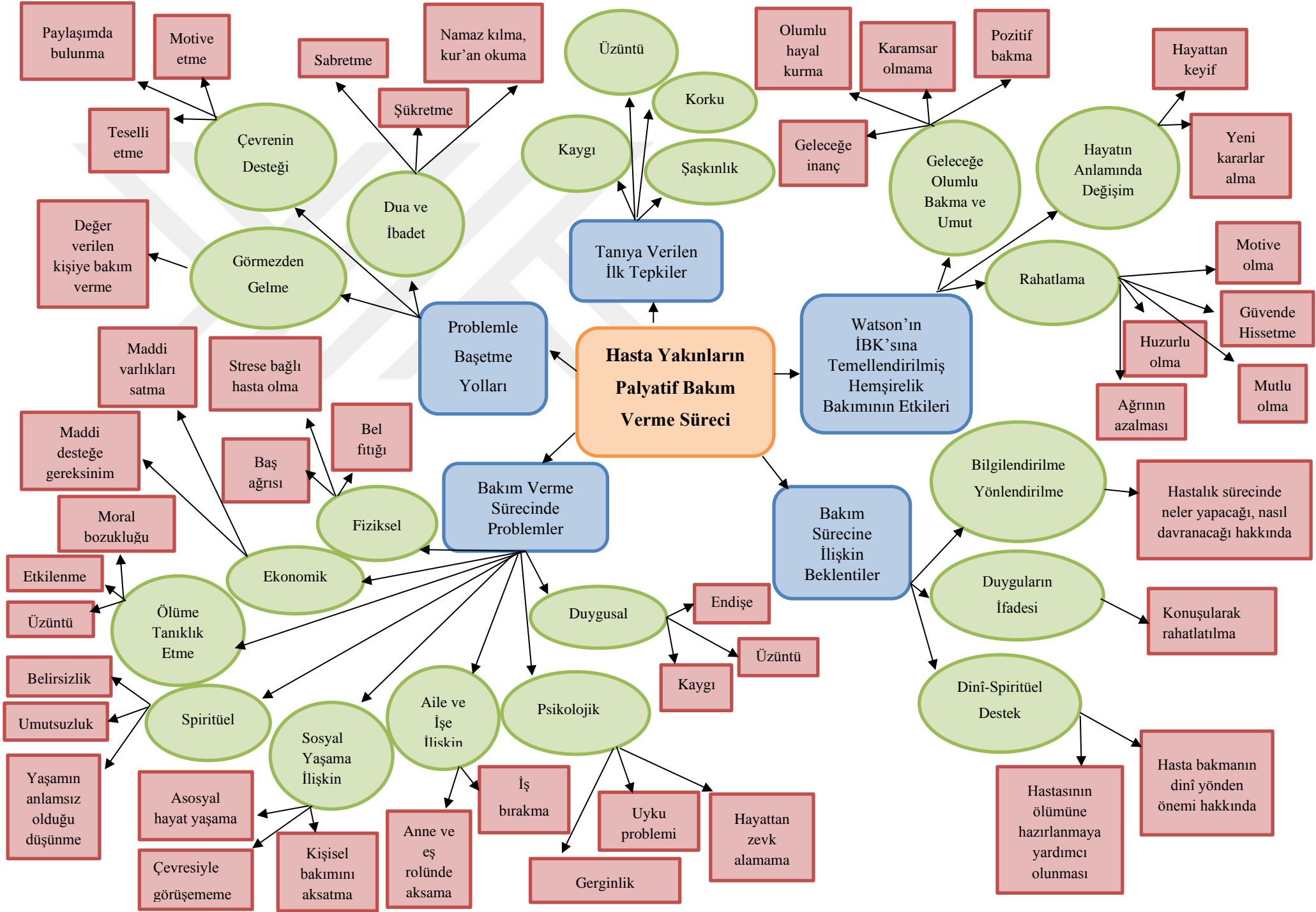
Katılımcılar, hayatı anlamlandırmada değişim yaşayarak kendileri için birşeyler yapmaya ve hayattan keyif almaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Hayata bakış açım kesinlikle değişti (gülüyor). Artık her şeyi düşünmeyi bıraktım. Ben daha ne yapabilirim? demeyi. Ben zaten üstüme düşeni yaptım diyorum. Nefes almaya başladım. Bunu ihtiyaç için değil gerçekten istediğim için yapmaya başladım. İnsanların bana direttiklerini değil kendi isteklerimi yapmaya başladım... Ben ve benim gibiler için bunlar çok büyük şeyler. Artık dur sen yoruldun, senin de bir hayatın var diyen olmadı (ağlıyor). Sadece siz söylediniz bunu. Beni hiç tanımayan yabancı bir el bana uzandı. Ömrünüzü adadığınız kırılmasın, üzülmesin, incinmesin diye ömrünüzü bir şekilde feda ettiğiniz insanlar bana sizin gibi yaklaşmadı. Hep almak istediler...Keyif aldığım için yapacağım, insanlar belirttiği için yapmayacağım. Ömrümün sonuna kadar size dua edeceğim.” (O1/K8)

“Şu an çok mutluyum. İnşallah da böyle gider. Burası yıpratıyor insanı bu ayrı bir konu. Burası çok yıpratıyor. Buranın atmosferi yaşanmadan anlaşılabilir. Ama ben de

kendime söz verdim. Kendime geleceğim, kendimle ilgileneceğim dedim. Güçlüyüm artık güçlüyüm ve ayaktayım.” (O1/K2)





Şekil 6. Hasta yakınlarının görüşleri doğrultusunda bakım verme sürecine ve Watson 'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımına yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım hem hasta hem de hasta yakınlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel yönden etkileyen çok boyutlu bir süreçtir. Palyatif bakım sürecinde sağlık ekibinin tüm üyelerine özellikle de hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Palyatif bakım ünitesinde yatan hasta ve yakınlarının umudunu destekleyen ve spiritüel gereksinimlerini karşılayan bir hemşirelik bakımı sunulması oldukça önemlidir. Bu çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmanın bu bölümünde nicel verilerden elde edilen bulgular, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının hasta yakınlarının umudu ve spiritüel iyilik hali üzerine etkisi olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda yapılan uygulamanın etkisini değerlendirebilmek amacıyla hem girişim hem de kontrol grubunun sonucu etkileyebilecek karıştırıcı değişkenler yönünden benzer özelliklere sahip olması beklenmektedir. Bağımsız değişken olarak alınmamış ama bağımlı değişken üzerinde etkisi olabilecek karıştırıcı değişkenlerin girişim ve kontrol gruplarında eşit ve dengeli dağılması önerilmektedir (Attia, 2005; Akın ve Koçoğlu, 2017). Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu hasta yakınları cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, meslek, yaşanan yerleşim birimi, aile yapısı ve çocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik; aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu dışında kalan bakım verme özellikleri gibi karıştırıcı değişkenler yönünden farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu çalışmada hasta yakınları girişim ve kontrol grubuna homojen bir şekilde dağılmıştır.

5.1.1. Watson'ın İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Yakınlarının Umudu Üzerine Etkisi

Bakım verme, hasta yakınlarının aile ve iş yaşamı ile yaşam kalitesini etkileyen oldukça önemli bir süreçtir. Hasta yakınları bakım rolleri doğrultusunda bazen kontrol

kaybı yaşayabilmekte ve bu durum bireylerde distres, belirsizlik ve umutsuzluğa neden olabilmektedir (Kaçmaz ve ark., 2015). Umudun, bakım verme sürecinde palyatif hasta yakınları için oldukça önemli spiritüel ve psikososyal destek kaynağıdır. Umudun, hasta yakınlarını cesaretlendirerek bakım verme sürecine ilişkin yaşadıkları problemlerle baş etme yeteneklerini güçlendirmektedir. Bu doğrultuda hasta yakınlarının karmaşık ve stresli durumlarla nasıl başa çıktıklarını ortaya çıkarabilmek için umudun düzeylerinin belirlenmesi önerilmektedir (Holtslander ve ark., 2005; Duggleby ve ark., 2007).

Bu araştırmada Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulaması öncesinde, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması girişim grubu hasta yakınlarında $8,53 \pm 5,66$, kontrol grubu hasta yakınlarında $8,20 \pm 5,70$ olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması, Mystakidou ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında $7,26 \pm 4,89$; Benzein ve Berg (2005)'in çalışmasında $7,79 \pm 5,4$ olarak bildirilmiştir (Benzein ve Berg, 2005; Mystakidou ve ark., 2007). Hemşireler, hasta yakınlarının acı çekmelerini önleyici yaklaşımlardan biri olan umudun desteklenmesinde önemli bir role sahiptir (Revier ve ark., 2012). Bu doğrultuda ölüme yaklaşmakta olan bir hastaya bakım veren hasta yakınlarında umudun desteklenmesinin, bakım verme deneyimlerine ilişkin anlam bulmalarında yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, 4 hafta süresince Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubu hasta yakınlarında Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bu bulgu, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan girişim grubu hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamasının, kontrol grubundan daha düşük olacağına ilişkin araştırma hipotezimizi desteklemektedir.

Watson'ın İBK'sının ikinci iyileştirici süreci bireye umut ve inanç aşılama hedefleyen hemşirelik uygulamalarını içermektedir (Watson, 2010). Bu konudaki literatürde Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının hasta yakınlarının umut ve spiritüel iyilik hali üzerine etkisini belirlemeye yönelik çalışma bulunmamasına karşın, hasta yakınlarında umudu artırmaya yönelik sınırlı sayıda girişimsel çalışma olduğu belirlenmiştir (Duggleby ve ark., 2007). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Duggleby ve arkadaşları (2007), palyatif bakım hasta yakınlarına, Umudun Programı ile Yaşam isimli teori temelli bir girişimi (anı yaşama, pozitif olma, kendi

öyküsünü yazma) 2 hafta süresince uygulamışlar, girişim sonrasında hasta yakınlarının yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiğini ve umut düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir (Duggleby ve ark., 2007).

Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hasta yakınlarını dinlemenin ve korkularını kabul etmelerine yardımcı olmanın, onların umudunu artırmaya ve duygusal sıkıntılarını rahatlatmaya yardımcı olduğu vurgulanmıştır (Borneman ve ark., 2002). Bu bağlamda hemşirenin inanç-umut kavramını, akıl-beden-ruh uyumu ve iyileştirme süreciyle bütünleşmesi son derece önemlidir (Erbay ve ark., 2018). Bu araştırmada hasta yakınlarının umudunu destekleme amacına yönelik olarak Watson'ın İBK'sının ikinci iyileştirme süreci ve bu süreç doğrultusunda önerilen hemşirelik bakımı yaklaşımları, girişim grubu hasta yakınlarının tümüne ikinci, üçüncü ve dördüncü oturumlarda uygulanmıştır.

Bu doğrultuda, hasta yakınlarına ismi ile hitap etme, bireyle göz teması kurma, bireye terapötik dokunuşlar yapma, bireyi umudun anlamı üzerine konuşmaya teşvik etme, umudu artıran, umutsuzluğa neden olan durumları paylaşmasını destekleme, bireyin gelecek ile ilgili planlarını, gerçekleşmesini istediği ve umut ettiği şeyleri paylaşması, umut sağlayıcı aktiviteleri (yaşadıklarını yazma, hayallerini kâğıda dökme, hayallerinin resmini çizme, geçmiş ve geleceğe yönelik mektup yazma) bireyle birlikte belirleme, bireyin bu aktiviteleri uygulaması, düşünme ve hayal kurma aktivitelerini gerçekleştirme, bireyin inanç ve değerlerini paylaşmaya teşvik etme, yakın vadeli planlar üzerine konuşma gibi iyileştirici yöntemlerin hasta yakınlarında umutsuzluk düzeyini azalttığı düşünülmektedir.

5.1.2. Watson'ın İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Yakınlarının Spiritüel İyilik Hali Üzerine Etkisi

Palyatif bakım sürecinde hasta yakınları, spiritüel yönden ağır bir yük altındadır. Ailede değer verilen ve sevilen bir kişinin, yaşamı tehdit edici bir hastalığa sahip olması ve ölüme yaklaşması hasta yakınlarında anksiyete ve uzamış strese neden olabilmektedir. Yalnızca hastalara değil hasta yakınlarına da spiritüel bakım sunulması palyatif bakımın ana bileşenlerinden biridir. Spiritüel hastalık, kayıp, acı ve ölüm gibi durumlarla karşılaşıldığında inanç, güven, umut, sevgi ve iç huzur duygularını harekete geçirerek bireyin iyilik halini yükseltir. Bu nedenle hasta yakınlarının bakım verme sürecinde

maruz kaldıkları stresli olaylar ve varoluşsal sorunlarla baş edebilmelerinde spiritüalite oldukça önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte spiritüalitenin bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlıklarını pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir. Bu doğrultuda hem hasta hem de hasta yakınlarına sunulan palyatif bakımın spiritüel ve psikolojik distresin azaltılmasına yardımcı olması hedeflenmektedir (Şenel ve Uyar, 2015; Bilen, 2016; Nakagawa ve ark., 2018; Rocha ve ark., 2018).

Literatürde spiritüel distres ve umutsuzluğun, terminal dönem hasta yakınlarında etkisiz baş etme ve rol performansında değişime neden olduğu, bu nedenle bireylerin günlük aktivitelerini devam ettirmede problem yaşadıkları, hasta yakınlarının spiritüel alanlarında meydana gelen değişimlere bağlı olarak bakım verme süreci ilerledikçe yaşamdan aldıkları zevkin azaldığı, umutsuzluk düzeyinin arttığı ve depresif duygular yaşamalarına yol açtığı bildirilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003). Buna karşın spiritüalitenin bakım sürecinde hasta yakınlarının yaşadığı yükü azalttığı, iyilik halini artırdığı (Oliveira ve ark., 2015; Chivukula, 2018), yaşam kalitelerini yükselttiği (Oliveira ve ark., 2015), umutlarını desteklediği (Duggleby ve ark., 2007), baş etme yeteneklerini güçlendirdiği ve etkin baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (Chivukula ve ark., 2018).

Bu araştırmada Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ön test toplam ortanca puanı girişim grubu hasta yakınlarında 131, kontrol grubu hasta yakınlarında ise 129 olarak saptanmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puanın 145 olduğu göz önüne alındığında, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı öncesi hem girişim hem de kontrol grubu hasta yakınlarında spiritüel iyi oluş düzeyinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum ailede değer verilen bir kişiye duyulan sevgi, şefkat, hayranlık gibi duygular ile bakım verme sürecinde yaşamın anlamının sorgulanmasından kaynaklanabilir (Rocha ve ark., 2018). Bununla birlikte ülkemiz nüfusunun %99'unun Müslüman olmasının, İslam dininde kadere inanmanın imânın şartlarından biri olmasının, mevcut durum ne kadar kötü olursa olsun bireylerin "Allah'tan ümit kesilmez" inancını benimsemesinin, zor durumlar karşısında dua ve ibadet etmenin bireyi rahatlatmasının, toplumda genellikle "Allah'ın takdir ettiğini sabırla karşılamak gerektiği" düşüncesinin yaygın olarak kabul görmesinin bireylerin spiritüel boyutlarını güçlendirdiği düşünülmektedir.

Nitekim bu konudaki literatürde de bireylerin karşılaştıkları engellerle baş etmeye çalışırken, Tanrı'ya sığınmanın, inancından destek almanın, yaşanan problemlere olumlu bir anlam yüklemenin, kendini güvende hissetmenin spiritüel iyi oluş ile ilgili esnek ve iyimser olma duygularını desteklediği bildirilmektedir (Rocha ve ark., 2018). Adams ve arkadaşlarının (2014) onkoloji hasta yakınları üzerinde yapmış oldukları diğer bir çalışmada, kanser hastalığının bireylerin var oluşsal kaygılarını arttırdığı buna karşın dinî inancın hasta yakınlarının iyilik halini güçlendirdiği saptanmıştır (Adams ve ark., 2014).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının son test Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan hasta yakınlarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamasının, kontrol grubundan daha yüksek olacağına ilişkin araştırma hipotezimizi desteklememiştir. Araştırma bulgumuza karşın onkoloji hastalarına bakım sunan hasta yakınları üzerinde farklı spiritüel ölçekleri kullanılarak yapılan girişimsel bazı çalışmalar sonrasında, bakım verenlerin spiritüel iyilik düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir (Lapid ve ark., 2016; Sun ve ark., 2016). Bu çalışmada Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrasında girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının spiritüel iyilik hali arasında fark bulunmaması, hasta yakınlarının spiritüel ve dinî özelliklerinden kaynaklanabilir.

Watson'ın İBK'sı, akıl-beden ve ruh kavramlarını ilişkilendirerek bütüncül hemşirelik yaklaşımına önem vermektedir (Özkan ve Okumuş, 2012). Literatürde palyatif hasta yakınlarının hemşirelik bakımına yönelik spiritüel gereksinimleri; içten, duyarlı, merhametli ve sevgi dolu bir iletişimle sunulan bakım olarak ifade edilmiştir (Rocha ve ark., 2018). Hasta ve yakınları üzerinde bu konuda yapılan bir çalışmada, sağlık bakım profesyonellerinden şefkatli olma, empati yapabilme, içten dinleme ve etkileşime girme becerisi gibi özelliklere sahip olmalarının beklendiği vurgulanmıştır (Ciemins ve ark., 2015). Bu doğrultuda, palyatif bakım hasta yakınlarına Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş bir hemşirelik bakımı sunulmasının, bireyin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının ve bakımın spiritüel boyutuna özen gösterilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Spurlock, 2005; Bainbridge ve Seow, 2018).

Bu çalışmada, girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının spiritüel iyilik hali son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Ancak girişim grubuyla yapılan nitel görüşmeler sonrasında Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının hasta yakınlarının spiritüel iyilik halini desteklediği gözlemlenmiştir. Watson'ın İBK'sının 10. iyileştirici süreci, varoluşsal/fenomenolojik ve spiritüel güçlere odaklanılmasını hedefleyen hemşirelik uygulamalarını içermektedir. Bu çalışmada, hasta yakınlarının spiritüel iyilik halini desteklemek amacıyla 10. iyileştirici süreç başta olmak üzere Watson'ın İBK'sının tüm iyileştirici süreçleri kullanılmıştır (Watson, 2010).

Onuncu iyileştirme süreci doğrultusunda, bireyin yaşamın anlamı, kayıp-ölüm hakkında hissettikleri ve korkuları hakkında paylaşımda bulunmasını destekleme, spiritüel kaynaklarını tanımlamasına yardımcı olma, destek sistemleri ve sorunlarla başa çıkma yöntemleri hakkında konuşma, bakım sürecinin yaşamın anlamını nasıl etkilediğini belirleme, yaşamdan nasıl bir anlam bulduğu hakkında konuşma, bireyin gelecek planları, geleceğin kendisi ve yakınlarına neler getireceği hakkındaki düşüncelerini ifade etme, yaşamdaki mucizeler üzerine konuşma ve bazı yaşam olaylarının anlaşılabilir olduğunu kabul etmesini destekleme gibi iyileştirici yöntemlerin hasta yakınlarının spiritüel iyilik hallerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

5.2. Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde nitel verilerden elde edilen bulgular, hasta yakınlarıyla Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulamadan önce ve uygulandıktan sonra yapılan görüşmelere yönelik bulgular olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır.

5.2.1. Hasta Yakınlarıyla Watson'ın İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı Uygulamadan Önce Yapılan Görüşmelere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu aşamasında Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulamadan önce girişim grubu hasta yakınlarının bakım verme sürecinde yaşadıkları deneyimleri belirlemeye yönelik olarak derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler tartışılmıştır.

Bu çalışmada hasta yakınlarıyla yapılan yüz yüze derinlemesine görüşmeler sonrasında, katılımcıların, hastalarının tanısını ilk öğrendiklerinde verdikleri tepkiler; üzüntü, şaşkınlık, korku ve kaygı olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler

nitelikte, bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da yakınına kanser tanısı konanların şok, şaşkınlık, anksiyete, emosyonel distres, üzüntü yaşadıkları (Northouse ve ark., 2012) ve kendilerini çaresizlik hissettikleri saptanmıştır (Kaçmaz ve ark., 2015). Bununla birlikte ölüm üzerine önemli çalışmalar yapan Kübler Ross (1995) da hastasının kanser olduğunu öğrenen bakım vericilerin hastaları gibi inkâr, şok, inanamama, öfke, pazarlık ve kabullenme gibi evreleri yaşadıklarını bildirmiştir (Akt: Kaçmaz ve ark., 2015).

Palyatif bakım süreci, semptom yönetimi, problem çözme, karar verme ve duygusal destek sunma gibi birçok rolü içinde barındıran oldukça zor bir süreçtir. Bu nedenle hasta yakınları bu süreci yönetmeye çalışırken birtakım problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Bahar, 2017). Bu araştırmada katılımcıların ifadeleri doğrultusunda bakım verme sürecinde karşılaşılan problemler fiziksel sağlığa ilişkin problemler, sosyal yaşama ilişkin problemler, aile ve iş yaşamına ilişkin problemler, psikolojik problemler, ekonomik problemler, duygusal problemler, spiritüel problemler ve çok fazla ölüme tanıklık etme olmak üzere 8 başlık altında sınıflandırılmıştır.

Bu araştırmada hasta yakınlarının bakım verme süreci doğrultusunda fiziksel sağlığa ilişkin problemleri; bel fitiği, stres, üzüntüye bağlı tiroid hastalığı, baş ağrısı ve nedeni bilinmeyen ağrılar olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcılar bakımı tek başına üstlenmeleri nedeniyle fiziksel yönden yetersiz kaldıklarını, bakıma yardımcı olabilecek bireylere gereksinim duyduklarını, yorulduklarını, uykusuz kaldıklarını ve dinlenemediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da bakım vericilerin deneyimledikleri fiziksel problemler; bel ağrısı (Yalcinkaya ve ark., 2010), baş ağrısı (Tanrıverdi, 2017), yorgunluk (Rivera, 2009; Görgülü ve Akdemir, 2010; Yıldız ve ark., 2016; Kara, 2017; Karakartal, 2017), uykusuzluk (Görgülü ve Akdemir, 2010; Karabulutlu ve ark., 2013; Yıldız ve ark., 2016; Bahar, 2017; Karakartal, 2017; Tanrıverdi, 2017; Yılmaz ve Sarı, 2017), sağlık durumunu kötü algılama (Şahin ve ark., 2009), fiziksel sağlıkta bozulma (Tanrıverdi, 2017) ve bakım verici rolünde zorlanma (Topkaya, 2018) olarak sıralanmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda hasta yakınlarının sosyal yaşama ilişkin yaşadıkları problemler ise kendini yalnızca hasta bakımına adanma, kendine özel zaman ayıramama, sosyal yaşantının kesintiye uğraması, öz bakımını aksatma ve yakın çevresinde değer verdiği kişilerle vakit geçirememesi olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da bakım vericilerin

komşuluk ilişkileri ve diğer insanlarla olan iletişimde azalma olduğu, güncel olayları takip etmekte zorlandıkları (Yıldız ve ark., 2016), kişisel bakımlarını ihmal ettikleri (Yıldız ve ark., 2016; Tanrıverdi, 2017), sosyal aktivitelere katılmadıkları (Karakartal, 2017), izole bir yaşam sürdükleri (Tanrıverdi, 2017), sosyal etkileşim ve eğlence faaliyetlerine katılmadıkları (Topkaya, 2018) ve günlük yaşam aktivitelerinin bu durumdan etkilendiği (Breen ve ark., 2018) bildirilmiştir.

Hasta yakınları, palyatif bakım ihtiyacı olan hastanın bakım gereksinimlerini karşılarken, aynı zamanda aile içinde de birçok rolü üstlenmek zorunda kalabilmektedir. Bu nedenle hasta yakınlarının bakım rolleri ile aile içindeki rolleri arasında bir dengenin sağlanması son derece önemlidir (Fringer ve ark., 2018). Bu çalışmada katılımcılar bakım verici rolleri doğrultusunda eş ve annelik rollerini eksik yaptıklarını düşündükleri ve hastalarına refakat edebilmek için çalıştıkları işi bırakmak zorunda kaldıkları saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza paralel olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hasta yakınlarının aile ve ev yaşantılarının bakım rollerinden olumsuz yönde etkilendiği (Koç ve ark., 2016; Kara, 2017; Tanrıverdi, 2017), çalıştıkları iş yerinde birtakım problemler yaşadıkları (Topkaya, 2018), işlerinden ayrılmak zorunda kaldıkları (Aktaş ve ark., 2012; Golics ve ark., 2013; Yıldız ve ark., 2016), bu durumun yaşamlarındaki diğer sorumluluklarını da etkilediği belirlenmiştir (Özhan, 2019).

Bununla birlikte bu çalışmada katılımcılar hastalarının tedavi masraflarının mali durumlarını etkilediğini ve bakım verme sürecinde maddi desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da bakım sürecinin hasta yakınlarının ekonomik ve mali yüklerini arttırdığı bildirilmiştir (Şahin ve ark., 2009; Tsigaropoulos ve ark., 2009; Aktaş ve ark., 2012; Yıldız ve ark., 2016; Karakartal, 2017; Topkaya, 2018). Bu doğrultuda, hasta yakınlarının çalışma yaşamlarının bakım sürecinden olumsuz yönde etkilenmesini önleyecek politikalar geliştirilmesinin (refakat izni, mesai saatlerinin kısaltılması, tedavi, ücretsiz bakım desteği verilmesi, bakım ve ulaşım giderlerini ekonomik yönden destekleme vb.) önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hasta yakınlarının hayattan zevk alamadıkları, uyku problemleri yaşadıkları, hastasının acı çekmesine tanık oldukları için kendilerini gergin hissettikleri ve psikolojik yönden etkilendikleri saptanmıştır. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da bakım verme sürecinde depresyon riskinin arttığı

(Babaoğlu ve Öz, 2003, Karabulutlu ve ark., 2013), bakım vericilerin hastalık süreci ile baş edebilmek için psikolojik yardım aldıkları (Bilge ve Ünal, 2005), uyku problemleri yaşadıkları (Rivera, 2009; Gorgulu ve ark., 2016), tedavi sürecinde hem kendilerine hem de hastalarına psikolojik destek verilmesini istedikleri (Topkaya, 2018) saptanmıştır. Geng ve arkadaşlarının (2018) meta-analiz çalışmasında, onkoloji hasta yakınlarında depresyon prevalansının oldukça yüksek olduğu (Geng ve ark., 2018), Lambert ve arkadaşlarının (2012) sistematik derlemesinde de hasta yakınlarının karşılanmamış en önemli gereksinimlerinin psikolojik alan ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Lambert ve ark., 2012). Hasta yakınlarının yaşadıkları psikolojik problemler hastanın bakım sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonellerinin hasta yakınlarının karşılaştığı psikolojik problemleri belirlemesinin ve bu doğrultuda uygun hemşirelik girişimlerini planlamasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir

Bununla birlikte hasta yakınlarının bakım sundukları bireyin geleceğine ilişkin endişe, yaklaşan ölümüne ilişkin kaygı ve üzüntü gibi duygusal problemler yaşadıkları saptanmıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hasta yakınlarının bir çoğunun duygusal açıdan yıprandıkları için duygusal desteğe gereksinim duydukları (Aktaş ve ark., 2012), kaygı (Bilge ve Ünal, 2005; Karakartal, 2017), korku, anksiyete (Babaoğlu ve Öz., 2003), stres (Yıldız ve ark., 2016) üzüntü yaşadıkları (Rivera, 2009; Tsigaropoulos ve ark., 2009; Kara, 2017), hastalarının geleceği hakkında endişelendikleri (Tsigaropoulos ve ark., 2009) ve hastalarını kaybetme korkusu yaşadıkları (Topkaya, 2018) bildirilmiştir.

Bu araştırmada hasta yakınlarının, yaşamın anlamsız olduğunu düşündükleri, geleceklerini öngöremedikleri ve umutsuz oldukları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da palyatif bakım hasta yakınlarının, hayatın anlamını ve ilişkilerini anlamaya yönelik değişimlerle karşı karşıya kaldıkları, gelecekle ilgili endişe yaşadıkları (Kristjanson ve Aoun, 2004), plan yapamadıkları (Aktaş ve ark., 2012), spiritüel desteğe gereksinim duydukları (Murray ve ark., 2004) bildirilmiştir. Bununla birlikte ilgili literatürde hasta yakınlarının umutsuzluk hissettikleri (Yıldız ve ark., 2016; Bahar, 2017; Karakartal, 2017), hastalığa bir anlam yükledikleri ve umudu sorguladıkları vurgulanmıştır (Fadiloğlu ve Ateş, 2017). Bu bulgular oldukça zor bir süreçten geçen palyatif bakım hasta yakınlarının spiritüel

gereksinimlerinin belirlenmesi ve spiritüel iyilik hallerini destekleyici uygulamalara yer verilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırma kapsamındaki hasta yakınları, yaşadıkları en önemli problemlerden birini de palyatif bakım ünitesinde çok fazla ölüme tanıklık etme olarak belirtmişlerdir. Hasta yakınları, diğer hastaların ölümüne tanıklık etmenin kendilerini etkilediğini, üzüldüklerini ve yıprandıklarını, morallerinin bozulduğunu, karşılaşılan bu durumun bir gün bakım sundukları hastalarının da öleceğini kendilerine düşündürdüğünü ifade etmişlerdir. Ölümle yüz yüze gelmek, bireyleri felsefi ve spiritüel cevaplarla yaşamda anlam bulmaya yönlendirmektedir (Zerwekh, 2006). Bu doğrultuda palyatif bakım hasta yakınlarının, bakım sundukları hastalarının yaklaşan ölüm süreci hakkında bilgilendirilmesinin, bu durumla baş etme yeteneklerini güçlendireceği ve geleceklerini planlamalarını yardımcı olacağı düşünülmektedir (Zerwekh, 2006).

Bu araştırmada hasta yakınlarının bakım verme sürecinde karşılaştıkları problemlerle baş edebilmek için dua ve ibadet etme, problemi görmezden gelme ve çevresindeki bireylerden destek alma yollarına başvurdukları belirlenmiştir. Dinî inanç, hasta yakınlarının yaşadıkları problemlerle baş ederken yararlandıkları çok önemli bir kaynaktır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hasta yakınlarının bakım verme sürecinde Tanrı'ya olan inancının arttığı, dinî inancın bakım verme sürecinde hasta yakınlarının acılarının üstesinden gelmelerine yardımcı olarak onları rahatlattığı (Paiva ve ark., 2015), dua etme, İncil okuma ve dinî ritüellere katılma gibi spiritüel aktivitelere yöneldikleri bildirilmiştir (Rocha ve ark., 2018).

Bununla birlikte literatürde palyatif bakımda dinî ve spiritüel bir çevre oluşturulmasının ailenin desteklenmesi açısından oldukça önemli olduğu, bu durumun bireyin başa çıkma mekanizmasını güçlendirdiği vurgulanmıştır (Arias-Rojas ve ark., 2019). Bu araştırmada hasta yakınları dinî inançlarından yararlandıklarını, Allah'a sığındıklarını, manevi duygulara sarıldıklarını, sabrettiklerini, abdest alma, namaz kılma ve Kur'an okuma gibi ibadetlere yöneldiklerini, yaşanan bu süreci Allah'ın bir sınavı olarak gördüklerini ve şükrettiklerini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da bakım verenlerin en çok dua etme ve Allah'a sığınma yoluna başvurdukları (Fadıloğlu, 1996), yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için dinî ve spiritüel inançlarından destek aldıkları (Uren ve Graham, 2013),

sabrettikleri (Özdemir, 2016), dua (Özdemir, 2016; Başdınç, 2019) ve ibadet ettikleri (Özdemir, 2016) bildirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki hasta yakınları bakım verme sürecinde karşılaştıkları problemlerle baş edebilmek için çevrelerindeki bireylerden destek aldıklarını, ailede bakımını üstlendikleri diğer bireylerden özellikle çocuklarından özverili ve sabırlı olmalarını beklediklerini, duygularını aile üyeleriyle/arkadaşlarıyla paylaştıklarını, diğer hasta yakınlarıyla birbirlerini teselli ve motive etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hasta yakınlarının sosyal yönden desteklenmelerinin önemli olduğu (Fadıloğlu ve Ateş, 2017; Oliveria ve ark., 2014), bakım vericilerin hastalık deneyimiyle başa çıkma sürecinde aile üyelerinden, yakın arkadaşlarından ve optimistik bireylerden destek aldıkları saptanmıştır (Fadıloğlu, 1996; Yıldırım ve ark., 2013; Sherman ve ark., 2014).

Bu araştırmada, hasta yakınları bakım verme sürecine ilişkin beklentilerini bilgilendirilme ve yönlendirilme, duygularını ifade edebilme, dinî ve spiritüel yönden desteklenme olarak ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının rol değişiklikleri, bakım ve tedavi hakkındaki bilgi, destek ve yardım gereksinimleri bakım sürecinden etkilenmelerine neden olabilmektedir (Given ve ark., 2001). Bu konudaki literatürde hasta yakınlarının duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Kıvanç, 2017). Aynı zamanda bireyin durumu hakkında anlayabilecekleri bir dilde bilgi almayı istedikleri bildirilmektedir (Karakurt, 2016). Bu araştırma kapsamındaki hasta yakınları literatürle uyumlu olarak psikiyatrik bir ilaç kullanılmaksızın yalnızca konuşarak rahatlatılmayı, hastasının durumu hakkında bilgilendirilmeyi, hastalık sürecinde neler yapacağı ve nasıl davranacağı konusunda yönlendirilmeyi istediklerini belirtmişlerdir.

Spiritüelite ve umut, bireylerin kayıp ve yaklaşan ölüm sürecine uyum sağlamalarını etkileyen oldukça önemli faktörlerdir (Karakurt, 2016). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bakım verenlerin, karşılanmamış gereksinimlerinin özellikle spiritüel alana özgü olduğu (Buck ve McMillan 2008), hasta yakınlarının, bir din veya inanca sahip olma ve deneyimlerini başkalarıyla paylaşma ile ilgili spiritüel gereksinimlerinin bulunduğu bildirilmiştir (Rocha ve ark., 2018). Bununla birlikte onkoloji hasta ve yakınlarıyla yapılan kalitatif bir çalışmada ise spiritüel gereksinimler nihai bir güce bağlılık, pozitif olma, umut etme, şükretme, sevgi, inançlarını gözden geçirme, anlam

bulma ve ölüme hazır olma olarak sıralanmıştır (Taylor, 2003). Bu araştırmada hasta yakınları dinî ve spiritüel yönden desteklenmek istediklerini bildirmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte hasta yakınlarının ölüm anında ne yapılacağı konusunda bilgi almak istedikleri (Gallagher ve Krawczyk 2013), en çok kayıp duygusuyla nasıl yüzleşecekleri ve olumsuz duygularla nasıl başa çıkabilecekleri konusunda desteğe gereksinim duydukları saptanmıştır (Buscemi ve ark., 2010).

5.2.2. Hasta Yakınlarıyla Watson'ın İBK'sına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı Uygulandıktan Sonra Yapılan Görüşmelere İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde palyatif hemşirelerinin, Watson'ın İBK'sının iyileştirici süreçlerini kullandıklarında, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabileceği bildirilmektedir (Mckay ve ark., 2002). Bu araştırmada haftada 1 oturum olmak üzere 4 oturum boyunca Watson'ın İBK'sının iyileştirici süreç ve yöntemleri kullanılarak katılımcılara araştırmacı tarafından hemşirelik bakımı sunulmuştur. Araştırmanın bu aşamasında, 4 hafta sonrasında katılımcıların araştırmacıdan aldıkları bakım hakkındaki deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak yapılan görüşmelerden elde edilen veriler tartışılmıştır.

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının hasta yakınlarında oluşturduğu etkiler, geleceğe daha olumlu bakma ve umutta artma, rahatlama, hayatı anlamlandırmada değişim olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada, katılımcılara özellikle ikinci iyileştirici süreç (İnanç ve umudu destekleme) başta olmak üzere uygulanan tüm iyileştirici süreçlerin hasta yakınlarının geleceğe umutla bakmalarını, geleceğin kendileri için daha güzel şeyler getireceğine inanmalarını ve hayalleri hakkında olumlu düşünmeye başlamalarını sağladığı belirlenmiştir. Literatürde Watson'ın İBK'sının palyatif bakım hasta yakınlarında spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisini belirlemeye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Umut, palyatif bakım hasta yakınlarının inanç, ilişkiler ve hedef belirlemelerine yardımcı olan dinamik bir süreçtir (Duggleby ve ark., 2007). Bu bağlamda umut ve umutsuzluk, palyatif bakım hasta yakınları için oldukça önemli kavramlardır (Benzein ve Berg, 2005). Palyatif bakım ekibinin hasta yakınlarına yönelik uygulamaları; umudu destekleme, aileyi bakıma dahil etme, hastanın durumu ve süreç hakkında bilgi verme,

açık ve dürüst bir iletişim kurma olarak belirtilmektedir (Steele ve Davies, 2015). Watson'ın İBK'sı, bireyle güven verici bir ilişki kurulması, içten bir ilgi gösterilmesi, gereksinimlere duyarlı olunması, umut sağlayıcı aktivitelere (yaşadıklarını yazma, hayallerini kâğıda dökme, hayallerinin resmini çizme, geçmiş ve geleceğe yönelik mektup yazma) odaklanılması, bireyin durumu iyi yönleriyle görmesinin desteklenmesi, umut kaynaklarının ortaya çıkarılması (Watson, 2010) yoluyla umudu desteklemektedir. Bu bağlamda, Watson'ın İBK'sının palyatif bakım hasta yakınlarının umudunu desteklemede önemli bir kaynak olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımı sonrası rahatladıklarını, ağrılarının azaldığını, mutlu olduklarını, kendilerini iyi hissettiklerini, sıkıntılarından kurtulduklarını, huzurlu olduklarını, anlaşıldıklarını düşündüklerini, kendilerini güvende hissettiklerini ve motive olduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, Watson'ın İBK'sının özellikle dördüncü (Yardım edici güven verici bakım ilişkisi geliştirme), beşinci (Olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmeye teşvik etme ve kabul etme), sekizinci (Destekleyici, koruyucu ve / veya düzenleyici zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel bir çevre oluşturma) ve dokuzuncu (Temel fiziksel, emosyonel ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olma) başta olmak üzere uygulanan tüm iyileştirici süreçler aracılığıyla katılımcıları desteklediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer alt tema ise hayatı anlamlandırmada değişim olarak belirlenmiştir. Bu konudaki literatürde hasta yakınlarının hayatta anlam bulmasının bakım verme sürecini yönetmelerine yardımcı olduğu belirtilmektedir (Doris, 2007). Yaşamdan anlam bulma, kendini değerli hissetme, umutlu olma, sosyal yaşamda yer alma, duyguları paylaşma, duygularla başa çıkabilme ve kendini eşsiz hissetme gibi durumlar spiritüel yönden iyilik haline işaret eden faktörlerdir (Murray ve ark., 2004). Bu çalışmada katılımcıların hayatı anlamlandırmada değişim yaşayarak kendileri için bir şeyler yapmaya ve hayattan keyif almaya karar verdiklerini ifade etmeleri, Watson'ın İBK'sına yönelik verilen hemşirelik bakımının spiritüel yönden iyilik hallerini desteklediğini düşündürmektedir.

Watson'ın İBK'sının başta onuncu iyileştirici süreç olmak üzere tüm iyileştirici süreçleri, bireyi eşsiz görme, birey için uygun olan spiritüel ifadeleri kullanma, bireyin bulunduğu durumdan yeni anlamlar çıkarmasına destekleyen alternatif yolları

keşfetmesine yardımcı olma, bireyin dünya görüşünü anlama, bireye koçluk yapma, bireyin eşsiz gereksinimlerine ve dünya görüşüne saygı duyma, bilinmeyenlerin açığa çıkarılmasına fırsat verme, mucizelere odaklanma, umudu destekleme ve spiritüel hisleri kabul etmeye yönelik hemşirelik bakımının, katılımcıların hayatta yeni anlamlar bulmalarında yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Kuramlar hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi verir ve yol gösterir. Geçmişte kuram, müfredat ders programlarının planlanması ve geliştirilmesinde kavramsal çerçeveyi oluşturmak için bir rehber olarak kullanılmasına karşın, günümüzde hemşireliğin uygulama, araştırma, yönetim ve eğitimi alanlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Ölüme yaklaşmakta olan bireyin bakımını üstlenen bakım vericilerin yaşadıkları problemlerle baş edebilmelerinde, spiritüel iyilik hallerinin ve umutlarının desteklenmesi son derece önemlidir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda palyatif bakım hasta yakınlarına Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş bir hemşirelik bakımı uygulanmasının son derece yararlı olduğu, bakım vericilerin spiritüel iyilik halini yükselttiği ve umutsuzluk düzeyini azalttığı gözlemlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

- Girişim grubu hasta yakınlarının umutsuzluk düzeyi puanlarının kontrol grubu hasta yakınlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- Girişim ve kontrol grubu hasta yakınlarının spiritüel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Hasta yakınlarıyla yapılan nitel görüşmeler sonrasında, hasta yakınlarının bakım verme sürecinde fiziksel sağlığa, sosyal yaşama, aile ve iş yaşamına ilişkin olarak, psikolojik, ekonomik, duygusal, spiritüel birçok problemle karşılaştıkları saptanmıştır.
- Hasta yakınları bakım verme sürecinde karşılaştıkları problemlerle dua ve ibadet ederek, problemi görmezden gelerek, çevresindeki bireylerden destek olarak baş ettiklerini ifade etmişlerdir.
- Hasta yakınları bakım verme sürecinde, bilgilendirilme ve yönlendirilmeyi, duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesini, dinî ve spiritüel yönden desteklenmeyi istediklerini belirtmişlerdir.
- Hasta yakınları, Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş hemşirelik bakımının; geleceğe daha olumlu bakmalarını sağladığını, umut düzeylerini arttırdığını ve hayatı anlamlandırmalarına yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Palyatif bakım hasta yakınlarının fiziksel, sosyal, aile/iş yaşamı, psikolojik, ekonomik, duygusal, spiritüel ve çok fazla ölüme tanıklık etme problemlerinin dikkate alınması ve bu problemlerin çözümüne yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması,

- Palyatif bakım ünitelerinde hasta yakınlarının spiritüel gereksinimlerini ve umut düzeylerini destekleyici hemşirelik girişimlerine önem verilmesi,
- Palyatif bakım hasta yakınlarına, Watson'ın İBK'sı doğrultusunda iyileştirici süreçler ve yöntemler kullanılarak hemşirelik bakımı sunulması,
- Palyatif bakım ünitelerinde Watson'ın İBK'sı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı sonuçlarının bakım kalitesi, hasta, hasta yakını, hemşire ve kurum üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi,
- Palyatif bakım hemşireleri için Watson'ın İBK'sına temellendirilmiş bakım rehberlerinin geliştirilmesi,
- Palyatif bakım hemşirelerine Watson'ın İBK'sının hemşirelik uygulamalarında kullanımı hakkında eğitimler verilmesi,
- Watson'ın İBK'sında önerilen terapötik iletişim becerileri hakkında (terapötik masaj uygulamaları, iyileştirici çevre düzenlemeleri, nefes egzersizleri, umudu destekleyici aktivitelerin kullanımı vb.) palyatif bakım hemşirelerine eğitim verilmesi,
- Hemşirelik lisans eğitimi programlarında kuramların, hemşirelik uygulama, araştırma ve yönetiminde kullanımı ve önemi hakkında kapsamlı bilgiler verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adams RN, Mosher CE, Cannady RS, Lucette A, Kim Y. Caregiving experiences predict changes in spiritual well-being among family caregivers of cancer patients. *Psychooncology*, 2014; 23(10): 1178–84.
- Ağır MS. Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017; 11: 84-103.
- Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti. *Dicle Tıp Derg*, 2011; 38(1): 57- 65.
- Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1): 73-92.
- Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D. Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012; 28(2): 63-78.
- Alidina K, Tettero I. Exploring the therapeutic value of hope in palliative nursing. *Palliat Support Care*, 2010; 8(3):353-58.
- Arias-Rojas M, Carreño-Moreno S, Posada-López C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2019; 14; 27: e3200.
- Ateş M, Fadiloğlu Ç. Palyatif bakımda umut ve umutsuzluk. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Editörler, *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017: 197-201.
- Attia A. Bias in RCTs: Confounders, selection bias and allocation concealment. *Middle East Fertility Society Journal*, 2005; 3(10): 258-61.
- Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 2011; 24(3): 4-9.
- Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003; 2: 24-33.
- Bahar A. Kronik hastalıklarda palyatif bakım ve hospis. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Genişletilmiş 2. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 2017: 476-78.
- Bainbridge D, Seow H. Palliative care experience in the last 3 months of life: A quantitative comparison of care provided in residential hospices, hospitals, and

- the home from the perspectives of bereaved caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2018; 35(3): 456-63.
- Baird RP. Spiritual care intervention. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Editors. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 547.
- Başdinç ŞE. Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimleri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 32.
- Bayat M. Hemşirelik teorileri ve modelleri. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Editörler, *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2017: 50-52.
- Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 2005; 19: 234-40.
- Berber K. Akciğer kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükleri ve psikolojik sorunları arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 58-59.
- Berman A, Snyder SJ, Frandsen G. Spirituality. Berman A, Snyder SJ, Frandsen G. Editors. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process*, 10th Edition, New Jersey, Pearson Education. 2016: 969.
- Bilen A. Palyatif bakım. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2016; 1(31): 25-30.
- Bilge A, Ünal G. Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005; 21(2): 37-46.
- Birol L. Hemşirelikle ilgili kavramlar. Birol L. Editör, *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, 10. Baskı, İzmir, İmaj Basım yayım ve Reklamcılık. 2016:17-18.
- Borneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2002; 1(4): 21-33.
- Boztilki M, Ardıç E. Maneviyat ve sağlık. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2017;3(Ek sayı):39-45.
- Breen LJ, Aoun SM, O'Connor M, Howting D, Halkett GKB. Family Caregivers' Preparations for Death: A qualitative analysis. *J Pain Symptom Manage*, 2018; 55(6):1473-79.
- Buck HG, Mcmillan SC. The unmet spiritual needs of caregivers of patients with

- advanced cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2008;10 (2):91-99.
- Buscemi V, Font A, Viladricht C. Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncologia*, 2010; 7(1):109-25.
- Canadian Nurses Association (CNA). The palliative approach to care and the role of the nurse. https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/the-palliative-approach-to-care-and-the-role-of-the-nurse_e.pdf, 2015. Erişim Tarihi: 15.10.2019
- Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 6: CD007617.
- Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *IJHC*, 2003; 7(3):51–61.
- Caruso EM, Cisar N, Pipe T. Creating a healing environment an innovative educational approach for adopting Jean Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Administration Quarterly*, 2008; 32(2): 126-32.
- 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.
- Chung LYF, Wong FKY, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 58(2): 158–70.
- Chivukula U, Kota S, Nandinee D. Burden experience of caregivers of acute lymphoblastic leukemia: Impact of coping and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*, 2018; 2(24): 189-95.
- Ciemins EL, Brant J, Kersten D, Mullette E, Dickerson DA. Qualitative analysis of patient and family perspectives of palliative care. *J Palliat Med*, 2015;18(3):282-85.
- Cobb M, Rumbold B, Puchalski CM. The future of spirituality and healthcare. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Editors. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, 1st Edition, New York, Oxford University Press. 2012: 489-90.
- Colgrove LA, Kim Y, Thompson N. The effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. *Ann Behav Med*, 2007; 33 (1): 90-98.
- Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nursing Practice*, 2007; 21(5): 224-36.
- Cotter VT, Foxwell AM. The meaning of hope in the dying. Ferrell BR, Coyle N, Paice

- JA. Editors, Oxford Textbook of Palliative Nursing, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 475-84.
- Coyle N. Introduction to palliative nursing Care. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Editors. Oxford Textbook of Palliative Nursing, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 4-5.
- Craven RF, Hirnle C, Jensen S. Hemşireliğin kavramsal temelleri. Uysal N, Çakırcalı E. Çeviri Editörleri, Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları, 7. Baskıdan çeviri, Ankara, Palme Yayıncılık. 2015: 13.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 8(1): 47-50.
- Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2017;3(1):37-42.
- Dahlin C, Coyne PJ. History of the advanced practice role in palliative nursing. Dahlin C, Coyne PJ, Ferrell BR. Editors, Advanced Practice Palliative Nursing, 1st Edition, New York, Oxford University Press. 2016: 8-10.
- Daştan NB, Buzlu S. Meme kanserli hastalarda maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(1): 73-78.
- Doris TMW. Care for the family in palliative care. Palliative Medicine Doctors' Meeting HKSPM Newsletter, 2007; (1-2): 26-30.
- Duggleby W, Wright K, Williams A, Degner L, Cammer A, Holtslander L. Developing a living with hope program for caregivers of family members with advanced cancer. Journal of Palliative Care, 2007; 23(1): 24–31.
- Duggleby W, Wright K. Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. Can J Nurs Res, 2005; 37(2): 70–84.
- Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vézina L. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. J Palliat Med, 2006; 9(4) :912-21.
- Durak A. Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerliği üzerine bir çalışma. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 1993; 47-92.
- Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. Spiritual Psychology and Counseling, 2017; 2(1):73-88.
- Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Derg, 2012; 54: 329-34.
- Elliott J. Hope. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Editors, Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare, 1st Edition, New York, Oxford University Press. 2012:

119-23.

- Ellis J, Williams ML. Palliative care. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Editors. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare, 1st Edition, New York, Oxford University Press. 2012: 260.
- Erbay Ö, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Aykar FŞ. Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Turk J Cardiovasc Nurs, 2018; 9(19):82-88.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MS. Hemşirelikte Araştırma; Süreç, Uygulama ve kritik. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp. 2015: 143.
- Fadiloğlu Ç, Ateş M. Palyatif bakım sürecinde aile ve bakım vericiler. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017a: 166-68.
- Fadiloğlu Ç, Ateş M. Palyatif bakımda çok boyutlu hasta değerlendirmesi. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017b: 51.
- Fadiloğlu Ç. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma davranışlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1996; 12(1): 21-34.
- Fadiloğlu Ç. Palyatif bakım. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017: 1-12.
- Fagermoen MS. Humanism in nursing theory: a focus on caring I. Kim HS, Kollak I. Editors, Nursing Theories Conceptual & Philosophical Foundations, New York, Springer Publishing Company. 2006: 173.
- Fawcett J. Watson's Theory of Human Caring. Fawcett J. Editor, Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, 2nd Edition, Philadelphia, F.A. Davis Company. 2005: 555-77.
- Fogelman PA, Bakitas MA. Hospital-based palliative care. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Editors. Oxford Textbook of Palliative Nursing, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 28.
- Fringer A, Hechinger M, Schnepf W. Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families – a qualitative meta-synthesis. BMC Palliative Care, 2018;17(22): 2-15.
- Gallagher R, Krawczyk M. Family members' perceptions of end-of-life care across diverse locations of care. BMC Palliative Care, 2013; 12: 25.

- Geng HM, Chuang DM, Yang F, Yang Y, Liu WM, Liu LH, Tian HM. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2018; 97(39):e11863
- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 2001;51(4): 213-31.
- Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *J R Soc Med*, 2013; 106(10): 399-407.
- Gorgulu U, Polat U, Bayrak Kahraman B, Ozen S, Arslan E. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*, 2016; 3(4): 159-65.
- Gökçınar D, Kahveci K. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. Kahveci K, Gökçınar D. Editörler, Palyatif Bakım, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014: 1-3.
- Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 2010; 20(4): 125-32.
- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R. Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*, 2004; 170(12):1795-801.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010;1: 1-6.
- Hall AM. Spiritual health. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Editors, *Fundamentals of Nursing*, 8th Edition, Missouri, Elsevier Mosby. 2013: 692-704.
- Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(1): 50-56.
- Holtslander LF, Duggleby W, Williams AM, Wright KE. The experience of hope for informal caregivers of palliative patients. *Journal of Palliative Care*, 2005; 4 (21): 285-91.
- International Council of Nurses (ICN). Nurses’ role in providing care to dying patients and their Families.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline/files/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf, 2012. Erişim Tarihi: 09.10.2019
- Jesse DE, Alligood MR. Watson’s philosophy and theory of transpersonal caring. Alligood MR. Editor, *Nursing Theorists and Their Work*, 8th edition, Missouri, Elsevier Mosby. 2014: 88.

- Kaçmaz N, Yıldırım NK, Özkan M. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: Yaşadıkları ve gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015;31 (2) :98-112.
- Kara T. Terminal dönem kanser hastası yakınlarının palyatif bakımla ilgili görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017;30.
- Karabulutlu, EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca, M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2013;28(1):1-9.
- Karakartal D. Tedavi sürecindeki kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların incelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 2017; 2(3): 96-109.
- Karakurt P. Kayıp ve ölüm süreci. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016:1159-67.
- Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014; 6(2):154-164.
- Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6:41-47.
- Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. HSP, 2017;4(2):132-35.
- Koç E. Bir umut metafiziği olarak gabriel marcel felsefesi. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2008; 18: 171-94.
- Koç M, Okan İ. Palyatif bakım hizmeti alan hastaların ailelerinin psikososyal sorunları. Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics, 2017; 3(1):69-75.
- Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 1(1):99-116.
- Kol E. Jean Watson: İnsan bakım modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Editörler, Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2017: 506-522.
- Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6):105-115.
- Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. Can J Psychiatry, 2004; 6(49):359-65.

- Kumar TKA, Soumya C. Jean Watson: Theory of caring. Kumar TKA, Soumya C. Editors, Application of Nursing Theories, 1st Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers. 2017: 131-139.
- Küçük L. Bakımda spiritüel yaklaşım. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, İstanbul: Akademi. 2016: 1136-45.
- Küçükgüçlü Ö, Şentürk SG, Söylemez BA. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. DEUHFED, 2017; 10(2): 68-78.
- Lambert SD, Harrison JD, Smith E, Bonevski B, Carey M, Lawsın C, Paul C, Girgis A. The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. BMJ supportive & palliative care, 2012; 2(3):224-30.
- Lambour S. Reflections on Jean Watson's Theory of Human Caring. <https://pdfs.semanticscholar.org/dac3/3c7aa3650f6a619b69e43a073a9449b28e74.pdf>, 2013: 11. Erişim Tarihi: 11.10.2019
- Lapid MI, Atherton PJ, Kung S, Sloan JA, Shahi V, Clark MM, Rummans TA. Cancer caregiver quality of life: Need for targeted intervention. Psychooncology, 2016; 25(12):1400-07.
- Lauren AW, Jamie HVR. Working with a palliative care team. The Cancer Journal, 2010; 16(5): 488-92.
- Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. British Journal of Nursing, 2005; 14 (4): 220-25.
- Lukose A. Developing a practice model for Watson's Theory of Caring. Nurs Sci Q, 2011; 24(1): 27-30.
- Mamier I, Taylor EJ, Winslow BW. Nurse spiritual care: prevalence and correlates. West J Nurs Res, 2019; 41(4):537-54.
- McEwen, M. Spiritual nursing care. Holistic nursing practice, 2005; 19(41):161-68.
- McKay P, Rajacich D, Rosenbaum J. Enhancing palliative care through Watson's carative factors. Can Oncol Nurs J, 2002 ;12(1):34-44.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. Palliative Medicine, 2004; 18: 39-45.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients feelings of hopelessness and depression. Cancer Nursing, 2007; 5(30): 412-18.

- Nakagawa S, Hua M, Takayama H. Who is not comfortable with the term “palliative care”- patient, family, or surgeon?. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2018; 155(5): 2032–33.
- Narayananamy A, Owens J. A critical incident study of nurses’ responses to the spiritual needs of their. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33(4): 446-55.
- Nicoll LH. Collaborating with an interdisciplinary team. Zerwekh JV. Editor, *Nursing Care at the End of the Life Palliative Care for Patients and Families*, 1st Edition, Philadelphia, F. A. Davis Company. 2006: 68-69.
- Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars In Oncology Nursing*, 2012; 28(4):236-45.
- Ocakçı AF. Hemşirelik kavram, kuram ve modelleri. Ocakçı AF, Alpar ŞE. Editörler, *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013: 4.
- Oechsle K, Ullrich A, Marx G, Benze G, Wowretzko F, Zhang Y, Dickel LM, Heine J, Wendt KN, Nauck F, Bokemeyer C, Bergelt C. Prevalence and predictors of distress, anxiety, depression, and quality of life in bereaved family caregivers of patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 2019; 9:1049909119872755.
- Oliveira GS, Bavaresco M, Rosado SR, Dázio EMR, Fava SMCL, Fillipini CB. Experiences of the family caregiver of a person with intestinal ostomy due to colorectal cancer. *Rev Rene*, 2014;15(1):108-15.
- Oliveira WT, Sales CA, Fernandes CAM, Haddad MCL. Evaluation of the well-being of family caregivers of adults with malignant neoplasm in the home environment. *Rev. Eletr Enf*, 2015; 17(2):340-49.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı, Ankara, Mattek Matbaacılık. 2010:4-192.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir, Üniversiteler Ofset. 2010: 6-67.
- Özdemir F. Palyatif bakım alan hastaların yakınların yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 3-32.
- Özhan E. Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi: Eyüp Sultan devlet hastanesi palyatif bakım merkezi örneği. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2019; 61.
- Özkan İA, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012; 2: 61-72.

- Paiva BS, Carvalho AL, Lucchetti G, Barroso EM, Paiva CE. "Oh, yeah, I'm getting closer to god": Spirituality and religiousness of family caregivers of cancer patients undergoing palliative care. *Support Care Cancer*, 2015; 23(8): 2383-89.
- Pektekin Ç. Kuramlar ve bakım modelleri. Pektekin Ç. Editör. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2013: 33-34.
- Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. The Meaning of spirituality and spiritual well-being among thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 2019; 25(1): 119–23.
- Polat Ü. İleri Evre Kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011; 26(4):193-98.
- Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Elsner F, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwöhner K, Schulenberg D. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Support Care Cancer*, 2003; 11: 442–51.
- Revier SS, Meiers SJ, Herth KA. The lived experience of hope in family caregivers caring for a terminally III loved one. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2012; 6(14): 438-46.
- Rhodes VA, McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in palliative care. *CA Cancer J Clin*, 2001; 51:232-48.
- Rivera HR. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clin J Oncol Nurs*, 2009; 13(2):195-202.
- Rocha RCNP, Pereira ER, Silva RMCRA, Medeiros AYBBV, Refrande SM, Refrande NA. Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under oncology palliative care. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71(6): 2635-42.
- Rosser M, Walsh HC. Team working. Rosser M, Walsh HC. Editors. *Fundamentals of Palliative Care for Student Nurses*, 1st Edition, Chichester, John Wiley & Sons Ltd. 2014: 34-37.
- Ryan LA, The Journey to integrate Watson's Caring Theory with clinical practice. *International Journal of Human Caring*. https://pdfs.semanticscholar.org/b898/3a44bb45b20ab398c06efa4905774fd2fed1.pdf?_ga=2.20316024.1772954332.1573022788-860100704.1573022788, 2005. Erişim Tarihi: 10.09.2019.
- Sağlık Bakanlığı. Birim faaliyet raporu. <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf>, 2018. Erişim Tarihi: 14.09.2019

- Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S, Thompson L, Belle SH. End of life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*, 2003; 349(20):1936-42.
- Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*, 2018; 27(1-2): e21-e38.
- Sherman DW, McGuire DB, Free D, Cheon JY. A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *J Pain Symptom Manage*, 2014; 3(48): 385-99.
- Sitzman KL, Eichelberger LW. Jean Watson's Theory of Human/Transpersonal Caring. Sitzman KL, Eichelberger L. Editors. *Understanding the Work of Nurse Theorists*, 2nd Edition, United States of America, Jones and Bartlett Publishers. 2011: 51.
- Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs*, 2005; 26:154-61.
- Steele R, Davies B. Supporting families in palliative care. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Editors. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 500.
- Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, Ferrell B. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psychooncology*, 2016, 25(12):1448-55.
- Swinton J. Healthcare spirituality: a question of knowledge. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Editors, *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, 1st Edition, New York, Oxford University Press. 2012: 99-103.
- Şahan FU, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2015; 4(2): 81-90.
- Şahin AZ, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 2(12): 1-9.
- Şenel G, Uyar M. Palyatif bakım. *Palyatif Bakım Derneği Bülteni*.
http://www.palyatifbakim.org.tr/images/BULTEN/PB_Bulten_2015.pdf, 2015.
Erişim Tarihi:11.11.2019
- Şentürk SG, Küçükgülü Ö, Watson J. Watson İnsan Bakım Teorisi'nin perspektifinden: Demans hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1), 62-72.

- Tanrıverdi G. Bakım verenler açısından kronik hastalık yükü. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, Genişletilmiş 2. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2017: 396-99.
- Tanrıverdi Ö, Kömürcü Ş. Palyatif bakım ünitelerinde yapılanma. Gülhan M, Yılmaz Ü. Editörler. Akciğer Kanseri Destek Tedavisi, İstanbul, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 2016: 391-405. e-ISBN: 978-605-66161-1-2
http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf , 2016. Erişim Tarihi: 16.09.2019
- Taylor EJ. Spiritual assessment. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Editors, Oxford Textbook of Palliative Nursing, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 2015: 532-36.
- Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. Cancer Nursing, 2003; 4 (26): 260-66.
- Thomas C, Morris M, Harman J. Companions through cancer: The care given by informal carers in cancer contexts. Social Science Medicine, 2002; 54: 529-44.
- Topkaya Ö. Kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimleri ile hasta ve ailelerinin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve beklentilerinin incelenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018; 33-41.
- Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. Int J Nurs Pract, 2009;15(1):1-6.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Palyatif.
<https://sozluk.gov.tr/?kelime=PALYAT%C4%B0F> ,2019a. Erişim Tarihi: 09.09.2019
- Türk Dil Kurumu (TDK). Maneviyat.
<https://sozluk.gov.tr/?kelime=MANEV%C4%B0YAT>, 2019b. Erişim Tarihi: 17.10.2019
- Türk Dil Kurumu (TDK). Umut.
<https://sozluk.gov.tr/> , 2019c. Erişim Tarihi: 20.09.2019
- Uren SA, Graham TM. Subjective experiences of coping among caregivers in palliative care. Online J Issues Nurs, 2013; 18(2):95-107.
- Velioğlu P. Hemşirelik süreci, hemşirelik modeli ve hemşirelik kuramı. Velioğlu P. Editör. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, 2. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012: 47.

- Ward SE, Berry PE, Misiewicz H. Concerns about analgesics among patients and family caregivers in a hospice setting. *Res Nurs Health*, 1996; 19 (3): 205-11.
- Watson Caring Science Institute (WCSI). 10 Caritas processes. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>, 2010a. Erişim Tarihi: 26.02.2018
- Watson Caring Science Institute. (WCSI). Caring science theory. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/> ,2010b. Erişim Tarihi: 08.07.2019
- Watson J. Watson's Theory of Human Caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007; 16(1): 129–35.
- Watson J. Core concepts of Jean Watson's Theory of human caring/caring science. <https://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf> ,2010. Erişim Tarihi: 03.07.2019
- Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*, 2nd edition, New York, Springer Publishing Company. 2009: 470.
- Watson J. Jean Watson's theory of human caring, Nursing. Parker, ME. Editor, *Theories and Nursing Practice*, 2nd Edition, Philadelphia, F. A. Davis Company. 2005: 300.
- Watson J. *Nursing The Philosophy and Science of Caring*, Revised Edition, Colorado, University Press of Colorado. 2008: 16-82.
- WHO. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 2002. Erişim Tarihi: 10.02.2018
- WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> , 2016. Erişim Tarihi: 16.09.2019
- Williams AL, Mccorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and Supportive Care*, 2011; 9: 315–25.
- Williams ML, Friedman T. Depression in palliative care patients – a prospective study. *European Journal of Cancer Care*, 2001; 10: 270–74.
- Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*.

<https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> ,2014. Erişim Tarihi: 05.09.2019

- Yalcinkaya EY, Ones K, Ayna AB, Turkyilmaz AK, Erden N. Low back pain prevalence and characteristics in caregivers of stroke patients: a pilot study. *Top Stroke Rehabil*, 2010; 17(5):389-93.
- Yıldırım S, Elgin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013; 50: 169-74.
- Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016;13 (3): 216-25.
- Yılmaz DU, Sarı D. Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 20(2): 90-98.
- Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: Spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14 (2): 61-70.
- Yurtsever S. Palyatif bakım. Aştı TA, Karadağ A. Editörler, *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016:1148-51.
- Zerwekh JV. *Understanding and Strengthening Families*. Philadelphia, F. A. Davis Company. 2006: 251.

EKLER

Ek 1: Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu

Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi

Bu araştırma palyatif bakım hastalarının yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisini belirlemek 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.

Aslı KURTGÖZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

Bakım Verilen Bireye Ait Bilgiler;

1. Hastanızın 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

Ek 1: Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

11. Toplam aylık gelirini belirtiniz:.....

12. Mevcut tanısı:

13. Bu tanıyı ne zaman aldı?.....

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

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

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

()KOAHA ()Diğer(belirtiniz):.....

16. Hastanız ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görmektedir?
belirtiniz......

Hasta Yakınına Ait Bilgiler;

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. Toplam aylık gelirinizi belirtiniz:.....

12. Kronik bir hastalığınız var mı? ()Evet ()Hayır

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

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

()KOAHA ()Diğer(belirtiniz):.....

Ek 1: Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

14. Bakım verdiğiniz kişi ile yakınlık dereceniz:

Oğlu Kızı Eşi Gelini Damadı Torunu Diğer.....

15. Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?. Evet Hayır

16. Cevabınız evet ise aynı evde kaç yıldır birlikte yaşıyorsunuz?.....

17. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

0-3 ay 4-6 ay 7-9 ay 10-12 ay 13 ay üzeri

18. Bakım konusunda size destek olan biri(leri) var mı? Evet Hayır Kısmen

19. Cevabınız evet ise; kim/kimlerin desteğini alıyorsunuz?.....

20.Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım vermekttesiniz?

1-6 saat 7-12 saat 13-18 saat 19-24 saat

21.Hastanız gün içerisinde hangi zaman aralığında bakım ve desteğinize daha çok ihtiyaç duymaktadır? Gece Gündüz Diğer(belirtiniz):.....

22.Palyatif bakım ünitesine yatmadan önce hastanızın bakım ihtiyacı var mıydı?

Evet Hayır Kısmen

23.Cevabınız evet ise hastanızın bakımını kim üstleniyordu? Oğlu Kızı

Eşi Gelini Damadı Torunu Diğer.....

24.Daha öncesinde bir başkasına bakım verdiniz mi? Evet Hayır

	Evet	Hayır	Kısmen
25.Hastanızın yaşadığı hastalık/televi sürecinden sağlığını etkilendi mi?			
26.Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?			
27.Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle sosyal yaşantınızda değişiklik oldu mu?			
28.Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci ruhsal ve psikolojik yönden sizi etkiledi mi?			
29.Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle iş hayatınızda güçlük yaşıyor musunuz?			
30.Hastanıza bakım vermek yaşantınızdaki diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?			

Ek 1: Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

31. Hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

()Evet ()Hayır

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

33. Hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili olarak eğitim almak ister misiniz?

()Evet ()Hayır

**34.Cevabınız evet ise hangi konularda bilgi ve eğitim almak istersiniz?
Belirtiniz.....**

35. En fazla hangi yönden destek almaya ihtiyaç duyuyorsunuz ?

()Psikolojik/duygusal destek

()Fiziksel bakımda yardım

()Maddi yardım

()Diğer (ise açıklayınız:

36. Sıkıntılarınızı ve duygularınızı rahatça paylaşabileceğiniz bir arkadaşınız ya da aile bireyiniz var mı?

()Evet ()Hayır

37. Geleceğin hastanıza getirecekleri konusunda endişe yaşıyor musunuz?

()Evet ()Hayır

**38. Herhangi bir sorunla karşılaştığınızda sorunla baş etmek için neler yaparsınız?
Belirtiniz.....**

39. Hastanıza bakım verme sürecinde karşılaştığınız problemlerin üstesinden gelmek için neler yaparsınız? Belirtiniz.....

Ek 2: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununu işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4. Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yaralanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum, gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok, tatsızlıklarla dolu.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için, çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek 3: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve 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. İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	1	2	3	4	5
2. Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	1	2	3	4	5
4. Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	1	2	3	4	5
5. Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	1	2	3	4	5
6. Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Hayatımda büyük bir boşluk var.	1	2	3	4	5
8. Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	1	2	3	4	5
9. Allah'ın beni sevdiğine ve önemseddiğine inanırım.	1	2	3	4	5
10. Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım	1	2	3	4	5
11. Hayattan zevk almam.	1	2	3	4	5
12. Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	1	2	3	4	5
13. Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
14. Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	1	2	3	4	5
15. Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	1	2	3	4	5
16. Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
17. İnançım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir	1	2	3	4	5
18. Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
19. Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
20. Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekür ederim)	1	2	3	4	5
21. İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	1	2	3	4	5
22. Doğayla uyum içinde yaşarım	1	2	3	4	5
23. Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim	1	2	3	4	5
24. İnançım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	1	2	3	4	5
25. Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	1	2	3	4	5
26. Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5
27. Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır	1	2	3	4	5
28. Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım	1	2	3	4	5
29. Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	1	2	3	4	5

Ek 4: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-I

Öncelikle “Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi” konulu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Burada hastanıza bakım verme sürecinde yaşadığınız deneyimlerinize ilgileniyorum. Vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış yoktur. Konuya ilişkin söylediğiniz her şeyin bizim için çok değerli olduğunu bilmenizi isterim. İzin verirseniz görüşmeyi ses kayıt cihazı ile kaydetmek istiyorum. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatını elde edebiliriz. Bunun sizce bir sakıncası var mı? (Ses kayıt cihazı kullanmama izin vermezseniz not tutacağım) Görüşme sırasında ben konuyu değiştirebilirim. Eklemek istediğiniz bir şey olursa beni durdurabilirsiniz. Eğer bana görüşmeye başlamadan sormak istediğiniz bir soru varsa önce bunu yanıtlamak isterim. İzin verirsen görüşmeyi başlamak istiyorum.

A. Isındırma Soruları

- Yaşınız? :.....
- Hastanızın tanısı nedir?.....
- Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? :.....
- Hastanız ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde yatmaktadır? :.....

B. Görüşme Soruları

- 1. Hastanızın tanısını ilk öğrendiğinizde neler hissettiğiniz hakkında konuşmak istiyorum. Hastanızın hastalığını ilk öğrendiğinizde neler hissettiniz? Ne düşündünüz? Ne yaptınız biraz bahsedebilir misiniz?**
- 2. Hastanıza bakım verme süresince birtakım sorunlarla karşılaşıyor musunuz, bu sorunlardan biraz bahsedebilir misiniz?**
 - a. Bakım verme sürecinin hangi sizi hangi yönlerden etkilediğini düşünüyorsunuz
 - b. Karşılaştığınız bu sorunlarla baş etmek için neler yapıyorsunuz, biraz bahsedebilir misiniz?
- 3. Burada, palyatif bakım ünitesinde hasta yakını olarak kaldığınız sürece birtakım sorunlarla karşılaşıyor musunuz, bu sorunlardan biraz bahsedebilir misiniz?**

Ek 4: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-I (devamı)

a. Burada bulunmanın sizi hangi yönlerden etkilediğini düşünüyorsunuz.

4. Burada kalmanın sizi ruhsal yönden etkilediğini düşünüyor musunuz, bunu biraz açıklayabilir misiniz?

a. Karşılaştığınız bu ruhsal sorunlarla baş etmek için neler yapıyorsunuz, biraz bahsedebilir misiniz?

b. Bu sorunlarla baş etmenize yardımcı olabilmesi için ruhsal yönden destek almak ister miydiniz?

c. Destek almaya gereksinim duyuyor musunuz?

d. Peki nasıl bir destek almak isterdiniz, size hangi konularda yardımcı olunmasını istersiniz, biraz bahsedebilir misiniz?

5. Hastanıza bakım verme sürecindeki hayata karşı düşüncelerinizde, umutlarınızda ve hayallerinizde değişiklik oldu mu? Bunları benimle paylaşır mısınız?

6. Size göre yaşamın anlamı nedir, bu konu hakkında biraz konuşabilir miyiz?

a. Hastanıza bakım verdiğiniz bu süreçte sizin ve hastanızın yaşadıkları sizin için yaşamın anlamında bir değişiklik yarattı mı, yaşamın anlamı nasıl değişti bunu biraz açıklayabilir misiniz?

7. Umudunuzu artıran durumlar ve umut etmenizi zorlaştıran şeylerinden bahsedebilir misiniz?

a. Yaşadığınız bu süreçte umudunuzu desteklemede size yardımcı olan birileri var mı, bu kişilerin size nasıl destek olduğundan biraz bahsedebilir misiniz?

b. Şu anda en çok gerçekleşmesini istediğiniz şey hakkında konuşabilir miyiz?

C. Kapanış

- Benim bu konuda atladığım veya sizin eklemek istediğiniz bir şey var mı?
- Benimle görüşmek için zaman ayırdığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Ek 5: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-II

Bu görüşmede daha önceki görüşmemiz hakkında konuşmak istiyorum. Bir önceki görüşmemizde ifade ettiğiniz duygu ve düşüncelerinizi size hatırlatıp, şu anki duygu ve düşüncelerinizle aralarında bir değişiklik olup olmadığını belirlemek istiyorum.

A. Görüşme Soruları

- 1. Bir önceki görüşmemizde “.....”ifade etmişsiniz. Bu konu hakkında şu anki hissettiklerinizden biraz bahsedebilir misiniz?**
- 2. Sizinle yaklaşık 4 hafta boyunca birlikte vakit geçirdik, tarafımdan aldığımız hemşirelik bakımı hakkındaki görüşlerinizden biraz bahsedebilir misiniz?**
 - a. Aldığınız bakımın umudunuzu ve hayata olan bakış açınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? Bunu biraz açıklayabilir misiniz?

B. Kapanış

- a. Benim bu konuda atladığım veya sizin eklemek istediğiniz bir şey var mı?
- b. Benimle görüşmek için zaman ayırdığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		İYİLEŞTİRİCİ SÜREÇ-1: İnsancılık ve Adanmışlık -Tanışma, bireye kendini tanıtmaya, neden orada olduğunu açıklama, bireye sevgi ve şefkatle yaklaşma. -Bireyi tanıma ve gereksinimlerini belirleme. -Bir hemşire olarak 'bu bireyin bakımını nasıl yapabilirim'i belirleme.	 -Bireye samimi, içten, güler yüzlü, şefkatli, güven verici ve empatik bir şekilde yaklaşılması. Bireyin görüşmenin yapılacağı önceden düzenlenen odaya alınması. -Görüşmeler sırasında etkili bir iletişim kurabilecek şekilde bireyin yanına oturup, göz teması kurulması. -İletişim esnasında ses tonunun uygun şekilde ayarlanması, beden dilinin iyi bir şekilde kullanılması ve bireye terapötik dokunuşlar yapılması. <i>Merhaba.... Hanım/Bey. Ben Öğr. Gör. Hemşire Aslı KURTGÖZ bu üniteye yatan hastanıza refakat ettiğiniz süreçte sizin yanınızda olmak ve size gereksinim duyduğunuz konularda hemşireniz olarak yardım etmek istiyorum. Öncelikle burada sizin için var olduğumu belirtmek isterim. Bu süreçte dört oturumluk karşılıklı görüşmelerimiz olacak. Bu görüşmelerde amacım kendinizi hastanıza refakat ederken daha rahat hissetmenizi sağlamak. Görüşmelerimizin sizin, kendinizi daha iyi hissetmenize katkıda bulunacağına inanıyorum.</i>
İYİLEŞTİRİCİ SÜREÇ-4: Yardım-Güven İlişkisi -Yardım edici, güven verici otantik bakım ilişkisini geliştirme. -Bireye görüşmeler esnasında içten, yargılamayan dürüst, sevgi dolu ve bireyin bütün sözlü ve sözsüz ifadelerine karşı hassas bir tutum sergileme. -Bireylere görüşmeler için en iyi zamanı seçimleri konusunda izin verilmesi.	 -İletişim bilgilerinin bireyle paylaşılması, ihtiyaç duyduğu anda hiçbir tereddüt yaşamadan arayabileceği konusunda bilgi verme. <i>....Hanım/Bey, sizinle önceden belirlediğimiz görüşmeler esnasında bir araya geleceğiz. Ancak size yanınızda olmadığım zamanlarda da destek olmak isterim. Benim telefon numaram..... Görüşmelerimiz dışında herhangi bir konuda benimle paylaşımında bulunmak isterseniz hiçbir tereddüt yaşamadan lütfen beni arayın.</i> <i>İsterseniz bir sonraki görüşme tarihimizi belirleyelim. Bundan sonraki görüşmemizin önümüzdeki hafta içinde hangi gün olmasını isterdiniz?</i>		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		OTURUMLAR	2. OTURUM
<p>İyileştirici Süreç 3: Duyarlılık</p> <p>-Bireyin inanç ve değerlerini, duygu ve düşüncelerini önemseme. -Bireye öz-yansıtmayı (günlük tutma, dua etme vs.) uygulama. -Bireyle içtenlikle ilgilenme.</p>	<p><i>Sizi daha iyi tanımak istiyorum. Bana sizin için vazgeçilmez olan şeylerden bahsedebilir misiniz?</i></p> <p><i>İnançlarımızı, değerlerinizi, duygu ve düşüncelerinizi önemsiyorum. Sizi daha iyi bakım verebilmem için bunlardan bahsedebilir misiniz?</i></p> <p><i>Duygularımızı, hissettiklerimizi ve düşüncelerimizi bazen kelimelerle ifade edemeyiz. Bir an duygularımız veya düşüncelerimiz dilimizin ucuna gelir ancak bazen de bunları paylaşabileceğimiz birileri olmaz yanımızda. Sizden gün boyunca yaşadıklarınızı, yaptıklarınızı, hissettiklerinizi, düşüncelerinizi kâğıda dökmenizi yani günlük tutmanızı rica edeceğim. İzniniz olursa görüşmelerimiz esnasında yazdıklarınızı birlikte okuyup, onlar hakkında konuşabiliriz. Böylelikle size daha iyi yardım edebileceğimi düşünüyorum.</i></p>		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		İYİLEŞTİRİCİ SÜREÇ 5: Olumlu ve Olumsuz Duyguların İfadesi -Bireyin hastasına refakat ettiği hastalık sürecinde yaşadıkları ile ilgili duygularını ifade etmesini sağlama. -Bireyin deneyimlerini ve korkularını paylaşmasına fırsat verme. -Bireyin negatif duygularını kabul etmesini sağlama ve bu duygularla baş etmesi konusunda bireye destek olma.	 -Bireyle etkili bir iletişime geçilmesi ve bireyin duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmesi. -Ünitede bulunan diğer hasta yakınlarıyla iletişime geçmesinin sağlanması, birlikte bir sohbet ortamı yaratarak deneyimlerin paylaşılmasını destekleme, gelecekle ilgili kaygılarından ve korkularından bahsetmesini sağlama. <i>Bakımını üstelendiğiniz yakınınıza yaşadığı bu süreçte yanında bulunarak destek oluyorsunuz. Bu süreçlerin sizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz? Bana bu süreçte hissettiklerinizden ve deneyimlerinizden bahsedebilir misiniz?</i> <i>Hastanızın yaşadığı bu süreçler ve burada bulunmak size ne hissettiriyor?</i> <i>Bu süreçlerde aklınızdan ve kalbinizden neler geçiyor, neler düşünüyorsunuz?</i> <i>Kendiniz ve hastanızla ilgili geleceğe yönelik kaygılarınızdan biraz bahsedebilir misiniz?</i>
İYİLEŞTİRİCİ SÜREÇ 6: Problem Çözme -Eleştirel düşünme becerisini kullanarak bireyin yaşadığı problemleri belirlememe. -Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanarak belirlenen sorunlara çözüm bulmaya odaklanma. -Bireyi soru sormaya cesaretlendirme	 -Bireyin yaşadığı problemleri ifade etmesi konusunda desteklenmesi. -Saptanan sorunlara bireyle birlikte çözüm önerilerinin üretilmesi. <i>Burada bulunduğunuz süre içerisinde ve hastanıza bakım verme, refakat etme sürecinde yaşadığınız zorluklardan biraz bahsedebilir misiniz? Bu sorunları hafifletme veya sorunları çözüme kavuşturmada size yardımcı olmak istiyorum.</i>		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		OTURUMLAR	2. OTURUM
<p>İyileştirici Süreç 8: İyileşme Çevresi</p> <p>-Görüşmelerin birey için iyileştirici bir çevre olmasını sağlama.</p> <p>-Ortamın birey için en rahat şekilde olmasını sağlayacak çevre düzenlemeleri ile ilgili bireyin isteklerinin sorulması, fikirlerinin dikkate alınması.</p>	<p>-Görüşme ortamının iyileştirici bakım çevresi şeklinde düzenlenmesi.</p> <p>-Birey için konforlu, huzurlu ve güven verici bir ortam oluşturulması.</p> <p>-Görüşmelerin yapıldığı odada bireyin rahat ve huzurlu hissetmesini sağlayacak şeyleri saptayıp odada bulundurulmasının sağlanması.</p> <p>-Loş bir ışıklandırma ve uygun ortamın ısısının sağlanması.</p> <p><i>Sizinle yaptığımız görüşmelerde bulunduğumuz ortamın sizi rahat hissettirmesi için neler yapabilirim? Bu konudaki önerileriniz benim için çok kıymetli. Lütfen, bunları benimle paylaşır mısınız? Odada bulunmasını isteyeceğiniz sevdiğiniz çiçekler, kokular, müzikler vs varsa bunları benimle paylaşırsanız çok sevinirim.</i></p>		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi (devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		OTURUMLAR 2. OTURUM	İyileştirici Süreç 9: Gereksinimlere Yardım -Bireyi bir bütün olarak görme. -Bireyin temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlerini belirleme ve gereksinimlerin karşılanmasında bireye yardımcı olma. -Bireyin bireysel ve gizlilik gereksinimlere saygı duyulması. -Bireyin refakat ettiği hastasının bakım sürecine dahil edilmesi.
İyileştirici Süreç 10: Varoluşsal-Fenomonolojik ve Spiritüel Güçler -Birey için yaşamın anlamı, kayıp ve ölüm hakkında hissettiklerini ve korkularını paylaşmasını destekleme. -Bireyin destek sistemleri hakkında konuşma, spiritüel kaynaklarını tanımlamasını isteme.	-Bireyin kendinden bahsetmesinin sağlanması; nelerden hoşlandığı, neleri sevmediği, onu diğerlerinden farklı kılan özelliklerinin neler olduğu, yaşamını nasıl değerlendirdiği, hayattan nasıl bir anlam bulduğu, içsel kaynaklarının neler olduğu, herhangi bir sorunla başa çıkmada neler yaptığı, nelerden destek aldığı hakkında konuşulması.		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
OTURUMLAR	3. OTURUM	İyileştirici Süreç 2: İnanç-Umut -Bireye kendine inanması için yardım edilmesi. -Birey için umut sağlayıcı aktivitelerin belirlenmesi. -Umudun desteklenmesi ve büyütülmesi.	-Bireyin kendisi için umut sağlayıcı bir aktiviteyi (yaşadıklarını kaleme alma, hayal etme, hayallerini kâğıda dökme, hayallerinin resmini çizdirme, geçmiş ve geleceğe yönelik bir mektup yazma vs.) seçmesinin sağlanması. -Bireye düşünme/hayal kurma hakkında bilgi verilmesi. -Birlikte düşünme etkinliğinin uygulanması.
		İyileştirici Süreç 3: Duyarlılık -Büyük bir hassasiyet ve itina ile bireyin duygu, düşünce, inanç ve değerlerini keşfetmeye gönüllü olduğunu gösterme. -Bireyi soru sormaya cesaretlendirme. -Bireyin rahatlatılması.	-Bireyin baş etmede kullandığı yöntemler ve destek sistemlerinin konuşulması. <i>Bugünkü görüşmemizde neler üzerine konuşmamızı isterdiniz?</i> -Kas gevşeme egzersizleri ve derin nefes egzersizlerinin birlikte uygulanması. -Bireye sırt masajı yapılması. <i>Sizi rahatlatabilmesi için bir önceki görüşmemizde gevşeme ve derin nefes egzersizleri hakkında bilgi vermiştim ve birlikte uygulamıştık. Dilerseniz bu egzersizleri tekrar yapalım.</i>

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
		OTURUMLAR	3. OTURUM
İyileştirici Süreç 10: Varoluşsal-Fenomenolojik ve Spiritüel Güçler -Bireyin hastasına refakat ettiği süreçte yaşadıklarının yaşamın anlamını nasıl etkilediği hakkında hissettiklerini ve düşüncelerini paylaşmasını sağlama.	-Bireyin, hastasıyla birlikte yaşadığı bu süreçte yaşamdan nasıl bir anlam bulduğu hakkında bireyin kendini ifade etmesini sağlanma. -Hastasının birey için ne ifade ettiği, hayatındaki yeri ve bireyin hastasının hayatındaki yerini nasıl tanımladığı hakkında konuşulması -Bireyin gelecekte kendisini ne şekilde görmek istediği hakkında konuşulması. -Bireye manevi yönden destek olan, güç veren şeyler hakkında konuşulması		

Ek 6: Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi
(devamı)

		İYİLEŞTİRME SÜREÇLERİ	GÖRÜŞME REHBERİ
OTURUMLAR	4. OTURUM	<p>İyileştirici Süreç 2: İnanç-Umut</p> <p>-Bireyi motive eden ve umut sağlayıcı aktiviteler üzerine görüşme.</p> <p>-Bireyin yaşama tutunma yeteneklerini destekleme.</p> <p>-Yakın gelecekle (önümüzdeki ilk 6 ay) ilgili planların konuşulması.</p>	<p>-Bireyin umut sağlayıcı olarak seçtiği aktivite üzerine konuşma, bu aktivitenin bireyin umudunu nasıl etkilediğini ifade etmesine destek olma.</p> <p><i>Umudunuzu desteklemek amacıyla planladığımız aktivite üzerine sizinle konuşmak istiyorum. Bu uygulamanız (yaşadıklarınızı kaleme alma, hayal etme, hayallerini kâğıda dökme, hayallerinin resmini çizdirme, geçmiş ve geleceğe yönelik bir mektup yazma vs.) size neler hissettirdi, geleceğe ve planlarınıza yönelik nasıl bir etki yaptı? Yakın zamandaki planlarınızdan biraz bahsedebilir misiniz?</i></p>
		<p>İyileştirici Süreç 8: İyileşme Çevresi</p> <p>-Görüşmelerin birey için iyileştirici bir çevre olmasını sağlama.</p>	<p>-Bireyin belirlediği rahatlatıcı faktör, hoş kokulu bir tütsü, rahatlatıcı, huzur verici müzik, havalandırılmış, uygun ısı ve loş ışıklandırmanın olduğu görüşme ortamının sağlanması.</p>
		<p>İyileştirici Süreç 10: Varoluşsal-Fenomenolojik ve Spiritüel Güçler</p> <p>-Bireyle hayatın anlamı üzerine konuşma.</p> <p>-Bireyle yaşamdaki mucizeler üzerine konuşma.</p>	<p>-Geleceğin bireyin kendisi ve yakınlarına neler getireceği hakkındaki düşüncelerini ifade etmesini destekleme.</p> <p>-Birey ve benim için bu durumdan çıkarılacak hayat derslerinin neler olduğu hakkında birlikte paylaşımda bulunulması.</p> <p>-Bazı yaşam olaylarının anlaşılmasız olduğunu kabul etme üzerine konuşma.</p> <p><i>Hayatta mucizeler olduğuna inanıyor musunuz? Sizin hayatında hangi mucizelerin gerçekleşeceğini umut ediyorsunuz?</i></p>

Ek 7: Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

8 me



Kimden: "ayseguldurak" <ayseguldurak@yahoo.com>

5 Mart 2018 23:11

Kime: "asli aydogan" <asli.aydogan@amasya.edu.tr>

Sayın Aydıġan, söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Ayşeğül Durak Batığın

Android'de Yahoo Postadan gönderildi

22:28"5e' 5 Mar 2018 Pts tarihinde, Aslı AYDOĞAN

<asli.aydogan@amasya.edu.tr> şunu yazdı:

Sayın hocam,

ben Aslı AYDOĞAN Amasya Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Sayın Palabıyıkıoğlu ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni kullanım onayınızı takdir buyurursanız "Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi" isimli planladığımız doktora tez çalışması için kullanmak istiyorum. Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim.

--

Öğr. Gör. Aslı AYDOĞAN

Ek 8: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni

☐ Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Kimden: "Selami Kardaş" <selamikardas@gmail.com>

Kime: "asli aydogan" <asli.aydogan@amasya.edu.tr>

Gönderilenler: 5 Mart Pazartesi 2018 23:47:10

Konu: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Merhabalar Hocam,

Etağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:

<http://toad.edam.com.tr/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.

--

Öğr. Gör. Aslı AYDOĞAN

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Health Services Vocational School

İpekköy Yerleşkesi 05100 AMASYA

Phone:03582400016-17

☐ Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni

5 me



Kimden: "Aslı AYDOĞAN" <asli.aydogan@amasya.edu.tr>

5 Mart 2018 22:19

Kime: "halileksi" <halileksi@marmara.edu.tr>

Sayın hocam,

ben Aslı AYDOĞAN Amasya Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Sayın Kardaş ile birlikte geliştirdiğiniz ve geçerliğini yaptığınız Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni kullanım onayınızı takdir buyurursanız "Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umud Üzerine Etkisi" isimli planladığımız doktora tez çalışması için kullanmak istiyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

--

Öğr. Gör. Aslı AYDOĞAN

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Health Services Vocational School

İpekköy Yerleşkesi 05100 AMASYA

Phone:03582400016-17

Ek 9 : Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi Hakkında Alınan Uzman Görüşü

Carling for Palliative Care Patient Relatives : Nursing care guide based on Human Caring Theory

16 n

Kimden: "Aslı AYDOĞAN" <asli.aydogan@amasya.edu.tr> 22 Nisan 2018 16:01
Kime: "jean" <jean@watsoncaringscience.org> "jeanwatson" <jeanwatson@comcast.net>

[Nursing Care Guide.docx \(22,8 KB\) İndir | Kaldır](#)
[Diagram of Research \(1\).docx \(54 KB\) İndir | Kaldır](#)
[Tüm ekleri indir](#)
[Tüm ekleri kaldır](#)

Dear Jean Watson,

My name is Aslı AYDOĞAN. I am working as a research assistant at Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Health Services Vocational School. At the same time, I am a PhD student at Ondokuz Mayıs University Institute of Health Sciences, Department of Nursing. Currently, I'm in the dissertation stage. My thesis subject is "The Effect of Nursing Care Applied to Palliative Care Patient Relatives on Spiritual Well-being and Hope". The aim of this doctoral dissertation is to determine the effect of nursing care based on Human Caring Theory on the spiritual well-being and hope of the palliative care patient relatives. Within the scope of the doctoral dissertation study as long as you permit and consider appropriate, I want to make use of the Human Caring Theory which developed by you. In this respect, I want to apply a nursing care guide based on Human Caring Theory to relatives of the patients receiving a treatment in palliative care unit. I want to share the care guide draft that I intended to apply to individuals and dissertation study algorithm with you in the attachment. Your comments and suggestions about the care guide I prepared are extremely important for me. I hope you will give me the necessary support in this regard and wish you a nice working day.

Carling for Palliative Care Patient Relatives : Nursing care guide based on Human Caring Theory

16 n

Kimden: "jeanwatson" <jeanwatson@comcast.net> 22 Nisan 2018 19:15
Kime: "Aslı AYDOĞAN" <asli.aydogan@amasya.edu.tr>

[PastedGraphic-4.pdf \(44,9 KB\) İndir | Kaldır](#)

Hi Aslı, and kind thanks for your scholarly interest in my theory and its use in your PhD research. I am delighted to support your work and development of a guide. You may wish to use the 10 Caritas Processes as your template to develop a professional practice guideline. Will look forward to hearing how it goes.

With all good wishes. Jean

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL (AAN)
Founder/Director Watson Caring Science Institute
4450 Arapahoe Avenue #100
Boulder, Colorado 80303 USA
www.watsoncaringscience.org
Distinguished Prof/Dean Emerita University of Colorado Denver, College of Nursing

Ek 9 : Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakım Rehberi Hakkında Alınan Uzman Görüşü (devamı)

▣ **Caring for Palliative Care Patient Relatives : Nursing care guide based on Human Caring Theory** :
Begin forwarded message:

From: Jean Watson <jeanwatson@comcast.net>
Date: May 13, 2018 at 9:29:53 AM PDT
To: Aslı AYDOĞAN <asli.aydogan@amasya.edu.tr>
Subject: Re: Caring for Palliative Care Patient Relatives : Nursing care guide based on Human Caring Theory

HI AGAIN. I made some suggested points on the form. You have spent a lot of time to prepare this as a theory-guided interview..which affects the professional practice of the nurse (and others). It is impressive work.

See some suggestions re: the nurse's awareness of the selected Caritas process and expanded consciousness of how to embody caritas practices.

I hope this limited feedback is helpful . I am out of time so cannot offer any more help. It would be great if you can come to Colorado and study with me for an intensive... Otherwise this work is an important step forward for making explicit how to guide nursing with caring theory-guided practice.

Wishing you all success. IN loving kindness, Jean



Kimden: "Aslı AYDOĞAN" <asli.aydogan@amasya.edu.tr>

7 Mayıs 2018 10:28

Kime: "jeanwatson" <jeanwatson@comcast.net> "jean" <jean@watsoncaringscience.org>

Nursing Care Guide.docx (26 KB) [İndir](#) | [Kaldır](#)

Dear Jean Watson,

I made some of revisions on the guide which I prepared. I have carefully examined the Watson Caring Science Institute. I took advantage of Watson Caring Science Institute for my guide and guide's revisions. I attached it. Your comments and suggestions about the care guide I prepared are extremely important for me. I hope you will give me the necessary support in this regard. Thanks you for everthing.

Sincerely,

Aslı AYDOĞAN
Lecturer
Amasya University
Sabuncuoğlu Şerefeddin Health Services Vocational School
Amasya/TURKEY
Phone:03582400016-17

Ek 10 : Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 1551

13 .04.2018

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Palyatif bakım hastalarının yakınlarına uygulanan hemşirelik bakımının spiritüel iyilik hali ve umut üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KAEEK 2018/156 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 12.04.2018 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 11 : Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 61646299-604.02
Konu : Aslı AYDOĞAN'ın Anket Çalışması
İzin Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 07/05/2018 tarihli ve 61646299-10558 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Doktora Programı öğrencisi olan Aslı AYDOĞAN'ın "**Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi**" başlıklı Doktora Tezi kapsamındaki çalışmalarını Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi, Çarşamba Devlet Hastanesi, Terme Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitelerinde yatan hasta yakınlarına anket ve görüşme şeklinde uygulaması Müdürlüğümüz komisyon incelemeleri doğrultusunda uygun görülmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğümüz ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Yusuf GÜNEY
İl Sağlık Müdürü V.

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü
Bafra Devlet Hastanesi
Çarşamba Devlet Hastanesi

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İskadim/SAMSUN
Faks No:
e-Posta:seda.hakyemez@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S.HAKYEMEZ (0362)239 00
41/2310

Bilgi için:SEDA HAKYEMEZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:

Ek 12: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı: Aslı KURTGÖZ

Doğum Yeri: Çorum

Doğum Tarihi: 25.10.1988

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 2007-2011

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, 2011-2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Programı, 2016-2019

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 2011- 2015

Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin SHMYO, 2015-

E-posta: asli.aydogan@amasya.edu.tr