

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ
ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Doktora Tezi

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 27/01/2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ Atılım Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü	☒ Kabul ☐ Ret

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

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

02/01/2023

Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ
ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 02/01/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 13

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

02 /01/2023

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora, Ocak /2023

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada, Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasını yapmak ve hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliklerini belirlemek amaçlandı.

Materyal ve Metod: Araştırma 10.03.2021-04.01.2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde yürütüldü. Bu çalışmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanıldı. Araştırmanın nicel araştırma örneklemini 354, nitel araştırma örneklemini 17 hemşire oluşturdu. Nicel veriler Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu ve Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği; nitel veriler ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplandı. Nitel araştırma verilerinin raporlanmasında Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri (COREQ) kullanıldı. Nicel verilerin analizinde SPSS 28 ve IBM SPSS Amos 21.0 programlarından, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programından yararlanıldı.

Bulgular: Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin uzman görüşü sonrasında Kapsam Geçerlik İndeksi 0,98 olarak saptandı. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda bazı maddeler ölçekten çıkarılarak ölçek 14 madde ve 3 alt boyuttan oluşan son halini aldı. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 3,125; GFI: 0,915; AGFI: 0,875; IFI:0,926; TLI:0,905; CFI: 0,925; RMSEA:0,078; SRMR:0,054 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilerek yanıtlar arası uyumun çok iyi olduğu saptandı (ICC: 0,981; $p<0,001$). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısının 0,894 olduğu ve ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısının 0,783 ile 0,850 arasında değiştiği belirlendi. Nitel verilerin analizi sonucunda palyatif bakım ve spiritüel bakım olmak üzere iki tema bulundu. Palyatif bakım teması, hemşirenin rolü, profesyonel yetkinlik, bakıma ilişkin zorluklar, bakımın sonuçları olmak üzere 4 alt temadan; spiritüel bakım teması ise bireyin bakım gereksinimleri, bakımın kolaylaştırıcıları, bakımın engelleri, bakımın çıktıları olmak üzere 4 alt temadan oluşmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Palyatif bakım, Spiritüel bakım, Yetkinlik

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE SPIRITUAL CARE COMPETENCE SCALE: TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Ph.D., January/2023
Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: The purpose of this methodological and descriptive study was to conduct a Turkish validity and reliability study of the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale and to determine the palliative care spiritual care competencies of nurses.

Materials and Methods: The study was conducted between 10/03/2021-04/01/2023 in Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Centre Hospital. In this study, a nested mixed design was used in which quantitative and qualitative research methods were used together. The quantitative research sample consisted of 354 nurses and the qualitative research sample consisted of 17 nurses. Quantitative data were collected using the Nurse Descriptive Information Form and the Spiritual Competence in Palliative Care Scale, and qualitative data were collected using a semi-structured interview form. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) were used to report qualitative research data. SPSS 28 and IBM SPSS Amos 21.0 programs were used to analyze quantitative data, and MAXQDA 22 was used to analyze qualitative data.

Findings: The content validity index of the Spiritual Care Palliative Care Scale was reported to be 0.98 according to expert opinion. As a result of the confirmatory factor analysis, some items were removed from the scale, and the scale was finalized with 14 items and 3 subdimensions. In the confirmatory factor analysis, the following values were obtained for the goodness of fit of the scale: χ^2/sd : 3.125; GFI: 0.915; AGFI: 0.875; IFI: 0.926; TLI: 0.905; CFI: 0.925; RMSEA: 0.078; SRMR: 0.054. The reliability of the scale over time was assessed using the test-retest method, and it was found that the agreement between responses was very good (ICC: 0.981; $p < 0.001$). The Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.894, and the Cronbach's alpha reliability coefficients of the scale sub-dimensions ranged from 0.783 to 0.850. Two themes emerged from the analysis of the qualitative data: Palliative care and spiritual care. The palliative care theme consisted of four subthemes: Role of the caregiver, professional competence, difficulties related to care, and outcomes of care; the theme of spiritual care consisted of four subthemes: Individual's care needs, facilitators of care, barriers to care, and outcomes of care.

Conclusion: This study demonstrated the Palliative Care Spiritual Care Competence Scale to be a valid and reliable scale in Turkish society.

Keywords: Nursing, Palliative care, Spiritual care, Competence

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her zaman bilgi ve tecbureleri ile rehberlik eden, desteğini ve sevgisini hissettiğim, kendisiyle çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak tüm süreçte çalışmama değerli katkılar sunan Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a, tez savunma sınavımda katkılarını sunan Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ'e,

Bana her konuda destek olan, birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım Dr. Cansev BAL ve Sevil MASAT HARBALİ'ye,

Yüksek lisans ve doktora eğitimim sürecini keyifle geçirdiğim Esra DANACI, Ebru TURHAL ve Esra ÖZBUDAK'a,

Zaman ayırıp çalışmama katılan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Her zaman ve her koşulda beni destekleyen, yanımda olan, sevgisini hissettiren canım annem, canım babam ve biricik kardeşime,

Yüzümü her zaman güldüren ve hep destek olan canım eşime,

Bana enerji ve güç veren biricik oğluma,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi.....	4
1.3. Araştırmanın Amacı.....	6
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Palyatif Bakım	7
2.1.1. Palyatif Bakım Kavramı, Amacı ve Kapsamı	7
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi.....	9
2.1.3. Palyatif Bakım Hemşireliği.....	10
2.2. Spiritüalizite.....	11
2.2.1. Spiritüalizite ile İlişkili Kavramlar	12
2.2.2. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik.....	13
2.2.3. Palyatif Bakımda Spiritüel Bakım Yetkinliğinin Önemi.....	16
2.3. Ölçek Uyarlama Süreci	18
2.3.1. Ölçeğin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması	18
2.3.2. Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi	19
2.3.2.1. Geçerlik.....	19
2.3.2.2. Güvenirlik	21
2.4. Nitel Araştırma Yöntemi.....	24
2.4.1. Fenomenolojik Yaklaşım	25
3. MATERYAL VE METOT	27
3.1. Materyal	27
3.1.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.2. Metot.....	27
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	27
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	28
3.2.2. Verilerin Toplanması	29
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması.....	29
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması	29
3.2.3. Veri Toplama Araçları	30
3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	30
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	31
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.2.4.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği.....	33
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	34
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	37
4.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Geçerlik Analizleri.....	37

4.1.1. Dil Geçerliliği.....	37
4.1.2. Kapsam Geçerliliği.....	37
4.1.3. Yapı Geçerliliği.....	39
4.2. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Güvenirlik Analizleri	42
4.2.1. Test Tekrar Test/Değişmezlik Güvenirliği.....	42
4.2.2. İç Tutarlılık.....	42
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular.....	44
4.3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	44
4.3.2. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Nitel Verilere İlişkin Bulgular.....	54
4.4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
4.4.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular.....	54
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	78
5.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerini Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması.....	80
5.3. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması.....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
6.1. Sonuçlar... ..	90
6.2. Öneriler... ..	90
KAYNAKÇA.....	91
EKLER	102
Ek 1: Nitel Çalışmaların Raporlanmasında Kullanılan Konsolide Kriterler (COREQ)...	102
Ek 2: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	104
Ek 3: 靈性關懷能力量表的 (Palliative Care Spiritual Care Competency Scale).....	107
Ek 4: Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Taslak Hali	108
Ek 5: Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Türkçe Formu.....	109
Ek 6: Ölçek Sahibinden Kullanım İzni.....	110
Ek 7: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	111
Ek 8: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kurum Araştırma İzni	112
Ek 9: Nitel Araştırma ve Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi.....	113
Ek 10: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi	114
ÖZGEÇMİŞ.....	115

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
CVI	: Contex Validity Index (Bağlam Geçerlik İndeksi)
d	: Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen “+” Sapma
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
GFI	: Goodness Of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
ICC	: Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
Min-Max	: Minimum-Maksimum
n	: Örnekleme Alınacak Birey Sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi
q	: İncelenen Olayın Görüşmeyi Sıklığı (1-p)
r	: Korelasyon Katsayısı
RAS	: Retiküler Aktive Edici Sistem
RMSEA	: Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TLI	: Trucker-Lewis İndeksi

WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WHPCA	:	World Hospis Palliative Care Alliance (Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği)
α	:	Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
χ^2	:	Ki-Kare Test İstatistiği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritması.....	35
Şekil 3.2. Araştırmanın Planı.....	36
Şekil 4.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Path Diyagramı.....	41
Şekil 4.2. Nitel Araştırmanın Temaları.....	55
Şekil 4.3. Palyatif Bakım ve Spiritüel Bakım Temalarının Kod Bulutu.....	76
Şekil 4.4. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Oluşturulan Temalar, Alt Temalar ve Kodların Kavram Haritası.....	77



TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	33
Tablo 4.1. Kapsam Geçerlik Oranı İçin Minimum Değerler	38
Tablo 4.2. Uzmanların Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı	38
Tablo 4.3. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri.....	40
Tablo 4.4. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Maddelerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri.....	40
Tablo 4.5. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıfıçi Korelasyon Katsayısı.....	42
Tablo 4.6. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları	43
Tablo 4.7. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Madde Toplam Korelasyonları ve Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri	44
Tablo 4.8. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 4.9. Hemşirelerin Spiritüel Bakıma İlişkin Bulgularının Dağılımı.....	46
Tablo 4.10. Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bulgularının Dağılımı	48
Tablo 4.11. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	49
Tablo 4.12. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ortalamalarının Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.13. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ortalamalarının Hemşirelerin Spiritüel Bakım ve Palyatif Bakım ile İlgili Bazı Özellikleriyle Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.14. Nitel Görüşmeye Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri	54
Tablo 4.15. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Temalar ve Alt Temalar	55

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalık deneyimleyen çocuk ya da yetişkin bireyin, tanı aşamasından itibaren başlayan fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel bulguları yönetirken bireyin yaşam kalitesi ve konforunu artırmayı amaçlayan, ölüm ve ölüm sonrası yas sürecinde bireyin ailesini ve yakınlarını destekleyen bütüncül ve insancıl bakım sunma yöntemidir (Wilkinson et al., 2016). Palyatif kelimesinin kökeni Latince “palliate” sözcüğünden gelmekte olup “koruyucu ve kapsayıcı” anlamını taşımaktadır. İngilizcede ise “palliative” kelimesi, terminolojik olarak “hafifletici, yatıştırıcı, derman” anlamında kullanılmaktadır (Potter et al., 2021).

Palyatif bakım, gereksinimi olan birey ile birlikte ailesini de kapsamaktadır. Bireyi tüm boyutlarıyla ele alarak bakım sunulması, palyatif bakımın felsefesini oluşturmaktadır (Balta ve Bekiroğlu, 2021). İlerleyici kronik bir hastalığa sahip olan, tıbbi açıdan tedavinin mümkün olmadığı bireylerde başta ağrı olmak üzere, fiziksel yetersizliklerin yanı sıra psikososyal ve spiritüel sorunların önlenmesi, problem varlığında ise etkilerinin en aza indirilmesine yönelik tüm girişimler palyatif bakım uygulamaları içerisinde yer almaktadır (Arrieira et al., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü, dünya nüfusunun yaş ortalamasının her geçen gün artış gösterdiğini, her yıl dünyada 40 milyon insanın palyatif bakıma gereksinim duyduğunu, küresel olarak palyatif bakıma gereksinim duyan hastaların yalnızca %14'ünün palyatif bakım gereksinimlerinin karşılandığını bildirmektedir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü, sürdürülebilir kalkınmanın üçüncü hedefi olan “Sağlıklı Bireyler”e ulaşılabilmesi için palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2022).

Palyatif bakım gereksinimi olan bireyler; ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlar; çaresizlik, umutsuzluk, endişe, kaygı, depresyon, ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlar, hastalık sürecinde beklenen gelişmenin olmaması ve bağımlılık durumunun artmasına bağlı olarak maddi giderlerin artması nedeniyle ekonomik sorunlar deneyimleyebilmektedir (Wilkinson et al., 2016; Karasu, 2020). Palyatif bakımda bireyin yaşadığı sorunlar hem kendilerini hem de yakınlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karakaya ve Işıksan, 2020).

Hemşirelik bakımının etkinliği, birey-hemşire ve aile-hemşire arasındaki ilişkinin güçlü olmasına bağlıdır. Bu bağlamda hemşirenin bireyin ailesi ve yakınları ile destekleyici bir ilişki kurması önerilmektedir (Potter et al., 2021). Hemşire, uygulayıcı, eğitici, tedavi edici, yönetici gibi rollerini yerine getirirken birey, aile ve yakınlarının bireysel özelliklerini de göz önünde bulundurmalıdır. Birey bütüncül ve hümaniter boyutta değerlendirilirken, tüm özelliklerinin yanı sıra spiritüel boyutunun da dikkate alınması önemlidir. Bununla birlikte bu konudaki literatürde palyatif bakımın bütüncüllük felsefesinin önemli bir boyutunu spiritüallite kavramının oluşturduğu vurgulanmaktadır (Özer vd., 2019).

Spiritüallite, yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir. Spiritüallite insanların hastalıklarıyla başa çıkma yöntemlerini, tepkilerini, davranışlarını ve hastalığa uyumunu etkileyebilmektedir. Subjektif bir kavram olan spiritüallite anlaşılması zor, karmaşık ve geniş bir anlama sahiptir. Aynı zamanda bu kavram din, inanç, umut ve sevgi gibi kelimelerle ilişkilendirilmektedir (Arrieira et al., 2017). Spiritüallite kavramı önceden insanın psikolojik boyutunu daha sonra dini yönlerini tanımlamak için kullanılmış olsa da günümüzde bu kavramın psikolojik ya da dini inançların ötesinde, tahmin edilenden çok daha geniş bir anlama sahip olduğu bildirilmektedir (Karasu, 2020).

Bireyin temel spiritüel gereksinimleri; kendini tanımak, yaşamın anlamını kavramak, iyi ilişkiler kurmak, doğruluk, güven duygusu, iç huzur, sevgi ve bağlanmak, bağışlamak, teselli olmak, rahatlık, konuşmak ve iletişimi sürdürmek, dua etmek ve ibadet yapmak olarak tanımlanabilmektedir (Chirico, 2016; Cao et al., 2020). 1960’larda İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra insanların sosyolojik yapılarındaki değişimin etkisiyle, maddiyatın mutluluk sağlamadığı, modern bilimin hastalık, acı çekme, ölüm ve kayıplar karşısında bireyin tepkilerini açıklayamadığı ve çözümünde yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Bu doğrultuda acı çekme ve ağrı gibi subjektif kavramların pozitivist yaklaşım ile tam olarak açıklanamadığı anlamlı, huzur dolu ve kaliteli bir yaşam sürecine gereksinim duyulduğu bildirilmiş, insanın spiritüel boyutunun değerlendirilmesi önem kazanmıştır (Ebrahimi et al., 2017).

Spiritüel bakım, hemşire ve birey arasındaki iyileştirici ilişkiye yardımcı olmak ve sürdürmek, birey için erişilebilir olmak, aktif dinlemek, empati göstermek, belirli dini inanca sahip bireye dini gereksinimlerini karşılayabilmesi için uygun koşulları sağlamak, birey ve ailesine yardım etmek gibi çok boyutlu becerilerin profesyonel bakım sürecinde kullanılması olarak açıklanabilmektedir (Arrieira et al., 2017;

Ebrahimi et al., 2017; Ripamonti et al., 2018). Spiritüel bakımın bireyin sağığı üzerindeki etkilerini inceleyen bazı çalışmalarda, spiritüel boyutta sunulan bakımın bireylerin hastalıklarla baş etme gücünü ve iyileşme hızını artırdığı, algılanan stresi azalttığı, kardiyovasküler, nöroendokrin ve bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu (Ali et al., 2015; Chirico, 2016; Cruz et al., 2017); umutsuzluk ve depresyon riskini azalttığı bildirilmiştir (Selman vd., 2013; Park and Sacco, 2017; Ripamonti et al., 2018).

Spiritüel boyutu, özellikle yaşamın anlamının sorgulandığı, umudun tükendiğı, yaşamı tehdit eden hastalık ve/veya ölüm gibi kriz anlarının sık deneyimlendiğı palyatif bakım hastalarında ön plana çıkmaktadır (Selman et al., 2013). Spiritüel bakım bireyin tanı alması ile başlar. Spiritüel bakım birey ve ailesinin bakımının merkezindedir. Spiritüel bakım, aile üyelerine kaybettiğı hastasının ardından yas süreciyle nasıl baş edeceğı ve kendi yaşamını nasıl devam ettireceğı konularında da rehberlik eder. Spiritüel bakımın etkili bir şekilde sunulabilmesi için hemşirenin spiritüel yetkinliğe sahip olması gerekmektedir (Cao et al., 2020; Karasu, 2020).

Yetkinlik; bilgi, beceri, tutum, iletişim, yönetim, motivasyon, eğıtim, kültür, etik, spiritüalite, araştırma ve bilgi kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Hemşirelik bakımında yetkin olmak bireye verilen bakımın kalitesini etkiler. Hastaların memnuniyetini güvence altına almayı sağlar (Sabsevari et al., 2013). Hemşireler hem kendi spiritüel özelliklerinin hem de bakım verdikleri birey ve ailesinin spiritüel özelliklerinin farkında olmalıdır (van Leeuwen et al., 2009). Spiritüel bakım konularında yapılan çalışmalarda, hemşirelerin spiritüel bakımın öneminin farkında olmalarına karşın, spiritüel bakımın yeterince verilmediğı (Azarsa et al., 2015; Chandramohan et al., 2016); hemşirelerin spiritüel farkındalıkları ile spiritüel bakım verme eğılimleri arasında yakın bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Sabzevari et al., 2012).

Hemşirelerin spiritüel bakım yetkinliğine ilişkin problemlerinin, spiritüel bakımın mesleki rollerinin bir parçası olduğuna inanmalarına karşın bunu bakıma nasıl yansıtacakları konusunda net bir görüşlerinin olmaması ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Ebrahimi et al., 2017). Spiritüel bakım, bütüncül ve multidisipliner bakımın merkezinde olmasına karşın genellikle uygulamaya dahil edilmemektedir. Palyatif bakım sunumunda rol alan hemşireler fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutta birçok problem ile mücadele etmektedir. Bu nedenle hemşirelerin spiritüel bakım yetkinliğinin değerlendirilerek bakımın güven altına alınması oldukça

önemlidir (Chen et al., 2016). Ülkemizde hemşirelerin spiritüel yetkinliğini değerlendiren ölçme araçları bulunmasına karşın, palyatif bakımda spiritüel bakım yetkinliğini değerlendiren herhangi bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Patricia Benner'ın 1984 yılında ortaya koyduğu "Acemilikten Uzmanlığa Modeli"ne dayanmaktadır (Butts and Rich, 2011). Benner hemşirelik uygulamasında gömülü olan bilgiyi keşfetmek ve tanımlamak için klinik hemşirelik uygulamalarını incelemiştir. Benner pratik ve teorik bilgi arasındaki ayrıma odaklanmış, uygulamalı disiplinlerde bilgi geliştirmenin teoriye dayalı bilimsel araştırmalar ve klinik deneyim yoluyla geliştiğini ileri sürmüştür (Alligood and Tomey, 2014).

Benner, Dreyfus ve Dreyfus'un beceri edinme ve geliştirme modelini hemşirelik bakımına uyarlamıştır. Dreyfus kardeşler acil durumlar karşısında satranç ustalarının ve pilotların performanslarını inceleyerek beceri edinme modelini geliştirmiştir (Alligood and Tomey, 2014). Dreyfus'un Beceri Edinimi Modeli, uygulayıcıların bilgi ve deneyimlerine dayanarak, farklı uygulamalar karşısında farklı deneyim düzeylerine sahip olmasına izin vermektedir. Dreyfus'un çalışmalarından etkilenen Benner, modelinde klinik hemşirelik uzmanlığını şekillendirmiştir (Koç vd., 2018). Benner, hemşirenin uzmanlaştığında hisleri, duyguları ve düşüncesiyle bilgiye ulaştığını, bu bilginin ise hemşireye doğru eylemi yapması için rehberlik ettiğini ifade etmektedir (Butts and Rich, 2011).

Benner hemşirelik uygulama alanları ve yetkinliklerini, klinik durumlara özgü görüşmeler ve uygulamalar sırasında hemşirelerin gözlemlerinden tümevarımsal olarak elde etmiştir. Görüşme transkriptlerinin analizinden 31 yeterlilik ve 7 uygulama alanı ortaya koymuştur. Benner hemşirelik uygulama alanlarını ve yeterliliklerini, hemşirelik bilgisinin anlaşılması ve geliştirilmesi için açık uçlu ve yorumlayıcı bir çerçeve olarak sunmuştur (Alligood and Tomey, 2014). Bununla birlikte Benner hemşirelerin uygulama becerisi kazanma sürecini acemi, ileri düzey yeni başlayan, yetkili, yetkin ve uzman olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

Beceri ediniminin acemi aşamasında olan hemşirenin dahil olduğu durum ile ilgili hiçbir deneyimi yoktur. Uygulamalar kurallar tarafından yönetilir. Bir durumun

ilgili ve ilgisiz yönlerini ayırt etmede zorluk çekerler. Genel olarak bu seviye hemşirelik öğrencileri için geçerlidir (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

İleri düzey yeni başlayan aşamasında olan hemşireler, sınırlı düzeyde yetkin becerilere sahiptir. Bu seviyedeki hemşireler kurallar tarafından yönlendirilir. Hasta bakımını yönetmede deneyimli hemşirelere ihtiyaç duyarlar. Benner yeni mezun hemşireleri bu seviyeye yerleştirmektedir (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

Yetkili aşamasında olan hemşire, iki ya da üç yıllık bir deneyime sahiptir. Hasta ile ilgili durumların hangi yönlerinin önemli ve hangilerinin göz ardı edilebileceğine karar verebilir. Verimlilik düzeyi artar. Uсталık duygusu ve baş etme yeteneği gelişir (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

Yetkin aşamasında olan hemşire, üç ile beş yıllık bir deneyime sahiptir. Hastaya bütüncül bakış açısıyla yaklaşabilir. Bakımın önceliklerini kolayca fark edebilir. Bilgi ve yeteneklerine güvenirlir (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

Uzman aşamasında hemşire, bilgi birikiminin yanı sıra klinik uygulamalara ilişkin zengin bir deneyime sahiptir. Benner uzman hemşireyi “durumu sezgisel olarak kavrayabilen ve bir dizi alternatif tanı ve çözüm yolunu göz önünde bulundurarak zaman kaybetmeden sorununun bölgesini belirleyebilen kişi” olarak tanımlamaktadır. Uzman hemşireler ortaya çıkan durumları derinlemesine anlayabilir (Butts and Rich, 2011; Alligood and Tomey, 2014).

Benner’ın modeli spiritüallite, din, dinleme ve iletişim becerilerini içeren hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında, klinik bilgi ve karar verilmesinde temeldir (Boswell et al., 2013). Spiritüallite, bireyin yaşamda anlam, amaç ve aşkınlığı aradığı, bireyin kendisi, ailesi, toplum ve kutsal varlıklar ile ilişkileri deneyimlediği içsel ve dinamik bir yönüdür. Spiritüel bakım yeterliliği, hemşirenin hastanın dini ve varoluşsal gereksinimlerini karşılarken, yeterli spiritüel bakım sağlayabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Palyatif bakım hastaları manevi ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve karşılanmasında hemşirelere ihtiyaç duymaktadır (Kang et al., 2021). Bu yönüyle Benner’ın “Acemilikten Uzmanlığa Modeli” temel alınarak hemşirelerin spiritüel bakım yeterliliklerini geliştirmeleri oldukça önemlidir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, “Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği”nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik alışması”nı yapmak ve hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliklerini belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlandı.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: “Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği” Türkiye’de hemşirelerin palyatif bakım sürecinde spiritüel bakım yetkinlik bilgi, düzey ve tutumunu değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

H₂: Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeyini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakım Kavramı, Amacı ve Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre “Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşı karşıya kalan hasta ve ailede, ağrının ve diğer problemlerin erken tanınması ve değerlendirilmesi; fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesi, yaşam kalitesinin geliştirilmesinin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2022). Palyatif bakım, bireye özgü olan, aynı zamanda bireyin ailesinin de desteklendiği multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen bir bakım felsefesidir. Bireyin hastalık tanısı aldığı andan itibaren başlayan, ölümüne kadar medikal tedavi uygulamaları ile devam eden, ölüm sonrası yas sürecinde ailesini ve diğer bakım vericilerinin desteklenmesini sağlayan bütüncül bir bakımdır (Şahan ve Terzioğlu, 2015; WHO, 2018).

Palyatif bakım felsefesi, holistik bakım ilkesine dayanmaktadır. Bununla birlikte palyatif bakımın diğer felsefi ilkeleri şunları içermektedir:

- Palyatif bakım hizmetlerine bireyin yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı aldığı andan itibaren başlamak,
- Birey ile birlikte ailesine, hastalık ve yas sürecinde insan onuruna yakışır destekleyici bakım sunmak,
- Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakım ile bireyin yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemek,
- Hastalığa bağlı olarak gelişen semptomları kontrol edebilmek,
- Multidisipliner bir ekip ile birey ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve bakımı yürütmek,
- Bireyin yaşadığı sürece aktif olmasını sağlamak,
- Ölümün, yaşam sürecinin doğal bir parçası olduğunu vurgulamak,
- Semptom yönetimi yoluyla gelişebilecek klinik komplikasyonlara karşı bireyin farkındalığı artırmak ve bu süreci daha iyi yönetebilmek amacıyla araştırmalar yapılmasını sağlamaktır (WHPCA, 2020).

Palyatif bakımın temel amacı, yaşamı tehdit edici bir hastalığı olan çocuk ya da yetişkin birey ve ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlamaktadır. Bununla

birlikte, ağrı ve diğer semptomların erken dönemde tanımlanabilmesi, bireyin gereksinimlerine yönelik bakımın verilebilmesi, bireyin acı çekmesinin azaltılması ve konfor düzeyinin artırılması hedeflenmektedir (WHPCA, 2020). Bu konudaki literatürde de birey ve ailesinin kaygılarını azaltmanın ve insan onuruna uygun bir şekilde bu süreci yaşamasına yardımcı olmanın palyatif bakımın amaçları arasında yer aldığı bildirilmektedir (Coşkun, 2021). Ancak birçok sağlık profesyoneli palyatif bakımın ölüme yaklaşmakta olan bireyin bakımına yönelik olduğunu düşünebilmektedir. Bu görüş erken dönemde palyatif bakımdan önemli ölçüde yarar görebilecek birçok bireyin palyatif bakıma erişimini engelleyebilmektedir (WHPCA, 2020).

Palyatif bakımın sunulmasında belirli bir yaş ve tıbbi tanı kriteri bulunmamakla birlikte birçok hastalık bireylerin palyatif bakım gereksinimini artırabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2020), kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, AIDS, diyabetes mellitus, böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalıkları, multiple skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, ilaca dirençli tüberküloz vb. tanısı almış bireylerin palyatif bakıma ihtiyacı duyabileceğini bildirmektedir (WHO, 2020).

Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliğinin (WHPCA) 2020 yılında yayınladığı raporda, dünya genelinde yaklaşık 57 milyon çocuk ve yetişkin bireyin palyatif bakım aldığı bildirilmektedir. Palyatif bakım alanların yaklaşık %26'sının 20-49 yaş, %27'sinin 50-69 yaş, %40'ının ise 70 yaş ve üzeri olduğu bildirilmektedir. Yetişkin bireylerin en çok sırasıyla kanser, AIDS/HIV, serebrovasküler hastalıklar ve demans nedeniyle palyatif bakıma gereksinim duydukları vurgulanmaktadır (WHPCA, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Palyatif Bakım Birliği ve Palyatif Bakım Kuruluşları, palyatif bakımın ortak bazı değerler doğrultusunda sunulmasını önermektedir. Bu değerler, birey ve ailesinin otonomisini ve onurunu korumak, birey ailesinin değer ve inançlarına saygı duymak, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir bakım sunmaktır (WHO, 2018). Palyatif bakım etik ilkeleri doğrultusunda, bakım alan birey/ailesinin gizliliği ve mahremiyeti korunmalı, güvenliği sağlanmalıdır. Palyatif bakım hizmeti, insani bir hak olduğu için erişilebilir olmalıdır. Yasal uygulamalar çerçevesinde palyatif bakım, birey ve ailesi bakım almayı kabul ettiği anda başlamaktadır. Palyatif bakım hizmetlerinin desteklenebilmesi için insan gücü, finansal, fiziksel ve toplumsal kaynakların yeterli düzeyde olması gerekmektedir.

Politikacılar, yasal düzenleyiciler, sağlık profesyonelleri, dernekler ve toplum arasındaki etkileşim arttırılmalı ve palyatif bakıma yönelik farkındalık sağlanmalıdır. Palyatif bakımın kalitesinin artırılabilmesi için güncel bilimsel bilgi ve kanıta dayalı çalışmalardan yararlanılmalıdır (WHO, 2018; Watson et al., 2019; Connor vd., 2020; Coşkun, 2021). Palyatif bakım, birey ve ailesinin tercihine, kültürüne ve değerlerine göre güvenli bir ortamda sunulmalıdır. Genellikle palyatif bakım hastane ve evde sunulan bir hizmettir. Bununla birlikte ayaktan tedavi üniteleri, hospisler, huzurevlerindeki üniteler ile yaşlı bakımevlerinde de palyatif bakım sunulabilmektedir (Yurtsever, 2021).

2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi

Orta Çağ Dönemi'nde, dini inanışlar gereği kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin bakım alabilmesi için Santiago de Compostela, Chartes ve Roma gibi şehirlerde barınma yerlerini kurulmuştur. Haçlı Seferleri sırasında hasta ve yaralı olan bireylerin tedavi edilebilmesi ve bakımlarının sunabilmesi amacıyla hospisler açılmıştır. Dinin etkisiyle 16. ve 18. yüzyılda hasta ve ölüme yaklaşan kişilerin bakımını sağlamak için lokal ve bölgesel kuruluşlarda kadınlar görev almaya başlamıştır (Çelik Durmuş, 2021).

Dünya genelinde kurulan hospislerin ortak amacı maneviyat olmasına karşın, içeriği ve fonksiyonları zaman içinde değişime uğramıştır. İlk hospis merkezi 1842 yılında Fransa'da Jeanne Garnier tarafından terminal dönem hastalara bakım sunmak amacıyla kurulmuştur. 1879 yılında İrlanda'da dini bir kuruluş olan "The Irish Religious Sisters of Charity" tarafından Dublin'de "Our Lady's Hospice" açılmıştır. Our Lady's Hospice merkezinden insidansı yüksek olan tüberküloz, tifo ve kızamık hastalık tanısı alan bireyler yararlanmıştır (Kütmeç Yılmaz, 2020; Çelik Durmuş, 2021).

İlk modern hospis olan St. Christopher's Hospis 1967 yılında Londra'da Dame Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Dame Cicely, önce hemşire daha sonra sosyal hizmet uzmanı ve hekim olarak görev yapmıştır. Dame Cicely, özellikle kanser tanısı almış bireylerin ağrı, bulantı, kusma vb. gibi birçok semptom yaşadığını gözlemlemiştir. Bununla birlikte hasta bireyler ile yaptığı görüşmeler ve edindiği bilgiler sonucunda ilk modern hospisi kurmaya karar vermiştir. Dame Cicely Saunders, aynı zamanda kurduğu hospis ile bakımın multidisipliner bir yaklaşım ile holistik bakım çerçevesinde sunulması gerektiğini fark etmiştir. Dame Cicely,

çalışmalarıyla palyatif bakım hizmetlerinin dünya geneline yayılmasına ve gelişmesine öncülük etmiştir (Kütmeç Yılmaz, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatrist olarak görev yapan Elisabeth Kübler-Ross (1969), yaşamın son döneminde olan bireylerle açık, etkili ve dürüst bir iletişim kurularak, insan onuruna yakışır bir şekilde tedavi edilmesinin önemini vurgulamıştır. Ayrıca Ross, terminal dönemde olan bireylere hümanistik bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Kütmeç Yılmaz, 2020). İlk palyatif bakım ünitesi, Dame Cicely Saunders'ın öğrencisi olan Dr. Balfour Mound tarafından 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesinde hizmet vermeye başlamıştır. Mound, semptomatik tedavi anlamına gelen palyatif bakım terimini kullanmıştır. Mound bu yaklaşım ile yaşamı tehdit edici hastalığı olan birey ve ailesi için bütüncül bakımın son derece önemli olduğunu ifade etmiştir. Dünya genelindeki bu gelişmeler üzerine 1986 yılında DSÖ ilk kez palyatif bakım kavramını “hastalığı küratif tedaviye yanıt vermeyen hastanın aktif total bakımındır” olarak tanımlamıştır (Kütmeç Yılmaz, 2020).

2.1.3. Palyatif Bakım Hemşireliği

Palyatif bakım, birey ve ailesinin gereksinimlerine odaklanan bakım temelli bir yaklaşımdır. Birey ve ailesinin bu süreçte yaşadığı deneyimlerin gözlemlenmesi ve değerlendirilmesinde özellikle hemşireler önemli rol oynamaktadır. Palyatif bakım hemşireliğinin temel amacı, ciddi, yaşamı tehdit eden veya kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanınması, hastalığa bağlı gelişen fiziksel, psikolojik veya manevi sorunların giderilmesi, yaşam kalitesinin ve konforunun artırılmasıdır. Bu amaçlara ulaşabilmek için hemşireler, bakım, tedavi, eğitim, savunuculuk, liderlik, koordinasyon-işbirliği vb. rollerini kullanmaktadır (Elçigil, 2012; Aksakal, 2018).

Palyatif bakım hemşiresinin, birey ve ailesine özgü bireyselleştirilmiş ve aile merkezli bir bakım sunması önemlidir. Palyatif bakım güven verici bir ortamda, birey ve ailesi aktif rol alacak şekilde sunulmalıdır. Bununla birlikte palyatif bakım hemşiresi, bakımı standardize edebilmek, hataları azaltabilmek ve bakımın kalitesini artırabilmek için kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda hemşirelik bakımı sunmalıdır. Bireyin huzur içinde ölmesini sağlayabilmek için çevresel düzenlemeler yapmalı, birey ve ailesinin mahremiyetini sağlamalıdır. Ölüm sürecine yaklaşmakta olan bireyin fiziksel bakımı sürdürülmeli, cilt ve mukoza bütünlüğü korunmalı, konforu sağlanmalıdır. Birey ya da ailesinin istediği spiritüel bir uygulama varsa yardımcı

olunmalıdır. Yas sürecinde aile üyelerine duyarlı bir şekilde şefkatle yaklaşılmalı, baş etmelerine yardımcı olunmalı ve gerekirse hasta yakınları uygun destek kaynaklarına yönlendirilmelidir (Elçigil, 2012; Aksakal, 2018; Karabey, 2021).

Bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği için palyatif bakımda semptom yönetimi oldukça önemlidir. Birey ve ailesinin gereksinimleri ve semptoma ilişkin önceki deneyimleri dikkate alınarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sunulabilir (Fadıloğlu, 2018). Semptom yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılabilir. Aynı zamanda ihtiyaç duyulduğunda diğer disiplinlerle işbirliği yapılabilir. Bununla birlikte semptomların kontrol altına alınabilmesi için güncel kanıta dayalı rehberlerin kullanılması önemlidir (Murray, 2016; Aksakal, 2018).

Palyatif bakım hemşiresi, birey ve ailesine tedavi süreci, bakım uygulamaları, hastalığa ilişkin komplikasyonlar, semptom yönetimi ve evde bakım gibi konularda eğitim vermelidir (Elçigil, 2012; Aksakal, 2018; Karabey, 2021). Bakım ve tedavi sürecinde, birey ve ailesi ile diğer sağlık profesyonelleri sürekli etkileşim içinde olmalıdır. Bu nedenle koordinasyon ve işbirliğinin sağlanmasında palyatif bakım hemşiresine önemli roller düşmektedir. Hemşirenin, hasta birey ve ailesini anlayabilmesi, bakım ve tedavi sürecinde onların gereksinimlerini karşılayabilmesi için iletişim becerisini etkin bir şekilde kullanması gerekmektedir (Elçigil, 2012; Delgado, 2017; Aksakal, 2018; Karabey, 2021).

Palyatif bakım hemşiresi, birey ve ailesine bakım ve tedavi süreci hakkında bilgi vermeli ve onam almalıdır. Bu süreç ile ilgili karar vermelerine ve kendilerini ifade edebilmelerine yardımcı olmalıdır. Birey ve ailesinin haklarının korunmasına öncülük etmelidir. Bununla birlikte palyatif bakım hemşiresi bakım ve tedavi sürecinde, insan haklarını, mesleki etik ilkeleri, değerleri, yasa ve yönetmelikleri dikkate alarak uygulamalarını gerçekleştirmelidir (Aksakal, 2018; Gerber, 2018; Hagmann et al., 2018; Karabey, 2021).

2.2. Spiritüalite

Spiritüalite (maneviyat), “nefes, üfleme veya canlı olmak” anlamına gelen Latince spiritus kelimesinden türemiştir. Bireye hayat veren, hayatı hissetmesini sağlayan ve yaşamının merkezinde olan herşeyi ifade etmektedir. Spiritüalite, yaşam deneyimleri doğrultusunda elde edilen bireyin yaşama dair içgörüsüdür. Başka bir ifade ile spiritüalite, bireyin içsel benliğinin farkında olması ve daha yüce bir varlığa,

doğaya, büyük bir amaca veya sonsuz enerji kaynağına bağlanma duygusudur. Türk Dil Kurumu spiritüaliteyi, “tinselcilik, tinsel olan” olarak, maneviyatı ise “maddi olmayan, manevi şeyler” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2022).

Spiritüallite kavramının tanımı topluma, kültürel özelliklere, bireyin dinine ve inancına göre değiştiği için ortak bir nokta bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre spiritüallite, spiritüel bir varlık ya da bir güce bağlılık, yaşamın anlamı, bütünlük ve bütünleşme, manevi dayanıklılık, iç huzur/dinginlik/uyum, umut ve iyimserlik, inanç olmak üzere sekiz alandan oluşmaktadır (Kalkım, 2021).

2.2.1. Spiritüallite İle İlişkili Kavramlar

Spiritüallite, bireyin deneyimleri sonucunda yaşama verdiği amaç, anlam, değer ve içgörüdür. Bireyin kendisi, başkaları, daha yüksek bir güç ya da ilahi kaynak ile olan ilişkisini ifade etmektedir. Spiritüallite, sağlık veya hastalık durumunda birey için önemli rol oynamaktadır. Birey, sağlık ve iyilik halini sürdürebilmek ve hastalık gibi zor durumlar ile başa çıkabilmek için spiritüalliteye gereksinim duymaktadır. Bu nedenle hemşirelerin sağlıklı/hasta bireyin spiritüel gereksinimlerini ve iyilik hallerini belirleyebilmeleri için spiritüallite ile ilgili kavramları bilmeleri oldukça önemlidir (Berman et al., 2016; Astley et al., 2019; Potter et al., 2021).

Din: Spiritüallite ve din kavramları sıklıkla birbiri yerine kullanılmaktadır. Spiritüallite dini içine alan, daha geniş ve birleştirici bir kavramdır. Din, Allah’a, doğaüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı sistemleştiren, yaşam ile ilgili sorulara cevap vermeye çalışan, bireye rehberlik eden organize inanç topluluğudur. Toplum odaklı olan dini uygulamalar, bireyin davranışına yönelik olan otoriter uygulamalardır. Spiritüallite ise emosyonel amaçlı, otoriter olmayan içe dönük bireysel uygulamalardır. Din, bireylerin spiritüalliteye verdikleri bir yorumdur. Reiner ve Koenig, din kavramının spiritüallite ile ilişkili diğer kavramlar arasında gözleme açık, belirgin bir kavram olması nedeniyle tanımlamasının daha kolay olduğunu belirtmiştir (Yılmaz, 2011; Kalkım, 2021).

İnanç: İnanç bireye yaşamında yol gösteren, varolmasını ve zorluklarla başa çıkmasını sağlayan düşüncelerdir. İnanç, spiritüallite gibi bireyin olumlu ya da olumsuz yaşam deneyimleri sonucunda gelişmektedir (Wilkinson et al., 2016). İnanç, kültürel veya kurumsal bir din ile ilgili olabileceği gibi yüce bir güce inanmamak ile de ilgili olabilir. Bireyler herhangi bir düşünce ya da değere akıl yürüterek ya da güvenerek inanırlar. İnanç, bireyin nasıl yaşayacağını tercih etme biçimidir. Çünkü bireyler

inandıkları düşünce ya da değer doğrultusunda davranışlarını belirlemektedir. Örneğin hastalık tanısı alan bireyler hastalık semptomlarına karşın genellikle günlük aktivitelerini yapabilmek için çaba göstermektedir. Aynı zamanda bu bireyler hastalığı kişisel gelişim için bir fırsat olarak düşünüp olumlu bir bakış açısı ile inançlarını güçlendirmeyi tercih edebilmektedir (Berman et al., 2016; Potter et al., 2021).

Umut: Spiritüalite, inanç ve umut birbirleri ile yakından ilişkili olan kavramlardır. Umut, bireyin geleceğe yönelik olumlu yönelimini yansıtan dinamik bir süreçtir. Bununla birlikte bireye başarmak için motivasyon ve enerji veren, değerli, benzersiz kişisel bir kaynaktır. Umut, bireyin stresle ve yaşamı tehdit eden hastalık gibi zorluklarla başa çıkmasını sağlayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle nitelikli bir hemşirelik bakımı için bireylerin umut düzeyinin ele alınması önemlidir. Umudu olan bireyler olumlu bakış açısına sahiptir. Bakım ve tedavi alan bireylerin geleceğe umut ile bakması, bireylerin bakım sürecini aktif bir şekilde geçirmesini sağlamaktadır (Taylor et al., 2015; Berman et al., 2016; Wilkinson et al., 2016; Potter et al., 2021).

Sevgi: Sevgi, bireyin sevmeye ve sevilme deneyiminden gelişen temel bir insan gereksinimidir. Eğer bu gereksinim karşılanmazsa birey spiritüel açıdan sağlıklı kabul edilmemektedir. Karşılıklı sevgi, bireyin mutlu hissetmesini, yaşama anlam ve amaç vermesini sağlamaktadır. Ancak sevilen bir kişinin kaybı, sevmeye duyulmasının karşılıksız olması ya da bireyin hastalık gibi bir zorlukla karşılaşması “sevgiyle mücadele” etmesine neden olabilmektedir. Örneğin bireyin hastalık nedeniyle bir başka bireyin bakımına gereksinim duyması, kendisini bir yük olarak görmesine, ölümünün sevdikleri için daha iyi olacağını düşünmesine neden olabilmektedir. Böyle durumlarda bireyin, aile üyeleri tarafından sevildiğini hissetmesi, içsel bütünlüğünü ve özsaygısını geri kazanabilmesi için önemlidir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin şefkatli bakım sunması, bireyin olumsuz durumların üstesinden gelmesine, iyileşme sürecinin hızlanmasına ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilmektedir (Taylor et al., 2015; Wilkinson et al., 2016).

2.2.2. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik

Spiritüalite yaşamın anlam ve amacını bulmayı sağlayan çok yönlü bir kavramdır. Spiritüalite, akıl, beden ve ruh dengesini koruyan birleştirici güç olarak da ifade edilmektedir (Çevik, 2022). Bireyin yaşamını tehdit eden, ölüm korkusu yaşıtan ve sosyal statü kaybına neden olan kriz durumları spiritüel gereksinimlerin ortaya çıkmasına ve bireyin spiritüel sıkıntı yaşamasına neden olabilmektedir (Eğlence ve

Şimşek, 2014; Çınar ve Eti Aslan, 2017). İnsanın yaşadığı kriz durumunu anlamlandırma ve çare bulma ihtiyacı da spiritüel bakım kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Moeini et al. 2015; Demirci vd., 2017).

Spiritüel bakım; özellikle insan onuru, alturizm ve hümanizm gibi temel hemşirelik değerleri doğrultusunda şekillenen tutum ve davranışlar bütünüdür (Zare et al., 2014; Timmins and Calderia, 2017). Adib-Hajbaghery vd. (2017) aktardığına göre Cavendish ve arkadaşları spiritüel bakımı; hayatın fiziksel, psikososyal ve manevi yönleri arasında bir denge kurarak insanların manevi refahını artıran, bütünlük ve mükemmellik duygusu ile kişilerarası ilişkileri geliştiren bakım faaliyetleri olarak tanımlamıştır. Temelinde bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve bilişsel yönden konforunu sağlamayı amaçlayan spiritüel bakım; bireyin dini inanç, değer ve ritüellerini yerine getirebilmesini kolaylaştıran hemşirelik girişimlerinden oluşmaktadır (Ripamonti et al., 2018).

Hemşirelik girişimleri kriz durumlarında insanların iyi seçimler yapabilmelerine yardımcı olarak baş etme yeteneklerini geliştirmeyi ve bireyin ruhsal bütünlüğünü yeniden kazandırmayı amaçlamaktadır (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Bununla birlikte kriz anında bireyin yaşadığı acı ve ızdırabı psikososyal düzeyde hafifleten spiritüel bakım; umut etme, affetme, kendini gerçekleştirme, dua etme, inanç ve güven duyma gibi olumlu duyguların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Hastalık anında bireyin ölüm olgusuyla yüzleşebilmesini, tedavi sürecindeki belirsizlikle baş edebilmesini, iç huzura ulaşarak rahatsız edici duygulardan uzaklaşabilmesini sağlamaktadır (Chiang et al., 2016; Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017; Çevik, 2022).

Hemşirelik bakımının temel amacı, insanı var eden tüm boyutların korunmasını ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlayarak birey ve ailesine gereken desteğin verilmesidir. Bu doğrultuda spiritüel gereksinimlerin karşılanması holistik ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (Moeini vd. 2015; Demirci vd., 2017). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), spiritüel bakımın hemşirelik bakımına entegrasyonunun bir zorunluluk olduğunu ifade etmektedir (Wu et al., 2016). Spiritüel bakımın sunulabilmesi ise öncelikle hemşirenin spiritüel kavramı hakkında bilgi sahibi olmasıyla, bakım sürecindeki önemini kavramasıyla, kendi kişisel düşünce sistemi ve değer yargılarının farkında olmasıyla mümkündür (Eğlence ve Şimşek, 2014; Çınar ve Eti Aslan, 2017). Bununla birlikte hemşire, bireyin kendini iyi hissetmesini ve hastalığın getirdiği sıkıntılarla baş edebilmesini sağlayacak

spiritüel bakım girişimlerini, hemşirelik bakımına entegre etmelidir. Hemşirelerin yetkin ve yeterli spiritüel bakım verebilmesi için uygulaması gereken girişimler şunlardır:

- Bireyin varlığının farkında olmalıdır.
- Empati kurarak şefkatli davranmalıdır.
- Bireyin fiziksel, ruhsal, duygusal ve manevi boyutlarını bütüncüllük ilkesi içinde değerlendirmelidir.
- Bireyin maneviyata verdiği önemi, değer ve inanç sistemlerini anlamalı varsa mensubu olduğu dinin ritüellerine ilişkin öykü almalıdır.
- Sahip olduğu inanç, değer ve ritüelleri kabul etmelidir.
- Spiritüel sıkıntıların ortaya çıkardığı davranışsal belirtileri gözlemelidir.
- Hastalığa ve ölüme yüklediği anlamı etkileyen değer yargıları hakkında veri toplamalıdır.
- Manevi yönünü güçlendirecek uygulamaları yerine getirebilmesi için uygun ortam sağlamalıdır.
- Birey ve ailesinin mahremiyetine özen göstermelidir.
- İhtiyaç duyulduğunda multidisipliner yaklaşımla din görevlileri ile iletişim kurmalı ve bu kişileri bakıma entegre etmelidir.
- Aktif dinleme, terapötik dokunma, onun için orada olma, dini inanç ve değerlere saygı duyma, dua etme, meditasyon ve müzik dinleme gibi aktivitelerin yapılmasına destek olmalıdır.
- Bakımın planlanması ve uygulanması aşamalarına bireyin izin verdiği ölçüde ailenin katılımını sağlamalıdır (Daştan ve Buzlu, 2010; Khairunnisa, 2014; Çınar ve Eti Aslan, 2017; Köktürk Dalcalı, 2019).

Hemşirenin spiritüel bakım verme konusunda yeterli ve yetkin olabilmesi profesyonel bilgi ve becerisine bağlıdır. Bu konuda yapılan çalışmalar hemşirelerin spiritüel bakım vermede yaşadıkları güçlükleri dört ana nedene bağlamaktadır. Bunlardan birincisi hemşirenin aşırı iş yükü nedeniyle spiritüel bakıma yeterli zamanı ayıramamasıdır. İkincisi hemşirenin spiritüel kavramı, spiritüel gereksinimler ve bu gereksinimlerin değerlendirilmesi konusunda farkındalığının yeterli düzeyde olmamasıdır. Üçüncüsü hemşirenin spiritüel bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi bu nedenle de bireyin spiritüel yönünü değerlendirmekten kaçınmasıdır. Sonuncusu ise lisans eğitim müfredatında spiritüel ve spiritüel bakım konularına yeterince yer verilmemesi ve spiritüel bakım girişimlerinin klinikte uygulanmasına

izin verilmemesidir (Epstein-Peterson et al., 2015; Bester et al., 2016; Melhem et al., 2016; Abell et al., 2017; Connors et al., 2017; Karbasi et al., 2018; Ross et al., 2018; Kalkım vd., 2019; Özakar Akça vd., 2022).

Eğlence ve Şimşek'in (2014) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %59,4'ünün bakım verdikleri bireylerin spiritüel gereksinimlerini karşılayamadıkları belirlenmiş olup gereksinimleri karşılayamama nedenlerinden ilk ikisinin zaman (%44,8) ve personel yetersizliği (%31,6) olduğu bildirilmiştir. Bu doğrultuda hemşirenin bilgi birikiminin artırılması amacıyla öncelikle lisans eğitimi müfredatında spiritüalizite kavramı ve spiritüel bakım girişimleri konularına ayrıntılı yer verilmesi, bunların vaka çalışmaları ve kanıt temelli araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir. Ayrıca spiritüel bakımın klinik uygulamaya entegrasyonunu kolaylaştırmak amacıyla, hemşire başına düşen hasta sayısının optimal düzeye getirilmesinin ve bu konuda gerekli hizmet içi eğitimlerin yapılmasının bakımın önündeki engelleri ortadan kaldıracak önemli adımlar olduğu bildirilmiştir (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

2.2.3. Palyatif Bakımda Spiritüel Bakım Yetkinliğinin Önemi

Palyatif bakım progresif ilerleyen ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklara sahip bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerini karşılayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan bakım sistemi olarak tanımlanmaktadır (Köktürk Dalcalı, 2019). Hastalığın başlangıcından itibaren başlayan ve ailenin yas sürecine kadar devam eden palyatif bakım bu alanda yetkin olmayı gerektirmektedir (Cardoso et al., 2013).

Palyatif bakım bireyin fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçlarını karşılamanın ötesine geçerek insanın varoluşunu destekleyen tüm alanlara odaklanmaktadır (Bovero et al., 2016). Yaşamı tehdit eden hastalık ve/veya sakatlık durumlarında spiritüalizite kavramı daha önemli hale gelmektedir. Bireyler hayatını değiştiren kriz durumlarında konfor alanını sağlamak, umudunu kaybetmemek veya geri kazanmak, stres ve kaygı yaratan durumun üstesinden gelmek için spiritüel değer ve inançlarını kullanmaktadır (Çelik vd. 2014; Sülü Uğurlu, 2014; Özer vd., 2019). Bu inanç ve değerler hastalık sürecinde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomları iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda bireyin varoluşunu tehdit eden duruma karşı itici bir güç oluşturarak hayata bakış açısını daha olumlu hale getirmektedir. Bununla birlikte bireyin depresif ve stresli duygu durumundan uzaklaşmasına yardımcı olarak yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım birimlerinde çalışan ve hastaya hümanistik-holistik bakım sunmayı amaçlayan hemşirelerin yaşamı tehdit eden hastalık sürecinde

spiritüel bakım sunmanın öneminin farkında olması ve bu konudaki yetkinliğini üst düzeye çıkarması son derece önemlidir (Coughlin et al., 2017; Arrieira et al., 2018).

Palyatif bakım sürecinde hemşirelik bakımının hedefleri, bütüncül ve hümanistik bakımın sunulması, birey ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Hemşireler bu hedeflere ulaşmak için bakım, tedavi, koordinasyon, eğitim ve liderlik rollerini kullanabilmelidir. Rollerini yerine getirirken birey ve ailesinin bireyselliğini gözardı etmemelidir. Kişiye özgü fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel gereksinimleri belirleyebilmelidir. Bireyin umut etme duygularını ve kişiler arası ilişkilerini koruyarak yaşamı, hastalığı ve tedavi süreci üzerindeki kontrol duygularını kaybetmesine izin vermemelidir (Şen vd. 2016).

Günümüzde spiritüalite kavramına olan ilginin artması özellikle bu konuda yapılan çalışma sayısının artmasına da neden olmuştur (Özer vd., 2019). Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde, palyatif bakım sürecinde hemşirelerin spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede ve buna yönelik yetkin bakım sunmada sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Bunun en önemli nedeni hemşirelerin bu konuda bilgi ve farkındalıklarının eksik olması olarak vurgulanmıştır (Köktürk Dalcalı, 2019).

Balboni vd. (2013) ileri evre kanser hastalarına bakım veren sağlık profesyonellerinin spiritüel bakım verme konusundaki düşüncelerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin spiritüel bakımı ara sıra vermenin yeterli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Daly vd. (2013) ileri evre jinekolojik kanser hastalarıyla yürüttükleri yarı deneysel çalışmada, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılandığı bireyselleştirilmiş bakım uygulaması ile genel bakım uygulamasını karşılaştırmıştır. Aynı çalışmada birey ve ailesinin spiritüel gereksinimlerinin karşılandığı, bütüncül ve hümanistik bakış açısıyla verilen bakımın yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir (Daly et al., 2013).

Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, hemşireler tarafından verilen spiritüel bakım eğitimlerinin bireyin stresinin azalmasına, kriz durumuyla baş etmesine ve manevi yönden kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olduğu bildirilmiştir (Delgado-Guay, 2014; Ferrel et al. 2015; Taylor et al. 2015; Chimluang et al. 2017; Kwan et al. 2017; BainBridge and Seow, 2018). Bu doğrultuda temel felsefesi holistik bakım sunmak olan hemşirelerin, insanın spiritüel boyutuna ilişkin farkındalıkları artırılmalıdır. Bununla birlikte palyatif bakım ünitelerinde görev alan hemşirelerin spiritüel bakım vermesini etkileyen faktörler belirlenmeli ve bunların ortadan kaldırılması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (Köktürk Dalcalı, 2019).

2.3. Ölçek Uyarlama Süreci

Ölçek, birimlerin özellikle hissedilen, bilinen ancak gözlenemeyen bazı özelliklerini sayısal olarak ifade edebilmek amacıyla geliştirilmiş ölçüm araçlarıdır. Özellikle sosyal bilimlerde davranışsal özelliklerin sayısal veriler ile ölçülebilmesi için ölçeklerden yararlanılmaktadır (Özdamar, 2017). Ölçek uyarlaması, farklı bir toplumda geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ile kanıtlanmış olan bir ölçeğin, diğer dil ve kültürde de uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması anlamına gelmektedir. Ölçek uyarlama çalışmaları psikolinguistik (dil uyarlaması) ve psikometrik (geçerlik ve güvenirlik) özelliklerin incelenmesi olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmektedir (Esin, 2014).

2.3.1. Ölçeğin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Psikolinguistik çalışmalar, ölçeğin psikometrik özelliklerini de etkileyebileceği için son derece önemlidir. Bu nedenle dil uyarlama çalışmasını yapacak çevirmenlerin ölçeğin orijinal dili ile uyarlama yapılacak dili son derece iyi bilmesi ve konuşması, bununla birlikte iki kültürün özelliklerine hâkim olması gerekmektedir. Uyarlama çalışmalarında çevirilerin en az iki çevirmen tarafından yapılması önerilmektedir. Psikolinguistik çalışmalarda öncelikle ölçek, alanında uzman olan ölçeğin orijinal diline ve Türkçeye hâkim olan en az iki çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmektedir. Ardından araştırmacı iki farklı çeviriyi karşılaştırıp, ölçek maddelerini bir araya getirdikten sonra daha önceki çeviri aşamasında yer almayan farklı dil ve alan uzmanlarının görüşüne sunmaktadır. Yabancı dil uzmanları çeviriyi dilsel açıdan incelerken, alan uzmanları ölçek maddelerinin kuramsal açıdan uygunluğunu değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda uzmanlar ölçek maddelerine yönelik öneri veya düzenleme yapabilmektedir. Ölçeğin Türkçeye çevirisine son hali verildikten sonra diğer basamak, ölçeğin orijinal diline tekrar çevrilmesidir. Bu aşamada da hem Türkçeyi hem de ölçeğin orijinal diline hakim olan en az iki dil uzmanı tarafından ölçek maddeleri Türkçeden orijinal diline çevrilir. Ölçeğin orijinal hali ile Türkçeden orijinal dile çevirisi yapılan ifadeler arasında kayda değer bir farklılık bulunmaması gerekmektedir. Eğer ölçek maddelerinde farklılık olursa tekrar çeviri yapılması gerekebilir (Seçer, 2015).

Ölçek uyarlama çalışmalarında kavramda ve dilde eş değerlik yaklaşımlarından söz edilmektedir. Ölçekteki bazı ifade ve kavramların, dil ve kültür özelliklerine göre uyarlanmaması bazı problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle problemlerin

yaşanmaması için kavramda eş değerlik yaklaşımı kullanılmaktadır. Bu yaklaşımda alanında uzman kişilerden görüş alınması önerilmektedir. Kavramda eş değerlikte, ölçekte yer alan ifadenin kültüre özgü farklı sözcük ve cümlelerle anlatılması söz konusudur (Aksayan ve Gözüm, 2002; Esin 2014; Karaçam, 2019).

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesinden önce ölçeğin pilot çalışmasının yapılması gerekmektedir. Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ve kabul edilebilirliğine yönelik örneklem grubundan geri bildirimler alınmaktadır. Bununla birlikte ölçeğin iç tutarlılık değerinin 0,70 ve üzerinde olup olmadığı ve madde toplam korelasyon değerlerinin 0,30'un altında olup olmadığı değerlendirilmelidir. Sorunlu maddeler varsa dil ve alan uzmanları ile birlikte bu maddeler tekrar değerlendirilmeli ve sonrasında ikinci pilot uygulama yapılmalıdır (Seçer, 2015).

2.3.2. Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

2.3.2.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği niteliği, ne kadar doğru ölçtüğünü gösteren özelliktir. Geçerlik kavramının tek bir tanımı yoktur. Ancak geçerlik ile ilgili tanımlarda vurgulanan üç özellik vardır. Bunlar, ölçüm aracının ölçeceği niteliğe uygun olması, ölçümü doğru yapması ve ölçüm verilerinin ölçülmek istenen niteliği yansıtmasıdır. Bir ölçüm aracının geçerli olup olmadığını belirlemek için, kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmaktadır (Esin, 2014; Sönmez ve Alacapınar, 2016; Karagöz, 2017).

a. Kapsam Geçerliği

Ölçeğin ve ölçekteki her bir ifadenin, ölçülmek istenen niteliği ölçüp ölçmediğini ve içinde farklı kavramları içerip içermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir geçerlik türüdür (Esin, 2014). Örneklemen evreni temsil etme gücünün artması, kapsam geçerliliğini de artırmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Kapsam geçerliği; uzman görüşüne başvurma ve aynı niteliği ölçen başka bir ölçüm aracı ile arasındaki korelasyon katsayısının hesaplaması yöntemleri ile belirlenmektedir. Uzman görüşüne başvurma yönteminde, maddelerin dilsel, kültürel ve içerik geçerliğinin sayısal olarak değerlendirilebilmesi için derecelendirme ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütler Content Validity Index (CVI), Lawshe ve Davis teknikleridir. Uzmanlar, birbirlerinden bağımsız olarak ölçek maddelerini tekniklerde belirtilen puanlara göre değerlendirmektedir. Değerlendirme sonucunun 0,80 ve üzerinde olması ölçüm aracının kapsam geçerliğinin olduğunu göstermektedir (Esin,

2014; Seçer, 2015; Alpar, 2018).

b. lt Bağımlı Geçerlik

lt bağımlı geçerlik, lğin daha önce geçerliği yapılmış olan, llen kavramı ölçen başka bir dış lt ile arasındaki karşılaşmanın test edilmesidir (zdamar, 2017). Başka bir ifade ile lğin, başka bir ölüm aracından elde edilen sonucu verme yeteneğidir. lt bağımlı geçerlik, yordama-kestirim geçerliği ve eş zaman geçerliği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Yordama-kestirim geçerliği, ölçek aracılığıyla yapılan ölüm ile llmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen bir kriter arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. lğin yordama geçerliğinin olabilmesi için korelasyon katsayısının pozitif yönde ve güçlü bir ilişkiye sahip olması gerekir (Esin, 2014; zdamar, 2017).

Eş zaman geçerliği ise yeni geliştirilen bir ölüm aracı ile aynı kavramı ölçen daha önce geliştirilmiş olan başka bir ölçek ile arasındaki uyumun değerlendirilmesidir. Eski ve yeni ölçek öncelikle aynı örnekleme uygulanır. Ölçeklerden alınan sonuçlar arasındaki korelasyona katsayısına bakılır. Korelasyon katsayısının yüksek çıkması eş zaman geçerliği olduğu anlamına gelmektedir (Esin, 2014; zdamar, 2017).

c. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, doğrudan llemeyen bir faktörü ölçmeyi amaçlayan ölüm aracının, llmek istenen soyut kavramı doğru lme derecesidir. Fenomenin tam ve tarafsız olarak llmesini amaçlamaktadır. Yapı geçerliğinin incelenmesinde faktör analizi, hipotez sınanması, zıt veya bilinen grup ile karşılaştırma, çok değişkenli çok yöntemli matris yaklaşımı, aşamalı küme analizi, iç tutarlılık analizi olmak üzere farklı yöntemler kullanılabilir (Esin, 2014; zdamar 2017; zdemir, 2018). Bu yöntemler içerisinde en çok kullanılan yöntem faktör analizidir (Tezbaşaran, 2008; Erdoğan vd., 2014; Tavşancıl 2014).

Faktör Analizi: Faktör analizi, alt boyutları olan ölçekler için kullanılmaktadır. lğin alt boyutları faktör olarak adlandırılmaktadır. Ölçek maddelerinin farklı boyutlar altında toplanabilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir analizdir. Faktör analizi, lğin bütünlüğünün test edilmesini ve lğin ilgisiz ifadelerden arınması sağlamaktadır. Faktör analizinin amacı, lğin madde sayısını azaltarak daha az faktörle ölüm yapabilmesidir. Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve

doğrulamalı faktör analizi olmak üzere iki yöntem ile yapılmaktadır (Esin, 2014). Açıklayıcı faktör analizi (AFA), ölçek ifadelerinin kaç alt boyutta toplanabileceğini ve alt boyutlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanmaktadır. Doğrulamalı faktör analizi (DFA) ise ölçek uyarlama sürecinde önceden belirlenmiş olan faktör yapısının doğrulanabilirliğini belirlemek için kullanılmaktadır (Seçer, 2015).

Hipotez Sınanması/ Mantıksal Analiz: Araştırmacı ölçüm aracının sonuçlarına yönelik hipotezler geliştirmektedir. Literatür bilgisi ve gözlemleri doğrultusunda, aralarında ilişki olacağı varsayımı ile korelasyon analizi yaparak bu ilişkilerin yönünü ve düzeylerini değerlendirmektedir (Esin, 2014).

Zıt veya Bilinen Grup ile Karşılaştırma: Birbiri ile benzer olmayan iki farklı gruba ölçüm aracının uygulandıktan sonra sonuçların karşılaştırıldığı geçerlik yöntemidir. İki grup arasındaki ölçüm sonuçlarının aynı olmaması beklenmektedir (Esin, 2014).

Çok Değişkenli Çok Yönlü Matris Yaklaşımı: Bir testin ölçüm sonuçlarının aynı ya da farklı yapılardaki diğer testlerle nasıl ilişki içerisinde olduğunun belirlenmesi yöntemidir. Test, farklı olan değişkenlerle anlamsız ya da sıfır ilişki gösterirken, aynı olan değişkenlerle kuramsal olarak yüksek düzeyde korelasyon ilişkisi göstermelidir (Esin, 2014).

2.3.2.2. Güvenirlik

Güvenirlik, ölçüm aracının duyarlı, tutarlı ve en az hata ile ölçüm yaptığının göstergesidir. Duyarlı ölçüm, ölçülen niteliğin tüm ayrıntıları ile ölçüldüğü anlamına gelmektedir. Tutarlı ölçüm, bir niteliğin birden fazla ölçüm yapıldığında aynı, benzer ya da yakın sonuçlar elde edildiğini ifade etmektedir. Hatasız ölçüm aracı bulunmamaktadır. Ancak ölçüm aracı, ölçen kişi, uygulama ve ölçümden kaynaklı bazı hatalar olabilir. Bu hataların en aza indirilip ölçümün o şekilde yapılması, ölçüm aracının güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Güvenirlik, aynı zamanda bir ölçüm aracının ölçülmek istenen niteliğin gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğidir (Esin, 2014). Ölçüm aracının geçerli olabilmesi için güvenilir olması gerekmektedir (Özdamar, 2017).

Güvenirlik ölçülebilir bir özelliktir. Güvenirlik katsayısı α ile gösterilir. Güvenirlik katsayısı değerinin, 0 ile +1 arasında olması beklenir. Katsayı değerinin

+1'e yaklaşması, ölçüm aracının güvenilirliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Şencan, 2005; Özdamar, 2017).

Güvenirlilik yöntemleri, değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum ve iç tutarlılıktır (Esin, 2014; Özdamar, 2017).

a. Değişmezlik

Değişmezlik, ölçüm aracının farklı zamanlarda yapılan ölçümlerde birbirine yakın ve tutarlı sonuçlar vermesidir. Bir başka ifade ile zamana göre değişik sonuçlar göstermemesidir. Ölçüm aracının değişmezliği, test tekrar test ve paralel form güvenilirliği yöntemi ile belirlenmektedir (Esin, 2014).

Test Tekrar Test Yöntemi: Test tekrar test yönteminde, ölçüm aracı aynı örneklem grubuna bir kez daha uygulanmaktadır. İki uygulamada ölçüm aracına verilen yanıtlar karşılaştırılarak korelasyon katsayısı hesaplanır. Elde edilen korelasyon katsayısı ile testin güvenilirlik katsayısı saptanır (Esin, 2014). Test tekrar test yöntemi, aralıklı ve aralıksız yöntem olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Aralıklı yöntemde, ölçüm aracı örnekleme belirli bir süre aralığında tekrar uygulanmaktadır. Literatürde ölçüm aralığının iki hafta ile iki ay arasında olması önerilmektedir. Aralıksız yöntemde ise ölçüm aracı örnekleme ara vermeden ya da kısa bir süre geçtikten sonra tekrar uygulanmaktadır. Ancak aralıksız yöntemde örnekleme yer alan bireyler ilk uygulamada verdikleri yanıtları hatırlayabilir. Bu nedenle aralıksız yöntemde korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmayabilir (Esin, 2014).

Paralel Form Güvenirliği: Eşdeğer ya da alternatif form olarak da bilinen bu yöntem, benzer özelliklere sahip iki farklı ölçüm aracının farklı zamanlarda aynı örnekleme uygulanmasıdır. Bu yöntemin test tekrar test yönteminden farkı, ikinci ölçümde aynı ölçüm aracının değil, eşdeğer bir aracın kullanılmasıdır. İlk ve ikinci ölçüm sonrasında toplam değerler arasındaki Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısına bakılmaktadır. Uygulama sonrasında her iki ölçüm aracından alınan aritmetik ortalama ve standart sapma değerinin benzer olması gerekmektedir (Esin, 2014).

b. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum/ Gözlemciler İçi Uyum Güvenirliği

Önceden eğitim almış birden fazla gözlemcinin, birbirlerinden bağımsız bir şekilde aynı durum, zaman ve ölçüm aracı ile ölçüm yaptıkları yöntemidir. Gözlemciler aynı katılımcıya ölçüm aracını uygulamaktadır. Elde edilen sonuçların arasında uyum

olması beklenmektedir. Korelasyon, t testi ve Cronbach alfa katsayısı kullanılarak uyum değeri belirlenmektedir.

Gözlemciler içi uyum güvenirliğinde ise tek gözlemci, aynı durumu farklı zamanlarda değerlendirmektedir. Farklı zamanlarda yapılan değerlendirme sonuçları arasında uyum olması beklenmektedir (Esin, 2014). Ancak güvenirlik, gözlemcinin özelliklerden etkilenebilmektedir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Ölçümler sınıf içi korelasyon veya Chon'in Kappa katsayısı kullanılarak değerlendirilmektedir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012).

c. İç Tutarlılık

Ölçüm aracının, uyumlu bir bütün olduğunu göstermek için kullanılan yöntemdir. İç tutarlığın yüksek olması, ölçüm aracındaki maddelerin birbirleriyle uyumlu olduğu, ölçümü yapılan olguyu tutarlı bir şekilde ölçtüğü ve ölçüm aracının güvenilir olduğu anlamına gelmektedir. İç tutarlığı belirlemek için dört yöntem kullanılmaktadır (Şencan, 2005; Esin, 2014).

Yarıya Bölme Yöntemi: Yarıya bölme yönteminde, ölçüm aracı iki eşit parçaya bölünmektedir. Ölçüm aracını, yarıya bölmek için iki yöntem kullanılmaktadır. Ölçek maddeleri ilk yarı ve ikinci yarı şeklinde bölünebileceği gibi tek numaralı (1,3,...) ve çift numaralı (2,4,...) ölçek maddeleri bir grup oluşturacak şekilde de bölme işlemi gerçekleştirilebilir. Ölçme aracının iki yarı farklı bir ölçüm aracı gibi kabul edilerek, iki ölçüm arasındaki ilişki değerlendirilmektedir. İki grup arasındaki korelasyon yüksekse ölçüm aracının tamamının birbiri ile yakın ilişkisinin olduğu sorulardan oluştuğu ve iç tutarlık değerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu yöntemde güvenirlik katsayısının 0,70 ve üzerinde olması beklenmektedir (Esin, 2014).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı: Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, ölçüm aracındaki maddeler arasındaki homojenliği ifade etmektedir. Bu yöntem ölçüm aracındaki maddelerin ikiden fazla likert tipte yanıtlandığı ölçeklerde kullanılmaktadır. Ölçüm aracının alt boyutu varsa her bir alt boyut için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmalıdır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişim göstermektedir. Alfa katsayısının 1 değerine yaklaşması ölçeğin güvenirliğinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Esin, 2014).

Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Katsayısı: Ölçek madde yanıtlarının iki şıklı olduğu ölçüm araçlarında kullanılan bir yöntemdir. KR-20 güvenirlik katsayısının

yüksek olması, ölçek maddelerinin uyumlu olduğu ve aynı özelliği ölçtüğü anlamına gelmektedir (Esin, 2014; Seçer, 2015).

Madde-Toplam Puan Güvenirliği: Bu yöntem, ölçek maddelerinin her birinin uygunluğu ile ilgili bilgi vermektedir. Her bir ölçek maddesinin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı arasındaki ilişkinin incelendiği yöntemdir. Madde korelasyonunun düşük olması, o maddenin istenen olguyu ölçmediği anlamına gelmektedir (Esin, 2014).

2.4. Nitel Araştırma Yöntemi

Bilimsel araştırmalarda, belirli bir olay ya da durum ile ilgili sayısal ve istatistik verilerin yanı sıra, bireylerin karşılaştıkları ilgili olay ya da duruma yönelik inancı, tutumu, davranışı, motivasyonu ve verdiği tepkilerin belirlenmesi de son derece önemlidir. Bireyin bu tepkilerinin belirlenebilmesi nitel araştırma yöntemlerinin kullanılması ile mümkündür. Nitel araştırmaların amacı, araştırılan anlamı kavrayabilmek, içeriği anlayabilmek, olayın nedenlerini ve sürecini belirleyebilmektir (Erdoğan, 2014).

Nicel ve nitel araştırma yöntemi arasında bazı farklılıklar vardır. Bu farklılıklardan bazıları şunlardır:

- Nicel araştırmalar, realist felsefe ve pozitivist bilim anlayışını benimserken, nitel araştırmalar post modern ve post pozitivist felsefe ile yorumlamacı (hermeneutik) bilim anlayışını benimsemektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

- Nicel araştırmalara göre gerçek, duyu organları ile algılayabildiğimiz değişmez somut olgulardır. Nitel araştırmalara göre ise sürekli değişen sanal gerçeklik vardır. Sanal gerçeklik, özel ve yerel, bireye göre değişen, tarih, sosyal, ekonominik, politik ve kültürelidir. Başka bir ifade ile sanal gerçeklik evrensel değildir (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

- Nicel araştırma yönteminde bilgi, deney ve gözlem yolu ile elde edilir. Elde edilen bu bilgi değişmezdir, genellenebilir. Nitel araştırma yönteminde ise bilgi sürekli yeniden yapılır. Birey, nesne, yaşam sürekli değiştiği için elde edilen bilgi de değişmektedir. Bu nedenle genelleme yapılmamaktadır (Erdoğan, 2014; Sönmez ve Alacapınar, 2016).

- Nicel araştırmalar, bilginin genellenebilmesi için tümdengelim, tümevarım ve hipotetik dedüktif akıl yürütme yolları kullanılmaktadır. Nitel araştırmalar ise tümevarım akıl yürütme yöntemini benimsemektedir (Erdoğan, 2014). Ancak bazı

bilim insanlarına göre birtakım problemler mantık çerçevesinde çözümlenemeyeceği için nitel araştırmalar herhangi bir akıl yürütme temeline dayanmayabilir. Bu nedenle bilgiye ulaşmak için akıl yürütme yolları yerine sezgi, çok yönlü düşünme, derinlemesine kavrama vb. yöntemlerin kullanılması gerektiğini savunurlar (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

- Nicel araştırmalarda örneklemin evreni temsil etmesi gerekmektedir. Örneklemin evreni temsil etme gücü istatistiksel analizler ile belirlenmektedir. Nitel araştırmalarda ise toplanan veri, zaman ve katılımcılar ile ilgili olduğu ve genelleme yapma kaygısı olmadığı için evren-örneklem hesaplaması yapılmamaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

- Nicel araştırmalarda veri toplama aracı olarak anket, gözlem, soru formu vb. kullanılmaktadır. Nitel araştırmalarda ise veriler gözlem ve görüşme yöntemi ile toplanmaktadır. Bununla birlikte sözel ifadeler, mitler, anılar, öyküler, ses kayıtları, videolar, resimler gibi farklı kaynaklar nitel araştırmacılar için veri kaynağı olabilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016; Tekindal ve Arsu, 2020).

Literatürde nitel araştırmacılara çalışma konuları göre farklı yaklaşımlar önerilmektedir. Hemşirelik disiplini için önerilen nitel araştırma desenleri, fenomenoloji (olgu bilimi), etnografya (kültür analizi), gömülü kuram yaklaşımı, tarihsel araştırma, eylem araştırması, durum çalışması ve diğer yaklaşımlardır (Çetinkaya ve Özsoy, 2021).

2.4.1. Fenomenolojik Yaklaşım

Fenomenolojik yaklaşım (olgu bilimi, olaybilim ve görüngübilim), nitel araştırmanın temelini oluşturan bakış açılarından biridir. Özellikle hemşirelik gibi hümanistik felsefeyi benimseyen disiplinlerin çoğunlukla kullandığı nitel araştırma türüdür. Fenomenolojik yaklaşım, bireyin bir olay ile ilgili deneyimlerini anlamaya çalışmaktadır. Bir başka ifade ile çalışma kapsamına alınan bireyin bakış açısı ile yaşam deneyimini anlamaktır. Fenomenolojik yaklaşımın temelini bireysel deneyimler oluşturmaktadır. Gerçek, bireyin algılamalarına dayanmaktadır. Bu algılar bireyin içinde bulunduğu duruma, zamana, şartlara ve çevreye göre değişebilmektedir (Tekindal ve Arsu, 2020; Çetinkaya ve Özsoy, 2021).

Fenomenolojik araştırmalar tanımlayıcı ve yorumlayıcı fenomenoloji olmak üzere ikiye ayrılır. Tanımlayıcı fenomenolojik yaklaşımın temel felsefesi bireyin deneyimlerinin anlamını vurgulamaktır. Yorumlayıcı fenomenolojik yaklaşımın

felsefesi ise, bireyin deneyimlerini tanımlamak ile birlikte deneyimlerini yaşadığı toplumsal, kültürel, siyasal ve ekonomik yapıyı anlamak ve yorumlamaktır (Erdoğan, 2014; Çetinkaya ve Özsoy, 2021).

Fenomenolojik araştırmalarda başlıca veri toplama aracı görüşmedir. Araştırma konusu ile ilgili yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarabilmek için görüşme sırasında araştırmacı ile katılımcının güven ve empatiye dayalı bir etkileşim içinde olması ve araştırmacının esnek tutumu önemlidir. Bununla birlikte konuyu irdileyebilmek için sonda (deşici) sorular sorulması ve yoğun bir etkileşime girilmesi nedeniyle görüşmeler genellikle uzun sürmektedir. Bazı araştırmalarda birden fazla görüşme yapılabilmektedir. Bu tür görüşmelerde araştırmacının ulaştığı açıklamaları ve anlamları katılımcıya teyit ettirme fırsatı olduğu için araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği de artmaktadır. Fenomenolojik araştırmalarda araştırmacı, görüşmelerine temel oluşturmak ya da desteklemek için gözlem yöntemini de veri toplamak için kullanılabılır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, “Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği”nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”nı yapmak, hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Bu çalışmada ilk aşamada yurtdışında geliştirilen 靈性關懷能力量表的/Palliative Care Spiritual Care Competency Scale’in (Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması’nın yapılması amaçlanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin palyatif bakım ve spiritüel bakım ile ilgili düşünce, deneyim ve yetkinliklerini belirleyebilmek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden biri olan betimleyici fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Nitel araştırma verilerinin raporlanmasında Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research-COREQ) (Ek-1) kullanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 10.03.2021-04.01.2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışmakta olan 838 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak kişi sayısını belirlemek amacıyla kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Öztürk, 2017). Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 264 olarak hesaplanmıştır.

$$\frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülme-yiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değ er.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değ erler yerine konulduğ unda;

p: 0,5 q: 0,5

t: 1,96 (tablo değ eri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$n = \frac{838 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (838 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 264

Bununla birlikte ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklem sayısının hesaplanmasında ölçek madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme alınması bildirilmektedir (Aksu vd., 2017). Diğ er bir yaklaşıma göre ise ölçek ile ilgili analizlerin yapılabilmesi için istatistiksel olarak gerekli sayının dikkate alınması önerilmektedir. Bu doğrultuda 100 kişilik örneklemin zayıf, 200 kişilik örneklemin orta, 300 kişilik örneklemin iyi, 500 kişilik örneklemin çok iyi ve 1000 kişilik örneklemin mükemmel olarak kabul edilebileceğ i bildirilmektedir. Bu çalışmada örneklem büyüklüğ ü belirlenirken, geliştirilen ölçekteki madde sayısının en az 10 katı olması dikkate alınmıştır (O’Rourke et al., 2013). Bu araştırma kapsamında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeğ i’nin madde sayısının 18 olması ve veri kaybı olabileceğ i düşünülmesi nedeniyle en az 280 hemş ireye ulaşılması hedeflenmiş ve araştırmayı kabul eden toplam 354 hemş ire ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, en az bir yıldır dahili, cerrahi, yoğun bakım ve diğ er kliniklerde görev yapan hemş ireler alınmıştır. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul etmeyen (n=25), raporlu veya izinli olan (n=35) hemş ireler çalışma kapsamı dışında bırakılmış tır. Bu araştırmada veri toplama formunun cevaplanma oranı %85’tir.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın nitel boyutunda, çalışmanın amacı doğrultusunda derinlemesine bilgi toplayabilmek amacıyla amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme

yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan, görüşme esnasında sorulan sorulara farklı yanıtların gelmemesi ya da yeni bilginin elde edilmediği anlamına gelen veriye doyma ilkesi benimsenmiştir (Polit and Beck, 2004, Çetinkaya ve Özsoy, 2021).

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri anket formu ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacak olan Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 20 kişilik bir grupta pilot çalışma yapılarak test edilmiştir. Pilot çalışma sonrasında anlaşılmayan bir ifade olmadığı görülmüş ve veri toplama sürecine başlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılıp katılmama konusundaki kararın kendilerine ait olduğu ve verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış soru formu ile derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Bu çalışmada 17 hemşire ile yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılmıştır. İki hemşire yoğunluğu nedeniyle araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Görüşmelerin tamamı nitel araştırma kursu alan ve deneyimli araştırmacı ve bir gözlemci ile gerçekleştirilmiştir. Soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla iki hemşire ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot görüşme sonrasında çalışmanın amacına uygun olmayan ve anlaşılmayan soru bulunmadığı saptanarak veri toplama sürecine başlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan hemşirelere, araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yapılacağı, ne kadar süreceği, ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, verilerin ve kimlik bilgilerinin gizli kalacağı konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Görüşmeler katılımcı ve araştırmacı tarafından belirlenen gün ve saatte yapılmıştır. Görüşmelerin bölünmemesi ve bireylerin rahat bir şekilde görüşmeyi sürdürebilmesi için uygun ortam hazırlanmıştır. En kısa görüşme 22 dakika, en uzun

görüşme 71 dakika olup ortalama görüşme süresi 45 dakikadır. Görüşme esnasında araştırmacı iç geçerliği sağlamak ve yanıtlarının doğru bir şekilde ifade edildiğinden emin olmak için katılımcıların ifadelerini özetlemiş ya da tekrarlamıştır. Gözlemci ise fenomenolojik görüşmeler sırasında katılımcıların davranışlarını, tepkilerini, jest ve mimiklerini kayıt altına almıştır. Hemşirelerin ifadeleri tekrar etmeye başladığı ve yeni bir veri elde edilemediği zaman araştırmacının nitel boyutu sona ermiştir. Görüşmeler sonrasında ifadeler, araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazılı hale getirilmiştir. Bununla birlikte nitel görüşmelerde katılımcıların gizliliğini sağlamak amacıyla her bir katılımcı numaralandırılmıştır (örnek: K.1, K.2 vb.)

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları **Anket Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Akgün Kostak vd., 2010; Eğlence ve Şimşek, 2014; Best et al., 2016; Kutlu vd., 2020; Duran ve Özçelik, 2022) hemşireleri tanıtıcı anket formu, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren 3 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu), mesleki özelliklerini içeren (çalışma yılı, çalıştığı servis) 2 soru ve palyatif bakım ve spiritüel bakım bilgisi ile ilgili özelliklerini içeren 18 soru (spiritüel bakım kavramını duyma durumu, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma durumu, spiritüel bakım eğitimi aldıysa eğitimi nerden aldığı, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma isteği olup olmadığı, çalıştığı serviste spiriüel bakım verme durumu, çalıştığı serviste spiritüel bakım vermiyorsa verememe nedenleri, palyatif bakım kavramından ne aldığı, palyatif bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu, palyatif bakım ile ilgili eğitim aldıysa bu eğitimi nerden aldığı, palyatif bakım ile ilgili eğitim/bilgi almak isteme durumu vb.) olmak üzere 23 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği orijinal formu “靈性關懷能力量表的 (Palliative Care Spiritual Care Competency Scale) (Ek 3) hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeylerini belirleyebilmek amacıyla Chen vd. tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin orijinal hali, Spiritüel Bakım Bilgisi, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı, Spiritüel Bakım olmak üzere üç alt boyut ve 18 maddeden oluşmaktadır (Ek 3 ve Ek 4). Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutu 3 maddeden, Spiritüel Bakım Öz

Farkındalığı alt boyutu 5 maddeden, Spiritüel Bakım alt boyutu ise 6 maddeden oluşmaktadır. Hemşirelerden ölçeğin tüm maddelerini hiç uygun değil=1 ve tam uygun=5 şeklinde yanıtlamaları istenmektedir. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması 1 ile 5 puan arasında değişmektedir. Ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının 1 puana yaklaşması hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeyinin azalması, 5 puana yaklaşması hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeyinin artması olarak yorumlanmaktadır. Hu vd. tarafından 2019 yılında ölçeğin Çin’de, geleneksel Çince’de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Chen vd. (2016), ölçeğin orijinal formunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısını 0,92, Hu vd. ise (2019) ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısını 0,86 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89, Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,78, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,79, Spiritüel Bakım alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85 olarak belirlenmiştir (Ek 5). Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılabilmesi için ölçek sahibinden izin alınmıştır (Ek 6).

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, hemşirelerin spiritüel bakım ve palyatif bakım verme durumu, spiritüel bakım ve palyatif bakım verme durumlarını etkileyen faktörler, spiritüel bakım ve palyatif bakım vermenin yararları vb. belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Hemşirelerle bire bir yapılan fenomenolojik görüşmeler sırasında sorulan sorular şunlardır:

1. Size göre manevi/spiritüel bakım nedir?
2. Hastaların sizce manevi/spiritüel bakım gereksinimleri nelerdir?
3. Manevi/spiritüel bakım sizce nasıl verilebilir?
4. Manevi/spiritüel bakım vermeyi kolaylaştıran faktörler nelerdir?
5. Manevi/spiritüel bakım vermeye engel olan faktörler nelerdir?
6. Size göre manevi/spiritüel bakımın yararları nelerdir?

-Hasta açısından yararları nelerdir?

-Hemşire açısından yararları nelerdir?

7. Size göre ülkemizde bir hemşirenin yetkin bir manevi/spiritüel bakım verebilmesi için neler yapılmalıdır?

8.Palyatif bakım nedir?

9.Size göre palyatif bakım verirken hemşirenin rol ve sorumlulukları nelerdir?

-Palyatif bakım vermenin hemşire açısından (mesleki, kişisel, sosyal vb) avantajları/kazanımları nelerdir?

-Palyatif bakım vermenin hemşire açısından (mesleki, kişisel, sosyal vb) dezavantajları nelerdir?

10.Palyatif bakım verirken hasta, hasta yakını ve hemşire açısından karşılaştığınız zorluklar nelerdir?

- Bu zorluklarla nasıl başa çıkıyorsunuz?

- Bu zorluklarla başa çıkmanızda size yardımcı olan faktörler nelerdir?

11. Size göre ülkemizde bir hemşirenin yetkin bir palyatif bakım verebilmesi için neler yapılmalıdır?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 28.0 ve IBM SPSS Amos 21.0 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss) verilmiştir. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin öncelikle geçerlik analizleri yapılmıştır. Kapsam geçerlik analizinde Lawshe yöntemi, yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Güvenirlik çalışmalarında ölçek ve alt boyutlarının güvenirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Araştırma kapsamında uygulanan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart sapma
Ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama Ve Standart Sapma, Bağımsız Örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Kapsam Geçerliği	Lawshe Tekniği, Kapsam Geçerlik Oranı, Kapsam Geçerlik İndeksi
Yapı Geçerliği	Doğrulamalı Faktör Analizi • Mutlak uyum indeksleri • Madde faktör yük değerleri
Madde analizleri (güvenirlik analizi) • Madde toplam puan analizi • Madde-alt boyut analizi • Alt boyut-toplam ölçek analizi	Pearson korelasyon analizi
Toplam Ölçek Ve Alt Boyutların İç Tutarlılığı (Güvenirlik Analizi)	Cronbach Alfa Analizi
Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliği (Güvenirlik Analizi)	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması	

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analizinde içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizi, dokümanların içeriğinin bir sistematik doğrultusunda objektif olarak incelenmesidir. İçerik analizinin temel amacı, toplanan verilerin açıklanmasına yardımcı olacak kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Akt: Bilgin, 2006). Bu araştırmadan elde edilen nitel veriler, Colaizzi'nin (1978) tanımladığı yedi adımdan oluşan tanımlayıcı analiz yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Birinci aşamada, ses kayıt cihazı kullanılarak yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından tek tek dinlenerek ve bilgisayar ortamına aktararak toplam 177 sayfadan oluşan transkriptler elde edilmiştir. Transkriptlerin doğruluğunu inceleyebilmek için ses kayıtları tekrar dinlenerek karşılaştırılmıştır. Son hali verilen transkriptlerin her biri MAXQDA 2022 programını aktarılmıştır. Görüşme raporlarının kaybolmasını engellemek amacıyla bulut ortamında yedekleme yapılmıştır. İkinci aşamada, katılımcıların deneyimleri ile ilgili önemli ifadeler işaretlenmiştir. Üçüncü aşamada işaretlenen ifadeler tekrar okunarak ortaya çıkan anlamlar formüle edilmiştir. Dördüncü aşamada, temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Beşinci aşamada elde edilen temalar katılımcıların deneyimleri ile ilişkilendirilmiştir. Altıncı aşamada araştırmanın ana fikrini oluşturan kavramsal yapı

oluşturulmuştur. Yedinci aşamada rastgele seçilen üç katılımcıya tema, alt tema ve transkriptler gönderilerek geri bildirim alınmıştır.

3.2.4.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Bu araştırmada açık uçlu sorulardan oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formunun taslak hali, uygulama öncesinde bir nitel araştırma uzmanının görüşüne sunulmuştur. Araştırmanın güvenirliliği, Guba ve Lincoln (1989) tarafından önerilen kriterlere (aktarılabirlik, güvenirlilik, onaylanabilirlik ve inanirlılık) göre değerlendirilmiştir. Bireysel görüşmeler sırasında araştırmacı katılımcılara tarafsız davranmıştır. Çalışmanın şekli, veri toplama araçları, araştırmanın uygulanması, verilerin analizi ve bulguların nasıl düzenlendiği ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Tüm görüşmeler benzer ortamlarda aynı veri toplama araçları ile gerçekleştirilmiş ve tüm ses kayıtları aynı araştırmacı tarafından kopyalanmıştır. Verilerin güvenirliliği için araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından kodlar ve temalar bağımsız olarak oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar tarafından kodların temalarla ilişkileri değerlendirilerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Araştırmanın iç ve dış güvenirliliğini arttırmak için bireysel görüşmelere bağımsız bir gözlemci katılmıştır. Bireysel görüşmelere ait yazılı notlar ve ses kayıtları muhafaza edilmiştir.

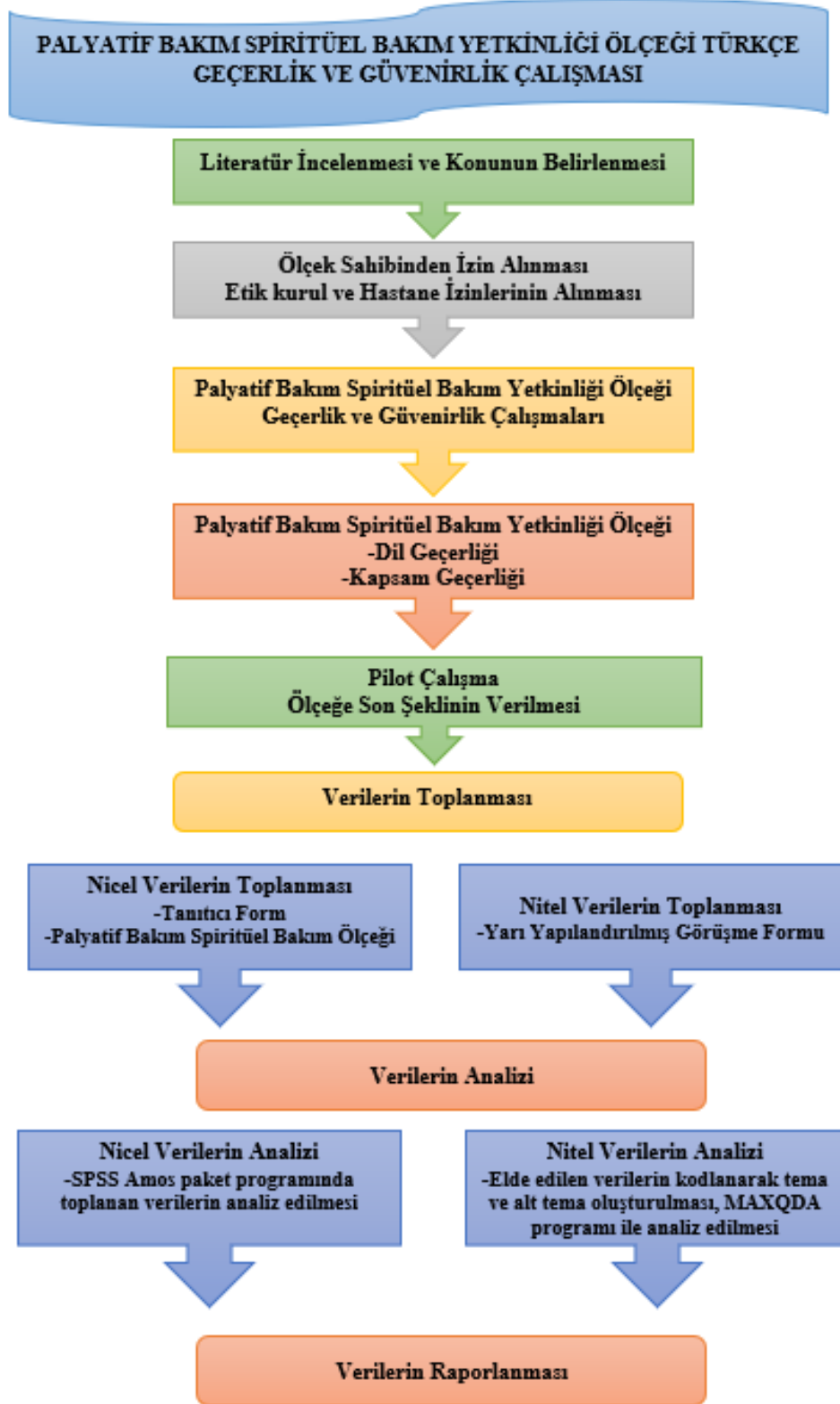
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (B.30.2. ODM.0.20.08/11-58) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 7). Verileri toplamak için çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden yazılı (E-15374210-804.01-33874) izin alınmıştır (Ek 8).

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede yürütölmüş olması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genellenememektedir. Hemşireler ile bire bir fenomenolojik görüşmeler yapılmasına karşın, kliniklerde uzun süreli gözlem ve değerlendirmelerin yapılmaması bu araştırmanın diğeri bir

sınırlılığdır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritması

FAALİYETLER	2020				2021												2022												2023
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																													
Araştırmanın Planlanması																													
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																													
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																													
Kurum İzni Alınması																													
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																													
Ölçeğin Dil Geçerliliğinin Yapılması																													
Ölçeğin Kapsam Geçerliliğinin Yapılması																													
Pilot Uygulama Yapılması																													
Ölçeğe Son Halinin Verilmesi																													
Nicel Verilerin Toplanması																													
Nitel Verilerin Toplanması																													
Verilerin Analizi																													
Araştırmanın Rapor Edilmesi																													

Şekil 3.2. Araştırmanın Planı

4. BULGULAR

“Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”nı yapmak ve hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliklerini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliği ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular yer almıştır. İkinci bölümde, hemşirelerin palyatif bakım spiritüel yetkinlik düzeylerini etkileyen faktörlere ait nicel bulgular verilmiştir. Üçüncü bölümde ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel görüşmeler ile elde edilen fenomenolojik yaklaşıma ait bulgular sunulmuştur.

4.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Geçerlik Analizleri

4.1.1. Dil Geçerliği

Araştırmanın bu aşamasında Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanması amacıyla öncelikle ölçeğin dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Ölçek, ilk olarak Çinceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan dört çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe çeviriler sonrasında en uygun ifadeler belirlenmiştir. Daha sonra ölçeğin Türkçeden Çinceye geriye dönük çevirisi, Türkçe ve Çinceye ana dili gibi hakim olan üç çevirmen tarafından yapılmıştır. Çinceye tekrar çevirisi yapılan ölçek, orijinal hali ile karşılaştırılmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemeler sonrası Türkçeye çevrilen ölçek bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiştir. Öneriler doğrultusunda ölçeğin taslak haline son şekli verilerek kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur (Ek 4).

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Ölçeği kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla Amasya Üniversitesi’nden bir öğretim üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi’nden bir öğretim üyesi ve bir öğretim görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nden dört öğretim görevlisi doktor, Yozgat Bozok Üniversitesi’nden iki öğretim görevlisi doktor ve bir öğretim görevlisi, Düzce Üniversitesi’nden bir öğretim görevlisi, Sinop Üniversitesi’nden bir öğretim görevlisi doktor, Karadeniz Teknik Üniversitesi’nden bir öğretim görevlisi ve SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden bir doktor hemşire olmak üzere on dört uzmanın görüşüne sunulmuştur

(Ek 10). Kapsam Geçerlik Ölçütü'nde uzman sayısına göre önerilen minimum değerler Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği kapsam geçerliğinde, on dört uzman görüşü alınması nedeni ile Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 0,51 alınmıştır.

Tablo 4.1. Kapsam Geçerlik Oranı için minimum değerler (Veneziano and Hooper, 1997)

Uzman Sayısı	Minimum Değer
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, kültürel uygunluk ve ayırt edebilme özellikleri açısından değerlendirmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Lawshe (1975) tekniğinde, uzmanlar her bir ölçek maddesini “1” ile “3” puan (1=Madde gerekli, 2=Madde yararlı ancak yeterli değil, 3=Madde gereksiz) arasında değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçek maddelerine son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından taslak ölçek maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Uzmanların Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı

	Gerekli	Yararlı/Yetersiz	Gereksiz	KGO
Madde 1	14	0	0	1,00
Madde 2	14	0	0	1,00
Madde 3	13	1	0	0,86
Madde 4	14	0	0	1,00
Madde 5	14	0	0	1,00
Madde 6	14	0	0	1,00
Madde 7	14	0	0	1,00
Madde 8	14	0	0	1,00
Madde 9	14	0	0	1,00
Madde 10	13	1	0	0,86
Madde 11	14	0	0	1,00
Madde 12	14	0	0	1,00

Tablo 4.2. (devam)

	Gerekli	Yararlı/Yetersiz	Gereksiz	KGO
Madde 13	13	1	0	0,86
Madde 14	14	0	0	1,00
Madde 15	14	0	0	1,00
Madde 16	14	0	0	1,00
Madde 17	14	0	0	1,00
Madde 18	14	0	0	1,00

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Tablo 4.2. incelendiğinde 18 madde için 14 uzmanın verdiği cevaplara göre Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) hesaplanmıştır. Kapsam geçerliği, maddelerin ölçekte olması ya da olmamasına yönelik olarak gerçekleştirilen bir madde istatistiğidir. Kapsam geçerlik oranında, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Özdamar, 2017). Kapsam Geçerlik Oranı, 0,51'den küçük madde olmadığı görülmüştür. KGO'larının ortalamasından Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmış ve 0,98 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan oluşturulan 18 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda üzerinde görüş birliğine varılan taslak ölçek ve anket formu anlaşılabilirlik yönünden değerlendirmek amacıyla araştırma örneklemine dahil edilmeyen 20 kişilik hemşire grubuna uygulanarak pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, gerekli düzeltmeler yapılan taslak ölçek son şeklini almıştır (Ek 4).

4.1.3. Yapı Geçerliği

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmaya katılan hemşirelerin yanıtları doğrultusunda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile veriler uyumlu hale getirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ancak DFA analizi sonucuna göre oluşturulan modelin yeterli uyum göstermediği belirlenmiş olup model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Modelde AMOS'un önerdiği kavramsal olarak uygun olan en büyük ki kare düşüşünü sağlayan iki modifikasyon yapılmıştır. En çok modifikasyon yüklenen 4 madde (4,8,13 ve 14. maddeler) yapıdan çıkarılmıştır (Ek 4). Sonuç olarak 14 madde ve 3 alt boyut ile doğrulanan modelin uyum indeks değerleri Tablo 4.3'de gösterilmiştir. Tablo 4.3

incelendiğinde Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4.3. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	3,125	≤ 3 (4-5)
GFI	0,915	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,875	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,926	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,905	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,925	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,078	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,054	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd :Ki Kare istatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü

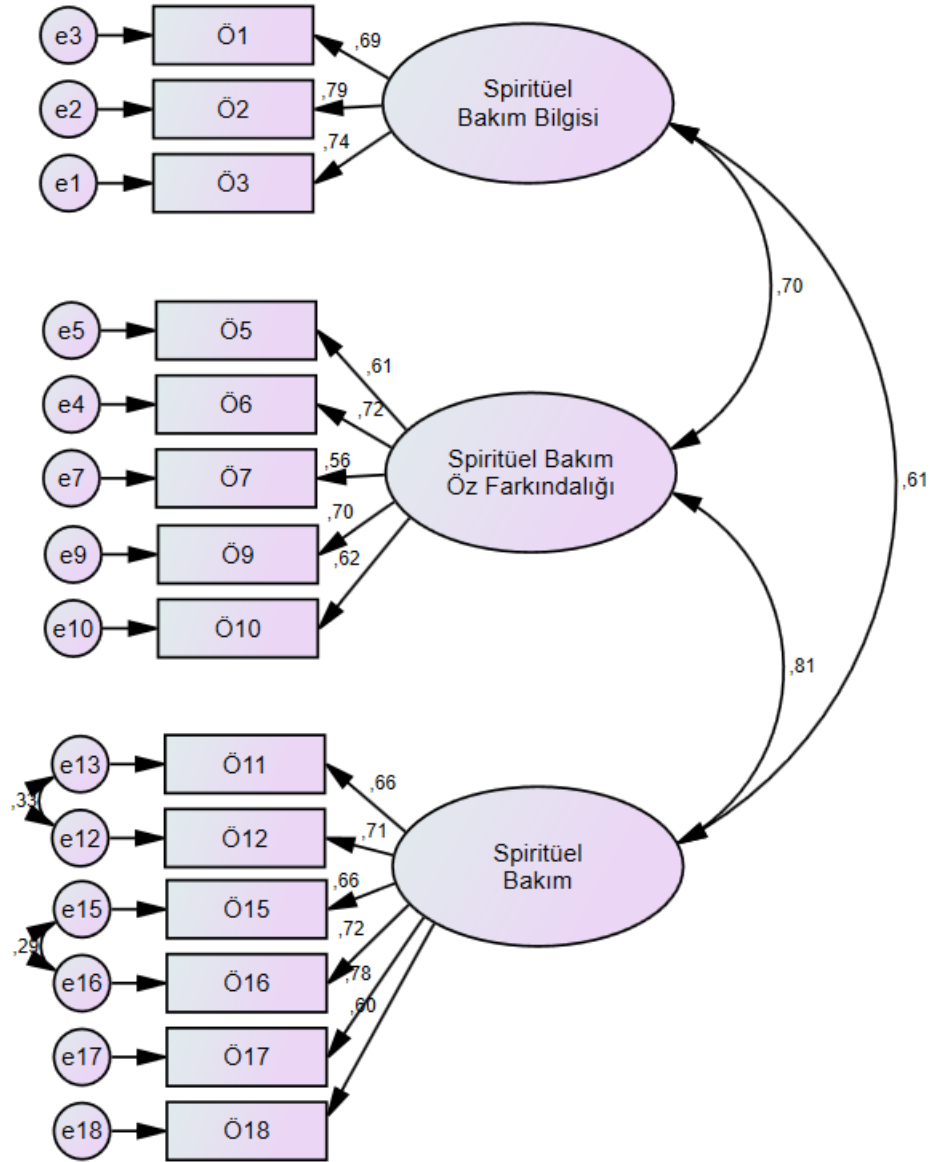
Tablo 4.4'de Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,500'ün üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Maddelerinin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Spiritüel Bakım Bilgisi	Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı	Spiritüel Bakım
Madde 1	0,689		
Madde 2	0,793		
Madde 3	0,737		
Madde 5		0,611	
Madde 6		0,722	
Madde 7		0,563	
Madde 9		0,700	
Madde 10		0,624	
Madde 11			0,660
Madde 12			0,710
Madde 15			0,658
Madde 16			0,722
Madde 17			0,777
Madde 18			0,600

Doğrulanmış ölçüm modeli, faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı ise şekil 4.1'de sunulmuştur. Bu çalışmada 14 madde ve 3 alt boyut ile doğrulanmış ölçüm

modeli incelendiğinde, modelin hangi maddelerden oluştuğu ve tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,500'ün altında değer bulunmadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda madde 2 ifadesinin 0,79 ile faktör 1 alt boyutunun, madde 6'nın 0,72'lik değeri ile faktör 2 alt boyutunun, madde 17 ifadesinin ise 0,78'lik değeri ile faktör 3 alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir.



Şekil 4.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Path Diyagramı

4.2. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik analizi, ölçüm yapmak için kullanılan test, anket veya ölçeklerin güvenilirlik düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir.

4.2.1. Test Tekrar Test/Değişmezlik Güvenirliği

Test-tekrar test güvenirligi bir ölçüm aracının farklı zaman aralıklarında tutarlı sonuçlar verebilme özelliğidir. Başka bir ifade ile ölçüm aracının, aynı şartlar altında aynı örnekleme farklı zamanlarda tekrar uygulanmasıdır. Test-tekrar test güvenirligi katsayısı, iki uygulama sonucunda elde edilen puanların korelasyonunun hesaplanması ile elde edilir. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği, araştırmaya katılan 354 hemşireden, 70'ine ilk ölçümden iki hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup katılımcıların güvenilirlik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğunu söylenebilir ($p < 0,001$). İki uygulamadan elde edilen puanlar arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıfiçi Korelasyon Katsayısı

	ICC	p
Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği	0,981	0,000*
Spiritüel Bakım Bilgisi	0,952	0,000*
Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı	0,966	0,000*
Spiritüel Bakım	0,980	0,000*

*: $p < 0,001$, ICC=Intraclass Correlation Coefficients (Sınıfiçi Korelasyon Katsayısı), p=Anlamlılık Düzeyi

4.2.2. İç tutarlılık

Cronbach Alfa Katsayısı

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.6). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçekte bulunan maddelerin homojen bir bütünü ifade edip etmediğini göstermektedir. Bu yöntem, ölçekte bulunan tüm soruların varyansları toplamının, ölçeğin genel varyansına oranlanması elde edilmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer almaktadır. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği

Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirliğinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Türk kültüründe geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur (Ek 5).

On dört maddeden oluşan Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,89$), 3 maddeden oluşan Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,78$), 5 maddeden oluşan Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,79$) ve 6 maddeden oluşan Spiritüel Bakım alt boyutunun ise yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,85$) olduğu söylenebilir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği	14	0,89	Yüksek Derecede Güvenilir
Spiritüel Bakım Bilgisi	3	0,78	Oldukça Güvenilir
Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı	5	0,79	Oldukça Güvenilir
Spiritüel Bakım	6	0,85	Yüksek Derecede Güvenilir

Madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek Cronbach alfa katsayı değeri Tablo 4.7.'de verilmiştir. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeğinde madde toplam korelasyonu 0,300'ün altında olan ve Cronbach alfa katsayısını negatif etkileyen bir madde olmadığı belirlendi. Madde toplam korelasyon değerlerinin 0,460 - 0,675 arasında değiştiği saptandı (Tablo 4.7).

Madde silindiğinde elde edilen toplam ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri incelendiğinde alfa değerinin 0,883 - 0,891 arasında değiştiği ve bu nedenle madde çıkarılması sonucunda toplam ölçek güvenirliğinde önemli bir değişiklik meydana gelmeyeceği belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde Cronbach Alfa değerleri

	Madde Toplam Korelasyonları	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
Madde 1	0,519	0,889
Madde 2	0,583	0,886
Madde 3	0,540	0,888
Madde 5	0,530	0,888
Madde 6	0,647	0,883
Madde 7	0,460	0,891
Madde 9	0,622	0,884
Madde 10	0,559	0,887
Madde 11	0,654	0,883
Madde 12	0,656	0,883
Madde 15	0,567	0,887
Madde 16	0,604	0,885
Madde 17	0,675	0,883
Madde 18	0,501	0,890

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Hemşirelerin %84,5'inin kadın, %15,5'inin erkek, %78,5'inin lisans mezunu olduğu, %38,4'ünün 1-5 yıl arasında çalıştığı, %37,6'sının dahili kliniklerde görev yaptığı belirlenmiş olup hemşirelerin yaş ortalaması $32,6 \pm 6,57$ olarak bulundu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=354)

Özellikler		n	%
Yaş (Ort±SS; 32,6±6,57)	19-30 yaş	175	49,4
	31-40 yaş	120	33,9
	41-54 yaş	59	16,7
Cinsiyet	Kadın	299	84,5
	Erkek	55	15,5
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18	5,1
	Ön Lisans	11	3,1
	Lisans	278	78,5
	Yüksek Lisans	40	11,3
	Doktora	7	2,0

Tablo 4.8. (devam)

Özellikler		n	%
Çalışma yılı	1-5 yıl	136	38,4
	6-10 yıl	82	23,2
	11-15 yıl	60	16,9
	16 yıl ve üzeri	76	21,5
Çalışılan klinik	Dahili klinikler	133	37,6
	Cerrahi klinikler	101	28,5
	Yoğun bakım üniteleri	82	23,2
	Diğer	38	10,7

n:Sayı, %:Yüzde

Hemşirelerin spiritüel bakıma ilişkin bulguları Tablo 4.9.'da sunulmuştur. Hemşirelerin %85,3'ünün spiritüel bakım kavramını duyduğu, %98'inin hastalarının spiritüel bakım gereksinimi olduğunu düşündüğü, %28'inin spiritüel bakım ile ilgili eğitim aldığı, spiritüel bakım eğitimini %83,8'inin mesleki eğitim sırasında, %26,3'ünün bilimsel yayın okuyarak, %25,3'ünün kongre ve sempozyumlarda, %18,2'sinin ise hizmet içi eğitim programlarında aldığı, %62,6'sının alınan eğitimi yeterli bulmadığı ve %85,3'ünün spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak istediği belirlendi (Tablo 4.9).

Hemşirelerin %77,1'inin klinikte spiritüel bakım verdiği, %86,8'sinin mahremiyeti koruma, %82,1'inin aktif dinleme, %76,9'unun sorulara anlaşılır bir şekilde cevap verme, %76,6'sının hastalar ile konuşma, %74,4'ünün güleryüzlü ve ilgili davranma hemşirelik girişimlerini uyguladığı saptandı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,3'ünün zaman bulamama, %61,7'sinin hemşire sayısının yetersiz olması, %54,3'ünün bilgi eksikliği nedeniyle spiritüel bakım veremediği görüldü. Spiritüel bakım verebilmek için hemşirelerin %87,9'unun temel iletişim becerileri, %70,9'unun spiritüel sorunları tanımlamak için temel bilgi ve beceriler, %52'sinin farklı din, dünya görüşü ve manevi uygulamalar hakkında bilgi sahibi olunması gerektiğini düşündüğü belirlendi (Tablo 4.9)

Tablo 4.9. Hemşirelerin spiritüel bakıma ilişkilerin bulgularının dağılımı (n=354)

Özellikler		n	%
Spiritüel bakım kavramını duyma durumu	Evet	302	85,3
	Hayır	52	14,7
Hastaların spiritüel bakıma gereksinimi olduğunu düşünme	Evet	347	98,0
	Hayır	7	2,0
Spiritüel bakımın hastaya tedavi/bakım sürecinde gerekli olduğunu düşünme	Evet	347	98,0
	Hayır	7	2,0
Spiritüel bakım ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu	Evet	99	28,0
	Hayır	255	72,0
*Spiritüel bakım ile ilgili eğitim alınan kaynak (n=99)	Mesleki eğitim	83	83,8
	Hizmet içi eğitim programlarında	18	18,2
	Kongre, sempozyumlarda	25	25,3
	Sosyal medya, TV	13	13,1
	Bilimsel yayınlarda	26	26,3
	Alınan eğitim ya da bilgiyi yeterli bulma durumu		
(n=99)	Evet	37	37,4
	Hayır	62	62,6
Spiritüel bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumu	Evet	302	85,3
	Hayır	52	14,7
Klinikte hastalara spiritüel bakım verme durumu	Evet	273	77,1
	Hayır	81	22,9
*Spiritüel bakımın nasıl verildiği (n=273)	Aktif dinleme	224	82,1
	Sorulara anlaşılır şekilde cevap verme	210	76,9
	Rahat ortam sağlama	171	62,6
	Mahremiyeti koruma	237	86,8
	Yargılayıcı olmama	170	62,3
	Psikolojik destek olma	167	61,2
	Hasta/ailesi ile güven verici bir ilişki kurma	151	55,3
	Müzik terapi	28	10,3
	Elini tutma	174	63,7
	Hastanın yaşamına anlam veren geçmiş deneyimlerden konuşma	88	32,2
	Ekip üyeleri ile işbirliği	133	48,7
	Meditasyon	22	8,1

Tablo 4.9. (devam)

Özellikler		n	%
*Spiritüel bakımın nasıl verildiği (n=273)	Duygusal destek sağlama	137	50,2
	Hasta ve ailesi ile sözlü ve/veya sözsüz iletişim kurma	169	61,9
	Gerekli durumlarda yakınlarıyla görüşmesini sağlama	123	45,1
	Resim terapi	11	4,0
	Konuşma	209	76,6
	Savunucu ve kolaylaştırıcı olma	62	22,7
	Logoterapi	2	0,7
	Masaj	29	10,6
	Güleryüzlü ve ilgili davranma	202	74,0
	İbadet için ortam hazırlama	101	37,0
Spiritüel bakım verememe nedenleri (n=81)	Bilgi eksikliği	44	54,3
	Zaman bulamama	61	75,3
	Hemşire yetersizliği	50	61,7
	İmkan yetersizliği	37	45,7
	İş merkezli çalışma	41	50,6
*Spiritüel bakım verebilmek için gereklilikler (n=354)	Temel iletişim becerilerinde eğitim veya öğretim	311	87,9
	Hemşirelerin kendi inançlarının farkında olması	170	48,0
	Din görevlisi ile görüşme yapma	59	16,7
	Farklı dinler, dünya görüşleri ve manevi uygulamalar hakkında bilgi sahibi olma	184	52,0
	Spiritüel sorunları tanımada temel bilgi ve becerilere sahip olma	251	70,9

*:Bu sorularda katılımcılar birden fazla cevap verebilmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bulgularının dağılımı Tablo 4.10.'da sunulmuştur. Palyatif bakımı, hemşirelerin %69,5'i ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, %67,2'si acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, %55,6'sı yaşam sonu bakım olarak tanımlamıştır. Hemşirelerin %57,9'unun palyatif bakım ile ilgili eğitim aldığı, palyatif bakım ile ilgili eğitimi %85,4'ünün

mesleki eğitim sırasında, %24,9'unun hizmet içi eğitimde, %20,5'inin kongre, sempozyum, seminerde aldığı, hemşirelerin %69,8'inin palyatif bakım ile ilgili eğitim almak istediği bulundu. Palyatif bakım eğitimi içeriğine yönelik gereksinim duyulan konular incelendiğinde, hemşirelerin %91,8'inin palyatif bakım temel kavramları ve ilkeleri, %76,3'ünün kayıp ve yas süreci, %72'sinin yasal ve etik konular, %70,9'unun iletişim konularında eğitim almak istedikleri belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52,8'inin ülkemizde verilen palyatif bakım hizmetlerinin yeterli olmadığını, %42,1'inin ise kısmen yeterli olduğunu düşündüğü saptandı (Tablo 4.10)

Tablo 4.10. Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bulgularının dağılımı (n=354)

Özellikler		n	%
*Palyatif bakımın ne ifade ettiği (n=354)	Yaşam sonu bakımı	197	55,6
	Hasta ve ailesiyle bir bütün olarak ilgilenilmesi	158	44,6
	Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	246	69,5
	Kronik hastalık tanısı alan bir bireye tanı aldığı andan itibaren verilen bakım	130	36,7
	Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü	238	67,2
Palyatif bakım hakkında eğitim/bilgi alma durumu	Evet	205	57,9
	Hayır	149	42,1
*Palyatif bakım hakkında eğitim/bilgi alınan kaynak (n=205)	Mesleki eğitim sırasında	175	85,4
	Kongre, sempozyum,seminer	42	20,5
	Hizmet içi eğitim	51	24,9
	İnternet	24	11,7
	Sertifika programı	24	11,7
	Kitap/dergi	30	14,6
Palyatif bakım ile ilgili eğitim/bilgi alma isteği	Evet	247	69,8
	Hayır	107	30,2
*Palyatif bakım eğitimi ile ilgili öneriler (n=354)	Palyatif bakım temel kavramları ve ilkeleri	325	91,8
	Kayıp ve yas süreci	270	76,3
	Yasal ve etik konular	255	72,0
	Semptom yönetimi	237	66,9
	İletişim	251	70,9
Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin yeterli olup olmadığını düşünme durumu	Evet	18	5,1
	Kısmen	149	42,1
	Hayır	187	52,8

*:Bu sorularda katılımcılar birden fazla cevap verebilmişlerdir.

4.3.2. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri Tablo 4.11'de verilmiştir. "Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği" puan ortalaması $3,69 \pm 0,61$, "Spiritüel Bakım Bilgisi" alt boyut puan ortalaması $3,41 \pm 0,84$, "Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı" alt boyut puan ortalaması $3,95 \pm 0,65$, "Spiritüel Bakım" alt boyut puan ortalaması $3,71 \pm 0,69$ olarak bulundu (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort	SS	Min-Mak
Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği	3,69	0,61	1,68-5
Spiritüel Bakım Bilgisi	3,41	0,84	1-5
Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı	3,95	0,65	1-5
Spiritüel Bakım	3,71	0,69	1,5-5

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırması Tablo 4.12.'de verilmiştir. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puanı ortalamasının hemşirelerin eğitim durumu ve çalıştığı kliniğe göre farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bu doğrultuda yüksek lisans/doktora mezunu olan ($F=13,313$; $p < 0,001$) ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ($F=2,924$; $p=0,034$) Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin yaş, cinsiyet ve çalışma yılına göre farklılık göstermediği saptandı ($p > 0,05$)(Tablo 4.12).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumu, çalışma yılı ve çalıştığı kliniğe göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda yüksek lisans/doktora mezunu ($F=11,519$; $p < 0,001$), 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan ($F=2,885$; $p=0,036$) ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ($F=2,922$; $p=0,034$) hemşirelerde Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermediği saptandı ($p > 0,05$)(Tablo 4.12).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda yüksek lisans/doktora mezunu ($F=9,044$; $p<0,001$) olan hemşirelerde Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı puan ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş, cinsiyet, çalışma yılı ve çalışılan kliniğe göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$)(Tablo 4.12).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, yüksek lisans/doktora mezunu ($F=8,366$; $p<0,001$) olan hemşirelerde Spiritüel Bakım alt boyut puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş, cinsiyet, çalışma yılı ve çalışılan kliniğe göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$)(Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması

	Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği	Spiritüel Bakım Bilgisi	Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı	Spiritüel Bakım
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş				
19-30 Yaş	3,65±0,61	3,42±0,80	3,89±0,68	3,62±0,71
31-40 Yaş	3,74±0,60	3,44±0,91	3,98±0,61	3,80±0,63
41-54 Yaş	3,72±0,65	3,33±0,83	4,04±0,66	3,80±0,69
F;p	1,496;0,225	0,369;0,692	1,360;0,258	2,959;0,053
Cinsiyet				
Kadın	3,70±0,61	3,41±0,85	3,97±0,64	3,72±0,69
Erkek	3,65±0,60	3,41±0,82	3,83±0,70	3,70±0,66
t;p	0,645;0,519	0,003;0,998	1,465;0,144	0,156;0,877
Eğitim Durumu				
1) Sağlık Meslek Lisesi/Ön Lisans	3,57±0,58	3,25±0,76	3,85±0,69	3,60±0,77
2) Lisans	3,63±0,60	3,34±0,84	3,90±0,65	3,66±0,68
3) Yüksek Lisans/Doktora	4,11±0,52	3,94±0,70	4,31±0,54	4,09±0,56
F;p	13,313;<0,001*	11,519;<0,001*	9,044;<0,001*	8,366;<0,001*
Fark (Tukey)	3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2
Çalışma Yılı				
1) 1-5 yıl	3,62±0,61	3,41±0,81	3,85±0,68	3,61±0,72
2) 6-10 yıl	3,82±0,54	3,60±0,81	4,02±0,58	3,83±0,56
3) 11-15 yıl	3,74±0,64	3,43±0,90	4,05±0,66	3,75±0,74
4) 16 yıl ve üzeri	3,64±0,65	3,21±0,87	3,97±0,66	3,75±0,71
F;p	2,108;0,099	2,885;0,036*	1,948;0,121	1,980;0,117
Fark (Tukey)	-	2>4	-	-

Tablo 4.12. (devam)

	Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği	Spiritüel Bakım Bilgisi	Spiritüel Bakıma Öz Farkındalığı	Spiritüel Bakım
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan Klinik				
1) Dahili klinikler	3,64±0,61	3,35±0,83	3,91±0,69	3,66±0,70
2) Cerrahi klinikler	3,62±0,65	3,32±0,89	3,90±0,67	3,65±0,73
3) Yoğun bakım üniteleri	3,87±0,56	3,65±0,79	4,07±0,57	3,88±0,62
4) Diğer	3,67±0,56	3,36±0,84	3,94±0,64	3,71±0,61
F;p	2,924; 0,034*	2,922; 0,034*	1,321;0,267	2,316;0,076
Fark (Tukey)	3>1,2	3>2	-	-

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark:Tukey Testi, p:Anlamlılık Düzeyi *:p<0,05

Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin spiritüel bakım ve palyatif bakım ile ilgili bazı özellikleri ile karşılaştırması Tablo 4.13.'de verilmiştir. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyma spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, alınan eğitimi yeterli bulma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma isteği, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım verme ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda spiritüel bakım kavramını duyan ($t=-5,427$; $p<0,001$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-6,209$; $p<0,001$), aldığı eğitimi yeterli bulan ($t=-2,490$; $p=0,015$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen ($t=-2,296$; $p=0,025$), çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ($t=-5,750$; $p<0,001$) ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-6,033$; $p<0,001$) hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu belirlendi. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin yaş ve palyatif bakım ile ilgili eğitim almak isteme durumuna göre farklılık göstermediği bulundu ($p>0,05$)(Tablo 4.13).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, alınan eğitimi yeterli bulma, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım verme, palyatif bakım ile ilgili eğitim alma ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alma isteğine göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda spiritüel bakım kavramını duyan ($t=-4,661$; $p<0,001$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-5,743$; $p<0,001$), aldığı eğitimi yeterli bulan ($t=-3,271$; $p<0,001$), çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ($t=-4,532$; $p<0,001$) ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-6,999$; $p<0,001$) hemşirelerde anlamlı derece

daha yüksek olduğu bulundu. Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş, spiritüel bakım ve palyatif bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumuna göre farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$)(Tablo 4.13).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, alınan eğitimi yeterli bulma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma isteği, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım verme ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda spiritüel bakım kavramını duyan ($t=-3,466$; $p<0,001$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-5,065$; $p<0,001$), aldığı eğitimi yeterli bulan ($t=-2,093$; $p=0,039$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen ($t=-2,798$; $p=0,007$), çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ($t=-6,501$; $p<0,001$) ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-4,570$; $p<0,001$) hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu saptandı. Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş ve palyatif bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumuna göre farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$)(Tablo 4.13).

Hemşirelerin Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma isteği, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım verme ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu doğrultuda spiritüel bakım kavramını duyan ($t=-3,493$; $p<0,001$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-4,926$; $p<0,001$), spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen ($t=-3,226$; $p<0,001$), çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ($t=-3,702$; $p<0,001$) ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan ($t=-4,264$; $p<0,001$) hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu saptandı. Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş, spiritüel bakım ve palyatif bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$)(Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin spiritüel bakım ve palyatif bakım ile ilgili bazı özellikleriyle karşılaştırılması

	Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Toplam Ort±SS	Spiritüel Bakım Bilgisi Ort±SS	Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı Ort±SS	Spiritüel Bakım Ort±SS
Spiritüel bakım kavramını duyma durumu				
Hayır	3,33±0,47	2,92±0,76	3,65±0,63	3,41±0,59
Evet	3,75±0,61	3,50±0,83	4,00±0,64	3,77±0,69
t;p	-5,427;<0,001*	-4,661;<0,001*	-3,466;<0,001*	-3,493;<0,001*
Spiritüel bakım ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu				
Hayır	3,57±0,59	3,26±0,84	3,84±0,62	3,60±0,69
Evet	4,01±0,55	3,81±0,73	4,22±0,67	3,99±0,59
t;p	-6,209;<0,001*	-5,743;<0,001*	-5,065;<0,001*	-4,926;<0,001*
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu				
Hayır	3,90±0,60	3,65±0,77	4,13±0,76	3,93±0,60
Evet	4,18±0,42	4,08±0,55	4,38±0,44	4,09±0,57
t;p	-2,490;0,015*	-3,271;0,001*	-2,093;0,039*	-1,318;0,191
Spiritüel bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumu				
Hayır	3,55±0,66	3,53±0,76	3,68±0,76	3,43±0,71
Evet	3,72±0,60	3,39±0,86	3,99±0,62	3,76±0,67
t;p	-2,296;0,025*	1,048;0,295	-2,798;0,007*	-3,226;0,001*
Klinikte hastalara spiritüel bakım verme durumu				
Hayır	3,36±0,53	3,05±0,86	3,56±0,66	3,47±0,66
Evet	3,79±0,60	3,52±0,81	4,06±0,60	3,79±0,68
t;p	-5,750;<0,001	-4,532;<0,001	-6,501;<0,001	-3,702;<0,001
Palyatif bakım hakkında eğitim/bilgi alma durumu				
Hayır	49,24±8,47	9,20±2,53	18,83±3,52	21,21±4,29
Evet	54,44±7,66	10,99±2,26	20,40±2,91	23,06±3,84
t;p	-6,033;<0,001	-6,999;<0,001	-4,570;<0,001	-4,264;<0,001
Palyatif bakım ile ilgili eğitim/bilgi almayı isteme durumu				
Hayır	3,46±0,61	3,07±0,84	3,77±0,70	3,53±0,71
Evet	3,86±0,56	3,66±0,75	4,08±0,58	3,84±0,64
t;p	-1,105;0,270	0,759;0,448	1,523;0,129	-1,515;0,131

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, t:Bağımsız Örneklem T Testi, p:Anlamlılık Düzeyi *:p<0,05

4.4. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile nitel görüşmelerden elde edilen içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

4.4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmelere katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.14.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %76,5'inin 23-28 yaş aralığında olduğu, %58,8'inin kadın, %82,4'ünün bekâr, %70,6'sının lisans mezunu, %29,4'ünün lisansüstü mezunu olduğu, %47,1'inin yoğun bakım kliniklerinde, %29,4'ünün dahili kliniklerde görev yaptığı, %82,4'ünün 2-6 yıl arasında çalıştığı bulundu (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri (n=17)

Özellikler		n	%
Yaş grupları (Ort±SS)	23-28 yaş	13	76,5
	29-35 yaş	4	23,5
Cinsiyet	Kadın	10	58,8
	Erkek	7	41,2
Medeni durum	Bekâr	14	82,4
	Evli	3	17,6
Eğitim durumu	Lisans	12	70,6
	Lisansüstü	5	29,4
Çalıştığı servis	Dahili klinikler	5	29,4
	Cerrahi klinikler	4	23,5
	Yoğun bakım üniteleri	8	47,1
Çalışma yılı (Ort±SS)	2-6 yıl	14	82,4
	7-17 yıl	3	17,6

n: Sayı, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, %: Yüzde

4.4.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakıma Yetkinlik Düzeyini Etkileyen Faktörler İlişkin Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Nitel araştırmaya katılım gösteren 17 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşme formuna verdikleri yanıtların içerik ve tematik analizi sonucunda, Tablo 4.15.'de yer alan tema ve alt temalar belirlenmiştir.

Tablo 4.15. Palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeyini etkileyen faktörlere ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Palyatif Bakım	Hemşirenin Rolü Profesyonel Yetkinlik Bakıma İlişkin Zorluklar Bakımın Sonuçları
Spiritüel Bakım	Bireyin Bakım Gereksinimleri Bakımın Kolaylaştırıcıları Bakımın Engelleri Bakımın Çıktıları

Bu araştırmada fenomenolojik görüşmeler sonrasında 4 tema ve 8 alt tema elde edilmiştir. Bu araştırmada temalar, palyatif bakım ve spiritüel bakım olarak belirlenmiştir (Şekil 4.2.). Elde edilen bulgular Tablo 4.15’de sistematik olarak verilmiştir.



Şekil 4.2. Nitel Araştırmanın Temaları

Tema 1: Palyatif Bakım

Hemşireler ile yapılan görüşmeler sonrasında palyatif bakım ile ilgili alt temalar; hemşirenin rolü, bakıma ilişkin zorluklar, bakımın sonuçları ve profesyonel yetkinlik olarak belirlenmiştir.

Alt Tema 1: Hemşirenin Rolü

Hemşirenin rolü alt teması, bakım verici rolü, rehabilite edici ve konfor sağlayıcı rolü ve yönetici rolü olmak üzere üç koddan oluşmaktadır.

Katılımcıların hemşirenin “Bakım Verici Rolüne” ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Hemşire bence öncelikle karşısındaki kişinin neye ihtiyacı olduğunu gözlemlemeli, yani kime eğitim verecek? Kime bakım verecek? Hastanın kültürü, yaşı, cinsiyeti yönünden neye ihtiyacı var bunu gözlemlemeli.” (K.4)

"Hemşire palyatif bakım sırasında bireyin ihtiyaçlarını ve bireye bakım veren kişilerin ihtiyaçlarını belirleyip bakımını planlamalıdır. Sonra bütüncül olarak hastayı ele almalıdır." (K.2)

"Bir hemşirenin empati yeteneği, iletişim yeteneği önemlidir. Karşısındaki kişinin ihtiyaçlarını anlayabilmesi, gereksinimlerini görebilmesi, anksiyete durumunu belirleyebilmesi, hemşirelik tanısını koyup ona yönelik bakım verebilmesi gerekiyor." (K.8)

"Hastası ile terapötik iletişimi kurmalı, gereksinimlerini anlamalı, ağrısını ve acısını dindirmeli. Ölümle ya da hastalığıyla ilgili korkularını, anksiyetesini gidermeye çalışmalı." (K.9)

Katılımcılar, "Hemşirenin Rolü" kategorisinde hemşirelerin "Rehabilite Edici ve Konfor Sağlayıcı Rolü" alt temasında hastanın yaşam kalitesinin artırılmasının ve huzurunun sağlanmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bu kod ile ilgili K5, K6, K10 ve K17 numaralı katılımcılar şu ifadeleri dile getirmiştir:

"Palyatif bakım hastanın yaşamını daha rahat sürdürebilmesi için verdiğimiz bakımdır." (K.5)

"Bana göre palyatif bakım hemşirelik andımızda da geçen hastanın ızdırabını hafifletmektir. Palyatif bakım daha çok destek tedaviyi içeriyor. Bu destek doğrultusunda bulantısı varsa ilacını yapıyoruz, ağrısı varsa ağrıyı kesmeye çalışıyoruz. Ruhsal belirtilerine yönelik gereksinimlerini de karşılamak gerekiyor. Bana göre palyatif bakım, hastanın ızdırabını hafifletmek ya da dindirmek için gerekli olan gereksinimleri belirlemek ve karşılamaktır." (K.6)

"Kronik hastalığa sahip olan ve prognozu kötü olan hastalara destek olarak son zamanlarında onları en iyi şekilde yaşatmaktır." (K.10)

"Palyatif bakımda amaç son dönem hastalarının kendini daha rahat hissetmesini sağlamak ve ağrısını gidermektir. Çoğu palyatif hastası öleceğini bildiği için son döneminde hastanın daha huzurlu olmasının, daha olumlu şeyler düşünmeye çalışmasının palyatif bakımın önemli parçası olduğunu düşünüyorum." (K.17)

Hemşireler tarafından en fazla ifade edilen bir diğer kod ise "Yönetici Rolüdür". Katılımcılar hemşirelerin yetkinliklerini kullanarak, multidisipliner bir ekip ile bakımı koordine etmelerinin gerektiğini ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K4, K7 ve K9 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"İlk olarak en önemli sorumluluğum bakım vermek, hasta savunucu rolümüzde çok önemli. Bunları yapan başka bir profesyonel olduğunu sanmıyorum. Yönetici rolümüz var. Hem bakımı, hem kliniği hem de semptomları yönetici, koordine edici rolümüz var." (K.3)

"Palyatif bakımda hemşirelerin yetkinliklerini aktif kullanabilmelerini bekliyorum. Yani karar verme süreçleri ve bağımsızlığın farkında olmak gerekir." (K4)

"Diğer hemşireler ile işbirliği içinde oluyorlar. Örneğin beslenme, yara bakımı, stoma vb. Gözlemlediğim kadarı ile bu hastaların çoğu antideprasan kullanıyor, genellikle psikiyatri konsültasyonu isteniyor, bir çok branş aynı anda hastayı takip ediyor." (K.7)

"Hemşire palyatif bakım hastasının ağrısının geçmediğini, uygulanan ilaçların yetersiz olduğunu görünce kendi hekimi ile işbirliği içine giriyor ve hekimde ağrı ünitesine konsültasyon yazıyor. Hastanın beslenmesi bozulduğunda beslenme destek ünitesinden konsültasyon açılıyor. Onun dışında hastanın trakeostomi ile ilgili sıkıntısı olduğunda KBB'den, PEG ile ilgili sıkıntısı olduğunda gastroentrolojiden konsültasyon isteniyor. Bu nedenle tamamen multidisipliner çalışılan bir alan olduğunu düşünüyorum." (K.7)

"...Hemşire diğer birimler ile iş birliği yapıyor. Hastasıyla 7/24 beraber olduğu için onu her zaman gözlemleyebiliyor. Mesela fizyoterapist gelip egzersizi göstereceğini yapıyor mu yapmıyor mu? etkili yapıyor mu? bunu yine biz gözlemliyoruz. Arada köprü görevi sağlıyoruz diye düşünüyorum." (K.9)

Alt Tema 2: Profesyonel Yetkinlik

“Profesyonel Yetkinlik” alt teması, “Palyatif Bakıma Yönelik Eğitim ve Farkındalık” ile “Psikolojik Destek Verilmesi” olmak üzere iki koddan oluşmaktadır.

“Profesyonel Yetkinlik” kategorisinde katılımcılar “Palyatif Bakıma Yönelik Eğitim ve Farkındalık” alt temasında lisans düzeyinde eğitim verilmesi, bakıma yönelik farkındalık kazandırılması, mesleğin öneminin farkedilmesi konuları hakkında görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K3, K6, K7 ve K13 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Ülkemizde palyatif bakımın genelde son dönem hastalarına verilir algısı değişmeli. Ben engelli bir çocuğun bakımının palyatif bakıma girdiğini yüksek lisansta öğrendim. Çünkü hep palyatif bakımda son dönem kanser hastalarını gördüm. Ama

şuan yeni başlayan arkadaşlar aynı değil. Bunun nedeni palyatif bakıma yönelik farkındalığın, palyatif servis sayısının ve palyatif sertifika programlarının artması. Aslında daha önceki yaptığımız uygulamalarda palyatif bakımı kapsıyordu. Ama şimdi bu konudaki farkındalığımız daha da arttı." (K.2)

"Palyatif bakım sadece ilgili merkezlerde değil tüm servislerde verilebilir. Hemşire hastayı bütüncül olarak değerlendirebilmelidir. Palyatif bakım merkezlerinde ağrı kontrolü ve monitörize etme gibi fiziksel şartların daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Ama hastanın böyle bir tedaviye ihtiyacı yoksa diğer servislerde de palyatif bakım verilebilir." (K.2)

" Benimle aynı anda işe başlayan bir arkadaşım palyatif bakımın adını duymamış, ne olduğunu bilmiyor ve ne ile karşılaşacağını bilmiyor. Bu nedenle lisans eğitiminde alınması gereken bir ders olduğunu düşünüyorum. Aynı zamanda eğitim sürecinde mümkün olduğunca palyatif bakım servisine uygulamaya çıkılmalı." (K.3)

"Yaşlı nüfusunun arttığı bir ülkede yaşlılar palyatif bakıma daha çok ihtiyaç duyabiliyor. Yaşlı nüfusunun arttığı bir ülkede bu kadar az palyatif bakım merkezinin bulunması üzücü. Diğer yandan hospisler yok denecek kadar az. Bakım huzurevlerinde devam ettiriliyor. Huzurevlerinde verilen bakımda palyatif bakım veya hospisde verilen bakım gibi değil." (K.6)

"Palyatif bakım bize lisans eğitiminde öğretilmedi. Bence bunun eğitime lisansta başlanmalı. Şu an yüksek lisans yapıyorum. İletişim dersi alıyoruz, palyatif bakım dersi alıyoruz. Bizim palyatif bakım dersimizde hasta ile ne konuşacağız ? Ona nasıl yaklaşacağız bunlara değinmedik." (K.7)

"Öncelikle bakanlık bünyesinde bu konunun ele alınması lazım. Daha sonra bu konuda eğitimler verilmeli, reklamlarla kamuoyu bilgilendirilmeli." (K.13)

"Profesyonel Yetkinlik" kategorisinde katılımcılar sağlık profesyonellerine psikolojik destek verilmesi gerekliliği hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K7, K10, K11 ve K17 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Hemşirelerin bir çoğu psikolojik destek alıyor ve ilaç kullanıyor. Tükenmişlik sendromuna giriyorlar,merhamet yorgunluğu yaşıyorlar." (K.7)

" Kurumun çalışanlara eğitim verebilmesi veya psikolojik destek olabilmesi çok önemli. Manevi destek veriyorsunuz ama sizde manevi desteğe ihtiyaç duyabiliyorsunuz. Ben üçüncü basamak yoğun bakım hemşiresiyim. Mesleğime genç

yaşıta başladım. Hastaların sadece son dönemlerine şahit oluyorum. Terminal dönem hastayı teslim alıyorsunuz, 1-2 saat içinde ya da iki gün sonra ex oluyor. O an tek amacınız hastayı kurtarmak ve hasta odaklı çalışmak oluyor." (K.10)

"Yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelerin psikolojik olarak güçlü olması gerekiyor. Sadece hemşireler değil doktor, hasta bakıcı ve diğer sağlık çalışanları içinde bu durum geçerli. Hemşirelerin psikolojik olarak destek alması gerektiğini düşünüyorum." (K.11)

"Bir yakını kaybetmiş ya da bir yakını hastalanmış olan hemşireler farklı davranabiliyor. Bazıları umursamaz olabiliyor ya da tam tersi bazı hemşireler ise hastalarla daha çok ilgilenmek istiyor ve manevi bakım verebiliyor." (K.17)

Alt Tema 3: Bakıma İlişkin Zorluklar

“Bakıma İlişkin Zorluklar” alt teması iş yükünün fazla olması, çalışan güvenliğinin tehdidi, etkisiz baş etme, kültürel farklılıklar, motivasyon kaybı ve zorluklarla başa çıkma yöntemleri olmak üzere 6 koddan oluşmaktadır.

Katılımcılar çalıştıkları kurumdaki bakım verenin iş yükünün fazla olmasının bakımı zorlaştırdığı hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K3, K5, K11, K15 ve K16 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“İş yükünün fazla olması bizi zorluyor. Çünkü normal bir servis hemşiresi hastasına banyo yaptırmaya çalışmıyor. Palyatif servisinde bakım verdiğimiz için iş yükümüz artıyor. Hasta yakınının da bakım yükü çok fazla. Bakım vereni değiştirme düşüncesi ise toplumumuzda hiç yok. Hasta yakınları çok yoruluyorlar. Bazen yorgunluktan anlattığımız şeyi algılayamıyorlar. Bu durum hastaya yansıyor.” (K.3)

"Hemşire sayısının az olması bizi zorluyor. Yoğun bakımda 3 hastaya bakmak ile 2 hastaya bakmak arasında çok fark var. Hemşireler hem fiziksel hem de psikolojik açıdan çöküyor. Ertesi gün dinlenmeden aynı yorgunlukla tekrar işe geliyorsun ve çalışıyorsun." (K.5)

“Bazı arkadaşlarıma meslektaşlarıma hak veriyorum. Yeterli eleman, süre olmaması, hasta sayısının fazla ve hemşire sayısının az olması bizi çok etkiliyor.” (K.11)

"Bazen işlerimizi yetiştiremediğimiz için hastalarımızla sözel iletişimi azaltmak zorunda kalıyoruz. Hastalar sıkıldığı için saatlerce sohbet etmek isteyebiliyor. Biz de

aslında hastalarla konuşmaktan zevk alıyoruz. Ama diğer hastalara vakit ayırmak ve herkese adil davranabilmek için ister istemez iletişimi azaltıyoruz." (K.15)

"İş yoğunluğu olabilir. Bizim sayılarımızın yetersizliği olabilir." (K.16)

Bakıma ilişkin zorluklar kategorisinde katılımcılar etkisiz baş etme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastalar ile etkili baş etme konusunda zorlandıklarını ifade etmiştir. Konuyla ilgili K1, K7, K13 ve K15 kodlu katılımcıları ifadeleri şu şekildedir:

"Hastalara uzun süre bakım veriyorsun. Hasta vefat ettiği zaman da psikolojik olarak etkileniyorsun. Hastayı kaybetmek bazen zor olabiliyor." (K.1).

"Palyatif hastaları çok talepkar olabiliyor. Ağrısının dindirilmesini ve fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını istiyor. Hemşirelerde bu ihtiyaçları karşılarken çok yoruluyor. Palyatif bakım çok zor, yıkıcı ve yıpratıcı." (K.7)

"Kendimi çok yıpranmış hissediyorum. Hastalarla etkili baş etme konusunda zorlanıyorum. Birçok kez başa çıkamadığımı da düşünüyorum..." (K.13)

"Palyatif hastalarının çoğu yaşlı, hareket kısıtlılığı olan, sözel iletişim kurulamayan hastalar. Bunlar biz hemşirelerin hastayla iletişime geçmesini güçleştiriyor. Palyatif servisleri zordur." (K.15)

"Bakıma İlişkin Zorluklar" kategorisinde katılımcılar bakım verme sürecinde hastaların farklı kültürlerden olmasının bakımı zorlaştırması hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K3, K7 ve K14 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Farklı bir dine mensup olan hastaya bakım vermedim. Buna karşın farklı bir kültüre sahip bir çok hastaya bakım verdim. Ölüm sürecinde bazı hastalar daha sakin kalabilirken bazı hastaların istek ve beklentileri bitmiyor. Hasta ve yakınlarının kültürü ve alışkanlıklarının bu durumu etkilediğini düşünüyorum" (K.3)

"Hasta profillerimiz çok değişti. Arap ya da Pakistanlı hastalara bakım veriyoruz. Onların manevi değerleri, talepleri, mezhepleri çok farklı oluyor. Bu konuda bilgi sahibi olmamız gerekiyor. Dil engeli en büyük problem. İngilizce konuşmuyorlar. Bizde Arapça konuşamıyoruz." (K.7)

"Covid zamanında Hintli bir hastamız vardı. İnancı gereği mum yakıyordu. Her odaya girdiğimizde karı-koca ibadet ediyorlardı. Bir gün merak ettim ve sordum. Neden mum yakıyorsunuz? diye. Hasta yakını benim eşim Hintli dedi. Onlar bu şekilde

dua ve ibadet ediyorlar diye açıkladı. Böyle bir şeye ilk defa tanık olduğum için şaşırmıştım.” (K.14)

"Elimizden geldiği kadar hastalara yardımcı olmaya çalışıyoruz. Hanefî ,Şafi, mezhepleri oluyor. Bazen erkek eli değince abdest bozuluyor. Bu gibi durumlarda bir şey yapamıyoruz." (K.14)

“Bakıma İlişkin Zorluklar” kategorisinde katılımcılar motivasyon kaybı ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K5, K6 ve K16 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Hastanın bakımını ve tedavisini özveriyle yapmana karşın hastada iyileşme olmuyor. Boşa mı çabalıyorum ? Yararlı olamıyorum diye düşünüyorsun. Bu durum aynı zamanda motivasyonun azalmasına neden oluyor."(K.3)

“Bazı zamanlar hastalara yetemediğini düşünebiliyorsun, huzursuz olabiliyorsun. Ancak her zaman her şey aynı olmuyor.” (K.5)

"İlk zamanlar umutsuzluğa kapılmıştım. Hep durumu ağır hastalar... Yaptığım işler boşa mı gidiyor diye düşünmeye başlamıştım. Bazen insanın sabrının zorlandığı zamanlar oluyor." (K.6)

“Hastanın durumunda olumlu yönde herhangi bir ilerleme olmayınca hemşire olarak etkileniyorsun. Psikolojik olarak farkında olmadan hastayla iletişimi azaltabiliyorsun..” (K.16)

“Bakıma İlişkin Zorluklar” alt temasında katılımcılar bakım verme sürecinde çalışan güvenliğinin tehdit altında olması hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K6 ve K11 kodlu katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Diğer hemşirelerle karşılaştırıldığında daha zor şartlarda çalışıyoruz. Hastane enfeksiyonu, yara enfeksiyonu, vücut enfeksiyonu riski var. Diğer yandan hastayı çevirmek fiziksel güç gerektiren bir iş. İş güvenliği açısından riskli bir bölüm olduğunu düşünüyorum.” (K.6)

“Hastada gerçekten zarar verme düşüncesi olmasa da hasta tarafından bize fiziksel şiddet uygulanma durumuna maruz kalabiliyoruz” (K.11)

Katılımcılar zorluklarla başa çıkma yöntemleri ile ilgili görüş bildirmişlerdir. “Zorluklarla Başa Çıkma Yöntemleri” kodu “Uyumlu Ekip Çalışması” ve “Kendine Vakit Ayırma” olmak üzere iki alt koddan oluşmaktadır. Katılımcılar zorluklarla başa

çıkarken ekip çalışmasının ve ekibin uyumlu olmasının etkili olduğunu ifade etmiştir. Konuyla ilgili K3, K8 ve K14 kodlu katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Ekibin tutumu ve bakış açısının aynı olması başa çıkmanızı kolaylaştırıyor. Tecrübeli hemşireler ile birlikte olmak süreci çok etkiliyor. Ekip iletişimi çok önemli. Hekim tüm ekip ile iletişimi ya kolaylaştırıyor ya zorlaştırıyor.” (K.3)

“Ekip arkadaşınla, sosyal çevrendeki arkadaşlarınla ya da aynı hastanede veya serviste çalışmadığın meslektaşlarınla konuşarak, paylaşarak süreçle baş etmeye çalışıyorsun.” (K.8)

“Anlayışın önemli olduğunu düşünüyorum. Tedavi sırasında benim 15 hastam arkadaşın 10 hastası olduğunda, arkadaşın işini bitip bana yardıma geldiğinde insan mutlu oluyor.” (K.14)

Katılımcılar zorluklarla başa çıkarken kendilerine vakit ayırmanın etkili olduğu hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K10 ve K16 kodlu katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Açık söylemek gerekirse mesleği bırakmayı düşündüğüm zaman çok olmuştur. Dört yıllık hemşireyim. İşe giderken acaba başka meslekteki insanlarda benim gibi düşünüyor mu? diye kendi kendime çoğu zaman sormuşumdur. Şimdi yine aynı hastalara bakacağım, hastaların genel durumu iyi değil. Oysaki diğer servisteki hastalar iyileşip taburcu olabiliyor.... Dini ve manevi baş etme yöntemlerinden yararlanarak kendimi güçlendirmeye çalışıyorum. Bu işi birileri yapmak zorunda diye düşünerek motive olmaya çalışıyorum.” (K.10)

“Biraz hobi edinmek, müzik dinlemek, tiyatroya ve sinemaya gitmek, sosyal yaşama dahil olmak gerekiyor. Çalışma ortamını düşünmekten uzaklaşmak gerekiyor. Ben onu yapmaya çalışıyorum. Sosyal yaşama biraz daha fazla ağırlık vermeye çalışıyorum.” (K.16)

Alt Tema 4: Bakımın Sonuçları

“Bakımın Sonuçları” alt teması dört koddan oluşmaktadır. Bunlar; manevi doyum, palyatif bakım yetkinliği, manevi yorgunluk ve fiziksel yorgunluktur. Manevi doyum ve palyatif bakım yetkinliği bakımın olumlu sonuçlarını yansıtırken, manevi yorgunluk ve fiziksel yorgunluk bakımın olumsuz sonuçlarını yansıtmaktadır.

“Bakımın Sonuçları” kategorisinde katılımcılar “Manevi Doyum” ile bakım süreci içerisinde bakım verenlerin kendilerini değerli hissedip, manevi bir doyuma ulaştıkları hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K2, K3, K6, K9, K11 ve K15 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Tedavi sürecinin iyi yönde ilerlediğini görüyorsun. Hasta tarafından değer verildiğini hissediyorsun. Hasta senin yaptığın işe saygı duyuyor. Bu da hemşireye kendini önemli hissettiriyor. Hastayı bütüncül ve onun hayatına dokunarak değerlendirmek beni mutlu ediyor.” (K.2)

“Manevi bakım hemşireyi rahatlatıyor. Ben manevi bakım sunduğumda rahatlıyorum. Hastaya dokunmayı, hasta ile konuşmayı seviyorum. Bu bana iyi geliyor. Ben mesleğimi seven bir hemşireyim.” (K.3)

“Yoğun bakımda en çok karşılaştığım şey, bizler izin vermesek de hastaların elimizi tutup zorla öpmeye çalışması. Sevgilerini ve minnettarlıklarını bize bu şekilde göstermeye çalışıyorlar.” (K.6)

“Yoğun bakımda her zaman doyuma ulaşılabilir. Mutlaka hastanın ayağa kalkıp iyileşmesi gerekmiyor. Hastanın o anki gereksinimini karşıladığımızda da doyum alabiliyoruz.” (K.9)

“Allah razı olsun sözünü duyabilmek bile hastanın bize olan güvenini gösteriyor. Hastaya empati yaparak yaklaşıyoruz. Böyle bir durumda hasta sorunlarını daha iyi ifade edebiliyor. Hastanın kendisini rahat hissetmesi bizi de rahat hissettiriyor.” (K.11)

“Bence palyatif bakım veren bir hemşire ruhsal yönden tam bir doyum sağlar. Çünkü bir insana yardımcı olabilmek ruhsal doyumunu artırır. Merhamet ve maneviyat duygusunu geliştirir. Kendinizle barışık olmanızı ve gurur duymanızı sağlar.” (K.15)

“Bakımın Sonuçları” kategorisinde katılımcılar “Palyatif Bakım Yetkinliği” alt temasında yetkinliği geliştirme, bütüncül bakış açısı kazandırma, semptom yönetimi kazandırma, sabırlı olma konuları hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K2, K3, K6, K7, K8 ve K15 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

“Mutlaka yas-kayıp süreci yaşanacak bir bireye palyatif bakım verilmez. Örneğin evde bakıma ihtiyacı olan engelli bir birey de palyatif bakım alabilir. Bu durumda kişi kadar ona bakım veren yakınının da değerlendirilmesi gerekir.” (K.2)

"Ölüm sürecinde hasta yakını telaşlı oluyor ve hastanın durumu kötüleşiyor. Hemşire mavikod sürecini sakın bir şekilde yönetebilmeli. Palyatif servisi diğer servislere göre spiritüel bakımı daha fazla verme imkanı sağlıyor. Hastanın yakınları yanında olduğu için hasta kendini doğal ortamında gibi hissedebiliyor. Çünkü sevdiği eşyaları, kıyafetleri, yakınları yanında....." (K.3)

"Hemşirenin sakın bir şekilde semptom yönetimi yapması gerekiyor. Hastaların durumu her an değişebiliyor." (K.3)

"Palyatif servisinde daha ilgili, daha titiz ve daha bilgili olunuyor. Komplikasyonu fazla olan hastalarla ilgilenmek hemşireye çok şey kazandırıyor. Daha becerikli ve daha bilgili oluyorsun." (K.6)

"Donanımlı bir hemşire olmanı sağlıyor. Bence palyatif bakım hemşiresi her serviste çalışabilir. Palyatif hemşireleri hastaların sorunlarına daha pratik yaklaşabilir." (K.7)

"Palyatif bakım hemşirelik bilgini, becerini, deneyimini, uygulamalarını güçlendiriyor. Sende bu şekilde mesleki alanda bilgi, beceri ve deneyimini artırarak devam edebiliyorsun." (K.8)

"Palyatif bakım servisinde hastanın her şeyiyle ilgileniyorsun. Yemesinden, tuvalet durumundan, pozisyon almasından, ağırlı uyarandan, onun yürüyebilme imkanı varsa yürüyebilmesine eşlik etmekten....Palyatif bakım servislerinde tüm hemşirelik uygulamalarını yerine getirebilirsin." (K.15)

"Bakımın Sonuçları" kategorisinde katılımcılar bakım süreci içerisinde "Manevi Yorgunluk" yaşadıklarına ilişkili görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K1, K3, K4, K5, K8 ve K16 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Psikolojik açıdan etkileniyoruz, hasta vefat ettiği zaman zorlanıyoruz" (K.1)

"Bazen servise geliyorsun ve konuşamayan bir çok hasta olduğunu görüyorsun. Bazen o ölüm sessizliğini gerçekten hissediyorsun. Çünkü hastaların durumları kötü ve yakınları üzgün. Bu durum sizi de etkiliyor ve uzun süre yaşandığında oldukça yıpratıcı oluyor." (K.3)

" Sürekli son dönem hastalara bakmanın bazen gerçekten manevi yorgunluğa neden olabileceğini düşünüyorum." (K.4)

"Bakım verdiğin bir hastanın ölümü yaşandığında, hasta yakını kadar üzülmesen de sende sempati yapmadan empati yapsan da o günün güzel geçmiyor." (K.5)

"Göreve ilk başladığımda çocuklara yaptığım her uygulamada başka çocuklarla kıyaslıyordum ve morali bozuluyordu. Örneğin nazogastrik sonda uygulaması yapıyorsun ya da damaryolu açıyorsun. Diğer çocuklarla kıyaslıyorsun. Kendini psikolojik olarak kötü hissediyorsun." (K.8)

"Psikolojik olarak çok mutlu olunan bir ortam olmadığını düşünüyorum. Sosyal hayatı kısıtlıyor." (K.16)

Bakımın sonuçları kategorisinde katılımcılar "Fiziksel Yorgunluk" ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K6, K7 ve K16 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Fiziksel olarak bakım vermek, pozisyon vermek, banyo yaptırmak vs sizi çok yoruyor. Mesela benim boynumda düzleşme var. Hastaya pozisyon verirken bu beni çok zorluyor. Hemşireler fiziksel olarak bu boyutta çok zorlanıyor." (K.3)

"Mesela senin hastanın prognozu kötüyken sen dinlenemezsin. İki yıl palyatif de çalıştım. Çalışma saati içinde bir bardak çayımı bitirdiğimi hiç hatırlamıyorum." (K.6)

"Hem mental hem de fiziksel olarak yoruluyorsun. Serviste kaç hemşire çalışıyor? ve kaç hasta bakılıyor?....." (K.7)

"Bakım vermek bizlerde bel fıtığı gibi sağlık sorunlarına neden olabiliyor." (K.16)

Tema 2: Spiritüel Bakım

Araştırma kapsamında ele alınan ikinci tema olan "Spiritüel Bakım" temasına ait dört alt tema oluşturulmuştur. Bunlar; bireyin bakım gereksinimleri, bakımın kolaylaştırıcıları, bakımın engelleri ve bakımın çıktılarıdır.

Alt Tema 1: Bireyin Bakım Gereksinimleri

"Bireyin Bakım Gereksinimleri" alt teması psikolojik gereksinimler, manevi gereksinimler ve gereksinimlerin karşılanması olmak üzere üç koddan oluşmaktadır.

"Bireyin Bakım Gereksinimleri" alt temasında katılımcılar "Psikolojik Gereksinimleri" ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kişilerin psikolojik gereksinimlerini şefkatli olmak, güler yüzlü olmak, anlaşılmayı beklemek, çeşitli aktiviteler yaptırılması, yakınlarıyla iletişim kurmasını sağlamak, psikolog desteği

sağlanması ve iletişim kurmak olarak dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K4, K6, K7, K8, K9 ve K11 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“ Hasta çaresiz bir birey. Gözle, iletişimle, tensel olarak ona dokunmanı bekliyor. Yani bir yardım arıyor. Bence hastaya tensel olarak dokunduğum zaman ruhuna da dokunmuş oluyorum. İletişime geçmeden işimi yapıp çıksam hastayı ruh ve beden olarak rahatlatamam diye düşünüyorum.” (K.2)

“Hasta yakınlarını yoğun bakım koşullarına uygun şekilde 1-2 dakika hastalarıyla görüştürmeye çalışıyoruz. Eğer hasta yakını orada değilse onlardan mektup yazmalarını istiyoruz. Özellikle pandemi döneminde bunu çok yaptık. Hastalara yardımcı olmak için onlara gelen mektupları hastalara biz okuduk...”(K.4)

"Onu dinlemek, anladığını, empati kurduğunu göstermek önemli. Bazı kişiler reiki yapıyor. Hastaya zarar vermediği sürece tedavisine katkı sağlasın ya da sağlamasın hastanın ruhen kendini rahat hissetmesini sağlayacak şeylere izin verilebilir ya da yapmasına yardımcı olunabilir. Hasta odasında bulunmak, onu dinlediğimizi, anladığımızı göstermek, daha özenli, dikkatli, ılımlı bir şekilde yaklaşmak, sözel iletişim yaparken aynı zamanda beden dilimiz ve gözlerimiz ile iletişim içerisinde olmak bence çok önemli." (K.6)

"Hastaların bence en büyük ihtiyaçları dinlenilmek ve anlaşılmak. Bazen çok korkuyorlar, o korkuların farkına varılmasını ve hissedilmesini istiyorlar. Çok korktuklarında ellerini tuttuğumuzda ve tamam geçecek dediğimizde sakinleşiyorlar...." (K.7)

"Çocuklar korku ya da kaygıyı ağlayarak ifade ediyorlar. Korktuklarında anne babasını görmek istiyorlar. Bazen aileleri içeri alıyoruz bazen de alamıyoruz. Çok ajite bir çocuksa, bu durum yaşam bulgularına ve tedaviye yansiyorsa ve bizi zorluyorsa görüntülü görüşme yaptığımız çocuklar olabiliyor." (K.8)

" Hastalarda ölüm korkusu ve ailesinden uzakta olma endişesi olabiliyor." (K.9)

“Hastalarımızın bazen çok ziyaretçileri oluyor. Hastaları için dua etmek ya da manevi anlamda onları psikolojik olarak desteklemek istekleri oluyor. Bizde servisimiz uygun olduğu sürece elimizden geldiği kadar onları dinleyip empati kurarak destek olmaya çalışıyoruz.” (K.11)

“Bireyin Bakım Gereksinimleri” alt temasında katılımcılar “Manevi Gereksinimler” ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kişilerin manevi

gereksinimleri; mahremiyet alanlarının korunması ve dini destek sağlanması olduğunu dile getirmiştir. Konuyla ilgili K2, K3, K4, K6, K7, K8, K15 ve K17 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Hastaya dini inançlarını gerçekleştirme imkanı tanıdığınız zaman çok şey değişiyor. Hem iyileşme sürecine hem bakım sürecine hem kendini rahat hissetmesine yardımcı oluyor. Bir hastam ben gözümlle namaz kılmak istiyorum başımı yükseltir misin? diye sordu. Ben hastanın başını yükselttim. Ben bu durumu manevi bakımı desteklemek olarak görüyorum." (K.2)

"Kültürel özelliğimiz gereği kadın hastalar başını ya da kollarını kapatmayı çok istiyor. Kına yakıp geliyorlar. Normalde kına ölüme ya da Allah'a teslimiyet olarak biliniyor. Hasta ve yakınlarının elleri ve saçları genellikle kınalı oluyor. Bu hastalar genelde ölümü kabullenmiş ve huzurlu oluyor. Erkek hastalar için de mahremiyet önemli. Mesela pozisyon verirken yara bakımı yaparken üstlerine nevresim örtüyoruz ama onlar yine de çekiniyorlar. Bence onları rahatlatmak manevi bir bakım." (K.3)

"Palyatif servisinde uygulama yaparken son dönem kanser hastası emekli bir öğretmen vardı. Hasta bulmaca çözmek istiyordu ve ben ona bulmaca getirirdim. Aslında bu bile bir spirittüel bakım. Hastanın ihtiyacını bilmek ve karşılamak. Herşeyin başı iletişim. Ben onunla konuşmayıp ihtiyaçlarını belirlemeseydim, onun bulmaca çözmeyi çok sevdiğini ve bulmaca çözerken ağrılarını bile unuttuğunu bilemezdim." (K.3)

"Bizim servisimizde bir tane Kur'an-ı Kerim var. İstediklerinde Kur'an-ı Kerim'i verebiliyoruz. Hasta yakınları o kadar çok seviniyor ki başka şey versem o kadar mutlu olamazlar. Hastalarının başlarında Kur'an-ı Kerim okumalarına izin veriyoruz." (K.3)

"Dini olarak bazen abdest almak istiyorlar. Ama ayağa kalkmalarının mümkün olmadığı durumlarda teyemmüm abdesti alabiliyorlar. Biz de onlara yardımcı oluyoruz. Ya da dini olarak okudukları kitaplar varsa yanlarına almalarına izin veriyoruz." (K.4)

"Henüz denk gelmesem de hastaların talebi doğrultusunda papaz yada imam çağrıldığını biliyorum. Manevi destek uzmanı da hastaya dini yönden destek sağlamaya çalışıyor. Biz kimseyi ibadet etmeye ya da herhangi bir inanışa

zorlamıyoruz. Ama hasta ya da yakınları kıbleyi ve namaz vaktini soruyor. Hastaya manevi destek olduğumuzu düşünüyoruz.” (K.6)

"Mesela bir hastamın yanında hep tesbihi vardı. Fiziksel gücü yoktu ama tek eli ile tespih çekmeye çalışırdı. Tesbihini düşürünce silip tekrar eline verirdim. Bence bu hastaya spiritüel bir destek." (K.6)

"Dinsel ritüeller var. Önceden ben bunları hiç bilmiyordum. Ailenin bazı istekleri olabiliyor. Manevi olarak son suyunu vermek ve besmele ile uğurlamak diye bir şey var...." (K.7)

"Hastanın dini inançlarına yönelik olarak istediği ve gereksinim duyduğu bakım olarak düşünüyorum. Örneğin hasta kendini ruhen sıkıntılı hissettiğinde dua etmek, birşeyler okumak, namaz kılmak, abdest almak gibi gereksinimleri olabiliyor. Biz çocuk yoğun bakımdayız. Çocuğun böyle bir talebi olmuyor ama ailenin böyle bir talebi oluyor. Mesela bize muska getiriyorlar. Çocuğumun başında durmasını istiyorum yatağının bir köşesine ilıştirebilir misiniz? diye soruyorlar.." (K.8)

"Benim için en önemlisi hasta mahremiyetidir. Benim başlıca dikkat ettiğim konulardan biridir." (K.15)

"Manevi bakım, hastanın mahremiyetine önem vererek, din, dil, inanışlarına dikkat ederek tedavi uygulamaktır. Kadın hastaysa erkek hemşirenin bakmasını istemiyorsa kadın hemşire bakımını üstleniyor. Aynı durum erkek hasta içinde geçerli oluyor." (K.17)

“Bireyin Bakım Gereksinimleri” alt temasında yer alan “Gereksinimlerin Karşılanması” kodu psikospiritüel konfora yönelik girişimler ve fiziksel konfora yönelik girişimler olmak üzere iki alt koddan oluşmaktadır.

“Gereksinimlerin Karşılanması” kodunda katılımcılar psikospiritüel konfora yönelik görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kişilerin özel eşyalarını yanında bulundurmasının, hasta rızasının alınmasının, hasta yakınlarının vedalaşmasını sağlamanın ve hastaya dürüst yaklaşım göstermenin önemli olduğunu dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K4, K7 ve K14 kodlu numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Yakınları ile vedalaşmalarını sağlıyoruz. Odalar tek kişilik olduğu için özellikle son döneminde olan hastaların yakınlarını hekimin bilgisi dahilinde odalara alıyoruz. Bilinci açık olan hastaya bu uygulama iyi geliyor ve sakinleşiyor. Yakınlarının sesini

duyuyorlar, onunla vedalaşıyorlar ve onları görüyorlar. Yoğun bakıma gönderdiğimiz hastalar ise ajite oluyor. Çünkü yakınları ile vedalaşamıyorlar. Bu nedenle mümkün olduğunca yakınları ile vedalaşmalarını sağlıyoruz. Bence bu durumda spiritüel bakımın öğelerinden birisi. (K.3)"

"Hastaya gerçekleri söylemenin de manevi bakımı olduğunu düşünüyorum. Hekimler gerekli bilgilendirmeyi yapsa da bazı aileler sizden de aynı şeyi duymak istiyor. Ekip halinde hasta ve ailesine gerçeği söylemek önemli. Hasta ve ailesine karşı dürüst olmanın da bir manevi bakım kaynağı olduğunu düşünüyorum." (K.4)

" Bazı hastalar hoca, bilinci kapalı ve sakalları çok uzun. Biz onları hiçbir şekilde kesmiyoruz. Hasta rızası olmadan saçları kesilmiyor onlara saygı gösteriyoruz." (K.7)

" Ölüm korkusu olduğu için dini kitap getirmeleri söz konusu olabiliyor." (K.14)

Gereksinimlerin Karşılanması kodunda katılımcılar fiziksel konfora yönelik görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bireylerin fiziksel konforunu sağlamak amacıyla ağrı kontrolü yapması, öz bakım gereksinimlerinin karşılanması ve sessiz ortam yaratılması gerektiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K10 ve K14 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Ölüme yaklaşan hasta da olsa banyo yaptırıyoruz, tam yatak banyosu vb. Bu spiritüel yönden hastaları çok rahatlatıyor, dinginleştiriyorlar. Vital bulgularından da bunu anlıyoruz. Mümkün olduğunca banyo yaptırmaya çalışıyoruz." (K.3)

"Hastaların ihtiyaçlarını kendi kendilerine karşılayamaması önemli bir sorun. Biz bu aşamada onlara yardımcı oluyoruz. Fiziksel destek sunuyoruz." (K.10)

"Hastalar hastanenin eşyalarının hijyenik olmadığını düşündükleri için yastık, çarşaflarını getirebiliyorlar.." (K.14)

Alt Tema 2: Bakımın Kolaylaştırıcıları

"Bakımın Kolaylaştırıcıları" alt teması, hemşirenin yetkin olması, bakım ortamının özellikleri ve etkili iletişim olmak üzere üç koddan oluşmaktadır.

"Bakımın Kolaylaştırıcıları" alt temasında katılımcılar "Hemşirenin Yetkin Olması" ile ilgili hemşirelerin empati yeteneğine sahip olması, hemşirelerin hizmet içi eğitim alması, hemşirelere kişisel gelişimini arttıracak faaliyetler düzenlenmesi ve alanda uzmanlaşmalarının sağlanmasının hemşirenin yetkinliğini etkileyebileceği

hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili K2, K4, K5, K9, K12 ve K14 numaralı katılımcılar şunları ifade etmiştir:

"Öncelikle spiritüel bakım ne demek bunun kesinlikle bilinmesi lazım. Bu konuda eğitim verilmesi lazım. Bu eğitim lisansta başlamalı. Lisansüstü eğitimde de detaylı bir şekilde verilmeli. Hizmet içi eğitim konularında da mutlaka spiritüel bakım konuları olmalı. Bu konuda sertifika programları düzenlenebilir. Ben yoğun bakım sertifika kursuna gidene kadar spiritüel bakımı bildiğimi söyleyemem. Artık kendi hayatımızda da spiritüelöte önemli." (K.2)

"Bazen hastalar ve aileleri bazı sorular soruyor ve biz cevap vermekte zorlanabiliyoruz. Örneğin kalp kapağı değişecek bir hasta bunun hangi materyalden üretildiğini öğrenmek istedi. Hasta ve ailesinin eğitim durumu ve inancı bu durumu etkileyebiliyor. Hastanın veya yakınının bu sorusunun cevabının verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Sağlık kurumundaki her meslek grubu manevi bakım eğitimi almalı ya da o kurumda hasta ve yakınlarına manevi bakım verebilecek meslek grupları bulundurulmalı..." (K.4)

"Hastaların ölüm korkusu ile sık karşılaşıyoruz. Bu konular yapılacak eğitimlere eklenebilir. Bu konuda makaleler okunabilir. Aynı zamanda konferanslar sempozyumlar düzenlenebilir. Kliniklerde maneviyat ile ilgili hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu eksiklikler giderilebilir."(K.5)

"Her hemşire hastasına bütüncül olarak bakmıyor holistik yönden yaklaşıyor. Bazı hemşireler hastaya robot gibi yaklaşıyor. Yapılması gereken tedavileri ve girişimleri yapıyor, hastayı anlayamıyor. Bence bu durumlarda hemşirelere manevi bakımla ilgili eğitimler yapılabilir." (K.7)

"Ölümlle ilgili konularda kendimi o iletişimi kurabilecek yeterlilikte ve yetkinlikte hissetmiyorum. Aileyi bilgilendirmemiz gerekebiliyor. Bu nedenle bu konularda eğitimler verilebilir" (K.9)

"Manevi bakım verecek hemşirenin de alanında uzmanlaşması lazım. Her serviste manevi bakım ile ilgilenen bir hemşire olması gerekiyor..." (K.12)

"Bazen hasta bir şey sormak istiyor, hemşire tersliyor, azarlıyor. Hasta bir şey soramıyor öyle kalıyor. Aynı şey doktor için de geçerli. Hasta doktora soramıyor bize soruyor. Doktor hiç ilgilenmedi benimle diyor. Hemşire biraz kibar sıcakkanlı olacak.

Arada bir güven bağının oluşması için hemşirenin hastaya bir yakınlık göstermesi gerekiyor." (K.14)

“Bakımın Kolaylaştırıcıları” alt temasında katılımcılar bakım ortamının özellikleri ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bakımı etkileyen faktörleri; kurumun fiziki ortamı, hemşire sayısının az olması, hasta sayısının fazla olması, kurum kurallarında esneklik olmaması, ortak alanlarının olması gibi nedenlerle ilişkilendirmiştir. Bakım ortamının özellikleri ile ilgili K1, K3 K5, K7 ve K14 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Palyatif bakım merkezlerinde hastaların okuyabileceği kitaplar olabiliyor." (K.1)

"Kurum desteği önemli. Hastalar hastane yemeği yemek istemiyor. Kendi çorbasını yemek istiyor öyle olunca zevkle yiyor. Biz de onlara bu imkanı sağlıyoruz. O yüzden fiziki ortam çok önemli. Eleman sayısı da etkiliyor. Fiziksel ortamın iyi olması zorlukları önüyor." (K.3)

"Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması gerekiyor. Böylece hastaya daha fazla yararlı olunabilir diye düşünüyorum. Özellikle hemşire, psikiyatri alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanı, hasta bakıcı sayısı artırılmalı." (K.5)

"Yoğun bakımda hastaların özel odaları var. Bir keresinde yoğun bakımda yasak olmasına karşın tutanakla hastanın odasına televizyon ve radyo getirmiştik, izin vermişlerdi. Hastanın kendi battaniyesi, pikesi, yastıkları, kendi evinde kullandığı mama eşyaları, masaj aleti kremleri, kendi şampuanı vardı. Bizde uzun süre yatmıştı, hastaya ev konforu sağlanmıştı. Hastanın huzurlu olduğunu bakışlarından anlıyorduk. Bir hastamızın da okuduğu bir kitap varmış, bizden o kitabı istemişti ve vermiştik. Bazı hastalar da Kuran ya da muskaları yanında olsun istiyor." (K.7)

"Hemşire palyatif servisinde çalıştığında ne olacağını bilmiyor. Bir hasta gidiyor diğer hasta geliyor. Bakım vermen gereken 10 hasta oluyor ve hiç kendine vakit ayıramıyorsun. Personel sayısının fazla olması lazım. Hemşirenin baktığı hasta sayısı azalırda daha rahat bakım verilebilir." (K.14)

“Bakımın Kolaylaştırıcıları” alt temasında hastaların bakımını kolaylaştırmada etkili iletişimin önemli olduğunu bildirmiştir. Etkili iletişim ile ilgili K4, K9, K10, K11 ve K17 katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

" Hasta ve ailesiyle açık bir şekilde iletişim kurmanın manevi bakım vermeyi kolaylaştıran ilk araç olduğunu düşünüyorum. Tabi ki burada hasta ve ailesinin iletişime açık olması önemli." (K.4)

" Bir çift cümle bizim için gereksiz olabiliyor ama hastalar için o kadar değerli ki. Entübe hastalar oluyor konuşmıyor. Onlarla iletişime geçersen ve sana güvenirse tüpünü çekmeye çalışmıyor." (K.9)

"Hasta ile geçirdiğimiz zaman uzun olursa hastaya daha yararlı olabileceğimizi düşünüyorum. Hastanın duygu, düşüncelerini, maneviyatını, dini inançlarını anlayabilmek oldukça önemli." (K.10)

"Hasta ve yakınları servise geldiklerinde ilk olarak ne zaman taburcu olacaklarını soruyorlar. Onlar ile iyi bir iletişim kurmamız gerekiyor. Güler yüzlü olmamız gerekiyor. İyi akşamlar, bugün nasılsınız? şeklinde durumlarını sormak bile hasta ile olan iletişimimizi artırıyor." (K.11)

"Hastaların ajite olması, bize kaba konuşması, sesini yükseltmesi iletişimi, bizim onlara manevi destek sunmamızı yada psikolojik destek vermemizi olumsuz yönde etkiliyor." (K.17)

Alt Tema 3: Bakımın Engelleri

"Bakımın Engelleri" alt teması örgütsel faktörler, hasta/hasta yakınından kaynaklanan faktörler ve hemşireden kaynaklanan faktörler olmak üzere üç koddan oluşmaktadır.

"Bakımın Engelleri" alt temasında katılımcılar "Örgütsel Faktörler" ile ilgili kurum koşullarının yetersiz olması, odaların tek kişilik olmaması, eleman yetersizliği, kurumun bakış açısının bakımı engelleyen örgütsel faktörler arasında olduğunu bildirmiştir. Örgütsel faktörler ile ilgili K3, K4, K6, K9 ve K12 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Yöneticilerin palyatif bakım ile ilgili tutumu çok önemli. Ben hemşirelere bu konuda yeterince destek olunduğunu düşünmüyorum." (K.3)

" Fiziki koşulların manevi bakımı etkilediğini düşünüyorum." (K.4)

" Hemşire başına düşen hasta sayısı çok fazla. Hemşirelerin şefkatli olması, empati yapabilmesi, sabırlı olması lazım." (K.6)

"Bakım verdiğim hastalar ile ilgili çok şey yapmak istiyorum. Vicdan azabı çekmek istemiyorum. Nöbette 13-14 hasta bakıyorum. Onların ihtiyaçlarına yetemediğimi düşünüyorum. Bilinçli olan hastalarımın spiritüel desteği daha iyi verebiliyorum. Hemşire başına düşen hasta sayısı, kurumun özellikleri, iş yoğunluğu, hemşirelerin ilgisizliği, bazen de doktorların bilgisizliği her şey bu durumu etkiliyor."(K.6)

"Hastaların odalarının ayrı olması mahremiyet, rahatlık sağlıyor. Hasta ibadetini yapmak istiyorsa kolayca yapabiliyor. Hastalar ayrı odalarda kalamıyorsa perde ve paravana kullanılabilir" (K.9)

"Hasta tek kişilik odada kaldığında daha rahat iletişim kurabiliyoruz. Bizimle gizli mahrem olan şeylerini paylaşabiliyor. İki kişilik odada bu mümkün olmuyor." (K.12)

"Bakımın Engelleri" alt temasında katılımcılar "Hasta/Hasta Yakınından Kaynaklanan Faktörleri" hasta yakınlarıyla iletişimin zorluğu, iletişimsizlik, yardımı kabul etmemek gibi nedenlerle ilişkilendirmişlerdir. K3, K6, K8, K9, K11 ve K15 numaralı katılımcıların hasta/hasta yakınından kaynaklanan faktörlere yönelik ifadeleri şu şekildedir:

"İletişim kurulması zor hastalar olabiliyor. Örneğin onkoloji hastaları gibi. Hasta sessiz kalmak istediğinde sende sessiz kalıyorsun. Hastayla iletişim kurulması zor ise manevi bakım bu durumdan olumsuz etkileniyor." (K.3)

"Bazı hastaların genel durumları kötü ve iletişime kapalıdır. Bu durum bizim o hastaya manevi bakım uygulamamızı engelliyor. Hasta ve yakınlarına yumuşak davranmak ve şefkatli olmak gerekiyor." (K.6)

"Bazı hastalar tedaviyi reddedebiliyor. Uygulamaları engellemek isteyebiliyor. Özellikle ağrı ve acı veren uygulamaları reddetmesi bizi zorluyor."(K.8)

"Toplumumuzda ölüm, inanç gibi şeyler her zaman her yerde konuşulabilecek konular değil. Aynı zamanda hasta kendisini ifade etmek istemeyebiliyor." (K.9)

"Ekibin tecrübeli olması çok önemli. İletişim ya da empatiye önem verdiğimiz halde yine de problemler yaşıyabiliyoruz." (K.11)

“Hasta ve yakınları psikolojik olarak bunalıyor. Bizimle olan iletişimlerinde uygun konuşmayabiliyorlar. Bu durum hem bizim motivasyonunuzun düşmesine hem de karşı tarafın yıpranmasına neden olabiliyor.” (K.15)

“Bakımın Engelleri” alt temasında katılımcılar “Hemşireden Kaynaklanan Faktörler” ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar, hemşirelerin önyargılı olması ve bakım bilgisinin yetersiz olmasının bakımı engelleyen faktörler arasında yer aldığını bildirmiştir. Hemşireden kaynaklanan faktörler ile ilgili K3, K4, K6, K7, K8, K9 ve K10 numaralı katılımcılar ifadeleri şu şekildedir:

"Hemşirenin deneyimi ve tecrübesi çok önemli diye düşünüyorum." (K.3)

“Hemşirenin ön yargısız olması gerektiğini düşünüyorum. Çok farklı kültürel özelliklere sahip insanlara bakım vermek durumunda kalıyoruz. Türkiye göç alan bir ülke. Bu nedenle ön yargılı olmadan işimizi yapmak gerektiğini düşünüyorum.”(K.4)

"Hemşirenin bilgi birikimi olması gerekiyor. Bu konu ile ilgili eğitim alması gerekiyor. Çünkü ben bir çok hemşire de şunu gözlemledim. Benim mesleğimde maneviyatın işi nedir? diyorlar. Bazıları maneviyatı kabul ediyor ama dinin işi ne? diye düşünüyor. Aslında dinde bir maneviyat. Bunun farkına varamayan arkadaşlarımız oluyor." (K.6)

"Empatik olmayan, agresif tutum sergileyen hemşireler oluyor. Hastayı anlamaya çalışmadan fiziksel tespit uyguluyorlar." (K.7)

"Teorik bilgilerimiz, klinik deneyimlerimiz, uygulamalarımız zamanla geliyor. Deneyim ve bilgi arttıkça hastanın ihtiyacına yönelik bakım verebiliyoruz. Bu nedenle kendimizi geliştirmemiz çok önemli. Manevi bakıma yönelik farkındalığımızın artması gerekiyor." (K.8)

“Hemşirenin kendi inanişına ya da manevi değerlerine göre yanlış davranması durumu zorlaştırabilir. Bu durum bakımı engelleyebilir diye düşünüyorum.” (K.9)

"Hemşire olarak dil, din ,cinsiyet, ırk, cinsel yönden hiçbir şeyi ayırt etmeden bakım verdiğimiz için hemşirenin iletişime açık olması gerekiyor. Hastanın manevi değerlerinin senin manevi değerlerinle örtüşmesi gerekmiyor. Hemşirenin tarafsız, önyargısız yaklaşması gerekiyor" (K.10)

Alt Tema 4: Bakımın Çıktıları

“Bakımın Çıktıları” alt teması, bakım verene yönelik çıktılar ve bakım alana yönelik çıktılar olmak üzere iki koddan oluşmaktadır.

Bakım Verene Yönelik kodu, mesleki doyumun artması ile stres ve gerginliğin azaltılması alt kodlarından oluşmaktadır. Mesleki doyum ile ilgili K2, K4, K5 ve K15 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Hemşire olarak hastaya yardımının dokunduğunu hissediyorsun. Bu çok iyi bir doyum ve mutluluk kaynağı." (K.2)

"Yararlılık etkisi olduğunu düşünüyorum. Hemşire kendisini daha yararlı hissediyor ve daha huzurlu oluyor. Hastasını kaybetse de vicdanen rahat oluyor." (K.4)

"Mesleki açıdan huzur ve doyum alıyorum. Hastayla birebir iletişim halindeyim. Hastalara yardımcı olduğumda kendimle gurur duyuyorum." (K.5)

"Palyatif bakım hastası bakıma muhtaç bir hasta olduğu için mesleki yeterlilik oldukça önemli." (K.15)

Katılımcılar bakım verenin bu süreç içerisinde stres ve gerginlik düzeyinde azalma olduğunu bildirmiştir. Konuyla ilgili K3 ve K17 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Hemşirenin tükenmişliğini azaltıyor. Yaptığı işten doyum almasını, anlam bulmasını sağlıyor, iş stresini azaltıyor. Hemşire hem kendi hem de hastaları için insancıl bir şey yapıyor. Bence hemşireyi çok rahatlatıyor." (K.3)

"Hemşire işten çıkınca evine daha huzurlu gider, morali bozulmaz, motivasyonu kaybolmaz. Motivasyonu ve morali yükselince hemşirenin çalışma isteği de artar." (K.17)

Bakım Alana Yönelik kodu, iyileşme sürecinin hızlanması ve güven duygusunun gelişmesi olmak üzere iki alt koddan oluşmuştur. Bireylerin iyileşme sürecinin hızlanması ile ilgili olarak K7 ve K17 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Bence kesinlikle iyileşmeyi hızlandırıyor. Hastanın konforu artıyor. Tedaviye uyumu hızlanıyor. Daha uyumlu bir iletişim sergiliyor ve daha sabırlı yaklaşıyor. Karşılaştığı zorluklar ile daha fazla başa çıkabiliyor." (K.7)

“Hastalar güler yüzü görünce 10 günde iyileşeceklerine 5 günde iyileşiyorlar. İlaç tedavisiyle 10 günde iyileşiyorlarsa, destekleyici tedaviyle bu süre 8 güne 5 güne 4 güne düşebiliyor. Onlara şefkatle yaklaşınca hastalar daha mutlu oluyor.” (K.17)

Katılımcılar güven duygusunun gelişmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bakım alan bireyin bu süreç içinde güven duygusunun arttığını belirtmiştir. Güven duygusunun artması ile ilgili K9 ve K17 numaralı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

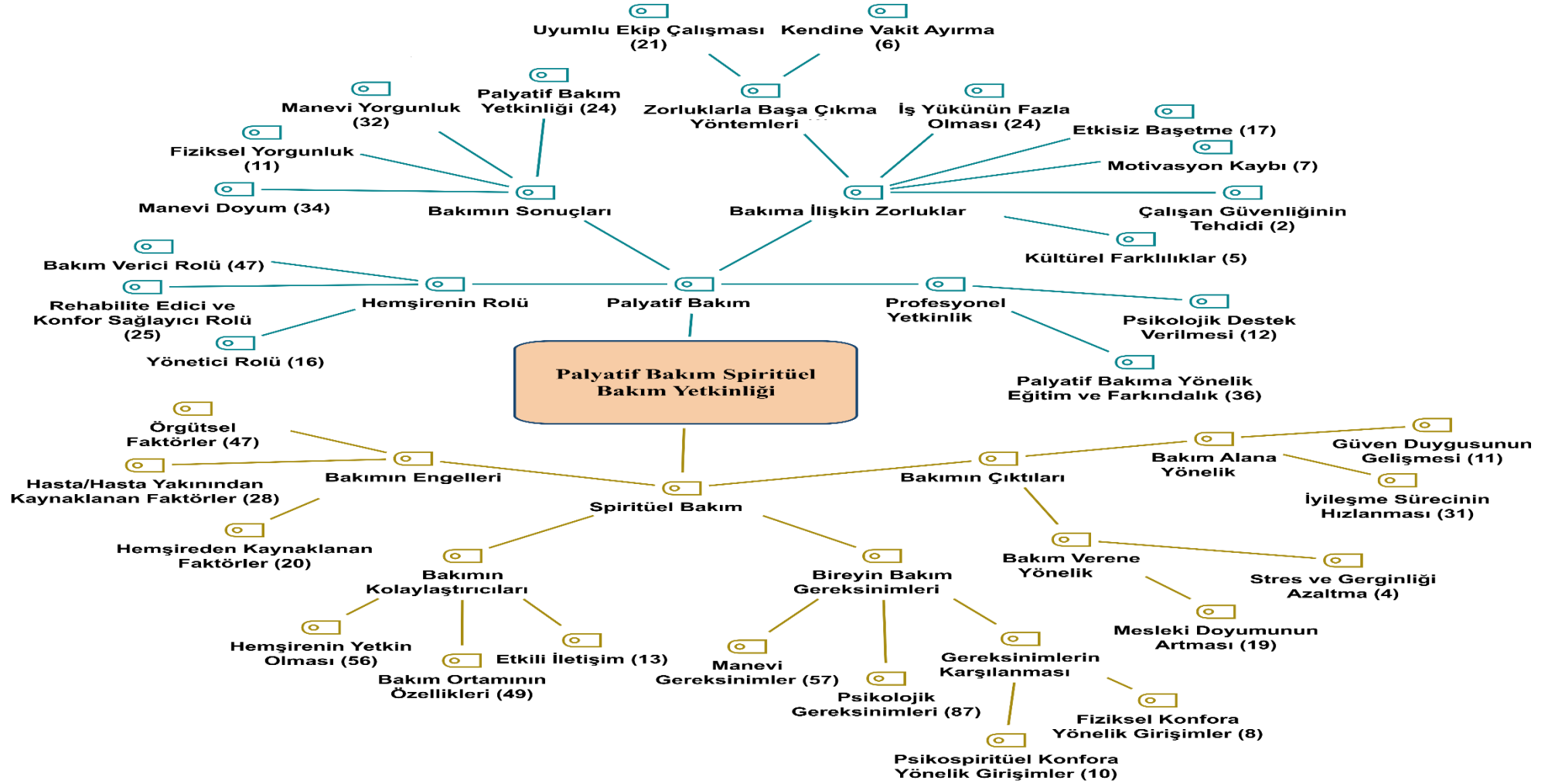
“Hastayla aramızda güven ortamı sağlayabilmek çok önemli.” (K.9)

“Daha samimi bir ortam oluştuğunda hastalar kendilerini daha güvende hissediyorlar.” (K.17)

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 4.3’te gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadelere işaret ederken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir.



Şekil 4.3. Palyatif Bakım ve Spiritüel Bakım Temalarının Kod Bulutu



Şekil 4.4. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerin Belirlenmesine Yönelik Oluşturulan Temalar, Alt Temalar ve Kodların Kavram Haritası

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılması, hemşirelerin palyatif spiritüel bakım yetkinlik düzeylerini etkileyen nicel verilerin tartışılması, hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlikleri ile ilgili nitel verilerin tartışılması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeylerini belirlemek amacıyla, Chen vd (2016) tarafından geliştirilen “Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Türk toplumuna kazandırılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Ölçek uyarlama sürecinde ilk olarak ölçeğin psikolinguistik özellikleri incelenmektedir. Dil geçerliğinin sağlanabilmesi için ilk olarak ölçek maddelerinin dil çevirisinin yapılması gerekmektedir. Dil çevirisinin yapılabilmesi için genellikle çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmaktadır. Literatürde ölçeğin geliştirildiği ve uyarlama çalışmasının yapıldığı kültürler arasındaki farkı en aza indirmek amacıyla, her iki kültürü ve dili iyi bilen en az iki çevirmen tarafından çevirilerin yapılması önerilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Şencan, 2005; Seçer, 2015, Çapık vd., 2018). Bu araştırmada dil geçerliğinin sağlanabilmesi için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliği çalışmalarına başlanmıştır.

Kapsam geçerliği, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen davranışı yeterli düzeyde ölçme yeteneğidir (Ellez, 2014; Esin, 2014; Karagöz, 2017). Kapsam geçerliğinin yapılabilmesi için ölçek maddeleri uzman görüşüne sunulmaktadır. Bu doğrultuda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Ölçeği'nin taslağı 14 uzmanın görüşüne sunulmuştur (Ek-10). Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, ayırt edicilik, amaca hizmet etme ve kültürel uygunluk açısından değerlendirmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlar her bir ölçek maddesini “Madde Gerekli=1 puan”, “Madde Yararlı Ancak Yeterli Değil=2 puan”, “Madde Gereksiz=3 puan” şeklinde değerlendirmiştir. Bu araştırmada 14 uzmanın görüşüne başvurulduğu için kapsam geçerlik oranı 0,51 olarak alınmıştır.

Uzman görüşleri doğrultusunda ölçek maddelerinin her birinin kapsam geçerlik oranının 0,86-1,00 arasında olduğu belirlenmiş ve ölçeğin kapsam geçerliği 0,98 olarak hesaplanmıştır. Uzman görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır ($p>0,05$).

Dil ve kapsam geçerliği çalışmalarının ardından, ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirebilmek amacıyla pilot çalışma yapılması gerekmektedir. Pilot çalışmada, örneklem ile aynı özelliklere sahip olan kişilerin yer alması gerektiği bildirilmektedir (Seçer, 2015). Bu çalışmada “Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Ölçeği”nin dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlandıktan sonra 20 hemşireye anket formu ve ölçeğin anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere pilot çalışma uygulanmıştır. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli iyileştirmeler yapılarak taslak ölçek maddelerine son şekli verilmiş ve taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Faktör yapısı daha önceden belirlenmiş olan bir ölçeğin faktör yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır (Ellez, 2014). Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin model uyumunu değerlendirebilmek için başlıca χ^2/sd , GFI, AGFI, IFI, TLI(NNFI), CFI, RMSEA, SRMR değerleri incelenmektedir (Karagöz, 2017). Bu çalışmada ilgili ölçeğe ait ilk modeldeki uyum indeksleri incelendiğinde χ^2/sd ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu, model iyileştirme çalışmaları sonrasında ise tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği (χ^2/sd : 3,125; GFI: 0,915; AGFI: 0,875; IFI:0,926; TLI(NNFI):0,905, CFI: 0,925; RMSEA:0,078; SRMR:0,054) görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçekten 4, 8, 13 ve 14 numaralı maddeler çıkartılarak ölçeğe son hali verilmiştir. Bu doğrultuda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği’nin 14 madde ve 3 alt boyuttan oluşan hali Türk toplumuna kazandırılmıştır.

Bir ölçüm aracının geçerli olmasının yanısıra güvenilir olması da gerekmektedir. Güvenirlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği fenomeni tutarlı ve istikrarlı olarak ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Karagöz, 2017). Likert tipi bir ölçeğin güvenilir olup olmadığının belirlenebilmesi için Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısının hesaplanması gerekmektedir (Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı değerinin 1’e yaklaşması ölçeğin güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (Kalaycı, 2010; Karagöz, 2017). Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik

Ölçeği Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89, Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,78, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,79 ve Spiritüel Bakım alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85 olarak saptandı. Bu doğrultuda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerinin yüksek derece güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Chen vd. yaptığı çalışmada (2016) ölçeğin orijinal halinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,92, Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,81, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,88 ve Spiritüel Bakım alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,85 olarak bulmuştur. Hu vd. çalışmasında ise (2019) Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Ölçeği Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93, Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,81, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,88 ve Spiritüel Bakım alt boyutu Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,86 olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplamı, Spiritüel Bakım Bilgisi, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı ve Spiritüel Bakım alt boyutlarının test tekrar test puanları arasındaki sınıf içi korelasyon katsayı değerleri sırasıyla ICC: 0,981, ICC:0,952, ICC:0,966 ve ICC:0, 980 olarak belirlendi. Literatürde ICC değerinin 0,740'den büyük olmasının ölçek güvenirliğinin çok iyi olduğu anlamına geldiği bildirilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Bu doğrultuda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilir olduğu görülmektedir.

5.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerinin Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Hemşirelerin, palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan 14 madde ve 3 alt boyut ile doğrulanan Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalaması $3,69 \pm 0,61$ olarak saptandı. Ölçekten alınabilecek puan ortalaması 1 ile 5 puan arasında değişmekle birlikte araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Chen vd. (2016) çalışmasında ölçeğin toplam puan ortalaması $3,87 \pm 0,54$ olarak bildirilmiştir.

Ölçeğin *Spiritüel Bakım Bilgisi* alt boyut puan ortalaması 1-5 arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan

ortalaması $3,41 \pm 0,84$ olarak belirlendi. Chen vd. çalışmasında (2016) Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalaması $3,68 \pm 0,76$ olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalıştığı klinik, spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, aldığı eğitimi yeterli bulma, klinikte hasta bireylere spiritüel bakım verme, palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Bu doğrultuda spiritüel bakım kavramını duyan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan, aldığı eğitimi yeterli bulan, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerde spiritüel bakım bilgisinin anlamlı derece daha yüksek olduğu bulundu. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım konusundaki bilgilerinin eksik olduğu (Akgün Kostak vd. 2010; Çetinkaya vd., 2013), bilgi eksikliği nedeniyle spiritüel bakım konusunda kendilerinden emin olmadıkları (Epstein-Peterson et al., 2015; O'Brien et al., 2019), bu nedenle etkili bir spiritüel bakım sunabilmek için spiritüel bakım bilgisi kazanımının gerekli olduğu bildirilmiştir (Ercan vd. 2018).

Ölçeğin *Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı* alt boyut puan ortalaması 1-5 puan arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalaması $3,95 \pm 0,65$ olarak saptanmıştır. Chen vd. çalışmasında (2016) Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalaması $4,26 \pm 0,53$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan, aldığı eğitimi yeterli bulan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna karşın Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puanının, hemşirelerin yaş ve palyatif bakım ile ilgili eğitim almayı isteme durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Spiritüel bakım, hasta merkezli bütüncül bakım kapsamında ele alınması gereken ve değerlendirilmesi oldukça zor olan bir boyuttur. Spiritüel bakımın etkili sunulabilmesi için öncelikle sağlık bakım profesyonelinin kendi spiritüel öz farkındalığının yüksek olması beklenmektedir (Pinto and Pinto, 2020). Bu konudaki literatürde spiritüel öz farkındalığı yüksek olan hemşirelerin, hastalarının spiritüel gereksinimlerine karşı daha duyarlı ve yetkin oldukları (Ross et al., 2016; Bar-Sela et

al., 2018; Riahi et al., 2018), mesleki doyum aldıkları bildirilmektedir (Heydari et al., 2017). Bununla birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin spiritüel öz farkındalık düzeylerini artırabilmek için spiritüel bakım ile ilgili eğitim almalarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Bar-Sela et al., 2018; Lundberg and Kerdonfag, 2010; Pinto and Pinto, 2020).

Ölçeğin *Spiritüel Bakım* alt boyut puan ortalaması 1-5 puan arasında değişmekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalaması $3,71 \pm 0,69$ olarak bulunmuştur. Chen vd. çalışmasında (2016) Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalaması $3,66 \pm 0,60$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Wu vd. çalışmasında (2012) spiritüalite veya spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerin spiritüel bakıma yönelik algılarının daha yüksek olduğu ve bu durumun spiritüel bakım verme düzeylerini pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir.

Bu araştırmada hemşirelerin spiritüel bakım sunarken en çok sırasıyla hastayı aktif dinleme, mahremiyetini koruma, sorulara anlaşılır bir şekilde cevap verme, iletişim kurma, güler yüzlü ve ilgili davranma, elini tutma, rahat bir ortam sağlama gibi hemşirelik girişimlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Duran ve Özçelik'in çalışmasında (2022), hemşirelerin bakım sunarken en çok güler yüzlü ve ilgili davrandığı, hastalarını aktif bir şekilde dinlediği ve yakınları ile görüşmelerini sağladığı bildirilmiştir. Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada da, hastalar ile iletişim kurmanın son derece önemli olduğu vurgulanmıştır (Azarsa el al., 2015). Best vd. çalışmasında (2016) ise hemşirelerin müzik ve resim terapi yolu ile spiritüel bakım verdiği bildirilmiştir. Spiritüel bakım farklı şekillerde sunulabilmektedir. Bununla birlikte spiritüel bakım eğitimi alan hemşirelerin, daha yaratıcı ve etkili bireyselleştirilmiş bakım sunabileceği belirtilmektedir (Pinto and Pinto, 2020).

Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, yüksek lisans/doktora mezunu olan hemşirelerin palyatif spiritüel bakım yetkinlik düzeylerinin diğer hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma

bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeyinin spiritüel bakım yetkinliğini etkilemediği (Adib-Hajbaghery et. Al., 2017; Heidari et al., 2022), araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeyinin, spiritüel bakım verme durumunu ve spiritüel bakım algısını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Lundberg and Kerdonfag, 2010; Özbaşaran vd., 2011; Uygur, 2016). Bu çalışmada lisansüstü mezunu olan hemşirelerin palyatif spiritüel bakım yetkinliğinin yüksek olmasının, hemşirelik bakım felsefesini ve hemşireliğin kuramsal temellerini lisansüstü eğitimde daha çok özümsemelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının, yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu saptandı. Turan ve Yavuz Karamanoğlu'nun (2012) yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin spiritüel bakım algısının hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi gören hastalarda, yatağa veya başka bir bireye bağımlı olma duygusu, aile bireylerinden ve sevdikleri kişilerden uzak kalma, yoğun bakım ortamının ve kullanılan malzemelerin farklı olması, yaşamı tehdit eden bir hastalığın bulunması, ağrılı ve tekrarlayan girişimlerin fazlalığı bireyin kaygı, korku, umutsuzluk, spiritüel distres vb. gibi olumsuz duygular yaşamasına neden olabilmektedir (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Duran ve Özçelik, 2022). Bu nedenle yoğun bakım hastalarının spiritüel gereksinimleri diğer kliniklerde bakım ve tedavi gören hastaların spiritüel gereksinimlerinden daha fazla olabilmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel yetkinliğinin yüksek olmasının, diğer kliniklerde çalışan hemşireler ile karşılaştırıldığında, spiritüel değerlendirmeyi daha fazla yapmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte spiritüel bakımın, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği için yoğun bakım sürecinin vazgeçilmez bir parçası olduğu söylenebilir (Willemse et al., 2020).

Bu çalışmada Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, alınan bilgiyi yeterli bulma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma isteği ve spiritüel bakım verme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu doğrultuda Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasının spiritüel bakım kavramını duyan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alan, aldığı eğitimi yeterli

bulan, spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak isteyen, çalıştığı klinikte hastalara spiritüel bakım veren hemşirelerde anlamlı derece daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Ross'un çalışmasında hemşirelerin spiritüel bakıma yönelik eğitim almalarının, klinikte spiritüel bakım verme durumlarını etkilediği bildirilmiştir (Ross, 2006).

Bununla birlikte spiritüalizm konusunda yapılan bazı çalışmalarda spiritüel bakım eğitimi almış hemşirelerin yetkinlik düzeylerinin daha yüksek olduğu (Adib-Hajbaghery et al., 2017; Ebrahimi et al., 2017; Li et al., 2021; Seid and Abdo, 2022), hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili eğitimlerinin yetersiz olmasının ise yetkinlik düzeylerini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (Meyer, 2003; Hubbel et al., 2006; McSherry and Jamieson, 2011; Ruder, 2013; Delgado, 2015; Garssen et al., 2016; Kaçal ve Demirsoy, 2018).

Spiritüalizm, bütüncül hemşirelik bakımının odağında yer almaktadır. Hemşirelerin etkili spiritüel bakım verebilmesinin, spiritüel bakım eğitiminin alınmasına bağlı olduğu söylenebilir. Bakım ve tedavi alan bireyin ağrı, anksiyete gibi semptomlarının azaltılabilmesinde, yaşam kalitesinin artırılabilmesinde, hastalık süreci ile başa çıkabilme gücünün yükseltilebilmesinde, bireyin içsel gücünü kullanabilmesinde spiritüel bakım önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili farkındalıklarını artırmak üzere eğitimler düzenlenmesi ve kanıt düzeyi yüksek düzey araştırmaların yapılması önerilmektedir (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Kaçal ve Demirsoy, 2018; Willemse et al., 2020; Potter et al., 2021).

5.3. Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinlik Düzeylerini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Palyatif bakım birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakım düzeylerinde multidisipliner bir ekip anlayışı ile sunulmaktadır. Bu ekip içerisinde hasta ve aileleri ile en çok zaman geçiren sağlık profesyonelleri hemşirelerdir (Yurtsever, 2021). Palyatif bakım sürecinde hemşirenin temel amacı, hastalık tanısı aldığı andan itibaren birey ve ailesinin, ölüm sonrasında ise ailenin yaşam kalitesini artırmak ve gereksinimlerini karşılamak için bütüncül bakım sunmaktır. Tartışmanın bu bölümünde hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinlik düzeylerini, etkileyen faktörleri ve deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak yapılan bireysel görüşmeler doğrultusunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmada hemşirelerle yapılan görüşmeler doğrultusunda palyatif bakım hemşiresinin rolleri, bakım verici rolü, rehabilite edici ve konfor sağlayıcı rolü ile yönetici rolü olmak üzere    başlık altında sınıflandırılmıştır. Sekse vd. (2017) hemşirelerin palyatif bakımdaki rolünü tanımlamaya yönelik olarak yapmış oldukları araştırmada, hemşirelerin bakımın koordinatörü olma, konforlu bakım sunma, hasta için orda olma ve kendini açma rolleri olduğunu bildirmiştir. Haron vd. (2019),  srail’de palyatif bakım hemşirelerinin rollerini ve fonksiyonlarını belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise hemşirelerin, semptom yönetimi ve vaka yönetimi rolleri olduğu belirtilmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konudaki literatürde de palyatif bakım hemşiresinin rolleri; bakım verici, eğitici, tedavi edici, liderlik ve koordine edici olarak bildirilmiştir (Efsthathiou and Clifford, 2011; Elçigil, 2012).

Araştırma kapsamındaki hemşireler bakım sürecinde iş yükünün fazlalığı, motivasyon kaybı, çalışan güvenliğinin sağlanamaması ve kültürel farklılıkların olması gibi bazı zorluklarla karşılaştıklarını ve bu zorluklarla baş etmede güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir.  zen Cura ve Ateş’in (2020) palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım verirken karşılaştıkları zorlukları belirlemeye yönelik olarak yaptıkları nitel bir araştırmada; hemşirelerin hastaların farklı kültürel özeliklere sahip olması, fiziksel ve ruhsal açıdan yorgunluk, sözel ya da sözsüz iletişim kuramama gibi hasta kaynaklı nedenlerle zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin sabır düzeyinde ve çalışma işteğinde azalma, tükenmişlik, ölüm korkusu vb. gibi zorluklarla karşılaştıklarını saptamışlardır. Kıyak vd. (2022), palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları diğer nitel bir araştırmada; hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle iş yükünün fazla olduğu bulunmuştur.   ipek’in (2020)  alışmasında da hemşirelerin iş yükünün fazla olduğu, çalışma sürecinde yaşadıkları güçlüklerle baş etmede zorlandıkları bildirilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların, hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitim ve farkındalık sahibi olmalarını önerdikleri belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Pesut vd. (2014) Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri’nde yapmış oldukları metaanaliz çalışmasında, palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin  l me yaklaşmakta olan bireylerin bakımına ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Lin vd.  alışmasında (2021) palyatif bakım ile ilgili

eğitim almayan hemşirelerin, palyatif bakıma yönelik olumsuz bir algıya sahip oldukları ve yaşam sonu bakım ile ilgili karşılaştıkları zorlukları yönetebilmek için eğitime gereksinim duydukları saptanmıştır.

Hökka vd. (2021) çalışmasında, palyatif bakım eğitim içeriğinin geliştirilmesi ve bu eğitimle hemşirelerin bilgilerinin güncellenmesi önerilmektedir. Haavisto vd. (2020) çalışmasında, bakım yeterliliğinin mesleki gelişim ile sağlandığı, mezuniyet sonrası hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin yetkinlik düzeyini artırdığı; mesleki deneyim ve eğitimin yeterliliği zenginleştirdiği saptanmıştır (McCourt et al., 2013; Anstey, 2016; Strautmann et al., 2020). Melender vd. (2020) çalışmasında da, palyatif bakımda çalışabilmek için formal (resmi) bir eğitim yeterliliğine sahip olunması gerektiği bildirilmiştir. Bununla birlikte literatürde hemşirelere verilen eğitimin, hemşirelerin yetkinlik düzeylerini geliştirdiği ve cesaret duygularını artırdığı (Rotter and Braband, 2020), bakımın kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Lin and Huang, 2014).

Bu araştırmada hemşireler, bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklarla baş edebilmek için, ekip içinde uyumlu çalışmanın ve kendilerine vakit ayırmanın önemli olduğunu ifade etmiştir. Onkoloji palyatif bakım hemşireleri ile yapılan nitel bir çalışmada, hemşirelerin palyatif bakım sürecinde ekip uyumunun önemli olduğunu belirttiği ve zorlandıkları konularda birbirlerine destek oldukları saptanmıştır (Okçin, 2019). Wallerstedt ve Andershed'in (2007) çalışmasında da, palyatif bakım sunarken meslektaş dayanışmasının birbirlerini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Palyatif bakımın sürekliliğinin sağlanması ve bakımın kalitesinin artırılmasında ekip iş birliğinin sağlanması oldukça önemlidir (Beyhan, 2012; McCusker et al., 2013). Ekip içi iletişimin etkili olması, klinik karar vermeyi olumlu yönde etkilemekte, hasta birey ve ailesinin bakım memnuniyetini artırmakta, stres ve tükenmişliği azaltarak ekip dinamiğini artırmaktadır (Canadian Hospice Palliative Care Association, 2013).

Bu araştırmada palyatif bakım vermenin hemşirelerde manevi doyum alma ve palyatif bakımda yetkin olma gibi olumlu sonuçların yanı sıra manevi yorgunluk ve fiziksel yorgunluk gibi olumsuz sonuçlara da neden olduğu belirlenmiştir. Polatdemir'in onkoloji servisinde çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, onkoloji servisinde çalışmanın katılımcılara mutluluk, manevi doyum, stres ve yorgunluk gibi duyguları hissettirdiği saptanmıştır (Polatdemir, 2021). Okçin'in onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin katılımı ile yaptığı diğer bir çalışmada,

hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin fazla olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması gibi nedenlerle hemşirelerin fiziksel ve manevi yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (Okçin, 2019).

Alacacıoğlu ve arkadaşlarının (2009) onkoloji servisinde çalışan hemşire ve hekimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin hekimlerle karşılaştırıldığında daha fazla duygusal yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Wallerstedt ve Andershed'in (2007) çalışmasında, palyatif bakım hemşirelerinin ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım sunarken, deneyim kazandıkları ve bu nedenle doyum aldıkları belirlenmiştir. Bu konudaki literatürde de palyatif bakım deneyiminin palyatif bakım yetkinliğini artırdığı vurgulanmıştır (Price et al., 2017; Montagnini et al., 2018; Haavisto et al., 2020).

Bu araştırmada katılımcılar, hemşirenin spiritüel bakım vermede yetkin olmasının ve etkili iletişimin, spiritüel bakım vermeyi kolaylaştıran faktörler arasında yer aldığını bildirmiştir. Katılımcılar spiritüel bakım yetkinliğinin, spiritüel bakım ile ilgili hizmet içi eğitim alma, kişisel gelişimlerine yönelik faaliyetlerde bulunma, alanında uzmanlaşma ve empati becerisinden etkilendiğini ifade etmişlerdir. O'brien vd. (2019) çalışmasında bireylerin spiritüel gereksinimlerinin belirlenebilmesi için aktif dinleme, sessiz kalma, yansıtıcı dinleme gibi etkili iletişim becerilerinin kullanılmasının son derece önemli olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte hemşirelere spiritüel bakım ile ilgili verilen eğitimin, bakım yetkinliğini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (O'brien et al., 2019).

Ellington vd. (2017) yapmış olduğu sistematik derlemede, onkoloji hastalarında spiritüel gereksinimlerin değerlendirilmesinde iletişim ve spiritüel öz farkındalığın önemli olduğu saptanmıştır (Ellington et al., 2017). Jafari ve Fallahi-Khoshknab'ın (2021) çalışmasında, hemşirelerin spiritüel bakım yetkinliği ile spiritüel iyilik halleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada spiritüel iyilik hali yüksek olan hemşirelerin verdikleri spiritüel bakımın kalitesinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Jafari and Fallahi-Khoshknab, 2021).

Literatürde eğitim (van Leeuwen et al., 2009; Cooper et al., 2013; Yuan and Porr, 2014; Zakari et al., 2015; Ebrahimi et al., 2017; Cheng et al., 2020), deneyim (Giske, 2012; Adib-Hajbaghery et al., 2017; Attard et al., 2019; Cheng et al., 2020), öz yeterlik düzeyi (Cheng et al., 2020) gibi faktörlerin hemşirelerin spiritüel bakım yetkinliğini etkilediği bildirilmektedir. Spiritüel bakım, hemşire ve hasta birey arasındaki terapötik

ilişkiyi, hastalar için erişilebilir olmayı, aktif dinlemeyi, empati yapmayı, belirli dini inançlara sahip hastalara dini ritüellerini uygulayabilmesi için kolaylık sağlamayı, hastalara yardım etmeyi kapsamaktadır (Ebrahimi et al., 2017). Hemşirenin spiritüel bakım yetkinliğinin yüksek olması, hastaların sorunları ile başa çıkmasını kolaylaştırarak, verilen bakımın kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayabilir (Khomeiran et al., 2006; Ebrahimi et al., 2017; Köktürk Dalcı, 2019).

Araştırmamızda spiritüel bakımın hem bakım alan birey, hem de bakım veren hemşire için bazı olumlu sonuçları olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşireler, spiritüel bakımın, hasta bireyin iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediğini ve güven duygusunun gelişmesine katkı sağladığını belirtmiştir. Bununla birlikte hemşireler, spiritüel bakım verdiklerinde mesleki doyum aldıklarını ve stres düzeylerinin azaldığını ifade etmiştir. Moosavi vd. (2018) spiritüel bakım vermenin onkoloji hastaları ve hemşireler açısından sonuçlarını belirlemek için yaptığı çalışmada, spiritüel bakımın hastalara güven, huzur, neşe, umut verdiği ve yalnızlık hissini azalttığı; hemşirelerin de mesleki motivasyonunu arttırdığı bildirilmiştir. Yong vd. çalışmasında (2011), spiritüel bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin azaldığı buna bağlı olarak da iş doyumlarının arttığı saptanmıştır. Literatürde spiritüalitenin bireyin iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediği (Çınar ve Aslan, 2017; Potter et al., 2021), hastalıkla başa çıkabilmesine yardımcı olduğu (Potter et al., 2021), hemşire-hasta arasındaki güven duygusunu güçlendirdiği bildirilmektedir (Moosavi et al., 2018).

Bu araştırmada hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda spiritüel bakımın engelleri, örgütsel faktörler, hasta/hasta yakınından kaynaklanan faktörler ve hemşireden kaynaklanan faktörler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmıştır. Karadağ vd. çalışmasında (2017), hemşirelerin çalışma koşullarının yetersiz olması, spiritüel bakım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları ve eğitim almak için zaman bulamamaları nedeniyle spiritüel bakım veremedikleri saptanmıştır. Herlianita ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyinin, çalışma deneyiminin ve spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma durumunun spiritüel bakım verme durumunu etkilediği saptanmıştır.

Literatürde hemşirelerin spiritüel bakım vermeme nedenleri; zaman yetersizliği, kendilerini spiritüel bakım verme konusunda yetkin hissetmeme (Lind et al., 2011; Ruder, 2013), spiritüel bakım ile ilgili kişisel inanç sistemleri, spiritüel gereksinim ve

bakıma yönelik algılar, spiritüel farkındalığın olmaması (Selby et al., 2016; Wilkinson et al., 2016), bakım verdikleri birey ve ailesinin farklı konuşma diline ve spiritüel inanışa sahip olması, iş odaklı çalışma (Wilkinson et al., 2016; Chen et al., 2017), hasta bireyin spiritüel bakım almak istememesi, kurumun spiritüel bakıma yönelik bakış açısı ve kurum olanaklarının yetersiz olması olarak bildirilmektedir (Green et al., 2020).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hasta/ailesini biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutta ele alan bir yaklaşımdır. Sağlık bakım profesyonellerinin palyatif bakım sunarken hasta ve yakınlarının spiritüel gereksinimlerine yanıt verebilmeleri ve spiritüel distreslerini azaltabilmeleri oldukça önemlidir. Spiritüalizm, bireylerin sağlık-hastalık kavramlarını ve sağlık inanç uygulamalarını etkilemekle birlikte bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda, bireyin tanı alması ile başlayan, hasta ve ailesinin bakımın merkezinde olduğu, kayıp yaşayan aile üyelerine yas desteğinin de sunulduğu palyatif bakımda, hemşirelerin spiritüel bakıma ilişkin yetkinliklerinin artırılması oldukça önemlidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

▪ Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

▪ Hemşirelerin Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalaması $3,69 \pm 0,61$ Spiritüel Bakım Bilgisi alt boyut puan ortalaması $3,41 \pm 0,84$, Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı alt boyut puan ortalaması $3,95 \pm 0,65$ ve Spiritüel Bakım alt boyut puan ortalaması $3,71 \pm 0,69$ olarak saptandı.

▪ Hemşirelerin eğitim düzeyi, çalıştığı klinik, spiritüel bakım kavramını duyma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim alma, aldığı eğitimi yeterli bulma, spiritüel bakım ile ilgili eğitim almayı isteme, klinikte hastalara spiritüel bakım verme ve palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumunun; Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği toplam puan ortalamasını etkilediği belirlendi.

▪ Hemşireler ile yapılan nitel görüşmeler sonrasında palyatif bakım (hemşirenin rolü, profesyonel yetkinlik, bakıma ilişkin zorluklar ve bakımın sonuçları) ve spiritüel bakım (bireyin bakım gereksinimleri, bakımın kolaylaştırıcıları, bakımın engelleri ve bakımın sonuçları) olmak üzere iki tema saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

▪ Hemşirelerin bilgi birikiminin artırılması amacıyla öncelikle lisans eğitimi müfredatında palyatif bakım, spiritüel kavramı ve spiritüel bakım girişimleri konularına ayrıntılı yer verilmesi, bunların vaka çalışmaları ve kanıt temelli araştırmalarla desteklenmesi,

▪ Mezuniyet sonrasında hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliklerinin hizmet içi eğitimler ile artırılması,

▪ Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenebilmesi için hemşire gözlem formlarına spiritüel bakım ile ilgili ölçüm araçlarının eklenmesi,

▪ Hemşirelerin spiritüel bakımı yetkin bir şekilde verebilmesi için kurum yöneticileri tarafından hemşire-hasta oranının göz önünde bulundurulması,

▪ Hemşirelerin spiritüel bakıma yönelik motivasyonlarını ve iş doyumlarını artıracak planlamalar yapılması,

▪ Kurumların fiziki ortamlarına yönelik iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abell, C. H., Garrett-Wright, D., and Abell, C. E. (2018). Nurses' perceptions of competence in providing spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*. 36(1). 33-37.
- Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S., and Fini, I. A. (2017). Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nursing Ethics*.24(4). 462-473.
- Akgün Kostak, M., Çelikkalp, Ü. ve Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*. 220-225.
- Aksakal, H. (2018). "Palyatif Bakım Hemşireliği". Aksakal, H., Kahveci, K. ve Koç, O.(Eds.).in: Palyatif bakım hemşireliği el kitabı.(s.15-25). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Aksayan, S. ve Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber : ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *HEMAR-G Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 4(1).9-14.
- Aksu, G., Eser, M. ve Güzeller, C.O. (2017). *Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analiziile yapısal eşitlik modeli uygulamaları*. (1-40). Ankara: I.B. Detay Yayıncılık.
- Aktürk, Z., ve Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*. 39(2), 316-319.
- Alacacioğlu, A., Yavuzşen, T., Dirioz, M., Oztop, I. and Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*.18(5). 543-548.
- Ali, J., Marhemat, F., Sara, J. and Hamid, H. (2015). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic Nursing Practice*. 29(3).128-135.
- Alligood, M.R. and Tomey, A.M. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*. (7th. Edition). Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Alpar, R. (2018). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik*. (5. Baskı). (s.493-604). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Anstey, S. (2016). Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat*.6 (3). 353-361.
- Arriera, I. C. O., Thofehr, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., and Jacondino, M. B. (2018). Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da U S*.52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.
- Attard, J., Ross, L., & Weeks, K. W. (2019). Developing a spiritual care competency framework for pre-registration nurses and midwives. *Nurse Education in Practice*, 40, 102604.
- Astley, J.B., Duggleby, W., Potter, A.P., Perry, A.G., Stockert, A.P. and Hall, A.M. (2019). *Canadian Fundamentals of Nursing*.(6th ed.). Canada: Elsevier.
- Azarsa, T., Davorodi, A., Markani, A.K., Gahramanian, A. and Vargaei, A. (2015). Spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences*. 4(4).309-320.
- Bainbridge, D. and Seow, H. (2018). Palliative care experience in the last 3 months of life: a quantitative comparison of careprovided in residential hospices, hospitals, and the home from the perspectives of bereaved caregivers. *American Journal of Hospices and Palliative Medicine*. 35(3). 456-463.
- Balboni, T.A., Balboni, M., Enzinger, A.C., Gallivan, K., Paulk, M.E. and Wright, A. (2013). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities

- and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med.* 173 (12). 1109-1117.
- Balta, K.G. ve Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi.* 17.130-154.
- Bar-Sela, G., Schultz, M.J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., Gafer, N., Albashayreh, A., Ghayeb, I., Turker, I., Ozalp, G., Kav, S., Fahmi, R., Nestoros, S., Ghali, H., Mula-Hussain, L., Shazar, I., Obeidat, R., Punjwani, R., Khleif, M., Can, G., Tuncel, G., Charalambous, H., Faraj, S., Keoppi, N., Al-Jadiry, M., Postovsky, S., Al-Omari, M., Razzaq, S., Ayyash, H., Khader, K., Kebudi, R., Omran, S., Rasheed, O., Qadire, M., Ozet, A. and Silbermann, M. (2018). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliat. Support. Care.* 17(3). 345-352.
- Berman, A., Synder, S.J., and Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice.* (10th ed.) United States: Pearson Education Inc.
- Best, M., Butow, P., and Olver, I. (2016). Palliative care specialists' beliefs about spiritual care. *Supportive Care In Cancer.* 24(8). 3295-3306.
- Bester, E., Naidoo, P. and Botha, A. (2016). The role of mindfulness in the relationship between life satisfaction and spiritual wellbeing amongst the elderly. *Social Work.* 52(2). 245-266.
- Beyhan, B. (2012). Palliative care practices in Germany's health system. *Turkish J Oncol.* 27(3).142–9.
- Bilgin, N. (2006). *Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi Teknikler ve Örnek Çalışmalar.* Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Boswell, C., Cannon, S. B. and Miller, J. (2013). Students' perceptions of holistic nursing care. *Nursing Education Perspectives.* 34(5). 329-333.
- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G. and Torta, R. (2016). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care.* 25(6).961-9. doi: 10.1111/ecc.12360.
- Butts, J.B. and Rich, K.L. (2011). *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice.*(1st.Ed.) London: Jones&Bartlett Learning International.
- Canadian Hospice Palliative Care Association.(2013). A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2019/12/norms-of-practice-eng-web.pdf>, Erişim Tarihi: 18.12.2022.
- Cao, Y., Kunaviktikul, W., Petrini, M. and Sripusanapan, A. (2020). Proposing a conceptual framework of spiritual care competence for Chinese nurses. *Nursing&Health Sciences.* 22(3). 498–506.
- Cardoso, D.H., Muniz, R.M., Schwartz, E., Arrieira, I.C.O. (2013). Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 22(4).1134-1141.
- Cetinkaya, B., Altundag Dunder, S. and Azak, A. (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advance Nursing.* 31(1). 5-10.
- Chandramohan, S. and Bhagwan, R. (2016). Utilization of spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *Religions.* 7.1–13.
- Chen, C. S., Chan, S. W. C., Chan, M. F., Yap, S. F., Wang, W. and Kowitlawakul, Y. (2017). Nurses' perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A qualitative study. *Journal of Nursing Research.* 25(6). 411-418.

- Chen, P.H., Chiou, J.F., Chu, M.C., Fan, L.H., Chang, K.F. and Zhao, R. (2016). D07-B the development of the palliative care spiritual care competency scale. *Journal of Pain & Symptom Management*. 52(6). e33.
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Lin, Q., Qing, L., Chen, Y. (2020). Spiritual care competence and its relationship with self-efficacy: An online survey among nurses in mainland China. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 326-332.
- Chiang, Y.C., Lee, H.C., Chu, T.L., Han, C.Y. and Hsiao, Y.C. (2015). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*. 64(3). 215–224
- Chimluang J, Thanasilp S, Akkayagorn L, Upasen R, Pudtong N and Tantitrakul W. (2017) Effect of an intervention based on basic Buddhist principles on the spiritual wellbeing of patients with terminal cancer. *Eur J Oncol Nurs*,31:46-51.
- Chirico, F. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition?. *Journal of Health and Social Sciences*. 1(1). 11–16.
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it R.S. Valle, M. King (Eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*, Oxford University Press, New York, 48-71.
- Connor, S.R., Connor, S. and Morris, C.(2020). *Global Atlas of Palliative Care* (2nd ed.). Retrieved from www.thewhpc.org.
- Connors, J., Good, P. and Gollery, T. (2017). Using innovative teaching strategies to improve nursing student competence and confidence in providing spiritual care. *Nurse Educator*. 42(2). 62–64.
- Cooper, K. L., Chang, E., Sheehan, A. and Johnson, A. (2013). The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Education Today*. 33(9). 1057–1061.
- Coşkun, S. (2021). “Palyatif bakım”. Özveren, H., Gülnar, E. (eds.). in: *Palyatif bakım ve hemşirelik*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Coughlin, K., Mackley, A., Kwadu, R., Shanks, V., Sturtz, W., Munson, D., et al. Characterization of spirituality in maternal-child caregivers. *J Palliat Med*. 20(9). 994-997. doi:10.1089/jpm.2016.0361.
- Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., Inocian, E. P. and Alotaibi, R. S. (2017). Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. *Hemodialysis International*. 21. 125–132.
- Çapık, C., Gözümlü, S. ve Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*. 26(3). 199-210.
- Çelik, A.S., Özdemir, F., Durmaz, H. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1(3).
- Çelik Durmuş, S. (2021). “Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım”. Özveren, H. ve Gülnar, E. (Eds.). in: *Palyatif bakım ve hemşirelik*. (1. Baskı). İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Cetinkaya, B., Azak, A., Dundar, S. A. (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 5-10.
- Çetinkaya, A. ve Özsoy, S. (2021). *Nitel Araştırma Hemşirelik Alanından Örnekler*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Çevik, B. (2022). Sprituel iyi oluş ve hemşirelik; hemşirelerin sprituel iyi oluş durumlarının hasta bakımına ve kendilerine yansımaları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7 (2). 111-117. doi: 10.52881/gsbdergi.943449.

- Çınar, D. ve Eti Aslan, F. (2017). Spiritualism and nursing: the importance of spiritual care in intensive care patients. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* .3(1).37-42. doi: 10.5222/jaren.2017.037.
- Daly, L., and Fahey-McCarthy, E. (2014). Attending to the spiritual in dementia care nursing. *British Journal of Nursing*. 23. 787-791.
- Daştan, B.N ve Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 3(1). 73-77.
- Delgado, C. (2015). Nurses' spiritual care practices: Becoming less religious? *Journal of Christian Nursing*. 32. 116– 122.
- Delgado, S.A. (2017). Increasing nurses palliative care communication skills. *American Journal of Critical Care*. 26(5). 372.
- Delgado-Guay, M.O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current opinion in supportive and palliative care*.8(3). 308–313.
- Demirci, İ., Ekşi, H., Dinçer, D. ve Kardaş, S. (2017). Beş boyutlu iyi oluş modeli: PERMA Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirliği (Five-dimensional model of well-being: The validity and reliability of Turkish version of PERMA-Profiler). *The Journal of Happiness & Well-Being*. 5(1). 60-77.
- Duran, A. ve Özçelik, H. (2022). Yoğun bakım klinilerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*.9(1).2-10.
- Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., and Khanmiri, S. G. (2017). Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. *Indian Journal of Palliative Care*.23(1).57–61. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197957>.
- Efstathiou, N., & Clifford, C. (2011). The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenges. *Nursing in critical care*, 16(3), 116-123.
- Eğlence, R. ve Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. (1). 48-53.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*. 54(4). 329-334.
- Ellez, A.M. (2014). “Ölçme araçlarında bulunması gereken özellikler”. Tanrıoğen, A. (ed.). in: *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (s. 167-188). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ellington, L., Billitteri, J., Reblin, M. and Clayton, M. F. (2017). Spiritual care communication in cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*. 33(5). 517–525. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.002>.
- Epstein-Peterson, Z. D., Sullivan, A. J., Enzinger, A. C., Trevino, K. M., Zollfrank, A. A., Balboni, M. J., and Balboni, T. A. (2014). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 32(7). 750-757.
- Ercan, F., Körpe, G. ve Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*. 29. 17-22.
- Erdoğan, S. (2014). Nitel Araştırmalar. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, M.N. (Eds) Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Etik. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. s(148-149). İstanbul.
- Erişen, M., ve Sivrikaya, S.K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3). 184-190.

- Esin, N. (2014). “Veri toplama yöntem ve araçları: veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği”. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (eds.) in: *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*. (s.193-232). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti.
- Fadıloğlu, Ç. (2018). “Palyatif bakımda semptom yönetimi”. Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç.(eds.) in: *Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım*.(s.234). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ferrell B, Sun V, Hurria A, Cristea M, Raz DJ, Kim JY, Reckamp K, Williams AC, Borneman T, Uman G and Koczywas M. (2015). Interdisciplinary Palliative Care for Patients With Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 50(6):758-67.
- Garssen, B., Ebenau, A. F., Visser, A., Umland, N. and Groot, M. (2017). A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nursing Inquiry*. 24(3). e12178.
- Gerber, L. (2018). Understanding the nurses’ role as a patient advocate. *Nursing*.48(4).55-58.
- Giske, T. (2012) ‘How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies: A review of the literature’.*Journal of Nursing Management*. 20(8). 1049-1057.
- Green, A., Kim-Godwin, Y. S. and Jones, C. W. (2020). Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 38(1). 41-51.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F.(2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. (5.Baskı). (s.155-400). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Haavisto, E., Soikkeli-Jalonen, A., Tonteri, M. and Hupli, M. (2021). Nurses’ required end-of-life care competence in health centres inpatient ward—a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 35(2). 577-585.
- Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M. and Roeland, E. (2018). Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. *In Seminars In Oncology Nursing*. 34(3). 227-240.
- Haron, Y., Romem, A. and Greenberger, C. (2019). The role and function of the palliative care nurse practitioner in Israel. *International Journal of Palliative Nursing*. 25(4). 186-192.
- Herlianita, R., Yen,M. , Chen, C.H., Fetzer, S.J. and Lin, E.C. (2018). Perception of spirituality and spiritual care among Muslim nurses in Indonesia. *J Relig Health*.57.762-773.
- Heydari, A., Meshkinyazd, A. and Soudmand, P. (2017). The effect of spiritual intelligence training on job satisfaction of psychiatric nurses. *Iran. J. Psychiatry*.12. 128–133.
- Hökkä, M., Melender, H. L., Lehto, J. T. and Kaakinen, P. (2021). Palliative nursing competencies required for different levels of palliative care provision: A qualitative analysis of health care professionals' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*.,24(10). 1516-1524.
- Hu, Y., Li, F. and Chiou, J.F. (2019). Psychometric properties of the Chinese mainland version of the palliative care spiritual care competency scale (PCSCCS-M) in nursing: a cross-sectional study. *BMC palliative care*.18(1). 1-8.
- Hubbell, S.L., Woodard, E.K., Barksdale-Brown, D.J. and Parker, J.S. (2006). Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.18.379– 385.

- İçipek, H. (2020). Palyatif bakım çalışanlarının karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede dini değerlerin rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Jafari, M. and Fallahi-Khoshknab, M. (2021). Competence in providing spiritual care and its relationship with spiritual well-being among Iranian nurses. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
- Kaçal, Z., Demirsoy, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 170-175.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (5.Baskı) (s.179-211). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kalkım, A. (2021). "Hemşirelikte Manevi Bakım". Kara Kaşıkçı, M., Akın, E. (eds.). in: Temel hemşirelik esalar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. (s.259-268). İstanbul: Tıp Kitabevleri.
- Kalkım, A., Dağhan, S. and Sagkal Midilli, T. (2019). Nursing academicians' perceptions of spirituality and spiritual care and their competence in spiritual care. *Journal of Health Sciences and Professions*.6(2). 380–389.
- Kang, K. A., Chun, J., Kim, H. Y. and Kim, H. Y. (2021). Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*. 30(7-8). 961-974.
- Karabey, T. (2021). "Palyatif Bakım Hemşireliği". Özveren, H. ve Gülnar, E. (Eds.).in: Palyatif bakım ve hemşirelik.(1. Baskı). İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Karaçam, Z. (2019). Ölçme araçlarının Türkçe'ye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(1).28-37.
- Karadag Arli, S., Bakan, A.B. and Erisik, E. (2017). An Investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. *J Holist Nurs*. 35(3).214-220.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve Amos Uygulamalı Nicel Nitel Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakaya, C. ve Işıksan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 31(4). 1437-1458.
- Karasu, F. (2020). Spiritüel ve palyatif bakım. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(2). 231-234. 10.34087/cbusbed.598732
- Karbasi, C., Pacheco, E., Evansoni, A. and Chaboyer W. (2018). Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. *Nurse Education Today*.71. 60-74.
- Khairunnisa, A.D. (2014). Spirituality and nursing. *Journal of Holistic Nursing, Amerikan Holistic Nurses*.32(4).341-46.
- Khomeiran, R.T., Yekta, Z.P., Kiger, A.M. and Ahmadi F. (2006). Professional competence: Factors described by nurses as influencing their development. *Int Nurs Rev*. 53.66–72.
- Kıyak, S., Altuntuğ, K. ve Emel, E. (2022). Hemşirelerin palyatif bakım ünitesinde çalışma ile ilgili görüşleri: kalitatif çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 5(2). 191-199.
- Köktürk Dalcı, B. (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik . *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 2 (2) . 29-37.
- Koç, Z., Çınarlı, T., Şener, A. ve Kızıltepe, S. K. (2018). Patricia Benner: Hemşirelik uygulamalarında klinik bilgelik ve beceri edinimi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 9(1). 1-12.

- Kutlu, Ö., Ermin, C. ve Aygin, D. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluşları ile Manevi Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 3(3).130-142.
- Kütmeç Yılmaz C. (2020). “Palyatif Bakım ve Palyatif Bakım Hemşireliği”. Gürhan, N., Yaman Sözbir, Ş., Polat, Ü. (eds.). in: Hemşirelik alanında kullanılan kavram beceri ve modeller. (167-169). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kwan CWM, Ng MSN and Chan CWH. (2017). The use of life review to enhance spiritual well-being in patients with terminal illnesses: An integrative review. *J Clin Nurs*. 26(23-24):4201-4211.
- Lawshe, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4). 563-575.
- Li, L., Lv, J., Zhang, L., Song, Y., Zhou, Y. and Liu, J. (2021). Association between attitude towards death and spiritual care competence of Chinese oncology nurses: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 20(1).1-9.
- Lin, H.Y., Chen, C.I., Lu, C.Y., Lin, S.C. and Huang, C.Y. (2021). Nurses’ knowledge, attitude, and competence regarding palliative and end-of-life care: a path analysis. *PeerJ*. 9. e11864.
- Lin, S and Huang, C. 2014. *Developing and testing the scale of palliative care knowledge need for nurse*. Master's thesis, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan.
- Lind, B., Sendelbach, S. and Steen, S. (2011). Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. *Crit Care Nurse*. 31(3).87-90.
- Lundberg, P.C. and Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 19(7-8). 1121-1127.
- McCourt, R., James Power, J. and Glackin, M. (2013). General nurses’ experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *Int J Palliat Nurs*. 19. 510–516.
- McCusker, M., Ceronsky, L., Crone, C., Epstein, H., Greene, B., Halvorson J., et al. (2013). Health care guideline: Palliative care for adults. <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/PalliativeCare.pdf>. Erişim Tarihi:18.12.2022.
- McSherry, W. and Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 20.1757– 1767.
- Melender, H. L., Hökkä, M., Saarto, T. And Lehto, J.T. (2020). The required competencies of physicians within palliative care from the perspectives of multi-professional expert groups: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 19(1). 1-11.
- Melhem, G. A., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. L., Shawagfehn, M. Q., and Al-Rahim, M. A. (2016). Nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*. 22(1). 42-49.
- Meyer, C.L.(2003). How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care?. *Nurse Educator*. 28(4).185–190.
- Moeini, M., Momeni, T., Musarezaie, A. and Sharifi, S. (2015). Nurses’ spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 8(3). 159-66.
- Montagnini, M., Smith, H.M., Price, D.M., Ghosh, B. and Strodtman, L. (2018). Self-perceived end-of-life care competencies of health-care providers at a large academic medical center. *Am J Hosp Palliat Med*. 35.1409–1416.
- Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F. and Akbari, M.E. (2019). Consequences of spiritual care for cancer patients and oncology nurses: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*. 6(2). 137-144.

- Murray, K. (2016). Enhancing physical comfort. essentials in hospice and palliative care: A practical resource for every nurse. *Life and Death Matters*. September. 99.
- O'Brien, M.R., Kinloch, K., Groves, K.E. and Jack, B.A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*. 28(1-2). 182-189.
- Okçin, F. (2019). Onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin mesleki yaşam deneyimlerinin incelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 6(4). 234-246.
- O'Rourke N. and Hatcher L. (2013). *Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. North Caroline, USA: I.I.B. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Özakar Akça, S., Gülnar, E. and Özveren, H. (2022). Spiritual care competence of nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 53(5). 225-231.
- Özbaşaran, F., Ergül, G., Bayık Temel, A., Gürol Aslan, G., and Çoban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (21-22). 3102-3110.
- Özdamar, K. (2017). *Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 5(1). 60-68.
- Özer, Z., Yıldırım, D., Kocaağalar Akince, E. ve Bölüktaş, R. P. (2019). Hemşirelerin palyatif bakım hastalarında manevi bakım uygulamaları. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(14). 97-108.
- Öztürk, Y. (2017). Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.
- Park, C.L. and Sacco, S.J. (2017). Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychology Health & Medicine*. 22(9). 1011-1020.
- Pesut, B., Sawatzky, R., Stajduhar, K.I., McLeod, B., Erbacker, L. and Chan E.K.H. (2014). Educating nurses for palliative care: a scoping review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 16(1). 47-54.
- Pinto, C.T. and Pinto, S. (2020). From spiritual intelligence to spiritual care: A transformative approach to holistic practice. *Nurse Education in Practice*. 47. 102823.
- Polatdemir E, (2021). *Onkoloji hastalarıyla çalışan hekim ve hemşirelerin kansere yönelik tutumu, iş doyumu ve bunları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. (7 th Ed.) (p.245-268). Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., and Hall, A.M. (2021). *Fundamentals of Nursing*. (10th ed.) St. Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- Price, D.M., Strodtman, L., Montagnini, M., Smith, H.M., Miller, J., Zybert, J., Oldfield, J., Policht, T. and Ghosh, B. (2017). Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *J Contin Educ Nurs*. 48. 329-336.
- Riahi, S., Goudarzi, F., Hasanvand, S., Abdollahzadeh, H., Ebrahimzadeh, F. and Dadvari, Z. (2018). assessing the effect of spiritual intelligence training on spiritual care competency in critical care nurses. *J. Med. Life*. 11. 346-354. doi:https://doi.org/10.25122/jml-2018-0056.

- Ripamonti, C.I., Giuntoli, F., Gonella, S. and Miccinesi, G. (2018). Spiritual care in cancer patients: a need or an option?. *Curr Opin Oncol.* 30(4).212-218.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing.* 15. 852-862.
- Ross, L., Giske, T., van Leeuwen, R., Baldacchino, D., McSherry, W., Narayanasamy, A., et al. (2016). Factors contributing to student nurses' / midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today.* 36. 445–51. doi. 10.1016/j.nedt.2015.10.005.
- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hall, J., Steinfeldt, V. Ø., and Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today.* 67. 64–71.
- Rotter, B. and Braband, B. (2020). Confidence and competence in palliative care a comparison of traditional and nontraditional transfer nursing students' lived learning experiences. *J Hosp Palliat Nurs.* 22.196–203.
- Ruder, S. (2013). Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthcare Now.* 31(7). 356-367.
- Sabsevari, S., Jafari, M., Bonashi, M. and Borhani, F. (2013). Competence spiritual care in nursing and nursing students of Kerman University of Medical Sciences. *J Med Jurisprud.* 5. 123–138.
- Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları.* (1. Baskı) (s.65-76). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Seid, K., & Abdo, A. (2022). Nurse's spiritual care competence in Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *PloS one*, 17(3), e0265205.
- Sekse, R., Hunsb  r, I. and Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing.* 27(1-2). 21-38.
- Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurrpa, K. and Fitch, M.A.(2016). Qualitative analysis of a healthcare professional's understanding and approach to management of spiritual distress in an acute care setting. *J Palliat Med.*19(11).1197-1204.
- Selman, L., Speck, P., Gysels, M., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., et al. (2013). 'Peace' and 'life worthwhile' as measures of spiritual well-being in African palliative care: a mixed-methods study. *Health & Quality of Life Outcomes.* 11(1).94.
- S  nmez, V. ve Alacapınar, F. G. (2016). *  rneklendirilmi   Bilimsel Ara  tırma Y  ntemleri.* (7.Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Strautmann, A., Allers, K., Fassmer, A.M. and Hoffmann, F. (2020).Nursing home staff's perspective on end of-life care of German nursing home residents: a cross-sectional survey. *BMC Palliat Care.* 19.1–9.
- S  l   U  urlu, E. (2014). Hem  şirelikte manevi bakımın uygulanması. *ACU Sa  lık Bil Derg.* 2014(3).187-191.
-   ahan Uslu, F. ve Terzio  lu, F. (2015). D  nya'da ve T  rkiye'de palyatif bakım e  itimi ve   rg  tlenmesi. *Cumhuriyet Hem  şirelik Dergisi.* 4(2).81-90. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumunuj/issue/38601/447935>.
-    en, S., Aygin, D. ve Sert H. (2016). Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. *Online T  rk Sa  lık Bilimleri Dergisi.* 1(1). 21-35.
-   encan, H. (2005). *Sosyal ve Davranı  sal   l   mlerde G  venilirlik ve Ge  erlilik.* (1.Baskı) (s.51-180). Ankara: Se  kin Yayınevi.
- Tav  ancıl, E. (2014). *Tutumların   l   lmesi ve SPSS ile Veri Analizi.* Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P. and LeMone, P. (2015). *Fundamentals of Nursing The Art And Science of Nursing Care*. (8th ed.). China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams Wilkins.
- Tekindal, M. ve Arsu, Ş.U. (2020). Nitel Araştırma Yöntemi Olarak Fenomenolojik Yaklaşımın Kapsamı Ve Sürecine Yönelik Bir Derleme. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*. 20(1). 153-172.
- Tezbaşaran, A. (2008) Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. (e-kitap). Erişim: 07 Temmuz 2022, http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuzu.
- Timmins, F. and Silvia, C. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing [J]. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*. 31(22).50–75.
- Turan T, Yavuz Karamanoğlu A. (2012) Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*, 2013; 18(2): 70-8.
- Türk Dil Kurumu (2022). Spiritüallite. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 23.11.2022.
- Uygur D., (2016). Hemşirelerin spiritüallite ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyumunu il arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu
- Üzen Cura, Ş. ve Ateş, E. (2020). Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar. *Journal of Academic Research in Nursing*. 6(3). 483-490.
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D. and Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 18(20).2857–2869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- Wallerstedt, B., Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 32-40.
- Watson, M., Ward, S., Vallath, N., Wells J. and Campbell R, (2019). *Oxford Handbook of Palliative ve Care*. (3rd ed.). United Kingdom: Oxford University Pres.
- WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners implementers and managers. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers>
- WHO (2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Erişim Tarihi: 19.11.2022.
- WHO (2022). Palliative care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Erişim Tarihi: 01.12.2022.
- WHPCA (2020). Global Atlas of Palliative Care. (2nd Ed.) [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). Erişim Tarihi: 19.11.2022.
- Wilkinson, J.M., Treas, L.S., Barnett, K.L., and Smith, M.H. (2016). *Fundamentals of Nursing*. (3th ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Willemse, S., Smeets, W., Van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L. and Foudraïne, N. (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care*. 57.55-78.

- Wu, L.F., Tseng, H.C. and Liao, Y.C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*. 38. 36-41.
- Wu, L. F., Liao, Y. C. and Yeh, D. C. (2012). Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. 20(3). 219-227.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Güncelleştirilmiş Geliştirilmiş*. (6. Baskı). Ankara: Ankara Tıp Basım.
- Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: Spiritualite, doğası ve hemşirelik ilişkisi. *Anadolu hemşirelik ve Sağlık Dergisi*.14 (2). 61-70.
- Yong, J., Kim, J., Park, J., Seo, I. and Swinton, J. (2011). Effects of a spirituality training program on the spiritual and psychosocial well-being of hospital middle manager nurses in Korea. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 42(6). 280-288.
- Yuan, H. and Porr, C. (2014). Integrating spiritual care into a baccalaureate nursing program in Mainland China. *Journal of Holistic Nursing*. 32(3). 240–243.
- Yurtsever, S. (2021). “Palyatif bakım”. Atabek Aştı, T., Karadağ, A. (eds.). in: *Hemşirelik esasları bilgiden uygulamaya: kavramlar, ilkeler, beceriler*, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Zakaria Kiaei,M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., et al.(2015). Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses’ perceptions and barriers. *Int Nurs Rev*. 62. 584-92.
- Zare, A. and Jahandideh, S. (2014). The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients’ spiritual care. *Iranian Journal of Nursing Research*. 9(3). 30-33.

EKLER

Ek 1: Nitel Çalışmaların Raporlanmasında Kullanılan Konsolide Kriterler (COREQ)

Sayı	Madde	Rehber Sorusu/Açıklaması
Araştırma Ekibi ve Düşünümsellik		
1	Görüşmeci/kolaylaştırıcı	Görüşmeler tezin yazarı ve bağımsız bir gözlemci tarafından gerçekleştirilmiştir
2	Akademik dereceler	Araştırma görevlisi
3	Meslek	Araştırma görevlisi
4	Cinsiyet	Kadın
5	Deneyim ve eğitim	Araştırmacı nitel araştırma kursuna katılmış olup araştırmacı ve danışmanının nitel araştırmaları bulunmaktadır.
Katılımcılarla İlişki		
6	Kurulu ilişki	Görüşme öncesinde katılımcılar ile iletişime geçilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Kabul edenler ile görüşme için uygun gün ve saat belirlenmiştir
7	Katılımcıların görüşmeciyle ilgili bilgisi	Araştırmanın amacı hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir.
8	Görüşmecinin özellikleri	Araştırma yöntemi ve konusuna dair yetkinliği hakkında bilgi verilmiştir
Araştırmanın Tasarımı		
Kuramsal Çerçeve		
9	Metodolojik yönelim ve kuram	Betimleyici fenomenolojik yaklaşım
Katılımcıların Seçilmesi		
10	Örnekleme	Amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi
11	Katılımcılara ulaşma yöntemi	Yüz yüze
12	Örneklem büyüklüğü	17 katılımcı
13	Katılmama durumu/katılımcı reddi	2 katılımcı
Ortam/Saha		
14	Veri toplama sahası (<i>öneri: verinin toplandığı yer</i>)	Üniversite hastanesi
15	Katılımcı olmayanların varlığı	Nitel araştırma konusunda deneyimli bağımsız gözlemci
16	Örnekleme ilişkin açıklama	Bir yıldan fazla çalışma deneyimi olan hemşireler
Veri Toplama		
17	Görüşme rehberi	Pilot çalışma yapılmıştır
18	Tekrarlanan görüşmeler	Tekrarlanan görüşme olmamıştır
19	Ses/görüntü kaydı	Ses kaydı yapılmıştır
20	Saha notları	Gözlemci notları alınmıştır
21	Süre	Ortalama süre 45 dakikadır
22	Veri doygunluğu	Veri doygunluğuna ulaşılmıştır
23	Transkriptlerin geri iletilmesi	Rastgele seçilen üç katılımcıya tema, alt tema ve transkriptler gönderilerek geri bildirim alınmıştır

Ek 1: (devamı)

Veri Analizi		
24	Veri kodlayanların sayısı	İki
25	Kodlama ağacının açıklaması	Yapılmıştır
26	Temaların türetilmesi	Temalar içerik analizi yapılarak verilerden türetildi
27	Yazılım	MAXQDA 2022 kullanılmıştır
28	Katılımcı kontrolü	Evet
Raporlama		
29	Alıntılarının gösterilmesi	Katılımcı paylaşımlarına çokça yer verildi.
30	Verilerin ve bulguların tutarlılığı	Tutarlıydı
31	Ana temaların açıklığı	Sunuldu
32	Alt temaların açıklığı	Vardı

Ek 2: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışma hemşirelerde palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliğini ölçen ölçüm aracının Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla planlanmıştır. Veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. İsmınızı ve soy isminizi belirtmenize gerek yoktur. Sonuçların doğruluğu açısından lütfen her soruya içtenlikle ve eksiksiz cevap veriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Arş. Gör. Tuğba Kavalalı Erdoğan
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3.Eğitim durumunuz nedir?

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

4.Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

5. Hangi klinikte çalışıyorsunuz?

- | | | | |
|-------------------------------|---|--|---------------------------------|
| () Acil Servis | () Enfeksiyon hastalıkları Servisi | () Nefroloji-Endokrin Servisi | () Onkoloji/Hematoloji servisi |
| () Çocuk Acil Servis | () Gastroenteroloji-Romatoloji Servisi | () Kalp Damar Cerrahisi Servisi | () Organ Nakil |
| () Çocuk Cerrahisi Servisi | () Göğüs Hastalıkları Servisi | () Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi | () Özel Servis |
| () Çocuk Enfeksiyon Servisi | () Diyaliz Ünitesi | () Kulak Burun Boğaz Servisi | () Üroloji Servisi |
| () Çocuk Genel Servisi | () Genel Cerrahi Servisi | () Nöroloji Servisi | () Psikiyatri Servisi |
| () Çocuk Hematoloji Servisi | () Beyin Cerrahisi Servisi | () Kemik İliği Transplantasyonu Servisi | () Ortopedi Servisi |
| () Çocuk Kemik İliği Servisi | () Fizik Tedavi-Cildiye Servisi | () Göz Hastalıkları Servisi | () Yoğun Bakım Ünitesi |
| () Çocuk Onkoloji Servisi | () Göğüs Cerrahisi Servisi | () Plastik Cerrahi Servisi | () Diğer..... |
| () Çocuk Yoğun Bakım | () Kardiyoloji Servisi | | |

6. Daha önce spiritüel (manevi) bakım ya da spiritüelite (maneviyat) kavramını duydunuz mu?

() Evet () Hayır

7. Hastaların spiritüel bakıma gereksinimi olduğunu düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

Ek 2: (devamı)

8. Sizce spiritüel bakım hastaya tedavi/bakım sürecinde gerekli midir?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Daha önce spiritüalite/spiritüel bakım ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

10. (9. Soruya cevabınız) evetse bu eğitimi nereden aldınız?

☐ Mesleki eğitim sırasında ☐ Hizmet içi eğitim programlarında

☐ Kongre, sempozyumlarda ☐ Sosyal medya, TV ☐ Bilimsel yayınlarda

☐ Diğer.....

11. (9. Soruya cevabınız evet ise) aldığınız bu eğitim yeterli miydi?

☐ Evet ☐ Hayır

12. (9. Soruya cevabınız hayır ise) Spiritüalite/spiritüel bakım ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Kliniğinizde hastalara spiritüel bakım veriyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Cevabınız evet ise spiritüel bakım ile ilgili hangi girişimleri yapıyorsunuz? (Birden fazla işaretlenebilir)

☐ Aktif Dinleme

☐ Elini tutma

☐ İletişim kurma/konuşma

☐ Sorulara anlaşılır bir şekilde cevap verme

☐ Hastanın yaşamına anlam veren geçmiş deneyimlerinden konuşmak

☐ Savunucu ve kolaylaştırıcı olma

☐ Rahat ortam sağlamak

☐ Ekip üyeleri ile iş birliği

☐ Logoterapi

☐ Mahremiyeti koruma

☐ Meditasyon

☐ Masaj

☐ Yargılayıcı olmama

☐ Duygusal destek sağlama

☐ Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranma

☐ Psikolojik destek olmak

☐ Hasta ve ailesi ile sözlü ve/veya sözsüz iletişim kurmak

☐ İbadet etmek istediğinde hastaya ortam hazırlama

☐ Hasta/ailesi ile güven verici bir ilişki kurmak

☐ Gerekli durumlarda yakınları ile görüşmesini sağlama

☐ Diğer.....

☐ Müzik terapi

☐ Resim terapi

15. Cevabınız hayır ise spiritüel bakım verememe neden/nedenleriniz nelerdir?

☐ Bilgi eksikliği ☐ Zaman bulamama ☐ Personel yetersizliği ☐ İmkan yetersizliği

☐ İş merkezli çalışma ☐ Diğer.....

Ek 2: (devamı)

16. Sizce spiritüel bakım verebilmek için en çok hangi araç, eğitim ya da öğretim yöntemi gereklidir?

- ☐ Temel iletişim becerilerinde eğitim veya öğretim
- ☐ Farklı dinler ve manevi uygulamalar hakkında bilgi
- ☐ Hemşirenin kendi inançlarının farkındalığı
- ☐ Spiritüel sorunları tanımada temel bilgi ve beceriler
- ☐ Din görevlisi ile görüşme yapmak
- ☐ Diğer dünya görüşlerini anlama ☐ Diğer.....

17. Palyatif bakım ifadesinden ne anlıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz?)

- ☐ Yaşam sonu bakımı
- ☐ Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü
- ☐ Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi
- ☐ Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması
- ☐ Kronik bir hastalık tanısı alan bir bireye tanı aldığı andan itibaren verilen bakım
- ☐ Diğer.....

18. Palyatif bakım hakkında daha önce eğitim/bilgi aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19. (18. Soruya cevabınız evet ise) Bu eğitimi/bilgiyi nereden aldınız?

- ☐ Mesleki eğitim sırasında ☐ Hizmet içi eğitimde ☐ Sertifika programında
- ☐ Kitap//dergi ☐ Kongre/sempozyum/seminer ☐ İnternette ☐ Diğer.....

20. (18. Soruya cevabınız hayır ise) Palyatif bakım ile ilgili eğitim/bilgi almak ister misiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

21. Size göre palyatif bakım eğitimi hangi konuları içermelidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz?)

- ☐ Palyatif bakım temel kavramları ve ilkeleri ☐ Yasal ve etik konular ☐ İletişim
- ☐ Kayıp ve yas süreci ☐ Semptom yönetimi ☐ Diğer.....

22. Ülkemizde verilen palyatif bakım hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Ek 3: 靈性關懷能力量表的 (Palliative Care Spiritual Care Competency Scale)

PCSCCS	
Factor 1 靈性關懷知能	
Q1	我清楚陪伴與協談的基本知能
Q2	我具備死亡與臨終照顧的知識
Q3	我熟悉醫療、社會、心理、靈性照顧的轉介資源
Factor 2 靈性關懷自我覺察	
Q4	我對自己的特質有覺察與認識
Q5	我能反省自己助人的動機
Q6	我對從事靈性關懷有使命感
Q7	我認為靈性關懷工作要符合專業與社會的規範
Q8	我對關懷病人有熱忱
Q9	我會主動關心病人/家屬的靈性需要
Q10	我對自己的人生經歷有相當的了解與省思
Factor 3 靈性關懷照顧	
Q11	我能夠陪伴或協助家屬走過悲傷失落
Q12	我能夠協助病人接納他人、與他人和好
Q13	協助病人體會寬恕與被寬恕的經驗對我是困難的
Q14	我很難引導病人開放自己，真實陳述問題
Q15	我能夠協助病人獲得愛與被愛的經驗
Q16	我能夠陪伴或協助病人/家屬共同面對核心的議題
Q17	我能洞察病人/家屬的靈性需要
Q18	我能夠協助病人建立與至高者的關係

Ek 4: Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Taslak Hali

PALYATİF BAKIM SİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıdaki ifadeler hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliğini değerlendirmek ile ilgilidir. Her ifade 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı belirten sayıyı işaretleyiniz.					
1	2	3	4	5	
Hiç katılmıyorum				Tamamen katılıyorum	
1.Bireye eşlik etme ve karşılıklı görüşme yapma konusunda temel bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
2.Ölüm ve hospis bakımı konusunda bilgi sahibiyim.	1	2	3	4	5
3.Tıbbi, sosyal, psikolojik ve spiritüel bakım ile ilgili alternatif kaynakları bilirim.	1	2	3	4	5
4.Kendi karakter özelliklerim hakkında bilgiye ve farkındalığa sahibim.	1	2	3	4	5
5.Başkalarına yardım etme amacımın öz eleştirisini yapabilirim.	1	2	3	4	5
6.Spiritüel bakım verme sorumluluğuna sahibim.	1	2	3	4	5
7.Spiritüel bakım çalışmalarının toplumsal ve mesleki normlarla uyumlu olması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8.Hastalara bakım verme konusunda istekliyim.	1	2	3	4	5
9.Hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerini karşılamak için inisiyatif alabilirim.	1	2	3	4	5
10. Hayat tecrübelerim ile ilgili yeteri kadar düşündüm ve öz değerlendirmemi yaptım.	1	2	3	4	5
11.Keder ve kayıp anında aile üyelerine eşlik edebilir veya yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
12.Hastaların diğer bireyleri kabul etmelerine ve onlarla iyi geçinebilmelerine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
13.Hastaların affetmeyi ve affedilmeyi deneyimlemelerine yardımcı olmak benim için oldukça zordur	1	2	3	4	5
14.Hastaların kendilerini ve sorunlarını dürüstçe ifade etmeleri için rehberlik etmekte zorlanıyorum.	1	2	3	4	5
15.Hastaların sevmeye ve sevilme deneyimi kazanması için onlara yardımcı olabilirim	1	2	3	4	5
16.Hastaya ve ailesine temel sorunlarla yüzleşmeleri için eşlik edebilir veya yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
17.Hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerini fark edebilirim.	1	2	3	4	5
18. Hastaların yüce bir güçle (Tanrı) ilişki kurmasına (umut etmesine, dua etmesine, şükran duymasına vb.) yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5

Ek 5: Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği Türkçe Formu

PALYATİF BAKIM SPİRİTÜEL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıdaki ifadeler hemşirelerin palyatif bakım spiritüel bakım yetkinliğini değerlendirmek ile ilgilidir. Her ifade 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı belirten sayıyı işaretleyiniz.					
1	2	3	4	5	
Hiç katılmıyorum			Tamamen katılıyorum		
Spiritüel Bakım Bilgisi					
1.Bireye eşlik etme ve karşılıklı görüşme yapma konusunda temel bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
2.Ölüm ve hospis bakımı konusunda bilgi sahibiyim.	1	2	3	4	5
3.Tıbbi, sosyal, psikolojik ve spiritüel bakım ile ilgili alternatif kaynakları bilirim.	1	2	3	4	5
Spiritüel Bakım Öz Farkındalığı					
4.Başkalarına yardım etme amacımın öz eleştirisini yapabilirim.	1	2	3	4	5
5.Spiritüel bakım verme sorumluluğuna sahibim.	1	2	3	4	5
6.Spiritüel bakım çalışmalarının toplumsal ve mesleki normlarla uyumlu olması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7.Hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerini karşılamak için inisiyatif alabilirim.	1	2	3	4	5
8. Hayat tecrübelerim ile ilgili yeteri kadar düşündüm ve öz değerlendirmemi yaptım.	1	2	3	4	5
Spiritüel Bakım					
9.Keder ve kayıp anında aile üyelerine eşlik edebilir veya yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
10.Hastaların diğer bireyleri kabul etmelerine ve onlarla iyi geçinebilmelerine yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
11.Hastaların sevmeye ve sevilme deneyimi kazanması için onlara yardımcı olabilirim	1	2	3	4	5
12.Hastaya ve ailesine temel sorunlarla yüzleşmeleri için eşlik edebilir veya yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5
13.Hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerini fark edebilirim.	1	2	3	4	5
14. Hastaların yüce bir güçle (Tanrı) ilişki kurmasına (umut etmesine, dua etmesine, şükran duymasına vb.) yardımcı olabilirim.	1	2	3	4	5

Ek 6: Ölçek Sahibinden Kullanım İzni



陳秉華

Kime: Siz



5.11.2020 Per 05:13

Dear Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN :

Yes, you may use the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale for your doctoral thesis.
However, the items and validity and reliability study of PCSCCS was written and published in Chinese.
Is there any way you could find a person for you to translate the Chinese paper?

PingHwa Chen

TUĞBA KAVALLALI ERDOĞAN

於 2020年11月2日 週一 下午7:10寫道:

Dear Ping-Hwa Chen,

Within the scope of my doctoral thesis, I request to be given the necessary permission to carry out the Turkish validity and reliability study of the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS) developed by you in 2016 together with Jeng-Fong Chiou, Mei Chuan Chu, Lan-Hsin Fan, Kuo-Feng Chang and Ran Zhao. If my use of the PCSCCS scale is considered appropriate by you, I would be absolutely pleased if you could provide information regarding the PCSCCS scale items and the scoring and evaluation of the scale.

Thank you very much in advance.

Yours sincerely

Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN

Ek 7: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/11-58

12.02.2021

Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği : Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması** başlıklı OMÜ KAİK 2021/774 Karar nolu Ölçek Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 14.01.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK /
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

**Ek 8: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma ve Merkezi
Araştırma Kurum İzni**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-804.01-33874
Konu : Tez Çalışması

Sayın Araştırma Görevlisi Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN

İlgi : 10.03.2021 tarihli dilekçeniz.

Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması başlıklı doktora tez çalışmanızı hastanemizde yapabileme isteğiniz uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Davut GÜVEN
Başhekim Yardımcısı

Ek 9: Nitel Araştırma ve Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi



Ek 10: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	Amasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KARAMAN	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Asuman ŞENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Selin KESKİN KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Dr. Zeynep SAĞLAM	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Yasemin ÖZYER	Sinop Üniversitesi Durağan Meslek Yüksekokulu
Dr. Hemş. Dilek KIYMAZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Öğr. Gör. Dr. Cansev BAL	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Dr. Nida KIYICI	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Gülşah KAYA	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Esra DANACI	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Esra ÖZBUDAK	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Ebru TURHAL	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZ GEÇMİŞ

Tuğba Kavalalı Erdoğan, Amasya Merzifon Yabancı Dil Ağırlıklı Lise'yi bitirdikten sonra Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik bölümünden 2013 tarihinde mezun oldu. Lisans mezuniyetinin ardından Samsun Ayvacık Devlet Hastanesinde Acil Servis hemşire olarak görev yaptı (2014-2016). 2015 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programından mezun oldu. 2016 yılı itibari ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak göreve başladı. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programından mezun oldu. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora programına başladı. İyi derecede İngilizce bilmekte olup (eYDS:72,5) temel ilgi alanları onkoloji hemşireliği, palyatif bakım, spiritüel bakım, kronik hastalıklara yönelik hemşirelik bakımındır (04.01.2023).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0001-7903-4905

Yayınlar:

1. Kavalalı Erdoğan T and Koc Z. (2021). The relationship between sleep quality and fatigue levels in relatives of patients hospitalised in palliative care unit. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. [Online]. 0(13), 113–124.
2. Kavalalı Erdoğan T and Koc Z. (2021). Factors related to spiritual well-being in patients hospitalised in intensive care unit. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. [Online]. 0(13), 85–96.