

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PALYATİF BAKIM HASTALARININ MANEVİ İYİLİK HALLERİ İLE
AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Selver BEKTAŞ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

YOZGAT - 2021



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

“Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Halleri ile Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ****TEZ ONAY FORMU****T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110117016 numaralı öğrencisi Selver BEKTAŞ'ın hazırladığı "Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Halleri ile Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 15/02/2021 pazartesi günü saat 13.30'da yapılmış, tezin onayına oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Jüri Üyesi (Danışman) :Doç. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN

Jüri Üyesi :Dr. Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih vesayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

PALYATİF BAKIM HASTALARININ MANEVİ İYİLİK HALLERİ İLE AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Selver BEKTAŞ

Bu araştırma palyatif bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olarak yapılmıştır. Araştırma bir şehir hastanesinin palyatif bakım ünitesinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 230 hasta ile yapılmıştır. Çalışma için etik kurul onayı, kurum ve hastaların yazılı izinleri alınmıştır. Veriler tanıtıcı özellikler formu, Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği ve Manevi İyilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma, student t testi, varyans analizi, spearman korelasyon analizi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması $54,62 \pm 14,66$, klinikte yattığı süre ortalaması ise $16,77 \pm 4,38$ olup %56,5 'inin kadın olduğu saptanmıştır. Hastaların %61,7'si manevi bakıma ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Hastaların ağrıyla başa çıkma ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımları incelendiğinde; kendi kendine başa çıkma alt boyut puan ortalamasının $17,47 \pm 5,47$, çaresizlik alt boyut puan ortalamasının $15,62 \pm 3,13$, bilinçli bilişsel girişimler alt boyut puan ortalamasının $9,79 \pm 2,68$, tıbbi çare arama alt boyut puan ortalamasının $15,31 \pm 2,66$ olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, yaş, çalışma durumu, medeni durum, bir işte çalışma durumuna göre ağrıyla başa çıkma ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların manevi iyilik ölçeği genel toplam puanının $24,03 \pm 24$, anlam alt boyut puanının $8,50 \pm 9,00$, barış alt boyut puanının $6,33 \pm 6,00$ inanç alt boyut puanının $9,20 \pm 9,00$ olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, kronik hastalık durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre manevi iyilik hali ölçeği genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların anlam ve kendi kendine başa çıkma puanı ($r = 0,641$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, anlam ve çaresizlik puanı ($r = -0,621$)

arasında orta düzeyde negatif yönde, barış ve kendi kendine başa çıkma puanı ($r=0,646$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, barış ve çaresizlik puanı ($r=-0,686$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların manevi iyilik düzeylerinin artırılması için hemşireler tarafından ağrı yönetiminin sağlanması ve hemşirelik bakımına manevi bakımı entegre etmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Palyatif Bakım, Ağrı, Hasta, Ağrıyla Başa Çıkma, Manevi İyilik, Maneviyat



ABSTRACT

Master's Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SPIRITUAL WELL-BEING STATUS OF PALLIATIVE CARE PATIENTS AND THEIR COPING WITH PAIN

Selver BEKTAŞ

This study was conducted in a descriptive, cross-sectional and relational way to evaluate the relationship between the spiritual well-being of palliative care patients and their coping with pain. The study was conducted with 230 patients who were hospitalized in palliative care unit of a city hospital and agreed to participate in the study. Ethics committee approval, institutional and patients' written permissions were obtained for the study. Before starting the study, the purpose of the study was explained to the patients and their verbal consent and signatures were taken. The data were collected using the introductory characteristics form, the Pain Coping Questionnaire and the Spiritual Well-Being Scale. Number, percentage, minimum and maximum values, mean and standard deviation, student t test, variance analysis, Spearman correlation analysis, Pearson correlation analysis were used to evaluate the data.

The average age of the patients was $54,62 \pm 14,66$, the average length of stay in the clinic was $16,77 \pm 4,38$, and 56.5% of them were women. 61,7% of the patients stated that they needed spiritual care. When the distribution of the scores obtained by the patients from the sub-scales with the pain coping questionnaire was examined, it was found that the mean score of the sub-dimension of self-coping was $17,47 \pm 5,47$, the mean score of the helplessness sub-dimension was $15,62 \pm 3,13$, the mean score of the conscious cognitive interventions sub-dimension of the patients was $9,79 \pm 2,68$, and the mean score of the medical remedy seeking sub-dimension was $15,31 \pm 2,66$. A statistically significant difference was found between the mean scores of the patients participating in the study in the sub-dimensions of SC, Helplessness, MRS and CCI according to age, employment status, marital status, and employment status ($p < 0,05$). It was determined that the general total score of the Spiritual Well-being Scale was $24,03 \pm 2,4$, the meaning sub-dimension score was $8,50 \pm 9,00$, the peace sub-dimension score was $6,33 \pm 6,00$ and the belief sub-dimension score was $9,20 \pm 9,00$. A statistically

significant difference was found between the general total of the spiritual well-being scale according to marital status, employment status, place of residence, family type, chronic disease status, and level of addiction in daily living activities and the mean scores obtained from the meaning, peace and belief sub-dimensions of the patients participating in the study ($p < 0,05$). It was found in the study that there was a moderate positive correlation between the Meaning and SC scores of the patients ($r = 0,641$), a moderately negative correlation between the Meaning and Helplessness scores ($r = -0,621$), a moderately positive correlation between Peace and SC scores ($r = 0,646$), and a moderately negative correlation between the Peace and Helplessness score ($r = -0,686$). As a result of the study, it is recommended that nurses should provide pain management and integrate spiritual care into nursing care in order to increase the spiritual well-being of the patients.

Keywords: Palliative Care, Pain, Patient, Coping with Pain, Spiritual Well-Being, Spirituality

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	i
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER ve GRAFİKLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
TEŞEKKÜR.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1. 1. Alt Problemler	4
1. 2. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı	5
2.2. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri	6
2.3. Dünyada Palyatif Bakım.....	7
2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım	8
2.5. Palyatif Bakım Ekibi.....	10
2.6. Palyatif Bakım Hemşiresinin Rollerini.....	10
2.7. Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi	12
2.7.1. Ağrı tanımları	14
2.7.2. Ağrıyla başa çıkma yolları ve etkileyen faktörler	15
2.7.3. Ağrı yönetiminde hemşirenin rolü.....	15
2.8. Maneviyat (Spirüalite) ve Manevi İyilik Kavramları	16
2.8.1. Maneviyat kavramı	16
2.8.2. Manevi iyilik kavramı.....	17
2.8.3. Manevi bakımda hemşirenin rolü.....	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı	22
3.2. Araştırmanın Tipi	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	23

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	23
3.7.1. Tanıtıcı özellikler formu	24
3.7.2. Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği	24
3.7.3. Manevi İyilik Ölçeği.....	25
3.7.4. Visüel Analog Skala (Görsel Ağrı Ölçeği).....	25
3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi	26
3.8.1. Verilerin Ön Uygulanması.....	25
3.8.2. Verilerin Uygulanması.....	25
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	26
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuç	65
6.2. Öneriler	65
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	87
Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu	87
Ek 2. Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği	90
Ek 3. Manevi İyilik Ölçeği Formu	91
Ek 4. Etik Kurul İzin Formu.....	92
Ek 5. Kurum İzin Formu.....	93
Ek 6. Gönüllü Onam Formu.....	94
Ek 7. Ölçek İzni	95
9. ÖZGEÇMİŞ.....	96

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	28
Tablo 4.2. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4.3. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 4.4. Hastaların ağrıyla başa çıkma ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	33
Tablo 4.5. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ağrıyla başa çıkma ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	34
Tablo 4.6. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre ağrıyla başa çıkma ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	41
Tablo 4.7. Hastaların manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	42
Tablo 4.8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	43
Tablo 4.9. Hastaların maneviyata ilişkin özelliklerine göre manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	50
Tablo 4.10. Hastaların bazı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin dağılımı	52
Tablo 4.11. Hastaların manevi iyilik ölçeği ve ağrıyla başa çıkma ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı	53

ŞEKİLLER ve GRAFİKLER DİZİNİ

<u>Sekil ve Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Visüel analog skala	25
Grafik 1. Hastaların ağrıyla başa çıkma ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	33
Grafik 2. Hastaların manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	42



KISALTMALAR DİZİNİ

ABÇÖ	: Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği
BBG	: Bilinçli Bilişsel Girişimler
CNA	: Canadian Nurses Association /Kanada Hemşireler Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	: European Association of Palliative Care/Avrupa Palyatif Bakım Derneği
ICN	: International Council of Nurses /Uluslararası Hemşirelik Konseyi
IMB-SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KKBÇ	: Kendi Kendine Başa Çıkma
Max.	: Maximum Değer
Min.	: Minimum Değer
MİÖ	: Manevi İyilik Ölçeği
n	: Sayı
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
SS	: Standart Sapma
SWS	: Spiritual Well-Being Scale/ Manevi İyilik Ölçeği Skalası
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TÇA	: Tıbbi Çare Arma
TDK	: Türk Dil Kurumu
UNICEF	: United Nations Children's Fund /Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fon
VAS	: Visüel Analog Skala/ Görsel Ağrı Ölçeği

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN'e,

Araştırmama katılan değerli hastalara,

Tez sürecim boyunca desteğini her daim yanımda hissettiğim benimle birlikte çalışmama emek veren değerli dostum Uzm. Hemş. Halime Dağtekin'e,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgisini eksik etmeyen değerli annem ve babama,

Sonsuz teşekkür ederim.

Selver BEKTAŞ

Yozgat/2021

1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak yaşam kalitesine verilen önem artmış, yaşamı uzatma yolundaki çalışmalar ivme kazanmış olup beklenen yaşam süresi uzamış ve buna paralel olarak bakım maliyeti de orantısız artmıştır. Özellikle kanser ve kronik hastalıklarının görülme sıklığındaki yükseliş, terminal dönemdeki hastalarda palyatif bakım ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Busolo ve Woodgate, 2015; Bergman ve Laviana, 2016). Bu gelişmeler sonucunda palyatif bakımın önemi giderek artmıştır. Palyatif bakım, bireylerin ağrısını, acısını hafifletmeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (Busolo ve Woodgate, 2015). Palyatif bakım; ilerlemiş, kronik hastalığı olan ve tedavisi mümkün olmayan bireylerde ağrı başta olmak üzere hastalığın neden olduğu diğer semptomların yanı sıra, psikososyal ve manevi sorunların tamamen ortadan kaldırılması ya da azaltılması için gerekli uygulamaları kapsar (WHO, 2018).

Palyatif bakımda semptomatik ve rahatlatıcı yaklaşımlar önemlidir. Palyatif bakımda hastada görülen semptomların azaltılması, giderilmesi ve önlenmesi gerekir. Palyatif bakımın amaçlarından biride semptomların önlenmesinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması, bireyin son anına kadar kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Bireyin semptomları kontrol altına alınması, iyileşme sürecini başlatır, çevresine uyumunu artırır ve tedavinin yan etkilerini tolere edebilir hale getirir. Aynı zamanda etkili semptom kontrolü hasta ve ailenin yaşam kalitesini de arttırmaktadır. Bu nedenle palyatif bakımda yaygınlaştırma çalışmalarının hız kazandığı ülkemizde palyatif bakım hastalarındaki semptomları kontrol etmek ve sıklığını bilmek önem arz etmektedir (Elçigil, 2012; Olgun, 2013; Özçelik vd., 2014).

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla ağrı, yorgunluk, dispne, iştahsızlık, bulantı, kusma, anksiyete ve depresyon gibi semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar içerisinde yer alan ağrı pek çok palyatif bakım hastasında, hastalığa veya aldığı tedaviye bağlı akut veya kronik ağrı şeklinde sıklıkla görülmektedir. Yapılan çalışmalar palyatif bakım hastalarında ki en önemli sorunun ağrı olduğunu ve hastaların %90'ının ağrı yaşadığını bildirmektedir (Uysal vd., 2015; Walsh vd., 2000, Wann-Hansson vd., 2005). Ağrının kontrol altına alınması bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediği için önemlidir. Ağrı nedeniyle hastaların fiziksel kapasitelerinin azaldığını, sosyal

hayatlarının kısıtlandığını, hastalık sürecini kontrol altında tutmakta zorluk yaşadıklarını, geleceğe dair belirsizlik, bağımsızlıklarını kaybetme korkusu hissettiklerini ve kendilerini çevrelerinden izole ettikleri saptanmıştır (Çavdar ve Akyüz, 2017). Ağrının kontrol altına alınması bireyin konforunu sağlar, yaşam kalitesini yükseltir, komplikasyonları azaltır ve hastanede yatış süresinin kısaltır (Tekin., 2018).

Palyatif bakım hastalarının ağrı ile ilgili yaşadıkları sorunlar ağrı algısını ve ağrı ile ilgili inançlarını da etkilemektedir. Ağrı şiddetinin ve süresinin artması, hastaların yaşamlarında ciddi bir 'kırılma noktası' yaşamalarına, buna bağlı olarak tedaviye uyumlarının azalmasına, etkisiz bireysel baş etme yöntemlerini kullanmalarına, sigara, alkol vb. hastalığın seyrini olumsuz etkileyecek alışkanlıklara geri dönmelerine ve aile süreçlerinin olumsuz etkilenmelerine neden olmaktadır. Ağrı bireye özgü kavram olduğu için herkes tarafından farklı algılanıp yorumlanmaktadır. Bireyin ağrı algısının, ağrıya verdiği tepkiyi etkileyen faktörlerin ve ağrıyla başa çıkmada neler yaptığının bilinmesi tedavi ve bakımda yönetimi zor bir sürece girilmesini engeller. Bu nedenle bireyin ağrısının kapsamlı ve objektif değerlendirilmesi, ağrıyla başa çıkmada neler yaptığının belirlenmesi ağrı ile mücadelede en önemli ilkelerden biridir. Ağrı algısını ve ağrıyla başetmesini bireyin yaşı, cinsiyeti, kültürel özellikleri, önceki ağrı deneyimleri, inançları, manevi ve ruhsal durumları gibi faktörler etkiler (Adams ve Field, 2001; Black vd., 2001).

Palyatif bakım hastalarında bireyin ağrıyla başetmesini etkileyen bir diğer etmen ise manevi iyilik halidir. Manevi bakım, palyatif bakımın ayrı bir yönü olarak düşünülmemelidir. Wright ve Clark (2012) ağrının yalnızca fiziksel kaynaklı olmadığını, duygusal, sosyal ve manevi olarak da bireylerin ağrı ve ızdırap çekebileceğini belirtmiştir (Wright ve Clark, 2012). Bu nedenle maneviyat palyatif bakımda önemli bir yere sahiptir. Maneviyatın bir parçası da manevi iyilik halidir. Manevi iyilik; genel olarak yaşamın anlam ve amacına işaret etmekle birlikte bireyin iç barış, uyum, güç ve rahatlığını ifade etmektedir (Bai ve Lazenby, 2015). Manevi iyilik; bireyin kendisiyle, çevresiyle ve yaratıcı ile ilişkisini irdeleyen, hayata ve dine ilişkin konuları içeren bir tanımlamadır (Acar, 2014)

Manevi iyiliğin sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda mevcuttur (Albayrak ve Kurt, 2016; Boscaglia vd., 2005; Culliford, 2002; Levine ve Targh, 2002).

Bu çalışmalarda bireylerin manevi iyilik düzeylerinin artmasıyla yorgunluk ve ağrı gibi fiziksel semptomların azaldığı, kan basıncının dengelendiği, daha kaliteli bir uykunun sağlandığı, manevi iyilik düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyimser bir anlayışa sahip oldukları, yaşam doyumlarının yüksek olduğu, stresle daha iyi bir şekilde başa çıktıkları, mental sağlığı güçlendirdiği, daha az intihara teşebbüs ettikleri ve sigara, alkol kullanım oranlarının daha az olduğu belirtilmektedir.

Yapılan çalışmalarda (Çetinkaya vd., 2007; Coyle, 2002) bireylerin manevi boyutunun, bireyin yaşamın anlamını sorguladığı, umudun azaldığı kriz ve stres dönemlerinde, hastalık ve ölüm korkusu yaşadığı durumlarda ön plana çıktığı görülmektedir. Hastaların bu dönemlerde ağrıyla baş etmede kendilerini yetersiz hissetmeleri ve manevi açıdan yoksunluk duymaları sağlık ekibinin önemli üyesinden biri olan hemşireler için yönetilmesi zor bir tedavi ve bakım süreci haline dönüşmektedir. Bu durumun ortadan kaldırılması için de hemşirelerin, maneviyatın tüm bireyler için ne anlama geldiğini öğrenmesi ve maneviyatın doğasını iyi bilmesi gerekir (Hutchinson, 1997; McSherry ve Jamieson, 2011). Hemşireler palyatif bakım gereksinimi olan hasta ve ailesi ile uzun zaman geçiren ve primer olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi bakım gereksinimi karşılayan multidisipliner ekibin en önemli üyesidir (İnci ve Öz, 2012; Temelli, 2018).

Hemşirelerin; bireylerin manevi ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için gerekli zaman ayırarak hastaların manevi yönlerinin değerlendirilmesi, ağrı veya acının azaltılması, empatik yaklaşım ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması gibi manevi bakıma yönelik önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler hastanın yanında sessizce oturarak, dinleyerek, tedavi edici dokunarak, gülümseyerek, elini tutarak, sorularını yanıtlayarak, ağrı ve aksiyetesinin farkında olarak manevi bakımı diğer bakım alanlarının içine katarak kullanılabilir (Caldeira vd., 2017; Çınar ve Aslan, 2017; Dedeli ve Karadeniz, 2009; Gönenç vd., 2016).

Ayrıca hemşireler, hastanın ağrı deneyimlerini ve ağrıyla ilgili davranışlarını saptayarak ağrıyla etkili baş etmenin, olumlu algıların ve inançların geliştirilmesinde kilit rol oynamaktadır (Öz, 2004). Hastalar hastalık, ağrı ve stres gibi sorunlarla baş etmede hem tıbbi imkanlardan yararlanmakta hemde manevi değerleriyle ilişkili inançlarından yararlanarak baş etmeye çalışmaktadır (Adana, 2006; Çetinkaya vd.,

2007). Bu nedenle hastaların manevi iyilik halinin bilinmesi; bireyin ağrıyla baş etmesinde gerekli hemşirelik girişimlerinin seçilmesine yardımcı olarak etkili ağrı yönetimine katkı sağlaması beklenmektedir.

Ülkemizde manevi iyilik kavramı, maneviyat ve manevi bakım içerisinde ele alınmış olup konuyla ilgili çalışmalar sınırlı kalmıştır (Ergül ve Bayık, 2004; Öner, 2012). Literatürde ağrı ve manevi iyilik tek başına ya da farklı hasta gruplarında çalışılmış olup (Babadağ, 2014; Gültekin, 2018) palyatif bakım hastalarında manevi iyilik halleri ve ağrıyla baş etme durumları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bireylerin ağrıyla baş etme durumları değişiklik göstermekte olup bireyin manevi iyilik halinin ağrıyla baş etmesi üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, palyatif bakım hastalarında manevi iyilik halinin, ağrıyla baş etme üzerindeki etkisinin belirlenmesi sonucunda elde edilen verilerin, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için planlanan ve yapılan hemşirelik girişimlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmamız; palyatif bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.1.Alt Problemler

Araştırma soruları;

- ✓ Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik düzeyleri nedir?
- ✓ Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların ağrıyla başa çıkma düzeyleri nedir?
- ✓ Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bazı tanıtıcı özellikleri manevi iyilik düzeylerini etkiliyor mu?
- ✓ Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ağrıyla başa çıkma durumlarını etkiliyor mu?
- ✓ Hastaların manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasında ilişki var mı?

1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Yozgat Şehir Hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda uygulandığı için araştırma sonuçları sadece bu klinikte yatan hastalarda genellenebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif bakım; sağlık hizmetinde tedavi etmeyi hedef almaksızın öncelikli olarak belirtilerin azaltılması anlamında kullanılan bir kavramdır (Çelik, 2015). "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizcede "Palliative" hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (Kabalak vd., 2013). Türk Dil Kurumu tarafından "*hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten ya da yok eden ilaç veya yöntemler*" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2018).

Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology; ASCO) da palyatif bakımı; "*hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan semptom, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi*" olarak tanımlamıştır. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute–NCI) palyatif bakımın tanımını "*Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesini iyileştirerek, kişinin sadece hastalıklarıyla değil kişiyi bir bütün olarak ele alan bir yaklaşım*" olarak nitelendirmiştir (Smith vd., 2012; Şen vd., 2016) ve palyatif bakımın amacını, "*psikolojik, sosyal ve manevi problemlerin yanı sıra, hastalığın ve tedavisinin semptomlarını ve yan etkilerini olabildiğince erken dönemde önlemek ve tedavi etmektir.*" şeklinde açıklamıştır (NCI, 2018).

Avrupa Palyatif Bakım Derneği' ise (European Association of Palliative Care–EAPC) palyatif bakımı "*küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların ağrı ve diğer semptomların tedavisi dahil olmak üzere fiziksel, psikososyal ve spiritüel bakımını ele alan bütünsel bir yaklaşım olarak*" tanımlanmıştır (European Association for Palliative Care, 2018)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980'lerde "*tedavilere yanıt alınamayan hastaların bütüncül bakımı*" olarak tanımlanan palyatif bakım 2002 yılında "*yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların erken tanınması ve giderilmesi, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası*" olarak güncellenmiştir (WHO, 2002).

DSÖ tarafından 2014 yılında “Palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş olup aynı şekilde hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve fiziksel yönden desteklenmesi konusu da palyatif bakım tanımına dahil edilmiştir (Bağ, 2012; Kabalak, 2014; WHO, 2016). DSÖ 2018 yılında ise “yetişkin ve pediatrik hastaların hayatını tehdit eden hastalıkların varlığında, hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak acı çekmelerinin önlenmesi ve azaltılması” tanımını da palyatif bakım tanımına dahil etmiştir (WHO 2018).

2.2. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri

Palyatif bakım terminal dönemdeki hastaların, hastalıklarına bağlı veya bakım esnasında gelişen semptomları farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanarak azaltmayı veya ortadan kaldırmayı hedefler (Kahveci ve Gökçınar, 2014). Bunun yanında son dönem palyatif hastaları genellikle başkalarına yük olma, arkalarında birilerini bırakma, ölüme kendilerini hazır hissetmeme gibi sıkıntılar yaşar (Kasım ve Özkara, 2014). Palyatif bakım fiziksel, psikolojik ve manevi destek sağlayarak hastaların yaşamış olduğu bu sıkıntıları azaltıp, birey için rahat bir ölüm sağlamayı hedefler (Sucaklı, 2014). Palyatif bakım ölümü ne geciktirir ne de hızlandırır. Etkili bir semptom kontrolü ile bireyin ölüme kadar olan süreçte yaşam kalitesini artırır ve ölümü de yaşamın normal bir döngüsü olarak algılanmasını sağlar (Lorenz vd., 2008; Sepúlveda vd., 2002).

Palyatif bakımda hastaların kültürel değerleri ve inaçlarına saygı duyularak multidisipliner ekip hizmeti sunulur. Kapsamlı verilen bu ekip hizmetinin odak noktası yalnızca hasta ile sınırlı olmayıp hasta yakınlarını da içermektedir (Tanrıverdi, 2017).

Hasta ve hasta yakınları için güvенеbilecekleri bir ortam oluşturmak, karşılaştıkları sorunlarla baş etme becerisi kazandırmak, ölüm sonrası yas sürecinde hasta yakınlarını destekleyip gerekli psiko-sosyal desteği sağlanmak palyatif bakımın hedefleri içerisinde yer alır (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Palyatif bakımın diğer hedeflerine bakacak olursak (Fadıloğlu, 2017; Yurtsever, 2016);

- ✓ Hastaları ve yakınlarını bütüncül bakımın gereğine uygun olarak ele alıp fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi(spiritual) gereksinimlerinin karşılanması
- ✓ Yaşam ve ölüm arasındaki süreçte bireyin tercihlerine saygı
- ✓ Hastaya verilen tedavi ve bakım hizmetlerinin psikolojik ve manevi yönlerinin bütünleştirilmesi
- ✓ Hastalığın neden olduğu semptomların yönetimi ve kontrolü
- ✓ Hasta bireyin mevcut yaşam kalitesini yükseltmek ve süreci etkin kullanmak
- ✓ Meydana gelen komplikasyonlara uygun müdahalenin yapılabilmesi için gerekli araştırmaları yapmak.

2.3. Dünyada Palyatif Bakım

Dünya da ilk olma özelliği taşıyan palyatif bakım ünitesi Fransa’ da 1942 yılında kurulmuş olup diğer ülkeler için de ilham kaynağı olmuştur. Modern anlamda ilk hospis ise İngiltere de 1967 yılında hemşire Cicely Saunders’ın tarafından “Saint Christopher” adıyla açılmıştır. Amerika da ise 1974 yılında hospis hizmetine benzer bir kurum açılmıştır (Uzuncu vd., 2013). DSÖ, 1986 yılında palyatif bakım tanımını ilk kez yapmış ve 2004 yılında ‘Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi’ni yayınlamıştır (Kabalak vd., 2013; Lorenz vd., 2008). Hastalara bakım verme ihtiyacı nedeniyle İngiltere de ‘palyatif tıp’ ismiyle bir uzmanlık alanı açılmıştır. Almanya’ da 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi bölümünde palyatif servisin kurulmuş ve böylece palyatif bakım başlamıştır. İngiltere, Kanada gibi İskandinav ülkelerinde ise 1990’lı yıllarda palyatif bakımın gelişmesi hız kazanmıştır (Bag, 2012). Bu şekilde farklı ülkelerde palyatif bakım hizmeti verilmesine rağmen sağlık hizmetleri ile entegrasyonu sadece %8.5’lik bir dilim ile gerçekleşir (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre, verilen palyatif bakım hizmetleri de değişiklik göstermektedir. Yani gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmeti daha kaliteli ve kapsamlı verilirken, gelişmekte olan ülkelerde bakım henüz yapılanma aşamasındadır. Dünyada palyatif bakım içeriğine göre;

- ✓ Grup 1: Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen

- ✓ Grup2: Yapılanma aşamasında olan,
- ✓ Grup 3a: İzole olarak palyatif bakım sunulan,
- ✓ Grup 3b: Genelleştirilmiş olarak palyatif bakım sunulan
- ✓ Grup 4a: Hospis-palyatif bakım hizmetlerinin ana sunumuna entegrasyon aşamasında olan
- ✓ Grup 4b: Hospis-palyatif bakım hizmetlerinin ana sunumuna entegre olan ülkeler olmak üzere 4 grupta değerlendirilmektedir.

Dünya da yalnızca 20 ülkede palyatif bakım iyi düzeydedir. Ülkelerin % 42 sinde palyatif bakım hizmetleri yoktur. Ülkelerin % 32 sinde izole palyatif bakım hizmetleri yürütülmektedir (Lynch vd., 2013).

2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım

Ülkemiz’de palyatif bakım hizmetleri, palyatif bakımla ilgili eğitimli ve deneyimli sağlık ekibindeki sayının yetersiz oluşu ve ağrı kontrolünde kullanılan opioid ve türevi ilaçların yetersizliği nedeniyle uzun yıllar göz ardı edilmiştir (Uslu ve Terzioğlu, 2014). Ancak ilerleyen yıllarda kanser ve diğer kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, tedavi hizmetlerindeki iyileştirme çalışmaları, yaşam beklentisinin yükselmesi, teknolojideki gelişmeler ülkemizde palyatif bakım gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Palyatif bakım son dönem hastaları için yaşam niteliğini arttıran, maliyeti etkin bir uygulama haline gelmiştir (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Ülkemizde palyatif bakımın başlangıcı sayılabilecek ilk adım 2010 yılında Palya-Türk projesiyle T.C Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Evde Bakım Hizmeti’ kurularak atılmıştır. Palyatif bakım için gerekli yasal düzenlemeler başlamış olup, ihtiyaca uygun yoğun bakım ,algoloji, evde bakım hizmeti birlikte verilmiştir (Kabalak vd., 2012).

Ülkemizin mevcut durumu göz önünde bulundurularak palyatif bakım hizmetleri seviyeye ayrılmıştır;

- ✓ Seviye 1: Palyatif bakım deneyimi olmayan, diğer uzmanlık alanındaki hekimler ve sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım prensiplerinin tüm sağlık kurumlarında uygulandığı sistemdir. Amaç, hastalığın tanısına veya evresine bağlı

olmaksızın hastanın fiziksel ve psikososyal yönden iyi olmasını desteklemektir (Fogelman ve Bakitas, 2015).

- ✓ Seviye 2: Palyatif bakım deneyimi olan bireyler tarafından sunulan ve tam zamanlı olmayan palyatif bakım hizmetidir. 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 (Kahveci ve Gökçınar, 2014).
- ✓ Seviye 3: 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).

Türkiye’de modern anlamda, palyatif bakım uzmanları tarafından verilen 3.seviye kapsamlı palyatif bakım merkezi yoktur. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı henüz kurulmamıştır ve palyatif bakım uzmanlığı eğitimine de başlanmamıştır. Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla diğer branş hekimleri tarafından seviye 1 ve 2 düzeyinde sürdürülmektedir (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Palyatif bakım hizmetinin sağlık eğitim sistemi ile birleşiminin çok az olduğu görülmektedir. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalının henüz kurulmadığı bu hizmette onkolog, anestezi, geriatrist, aile hekimleri, pratisyen hekimler görev almaktadır. Palyatif bakım kavramı hemşirelik lisans düzeyi eğitim müfredatın da ise içerisinde ölüm, yas ve ağrı kavramları ile birlikte verilmektedir (Mayer ve Winter, 2016).

Ülkemizdeki hemşirelik eğitiminde palyatif bakımın yeri değerlendirildiğinde önlisans (Selçuk Üniversitesi), lisans (Başkent Üniversitesi), yüksek lisans (Dokuz Eylül Üniversitesi) ve doktora (Ege Üniversitesi) programlarında ders olarak verilmeye başladığı görülmektedir. Ayrıca Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından düzenli aralıklarla palyatif bakım hemşireliği kursları düzenlenmektedir. Palyatif bakım çalıştay raporunda (2013), bakım veren sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin “genel palyatif bakım kursu” adı altında verilmesi yönünde karar alınmış ve uygulanmaya başlanmıştır (Akçiçek vd., 2013).

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2005 yılından bu yana Palyatif Bakım dersi seçmeli ders olarak yürütülmektedir. Palyatif bakım dersi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde ise yüksek lisans düzeyinde seçmeli ders olarak yürütülmektedir (Turgay, 2010).

Bununla beraber hastane ortamında palyatif bakım hizmetini sunabilmek için yasal düzenlemeler başlatılmış ve ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi olan Ulus Devlet Hastanesi açılmıştır. Burada yoğun bakım ,palyatif bakım, algoloji ve evde bakım hizmeti birbirine entegre edilerek sunulmuştur (Gültekin vd., 2010; Kabalak vd., 2012). Ulus Devlet Hastanesi 02/11/2018 yılında ise hizmete kapanmıştır.

2.5. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımdır. Ekipte yer alan üyelerin hepsinin palyatif bakımın ilkeleri, semptom yönetimi, destekleyici iletişim becerileri hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Ekip üyeleri içerisinde doktor, hemşire, manevi danışmanlar, eczacı, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog yer alır. Bu ekibin dışında yardımcı olan diğer profesyoneller beslenme uzmanları, terapistler (fizyoterapist, iş-üçraşı terapistler vb.), destekleyici tedavi uzmanları ve gönüllülerdir (Erel, 2009).

Palyatif bakımın temel amacı düşünüldüğünde multidisipliner ekibin önemli olduğu görülmektedir. Çünkü; hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasının, semptom yönetiminin sağlanmasının, hastanın beklentisine uygun bakım hedefinin oluşturulup uygulanmasının, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi tespitin yapılması multidisipliner ekip ile gerçekleşmektedir. Yatarak tedavi gerektiren semptomların varlığında, konsültasyon yöntemiyle ilgili branşların görüşleri alınarak semptom kontrolü sağlanır. Böylece hastanın sosyal yaşamına tekrar dönmesi hedeflenir. Palyatif bakımın istenilen düzeyde olması için ekipte yer alan kişilerin eğitim almış olması şarttır (Akyüz ve Öcal, 2014).

2.6. Palyatif Bakım Hemşiresinin Roller

Disiplinerarası yaklaşımı içinde barındıran palyatif bakımda ana amaç hasta ve bakım verenlerin ihtiyaçlarını karşılayıp, sorumluluklarını paylaşmaktır. Bu yaklaşımda en aktif rol oynayan ve süreci en iyi gözlemleyen sağlık profesyoneli hemşirelerdir.

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), temel palyatif bakım yaklaşımında hemşirenin rolünü; başta ağrı ve acı olmak üzere mevcut semptomları hafifletmenin yanı sıra, hastaların fiziksel, psiko-sosyal, kültürel ve spiritual ihtiyaçlarını belirleme, ağrı yönetimini sağlama, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini artırma şeklinde bildirmiştir (ICN, 2012). Bu nedenle tüm hemşirelerin güvenli, huzurlu, etik ve kanıt dayalı palyatif bakım hizmetini sunmakla sorumlu oldukları vurgulanmıştır (CNA, 2015).

Palyatif bakım hemşireliği hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak, ölüm sonrası yas sürecinde ise bakım verenleri desteklemektir (Harding vd., 2011). Bu nedenle bakımın primer sağlayıcısı olan hemşirelerin de yeterli bilgi, beceri ve donanımına sahip olması gerekir. Ayrıca sahip olduğu liderlik, eğiticilik, koordinasyon ve bilgilendirme gibi rollerini kullanırken her bireyi bağımsız olarak değerlendirmeli, olaylara verecekleri emosyonel tepkilerin farklı olabileceğini göz ardı etmemelidir (Bahar, 2017). Her hastanın fiziksel, psikolojik ve manevi gereksinimlerinin farklı olabileceğini bilmeli onlarla güvene dayalı bir ilişki kurmalı ve ümidini kaybetmeme konusunda hastaları desteklemelidir. Yine yas sürecinde bakım verenlerin destek alabileceği birimler konusunda bilgilendirmek ve yönlendirmek hemşirelerin önemli sorumlulukları arasındadır (Akçakaya, 2018; Elçigil, 2012)

Palyatif bakım hemşirelerinin bir diğer rolü de danışmanlıktır. Bu rol kapsamında hasta ve yakınlarına zaman ayırmak, onları dinleyip konuşmaya cesaretlendirmek, duygularını ifade etmelerine izin vermek, hasta yakınlarının yanlarında bulunma gibi sorumlulukları da bulunur (Bahar, 2017). Bununla beraber hemşirelerin hasta ve yakınları ile multidisipliner ekibin diğer üyeleri arasında iletişim ve etkileşimi sağlama rolü de bulunur (Sekse vd., 2018).

Palyatif bakımın merkezinde semptom kontrolü yer alır. Hemşireler bakım sağladığı süre boyunca hastalık kaynaklı semptomları azaltıp, bunların hastaya vermiş olduğu psikolojik acıları kontrol altına almayı hedefler. Semptomların kontrol altına alınmadığı durumlarda hastalarda anksiyete, depresyon gibi istenmeyen emosyonel duygular görülür. Burada amaç hastanın bağımsızlığını destekleyerek içinde bulunduğu yalnızlık duygusundan hastayı kurtarıp, ölüme daha huzurlu bir şekilde ulaşmasını sağlamaktır (Azami-Aghdash vd., 2015; İnci ve Öz, 2012; Yurtsever 2014). Tüm

bunları gerçekleştirirken de ahlaki, yasal ve etik boyutlarda göz ardı edilmemelidir (İnci ve Öz, 2012).

2.7. Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların çoğunda fiziksel, duygusal, spiritual bir çok semptom bulunmaktadır. Bu semptomlar hastalar tarafından subjektif olarak ifade edilir. İfade edilen bu semptomları, ölüm ve ölüm düşüncesi ile aile rol performansında bozulma etkiler. Palyatif bakımın amacı da bu semptomları azaltarak ya da ortadan kaldırarak yaşam niteliğini arttırmaktır (Özçelik, 2011). Semptom yönetiminde, semptomun nedeni anlaşılmasına çalışılarak ve hangi semptomun hastayı daha fazla sıkıntıya soktuğu belirlenerek tedavi edilmelidir. Semptom yönetimin amacı, bireylerin yaşadığı semptomların kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, tanı konulmasından başlayarak son döneme kadar olan hastalık sürecinde kaliteli bir yaşam sunmaktır. Semptom yönetiminde bireyin yaşı, devam etmekte olan tedavisi, uygulanacak tedavinin maliyeti ve beklenen yan etkilerine mutlaka dikkat edilmelidir (Kahveci ve Gökçınar, 2014; Pastrana vd., 2008). Semptomların algılanması ve verilen emosyonel tepkiler hastadan hastaya farklılık gösterir ve subjektif olarak ifade edilir.

Palyatif bakımda en sık görülen semptomlar; ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, ishal-kabızlık, bulantı-kusma, ağızda kuruma, nefes darlığı, uykusuzluk, kilo kaybı, anksiyete, depresyon, yutma güçlüğü, öksürük, dispeptik şikâyetler ve karın şişkinliğidir. Ağrı bireyin, yaşam kalitesini etkilediği için öncelikli tedavi edilmesi gereken semptomlardan biridir; (Yılmaz A. 2015). Bu nedenle palyatif bakımda ağrı yönetimi önemlidir. Çünkü; yapılan çalışmalarda palyatif bakım hastalarının %90'ı ağrı yaşadığını bildirmiştir (Uysal vd., 2015). Hemen hemen herkes hayatının belirli bir noktasında ağrı yaşamıştır. Her insanın yaşadığı ağrı algısı birbirinden farklıdır. Bu ağrı algısındaki farklılığın nedeni ağrıya yüklenen anlamların yanı sıra bireylerin ağrıyı nasıl algıladığı ile ilgilidir. Bu durum nörofizyolojik bir süreçtir ve kişilerin ağrı yoğunluğunun farkında olması ile ilgilidir (Taşdemir, 2018). Ağrı algısını bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kullanılan baş etme yöntemleri ve ağrı inançları etkilemektedir (Çavdar ve Akyüz, 2017).

Ağrıyla ilgili düşünceleri ifade eden ağrı inançları uyumlu (ağrı yönetimi ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olma) ve uyumsuz (ağrı ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olma) olarak nitelendirilir (Taylor vd., 2017). Ağrı inançları bireylerin ağrıyla baş etmesini, tedavinin gidişatını ve ağrı tutumunu ve ağrı kontrolü de etkilemektedir (Babadağ ve Alparslan, 2017). Bireylerin sahip olduğu ağrı inançları ve ağrıya yönelik davranışları ağrıya uyum sağlamaların da önemli role sahiptir (Treede vd., 2008). Ağrı kontrolünü sağlama da, ağrı inançlarının yanı sıra ağrının kaynağını bilmekte önemlidir. Ağrı kaynağının organik yani vücutta meydana gelen bir yaralanma ya da inorganik yani ağrının depresyon anksiyete gibi psikolojik nedenlerle ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Ağrıyla baş etme stratejisinin kökenin de ilaç içeren farmakolojik yöntemler ve ilaç bulunmayan nonfarmakolojik yöntemler bulunur. İlaçla tedavi de opioid ve nonopioid, nonsteroid antienflamatuar ve nöropsikiyatrik ilaçlar kullanılırken, ilaç dışı yöntemlerde de; sıcak ve soğuk uygulama, meditasyon, aromaterapi, egzersiz, dikkati başka yöne çekme gibi uygulamalar kullanılır (Özveren, 2011; Stewart ve Davenport, 2015).

Ağrı kontrolü ve yönetimi hasta bireyler için oldukça önemlidir. Ağrı kontrolü, ağrı yaşayan bireyin bakımında önemli olmasının yanı sıra bireyin konforunu sağlar, aynı zamanda psikolojik ve fiziksel olarak bireyi rahatlatır. Bu nedenle profesyonel ekibin en önemli üyesinden biri olan hemşirelerin ağrı yönetimini kavraması gerekir. Çünkü zamanında kontrolü sağlanamamış ağrı bireyin yaşamının her alanına zararlı ve yıkıcı etkiye sahiptir. Dindirilemeyen ve devam eden ağrı anksiyete ve duygusal problemlerin yanı sıra, iyilik haline zarar vererek fonksiyonel kapasitenin azalmasına aile içi rol performansında düşmeye, sosyal ve mesleki rolleri gerçekleştirilmede güçlükler yaşamaya neden olur (Dolin vd., 2002).

Ağrı yönetimin de birçok engellerle karşı karşıya kalınabilir. Sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaması, ağrı dökümantasyonlarının yetersizliği, ağrıyla ilgili kavram yanlışları da (ilaç bağımlılığında korkma) tedaviyi daha zor bir sürece sokabilir. Ağrı yaşayan bireyin ağrı algısı, ağrıyı ifade edişi, bireyin yaşı, hâlihazır da bulunan diğer hastalıkları da ağrının değerlendirilmesini etkileyebilir. Etkin ağrı yönetiminde hemşireler oldukça önemlidir. Hemşirelerin bu süreci yönetebilmesi için öncelikle farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımları uygulaması, empati yapması uygulamalarının sonucunu takip etmesi ve ağrıyla baş etme konusunda

bireylere rehberlik etmesi gerekir (Babadağ vd., 2015). Ağrıyı değerlendirirken bireylerin için de bulunduğu kültürel yapıyı da göz önüne alarak ağrı inançlarını sorgulaması, saptamış olduğu inaçların ağrıyla baş etmeye olan etkisini değerlendirmesi uygun baş etme yöntemini belirlemesi gerekir (Stewart ve Davenport, 2015).

Palyatif bakımda ağrının en önemli nedenlerine bakıldığında başlıcaları; kanser ve tedavisi, periferik nöropati, radyasyon fibrozisi, kronik cerrahi sonrası insizyonel ağrı, fantom ağrısı, postür bozukluğundan kaynaklı kas iskelet ağrılarıdır. Ağrı tek başına yaşam kalitesini etkileyen bir etmen olabildiği gibi bunu sistemleri etkileyerek de yapabilir. Ağrıyı kontrol altına alıp yaşam kalitesini arttırmak palyatif bakımın temelinde vardır. Bu nedenle hastaya uygun ağrı değerlendirmesinin yapılması gerekir (Kroenke vd., 2010).

2.7.1. Ağrı tanımları

Ağrı; hayatı tehdit eden birçok hastalıkla deneyimlenen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomların başında gelmektedir. Amerikan Ağrı Birliği ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi (SBOAK) vücut ısısı, nabız, solunum ve kan basıncı ile birlikte ağrının da “beşinci yaşamsal bulgu” olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir (Biol, 2000).

Ağrı; Latince ceza, işkence, intikam anlamına gelen “poena” kelimesinden gelmektedir (Kocaman, 1994). Türk Dil Kurumu’nun tanımına göre ağrı; “ vücutun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acıdır” (TDK, 2018). Ağrının en geçerli tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı’na (İnternational Assosiation for the Study of Pain-IASP) yapılmıştır. Bu tanıma göre ağrı; “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir (Erdine, 2007). Mc Caffery ağrıyı “Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” şeklinde tanımlarken, bu tanımda ağrının bireye özgü deneyim olduğunu ve bireylerin ağrı ifadesine inanılması gerektiğini vurgulamaktadır (Eti Aslan, 2011).

2.7.2. Ağrıyla başa çıkma yolları ve etkileyen faktörler

Yapılan çalışmalarda kadınların ağrı eşiğinin erkeklerden daha düşük olduğu, yaşlıların ağrıyı kabullenişlerinin çocuklara göre daha kolay olduğu, farklı kültürel yapılara göre bireylerin ağrıya dayanma ve ağrıyı ifade etme biçimlerinin değiştiği, bireyin yaşadığı yorgunluğun ağrıyla baş etmede yetersiz kalmaya ve ağrıyı daha fazla algılamaya sebep olduğu görülmektedir. Bireyin ağrı sırasında kullandığı baş etme yöntemi ve aldığı sonuç ağrı algısını etkilemektedir (Taşdemir, 2018). Geçmişte yaşanan ağrı deneyimi de ağrı algısını etkiler, bu nedenle ağrının zamanın da değerlendirilip kontrol altına alınması gerekir. Ağrı kontrolü de palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli role sahiptir (Dolin vd., 2002).

Ağrı toplumun çoğunu ilgilendiren; insanların psikolojik ve sosyal durumunu etkileyerek yaşam kalitesini ve üretkenliğini önemli ölçüde düşüren bir sorundur. Beyin tarafından tanımlanıp yorumlanma olarak kabul edilen ağrı algısını etkileyen bir takım faktörler bulunur. Cinsiyet, yaş, kültürel ve psikososyal faktörler, bilişsel ve duygusal etmenler ağrıyı etkilemektedir (Eti Aslan, 2002).

2.7.3. Ağrı yönetiminde hemşirenin rolü

Ağrı subjektif bir kavram olduğu için bireyler tarafından algılanıp, sözlü ve sözsüz ifade edilişleri farklılık gösterir. Burada sağlık personellerine düşen görev hastayı tüm yönleri ile ele alıp, ayrıntılı öykü almaktır. Ağrıyı değerlendirirken bireye ağrısının olup olmadığını sormak gerekir. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerin de bilinmesi gerekir (Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Davis, 1994; Eti Aslan, 2002). Ayrıca ağrısını tanımlayamayan, ifade edemeyen hastaların da olacağı göz ardı edilmemelidir (Arslan ve Çelebioğlu, 2004).

Doğru ve etkili ağrı yönetimi için ağrının değerlendirilmesi gerekir. Ağrının nesnel değerlendirmesinin sağlanabilmesi için de ölçekler kullanılmalıdır. Ağrının değerlendirilmesinde tek ve çok boyutlu birçok ölçek kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçeklerde değerlendirmeyi hasta yapar ve doğrudan ağrı şiddeti belirlenir. Çok boyutlu ölçeklerde ağrının yeri, şiddeti, zamanla ilişkisi gibi ağrının tüm yönleriyle

değerlendirilmesini ele alır (Güzeldemir, 1995; Oğuz, 1995). Kullanılan ölçekler değerlendirmeyi objektif kıldığı için hemşire ve hekimler tarafından yapılacak farklı yorumlamalarında önüne geçmiş olur. Fizik muayene, laboratuvar bulguları, radyolojik tetkikler anamnezi tamamlayıcı unsurlardır (Eti Aslan, 2002).

2.8. Maneviyat (Spiritüalite) ve Manevi İyilik Kavramları

2.8.1. Maneviyat kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), *sağlığı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”* olarak tanımlamıştır. Bu tanımda holistik görüşün sağlanabilmesi için çeşitli etmenlerin birlikte ele alınması gerektiği savunulmuştur (Demirsoy vd., 2011). Holistik bakıma göre bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi(spiritual) boyutları vardır. Manevi boyutta diğer boyutlarla yakından ilişkilidir. İnsanların tam bir iyilik halinde olabilmesinin gereği de bu boyutların bütünlüğünün sağlanılmasına bağlıdır (Çınar ve Eti, 2017; Daştan ve Buzlu, 2010). Latince kökenli “spiritus”tan türetilen spiritüalite, “nefes almak” ve “canlı olmak” anlamına gelmektedir (Erenoğlu ve Başer, 2017). Tam bir Türkçe karşılığı olmayan Spiritüalite kavramının yerine “maneviyat” kelimesi kullanılmaktadır (TDK, 2018). Maneviyatın en geniş tanımı hayatı hissetmektir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Eglence, 2016).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde maneviyat; *“maddi olmayan, duyular ile sezilebilen, soyut, tinsel”* şeklinde yer almaktadır, ayrıca maneviyat, “yürek gücü, moral” olarak da tanımlanmaktadır (Erenoglu ve Baser, 2017; TDK, 2018). Literatürde maneviyatla ilgili birçok tanım yer almaktadır. Tüm bu maneviyat tanımlarının ortak noktaları ise; aşkınlık, bağlılık, anlam ve amaç arayışı, ilişki ve inanç boyutlarının olmasıdır (Apak, 2018).

Hemşirelik literatüründe maneviyatın tanımına baktığımızda; herhangi bir dine mensup olmadan ya da dini bir inanca bağlı olmaksızın hayatın anlam ve amacını kavrayıp iç huzuru sağlayabilmek adına harcanan çaba olarak tanımlanır (Mcsherry, 2000). Literatürde spiritüalite başlarda din ile çok fazla bağdaştırılırken günümüzde farklı bakış açıları kazanmıştır (Tanyi, 2002). Din, spiritüalitenin bir parçası olarak ifade

edilirken, spiritualite dini uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir perspektife sahiptir. Spiritualite din ile bağlantılı olabilir veya olmayabilir. Spiritualite sadece din ile bağlaştırılırsa herhangi bir dine mensup olmayan bireylerin spiritual boyutları göz ardı edilmiş olur. Ancak insanlar dini uygulamaları gerçekleştirirler ya da gerçekleştirmezler spiritual bir boyuta sahiptir (Çetinkaya vd., 2007; Tanyi, 2002).

Hastaların, herhangi bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında dini uygulamalara veya maneviyata yönelme oranları oldukça yüksektir. Bu durum onlar için baş edebilme ve umut kaynağı olurken teselli de sağlamaktadır. Din, maneviyat ve sağlık arasındaki bağlantının belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada, aralarındaki ilişkinin yüksek çıkması nedeniyle hasta anamnezinde maneviyata yönelik sorularada yer verilmesine gerektiğinde, hasta bireylerin din adamlarına ya da manevi destek uzmanlarına yönlendirilmesine vurgu yapılmıştır (Koenig, 2013).

Ayrıca bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen ciddi sağlık sorunlarında da manevi boyutun önemli bir yeri vardır. İyileşme süresine olumlu etki sağlayarak hastalığın neden olduğu manevi stresi de azaltır. Bunların gerçekleşebilmesi içinde bireylerin tedaviye katılımı sağlanarak umut düzeyleri artırılmalıdır (Aştı, 2005; Baldacchino, 2006; Çetinkaya vd., 2007). Bununla ilgili başka bir çalışmada pediatrik yoğun bakım ünitesinde Sülü'nün (2006) anneler üzerine yaptığı bir başka çalışmada, anneler maruz kaldıkları manevi eksikliklerin düzeltilmesiyle olumlu ve pozitif düşündüklerini, kendilerini daha güçlü ve sabırlı hissettiklerini ifade etmişlerdir. (Sülü, 2006).

2.8.2. Manevi iyilik kavramı

Manevi iyilik, batı kültüründe ortaya çıkmış olup ileri yaştaki bireylerin manevi açıdan iyiliğe duyulan ihtiyaçları sonrasında gelişmiştir (Moberg, 1984; Paloutzian ve Ellison, 1982). Manevi iyilikten ilk defa 1971 yılında yaşlılık ile ilgili verilen bir konferansta (White House Conference on Aging) bahsedilmiştir (Ai, 2000). Amerika da 20.yy da yaşlı nüfusu giderek artmış, yaşlıların kullandıkları imkânlar sınırlandırılmış, yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle manevi tedaviye ve manen iyiliğe olan ihtiyaçları artış göstermiştir. Budizm'in iç barışı ve özü değerli kılma hususundaki

felsefesi de manevi iyiliğin ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Ai, 2000; Bedel, 2009; Kim vd., 2011).

Manevi iyilik, psikolojide Poloutzian ve Ellison(1983) tarafından kavramlaştırılmıştır. Ellison, manevi iyiliği, bireyin manevi sağlık ve olgunluğunun sürekli ve dinamik bir yansıması olarak tanımlamıştır (Ellison, 1983). İngilizce’de “spiritual well-being” ile ifade edilen manevi iyilik, iyilik halinin bir türüdür. Manevi iyilik içerisinde hem maneviyatı hemde iyilik halini barındırır. Yaşamın görünmeyen yönünü işaret ederek hem dinsel hemde varoluşsal iyiliği kapsamaktadır (Bai ve Lazenb, 2015). Manevi iyiliğin varoluşsal ve dinsel olmak üzere iki boyutu bulunur. Kişilerin benlik ve dış dünyayla ilişkisini kapsayan boyut varoluşsal boyutu ifade ederken, Tanrıyla ilişkisini gösteren boyutta dinsel boyuttur. Burada kişi için önemli olan her ikisinden edindiği doyumdur (Moberg, 1984). Çünkü manevi iyilik yaşanılan olumsuz durumlar karşısında manen memnuniyeti, doyumunu kapsamaktadır (Ai, 2000). Manevi iyilikte yaşamın pozitif unsurları ön plandadır, ölçüsü ise acının olmamasıdır (Miquelon ve Vallerant, 2006). Genelde manevi iyilik, insanın kendisiyle, çevresiyle ve Tanrı’yla ilişkisinin niteliğini ortaya koymaktadır (Fisher, 2007; Gow vd., 2011; Moberg, 1984). Böylelikle kişilerin manevi yönden gelişimi hakkında fikir sahibi olunabilir. Bireylerin manevi yönden gelişimleri göz önünde tutularak bütüncül bakış açısıyla incelenme fırsatı sağlanmış olur. Bununla birlikte manevi iyilik, insanların yaşamdan aldığı doyumun manevi denilecek unsurlarla ilişkisini de ortaya koymaktadır. Böylece insanların yöneldiği durumlar temel nedenleriyle açıklanmış olur (Moberg, 1984; Paloutzian ve Ellison, 1982).

Manevi yönden kendini iyi hisseden bireyler fiziksel ve ruhsal yönden de kendini iyi hissettiği için hastalıklarla kolay başa çıkabilirler (Konopack ve McAuley, 2012). Manevi iyilik halinin, hem ruh sağlığını koruyup iyileşmeyi hızlandırdığı hem de hayata karşı olumlu bakmaya katkı sağladığı bilinmektedir (Sülü, 2014). Yapılan çalışmalarda manevi iyilik düzeyinin yüksek olduğu hastalarda depresyon düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir (Puchalski, 2012). Hastalarının manevi iyilik düzeylerinin uygun terapi ve eğitimlerle geliştirilmesi hastaların iyileşmesini pozitif yönde etkileyebilmektedir (Fava vd., 2005).

Manevi iyilik ya da esenlik aynı zamanda yaşam kalitesinin ölçülebilir alt boyutlarından biridir (Paloutzian vd., 2012). Yaşamının son döneminde olan kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmada, manevi iyilik hali arttıkça hastaların şikayetlerinin azaldığı yaşam kalitesi ve umudun arttığı, ölüme ilişkin olumsuz düşüncelerin azaldığı bulunmuştur (Wang ve Lin, 2016).

Maneviyatla ilgili yapılan çalışma sonuçları manevi baş etmenin koroner kalp hastalığı, yüksek kan basıncı, serebrovasküler hastalıklar, yüksek kolesterol, HIV, immunolojik bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve çoğu kanser türlerinde olumlu etkileri olduğunu gösterir (Choumanova vd., 2006; Cotton vd., 1999; Culliford, 2002; Koenig, 2003; Meraviglia, 2006; Narayanasamy, 2003; Thoresen, 1999). Yapılan çalışmalar manevi iyilik hali daha fazla olan kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük, sağlık alışkanlıklarının daha iyi, umut ve yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (Cotton vd., 1999). Hastalık durumlarında, hele ki ölümcül hastalık durumlarında daha önce maneviyatı zayıf olan ve dindar olmayan, hatta ateist olan insanlarda bile manevi gereksinimlerin ortaya çıktığı ölümü yakın olan hastaların ciddi derecelerde varoluşsal ve manevi sıkıntı/acı yaşadıkları bildirilmektedir (Swinton ve Pattison, 2010; Weber vd., 2012).

Palyatif bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada hastaların %44'ünün manevi sıkıntı yaşadığını belirtmiştir (Hui vd., 2010), Afrika ve Uganda'da yapılan bir başka çalışmada son dönemlerini yaşayan hastaların %21 ila %58'inin manevi iyilik hallerini kötü olarak tanımladıkları bildirilmiştir (Selman vd., 2012). Literatürde, manevi yönden inancı yüksek olan hastaların anksiyete, depresyon düzeylerinin daha düşük umut düzeylerinin daha yüksek olduğu (Johnson vd., 2011), manevi inancın depresyon, değersizlik duyguları ve intihara karşı önleyici rol oynadığı (Breitbart vd., 2010; Swinton ve Pattison, 2010) bireyin önemli krizlerde baş etme yeteneğini, yaşamı ve yaşama umudunu, hastalığını ve ölümü anlamlandırmasını etkilediği belirtilmektedir (Coyle, 2002).

Park ve Cho (2017), maneviyatın bireylerin önemli yaşam stresörleri ile bireysel baş etmelerine yardım ettiğini ve mental sağlığı güçlendirdiğini ifade etmiştir (Park ve Cho, 2017). Yapılan çalışmalarda manevi bakımın sağlık, iyilik, ağrı ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu ve hastalıkların iyileşmesinde de önemli bir yeri olduğu

vurgulanmaktadır (Babadag, 2014; Govier 2000). Ağrısı olan bireyin manevi iyilik halinin sorgulanması, manevi iyilik halinin bireyin ağrıyla baş etmesine etkisinin değerlendirilmesi ve bireye uygun bir baş etme yönteminin seçilmesi açısından hemşirelere çeşitli sorumluluklar düşmektedir.

Hemşireler palyatif bakım gereksinimi olan hasta ve ailesi ile uzun zaman geçiren ve primer olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakım gereksinimi karşılayan multidisipliner ekibin en önemli üyesidir. Hastaların manevi iyilik halinin bilinmesi; bireyin ağrıyla baş etmesinde gerekli hemşirelik girişimlerinin seçilmesine yardımcı olarak etkili ağrı yönetimine katkı sağlaması beklenmektedir.

2.8.3. Manevi bakımda hemşirenin rolü

Manevi bakım bireylerin hastalık, sakatlık gibi kriz dönemlerinde sıkıntılarını acılarını azaltmak için onlara destek olup, dini uygulamalarında yol gösterip inanç desteği sağlayarak hayatlarında anlam ve amaç ilişkisi kurmaya yardımcı olmaktadır (Karagül, 2012).

Manevi bakım, Hemşirelik Yönetmeli'ğinde "hemşirenin karar vererek uygulayabileceği bir girişim" olarak yer almıştır (Resmi Gazete, 2010). Manevi bakımı sunacak olan hemşirelerin yeteri kadar donanıma sahip olması gerektiği savunulmaktadır (Yılmaz ve Okyay, 2009).

Hasta bakımında aktif rol oynayan hemşireler, bakımın her aşamasında manevi gereksinimler ile karşı karşıya kalabilirler. Hemşirelerin, bireylerin manevi gereksinimlerini saptayabilmesi için manevi boyutu gösteren ifadeleri iyi bilmesi gerekir. Örneğin; hasta bireyin 'tanrı beni cezalandırıyor' demesi onun manevi boyutu hakkında ipucu vermektedir. Hemşire ise, 'öldükten sonra neler olduğunu düşünüyorsunuz' gibi sorularla hastaların maneviyata yönelik bakış açısını ortaya çıkartabilir (Dastan ve Buzlu, 2010)

Hemşireler manevi bakım vermeden önce, manevi gereksinimleri belirleyebilmek için huzurlu bir ortam oluşturmalıdır. Her bireyin özel ve tek olduğu göz önünde bulundurularak spesifik bir yaklaşım sergilemelidir. Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı ayarlamalı, onların hastalıktan kurtulmasına ya da ölümlerine yüzleşmesine yardımcı olmalıdır. Aynı zamanda hastalar onları derinden etkileyen

travmatik olayların iyileştirilebilmesi için manevi sağlık uygulamalarına gereksinim duyarlar (Eglence, 2016; Koziar vd., 2010). Bunlardan yola çıkarak hemşire, hastaya değer verdiğini göstermeli, empati kurmalı, hastayı dinlemeli, onu destekleyerek endişelerini azaltmalı, bunun gibi terapötik yaklaşımlar sayesinde hastanın manevi gereksinimleri karşılanmış olacaktır (Kocaman Yıldırım vd., 2013; Kostak, 2007). Ancak hastalık süreci hasta yakınlarını, hasta yakınlarının göstermiş olduğu tepkiler de bireyi etkileyeceği için terapötik yaklaşımlara hasta yakınları da dahil edilmelidir (Tanrıverdi, 2017). Palyatif bakımın odak noktası olan kaliteli hemşirelik bakımı için aile üyelerinin deneyimleri gözönüne alınmalıdır (Steele ve Davies, 2015).

Bunun için hemşireler (Kk, 2016);

- ✓ Yargılayıcı olmadan bireylerin duygularını ifade etmelerine izin vermeli, empati kurmalı ve baş etmeleri desteklenmelidir
- ✓ Bireylerin umudunu güçlendirecek kaynakları belirleyip ortaya çıkarmalı
- ✓ Bireyleri geçmiş deneyimlerini paylaşmaya yönlendirmeli
- ✓ Bireyin geleceğe bakış açısını ortaya koyması sağlanmalı, plan yapması için desteklenmeli
- ✓ Bireylerin spiritual ihtiyaçlarını karşılayabilmek için öncelikle kendi özelliklerinin farkında olması gerekir
- ✓ Ailelerin lm ve yas sürecindeki spiritual tercihlerine önyargısız ve saygılı olmalıdır.

Manevi ihtiyaçları karşılanan hastaların tedaviye uyumlarının ve yaşam kalitesinin arttığı görülürken, manevi gereksinimleri karşılanmayan hastaların stres, umutsuzluk, depresyon, yalnızlık gibi duygular yaşadıkları ve tedaviye uyum sağlayamadıkları belirtilmiştir (Eglence, 2016; Pearce vd., 2012; Richardson, 2012).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Yozgat İli, Yozgat Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Ünitesinde Ocak 2019- Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Yozgat Şehir Hastanesi, "Türkiye'nin İlk Şehir Hastanesi" olarak Ocak 2017'de hizmete açılmıştır. 487 yatak kapasitesi ile sağlık hizmeti sunmaktadır. Yozgat Şehir Hastanesi bünyesinde toplam 1.612 kişi çalışmakta, 487 yatak kapasitesi, 264 hasta odası, 153 poliklinik, 18 ameliyathane ve 83 yoğun bakım yatağı ile hizmet vermektedir.

Palyatif bakım ünitesi 24 yataklı olup; 9 hemşire, 2 fizyoterapist, 1 psikolog, 1 iş ve uğraşı terapisti, 2 manevi destek uzmanı ve 1 sorumlu doktor çalışmaktadır. Ünitelerde ağrı değerlendirilmesinde Sayısal Oranlama, Sözel Tanımlayıcı ve Yüz ifadelerini Derecelendirme (Wong-Baker) skalaları ve Vizüel Ağrı skalası hastanın genel durumu ve iletişim kurabilmesine göre seçilip uygulanmaktadır.

Palyatif bakım ünitesinde genelde kanser, Serabra Vasküler Hastalık, 3-4. evre dekübit yarası olan ve çoklu organ yetmezliği tanısı bulunan hastalar yatmaktadır. Bu hastaların yatış süreleri yaklaşık 2 hafta ile 3 ay arasında değişmektedir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Çalışmanın bağımlı değişkenlerini: Manevi İyilik Ölçeği puan ortalaması, Ağrıyla Baş Etme Ölçeği puan ortalamaları oluşturmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini: hastaların; yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, sosyal güvencesi, kiminle yaşadığı gibi değişkenler oluşturmaktadır

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişime ve işbirliğine açık, ağrısı bulunan ve 18 yaş üzeri hastalar araştırmaya kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, iletişim kurulamayan, ağrısı bulunmayan 18 yaş ve altındaki hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Yozgat Şehir Hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatan tüm hastalar oluşturmuştur. Çalışmada örneklem büyüklüğü hesaplanırken literatürde daha önce gerçekleştirilmiş çalışmaların sonuçları veya ilgili alanda genel kabul görmüş “etki büyüklükleri (effect size)” kullanılmıştır.

Konuyla ilgili daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş ve bu çalışmalarda elde edilen verilerden faydalanılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında “Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tezinde sunulan analiz sonuçları kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamak için güç analizi G-power 3.1 programı kullanılmıştır. Testin gücü ($1-\beta$)=0.80 alınarak yapılan hesaplamalar sonucunda araştırmanın örneklem sayısı 230 hasta olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini araştırmayı kabul eden 230 hasta oluşturmuştur.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Verileri toplamada araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Formu, Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği, Manevi İyilik Ölçeği kullanılmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Veri toplama formu ilgili literatürden (Alarmi, 2012; Ayed 2016; Bag 2012; Babadağ 2014; Öner, 2012; Turgay, 2010; Uslu, 2013) yararlanılarak hazırlanmış olup, yaş, meslek çalışma durumu gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorular, ağrının şiddeti, ağrıyla başatma yöntemleri gibi ağrıya ilişkin sorular ve manevi bakımın gerekliliğine inanma, manevi bakıma gereksinim duyma gibi manevi iyilik hali ile ilgili sorular olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmuştur (Ek 1).

3.7.2. Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği

Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği (ABCÖ) (Pain Coping Questionnaire-PCQ) Kleinke tarafından ağrıya özgü duygulanım ve davranış biçimlerini ortaya koymak amacıyla 1992 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, kronik ağrı hastalarının organik veya psikojenik ağrı ile başa çıkma biçimlerini değerlendirmektedir. Karaca ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; Kendi Kendine Başa Çıkma (KKBÇ), Çaresizlik, Bilinçli Bilişsel Girişimler (BBG), Tıbbi Çare Arama (TÇA) alt boyutlarıdır. Her alt boyutun madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır (Kleinke, 1992).

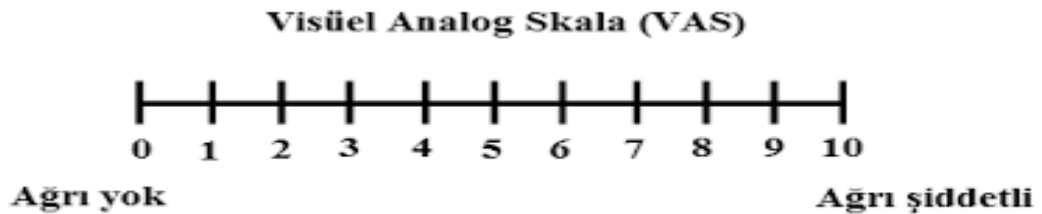
Kendi Kendine Başa Çıkma: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 16, 17, 20, 23, 27, 29. maddelerinden, Çaresizlik: 1, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 28. maddelerinden, Bilinçli Bilişsel Girişimler: 9, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 27. maddelerinden, Tıbbi Çare Arama: 4, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 21, 24. maddelerinden oluşmaktadır. 29 maddeden oluşan ve öz bildirim dayanan ölçek, 4'lü likert skalasında (0= hiçbir zaman, 3= sık sık) yanıtlanmaktadır. Puanlar her madde için 0 ile 3 arasında değişir. Ölçekte kendi kendine başa çıkma alt boyutundan en yüksek 36, çaresizlik ve bilinçli bilişsel girişimler alt boyutlarından en yüksek 24 ve tıbbi çare arama alt boyutundan ise en yüksek 27 puan; tüm alt boyutlardan ise en düşük 0 puan alınmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması ağrıyla baş edebilmenin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alphası 0.75'tir (Ek 2). Bu çalışmada bulunan Cronbach Alpha katsayısı Kendi Kendine Başa Çıkma için; 0,852, Çaresizlik için; 0,739; Bilinçli Bilişsel Girişimler için; 0,584, Tıbbi Çare Arama için; 0,462 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Manevi İyilik Ölçeği

FACIT-Sp-12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scala-12 item) (Ek-3), FACIT ölçüm sisteminin bir parçasıdır ve kanser hastalarının yaşam kalitelerinde, spiritualite ve/veya inanç yönlerinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir (Brady v.d., 1999). Aktürk ve arkadaşları 2017 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmış ve Türkçeye uyarlamıştır. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-hiç, 4-çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Anlam alt boyutu (Madde 2, 3, 5, 8) toplam 0-16 puan aralığında, barış alt boyutu (madde 1, 4, 6, 7) toplam 0-16 puan aralığında, inanç alt boyutu (Madde 9, 10, 11, 12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Cronbach's Alpha'sı toplam puanında; 0.87, Anlam ve Barış/Huzur alt boyutunda; 0.81, İnanç alt boyutunda; 0.88 olarak bulunmuştur (Peterman v.d., 2002). (Ek-3). Bu çalışmada bulunan Cronbach Alpha katsayısı toplam puan için; 0,936, Anlam alt boyutu için; 0,879, Barış alt boyutu için; 0,914, İnanç alt boyutu için; 0,817 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Visüel Analog Skala (Görsel ağrı ölçeği)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde birey kendi ağrısını işaretler. VAS 'ın ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Çöçelli v.d., 2008; Usta Yeşilbakan, 2007).



Şekil-1. Visüel Analog Skala(Eti Aslan, 2014).

3.8. Veri Toplama Yöntemi

3.8.1. Verilerin ön uygulanması

Anketin ön uygulaması palyatif bakım servisinde yatan hemşire ile 20 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda anket formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.8.2. Verilerin uygulanması

Araştırma Yozgat Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Ünitesinde Ocak 2019- Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı, araştırmayı uygulamadan önce hastalara, araştırmanın amacı, yöntemi ve yararları açıklanarak çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri, verdikleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında kullanılmayacağına dair bilgi verilmiştir. Anket formu araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır Hastalar görüşme süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM-SPSS (Statistical Package for Social Science) (Version 25) programı kullanılmıştır. Çalışmada tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, medyan ve frekans ölçümleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesinde yüzdeler dağılım, ölçeklerin toplam puan ortalamasının karşılaştırılmasında aritmetik ortalama, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ile ölçeklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, yaş grupları, eğitim düzeyi, gelir düzeyini algılama durumu, hastanın tıbbi tanısı ile ölçeklerin karşılaştırılmasında varyans analizi ve iki ölçeğin ilişkisel karşılaştırılmasında korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (No:2019.02.04) (Ek-4) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yasal izin (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanıp hastalardan sözel izinleri ile beraber gönüllü onam formlarına imzaları alınmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özelliklerine, Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği ile Manevi İyiye Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Yaş	54,62±14,66	19-86
Klinikte Yattığı Süre (gün)	16,77±4,38	18,78-39,06

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	130	56,5
Erkek	100	43,5
Medeni Durumu		
Evli	159	69,1
Bekâr	71	30,9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	54	23,5
İlkokul mezunu	126	54,8
Ortaokul-lise mezunu	37	16,1
Üniversite mezunu	13	5,6
Bir İşte Çalışma Durumu		
Evet	75	32,6
Hayır	155	67,4
Mesleği		
Ev hanımı	55	23,9
İşçi	27	11,7
Memur	20	8,7
Serbest meslek	26	11,3
İşsiz	11	4,8
Emekli	91	39,6
Sosyoekonomik Düzeyi		
Kötü	32	13,9
Orta	151	65,7
İyi	47	20,4
Yaşadığı Yer		
Köy	120	52,2
İlçe	35	15,2
Şehir	75	32,6
Aile Tipi		
Çekirdek aile	136	59,1
Geniş aile	42	18,3
Diğer*	52	22,6

*Torunu, kardeşi

Tablo 4.1. (Devamı....) Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	13	5,7
Eş ve çocuk	96	41,7
Ebeveyn	12	5,2
Diğer*	109	47,4
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	107	46,5
Hayır	119	51,7
Bıraktım	4	1,8
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	14	6,1
Hayır	203	88,3
Bıraktım	13	5,6
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	163	70,8
Var olan Kronik Hastalıklar		
Kronik Böbrek Yetmezliği	18	7,8
Diyabet	69	30,0
Hipertansiyon	76	33,0
Hastalığını Bilme Durumu		
Evet	208	90,4
Hayır	22	9,6
Tıbbi Tanıları		
Serebrovasküler Hastalık	54	23,5
Kanser	128	55,6
Çoklu Organ Yetmezliği	19	8,3
Evre 3-4 Basınç Yarası	11	4,8
Malnütrisyon	11	4,8
Motor Nöron Hastalığı	7	3,0
Sürekli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	228	99,1
Hayır	2	0,9
Günlük Yaşam		
Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi		
Bağımlı	54	23,5
Yarı bağımlı	109	47,4
Bağımsız	67	29,1
Mevcut Sağlıkını Değerlendirme Durumun		
Kötü	131	55,7
Orta	99	43,0

*Torunu, kardeşi

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $54,62 \pm 14,66$, klinikte yattığı gün ortalaması ise $16,77 \pm 4,38$ olup %56,5 ’inin kadın, %69,1’nin evli, %54,8’inin ilkökul mezunu ve %67,4’ünün çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %39,6’sının emekli ve %65,7’sinin sosyo ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %52,2'si köyde, % 69,1'inin evli olduğu ve %41,7'si eş ve çocuğu ile yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların % 51,7'si sigara ve %88,3'ünün alkol almadığı saptanmıştır. Hastaların %62,6'sının kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanlarında %7,8'sinin Kronik Böbrek Yetmezliği, %30'unun Diyabetes Mellitus ve %33 Hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %90,4'ü tıbbi tanısını bildiği, %47,4'ünün günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olduğu %55,7'sinin mevcut sağlık durumunu kötü algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=230)

Tanıttıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha Önce Ağrı Yaşama Durumu		
Evet	214	93,0
Hayır	16	7,0
Ağrı ile Baş Etmede Bir Yöntem Kullanma Durumu		
Evet	213	92,6
Ağrı ile Başetmede Kullanılan Yöntemler (n=548)*		
Ağrı kesici alma	190	34,6
Dua etme	74	13,5
Yürüyüşe çıkma	41	7,4
Ağlama	37	6,7
Yatağına uzanma/ uyuma	66	12,5
Masaj uygulama	102	18,6
Müzik dinleme	5	0,9
Sıcak uygulama yapma	3	0,5
Hayal kurma	6	1,0
Soğuk uygulama yapma	24	4,3
Şuanki Ağrının Varlığı		
Var	230	100
Ağrı Şiddetinin Düzeyi		
\bar{x}	5,00	
Ağrının Niteliği (n=449)*		
Zonklama	34	7
Bıçak saplanma	51	11,3
Kramp tarzında	83	16,4
Karıncalanma	21	9,1
Ezilme	9	4,6
Sızlama	74	14,4
Yanma	19	4,2
Çekilme	51	11,3
Batıcı	72	14
Ağrılık hissi	35	7,7
Ağrı Şikayetinin Ne Kadar Süredir Olduğu		
\bar{x}	30,00	

*n katlanmıştır ve yüzdeler katlanabilir n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. (Devamı...) Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=230)

Tanıttıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrının Yaşam Kalitesini Etkileme Durumu		
Evet	192	83,5
Hayır	38	16,5
Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Durumu		
Evet	206	89,6
Hayır	24	10,4
Ağrıyla Baş Etmede Yardım Alınan Kişiler (n=568)*		
Kendim	45	7,1
Doktor	165	27
Hemşire	132	23,2
Aile	111	17,5
Tanrı	155	25,2
Tedavi ve Bakımdan Memnun Olma Durumu		
Evet	211	91,7
Hayır	19	8,3

*n katlanmıştır ve yüzdeler katlanabilir n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2' de hastaların ağrıya ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %93'ünün hastaneye yatmadan önce ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %92,6'sı ağrıyla baş etmede bir yöntem kullanıyor olup bu yöntemlerin %34,6 oranında ağrı kesici alma, %18,6 oranında masaj yapma, %13,5 oranında dua etme, %7,4'ünün yürüyüşe çıkma, %0,5 oranında sıcak uygulama ve %1 oranında hayal kurduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tamamının şu an ağrı hissettiği ve ortalama 10 üzerinden ağrı şiddetine verilen puanın 5 olduğu belirlenmiştir. Ağrı niteliğini hastaların %16,4'ü kramp tarzında %14,4'ü sızlama ve %14'ü batıcı olarak ifade etmiştir. Hastaların ortalama 30 gün ağrı şikâyeti yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %83,5'i ağrının yaşam kalitesini ve %89,6'sı ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların ağrıyla baş etmede en çok yardım aldığı kişilerin %27'si doktor, %25,2'si Tanrı, %23,2'si hemşire olarak belirlenmiştir. Hastaların ağrıya yönelik uygulanan bakım/tedaviden %91,7 oranında memnun olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=230)

Tanıttıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde(%)
Daha Önce Olumsuz Bir Deneyim Yaşama Durumu		
Evet	226	98,3
Yaşanan Olumsuz Deneyimler (n=406)*		
Yakın birinin ölümü	149	36,6
Ciddi bir sağlık sorunu	153	37,6
Kaza	47	11,5
Deprem gibi doğal afetler	2	0,49
Ailede boşanma	36	8,8
Ekonomik çöküntü	12	2,9
Şiddete maruz kalma	7	1,7
Olumsuz Deneyimde Baş Etmeye Yönelme Durumu		
Evet	225	97,8
Olumsuz Deneyimde Baş Etme Davranışları (n=519)*		
Spor / Müzik	2	0,3
Maneviyata yönelme	127	24,4
Kendine yakın hissettiği biri ile konuşma	90	17
Yakın çevre desteği	267	49,4
Psikolojik destek alma	32	6,1
İlaç kullanma	15	2,8
Manevi Bakım Konusunu Duyma Durumu		
Evet	200	87,0
Manevi Bakım Konusunu Nereden Duyduğu (n=276)*		
Arkadaş	24	8,8
Aile	200	72,4
Kitap, dergi vs	52	18,8
Manevi Bakımın Gerekliliğine İnanma Durumu		
Evet	212	92,2
Hayır	18	7,8
Manevi Desteğe İhtiyacının Bulunma Durumu		
Evet	142	61,7
Hayır	88	38,3
Hastanede Verilen Manevi Bakım Hizmetini Yeterli Bulma Durumu		
Evet	144	62,6
Hayır	86	37,4

* n katlanmıştır ve yüzdeler katlanabilir n üzerinden hesaplanmıştır.

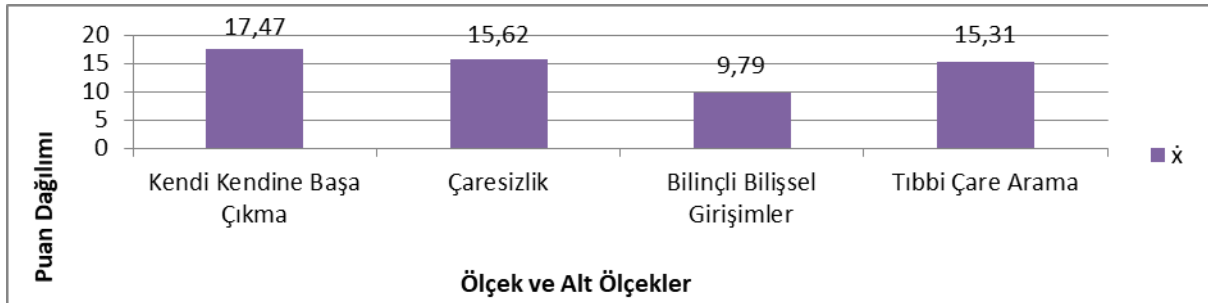
Tablo 3'te hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %98,3'ü hayatında daha önce olumsuz bir deneyim yaşamış olup bu deneyimlerin %37,6'sı ciddi bir sağlık sorunu, %36,6'sı yakın birinin ölümü, %11,5'inin kaza nedeniyle olduğu saptanmıştır. Hastaların %97,8'i olumsuz deneyimle baş etmeye yöneldiğini ve %24,4'ünün maneviyata yöneldiği, %17'sinin kendisini yakın hissettiği biriyle konuştuğu bulunmuştur. Hastaların %72,4'ünün manevi bakım kavramını ailesinden duyduğunu ve %92,2'si manevi bakımın gerekliliğine inandığını

belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %61,7'si manevi bakıma ihtiyacı olduğunu ifade etmiş olup %62,6'sı hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=230)

Alt Ölçekler	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max
Kendi Kendine Başa Çıkma	17,47±5,47	1,00	31,00
Çaresizlik	15,62±3,13	8,00	22,00
Bilinçli Bilişsel Girişimler	9,79±2,68	2,00	18,00
Tıbbi Çare Arama	15,31±2,66	8,00	23,00

Tablo 4'te ve Grafik 1 'de araştırma kapsamına alınan hastaların ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Araştırmada puanlar incelendiğinde; KKBCÇ alt boyut puanının ortalaması 17,47±5,47, Çaresizlik alt boyut puanının ortalaması 15,62±3,13, BBG alt boyut puanının ortalaması 9,79±2,68, TÇA alt boyut puanının ortalaması 15,31±2,66 olduğu belirlenmiştir.



Grafik 1. Hastaların ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=230)

Tablo 4.5. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği			
		KKBÇ $\bar{x}\pm SS$	Çaresizlik $\bar{x}\pm SS$	BBG $\bar{x}\pm SS$	TÇA $\bar{x}\pm SS$
Yaş Grupları					
<40	42	18,29±5,71	15,05±3,39	10,64±2,72	16,40±2,94
41-50	52	19,81±5,43	14,27±3,33	10,90±2,53	15,81±2,27
51-60	40	17,45±4,74	15,70±2,72	9,48±2,36	15,53±2,04
61-70	61	15,82±5,18	16,41±2,77	8,82±2,13	14,61±2,91
>70	35	15,89±5,29	16,86±2,79	9,17±3,24	14,26±2,44
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =5,068 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =5,508 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =6,464 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =5,062 <i>p</i><0,001
Cinsiyet					
Kadın	130	17,08±5,05	16,00±3,02	9,38±2,39	15,41±2,56
Erkek	100	17,97±5,95	15,13±3,22	10,32±2,95	15,19±2,80
İstatistiksel Değerlendirme		<i>t</i> =1,229 <i>p</i> =0,220	<i>t</i> =2,103 <i>p</i>=0,037	<i>t</i> =2,656 <i>p</i>=0,008	<i>t</i> =0,614 <i>p</i> =0,540
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	54	14,04±4,41	16,80±2,72	8,35±2,08	14,44±2,76
İlkokul Mezunu	126	17,17±4,97	15,92±2,97	9,54±2,42	15,44±2,57
Ortaokul-Lise Mezunu	37	22,00±4,68	13,97±3,26	11,81±2,56	16,16±2,66
Üniversite Mezunu	13	21,62±5,09	12,54±2,30	12,46±2,67	15,31±2,43
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =23,528 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =12,046 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =21,316 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =3,361 <i>p</i>=0,020

Tablo 4.5. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği			
		KKBC $\bar{x} \pm SS$	Çaresizlik $\bar{x} \pm SS$	BBG $\bar{x} \pm SS$	TÇA $\bar{x} \pm SS$
Çalışma Durumu					
Evet	75	20,25±5,76	13,88±3,30	11,31±3,02	15,95±2,57
Hayır	155	16,12±4,78	16,46±2,68	9,06±2,16	15,01±2,66
İstatistiksel Değerlendirme		$t=5,741$ $p<0,001$	$t=6,348$ $p<0,001$	$t=6,469$ $p<0,001$	$t=2,540$ $p=0,012$
Mesleği					
Ev hanımı	55	17,04±4,86	16,20±2,61	9,40±2,31	15,35±2,50
İşçi	27	19,96±5,22	14,11±3,61	10,93±2,99	16,70±2,52
Memur	20	23,50±4,86	12,95±3,03	12,95±2,31	16,65±2,11
Serbest	26	17,65±5,64	14,46±3,08	10,23±2,87	14,73±2,59
İşsiz	11	13,82±5,71	16,27±3,95	9,36±2,73	15,64±4,06
Emekli	91	16,04±4,78	16,56±2,65	8,92±2,18	14,71±2,53
İstatistiksel Değerlendirme		$F=9,884$ $p<0,001$	$F=8,055$ $p<0,001$	$F=10,727$ $p<0,001$	$F=3,920$ $p=0,002$
Gelir Düzeyi					
Kötü	32	15,06±4,52	16,59±3,47	8,97±1,94	15,03±3,08
Orta	151	17,16±5,21	15,77±2,95	9,69±2,65	15,23±2,53
İyi	47	20,09±5,93	14,47±3,21	10,68±3,02	15,77±2,78
İstatistiksel Değerlendirme		$F=9,354$ $p<0,001$	$F=5,081$ $p=0,001$	$F=4,320$ $p=0,014$	$F=0,929$ $p=0,396$
Yaşadığı Yer					
Köy	120	15,72±4,65	16,30±2,69	9,07±2,27	14,81±2,55
İlçe	35	17,49±5,83	15,60±3,29	9,71±2,80	15,63±3,02
Şehir	75	20,25±5,41	14,55 ^b ±3,45	10,99 ^b ±2,84	15,97±2,53
İstatistiksel Değerlendirme		$F=18,276$ $p<0,001$	$F=7,647$ $p<0,001$	$F=13,088$ $p<0,001$	$F=4,897$ $p=0,009$

Tablo 4.5. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği			
		KKBÇ $\bar{x} \pm SS$	Çaresizlik $\bar{x} \pm SS$	BBG $\bar{x} \pm SS$	TÇA $\bar{x} \pm SS$
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	136	18,51±5,37	15,34±3,24	10,41±2,68	15,55±2,75
Geniş Aile	42	16,02±5,89	15,64±3,08	9,02±2,75	14,83±2,68
Diğer	52	15,88±4,77	16,35±2,81	8,79±2,16	15,08±2,38
İstatistiksel Değerlendirme		F=6,425 p=0,002	F=1,964 p=0,143	F=9,671 p<0,001	F=1,437 p=0,240
Beraber Yaşanılan Kişiler					
Yalnız	13	15,23±6,10	16,15±3,05	9,38±2,63	15,00±1,68
Eş Ve Çocuk	96	19,17±5,78	14,76±3,23	10,72±2,89	15,45±2,59
Ebeveyn	12	13,50±5,25	15,50±3,40	8,83±2,37	15,33±3,80
Diğer	109	16,67±4,64	16,33±2,86	9,13±2,29	15,23±2,71
İstatistiksel Değerlendirme		F=7,239 p<0,001	F=4,616 p=0,004	F=7,193 p<0,001	F=0,176 p=0,912
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	107	19,68±5,27	14,96±3,22	10,76±2,55	15,97±2,53
Hayır	123	15,54±4,89	16,20±2,95	8,95±2,51	14,74±2,65
İstatistiksel Değerlendirme		T=6,183 p<0,001	T=3,028 p=0,001	T=5,396 p<0,001	T=3,590 p<0,001
Alkol Kullanma Durumu					
Evet	14	21,21±5,01	14,36±3,91	12,14±2,82	17,57±2,68
Hayır	203	16,93±5,32	15,86±3,00	9,53±2,55	15,12±2,65
Bıraktım	13	21,85±5,03	13,31±3,22	11,31±3,01	15,92±1,61
İstatistiksel Değerlendirme		F=9,040 p<0,001	F=5,464 p=0,005	F=8,990 p=0,001	F=6,189 p=0,002

Tablo 4.5. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği			
		KKBC $\bar{x} \pm SS$	Çaresizlik $\bar{x} \pm SS$	BBG $\bar{x} \pm SS$	TÇA $\bar{x} \pm SS$
Kronik Hastalık Durumu					
Var	144	16,03±5,11	16,49±2,85	9,17±2,59	15,00±2,76
Yok	86	19,86±5,23	14,17±3,07	10,83±2,52	15,84±2,42
İstatistiksel Değerlendirme		$T=5,445$ $p<0,001$	$T=5,785$ $p<0,001$	$T=4,724$ $p<0,001$	$T=2,329$ $p=0,021$
Hastahgını Bilme Durumu					
Evet	208	17,73±5,58	15,45±3,12	9,88±2,71	15,39±2,58
Hayır	22	15,00±3,55	17,27±2,76	8,95±2,30	14,55±3,33
İstatistiksel Değerlendirme		$T=3,210$ $p=0,003$	$T=2,632$ $p=0,009$	$T=1,543$ $p=0,124$	$T=1,425$ $p=0,155$
Tedavi Bakımından Memnuniyet Durumu					
Evet	211	17,84±5,41	15,42±3,12	9,90±2,72	15,36±2,60
Hayır	19	13,26±4,29	17,84±2,43	8,58±1,80	14,84±3,37
İstatistiksel Değerlendirme		$T=3,586$ $p<0,001$	$T=3,294$ $p=0,001$	$T=2,071$ $p=0,039$	$T=0,804$ $p=0,422$
Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımlılık Düzeyi					
Bağımlı	54	14,09±5,51	16,91±3,00	9,04±2,98	14,30±2,93
Yarı Bağımlı	109	17,45±4,83	16,01±2,94	9,70±2,58	15,62±2,57
Bağımsız	67	20,21±4,92	13,96±2,88	10,55±2,41	15,63±2,41
İstatistiksel Değerlendirme		$F=22,156$ $p<0,001$	$F=16,923$ $p<0,001$	$F=5,071$ $p=0,007$	$F=5,340$ $p=0,005$
Sağlığı Değerlendirme Durumu					
Kötü	128	15,64±4,89	16,98±2,58	9,20±2,27	15,19±2,68
Orta	102	19,75±5,31	13,91±2,93	10,54±2,97	15,47±2,64
İstatistiksel Değerlendirme		$T=6,100$ $p<0,001$	$T=8,448$ $p<0,001$	$T=3,889$ $p<0,001$	$T=0,800$ $p=0,424$

Tablo 5'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. 40 yaş altı ile 41-50 yaş grubu hastaların KKBCÇ puan ortalamaları 61-70 ve 70 üstü yaş gruplara göre daha yüksektir. 41-50 yaş çaresizlik puan ortalamaları 51-60 ve üzeri yaş gruplarında düşüktür. 40 yaş altı katılımcıların çaresizlik puanları 61-70 ile 70 üzeri yaş gruplarından düşüktür. 40 yaş altı ile 41-50 yaş gruplarının BBG puan ortalamaları 51-60 ve üzeri yaş gruplarından yüksektir. 51-60 yaş gruplarının TÇA puan ortalamaları 61-70 ile 70 üzeri yaş gruplarından yüksek, 40 yaş altı ile 41-50 yaş gruplarından düşüktür. Hastaların yaş gruplarına göre KKBCÇ, Çaresizlik, TÇA ve BBG alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın hastaların çaresizlik puan ortalamasının erkeklerin çaresizlik puan ortalamasından daha yüksek, kadınların BBG puan ortalamasının ise erkeklerin BBG puan ortalamasından daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyete göre Çaresizlik ve BBG alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların ABCÇ ölçeğinin bir alt boyutları olan KKBCÇ ve BBG puanları eğitim duruma göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. KKBCÇ ve BBG puanları Ortaokul-lise ile üniversite mezunu grupların KKBCÇ ve BBG puan ortalamaları okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan grupların puan ortalamasından yüksektir. Araştırmadaki hastaların ABCÇ ölçeğinin bir alt boyutu olan Çaresizlik puanları eğitim duruma göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Ortaokul-lise ile üniversite mezunu hastaların çaresizlik puanı ortalamaları okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan gruplardan düşüktür. Okuryazar olmayan hastaların TÇA puan ortalamaları ortaokul-lise mezunu hastaların aldıkları puan ortalamalarından düşüktür. Hastaların eğitim durumlarına göre KKBCÇ, Çaresizlik, TÇA ve BBG alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların ABCÇ ölçeğinin alt boyutları olan KKBCÇ, BBG ve TÇA puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Çalışan hastaların KKBCÇ, BBG ve TÇA alt boyut puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Memur hastaların KKBCÇ puanlarının işsiz hastaların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ev hanım, işsiz ve emekli olan hastaların çaresizlik puan ortalamalarının işçi, memur ve serbest çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların BBG

puanlarının mesleklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve farklılığı yaratan grubun memur hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. İşçi ve memur grubu hastaların TÇA puan ortalamaları serbest ve emekli olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların mesleklerine göre KKBC, Çaresizlik, TÇA ve BBG alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların KKBC ve Çaresizlik puan ortalamaları gelir düzeyine göre farklılık göstermekte olup farklılığı yaratan grubun gelir durumu iyi olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Gelir düzeyi iyi olan hastaların BBG puan ortalamalarının gelir düzeyi kötü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmış olup aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmadaki hastaların tüm alt boyut puan ortalamalarının yaşadığı yere göre anlamlı bir fark yarattığı, farklılığı yaratan grubun şehirde yaşayan grup olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların KKBC ve BBG alt boyut puan ortalamalarının aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve farklılığı yaratan grubun çekirdek aileden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların KKBC, Çaresizlik ve BBG puan ortalamalarının beraber yaşadığı kişiye göre istatistiksel olarak farklılık yarattığı ve farklılığı yaratan grubun eş ve çocuktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Sigara kullanan hastaların puan ortalamalarının kullanmayanlara göre yüksek olup KKBC, BBG ve TÇA alt boyut puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sigara kullanmayan hastaların çaresizlik puan ortalamalarının kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların KKBC, Çaresizlik ve BBG puan ortalamaları alkol kullanma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun alkol kullanmayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Araştırmadaki hastaların ABC ölçeğinin bir alt boyutu olan TÇA puanları alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Alkol kullanan hastaların TÇA puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların KKBC, BBG ve TÇA puanlarının kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmış olup kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayanların Çaresizlik puan ortalamasının kronik

hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların KKBC ve çaresizlik puan ortalamaları hastalığını bilme durumuna göre anlamlı bir fark göstermiştir ($p<0,05$). Tedavi/bakımdan memnun olan hastaların KKBC ve BBG puan ortalamalarının daha yüksek, Çaresizlik puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların KKBC, Çaresizlik ve BBG puan ortalamalarının tedavi/bakımdan memnun olma durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan hastaların KKBC puan ortalamaları daha yüksek iken çaresizlik puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların BBG puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanların TÇA puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların KKBC, Çaresizlik, BBG ve TÇA puan ortalamalarının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların Sağlığı Değerlendirme Durumuna göre tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ağrı ile Başa Çıkma Ölçeği			
		KKBÇ $\bar{x} \pm SS$	Çaresizlik $\bar{x} \pm SS$	BBG $\bar{x} \pm SS$	TÇA $\bar{x} \pm SS$
Başka Nedenle Ağrı Yaşama Durumu					
Evet	214	17,37±5,18	15,87±3,01	9,65±2,51	15,38±2,68
Hayır	16	18,75±8,61	12,31±2,96	11,63±4,06	14,44±2,28
İstatistiksel		t=0,633	t=4,566	t=1,913	t=1,366
Değerlendirme		p=0,536	p<0,001	p=0,074	p=0,173
Ağrıda Baş Etme Yöntemi Kullanma Durumu					
Kullanırım	213	17,45±5,16	15,85±3,01	9,69±2,52	15,42±2,67
Kullanmam	17	17,65±8,67	12,76±3,35	11,06±4,15	14,00±2,24
İstatistiksel		t=0,092	t=4,035	t=1,342	t=2,129
Değerlendirme		p=0,928	p<0,001	p=0,197	p=0,034
Ağrının Yaşam Kalitesini Etkileme Durumu					
Evet	192	17,10±5,42	16,01±3,02	9,76±2,64	15,31±2,72
Hayır	38	19,32±5,40	13,68±3,03	9,97±2,94	15,32±2,37
İstatistiksel		t=2,304	t=4,331	t=0,458	t=0,007
Değerlendirme		p=0,022	p<0,001	p=0,647	p=0,994
Ağrının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Durumu					
Evet	206	17,18±5,44	15,87±3,06	9,77±2,68	15,31±2,70
Hayır	24	19,88±5,22	13,50±2,98	9,96±2,74	15,38±2,39
İstatistiksel		t=2,302	t=3,596	t=0,322	t=0,120
Değerlendirme		p=0,022	p<0,001	p=0,748	p=0,904

Tablo 6’da hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre ABCÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Başka nedenlerle ağrı yaşayan hastaların çaresizlik puanlarının ağrı yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrı yaşama durumuna göre çaresizlik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrıyla baş etme yöntemi kullanan hastaların Çaresizlik ve TÇA puan ortalamaları kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların ağrıyla baş etme yöntemini kullanma durumuna göre Çaresizlik ve TÇA alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

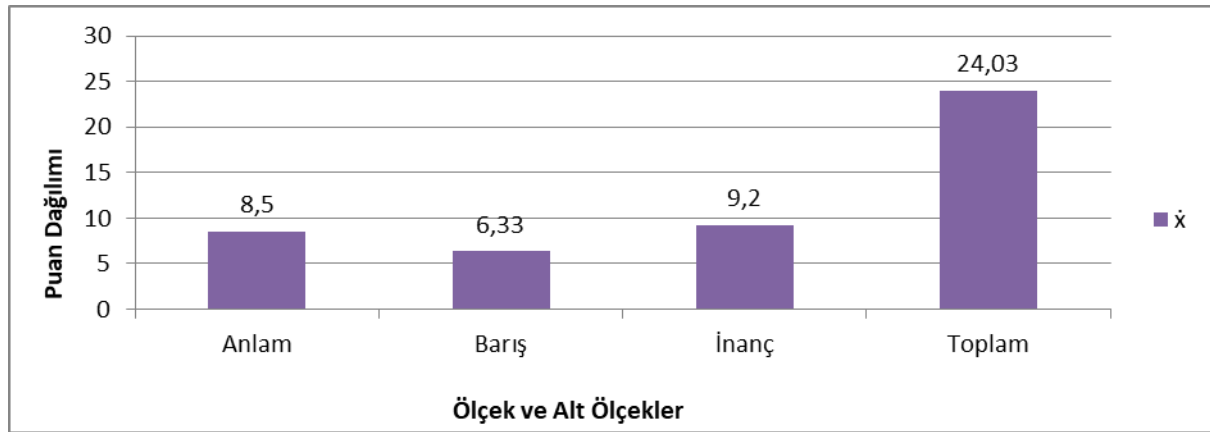
Ağrının yaşam kalitesini etkilediğini söyleyen hastaların KKBÇ puan ortalamaları daha düşük, çaresizlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmadaki hastaların KKBÇ ve Çaresizlik puan ortalamalarının ağrının yaşam kalitesini etkileme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık yarattığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Ağrının günlük yaşamını etkilediğini söyleyenlerin KKBCÇ puan ortalamalarının daha yüksek, çaresizlik puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların ABCÖ alt boyutu olan KKBCÇ ve Çaresizlik puan ortalamalarının ağrının günlük yaşamı etkileme durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=230)

Alt Ölçekler	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max
Anlam	8,50±9,00	1,00	14,00
Barış	6,33±6,00	0,00	14,00
İnanç	9,20±9,00	2,00	15,00
Toplam	24,03±24,00	5,00	41,00

Tablo'7 de hastaların MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanlarının dağılımı yer almaktadır. Araştırmada puanlar incelendiğinde; anlam alt boyut puanının ortalaması 8,50±9,00, barış alt boyut puanının ortalaması 6,33±6,00, inanç alt boyut puanının ortalaması 9,20±9,00 olduğu belirlenmiştir.



Grafik 2. Hastaların MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=230)

Tablo 4.8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Manevi iyilik ölçeği			
		Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Yaş Grupları					
<40	42	8,95±3,07	6,43±3,34	8,76±3,24	24,14±8,74
41-50	52	10,44±2,71	7,44±3,19	9,81±2,54	27,69±7,66
51-60	40	8,20±2,85	6,05±2,73	8,88±2,47	23,13±7,29
61-70	61	7,92±3,17	5,67±3,24	8,97±2,60	22,56±8,31
>70	35	6,43±2,28	6,03±2,84	9,57±2,30	22,03±6,68
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =11,478 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =2,522 <i>p</i>=0,042	<i>F</i> =1,406 <i>p</i> =0,233	<i>F</i> =4,071 <i>p</i>=0,003
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	54	6,48±2,46	5,24±2,59	8,59±2,85	20,31±6,96
İlkokul Mezunu	126	8,42±3,05	6,02±3,08	8,80±2,53	23,24±7,72
Ortaokul-Lise Mezunu	37	10,68±2,35	8,14±3,09	10,86±2,20	29,68±7,04
Üniversite Mezunu	13	11,46±1,90	8,77±3,03	10,77±2,01	31,00±5,93
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =22,239 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =10,355 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =9,067 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =16,231 <i>p</i><0,001

Tablo 4.8. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre manevi iyilik ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Manevi İyi Oluşluk Ölçeği			
		Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Çalışma Durumu					
Evet	75	10,41±2,79	7,80±3,25	9,89±2,69	28,11±7,91
Hayır	155	7,57±2,85	5,62±2,85	8,86±2,59	22,05±7,38
İstatistiksel Değerlendirme		<i>t</i> =7,124 <i>p</i><0,001	<i>t</i> =5,195 <i>p</i><0,001	<i>t</i> =2,805 <i>p</i><0,005	<i>t</i> =5,698 <i>p</i><0,001
Mesleği					
Ev Hanımı	55	8,33±2,63	5,89±2,31	9,20±2,51	23,42±6,56
İşçi	27	10,89±1,93	7,63±3,22	9,48±2,99	28,00±7,18
Memur	20	11,70±2,05	9,00±2,97	11,05±1,82	31,75±6,41
Serbest	26	8,92±3,45	6,85±3,26	9,27±2,71	25,04±8,68
İşsiz	11	6,27±2,97	4,18±2,86	5,64±2,54	16,09±7,18
Emekli	91	7,34±2,91	5,74±3,18	9,11±2,42	22,19±7,71
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =14,323 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =6,521 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =6,694 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =9,795 <i>p</i><0,001
Gelir Düzeyi					
Kötü	32	6,69±2,73	4,69±2,49	7,25±2,72	18,63±6,96
Orta	151	8,44±2,98	6,26±3,04	9,34±2,53	24,05±7,60
İyi	47	9,91±3,21	7,66±3,36	10,04±2,44	27,62±8,29
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =11,122 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =9,187 <i>p</i>=0,002	<i>F</i> =12,247 <i>p</i><0,001	<i>F</i> =13,113 <i>p</i><0,001
Yaşanılan Yer					
Köy	120	7,38±2,88	5,62±2,84	8,63±2,56	21,63±7,30
İlçe	35	8,63±2,92	6,57±3,05	9,69±2,63	24,89±7,60
Şehir	75	10,23±2,81	7,36±3,39	9,88±2,67	27,47±8,18
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =22,766 <i>P</i><0,001*	<i>F</i> =7,609 <i>P</i>=0,001*	<i>F</i> =6,082 <i>P</i>=0,001*	<i>F</i> =13,742 <i>P</i><0,001*

Tablo 4.8. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre manevi iyilik ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Manevi İyi Oluşluk Ölçeği			
		Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	136	9,22±3,07	6,71±3,10	9,35±2,68	25,29±8,00
Geniş Aile	42	7,86±2,78	6,07±2,98	9,26±2,81	23,19±7,55
Diğer	52	7,13±3,02	5,54±3,30	8,73±2,48	21,40±8,03
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =10,225 <i>p</i> <0,001	<i>F</i> =2,836 <i>p</i> =0,061	<i>F</i> =1,043 <i>p</i> =0,354	<i>F</i> =4,799 <i>p</i> =0,009
Beraber Yaşanılan Kişiler					
Yalnız	13	5,92±3,59	5,38±3,84	8,08±3,09	19,38±9,81
Eş Ve Çocuk	96	9,84±2,92	7,01±3,08	9,78±2,53	26,64±7,62
Ebeveyn	12	6,42±2,39	4,50±2,35	6,17±2,55	17,08±5,98
Diğer	109	7,85±2,81	6,05±3,08	9,15±2,49	23,05±7,57
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =14,318 <i>p</i> <0,001	<i>F</i> =3,654 <i>p</i> =0,013	<i>F</i> =8,206 <i>p</i> <0,001	<i>F</i> =9,193 <i>p</i> <0,001
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	107	9,72±3,01	6,98±3,34	9,31±2,72	26,01±8,31
Hayır	123	7,44±2,84	5,76±2,87	9,10±2,62	22,30±7,44
İstatistiksel Değerlendirme		<i>t</i> =5,914 <i>p</i> <0,001	<i>t</i> =2,973 <i>p</i> =0,003	<i>t</i> =0,598 <i>p</i> =0,550	<i>t</i> =3,570 <i>p</i> <0,001
Alkol Kullanma Durumu					
Evet	14	10,43±2,98	7,50±4,03	8,64±2,95	26,57±9,16
Hayır	203	8,15±3,04	6,10±3,04	9,16±2,63	23,41±7,88
Bıraktım	13	11,92±1,38	8,62±2,87	10,38±2,69	30,92±6,03
İstatistiksel Değerlendirme		<i>F</i> =12,977 <i>p</i> <0,001	<i>F</i> =5,091 <i>p</i> =0,007	<i>F</i> =1,627 <i>p</i> =0,199	<i>F</i> =6,340 <i>p</i> =0,001

Tablo 4.8. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Manevi İyi Oluşluk Ölçeği			
		Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Kronik Hastalık Durumu					
Var	144	7,49±2,93	5,76±3,05	8,94±2,61	22,19±7,69
Yok	86	10,19±2,70	7,28±3,11	9,63±2,72	27,09±7,75
İstatistiksel Değerlendirme		$t=6,943$ $p<0,001$	$t=3,623$ $p<0,001$	$t=1,913$ $p=0,057$	$t=4,659$ $p<0,001$
Hastalığını Bilme Durumu					
Evet	208	8,69±3,11	6,50±3,16	9,25±2,66	24,45±8,04
Hayır	22	6,73±2,75	4,68±2,57	8,64±2,70	20,05±7,20
İstatistiksel Değerlendirme		$t=2,840$ $p=0,005$	$t=2,615$ $p=0,010$	$t=1,036$ $p=0,301$	$t=2,464$ $p=0,014$
Tedavi Bakımından Memnun Olma Durumu					
Evet	211	8,75±2,98	6,61±3,07	9,41±2,58	24,77±7,77
Hayır	19	5,68±3,43	3,26±2,33	6,84±2,43	15,79±6,65
İstatistiksel Değerlendirme		$t=4,249$ $p<0,001$	$t=4,626$ $p<0,001$	$t=4,163$ $p<0,001$	$t=4,878$ $p<0,001$
Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımlılık Düzeyi					
Bağımlı	54	6,17±2,78	4,85±2,94	8,52±2,82	19,54±7,62
Yarı Bağımlı	109	8,26±2,69	6,09±2,90	8,86±2,59	23,21±7,40
Bağımsız	67	10,78±2,46	7,91±3,04	10,28±2,34	28,97±6,82
İstatistiksel Değerlendirme		$F=46,226$ $p<0,001$	$F=16,717$ $p<0,001$	$F=8,743$ $p<0,001$	$F=26,319$ $p<0,001$
Sağlık Durumunu Değerlendirme					
Kötü	128	7,25±2,91	4,83±2,67	8,24±2,61	20,32±7,10
Orta	102	10,07±2,65	8,22±2,66	10,39±2,21	28,68±6,67
İstatistiksel Değerlendirme		$t=7,587$ $p<0,001$	$t=9,577$ $p<0,001$	$t=6,628$ $p<0,001$	$t=9,105$ $p<0,001$

Tablo 8’de hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. 70 üzeri yaş grubu hastaların anlam alt boyut puan ortalamaları diğer yaş gruplarından daha düşük bulunmuştur. 40 yaş altı, 51-60 ve 61-70 anlam puan ortalamalarının 41-50 yaş grubuna göre daha düşük olduğu görülmektedir. 41-50 yaş grubu hastaların barış puan ortalaması yaş gruplarına göre daha yüksek iken 61-70 yaş grubu hastaların barış puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Diğer yaş gruplarının aldıkları puan ortalamaları birbirine yakındır. Hastaların MİÖ, anlam ve alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur.

MİÖ genel toplam, ortaokul-lise ile üniversite mezunu hastaların puan ortalamaları okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan hastalardan yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim duruma göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından çalışan hastaların puan ortalamalarının çalışmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

İşçi ve memur grubu hastaların anlam alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Memur grubu hastaların barış ve inanç alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Memur grubu hastaların MİÖ toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarında gelir düzeyi düşük olanların puan ortalamalarının gelir düzeyi orta ve iyi olanların puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyine göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların MİÖ ve alt boyutları yaşanılan yere göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun şehirde yaşayan hasta grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların MİÖ ve alt boyutu olan anlam puan ortalamaları aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun çekirdek aileden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların MİÖ ve alt boyutları olan anlam, barış ve inanç puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun eş ve çocuğuyla birlikte yaşayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Sigara kullanan hastaların genel toplam, anlam ve barış alt boyut puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanma durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmadaki hastaların MİÖ alt boyutları olan anlam ve barış puanları alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanma durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun alkol kullanmayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Kronik hastalığı olmayan hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyut puan ortalamalarını kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların kronik hastalık durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastalığını bilenlerin MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyut puan ortalamalarının hastalığını bilmeyen gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hastalığını bilme durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tedavi/bakımdan memnun olan hastaların MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyut puanlarının memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların tedavi/bakımdan memnun olma durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan hasta grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Sağlık durumu orta/iyi olarak değerlendiren hastaların MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyut puan ortalamalarının kötü olarak değerlendiren hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların sağlık durumunu değerlendirmeye göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.9. Hastaların maneviyata ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=230)

Tanıtıcı Özellikleri	Manevi İyilik Ölçeği				
	Sayı (n)	Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Manevi Bakım Konusunu Duyma Durumu					
Evet	200	8,76±3,11	6,50±3,26	9,51±2,51	24,77±8,06
Hayır	30	6,77±2,70	5,23±1,96	7,10±2,76	19,10±6,14
İstatistiksel değerlendirme		$t=3,328$ $p<0,001$	$t=2,061$ $p<0,040$	$t=4,843$ $p<0,001$	$t=3,689$ $p<0,001$
Manevi Bakımın Gerekliliğine İnanma Durumu					
Evet	212	8,49±3,12	6,38±3,15	9,46±2,55	24,33±8,06
Hayır	18	8,67±3,25	5,72±3,12	6,06±1,92	20,44±7,31
İstatistiksel değerlendirme		$t=0,235$ $p=0,814$	$t=0,853$ $p=0,395$	$t=5,538$ $p<0,001$	$t=1,977$ $p<0,049$
Manevi Desteğe İhtiyacı Olduğunu Düşünme Durumu					
Evet	142	7,71±2,96	5,73±3,03	9,16±2,56	22,60±7,73
Hayır	88	9,77±2,97	7,31±3,10	9,25±2,84	26,33±8,09
İstatistiksel değerlendirme		$t=5,122$ $p<0,001$	$t=3,809$ $p<0,001$	$t=0,243$ $p=0,808$	$t=3,496$ $p<0,001$
Hastanede Verilen Manevi Bakım Hizmetini Yeterli Bulma Durumu					
Evet	144	8,57±3,16	6,45±3,34	9,47±2,61	24,49±8,44
Hayır	86	8,38±3,09	6,13±2,81	8,73±2,71	23,24±7,35
İstatistiksel değerlendirme		$t=0,435$ $p=0,664$	$t=0,753$ $p=0,452$	$t=2,052$ $p<0,041$	$t=1,138$ $p=0,256$

Tablo 9' da hastaların maneviyata ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Manevi bakım konusunu duyan hastaların MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyut puan ortalamalarının duymayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların manevi bakımı duyma durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Manevi bakımın gerekliliğine inanan hastaların MİÖ genel toplam ve inanç alt boyut puan ortalamalarının manevi bakım gerekliliğine inanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların manevi bakım gerekliliğine inanma durumuna göre MİÖ genel toplam ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Manevi desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyut puan ortalamalarının manevi bakım ihtiyacı olmadığını düşünmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların manevi desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumuna göre MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulanların inanç puan ortalamalarının manevi bakım hizmetini yeterli bulmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulma durumuna göre MİÖ sadece inanç alt boyutundan aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).



Tablo 4.10. Hastaların bazı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin dağılımı (n=230)

	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği				Manevi İyilik Ölçeği			Toplam
	KKBÇ	Çaresizlik	BBG	TÇA	Anlam	Barış	İnanç	
Klinikte Yatış Süresi								
R	-0,186	0,171	-0,084	-0,044	-0,245	-0,188	-0,104	-0,203
p	0,005	0,009	0,205	0,511	<0,001	0,004	0,115	0,002
Tanının Konma Zamanı								
R	-0,078	0,082	-0,032	0,013	-0,114	-0,075	-0,116	-0,107
p	0,238	0,217	0,632	0,850	0,083	0,257	0,079	0,106
Ağrı Şiddeti								
R	-0,047	0,267	0,010	0,154	-0,119	-0,255	-0,177	-0,207
p	0,480	<0,001	0,885	0,020	0,071	<0,001	0,007	0,002
Ne Kadar Süre Ağrı Yaşadı?								
R	0,038	0,068	0,012	0,104	0,035	-0,106	-0,036	-0,044
p	0,569	0,303	0,852	0,115	0,597	0,109	0,582	0,503

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Tablo 10'da hastaların bazı özellikleri ile ABÇÖ ve MİÖ puanları korelasyonuna ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. Hastaların klinikte yatış süresi ve KKBÇ puanı ($r=-0,186$) arasında negatif yönde, Çaresizlik puanı ile ($r=0,171$) pozitif yönde ilişki saptanırken; BBG puanı ($r=-0,084$) ve TÇA puanı ($r=-0,044$) arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların klinikte yatış süresi Anlam puanı ($r=-0,245$) ve Barış puanı ($r=-0,188$) arasında negatif yönde ilişki saptanırken; İnanç puanı ($r=-0,104$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tanının konma zamanıyla ABÇÖ ve MİÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı şiddetiyle KKBÇ puanı ($r=-0,047$) ve BBG puanı ($r=0,010$) arasında anlamlı ilişki olmadığı; Çaresizlik puanı ($r=0,267$) ve TÇA puanı ($r=0,154$) arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Hastaların ağrı şiddetiyle Anlam puanı ($r=-0,119$) arasında anlamlı ilişki olmadığı; Barış puanı ($r=0,255$) ve İnanç puanı ($r=-0,177$) arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Hastaların ne kadar süredir ağrı yaşadığıyla ilgili, ABÇÖ ve MİÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.11. Hastaların MİÖ ve ABÇÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı
(n=230)

Manevi İyilik Ölçeği	KKBÇ	Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği		
		Çaresizlik	BBG	TÇA
Anlam				
<i>r</i>	0,641	-0,621	0,421	0,185
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,005
Barış				
<i>r</i>	0,646	-0,686	0,443	0,058
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,378
İnanç				
<i>r</i>	0,482	-0,463	0,349	0,019
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,774
Toplam				
<i>r</i>	0,661	-0,662	0,452	0,101
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,126

r : Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 11'de hastaların MİÖ ve ABÇÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların Anlam ve KKBÇ puanı ($r=0,641$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, Anlam ve Çaresizlik puanı ($r=-0,621$) arasında orta düzeyde negatif yönde, Anlam ve BBG puanı ($r=0,421$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde, Anlam ve TÇA puanı ($r=0,185$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hastaların Barış ve KKBÇ puanı ($r=0,646$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, Barış ve Çaresizlik puanı ($r=-0,686$) arasında orta düzeyde negatif yönde, Barış ve BBG puanı ($r=0,443$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken; Barış ve TÇA puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($r=0,378$).

Hastaların İnanç ve KKBÇ puanı ($r=0,482$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde, İnanç ve Çaresizlik puanı ($r=-0,463$) arasında zayıf düzeyde negatif yönde, İnanç ve BBG puanı ($r=0,349$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken; İnanç ve TÇA puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($r=0,774$).

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım hastalarının en önemli semptomlarından biri ağrıdır. Bireylerin ağrıyla baş etmesinde manevi iyilik hali önemlidir. Hemşirelerin, hastaların ağrı değerlendirmesini yaparken bütüncül bakım doğrultusunda yaklaşımları ve bakımın manevi yönünü de ele almaları gerekir (McShery ve Jamieson, 2011). Bu nedenle bu çalışmada, palyatif bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırma bulguları literatürle birlikte tartışılmıştır.

Çalışmada KKBCÇ alt boyutundan 36 puan üzerinden $17,47 \pm 5,47$, çaresizlik alt boyutundan 24 puan üzerinden $15,62 \pm 3,13$, TÇA boyutundan 27 puan üzerinden $15,31 \pm 2,66$ BBG alt boyutundan 24 puan üzerinden $9,79 \pm 2,68$ puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 4). Bu bulgular doğrultusunda hastaların ABCÖ; KKBCÇ, çaresizlik ve BBG alt boyut puan ortalaması orta düzeyde iken, TÇA alt boyut puan ortalamalarının ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Buna göre, palyatif bakım hastalarının deneyimledikleri ağrı karşısında daha çok çaresiz kaldıkları ve kendi kendilerine başa çıkmaya çalıştıkları, tıbbi çare arama ve bilinçli bilişsel girişimleri daha az kullandıkları söylenebilir. Babadağ'ın (2014) algoloji hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların KKBCÇ puan ortalamasını 18.14 ± 7.41 , çaresizlik puan ortalamasını 13.56 ± 4.37 , BBG puan ortalamasını 11.82 ± 4.23 ve TÇA puan ortalamasını 12.96 ± 4.43 olarak bulmuşlardır. Babadağ ve arkadaşlarının (2017) geriatrik ağrı hastalarının ağrıyla başa çıkma durumlarını değerlendirdiği çalışmasında hastaların KKBCÇ alt boyut 19.22 ± 6.54 , çaresizlik 13.45 ± 3.86 , BBG 11.90 ± 3.97 ve TÇA 12.62 ± 3.98 puan aldığı saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre KKBCÇ, Çaresizlik, TÇA ve BBG alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4). Yaş arttıkça çaresizlik puanlarının arttığı, kendi kendine başa çıkma ve tıbbi çare arama işlevinin azaldığı görülmektedir. Hastalık algısı ve çaresizlik hissetme, bireylerin ağrıyla baş etmelerinde önemli bir faktördür. Araştırmada, kendi kendine ağrıyla daha iyi baş eden hastalarda çaresizliğin anlamlı derecede daha az olduğu ve bilinçli bilişsel girişimlerin daha fazla kullanıldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kadın hastaların çaresizlik puanlarının daha yüksek BBG puanının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Çaresizlik puanın kadın hastalarda yüksek olması ağrıyla baş etmede yetersiz olduklarını, BBG puanının düşük olması ise kadın hastaların ağrıyla baş etmede dikkati başka yöne çekme, hayal kurma gibi bilişsel yöntemleri kullanamadıklarını göstermektedir. Jackson vd., (2018) yaptığı çalışmada benzer şekilde kadınların erkeklere göre ağrı duyarlılığının yüksek, ağrı toleransının ve ağrıya bağlı öz yeterliliğinin düşük olduğu belirtilmiştir (Jackson vd., 2018). Yine Miller ve Newton (2004) tarafından yapılan bir çalışmada literatürde kadın hastaların erkek hastalara göre ağrı bildirimini daha fazla olduğu bunun nedeninde kültür, toplumsal beklenti ve rollerle ilişki olacağı belirtilmiştir (Miller ve Newton, 2004).

Hastalardan okuryazar olmayanların, işsiz olanların, durumu kötü olanların ve köyde bulunanların KKBC, BBG ve TÇA puanlarının daha düşük, Çaresizlik puanın yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 5). Bu durum kültürel özelliklerin yanı sıra, bireylerin maddi gücünün yetersiz olması nedeniyle tıbbi imkanlardan nasıl faydalanacaklarını bilmemesinden kaynaklı olabilir. Artan eğitim seviyesine paralel olarak, hastaların daha fazla baş etmeye çalıştıkları, sağlığın korunması ve yükseltilmesine daha fazla önem verdikleri ve farkındalıklarının arttığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Tanrıverdi ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada ağrıyı en fazla yaşayan grubun ev hanımları ve işçiler olduğu ve bireylerin ekonomik durumu kötüleştikçe ağrı sıklığının da arttığı bulunmuştur. Edwards ve ark (2001) yaptıkları çalışmada sosyo-ekonomik durumun hastaların medikal tedaviden yararlanmamasına ve sürekli ağrı yaşamasına neden olduğunu belirtmişlerdir (Edwards vd., 2001; Tanrıverdi vd., 2009).

Hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre ise sigara ve alkolü kullanmayanların çaresizlik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu durum bireylerin ağrıdan kaçışta sigara ve alkolü bir sığınma aracı olarak kullandıkları ile açıklanabilir.

Çalışmada kronik hastalığı bulunan hastaların ise KKBC puanları daha düşükken Çaresizlik puanlarının daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu sonuçlara göre; kronik hastalığı olan bireylerde ağrının ve özelliklerinin daha çok algılandığı ve

daha fazla değerlendirildiği ağrının organik kökenli olduğuna inandıkları ve kendilerini çaresiz hissettikleri söylenebilir.

Hastalığını bilme durumuna göre ise, hastalığı bilmeyenlerin KKBC puanları düşük, Çaresizlik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu durumda, hastalar kendi sağlığına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle sağlığın otokontrolünü sağlamada kendilerini yetersiz ve çaresiz hissetmiş olabilirler.

Araştırma da tedavi ve bakımdan memnun olmayan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan ve sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireylere göre KKBC, BBG ve TÇA puanları düşük, Çaresizlik puanları yüksek saptanmıştır (Tablo 5). Babadağ'ın (2014) yaptığı çalışma da bazı hastalar günlük aktiviteleri ile ilgili başkalarından yardım istemek zorunda kaldıkları için rol kaybı yaşadıklarını ve kendilerini değersiz hissettiklerini, yürümede bozulmaya bağlı düşme korkusu olduğunu ve dışarı çıkarken yanlarında birisinin olmasının kendilerini güvende hissettirdiğini, hareket alanının sadece evle sınırlı kalabildiğini ve tüm bu nedenlerden dolayı eskisi gibi sosyal aktivitelere katılamadıklarını, yalnızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (Babadağ, 2014). Günlük yaşam aktivitelerinde mevcut fiziksel kapasitenin azalmasına paralel olarak yarı bağımlı ve bağımlı olan bireyler, bir başkasından destek alıp aktiviteye yardımcı araç kullanabilmektedir (Egberg vd., 2012; Wann Hansson vd., 2005). Bağımlılık duygusu da bireyleri çaresizliğe itmektir. Buna göre, bireylerin memnuniyet düzeyleri, GYA da bağımlılık düzeyleri ve sağlık durumlarını algılayışları ağrıyla başa çıkma da önemlidir ve baş etme durumunu etkileyebilir (Egberg vd., 2012).

Çalışmamız da başka nedenle ağrı yaşayan bireyler de ve ağrının yaşam kalitesini ve günlük yaşamını etkileyen bireyler de Çaresizlik puanları daha yüksek bulunurken, ağrı da baş etme yöntemi kullananların TÇA puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Ağrı nedeniyle yürüme yeteneğinde azalma ile hareket kısıtlılığının gelişmesi günlük yaşamını önemli düzeyde kısıtlar ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (Gibson ve Kenrick, 1998; Johnstone, 2003). Fonksiyonel kapasitenin azalması ile hastalar aile ya da arkadaşlarının yardımına ihtiyaç duymakta ve bu durum başkalarına yük olma duygusuna neden olmaktadır (Treat Jacobson vd., 2002; Wann Hansson vd., 2005). Bu nedenle hastaların çaresizlik yaşadığı söylenilebilir. Literatürde (Gorely vd., 2015; Pedrosa vd., 2011; Smolderen vd., 2009;

Wann Hansson vd., 2005) hastalık evresinde ilerlemeye paralel olarak hastaların deneyimledikleri ağrının özelliğinin değişim gösterdiği ve şiddetinin arttığı, dolayısıyla günlük yaşamın olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.

Wann Hansson vd., (2005); periferik arter hastalığı (PAH) olan bireylerin yaşam deneyimleri ve günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiği üzerine yaptığı nitel araştırmasında, ağrı nedeniyle hastaların fiziksel kapasitelerinin azaldığını, sosyal hayatlarının kısıtlandığını, hastalık sürecini kontrol altında tutmakta zorluk yaşadıklarını, geleceğe dair belirsizlik, bağımsızlıklarını kaybetme korkusu hissettiklerini ve kendilerini çevrelerinden izole ettiklerini saptamıştır (Wann Hansson vd., 2005). Babadağ'ın (2014) yaptığı çalışma da ise, hastaların deneyimledikleri ağrının günlük yaşamlarını önemli derecede etkilediği, ağrının yürüme mesafesini azalttığı, günlük aktivitelerini kısıtladığı, sosyal yaşamı sınırladığı, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku vb. olumsuz duygulara ve günlük aktivitelerle ilgili başkalarından yardım istemelerine neden olduğu belirlenmiştir (Babadağ, 2014). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların MİÖ'nden 48 puan üzerinden $24,03 \pm 24$ puan aldıkları belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 48 olduğu göz önüne alındığında hastaların manevi iyilik halinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgular doğrultusunda palyatif bakım hastalarının manevi gereksinimlerinin belirlenmesi ve manevi iyilik hallerini destekleyecek uygulamalara yer verilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Literatürde palyatif bakım hastalarının ağrıyla başa çıkma ve manevi iyilik halinin değerlendirildiği araştırmaya rastlanmamıştır. Literatürde her ikisinin ayrı ayrı çalışıldığı farklı örneklem grubundaki hastalarla olan çalışmalar yer almaktadır (Babadağ, 2014; Öner, 2012). Amirmohammadi ve ark. (2017) kanser hastalarının manevi iyilik halinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir Gültekinin 2018 yılında psikiyatri hastalarında yapmış olduğu çalışmada manevi iyilik halleri orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir (Amirmohammadi vd., 2017; Gültekin, 2018)

Bireylerin ağrıyla baş etmesinde manevi iyilik hali önemlidir. Manevi bakım için de manevi iyiliğe ihtiyaç vardır. Manevi iyilik hali, bireyin manevi sağlık ve olgunluğunun sürekli ve dinamik bir yansımasıdır (Acar, 2014). Manevi iyilik hali,

bireyin yaşanan olumsuzluklar karşısında manevi yönden memnuniyetini, doyumunu kapsamaktadır (Ai, 2000). Manevi iyilikte yaşamın pozitif unsurları ön plandadır. Maneviyat, hastalıkla başa çıkmanın önemli bir parçasıdır ve manevi iyilik hali arttıkça bireylerin ağrıyla baş edebilme gücü de artmaktadır (Miquelon ve Vallerant, 2006). Bireylerin manevi iyilik düzeylerinin artmasıyla yorgunluk ve ağrı gibi fiziksel semptomların azaldığı, kan basıncının dengelendiği, daha kaliteli bir uykunun sağlandığı, manevi iyilik düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyimser bir anlayışa sahip oldukları, yaşam doyumlarının yüksek olduğu, stresle daha iyi bir şekilde başa çıktıkları, mental sağlığı güçlendirdiği, daha az intihara teşebbüs ettikleri ve sigara, alkol kullanım oranlarının daha az olduğu bilinmektedir (Breitbart vd., 2010; Johnson vd., 2011; Swinton ve Pattison, 2010).

Araştırmamız da hastaların yaş gruplarına göre genel ölçek toplam puanı, anlam ve barış alt boyut puanları istatistiksel olarak farklılık bulunurken, inanç alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki fark bulunmamıştır (Tablo 8). Yapılan bazı çalışmalarda (Frost ve arkd., 2013, Rabow vd., 2014; Ventura vd., 2007; Whitford vd., 2008) yaş gruplarının manevi iyilik toplam puanı ve alt ölçek puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Literatürde yaşın bireyin manevi iyilik haline etkisi ile ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Bu farklı sonuçların nedeni de bireylerin manevi iyilik puanlarını yaş dışında aile yapısı, farklı inanç ve değerlerinin olması, kişilik özellikleri, bireylerin eğitim durumu ve kültürel özellikleri gibi birçok faktörün etkilemesi olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların manevi iyilik puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların Manevi iyilik puanının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu bulgu eğitim düzeyi yüksek olan hastaların manevi iyilik düzeylerinin iyi olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda (Ata, 2018; Caldeira vd., 2017; Rohde vd., 2017) benzer şekilde eğitim düzeyinin bireylerin manevi iyilik puanını artırdığı bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bireylerine eğitim düzeyleri arttıkça farkındalıklarının artması, yaşamın anlamı üzerine sorgulamalar yaparak kendi manevi yönlerini keşfetmeleri, kendini gerçekleştirmeleri ve manevi iyilik hallerinin farkında olmaları kaçınılmaz bir durumdur.

Hastaların çalışma durumuna göre manevi iyilik puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olup, çalışan hastaların Manevi iyilik düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Chaar vd., (2018) tarafından yapılan çalışmada anlam, barış ve inanç alt boyut puanları ve toplam Manevi iyilik puanları yüksek olan kanser hastalarının fiziksel, duygusal ve mental işlevlerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Çalışma hayatı bireyin kendini fiziksel, mental ve sosyal yönden kendini iyi hissetmesini sağlar. Ayrıca çalışma ortamında edinilen sosyal desteğin, bir sorumluluğa sahip olmanın verdiği özgüven ve çalışıyor olmanın verdiği psikolojik rahatlık nedeniyle de çalışma durumunun bireylerin kendini gerçekleştirme durumlarını etkileyerek Manevi iyilik düzeylerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda gelir düzeyi düşük olan hastaların manevi iyilik puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Bireylerin gelir düzeyleri arttıkça manevi iyilik düzeyleri artmaktadır. Bireylerin maddi alım gücünün az olması bireyin kendini kötü hissetmesine, yaşam kalitesinin düşmesine, maddi ihtiyaçlarının karşılanmamasına, umutsuz olmasına, rahatının bozulmasına manevi ihtiyaçlarının bozulmasına neden olarak manevi iyilik düzeyini etkileyebilir (Gürsu ve Ay, 2018). Dolayısıyla bireyin gelir düzeyinin manevi iyilik halini olumlu olumsuz yönde etkileyebileceğini söyleyebiliriz. Ayrıca Yazgan'ın (2014) kemoterapi alan kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyinin maneviyatı etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmamız da yaşanan yer ve beraber yaşadığı kişilerin manevi iyilik düzeylerinin etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 8). . Jadidi vd., (2015) yaşlılarda manevi iyilik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada geniş aileye sahip bireylerin maneviyat ve alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Caldeira vd., (2017) kemoterapi gören kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada ise ailesel duruma göre manevi iyilik ve alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Bireylerin, yaşanan yer ve beraber yaşadığı kişilerin manevi iyilik halini etkilemesine ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu sonuçların farklılığı yaşanan çevre, inanç, değer ve kültürel özelliklerden kaynaklı olabilir.

Sigara kullanan hastaların genel toplam, anlam ve barış alt ölçek puanları kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda alkol kullananların, anlam ve barış alt boyut puanları istatistiksel olarak farklılık gösterirken, inanç alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 8). Bireylerin sigara ve alkol kullanımı mevcut yaşamlarındaki stresörden kaçış yolu olarak görülüyor olabilir. Ancak içinde buldukları kültürel özellikler nedeniyle gerek sigara alkol kullanımı olsun bireyin inanç boyutunu etkilememiş olabilir.

Kronik hastalığı olmayan hastaların manevi iyi oluşluk ölçeğinin genel toplam, anlam ve barış alt ölçek puan ortalamalarını kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Literatürde Ata (2018) 'nın onkoloji hastalarında yapmış olduğu çalışmada da kronik hastalık durumunun manevi iyilik puanını etkilemediği bulunmuştur. Özellikle bu çalışmada hem palyatif hastası olup hem de kronik hastalığı olan bireylerin manevi bakım gereksinimlerinin göz ardı edilmemesi önem arz etmektedir. Çünkü kronik hastalıklar bireyin temel yaşam işlevlerini, yaşam kalitesini derinden etkiler. Bireylerin kronik hastalık durumunda, baş etme mekanizmaları zayıflar, psikolojik sorunlar görülebilir zaman zaman ölüm korkusu ve çaresizlik duygularını yaşar, yaşamın anlamı sorgular bu nedenle de bu bireylerde sevgi, umut, ait olma ve kabul görme gibi manevi gereksinimleri ön plana çıkabilir (Çetinkaya vd., 2007)

Çalışmamız da hastalığını bilenlerin barış ve anlam puanları istatistiksel olarak farklılık gösterirken, inanç alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 8). MİÖ anlam alt boyutu, bireyin içsel uyumunu, barış alt boyutu iç barışını ifade etmektedir (Aktürk vd., 2017). Bireylerin hastalığını bilmemesi iyileşmeye dair inanç, umut ve mutluluk düzeyini azaltabilmektedir. Hastalarının yeteri kadar bilgilendirilmesi iyileşmesini pozitif yönde etkileyebilir. Palyatif bakım alan hastalar prognozlarının kötüye gitmesi, ağrıların olması ve ağrı kontrolünün sağlanamaması, iyileşememe korkusu, ölüm korkusu ve tedavi seçeneklerinin azalması gibi birçok sorun yaşamaktadırlar. Bu tür karmaşık sorunlar yaşayan hastalar manevi bakım gereksinimleri kaçınılmazdır. Bu nedenle bu hastalarda kaliteli bir bakım verebilmek için bireyin manevi yönü dikkate alınmalı, bireylere hastalıkları ve durumları ile ilgili bilgi verilmelidir (Park vd., 2017; Singer vd., 1999).

Çalışmamız da tedavi ve bakımdan memnun olmayanların, günlük yaşam aktivitesinde bağımlı olanların ve sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireylerin Barış, Anlam ve İnanç puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir ve diğer gruplara göre düşük olduğu görülmektedir. (Tablo 8). Manevi iyilik hali bireyin genel sağlık durumunun önemli bir parçasıdır. Bu bulgu bize hastaların bağımlı olmalarının, aldıkları tedaviden memnun olmamalarının, sağlık durumlarını kötü olarak algılamalarının kendi kendilerine yetememe duygusuna ve kendilerini kötü hissetmelerine neden olduğunu ve bu durumda manevi iyilik hallerini etkilediğini göstermektedir, Bu bulgu özellikle yaşamı tehdit eden palyatif bakım hastalarında manevi gereksinimler ön planda tutulması gerektiğine dikkat çekmektedir. Palyatif bakım hastasıyla çalışan hemşirelerin bu süreçte hastayı bütüncül olarak değerlendirmesi ve manevi boyutu göz ardı etmeden bakım vermeleri oldukça önemlidir. Hemşirelerin hastaların manevi yönünün değerlendirilmesi için zaman ayırması, empati yapması, hastaların konuşmasına izin vermesi ve yardım edici iletişim yöntemlerini kullanılması gerekir (Ülger vd., 2014).

Araştırmamızda hastaların manevi bakım konusunu duyanlar ve duymayanlar arasında genel toplam, barış, anlam ve inanç puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 9). Ayrıca bu çalışmada hastalar %87 oranında manevi bakım konusunu duyduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Bu bulgu bize çalışmadaki hastaların manevi bakımdan haberdar olmalarının manevi iyilik puanlarının yüksek çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmamız da manevi bakım gerekliliğine inanlar ve inanmayanların genel toplam ve inanç puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 9). Manevi bakıma inanan hastaların inanç puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların %61,72'si manevi desteğe ihtiyacı olduğunu ve %92,2'si manevi bakımın gerekli olduğuna inandığını ifade etmiştir (Tablo 1). Çalışmadaki bu bulgular bize palyatif bakım hastalarının manevi bakımın gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Maneviyatın dini içine alan geniş bir kavram olduğu düşünüldüğünde; bireyler hastalıklarında dini sığınma aracı olarak görüyor olabilir. Bu farklılığın nedeni de kültürel özellikler ve aile yapısı olabilir. İnsanın fiziksel, duygusal, sosyal boyutları kadar manevi boyuda önemlidir ve birey tüm bu yönleriyle ele alınmalıdır. Manevi gereksinimler soyut ve

karmaşık gereksinimler olup değerlendirmeleri ve ölçümleri güçtür. Bu nedenle bakımda hemşireler daha kolay ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelik vermekte manevi gereksinimler atlanabilmektedir. Bu nedenle hastaların manevi gereksinimlerinin de tanımlanması ve gerekli bakımın sağlanması önemlidir. Gürsu ve Ay (2018), yaptıkları çalışmada manevi iyi oluş ile dindarlık arasında fark olduğunu ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır. Manevi desteğe ihtiyacı olduğunu düşünenlerin, düşünmeyenlere göre genel toplam, anlam ve barış puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Ayrıca hastaların %61,72'si manevi desteğe ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1). Küçük'ün (2019) klinikte yatan hastalarla yapmış olduğu çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun hastalıkları ile baş etmede dini uygulamalara başvurduklarını, böylelikle streslerinin azaldığını ve inançları sayesinde kendilerini güçlü hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerinin farkında olması ve bakım planında manevi sıkıntı (Spiritüel distres) gibi hemşirelik tanılarına daha fazla yer verip bakıma dahil etmesi büyük önem arz etmektedir.

Araştırmamız da hastane de verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulanların İnanç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiş olup, daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Ayrıca çalışmada hastaların %62,6'sı hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 1). Bu bulgular bize kliniklerde manevi bakım hizmeti alan hastaların inanç alt ölçeği puanını etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle ölçeğin diğer alt boyutlarında ve toplam puanında fark yaratmamasına rağmen önemli bir bulgudur. Hastanelerde verilen manevi bakım hizmetinin önemine dikkat çekmektedir. Manevi iyilik halinin inanç alt boyutu bireyin dini inançlarında rahatlık ve güç bulma durumunu değerlendirmeyi göstermektedir (Aktürk vd., 2017). Hastaneler de, hastalara manevi açıdan destek sağlamak adına Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 07 Ocak 2015 de imzalana 'hastanelerde manevi bakım ve dini danışmanlık' hizmeti sunulmasına yönelik işbirliği protokolü ile bu protokol çerçevesinde hastalara hizmet verilmeye başlanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına manevi olarak yardım sağlanması amaçlanmıştır. Bakım hizmetini yetersiz bulmalarının nedeni yatış süresi ile ilgili olabilir. Yine inanç puanlarındaki

farklılığın sebebi de bireylerin sahip olduğu inanç ve değer yapılarındaki farklılıktan kaynaklı olabilir.

Araştırmamız da hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile ABCÖ ve MİÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. (Tablo 10). Hastaların klinikte yattığı süre ile ABCÖ ölçeğinin alt boyutları olan KKBCÇ ve Çaresizlik puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Yani hastaların hastane kalma süreleri arttıkça anlam ve barış puanlarının düştüğü görülmektedir. Yine hastaların klinikte yattığı süre ile manevi iyilik ölçeğinin alt boyutları olan anlam ve barış puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hastanede yatış süresi uzadıkça hastaların ümitsizlik duygusuna kapıldığı söyleyebiliriz.

Hastaların ağrı şiddeti ile ABCÖ ölçeğinin alt boyutları olan çaresizlik ve TÇA puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 10). Hastaların ağrı şiddeti arttıkça kendilerini daha çaresiz hissettikleri ve tıbbi çare aramaya yöneldiklerini söyleyebiliriz. Ağrı şiddeti ile MİÖ alt boyutları olan barış ve inanç puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrı şiddeti arttıkça inanç ve barış puanlarının düştüğü görülmektedir. Hastaların ağrı ve acı çekme durumunun sadece kendileri çekiyormuş gibi düşünmeleri, hastalığa yakalanan başka kişilerin olmadığı düşüncelerine kapılmaları, ağrıyı kendilerini verilen bir ceza olarak görüyor olmaları inanç ve barış puanlarını düşürmüş olabilir.

Araştırmamız hastaların MİÖ ve ABCÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 11). MİÖ alt boyutu olan anlam boyutu ile ABCÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Anlam boyutu ile KKBCÇ, BBG ve TÇA puanları arasın da pozitif yönde anlamlı ilişki varken çaresizlik puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların anlam alt boyut puanı azaldıkça çaresizlik puanının arttığı görülmektedir MİÖ alt boyutları olan barış ve inanç boyutları ile ABCÖ ölçeğinin alt boyutları olan KKBCÇ ve BBG arasında pozitif yönde, çaresizlik puanıyla arasın da negatif yönde anlamlı ilişki saptanmışken, TÇA puanları ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bireylerin hastalık, ağrı ve stres gibi sorunlarla baş etmesinde manevi iyilik halinin önemli bir alt boyutu olan inançlar önemlidir. Literatürde maneviyata dayalı yaklaşımların özellikle kronik ağrı ile baş etmede için yaygın olarak kullanıldığı birçok kronik ağrısı olan hastanın dua gibi birçok

dini ve manevi başa çıkma yöntemlerini kullandığı belirtilmektedir (Ferreira Valente vd., 2019). Din maneviyatta önemli bir kavram olmasına rağmen sadece dini inanış ve uygulamalarla sınırlandırılmaması gerekir. Bireyin manevi inanç ve değerleri bazen din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan bireylerinde manevi boyutları olduğu unutulmamalıdır (Mcsherry, 2000).

Birey hastalık sürecinde, tıbbın imkanlarından yararlanmanın yanı sıra maneviyat ve inancıyla yaşamını tehdit eden durumlarla baş etmeye çalışmaktadır (Adana, 2006; Çetinkaya vd., 2007). Dedeli ve Kaptan (2013) ağrı ve ağrı yönetimi ile maneviyat arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, ağrıyla başa çıkmada maneviyatın önemli bir etken olduğunu, ağrının azalmasının yaşam kalitesini yükselttiğini tespit etmişlerdir (Dedeli ve Kaptan, 2013). Borrás ve ark. şizofreni hastalarında manevi iyi hissetmenin hastalığın gidişatı için önemli olduğunu saptamıştır (Borrás vd., 2007). Mohr ve Huguelet şizofreni hastalarının iyileşme sürecinde dini inancın olumlu etki yarattığını tespit etmiştir (Mohr ve Huguelet, 2004). Tuck (2014) ruhsal hastalıklarda maneviyatın önemli olduğunu ve psikolojik iyiliği arttırdığını saptamıştır (Tuck vd., 2014). Pinikahana ve ark. yapmış olduğu çalışmada manevi iyiliğin tedaviye uyumu arttırdığını saptamıştır (Pinikahana vd., 2002). Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü gibi bireylerin manevi durumlarının ağrı başta olmak üzere hastalıklarla başetmesinde oldukça önemli olduğu söylenebilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu bölümde palyatif bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiştir.

1. Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalamalarının $54,62 \pm 14,66$, klinikte yattığı süre ortalaması ise $16,77 \pm 4,38$ olup %56,5 'inin kadın ve %43,5' inin erkek olduğu hastaların %69,1'nin evli ve %30,9'unun bekar oldukları belirlenmiştir. Hastaların %54,8'inin ilköğretim mezunu ve %16,1'inin ortaokul-lise mezunu olduğu %32,6'sının çalıştığı ve %67,4'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %39,6'sının emekli, %23,9'unun ev hanımı, %11,7'sinin işçi olduğu ve %65,7'sinin sosyoekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 51,7'si sigara ve %88,3'ünün alkol almadığı saptanmıştır. Hastaların %62,6'sının kronik hastalığa sahip , %47,4'ünün günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olduğu %55,7'sinin mevcut sağlık durumunu kötü algıladığı belirlenmiştir (Tablo 1).

2. Araştırmamıza katılan hastaların %93'ünün hastaneye yatmadan önce ağrı yaşadığı , %96,6'sının şu an ağrı hissettiği ve ortalama 10 üzerinden ağrı şiddetine verilen puanın 5 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %92,6'sı ağrıyla baş etmede bir yöntem kullanıyor olup bu yöntemlerin %82,6 oranında ağrı kesici alma, %44,3 oranında masaj yapma, %32,2 oranında dua etme, %17,8'inin yürüyüşe çıkma, %1,3 oranında sıcak uygulama ve %2,6 oranında hayal kurduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %83,5'i ağrının yaşam kalitesini %89,6'sı ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 2).

3. Araştırmaya katılan hastaların %98,3'ü hayatında daha önce olumsuz bir deneyim yaşamış olup bu deneyimlerin %66,5'i ciddi bir sağlık sorunu, %64,8 yakın birinin ölümü, %19,6'sı kaza nedeniyle olduğunu belirtmiştir. Hastaların %97,8'i olumsuz deneyimle baş etmeye yöneldiğini ve baş etmek için %87,8sinin aile desteği aldığı,

%55,2'sinin maneviyata yöneldiği, %39,1'inin kendisini yakın hissettiği biriyle konuştuğu bulunmuştur (Tablo 3).

4. Araştırmaya katılan hastaların KKBC alt boyutundan 36 puan üzerinden $17,47 \pm 5,47$, çaresizlik alt boyutundan 24 puan üzerinden $15,62 \pm 3,13$, TÇA boyutundan 27 puan üzerinden $15,31 \pm 2,66$ BBG alt boyutundan 24 puan üzerinden $9,79 \pm 2,68$ puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 4).

5. Araştırmaya katılan hastaların, yaş, çalışma durumu, medeni durum, bir işte çalışma durumuna göre KKBC, Çaresizlik, TÇA ve BBG alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 5).

6. Araştırmaya katılan hastalarda ağrının yaşam kalitesini etkilediğini söyleyen hastaların KKBC puan ortalamaları daha düşük, çaresizlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmadaki hastaların KKBC ve Çaresizlik puan ortalamalarının ağrının yaşam kalitesini etkileme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık yarattığı saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 6).

7. Araştırmaya katılan hastalarda anlam alt boyut puanının ortalaması $8,50 \pm 9,00$, barış alt boyut puanının ortalaması $6,33 \pm 6,00$, inanç alt boyut puanının ortalaması $9,20 \pm 9,00$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

8. Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, kronik hastalık durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre manevi iyilik hali ölçeği genel toplam, anlam, barış ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 8).

9. Araştırmaya katılan hastalarda manevi bakım konusunu duyan, manevi bakım gerekliliğine inanan ve manevi desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 9).

10. Araştırmaya katılan hastalarda tanının konma zamanıyla ABCÖ ve MİÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 10).

11. Hastaların Anlam ve KKBC puanı ($r=0,641$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, Anlam ve Çaresizlik puanı ($r=-0,621$) arasında orta düzeyde negatif yönde, Barış ve KKBC puanı ($r=0,646$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, Barış ve Çaresizlik puanı ($r=-0,686$) arasında orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır (Tablo 11).

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

Hastaların manevi iyilik düzeylerinin yükseltilmesi için palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara hemşireler tarafından bakıma manevi bakımın entegre edilmesi,

Türkiye genelinde palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik düzeyini ve ağrıyla baş etme durumunu inceleyen daha kapsamlı çalışmalar yapılması,

Hastaların manevi iyilik halinin değerlendirilerek, ihtiyaç duyulan hastalarda hizmetin sağlanacağı gerekli planlamaların yapılması,

Hastaların manevi iyilik halinin ağrıyla baş etmesi üzerine etkili olabileceği ile ilgili hizmet içi eğitimler verilerek sağlık alanında farkındalığın artırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Acar, H. (2014). Manevi iyi oluş ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18 (2), 391-412.

Adams, N., Field, L. (2001). Pain management: 1 psychological and social aspects of pain. *British Journal of Nursing*, 10 (14), 903-911.

Adana, F. (2006). *Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu*. Hemşirelik forumu, eylül-ekim/kasım-aralık. 1-4.

Ai, A. (2000). Spiritual well-being, spiritual growth and spiritual care for the aged: A cross faith and interdisciplinary effort. *Journal of Religious Gerontology*, 11 (2), 1-28.

Akçakaya, A. (2018). Palyatif bakım. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Güz, 36-37.

Akçiçek, F., Akbulut, G., Fadılloğlu, Z.Ç. (2013). (Ed.): *Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu*, meta basım matbacılık hizmetleri. 18-31. İzmir.

Aktürk, Ummuhan., Erci, B., ve Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the spiritual well-being scale. *Palliative and Supportive Care*, 15, 684–692.

Akyüz, S., Öcal, Y.J. Kanser hastalarına uygulanacak palyatif bakım uygulamalarına ilişkin bir araştırma. Ankara, 2014.

Alarmi, S. (2012). Knowledge of the Residents at King Abdul-Aziz University Hospital (KAAUH) About Palliative Care. *Journal of Family and Community Medicine*, 19 (3), 194-197.

Amirmohamadi, M., Borhani, F., Kiani, M., Almasi Hashiani, A., ve Naghavi, B. (2017). The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *J Family Med*, 15, 129-96.

Apak, H. (2018). Güçlendirme ve maneviyata duyarlı sosyal hizmet. *International Journal of Social Science* 67(3): 399-411.

Arslan, S., ve Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2 (6), 1303-5134.

Aştı, N., Pektekin, Ç., ve Adana, F. (2005). Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 13, 27-34.

At, G. (2018). *Onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisi*. (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Ayed, A. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice*, 6 (4), 91-94.

Aytaç, N. (2008). *Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması*. (yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi. Adana.

Azami Aghdash, S., Hossein Jabbari, H., ve Fariba Bakhshian, F. (2015). Attitudes and knowledge of iranian nurses about hospice care. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (2), 209-213.

Babadağ Gültekin, A. (2018). *Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki*. (yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi. Malatya.

Babadağ, B. (2014). *Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki*. (yüksek lisans tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir.

Babadağ, B., Alparslan, G.B., ve Güleç, S. (2015). The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. *Pain Manag Nurs*, 16 (6), 910–919.

Babadağ, B., Alparslan, G.B., ve Güleç, S. (2017). Coping with the pain of elderly pain patients: Nursing approach. *Agri*, 29 (2), 55-63.

Babadağ, B., ve Alparslan, G.B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları. *Sted.*, 26 (6), 244–50.

Bag, B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3), 142-149.

Bahar, A. (2017). Kronik hastalıklarda palyatif bakım ve hospis. N. Ovayolu, Ö. Ovayolu, (Ed.). *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*, (genişletilmiş 2. baskı).(s. 476-78). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.

Bai, M., ve Lazenby, M.A. (2015). Systematic review of associations between spiritual wellbeing and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med*, 18, 286-298.

Baker, D.C. (2003). Studies of inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (1), 51-57.

Baldacchino, D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*, 15 (7), 885-96.

Bedel, G. (2009). *The validity and reliability study of the Turkish version of the spirituality scale*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bergman, J., ve Laviana, A.A. (2016). Opportunities to maximize value with integrated palliative care. *J Multidiscip Healthc*, 5(9), 219-26.

Biröl, L. (2000). *Hemşirelik Süreci-Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. İzmir: Etki matbaacılık yayıncılık Ltd. Şti (Genişletilmiş 6. Baskı).

Black, J.M., Howsk, H, ve Knee, A. M. (2001). *Medical surgical nursing*. (6. Baskı) Edition. Philadelphia: Saunders Company; Kabalak, Ö., Çağıl dünya sağlık örgütü, basamak ağrı tedavi sistemi 2013. 60.

Borras, L., Mohr, S., ve Gillieron, C. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull*, 33, 1238-36.

Boscaglia, N., Clarke, D.M., Jobling, T.W., ve Quinn, M.A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 15 (5), 755-761.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., ve Nelson, C. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19 (1), 21-28.

Bulut, G., Uslu, F. R., Eyigör, C., ve Uyar, M. (2017). Palyatif bakımda semptom yönetimi. (dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı). *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 10 (1), 25-35

Busolo, D., ve Woodgate, R. (2015). Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol. *JBIEvidence Synthesis*, 1, 99-111.

Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E.C., ve Vieira, M. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis. *J Relig Health*, 7, 1-14.

Chaar, E.A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., ve Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive care cancer*, 26, 2581-2590.

Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., ve Kopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspective of chilean women. *The Breast Journal*, 12 (4), 349-352.

CNA, (2015). Erişim: 22 Ocak 2021, nurse.<https://www.cna-aaic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/the-palliativeapproach->

Colleau, S.M. (2006). Appraising the WHO analgesic ladder on its 20th anniversary. *Cancer Pain Release*, 19, 13-20.

Cotton, S.P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., ve Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 8 (5), 429-438.

Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between sprituality and health. *J Adv Nurs*, 37 (6), 589-597.

Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *BMJ*, 325: 1434-1435.

Çavdar, İ., Akyüz, N. (2017). Ameliyat sonrası ağrı ve yönetimi. G.Aksoy, N.Kanan. N.Akyolcu (Ed.). *Cerrahi Hemşireliği I*, (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri. 367-87. İstanbul.

Çelik, M. (2015). Hospis ve palyatif bakım. (96-135). İ.Ünlüoğlu, E. Saatçı (Ed.). *Aile Hekimliğinde Evde Bakım*. Akademi Yayınevi. 96-135. İstanbul.

Çetinkaya, B., Altundağ, S., ve Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 47-50.

Çınar, F., ve Eti, A.F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *JAREN: Journal of Academic Research in Nursing*, 3 (1), 37-42.

Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.

Daştan, N.B., ve Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1), 73-78.

Davis, P.S. (1994). Newyork and Tokyo: Churchill livingstone; *nursing the orthopaedic patient*. 129-144.

Dedeli, Ö., ve Kaptan, G. (2013). Spirituality and religion in pain and pain management, US national library of medicine national institutes of health. *Health Psychol Res*, 24, 1 (3), 29.

Dedeli, Ö., ve Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, 21 (2), 45-53.

Demirsoy, N., Degirmen, N., ve Kırımlıoğlu, N. (2011). Holizm kavramının sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Türk Klin Tıp Etigi Hukuku Tarihi*, 19 (3), 164-174.

Demirtepe, D., ve Bozo, Ö. (2009). Bakıcı iyilik ölçeği'nin uyarlama, güvenlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (23), 28-37

Dolin, S.J., Cashman, J.N., ve Bland, J.M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth.*, 89 (3), 409-423.

Drourr, N.R., Bajwa, Z. H., Warfield, C.A. (1997). Cancer pain. *Semin Anesth*, 16, 105-11

Edwards, R.R., Doleys, D. M., Fillingim, R.B., ve Lowery, D.(2001). Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosom Med*, 63 (2), 316-323.

Egberg, L., Andreassen, S., ve Mattiasson, A.C. (2012). Experiences of living with intermittent claudication. *Journal of Vascular Nursing*, 30(1), 5-10.

Eglence, R. (2016). Kronik hastalıklar ve spiritüel bakım. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö.(Ed.). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. (1. Baskı). Çukurova Nobel Tıp Kitap Evi. 688-696. Adana

Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334.

Ellison, C.W.(1983). Spiritualwell-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11 (4), 330–340.

Erdine, S. (1987). *Ağrı Sendromları ve Tedavileri*. Nobel Kitapevi. İstanbul.

Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları ve ağrıya yaklaşım. S. Erdine (Ed.). *Ağrı*, (3. Baskı). Nobel Tıp Kitabevi. 37–48. İstanbul.

Erdine, S., Hamzaoğlu, O., Özkan, Ö., Balta, E., ve Domaç, M. (2001). Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı*, 13 (2), 22-30.

Erel, S. (2009). Dünyada palyatif bakımın durumu ve hospis sistemleri, A.M. Tuncer (Ed.). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Koza Matbacılık. 287- 298. Ankara.

Erenoğlu, R., ve Başer, M. (2017). Hemşirelik bakımında unutulmuş/ihmal edilen bütünleşik bir alan: Maneviyat (Spiritüalite). *Türkiye Klinikleri Journal of bstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 3 (2), 147-150.

Ergül, Ş., ve Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*, 8 (1), 37-45

Eti Aslan F. (2014). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara

Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhur Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1), 9–16.

Eti Aslan, F. (2011). Ağrı. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. A.Karadakovan ve A.F. Eti (Ed.). Nobel Kitabevi. 145-161. Adana.

European association for palliative care, (2018). Erişim: 5 Şubat 2019, <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>

Fadıloğlu, Ç. (2017). Palyatif bakım. Y. Yıldırım, Ç. Fadıloğlu, (Ed.). *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*, (1. Baskı). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 1-12. Ankara.

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., ve Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*, 74, 26-30.

Ferreira Valente, A., Sharma, S., Torres, S., Smothers, Z., Pais Ribeiro, J., Abbott, J. H., ve Jensen, M. P. (2019). Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review. *Journal of religion and health*, 1-55

Fisher, J.W. (2007). It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in victorian schools. *International Journal of Childeren's Spirituality*.12 (2), 165-177.

Fogelman PA, Bakitas M.A. Hospital-based palliative care. Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. (2015). Editors. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, 4th Edition, New York, Oxford University Press. 28.

Frost, M.H., Novotny, P.J., Johnson, M.E., Clark, M.M., Sloan, J.A., ve Yang, P. (2013). Spiritual wellbeing in lung cancer survivors. *Support Care Cancer*, 21, 1939-1946.

Gibson, J.M., ve Kenrick, M. (1998). Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 737-745.

Gorely, T., Crank, H., Humphreys, L., Nawaz, S., ve Tew, G.A. (2015). Standing still in the street: Experiences, knowledge and beliefs of patients with intermittent claudication A qualitative study. *Journal of Vascular Nursing*, 33 (1), 4-9.

Govier, I. (2000). Spiritualcare in nursing: a systematicapproach. *Nursing Standard*, 14 (17), 32-36

Gow, A., Watson, J.R., Whiteman, M. ve Deary, I.J. (2011). A Stairway to heaven? structure of the religious involvement inventory and spiritual well-being scale. *J Relig Health*. 50: 5–19.

Gönenç, İ.M., Akkuzu, G., Altın, R.D., ve Möroy, P. (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5, 34-48.

Güldoğuş, F., ve Ofluoğlu, S. (1993). Ağrı kontrolünde temel yaklaşımlar. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 10 (3-4), 111-118.

Gültekin, A. (2018). *Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumluları Arasındaki İlişki*. (yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi. Malatya.

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., ve Tuncer, M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, (1), 1-6.

Gürsu, O., ve Ay, Y. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Journal of International Social Research*, 11 (61), 1176-1190.

Güzeldemir, E. (1995). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, Haziran 11-21

Harding, R., List, S., Epiphaniou, E. ve Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Journal of Palliative Medicine*, 26 (1), 6-22.

Hui, D., Cruz, M., Thorney, S., Parsons, H.A., Delgado Guay, M., ve Bruera, E. (2010). The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*, 28 (4), 264-70.

Hutchinson, M., *Healing the whole person: The spiritual dimension of holistic care*, 1997. Erişim: 12 Aralık 2017, http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html.

ICN (2012). Erişim: 22 Ocak 2021, 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

İnci, F., ve Öz, F., (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*, 4 (2), 178-18.

Jackson, Iezzi, Gunderson, Nagasaka, ve Fritch, Taşdemir, N., (2002). Ağrı ve hasta bakımı. S. Çelik, (Ed.). *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2018. 183-99. Antalya.

Jackson, T., Iezzi, T., Gunderson, J., Nagasaka, T., ve Fritch, A. (2002). Gender differences in pain perception: The mediating role of self-efficacy beliefs. *Sex Roles*, 47 (11-12), 561-568.

Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmahamadi, S., ve Haghani, H. (2015). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic Nursing Practice*, 29 (3), 128-135.

Johnson, K.S., Tulskey, J.A., Hays, J.C., Arnold, R.M., Olsen, M.K., ve Lindquist, J.H. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. *J Gen Intern Med*, 26 (7), 751-758.

Johnstone, C.C. (2003). Living with peripheral vascular disease: a review of the literature. *Professional nurse (London, England)*, 18 (8), 446-449.

Kabalak, A.A., Öztürk, H., Erdem, T.A., ve Akın, S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus devlet hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Journal of Contemporary Medicine*, 2 (2), 122-126.

Kabalak, A.A. (2014). Türkiye'de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22 (3), 121-123.

Kabalak, A.A., Öztürk, H., ve Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11 (2), 56-70.

Kahveci, K., ve Gökçınar, D. (2014). *Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım*. K. Kahveci ve D.Gökçınar (Ed.). Nobel Tıp Kitabevleri. 1-5.

Karagül, A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda Örneği). *Dini Araştırmalar*, 14 (40), 5-27.

Kasım, İ., ve Özkara, A. (2014). Son dönem hastalarda yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5 (3), 126-30.

Kim, S.S., Reed, P. G., Hayward, R.D., Kang, Y. ve Koenig, H.G. (2011). Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing Health*, 34, 103–115.

Kleinke, C. L. (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (6), 669-685.

Kocaman Yildirim, N., Kacmaz, N, ve Özkan, M. (2013). Unmet care needs in advanced stage cancer patients. *J Psychiatr Nurs*, 4 (3), 153-158.

Koç, F. (2010). Ağrı ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 3 (4), 62.

Koenig, H.G. (2003). Religion, spirituality and health: an American physician’s response. *Med J Aust*, 178 (2), 51-52.

Koenig Harold, G. (2013). Din, maneviyat ve tıp: Klinik uygulama için araştırma bulguları ve öneriler. *Bilimname*, 25 (2), 215-230.

Konopack J.F., ve McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes*, 10.

Kostak, M.A. (2007). Hemsirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 105-115.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. J., Bouchal, D.S.R., Hirst, S., Yiu, L., Stamler LL, ve Buck, M. (2010). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts*, 1472-1488.

Kömürcü, C. (2020). *Diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve maneviyat algısının travma sonrası büyüme etkisinin belirlenmesi.* (yüksek lisans tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi. Zonguldak.

Köylü, M. (2011). Kuran'da ruh sağlığı. *OMÜ. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 31, 5-37.

Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J.K., Carpenter, J.S., ve Tu, W. (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 40, 327-341.

Küçük, İ. (2019). *Hastaların manevi destek gereksinimlerinin ve sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının belirlenmesi.* (yüksek lisans tezi). Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Afyonkarahisar.

Küçük, L. (2016). Bakımda spiritüel yaklaşım. T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı.* Akademi. 1136-45. İstanbul.

Levine, E.G., ve Targh, E. (2002). Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther*, 1 (2), 166-174.

Lewis, S., Salins, N., Rao, M.R., ve Kadam, A. (2014). Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther*, 10, 676-680.

Lorenz, K.A., ve Lynn, J., D,S.M., Shugarman, L.R., Wilkinson, A., ve Mularski, R. A. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *ACP*, 148 (2), 147-159.

Lynch, T., Connor, S., ve Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *JPSM*, 45 (6), 1094-1106.

Mayer, D.D. Winters, C.A. (2016). Palliative care in critical rural settings. *Critical Care Nursing*, 3(1):72-8.

Mcsherry, W. (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nurs Stand*, 14, 40-43.

McSherry, W., ve Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*, 20, 1757-1767.

Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 33 (1), 1-7.

Miller, C., ve Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing*, 7 (4), 148-152.

Miquelon, P. ve Vallerant, R. J. (2006). Goal motives, well-being, and physical health: happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivemot*, 30, 260.

Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., ve Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*, 8, 378-385.

Moberg, D.O. (1984). Subjective measures of spiritual well-being. *Review of Religious Research*, 25, 351-359.

Mohr, S., ve Huguelet, P. (2004a). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly*, 134, 369-6.

Nadler, D.O., ve Scott, F. (2004). Nonpharmacologic management of pain. *JAOA*, 104 (11), 6-S12.

Narayanasamy, A. (2003). Spiritual coping mechanisms in choronic illness: A qualitative study. *Br J Nurs*, 11, 1461-1470.

National Cancer Institue NCI, (2018). Erişim: 3 şubat 2019, <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#q1>

Nicoll LH. (2006). 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, 68-69.

Oğuz, H. (1995). *Tıbbi Rehabilitasyon*. Nobel Tıp Kitap Evleri şti. İstanbul.

Olgun, N. (2013). Ölüm ve ölümü yaklaşan hastaya bakım. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 211-219.

Öner, H. (2012). *Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi*. (yüksek lisans tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.

Öz, F. (2004) İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. *MN-Klinik Bilimler ve Doktor*, 10, 266-273.

Özçelik, H. (2011). *Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yöntemi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi*. (doktora tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.

Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., ve Eyigör, S. (2014). Case management based multidisciplinary care protocol in the palliative care of cancer patients. *Ağrı*, 26 (2), 47-56.

Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.

Paloutzian, R.F., Bufford, R.K., ve Wildman, A.J. (2012). Spiritual wellbeing scale: Mental and physical health relationships. In: Cobb, M., Puchalski, C.M., Rumbold, B., (eds): *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. New York: Oxford. 553-558.

Paloutzian, R.F., ve Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L.A. Peplau ve D. Perlman (Eds.), *lonelines: A Sourcebook of Current Theory, Research and Herapy*. New York: Wiley. Interscience, 224–237.

Park, C.L., ve Cho, D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustmentn adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 26, 1293-1300.

Pastrana, T., Jünger, S., ve Ostgathe, O.A. (2008). Matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22 (3), 222-232

Pearce, M.J., Coan, A.D., Herndon, J. E., Koenigi, H.G., ve Abernethy, A.P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20 (10), 2269-2276.

Pedrosa, D.F.A., Pelegrin, A.K.A.P., Siqueira, H.B.D.O.M., Silva, T.D.C.R. D., Colhado, O.C.G. ve Sousa, F.A.E.F. (2011). Evaluation of the quality of life of clients with chronic ischemic pain. *Revista Latino Americana De Enfermagem*, 19 (1), 67-72.

Peterman, A.H., Fitchett, G., Braddy, M. J., Hernandez, L., ve Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*, 24 (1), 49-58.

Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M., ve Keks, N.A. (2002). Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 23, 513-518.

Puchalski, C.M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 23, 49-45.

Rabow, M. (2014). Spiritual wellbeing among patients with cancer receiving concurrent outpatient oncologic and palliative care. *JPSM*, 47, 500-501.

Resmi Gazete, (2010). Erişim: 08 Mart 2010,
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>

Richardson, P. (2012). Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: Effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nurs*, 16(4): 150-155.

Ripamonti, C., ve Dickerson, E.D. (2001). Strategies for the treatment of cancer pain in the new millennium. *Drugs*, 61, 955-977.

Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., ve Mesel, T. (2017). Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: A qualitative study. *Cancer Nurs*, 40, 209-216.

Sekse, R.J.T., Hunskår, I., ve Ellingsen, S., (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative metasynthesis. *J Clin Nurs*, 27 (1-2), 21-38.

Selman, L., Siegert, R., Higginson, I. J., Dinat, N., Downing, J., ve Gwyther, L. (2012). The “Spirit 8” successfully captured spiritual wellbeing in African palliative care: Factor and Rasch analysis. *J Clin Epidemiol*, 65 (4), 434-443.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., ve Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pa-in Symptom Manage*, 24, 91-96.

Singer, P.A., Martin, D.K., Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care patients' perspectives. *JAMA*, 281, 163-168.

Smeltzer, S.C., ve Bare, B.G. (2005). *Pain management, medical surgical nursing*, (10. Baskı). Lippincott Williams Wilkins, 216-248.

Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T.A., Basch, E. M., ve Von Roenn J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncolog*, 30 (8), 880-887.

Smolderen, K.G., Hoeks, S.E., Pedersen, S.S., Domburg, R.T., Liefde, I.I., ve Poldermans, D. (2009). Lower-leg symptoms in peripheral arterial disease are associated with anxiety, depression, and anhedonia. *Vascular Medicine*, 14 (4), 297-304.

Steele, R., Davies, B. (2015). Supporting families in palliative care. Editors; Ferrell, B.R., Coyle, N., Paice, J.A., *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, (4. Baskı). Oxford University Press. 500. New York.

Stewart, M., ve Cox Davenport, R.A. (2015). Comparative analysis of registered nurses' and nursing students' attitudes and use of nonpharmacologic methods of pain management. *Pain Manag Nurs*, 16 (4), 499-502.

Sucaklı, M.H. (2014). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5 (3), 109-913.

Sülü E. (2006). 'Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri'.(yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Ege Üniversitesi. İzmir.

Sülü Uğurlu, E. (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 187-191.

Swinton, J., ve Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nurs Philos*, 11 (4), 226-237.

Şahin, Ş. (2004). Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı*, 16(2), 17-25.

Şen, S., Aygin, D., ve Sert, H. (2016). Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. *Turkiye Klinikleri Dergisi*, 1 (1), 21-35.

Tanrıverdi, G. (2017). Bakım verenler açısından kronik hastalık yükü. N. Ovayolu, Ö.Ovayolu (Ed.). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, (Genişletilmiş 2. Baskı). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 396-99. Adana.

Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin, H., Özyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., ve Özışık Kararman, H. (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Geriatrics*, 12 (4), 190-197.

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *JAN*, 39, 500-509.

Taşdemir, N. (2018). Ağrı ve hasta bakımı. S.Çelik (Ed.). *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 183–99. Antalya.

Taylor, S.S., Davis, M.C., Yeung, E.W., Zautra, A.J., ve Tennen, H.A.(2017). Relations between adaptive and maladaptive pain cognitions and within-day pain exacerbations in individuals with fibromyalgia. *J Behav Med.*, 40 (3), 458–467.

Tekin, N. (2018). *Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi*. (tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. İzmir.

Temelli, G. (2018). “*Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları*”.(yüksek lisans tezi). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Bolu

Thoresen, C. (1999). Spirituality and health: Is there a relationship?. *J Health Psychol*, 4 (3), 291-300. to-care-and-the-role-of-the-nurse_e.pdf, 2015

Treat Jacobson, D., Halverson, S.L., Ratchford, A., Regensteiner, J.G., Lindquist, R. Ve Hirsch, A.T. (2002). A patient-derived perspective of health-related

quality of life with peripheral arterial disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (1), 55-60.

Treede, R.D., Jensen, T.S., Campbell, J.N., Cruccu, G., Dostrovsky, J.O., ve Griffin, J.W. (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70 (18), 1630–1635.

Tuck, I., ve Anderson, L. (2014). Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues Ment Health Nurs*, 35, 277-72.

Turgay, G. (2010). *Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri*. (yüksek lisans tezi), Başkent Üniversitesi, Ankara.

Türk Dil Kurumu (2019). Erişim: 13 Mart 2019, <https://sozluk.gov.tr/>

Türk Dil Kurumu, (2018). Erişim: 2 Şubat 2019, www.tdk.gov.tr

Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management. The Way Forward. *Journal of Clinical Nursing*, (11), 705–714.

Uçar, M. (2017). *Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi. Malatya.

Uslu Şahan, F., ve Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhur Hemşirelik Dergisi*, 4 (2), 81–90.

Usta Yeşilbalkan Ö. (2007). Yaşlı bireylerde ağrı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2): 131-144.

Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., ve Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*, 27 (2), 104-110.

Uzuncu, H.B., Buyruk, H., Alnak, E., ve Yıldırım, G. (2013). Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35, 143-151.

Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A.Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M.O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28, 85-92.

Vargas Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*, 56 (6), 514-7, e202-5.

Ventura, J.L., Fitzgerald, O.R., Koziol, D.E., Covington, S.N., Vanderhoof, V. H., Calis, K.A., ve Nelson, L.M. (2007). Functional well-being is positively correlated with spiritual well-being in women who have spontaneous premature ovarian failure. *Fertility and Sterility*, 87, 584-590.

Walsh, D., Donnelly, S., ve Rybicki, L. (2000). The Symptoms Of Advanced Cancer: Relationship To Age, Gender, And Performance Status In 1,000 Patients. *Support Care Cancer*, 8, 175-179.

Wang, Y.C., ve Lin, C.C. (2016). Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs*, 39 (4), 43-50.

Wann Hansson, C., Hallberg, I.R., Klevsgård, R., ve Andersson, E. (2005). Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (8), 851-862.

Weber, S.R., Pargament, K.I., Kunik, M.E., Lomax, J.W., ve Stanley, M.A. (2012). Psychological distress among religious nonbelievers: A systematic review. *J Relig Health*, 51 (1), 72-86.

Whitford, H.S., Olver, I.N., ve Peterson, M.J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 17, 1121-1128.

WHO Definition of Palliative Care:

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 2002. Erişim: 07 Ağustos 2019

WHO, (2018). <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> , Erişim: 07 Ağustos 2018

Wright M & Clark D. (2012). Cicely Saunders and the development of hospice palliative care. In H Coward , K.I Stajduhar (Ed.). *Religious understandings of a good death in hospice palliative care*. Albany, NY: State University of New York Press.

Yazgan, E.D. (2014). *Kemoterapi alan kanserli hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi*. (yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi. Ankara.

Yılmaz, A. (2015). *Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri*. (tıpta uzmanlık tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İzmir.

Yılmaz, M., ve Okyay, N. (2009). Hemsirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 41-52.

Yurtsever S. (2016). Palyatif bakım. Aştı, T.A., Karadağ, A., editörler; *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, Akademi Basın ve Yayıncılık. 1148-1151. İstanbul.

Yurtsever, S. (2014). Palyatif bakım. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, Nobel Kitapevi, 1142-1155.

8. EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışmada ağrı ve manevi iyiliğin yaşam kaliteniz üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanmış aşağıdaki sorulara cevap vererek çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ediyoruz. *Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.*

- 1) Yaşınız:..... 2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
- 3) Medeni durumunuz nedir? Evli () Bekar () Diğer ()
- 4) Eğitim durumunuz nedir? Okuryazar değil () Okur-yazar () İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite Mezunu ()
- 5) Bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
- 6) Mesleğiniz nedir? Ev hanımı () İşçi () Memur () Serbest () İşsiz () Emekli () Öğrenci ()
- 7) Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz? Kötü () Orta () İyi ()
- 8) En uzun süre yaşadığınız yer? Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()
- 9) Aile tipiniz nedir? Çekirdek aile () Geniş aile () Diğer (.....)
- 10) Evde beraber yaşanan kişiler kimlerdir? Yalnız () Eş ve çocuk ()
Ebeveyn () Diğer (.....)
- 11) Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()
- 12) Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()
- 13) Kronik hastalığınız var mı? Var () Belirtiniz..... Yok ()
- 14) Klinikteki yatış süresiniz nedir? (.....) gün
- 15) Daha önceden ameliyat oldunuz mu? Evet () Hayır ()
- 16) Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz? Evet () Hayır ()
- 17) Tıbbi tanınız nedir?:
- 18) Tıbbi tanınız ne zaman konuldu? (.....) ay / (.....) yıl önce konuldu.
- 19) Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir? NSAİD () Zayıf Opioidler () Kuvvetli Opioidler ()
Antidepresanlar () Anksiyolitikler () Kas gevşeticiler () İmmüsupresifler () Diğer (.....)
- 20) Yatış tanınızı almadan önce, başka nedenlerle ağrı yaşadınız mı? Evet () Hayır ()

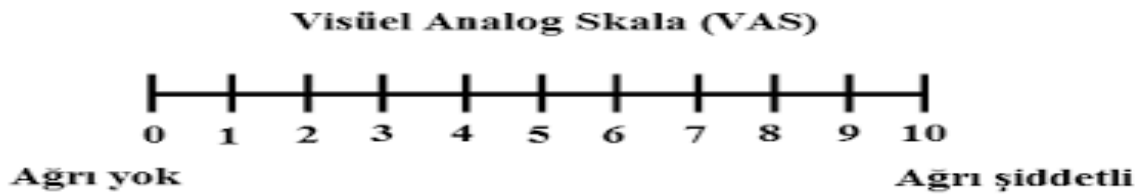
(CEVABINIZ HAYIR İSE 22. SORUYA GEÇİNİZ)

21. Ağrınızla baş etmede en çok kullandığınız yöntem nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Ağrı kesici alırım () .Dua ederim () .Yürüyüşe çıkarım () . Kendimi kötü hissederim () ..Ağlarım ()
Yatağıma uzanırım / uyurum () Masaj uygulamam () Müzik dinlerim () Sıcak uygulama yaparım ()
Hayal kurarım () Soğuk uygulama yaparım () Cildime mentol uygulamam () Akupunktur yaparım ()
Diğer (.....)

22) Şu an ağrınız var mı? Var () Yok ()

23) Var ise şiddetini skalaya göre numaralandırınız .(.....)



24) Ağrınızın niteliği nedir?

Zonklama () Bıçak saplanır gibi () Kramp tarzında () Karıncalanma () Ezilme şeklinde ()
Sızlama () Yanma () Çekilme () Batıcı () Ağırlık hissi () Diğer ()

25) Ne kadar süredir ağrı şikâyeti yaşıyorsunuz? (.....) gün () ay () yıl

26) Şu anki ağrınızla baş etmek için en çok kullandığınız yöntem nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Ağrı kesici alırım () Dua ederim () Yürüyüşe çıkarım () Kendimi kötü hissederim () Ağlarım ()
Yatağıma uzanırım/uyurum () Masaj uygulamam () Müzik dinlerim () Sıcak uygulama yaparım ()
Hayal kurarım () Soğuk uygulama yaparım () Cildime mentol uygulamam () Akupunktur yaparım ()
Diğer

27) Ağrınızın yaşam kalitenizi etkilediğini düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

28) Ağrınız günlük yaşam aktivitelerinizi etkiliyor mu? Evet () Hayır ()

29) Ağrınızla baş etmede en çok yardımını istediğiniz kişiler kimlerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kendim () Doktor () Hemşire () Aile () Tanrıda () Arkadaş/komşu () Diğer (.....)

30) Ağrınıza yönelik uygulanan tedaviden/bakımdan memnun musunuz? Evet () Hayır ()

31) Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyiniz nasıldır?

Bağımlıyım () Yarı bağımlıyım () Bağımsızım ()

32) Mevcut sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? Kötü () Orta () İyi ()

33) Hayatınızı çok etkilediğini düşündüğünüz, sizin olumsuz olarak değerlendirdiğiniz bir deneyim yaşadınız mı? Evet () Hayır ()

34) CEVABINIZ EVETSE NE / NELER OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yakın birinin ölümü () Ciddi bir sağlık sorunu () Kaza () Deprem gibi doğal afetler ()
Ailede boşanma () Ekonomik çöküntü () Şiddete maruz kalma () Diğer (.....)

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

Spor yaparak () Kitap okuyarak () Meditasyon yaparak () Müzik dinleyerek ()...Aile desteği ile ()
Maneviyata yönelerek () Kendinize yakın hissettiğiniz biri ile konuşarak () Arkadaş desteği ile ()
Psikolojik destek alarak () İlaç kullanarak () Diğer (.....)

36) Manevi bakım konusunu hiç duydunuz mu? Evet () Hayır ()

37) CEVABINIZ EVET İSE; NEREDEN DUYDUĞUNUZU BELİRTİNİZ: Arkadaş () Aile ()
Kitap, dergi vs. () TV, sinema, dizi vs. () Sosyal medya () Diğer (.....)

38) Manevi bakımın gerekliliğine inanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

39) Manevi desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

40) Hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli buluyor musunuz? Evet () Hayır ()

Ek 2. Ağrı İle Başa Çıkma Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri değerlendirip işaretleyiniz.		Hiçbir zaman	Çok az	Arada sırada	Sık sık
1	Ağrım olduğunda yatağımda uzanırım ya da uyurum.				
2	Ağrım olduğunda arkadaşlarım, ailem ya da eşimle konuşurum, telefonda birisiyle konuşurum.				
3	Ağrım olduğunda işime veya ev işine dikkatimi veririm.				
4	Ağrım olduğunda germe ya da esneklik sağlayıcı hareketler yaparım.				
5	Ağrım olduğunda sıcak bir duş alırım ya da banyo yaparım.				
6	Ağrım olduğunda yürüyüşe çıkarım.				
7	Ağrım olduğunda hoşlandığım bazı şeyleri yaparım. (Özel zevkler)				
8	Ağrım olduğunda başkaları ile birlikte olmaya çalışırım.				
9	Ağrım olduğunda ağrımın olmadığını hayal ederim.				
10	Ağrım olduğunda sakinleştirici ilaç alırım (diazem, librium vb).				
11	Ağrım olduğunda Ben-Gay, Naprosyn gibi bir ağrı merhemi kullanırım.				
12	Ağrım olduğunda kendi başıma, yalnız kalırım.				
13	Ağrım olduğunda ısıtıcı ya da soğutucu torba (termofor, havlu) kullanırım.				
14	Ağrım olduğunda ağrımın bana verdiği ızdıraba dikkat kesilirim.				
15	Ağrım olduğunda derin nefes alıp vererek gevşemeye çalışırım.				
16	Ağrım olduğunda magazin dergisi, gazete veya kitap okurum.				
17	Ağrım olduğunda olumlu özelliklerim üzerinde düşünürüm.				
18	Ağrım olduğunda askı veya bileklik gibi destek kullanırım.				
19	Ağrım olduğunda (Doktor reçetesi ile) uyuşturucu ağrı kesiciler (morfin, kodein) alırım.				
20	Ağrım olduğunda televizyon izlerim veya radyo dinlerim.				
21	Ağrım olduğunda ağrıyan kısmımı yükseğe kaldırırım veya destek olarak yastık kullanırım.				
22	Ağrım olduğunda başka şeyleri düşünürüm.				
23	Ağrım olduğunda rahatlatıcı müzik dinlerim.				
24	Ağrım olduğunda ağrılarım ne kadar şiddetli diye düşünürüm.				
25	Ağrım olduğunda ağrıya daha fazla dayanamayacağımı düşünürüm.				
26	Ağrım olduğunda başkalarından yardım ve destek isterim.				
27	Ağrım olduğunda hoşlandığım bir şeyler yaparım				
28	Ağrım olduğunda kendimi kötü hissederim ve ağlarım.				
29	Ağrım olduğunda benden daha kötü durumdaki insanları düşünürüm				

Ek 3. Manevi İyilik Ölçeği Formu

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

	İFADELER	Hiç 0	Çok az 1	Biraz 2	Oldukça 3	Çok fazla 4
1	Kendimi huzurlu hissediyorum					
2	Yaşamak için bir nedenim var					
3	Yaşamım verimlidir					
4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum					
5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum					
6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum					
7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum					
8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun					
9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum					
10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum					
11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi					
12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum					

Ek 4. Etik Kurul İzin Formu**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Toplantı Tarihi: 06.02.2019
Toplantı Sayısı: 19/03
Karar No: 2019.02.04

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 06.02.2019 Çarşamba günü saat 10:30'da Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT başkanlığında toplanarak gündemdeki Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN'in "Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ağrıyla Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli başvurusunu görüştü.

KARAR:

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN'in "Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ağrıyla Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun bulunmuştur.

Ek 6. Gönüllü Onam Formu

Sevgili Katılımcılar,

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik hali ve ağrıyla başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin incelenmesi başlıklı bu araştırma, Bozok Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın, Yozgat Şehir Hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatan 230 gönüllü hastaya yapılması planlanmaktadır. Araştırmaya alınma kriterleri olarak; ağrısı olan 18 yaş ve üzeri hastalar, iletişime ve işbirliğine açık olma, algılama ve iletişim bozukluğu olmama, anket maddelerini değerlendirmesine engel olacak düzeyde psikolojik hastalığı olmama, kendi isteği ile araştırmayı sonlandırabilme olarak belirlenmiştir. Araştırma, sorumlu araştırmacısı olan Dr. Öğretim üyesi Hüsna Özveren ve yardımcı araştırmacı Selver Bektaş tarafından yürütülecektir. Palyatif bakım hastalarında manevi iyilik halinin, ağrıyla baş etme üzerindeki etkisinin belirlenmesi sonucunda elde edilen veriler, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için planlanan ve yapılan hemşirelik girişimlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bilimsel yayınlar planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. Yaklaşık 15 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. **Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.**

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi (ler) ile iletişim kurabilirsiniz: Kırıkkale Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi: Doç. Dr. Hüsna Özveren, Selver Bektaş.

YUKARIDA AÇIKLAMASI YAPILAN ÇALIŞMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILYORUM ()

Ek 7. Ölçek İzni

95

The screenshot shows an Outlook email interface. The browser address bar shows the URL: [outlook.live.com/mail/0/search/id/AQJKADAwATMwMAIHYzBmZS02MTMyLTAwAi0wMAoEAD%2FHxAdXLBSqU%2FZ8AJLHV](mailto:/search/id/AQJKADAwATMwMAIHYzBmZS02MTMyLTAwAi0wMAoEAD%2FHxAdXLBSqU%2FZ8AJLHV). The email is from SAMSUN, titled "FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail". The sender is HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI. The email was sent on 31 Temmuz 2018 Salı 20:26:28. The subject is "Kime: Konu: İlt: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail". The body of the email is in Turkish and discusses the FACIT program and the importance of the scale. The email is categorized as "Gelen Kutusu" with 2161 items, "Gereksiz E-posta" with 2 items, and "Taslaklar" with 30 items. The interface also shows a sidebar with "Yeni iletiler" and "Klasörler" sections.

FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SAMSUN

Gönderen: üi
Gönderildi: 31 Temmuz 2018 Salı 20:26:28

Kime:
Konu: İlt: FACIT-Sp-12 (Version 4) bana gelen mail

Sayın ERDOĞAN

Spiritüel bakımla ilgilenmenize ve bu konuda araştırmalarımıza sevindim. Biz ölçek için Facit kurumundan izin aldık. Sonra ölçeği türkçe geçerliliğini yaptık ve daha sonra Facit le yaptığımız yazışma sonrası onlar bize Türkçe çevirisi yapılan ölçeği mail olarak gönderdi. Hocaları yaptığımız çeviri ve Facitten gelen arasında fark olmayınca bütünlük olması için FACIT kurumunun şuan maile ataç ettiği formu kullandık. Ben bunu makalemde de aynen ifade ettim. değerlendirilmesinde Facit iki alt boyutlu olarak göndermişti. ancak son yapılan çalışmalarda üç alt boyut olması ve bizim geçerlik çalışmamızda da üç boyutlu çıkınca ona göre yaptık. ben değerlendirmeyi nasıl yaptığımızı size yazıyorum.

Ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anılam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, inanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir.

ÖLÇEĞİ ALIŞMANIZDA KULLANILIRSINIZ. İYİ ÇALIŞMALAR.

[Outlook'tan gönderildi](#)

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Bektaş Selver

Uyruğu : Türkiye (T.C)

Doğum Tarihi ve Yeri: ---

Medeni Durumu : ---

e-mail : ---

EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET TARİHİ
Lisans	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik	2016
Yüksek Lisans	Bozok-Kırıkkale Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2017-Halen

İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
2017-Halen	Yozgat Şehir Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce

Selver BEKTAŞ