



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Tezi

**PALYATİF BAKIM ALAN HASTALARIN YAKINLARININ ALGILANAN  
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Havva EĞERCİ  
ORCID: 0000-0003-3074-7888

Danışman  
Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU  
ORCID: 0000-0002-2452-6205

Bu tez çalışması Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 23YL9005 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Konya-2025



## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, tecrübesini ve desteğini benimle paylaşan, sabır ve hoşgörü ile her zaman motive eden saygıdeğer çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU'ya,

Yüksek lisans ders dönemimde bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Tuba KORKMAZ ASLAN'a,

Her zaman en büyük destekçim, yol arkadaşım, eşim Mustafa EĞERCİ'ye,

Hayatım boyunca her zaman her konuda yanımda olan tüm aile üyelerime,

Bu yolda tanıştığım kıymetli arkadaşlarım Serap AYDEMİR ve Zehra ÇALKAR'a,

Bu süreçte bana verdikleri destek ve yardımlardan dolayı başta Zahide YILDIZ ve Elmas KESİKBAŐ olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bu araştırmaya 23YL9005 proje numarası ile maddi destek sağlayan Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne,

Son olarak araŐtırmama katılmaya gönüllü olan tüm palyatif servisindeki hasta yakınlarına teşekkür ediyorum.

Havva EĞERCİ

Haziran 2025

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEZ ONAY SAYFASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b> .....	<b>vii</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Palyatif Bakım Kavramı, Amacı ve Kapsamı .....	5
2.2. Dünya’da Palyatif Bakım Hizmetleri .....	7
2.2.1. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri.....	7
2.2.2. Palyatif bakım hastalarına bakım veren olmak .....	9
2.2.3. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar .....	9
2.3. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek Kavramı .....	11
2.4. Başa Çıkma Kavramı .....	12
2.4.1. Dini başa çıkma .....	14
2.5. Palyatif Bakımda Psikiyatrik Hemşirelik Yaklaşımı: Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Rol ve Sorumluluklar .....	16
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	19
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri .....	19
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Kişisel bilgi formu (EK-1) .....	20
3.6.2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2) .....	20
3.6.3. Dini başa çıkma ölçeği (DBCÖ) (EK-3) .....	21
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	21
3.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu .....	21
3.9. Verilerin Toplanması.....	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	22
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	22

3.12. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	23
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>25</b>
4.1.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler .....	25
4.2. Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının ÇBASDÖ ve DBÇÖ İlişkin Tanıtıcı İstatistikler .....	27
4.3.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASD Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması .....	27
4.4.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması ..	32
4.5. Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının ÇBASDÖ ve DBÇÖ Arasındaki İlişkinin İstatistikleri .....	35
4.6.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının DBÇ Puanlarının ÇBASD Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi .....	36
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>37</b>
5.1. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Tartışılması .....	37
5.2. Katılımcıların Dini Başa Çıkma ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Dini Başa Çıkma Puanlarının Tartışılması.....	43
5.3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanları ve Dini Başa Çıkma Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	48
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>53</b>
6.1. Sonuç .....	53
6.2. Öneriler.....	55
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>65</b>
8.1. EK 1 Kişisel Bilgi Formu.....	65
8.1. EK 2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	66
8.1. EK 3 Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBÇÖ).....	67
8.1. EK 4 Aydınlatılmış Onam Formu .....	68
8.1. EK 5 Etik Kurul Kararı .....	69
8.1. EK 6 Kurum İzni .....	70
8.1. EK 7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni.....	71
8.1. EK 8 Dini Başa Çıkma Ölçeği İzni .....	71

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **HAVVA EĞERCİ**' nin "**Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini Etkileyen Faktörler**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 02.06.2025

Tez Danışmanı Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU  
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Tuba KORKMAZ ASLAN  
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Halil İbrahim BİLKAY  
KTO Karatay Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 04/06/2025 tarih ve 13/25 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL  
Enstitü Müdürü

## TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

**Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini Etkileyen Faktörler** başlıklı tez çalışmamın toplam **84** sayfalık kısmına ilişkin, 16.06.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%20** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

16.06.2025

Havva EĞERCİ

Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU

## BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

02.06.2025

Havva EĞERCİ

## **KISALTMALAR**

ANOVA: Analysis of Variance

APA: American Psychological Association

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DBÇÖ: Dini Başa Çıkma Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KHGM: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

NEÜ: Necmettin Erbakan Üniversitesi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WHPCA: World Hospis Palliative Care Alliance (Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği)

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 4.1.Katılımcıların tanıtıcı bilgileri.....	25
Tablo 4.2.Ölçklere ilişkin ortalama dağılımı.....	27
Tablo 4.3.Katılımcıların özelliklerine göre ÇBASDÖ ve boyut puanlarının dağılımı.....	27
Tablo 4.4.Katılımcıların özelliklerine göre dini başa çıkma ölçeği boyut puanlarının dağılımı.....	32
Tablo 4.5.Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları.....	35
Tablo 4.6. DBÇ puanlarının ÇBASD puanları üzerindeki etkisini açıklamak için yapılan regresyon analizi sonuçları.....	36

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Palyatif bakım süreci.....	6
Şekil 2.2.Palyatif bakım ekibi.....	6
Şekil 2.3. Palya-Türk projesi organizasyon şeması.....	8



## ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
[Yüksek Lisans Tezi]

### **PALYATİF BAKIM ALAN HASTALARIN YAKINLARININ ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Havva EĞERCİ

Konya-2025

Bu araştırma, palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerini ve dini başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Konya ili Meram Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde tedavi gören hastaların yakınları arasından gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 268 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBÇÖ) kullanılarak yüz yüze ve anket yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde t-testi, ANOVA (F) testi, Bonferroni testi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 57,42±14,78 olarak belirlenmiştir. Dini başa çıkma stratejileri incelendiğinde, pozitif dini başa çıkma ortalamasının 24,63±3,53, negatif dini başa çıkma ortalamasının ise 5,26±2,25 olduğu tespit edilmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi ile dini başa çıkma tarzları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p < 0.05). Hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyi ile cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir. Ancak, algılanan sosyal destek düzeyi ile negatif dini başa çıkma stratejileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç olarak, palyatif bakım hastalarının yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri, dini başa çıkma tarzlarına göre değişiklik göstermektedir. Bu bulgular, palyatif bakım süreçlerinde hastaların yakınlarına yönelik dini ve sosyal destek programlarının önemini vurgulamaktadır. Özellikle sosyal destek, hastaların yakınlarının psikolojik iyilik halleri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır ve bu destek, bakım yükünün hafifletilmesi ve mental iyi oluş düzeylerinin artırılması için kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu doğrultuda, palyatif bakım hizmetlerinin kapsamının yalnızca hastalarla sınırlı kalmayıp, bakım sürecine aktif olarak dâhil olan hasta yakınlarını da kapsayacak şekilde genişletilmesi; ayrıca psikososyal destek stratejilerinin bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde temel bir bileşen olarak ele alınması gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dini başa çıkma, Hasta yakınları, Hemşirelik, Palyatif bakım, Sosyal destek.

## ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences  
Department Of Nursing  
Mental Health and Diseases Nursing  
[Master Thesis]

### FACTORS AFFECTING PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS OF RELATIVES OF PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE

Havva EĞERCİ

Konya-2025

This study was conducted to determine the perceived social support levels and religious coping styles of the relatives of patients receiving treatment in a palliative care clinic. The research was designed as a descriptive study.

The sample of the study consisted of 268 relatives of patients receiving treatment at the Palliative Care Clinic of Meram State Hospital in Konya, selected by a convenience sampling method and who agreed to participate in the study. Data were collected face-to-face through a questionnaire using the Personal Information Form developed by the researcher, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Religious Coping Scale (RCS). For data analysis, t-test, ANOVA (F) test, Bonferroni test, Pearson correlation analysis, and multiple linear regression analysis were used.

The average total score of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support was found to be  $57.42 \pm 14.78$ . Regarding religious coping strategies, the mean score for positive religious coping was  $24.63 \pm 3.53$ , while the mean for negative religious coping was  $5.26 \pm 2.25$ . A positive and moderate correlation was found between perceived social support and religious coping styles ( $p < 0.05$ ). Statistically significant differences were observed between perceived social support levels and variables such as gender, age, marital status, place of residence, education level, employment status, and income level. However, no statistically significant relationship was found between perceived social support and negative religious coping strategies.

In conclusion, the perceived social support levels of relatives of palliative care patients vary according to their religious coping styles. These findings highlight the importance of implementing religious and social support programs for the relatives of patients during the palliative care process. In this context, it is recommended that the scope of palliative care services should not be limited solely to patients, but should be expanded to include family caregivers who are actively involved in the care process; furthermore, psychosocial support strategies should be considered an integral component within the framework of a holistic approach to care.

**Keywords:** Religious coping, Patient relatives, Nursing, Palliative care, Social support, .

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlandığı üzere, palyatif bakım, “bireyin hayatını tehdit eden durumlara karşı ortaya çıkan ağrı ve diğer semptomların erken teşhisi ve tedavisini değerlendirerek, kişinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen, fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları gözetilen bir bakım sürecidir” (WHO, 2022). Palyatif bakımın ana hedefi, bireyi tamamen iyileştirmektense, hastanın yaşam kalitesini mümkün olan en yüksek düzeyde korumaktır (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a).

Günümüzde, dünya genelinde yaşlı nüfusun artışı, palyatif bakım ihtiyacını giderek daha önemli bir hale getirmektedir (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a; Taşkın Eğici ve ark., 2019). Küresel demografik eğilimler, dünya genelinde yaşlı nüfusun önemli ölçüde artmakta olduğunu göstermektedir. DSÖ, bu değişimin etkilerine dikkat çekerek, gelecekte yaşlı bireylerin sayısının çocuk nüfusunu geçeceğini vurgulamaktadır (WHO, 2021). DSÖ verilerine göre, 60 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının 2015 yılında yaklaşık 900 milyon olduğu, bu sayının 2050 yılına kadar iki katından fazla artarak 2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (WHO, 2021). Türkiye’de de benzer bir demografik değişim gözlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verilerine göre, 65 yaş ve üzerindeki nüfus 2014 yılında 6.192.962 kişi iken, 2019 yılında bu sayı %21,9 oranında artarak 7.550.727 kişiye yükselmiştir (TÜİK, 2021). Bu veriler, palyatif bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacın hem dünya genelinde hem de Türkiye’de giderek arttığını ortaya koymaktadır. DSÖ verilerine göre dünya genelinde palyatif bakım ihtiyacı duyan yaklaşık 40 milyon kişinin yalnızca %14’üne bu hizmet sunulabilmektedir (WHO, 2022).

Palyatif bakım hizmetleri yalnızca hastaları değil, aynı zamanda onların bakım sürecinde yer alan hasta yakınlarını da kapsamaktadır (Taşkın Eğici ve ark., 2019). Bu süreçte, hasta yakınları, hem fiziksel hem de duygusal açıdan önemli zorluklarla karşılaşmaktadır. Özellikle, bakım verdikleri bireyin hastalık sürecinin belirsizliği, tedavi sırasında karşılaşılan güçlükler ve kaybetme korkusu, hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Sertöz, 2017). Bunun yanı sıra, hasta yakınlarının tıbbi bilgi eksiklikleri, sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği ve yüksek düzeyde anksiyete hissetmeleri, bu süreçte stres düzeylerini daha da artırmaktadır (Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü, 2017).

Palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinin psikososyal iyi oluşlarını destekleyecek mekanizmaların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Bulut ve ark., 2023). Bakım sürecinde yer alan bireyler için sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve bu bireylerin algıladıkları sosyal desteğin artırılması, bakım yükünü hafifletmede önemli bir rol oynamaktadır (Danış ve Özhan, 2019). Literatürde yer alan çalışmalar (Abanoz, 2020; Alam ve ark., 2020; Angın, 2021; Kardaş, 2023), bakım veren bireylerin yoğun düzeyde stres ve tükenmişlik yaşadıklarını, sosyal izolasyona maruz kaldıklarını ve bakım sorumlulukları ile iş yaşamlarını dengelemede önemli güçlükler yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Alam ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının psikolojik durumlarına olumsuz etki eden başlıca faktörlerin; hastanın sağlık durumunun sürekli kötüye gitmesi, semptomların sık aralıklarla ortaya çıkması, yas sürecinde yaşanan zorluklar ve bireylerin acı çekerek ölmesi olduğu belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabilme stratejileri önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir. Literatürde, bakım veren bireylerin uzun süreli bakım sürecinde fiziksel, duygusal ve ekonomik stresörlerle karşılaştıkları, bu stresörlerin ise bireylerin genel sağlık durumlarını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Kardaş, 2023). Stresle başa çıkma mekanizmaları arasında din ve maneviyat önemli bir yer tutmakta ve hasta yakınlarının dini başa çıkma yöntemlerine sıklıkla başvurdukları görülmektedir (Angın, 2021). Dini başa çıkma, bireyin inançlarından kaynaklanan bilişsel ve davranışsal stratejiler kullanarak stresli durumlarla mücadele etmesi olarak tanımlanmaktadır (Abanoz, 2020). Pozitif dini başa çıkma yöntemleri, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını desteklemekteyken; negatif dini başa çıkma stratejileri ise bireyin psikolojik iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin, pozitif dini başa çıkmaya 'dua ederek teselli bulmak' ya da 'Allah'a güvenmek' gibi yaklaşımlar örnek verilebilirken; negatif dini başa çıkmaya ise 'Allah tarafından cezalandırıldığına inanmak' veya 'kaderinden dolayı öfke duymak' gibi tutumlar örnek gösterilebilir (Abanoz, 2020; Angın, 2021).

Hasta yakınlarının stresle başa çıkma süreçlerinde destekleyici bir rol üstlenen sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler, önemli bir konumda yer almaktadır. Hemşireler, hasta yakınlarının yaşadığı psikososyal zorlukları anlamada ve onlara uygun destek mekanizmaları sunmada kilit bir rol oynayarak, bakım sürecinin daha sürdürülebilir hale gelmesine katkı sağlamaktadırlar (Açıkgöz ve Baykal, 2023). Özellikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, hastalara olduğu kadar hasta yakınlarına da rehberlik ederek, onların stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine, sosyal destek sistemlerinden daha etkin şekilde yararlanmalarına

ve dini başa çıkma stratejilerini sağlıklı bir biçimde kullanmalarına yardımcı olmaktadır (Yılmaz ve Yazgı, 2020). Ulusal literatürde palyatif bakım hastalarının yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyi ile dini başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Abanoz, 2020). Uluslararası literatürde ise bu konuya dair belirli araştırmalar mevcut olmakla birlikte, kapsamlı bir şekilde ele alınmadığı dikkat çekmektedir (Banaser ve ark., 2020; Milberg ve ark., 2014). Bu bağlamda, mevcut araştırma palyatif bakım kliniğinde hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeylerini ve dini başa çıkma stratejilerini belirleyerek, bu alandaki bilgi eksikliğini gidermeyi ve literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

### **Araştırmanın Soruları**

- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri nedir?
- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının dini başa çıkma tarzları nedir?
- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının kişisel özelliklerine göre algılanan sosyal destek düzeyleri değişmekte midir?
- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının kişisel özelliklerine göre dini başa çıkma tarzları değişmekte midir?
- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile dini başa çıkma tarzları arasında ilişkili var mıdır?



## 2.GENEL BİLGİLER

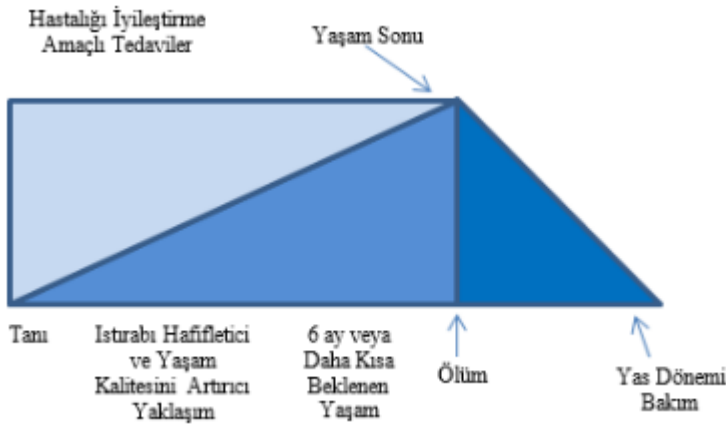
### 2.1. Palyatif Bakım Kavramı, Amacı ve Kapsamı

Palyatif sözcüğü dilimize Latince 'deki "palliate" kelimesinden geçmiştir ve anlam olarak "koruyucu ve kapsayıcı" olmayı ifade eder. İngilizce olarak ise "palliative" sözcüğü farklı bir anlam olarak, "hafifletici, yatıştırıcı, derman" anlamını taşımaktadır (Şekerli, 2024). DSÖ ilk olarak 1986'da yapmış "tedavi edici yaklaşımların son bulduğu, ölüme yaklaşan hastalara yapılan bir uygulama" şeklinde açıklamıştır. DSÖ daha sonra 2002 yılında bu tanımları yeniden açıklayarak palyatif bakımı "hayatı tehlikeye sokan bir hastalığı olan kişinin veya yakınlarının ağrı, fiziksel, psikososyal ve diğer problemlerinin erken teşhis edilmesi, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle, yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan bakım" olarak tanımlamıştır (WHO, 2002). Türk Dil Kurumuna (TDK) göre; palyatifin tanımı "tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan" tedavi şeklindedir (TDK, 2024). Palyatif bakım, bireye özgü olarak sağlanıp ve kişinin çevresindeki bireyleri de bu sürece dâhil olduğu bakım sistemidir. Bu bakım süreci bireyin ölümüne kadar devam edip daha sonraki yas sürecinde de kişinin çevresini desteklemektir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakımın öneminin arttığı günümüzde, özellikle yaşlı nüfusun artışı, bu tür bakım sistemlerinin daha geniş kapsamda uygulanmasını gerektirmektedir (Danış ve Özhan, 2019).

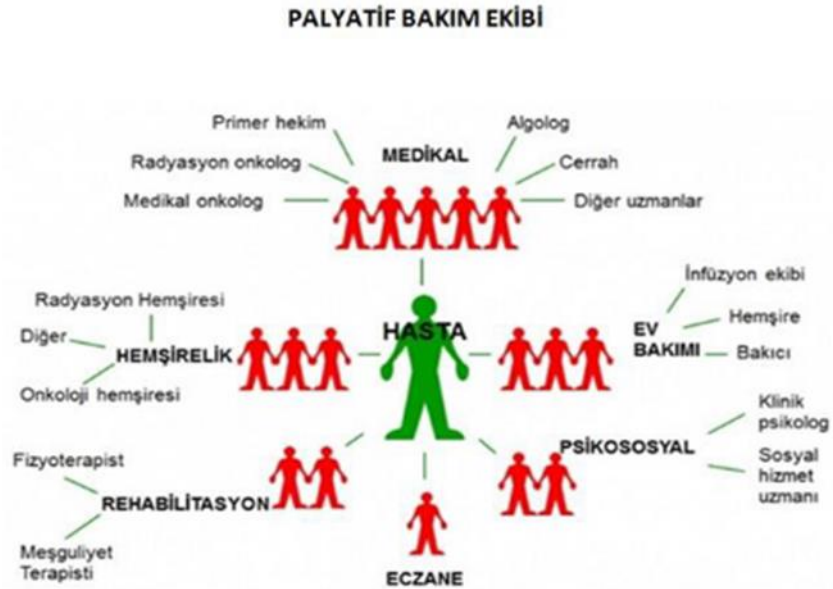
DSÖ, "sosyal değişimler içerisinde en büyük değişimin yaşlı nüfusun artması olduğunu, yakın zamanda ise yaşlıların çocuklardan daha fazla olacağını, insanların ise şuan ki durumdan daha fazla yaşlı olacağını" söylemiştir (WHO, 2021). DSÖ "60 yaş ve üzerindeki nüfusun 2015-2050 yılları arasında 900 milyon kişiden 2 milyara kadar çıkacağını" tahmin etmektedir (WHO, 2021). Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliğinin (WHPCA) 2020 açıkladığı rapora göre genel olarak Dünya'da yaklaşık 57 milyon çocuk ve yetişkin kişinin palyatif ihtiyacı karşılanmaktadır. Bu bakımın sunulduğu kişilerden de "%26'sının 20-49 yaş, %27'sinin 50-69 yaş, %40'ının ise 70 yaş ve üzeri olduğu" saptanmıştır. Yetişkin kişilerde genel olarak kanser, AIDS/HIV, serebrovasküler hastalıklar ve demans gibi sebeplerle palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır (WHPCA, 2020).

Dünya Palyatif Bakım Birliği ve Palyatif Bakım Kuruluşları, palyatif bakımın ortak bir felsefe ile verilmesi gerektiği görüşünü sunmuşlardır. Bu bakımın temel hedefi kişinin ve çevresinin kendi düşüncelerine önem vermek onların inanç ve kültürleri dikkate alınarak bunun sonucunda kişiye özgü bakım almalarını sağlar (WHO, 2018). Palyatif bakım sunulurken etik ilkeler dikkate alınmalıdır, bakım alan birey ve ailesinin gizliliği ve mahremiyeti sağlanmalı ve kişilerin, güvenliği açısından önlemler alınmalıdır. Aynı zamanda

sunulan hizmet, herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Yasal haklar ise, birey ve ailesine bakım vermeye başladığı ilk anda geçerli olmalıdır. Sunulan bakımın geçerli ve faydalı bir şekilde sunulması için kanıt düzeyi yüksek bilgiler ve çalışmalar kullanılmalıdır (Menekli ve ark., 2021). Palyatif bakım verilirken dikkat edilmesi gereken diğer bir husus ise; birey ve ailesinin tercihin, inanç, kültür ve değerlerine uyumlu olacak şekilde ortamlar hazırlanmalıdır. Bu ortamlar genellikle ev ve hastaneden oluşmaktadır. Ek olarak, bazı kurumlarda ayaktan tedavi üniteleri, hospisler ve huzurevlerine bağlı birimlerde de palyatif bakım hizmetleri sunulmaktadır (Danış ve Özhan, 2019).



Şekil 2.1. Palyatif bakım süreci (Coyle ve ark., 2015)



Şekil 2.2. Palyatif bakım ekibi (Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, 2018).

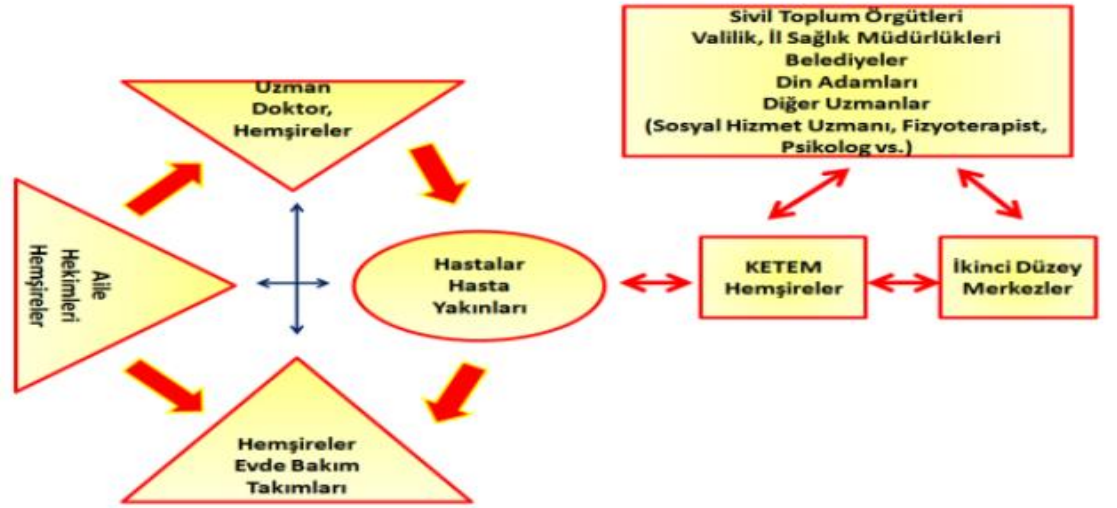
## **2.2. Dünya’da Palyatif Bakım Hizmetleri**

Palyatif bakım hizmetinin sunumu ülkeler arasında farklılık gösterir. Bu hizmet gelişmiş ülkelerde daha sistemli bir şekilde sunulmaktadır (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakımın Dünya’da ilk öncüsü 1842’de Fransa olmuştur. Palyatif bakımın başka bir şekli olan hospis ise İngiltere’de ortaya çıkmıştır. İlk olarak 1967 ‘de hemşire Cicely Saunders hizmet vermiştir (Damak ve Kumsar, 2020). Palyatif bakımın sunumu ile ilgili olarak 2013 yılında 234 ülkenin dahil olduğu bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma, 2014 yılında Dünya Palyatif Bakım Derneği (WPCA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından rapor halinde sunulmuştur. Rapora göre, palyatif bakım hizmetlerinin durumu ülkeler arasında dört grupta sınıflandırılmıştır: “Grup 1” palyatif bakımın hiç sunulmadığı ülkeler, “Grup 2” palyatif bakım hizmetlerinin yeterli şekilde yapılandırılmadığı ülkeler, “Grup 3a” palyatif bakımın mevcut olduğu ancak kamusal desteğin bulunmadığı ülkeler, “Grup 3b” palyatif bakım ünitelerinin bulunduğu ve bölgesel veya yerel destek aldığı ülkeler (Türkiye de bu grupta yer almaktadır), “Grup 4a” palyatif bakım sisteminin genel sağlık sistemine uyum sağlamaya çalıştığı ülkeler ve son olarak “Grup 4b” palyatif bakım sisteminin genel sağlık sistemine tamamen entegre olduğu ülkeler olarak belirtilmiştir (WHPCA, 2020). Türkiye’de son dönemde devlet tarafından palyatif bakım hizmetleri desteklenmiş ve sayıca artış olmuştur (Harputoğlu ve Çelik, 2020).

### **2.2.1. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri**

Ülkemizdeki ilk kuruluş, 1993-1997 yılları arasında hizmete giren ve "Kanser Bakımevi" adıyla faaliyete geçen Türk Onkoloji Vakfı tarafından açılmıştır. Bu kuruluş, hastaların sosyal güvencelerinin ödemeleri karşılamaması, herhangi bir yatırımcı tarafından maddi olarak desteklenmemesi ve ailelerin bu konuda isteksiz davranması sonucunda kapanmıştır. Daha sonrasında ise; 2006’da yılında “Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı” olarak 12 odası olan bir hizmet alanı oluşturulmuştur. Fakat bu hizmeti destekleyecek bir yasa olmadığı için, kurum “Hacettepe Umut Evi” olarak sadece hastaların bir süre kalacağı yer olarak kullanılmıştır (Aslan, 2020; Madenoğlu Kıvanç, 2017; Önalın, 2020). Yetişkin bireylere verilen palyatif bakım hizmeti ise Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde 11 özel odası olan bir hizmet alanıdır. Burada hizmet veren kişiler eğitimli ekip üyeleri olup iş birliği içerisinde hizmeti yürütmüşlerdir. Bu bakımın amacı, yoğun bakımda hasta sayısını azaltarak sağlık personelinin bakım yükünü hafifletmektir (Kabalak, 2014).

2011 yılında kaydedilen en önemli gelişme, Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın öncülüğünde başlatılan Palya-Türk projesidir. Bu projenin amacı, ülke genelinde her ilde 15-20 yatak kapasitesine sahip palyatif bakım servisleri açmak ve bu servislerde tedavi gören hastaların ev ortamına yakın koşullarda hizmet almasını sağlamaktır (Dinçer, 2019). Palyatif bakım hizmetleri, sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiş olup, devlet tarafından finanse edilmektedir. Bu durum, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2013 yılında belirtilmiş ve 2020 yılında güncellenen belgelerde de yer almıştır (SGK, 2020). Ülkemizde bu alandaki yasal altyapı, 09.10.2014 tarihinde "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayımlanmış, 07.07.2015 tarihinde ise palyatif bakım hizmetleri sunan servislerin fiziki şartları, personel ve donanım gereksinimlerini belirleyen bir yönetmelik yürürlüğe girmiştir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM), 2019).



Şekil 2.3. Palya-Türk projesi organizasyon şeması (Dinçer, 2019)

Ülkemizde çocuklara yönelik palyatif bakım hizmetleri, 2015 yılında Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi bünyesinde kurulan "Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi" ile başlamıştır. Bu merkezde, çocuk hastalar aileleriyle birlikte kalabilmektedir. Avrupa standartlarında hizmet sunan merkezlerden biri de, 2018 yılında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde açılan palyatif bakım birimidir (Harputluoğlu ve Çelik, 2020). 2011'de yayımlanan yeni yönetmelik ile "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Düzenleme" kapsamında, palyatif bakımda hemşirenin görevleri onkoloji hemşiresinin yetki ve sorumlulukları içinde belirlenmiştir (Akt. Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021b).

Sağlık Bakanlığı 2015 yılında palyatif bakım hemşireliği için sertifikalı eğitim programını başlatmıştır (Akt. Koç ve ark., 2018). Son olarak, 32 hastanede "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Uygulama Yetkisi" bulunmaktadır (KHGM, 2020). 2020 yılında ise toplum temelli palyatif bakım modeli oluşturulmuş ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Aslan, 2020). Sağlık Bakanlığı'na ait verilere göre, 81 ildeki 414 sağlık kuruluşunda toplamda 5.544 yatak kapasitesine sahip palyatif bakım servisleri hizmet vermektedir (KHGM, 2020). Palyatif bakım sürecinde sadece hastaların değil onlara bakım sağlayan hasta yakınlarının da yaşadığı birçok sorun olduğu literatürde belirtilmektedir (Madenoglu Kıvanç, 2017). Hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ile başa çıkmasında profesyonel destek sağlanması amacıyla hasta yakınlarının ihtiyaçlarına göre sağlık profesyonellerine yönlendirilmeleri önemlidir (Menekli ve ark., 2021).

### **2.2.2. Palyatif bakım hastalarına bakım veren olmak**

Palyatif bakım hizmetleri, yalnızca hastayı değil, aynı zamanda onun bakım sürecine dâhil olan yakınlarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir (Bulut ve ark., 2023). Bu kapsamda, palyatif bakım ekibine hasta yakınları da aktif bir şekilde dâhil edilmekte ve onların sürece katılımı teşvik edilmektedir (Dikmen ve Üşenmez, 2022). Hastanın bakım sorumluluğu büyük ölçüde hasta yakınları tarafından üstlenilmekte olup, bu durum onlara fiziksel, duygusal ve psikososyal açıdan önemli sorumluluklar yüklemektedir. Bakım süreci, hasta yakınları üzerinde psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan çeşitli zorluklara yol açabilmektedir. Bu bağlamda, palyatif bakım hastalarına destek sağlayan bireylerin güçlendirilmesi, sürece dair farkındalıklarının artırılması ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olunması son derece önemlidir (Demir, 2016). Bu süreçte hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerin azaltılması ve psikososyal iyilik hallerinin desteklenmesi, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal sağlık açısından da önemli bir gereklilik olarak görülmektedir (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a).

### **2.2.3. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar**

Psikososyal kelime anlamı olarak; kişinin hayatındaki psikolojik ve sosyal faktörlerin birbirini etkileme sürecidir. Psikolojik boyut; kişinin daha çok içsel, duygusal, düşünsel ifadelerini içerirken sosyal boyut ise bireyin çevresi ile olan ilişkilerini, ailesini, sosyal değerleri veya kültürünü ifade etmektedir (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a). Bu nedenle psikososyal sorunlar kişinin hem kendisi hem de çevresini içeren problemlerdir (Kangalgil

Balta ve Bekiroğlu, 2021a). Psikososyal sorunlar palyatif bakım hastalarında ve onlara bakım veren kişilerde oldukça yaygındır (Sertöz, 2017). Bu süreçte bakım vericilerde; “ hastanın öz bakım ihtiyacı, tıbbi bakım, hastaya psikolojik destek sağlama, ev işleri, hasta haklarını savunma, sağlık personelinin bilgi alma ” gibi çok sayıda sorumluluk almalarından dolayı olumsuz olarak etkilenmektedirler (Duman ve Özdelikara, 2022). Palyatif bakım hizmeti sağlayan kişiler, hastalık süreciyle birlikte çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar arasında; "sosyal çevre ve yaşam düzeninin kaybı, sosyal rol değişiklikleri, aileye ayrılan zamanın azalması ve ailenin ihmal edilmesi, kendine zaman ayıramama, yeni bir çevre edinme, genel yaşam düzeninin değişmesi ve eğitimden uzaklaşma" gibi problemler yer almaktadır (Hut ve Aydın, 2021; Taşkın Egici ve ark., 2019). Tüm bunlar dolayısıyla hasta yakınlarında depresyon oluşma riski de artış göstermektedir. Ayrıca palyatif bakım hastalarının ölüm oranının yüksek olması sebebiyle de hasta yakınlarının “öfke, şok, varsanım gibi yaşantılar, dikkat dağınıklığı, yalnızlık, suçluluk” gibi yas sürecinde verilen tepkilerde sık olarak görölmektedir (Cohen ve ark., 2002; Terakye, 2011). Bakım süresinde hasta yakınlarında psikolojik sorunlar oluşabilir. Bakım veren kişi bakma zorunluluğu veya minnet duygusu şeklinde ambivalans düşüncelerle karşılaşp bu süreci yönetmek zorunda kalmaktadır (Kara ve Genç, 2021; Taşkın Egici ve ark., 2019). Palyatif bakımın uzun süreç olması ve sonunun belirsiz olması aynı zamanda bakım veren kişilerde kaygı düzeylerinde artış olmasına da sebep olabilir. Bu durumla baş edemeyen kişilerde de kaygı bozuklukları görölebilmektedir (Ghane ve ark., 2016). Bakım süreci boyunca bakımı veren kişilerde yaşanan tüm zorluklar sonucunda bireylerde davranışsal ve psikolojik semptomlar beraberinde bilişsel kayıplara neden olmakta ve kişilerde günlük hayattaki işlevselliklerine engel olarak tükenmişliğe neden olmaktadır (Bulut ve ark., 2023).

Literatürde konu ile ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (Greer ve ark., 2020; Kardaş, 2023; Şener ve ark., 2022). Şener ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir araştırmada, bakım veren bireylerin bakım yükü ile yaşam doyumları arasındaki ilişki ele alınmış; bu kişilerde depresif belirtiler ve uyku sorunlarının yaygın olduğu saptanmıştır. Söz konusu problemlerin, bakım sürecinde çeşitli zorlukların yaşanmasına yol açtığı sonucuna varılmıştır. Bir başka araştırmada, kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım sürecinde stres yaşadıkları ve bu stresin uyku düzenleri, genel sağlık durumları ve finansal durumları üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu belirlenmiştir (Greer et al., 2020). Yapılan araştırmalar sonucunda, bakım veren kişilerin çoğunun işlerinden ayrıldığı, maddi kayıplar yaşadığı, sosyal çevreleriyle görüşme sıklığının azaldığı, günlük sorumluluklarını yerine

getiremedikleri ve aile içi ilişkilerde zorluklar yaşadıkları bulunmuştur. Bu durumların sonucunda, bakım verdikleri kişileri kaybetmek, bakım verenlerde yoğun bir üzüntüye ve tükenmişliğe yol açan bir süreçtir (Kardaş, 2023 ). Hasta yakınlarının, hastalara tıbbi destek sağlama konusunda bilgi eksikliği yaşamaları, yeterli sosyal desteğe sahip olmamaları ve yüksek düzeyde anksiyete hissetmeleri, stres düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü, 2017). Bu nedenle, palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin desteklenmesi, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olması büyük önem taşımaktadır. DSÖ' nün raporları ve çeşitli araştırma bulguları da, bu kişilerin ihtiyaçlarının, karşılaştıkları stres etmenlerinin ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilerek uygun destek mekanizmalarının geliştirilmesinin kritik olduğunu ortaya koymaktadır (Kahraman, 2023; Karakaya ve Işıkhana, 2020; Özdemir, 2016; Schulz ve Eden, 2016; Turgut ve Soylu, 2020; WHO, 2022).

### **2.3. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek Kavramı**

Sosyal destek, bireylerin sıkıntılı zamanlarında, stresli ve kaygılı dönemlerinde bireye karşı ilgilenilme, saygı gösterme gibi davranışlarla insanların ona yardımcı olması anlamına gelir ( Annak, 2023; Aydın, 2020; Baş ve ark., 2019). Aynı zamanda sosyal destek kişilere yakınları tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım şeklinde de tanımlanabilir. Sosyal destek, genellikle iki boyutta ele alınmaktadır: alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek (Yorulmaz ve Boyacıoğlu, 2020). Algılanan sosyal destek, bireyin çevresindeki insanların ona sağladığı destek hakkındaki kişisel algısı anlamına gelir. Bu algı, bireyin kendisine yönelik duygusal, bilgi ve somut destek hakkındaki inançlarını içerir (Krause, 2006; Yorulmaz ve Boyacıoğlu, 2020). Sosyal destek, yalnızca hastalar açısından değil, onlara bakım veren yakınları için de temel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir (Eker ve ark., 2001). Bu süreçte, hasta yakınlarının psikososyal iyi oluşlarını desteklemek ve yaşadıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak önem taşımaktadır (Yorulmaz ve Boyacıoğlu, 2020). Psikiyatri hemşiresinin temel rollerinden biri olan destek sağlama; bireylerin öz saygısını artırırken anksiyete düzeylerinin azalmasına katkıda bulunmaktadır (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021a). Bu destek, bireylerin durumu kabullenmelerine yardımcı olmayı amaçlar ve hem kişiler arası ilişkilerde hem de fiziksel bakımda, birey ve ailenin rahatlamasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (İraz ve ark., 2021). Genel olarak sosyal destek bireyin stresle baş etmesine yardımcı olmakta ve psikolojik sağlığını iyileştirmektedir (Cenkseven Önder ve Utkan, 2018; Taylor ve ark., 2004; Thoits, 2011; Tosun, 2021).

Yorulmaz ve Boyacıoğlu (2020), tarafından yapılmış olan bir araştırmada algılanan sosyal desteğin kişileri anksiyeteye karşı koruduğu ve benlik saygısını artırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda algılanan sosyal destek, bireylerin psikolojik sağlamlığını sağlayarak kişilerin stresle etkili başa çıkma ve günlük yaşama uyumlarına katkı sağlamaktadır (Yorulmaz ve Boyacıoğlu, 2020). şenel ve ark., (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, 250 niversite ğrencisi (155 kadın, 95 erkek) zerinde algılanan sosyal destek ve dindarlık düzeylerinin psikolojik semptomlara etkisi incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre, aileden ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve düşmanlık düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgu, sosyal desteğin artmasının psikolojik semptomları azalttığını göstermektedir. Wilks ve Croom (2008), alzheimer tanısı olan hastaların yakınlarında algılanan sosyal desteğin, bireylerde psikolojik dayanıklılığı ve stresle başa çıkabilmelerine olumlu etkisini saptamışlardır. Aynı zamanda arkadaşlardan alınan desteğin aile desteğine göre stresin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini azaltmada daha etkili olduğu da bulunmuştur. Holt-Lunstad ve ark. (2010) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasının bulgularına göre, yeterli sosyal ilişkilerden yoksun bireylerde, güçlü sosyal bağlara sahip olanlara kıyasla ölüm riski yaklaşık %50 oranında daha yüksektir. Bu sonuç, sosyal desteğin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel sağlık üzerinde de belirleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Götze ve ark. (2014) yürüttüğü bir çalışmada ise; algılanan sosyal desteğin yetersiz olduğu hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu bireylerin bakım süreci boyunca önemli ölçüde psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

#### **2.4. Başa ıkma Kavramı**

Başa ıkma, bireyin karşılaştığı stresle baş edebilmek amacıyla geliştirdiği düşünsel ve davranışsal stratejilerin tümünü ifade eder (Gümüş Demir ve Akoğlu, 2023). Her birey hayatının bir döneminde olumsuz durumlarla karşılaşabilir ve bu durum kaygı ile gerginliği artırabilir. Bireyin bu durumu yönetme ve kontrol altına alma isteği ise stresle başa çıkma olarak tanımlanmaktadır (Zengin ve Taş, 2023). Stresle baş etme durumunda stres sonucunda bireyde oluşan fiziksel ve ruhsal sıkıntıları eski haline döndürmeyi amaçlar. Aldwin, Folkman ve Lazarus, bu süreci iki farklı başa çıkma tarzıyla tanımlamışlardır: "problem odaklı başa çıkma" ve "duygu odaklı başa ıkma" (Gümüş Demir ve Akoğlu, 2023).

### ***Problem odaklı başa çıkma***

Problem odaklı başa çıkma, bireyin çevresiyle etkileşimini yönetmesine olanak tanıyarak sorunları tespit edip kontrol altına almasını amaçlamaktadır. Bu başa çıkma yönteminde birey, çevresine yönelik stratejiler geliştirebileceği gibi, kendi ihtiyaçlarını azaltarak sahip olduğu içsel gücü de ortaya koyabilir (Öztürk ve Maçkalı, 2022). Problem odaklı baş etme yönteminde amaç stresin oluşturduğu etkileri zayıflatmak, duygu odaklı yaklaşımda ise stresin oluşturduğu duyguları yönetmeyi ve bu duyguların olumlu yönlerine odaklanarak durumu kontrol altına almayı hedef alır (Cenkseven Önder ve Utkan, 2018).

Problem odaklı başa çıkmada kişinin problemi belirlenir ve bir problem çözme tekniği geliştirilerek doğrudan problem ortadan kaldırılabilir ya da onun etkisi azaltılarak kişiye rahatsızlık verme durumu en aza indirgenir (Acar, 2022). Problem odaklı başa çıkma yöntemi kullanırken kanıta dayalı analizlerden yararlanır. Buradaki hedef doğrudan stres oluşturan durumdur ve bununla yüzleşmeyi amaçlar. Sonuç olarak da kişi çözüme ulaşmak için problem çözme başmaklarını kullanır bunun için ilk iş doğru bir planlama yapmaktır. Stres oluşturan tehdit ortadan kalkmadığı durumlarda ise; birey kendisini meşgul edecek bir iş bulur ya da ortamı değiştirilerek problemi yok etmeye çalışır (Gümüş Demir ve Akoğlu, 2023).

### ***Duygu odaklı başa çıkma***

Duygu odaklı başa çıkma; kişinin bulunduğu stresli durumda yaşadığı sıkıntılı duyguyu ve gerilim halini kontrol altına almayı amaçlar. Birey sıkıntılı durumla karşı karşıya kaldığı zamanda kaçınma davranışları, sosyal destek arama ve kendi kendini yönetebilmeyi ister (Daysal Güler ve Altay, 2023). Duygu odaklı yaklaşımda kişi oluşan duyguları yönetmek ister yani buradaki amaç stres oluşturan uyarıyı kontrol etmek değil o uyarının kişide oluşturduğu duyguları kontrol altına almaktır (Aksoy ve Tastan, 2023). Duygu odaklı başa çıkma daha çok, kontrol edilemeyen veya ani gelişen stres durumunda kullanıldığı görülmüştür (Gürhan, 2016). Duygu odaklı yaklaşımda kişi problemi ortadan kaldırmadığı için sıkıntılı durum devam eder çünkü kişi inkâr ve kaçınma savunma mekanizmalarını ağırlıklı olarak kullanır bu durumda sorun ortadan kalkmamasına rağmen kişi sıkıntı duymasına engel olur (Aslan ve Güzel, 2018).

Palyatif bakım hizmetleri, hastalığın fiziksel semptomlarının giderilmesinin yanı sıra, hem hastaların hem de onlara bakım veren bireylerin karşılaştığı psikolojik sorunların yönetimine yönelik çözümler sunarak durumun kontrol altına alınmasını da içermektedir

(Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021b). Palyatif bakım, hasta ve yakınlarının psikososyal sağlığının korunmasını amaçlayan ve multidisipliner bir ekip tarafından sunulan hizmetleri de kapsamaktadır (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021b). Literatürü incelediğimizde, palyatif bakım hizmeti alan bireylerin psikososyal ihtiyaçlarına yönelik yapılan çalışmalarda, "psikososyal desteğin, diğer tedavi yöntemleri kadar önemli olduğu ve bu hizmetlerin sağlanabilmesi için uygun ortamın yaratılmasının, ortaya çıkan psikososyal gereksinimlerin ve sorunların çözümlenmesinde büyük bir öneme sahip olduğu" vurgulanmıştır (Aslan ve Güzel, 2018).

Lazarus ve Folkman'a göre bireyin sahip olduğu kaynaklarda onların stresle baş etme sürecine etki etmektedir. Pargament (1997) dini başa çıkma kavramını tanımlarken, bireyin stresli ve zor döneminde baş etme yolu olarak kullanacağı kaynaklardan birinin de dini olabileceğini belirtmiştir. Dini başa çıkma, daha çok kişinin benlik saygısını arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Aynı zamanda dini başa çıkma kişiye stresli ve kriz döneminde huzur sağlamakta ve diğer bireylerle ilişki kurmalarını arttırmakta, yaşama anlam ve amaç kazandırmaktadır (Gürhan, 2016).

#### **2.4.1. Dini başa çıkma**

Dini başa çıkma kavramı bireyin inanç sistemine göre kişinin inançlarına dayanarak stres, kaygı, depresyon vb. durumlarda baş etme yöntemi olarak ibadet ve uygulamalar ile rahatlamaya çalışması durumudur (Cufta, 2016; ; Gall ve Guirguis-Younger, 2013; Levin, 2016). Dini başa çıkma kavram olarak kullanılmasa da çok eski zamanlardan beri kullanılmıştır. Ancak bilimsel olarak araştırmalarda kullanılması ve tanımlanması 20. yüzyılın sonlarına doğru olmuştur. Bu tanımın yapılmasına öncülük eden Kenneth Pargament, ilk ölçekleri geliştirmiş ve bu konuda araştırmalarda bulunmuştur. Dini başa çıkma ile psikolojik iyi oluş arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Dini başa çıkma yöntemleri psikolojik sağlamlık için kullanılabilir yöntemler arasında sayılabilmektedir (Abu-Raiya ve Pargament, 2015; Koenig, 2020; Pargament ve ark.,2013).

Din ve sağlık ilişkisi çok eski tarihten bu yana ifade edilmektedir (Ayten, 2020). Din psikolojisinin ortaya çıkışından itibaren araştırılan en temel konularının başında din ve sağlık ilişki gelmektedir (Erdiñç Türk ve Bilici, 2021). Günümüzde ise ruh sağlığı ve din ilişkisinde yoğun olarak üzerine araştırma yapılan konular arasındadır. Amerikan Psikiyatri Derneği'nin DSM-IV (1994) yayınında, din ve maneviyatın bireylerin ruh sağlığı ve başa çıkma mekanizmaları üzerindeki önemli rolü üzerinde durulmuştur (Erdiñç Türk ve Bilici, 2021).

Din ve ruh sağlığını araştıran çalışmalarda genel olarak bireyin hayatta karşılaştığı problemlerle başa çıkma dinin ruh sağlığının üzerine etkisi konulu araştırmalar yapılmıştır (Ayten, 2020). Son zamanlarda dinin ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalarda bazılarında din ve ruh sağlığı arasında negatif ilişki bulunurken diğer çoğunluğunda ise; dinin ruh sağlığı üzerine olumlu bir etkisi bulunmuştur (Bucuka, 2022; Erdinç Türk ve Bilici, 2021; Esen Ateş, 2019).

Dini başa çıkma, psikiyatri alanında sıklıca araştırılan bir konudur (Gall ve Guirguis-Younger, 2013). Bireylerin başa çıkma stratejisi olarak dini inançları kullanmalarının genellikle olumlu sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır (Can, 2019). Koenig (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, dini başa çıkma yöntemlerini kullanan bireylerin daha az depresyon, anksiyete ve stres yaşadıkları bulunmuştur. Korkmaz ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, dini başa çıkma, şükretme, takdir etme ve kaygı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; pozitif dini başa çıkma ile şükretme ve takdir etme davranışları arasında anlamlı ve olumlu bir bağ olduğunu ortaya koymuştur.

### ***Pozitif ve negatif dini başa ıkma***

Pargament ve arkadaşları (2013), bireylerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma biçimlerini inceleyerek dini başa çıkma pozitif ve negatif olmak üzere iki ana kategoride tanımlamışlardır. Pozitif dini başa çıkma, bireyin karşılaştığı bir problemle başa çıkarken "Allah'a yönelmesi, dua ve ibadetle yardım dilemesi, Allah'ın sevgi ve rahmetine olan umudunu kaybetmemesi" gibi davranışları içerir. Negatif dini başa çıkma ise, bireyin "başına gelen olayları Allah'ın kendisini cezalandırması olarak görmesi, Allah'ın sevgi ve merhametinden umudu kesmesi, din kardeşlerine öfke duyması" gibi düşünceleri kapsar (Can, 2019). Pozitif dini başa çıkma, bireylerde genellikle kaygı, problem zme zorlukları gibi olumsuz durumlara yol açmaktadır (Akbulut şahin, 2019; Koenig, 2019; Levin, 2016). Sonuç olarak, negatif dini başa çıkma, kişinin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (ztrk ve Maçkalı, 2022; Pargament ve ark., 2013).

### ***Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin kullandıkları baş etme yöntemleri***

Palyatif bakım hizmetleri sunumunda bakım veren kişilerin bu süreçte kullandıkları baş etme yöntemleri bakımın etkin olmasını ve aynı zamanda kişide oluşturduğu yükü de azalttığı bildirilmiştir (Kardaş, 2023). Bu konuda yapılmış çalışmalara baktığımızda; palyatif bakım hastalarına bakım veren kişilerin onlarla çok zaman geçirmesi, hastanın tüm

sorumluluklarını üstlenmesi ve bu yüzden sosyal yaşamdan uzaklaşmaları, baş etme yöntemi olarak sık sık sigara kullanımı olması, problemi inkâr etme veya yok sayma, hasta bireye karşı şiddet ve ihmalde bulunma, sık sık ağlama, kadercî yaklaşım ortaya koyma tarzında negatif baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Dikmen ve Üşenmez, 2022; Kardeş, 2023). Bu gibi durumlarla baş etmede din ve maneviyat hasta yakınları için etkili başa çıkma mekanizmaları olmakta ve hasta yakınları bu süreçte pozitif dini başa çıkma yöntemlerine başvurmaktadır (Angın, 2021).

## **2.5. Palyatif Bakımda Psikiyatrik Hemşirelik Yaklaşımı: Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Rol ve Sorumluluklar**

Hemşirelik mesleğinde eğitim ve uygulama alanındaki ilerlemeler, teknolojik gelişmelerle birlikte psikiyatri hemşireliği gibi yeni uzmanlık alanlarının oluşmasını sağlamıştır (Açıkgöz ve Baykal, 2023). Psikiyatri hemşiresi, bireylerin ruhsal sağlığını koruma, ruhsal hastalıkları önleme ve ruhsal iyilik halini sürdürülebilir kılma amacıyla sağlık eğitimi verme, danışmanlık yapma, bireylerin ruhsal durumlarını değerlendirme ve rehberlik etme becerisine sahip uzman sağlık çalışanıdır (Dikmen ve Üşenmez, 2022). Ayrıca psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında, bireylerin kişilerarası ilişkilerini güçlendirmek, baş etme becerilerini geliştirmek ve fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda bütüncül hemşirelik bakımı sunmak yer almaktadır. Psikiyatri hemşireliği kapsamında sağlanan destek, bireylerin anksiyete düzeylerinin azalmasına, benlik saygısının yükselmesine ve kişilerarası iletişim becerilerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır (Ersin ve ark., 2022). Uzun süreli bakım sürecinde, hastalara bakım veren bireylerde duygusal ve psikolojik tükenmişlik ile stres görülme riski yüksektir. Bu durum, bakım verenlerin ruhsal sağlığını olumsuz etkileyerek bakım kalitesini de düşürebilmektedir. Bu bağlamda, hem hastalar hem de bakım verenler için sosyal destek kaynaklarının varlığı kritik önem taşımaktadır (Ersin ve ark., 2022).

Sosyal destek, özellikle aile, arkadaş ve yakın çevreden algılanan destek, bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyerek psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkma olasılığını azaltmaktadır (Ersin ve ark., 2022). Bunun yanı sıra, bireylerin karşılaştıkları zorlayıcı yaşam olayları ve stresle başa çıkma süreçlerinde dini inanç ve dini başa çıkma stratejileri önemli bir psikososyal kaynak olarak ortaya çıkmaktadır. Dini başa çıkma; bireylerin anlam arayışı, umut ve dayanıklılık geliştirme ve psikolojik süreçlere katkı sağlayan, inanç temelli bir baş etme biçimidir (Can, 2019; Esen Ateş, 2019).

Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı bakımında dinin ve dini başa çıkma stratejilerinin bireylerin psikososyal iyileşme sürecinde önemli bir unsur olduğunu göz önünde bulundurarak, bakım verenlerin bu boyuttaki ihtiyaçlarını da değerlendirmeli ve desteklemelidir. Hasta yakınlarına yönelik verilecek psikososyal destek programlarında, aile ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesinin yanı sıra, dini inançların başa çıkma mekanizması olarak kullanılması teşvik edilmeli, bu doğrultuda manevi destek ve rehberlik sağlanmalıdır. Bu bütüncül yaklaşım, hem bakım verenlerin hem de hastaların ruh sağlığının korunmasında kritik bir rol oynamaktadır (Ersin ve ark., 2022; Angın, 2021).





### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, nicel araştırma tasarımıyla yürütülmüş olup, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir nitelik taşımaktadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Meram Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yapılmıştır. Palyatif Bakım Servisi, Meram Devlet Hastanesi'nin eski binasında, 3. ve 4. katlarda yer almaktadır. Servis, her odasında bir yatak bulunan özel odalardan oluşmakta olup toplamda 48 yatak kapasitesine sahiptir. Hasta yakınlarının konforu için sosyal aktivite salonu, televizyon, kütüphane ve mutfak gibi olanaklar sunulmaktadır. Palyatif bakım kliniğinde bir kat sekreteri, iki sorumlu uzman doktor ve vardiyalı olarak çalışan toplam 32 hemşire bulunmaktadır. Hemşireler, nöbet ve mesai şeklinde (08:00-16:00), (16:00-08:00) ve (08:00-08:00) olarak çalışmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Meram Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde hizmet alan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, kullanılan iki ölçek için ayrı ayrı hesaplanmış ve en yüksek örneklem büyüklüğü tercih edilmiştir. Örneklem hesabında, evreni belli olmayan örneklem hesaplama yöntemi ( $n = t^2 \times \sigma^2 / d^2$ ) kullanıldı. %95 güven düzeyi ve  $d = 1$  sapması kabul edildi (Karasar, 2005). Dini başa çıkma tarzları ölçeği için Özdemir (2016) çalışmasındaki standart sapma (3,85) dikkate alınarak 56 kişilik örneklem belirlendi. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği için Bilgin ve Yıldırım (2017) tarafından yapılan bir çalışmada standart sapma (15,947) kullanılarak 244 kişilik örneklem belirlendi. İki ölçme aracından örneklem sayısı yüksek olanı tercih edilerek ve %10 kayıp göz önüne alınarak toplam örneklem sayısı 268 olarak belirlendi. Araştırmanın sonunda G\*Power 3.1.9.2 programında post-hoc güç analizi yapıldı ve 0,041 partial  $R^2$  değerine göre çalışmanın gücü 0,95 bulundu.

#### **3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

1. 18 yaş ve üzeri olmak
2. Meram Devlet Hastanesi'nde palyatif bakım kliniğinde hasta yakını olmak
3. Kendi özgür iradesiyle katılmaya istekli olmak

### **3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

1. Hastaya ücret karşılığında bakım veren kişi olmak (bakıcı, bakım evleri)
2. Hastanın huzurevi veya bakım evinde kalıyor olması

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, dini başa çıkma ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel bilgi formu (EK-1)**

Bu form, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır (Akbulut şahin, 2019; Duman ve Özdelikara, 2022; Karakaya, 2020; Kardaş, 2023; Taşkın Eğici ve ark., 2019). Form, hasta bakımını üstlenen yakınlarla ilgili olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ailenin aylık gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, bakımda yardımcı çalışan olup olmadığı, ailede başka bakım verenin bulunup bulunmadığı, bakım için günde ne kadar süre ayırdığı, kendine ne kadar süre ayırabildiği ve bakım nedeniyle kendini ihmal edip etmediği gibi konuları içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2)**

Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Eker ve ark tarafından 1995 yılında Türkçe geçerlik güvenilirliği test edilmiştir. Ayrıca 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tekrar yapılmıştır (Eker ve ark., 2001). Ölçek likert tipi toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu; Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), Arkadaş (6, 7, 9, 12. maddeler) ve Özel bir insan (1, 2, 5, 10. maddeler) içeren, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Uygulayıcı ölçek maddelerine en az 1 en fazla 7 puan verebilmektedir. Her alt boyutta dört madde puanları toplanarak, alt boyut puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin toplam puanı ortaya çıkmaktadır. Ölçeğin minimum ve maksimum değerleri 12-84'tür. Ölçekte puan yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin toplam puan üzerinden Chronbach Alfa değerleri ,89'dur. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayıları; aile için ,918, arkadaşlar için ,973, özel bir insan için ,977 ve ÇBASDÖ için ,918 olarak hesaplanmıştır.

### 3.6.3. Dini başa çıkma ölçeği (DBCÖ) (EK-3)

Pozitif ve negatif dini başa çıkma düzeylerini ölçen 10 maddelik ölçek, Abu-Raiya ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiş olup, Ekşi ve Sayın (2016) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin 7 (1,2,3,4,5,6,7,) maddesi pozitif dini başa çıkmayı ölçerken, 3 (8,9,10) maddesi negatif dini başa çıkmayı ölçmektedir. Dörtlü likert ölçümü sağlayan ölçek, 1 (Hemen hemen hiç yapmam) ve 4 (Sıklıkla yaparım) arasında değerlendirilmektedir. Ölçek toplam bir dini başa çıkma puanı vermezken, pozitif ve negatif dini başa çıkma puanları ayrı ayrı hesaplanır. Pozitif dini başa çıkma ölçeğinden 7 ile 28 arasında puan alınabileceken, negatif dini başa çıkma ölçeğinden 3 ile 12 arasında puan alınmaktadır. Yüksek pozitif dini başa çıkma puanları pozitif dini başa çıkmayı gösterirken, yüksek negatif dini başa çıkma puanları negatif dini başa çıkmayı göstermektedir. Ekşi ve Sayın (2016) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin, 10 madde ve 2 faktörlü yapıda kabul edilebilir görülmüştür. DBCÖ tüm ölçek için Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısı ,90 olarak bulunurken, negatif dini başa çıkma alt ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısı ,86 ve pozitif dini başa çıkma alt ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısı ,91 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma için DBCÖ cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı ,73 bulunurken, pozitif dini başa çıkma alt boyutu cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ,71 ve negatif dini başa çıkma alt boyutu cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ,874 olarak bulunmuştur.

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Hasta yakınlarının dini başa çıkma ve algılanan sosyal destek düzeyleri oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ailenin aylık gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, bakım için yardımcı çalışan varlığı, ailede başka bakım veren olup olmadığı, bakım için gün içinde ne kadar süre ayırdığı, kendine ne kadar süre ayırdığı ve bakım nedeniyle kendini ihmal durumu gibi değişkenler oluşturmaktadır.

### 3.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.03.2024 tarihli, (Karar Sayısı: 2024/709, Başvuru ID:18420) etik kurul onayı (EK 5) alınmış ve Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.03.2024 tarihinde ( Karar Sayısı: E-86737044-806.99-239411640) kurum izni (EK 6) alınmıştır. Araştırmada kullanılan

ölçeklerin yazarlarından e-posta yoluyla kullanım izinleri (EK 7-EK 8) alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında sözel bilgi verilmiş ve Aydınlatılmış Onam formu (EK 4) imzalatılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **3.9. Verilerin Toplanması**

Veriler, Mayıs 2024 – Kasım 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, palyatif serviste yatan hastaların yakınları ile yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 7-10 dakika sürmüştür.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, Meram Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan hastaların gönüllü yakınları ile yapılmıştır. Palyatif Bakım kliniklerinin her hastane olmaması araştırmanın yapılmasında farklı hastanelerde yapılamamasına neden olmuştur. Bu araştırma, tek bir palyatif bakım kliniğinde yapılmış olup, farklı coğrafi bölgelerdeki ve farklı sağlık kurumlarındaki hasta yakınlarını kapsayan daha geniş çaplı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Kullanılan anket ve görüşme formlarının ölçtüğü nitelikler, araştırmanın sınırlarını belirlemektedir. Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının deneyimlerini daha iyi anlamak ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla nitel çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların sağlık politikalarına entegre edilmesi önerilmektedir.

### **3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri**

Bu araştırma, palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve dini başa çıkma tarzlarını birlikte ele alarak literatürde nadiren bir araya getirilen iki önemli psikososyal boyutu kapsamlı şekilde incelemesi bakımından güçlü bir yapıya sahiptir. Araştırmada hem algılanan sosyal destek düzeyini ölçen hem de dini başa çıkma stratejilerini değerlendiren geçerli ve güvenilir ölçeklerin birlikte kullanılmış olması, elde edilen verilerin bilimsel geçerliliğini artırmıştır. Ayrıca araştırma, palyatif bakım gibi çok boyutlu bir bakım alanında hasta yakınlarının psikososyal gereksinimlerine ışık tutarak, sağlık hizmeti sunucularına ve özellikle hemşirelik uygulamalarına yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre değişkenliklerin detaylı analiz edilmesi, sonuçların sağlık hizmetlerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayacak şekilde yorumlanmasına olanak tanımıştır. Bunun yanı sıra, araştırmanın bulguları hasta yakınlarına yönelik sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve dini başa çıkma stratejilerinin

destekleyici bir araç olarak kullanılması yol gösterici niteliktedir. Bu yönüyle çalışma, hem uygulamaya hem de ileri düzeydeki akademik araştırmalara katkı sağlayabilecek özgün bir veri sunmaktadır.

### **3.12. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  arasında olmasına bağlıdır (George ve Mallery, 2010). Ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. İlişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için ANOVA (F) testi, çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni testi uygulanmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde etkisini görmek için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



## 4. BULGULAR

Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ve dini başa çıkma tarzlarının belirlenmesine yönelik amaçlanan bu çalışmanın bulguları 6 başlık altında verilmiştir.

- 1.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler
- 2.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının ÇBASD ölçeği ile dini başa çıkma ölçeklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler
- 3.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASD ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması
- 4.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre dini başa çıkma ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması
- 5.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının ÇBASD ve dini başa çıkma ölçekleri arasındaki ilişkinin istatistikleri
- 6.Palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının dini başa çıkma puanlarının ÇBASD puanlarına etkisinin regresyon analizi

### 4.1.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

**Tablo 4.1.** Katılımcıların tanıtıcı bilgileri (n=268)

Değişkenler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	144	53,7
	Erkek	124	46,3
Yaş $\bar{X} :50,39$ ; $SS:11,79$ (min:22, max:81)	39 ve altı	47	17,5
	40-49	71	26,5
	50-59	92	34,3
	60+	58	21,6
Medeni durum	Bekar	32	11,9
	Evli	236	88,1
Eğitim durumu	Okuryazar-değil	23	8,6
	İlkokul	141	52,6
	Ortaokul	33	12,3
	Lise	42	15,7
	Üniversite ve üzeri	29	10,8
Meslek	İşçi	69	25,7
	Ev Hanımı	126	47,0
	Diğer	73	27,2

**Tablo 4.1.** Katılımcıların tanıtıcı bilgileri (n=268) (Devamı)

Değişkenler		Sayı	%
Aylık gelir	Gelirler harcamalardan az	177	66,0
	Gelirler ve harcamalar eşit/harcamalardan fazla	91	34,0
Hastaya yakınlık derecesi	Eş-çocuk	184	68,7
	Diğer akrabalar	84	31,3
Hastaya bakım verme süresi	2 yıl ve altı	80	29,9
	3-4 yıl	115	42,9
	4 yıldan fazla	73	27,2
Aile içinde başka bakım veren varlığı	Evet	235	87,7
	Hayır	33	12,3
Başka bakım verenler (n=235) *	Çocuklar	21	8,9
	Eş	78	33,2
	Kardeş	127	54,0
	Anne-baba	39	16,6
	Diğer yakınlar	25	10,6
Hastaya bakım verirken yardım eden çalışan varlığı	Evet	28	10,4
	Hayır	240	89,6
Yakının bakımı için günlük harcanan zaman $\bar{X} :6,91$ ; $SS:6,01$ (min:1, max:24)	1 saat	39	14,6
	1-3 saat	60	22,4
	3-5 saat	56	20,9
	5 saat ve üzeri	113	42,2
Gün içerisinde kendine ayırabildiği zaman $\bar{X} :2,71$ ; $SS:1,98$ (min:1, max:12)	1 saat	82	30,6
	1-3 saat	103	38,4
	3-5 saat	54	20,1
	5 saat ve üzeri	29	10,8
Bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durum	Evet	180	67,2
	Hayır	88	32,8

\*=Çok Seçimlik Cevap, Min=Minimum, Max=Maksimum,  $\bar{X}$  = Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmaya katılanların tanıtıcı bilgilerine ilişkin dağılım Tablo 4.1.'de ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Katılımcıların %53,7'sinin erkek, %46,3'ünün kadın olduğu görülmüştür. Katılımcıların %34,3'ünün 50-59, %26,5'inin 40-49 yaş grubunda olduğu, yaş ortalamasının 50,39 olduğu görülmüştür. Katılımcıların %88,1'inin evli olduğu görülmüştür. Katılımcıların %52,6'inin ilkokul mezunu, %15,7'sinin lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %47,0'nın ev hanımı olduğu, %66,0'nın gelirler harcamadan az oldu görülmüştür. Katılımcıların %68,7'sinin hastaya yakınlık derecesi eş-çocuk olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %42,9'unun 3-4 yıl hastaya bakım verdiği görülmüştür. Katılımcıların %87,7'sinin aile içinde başka bakım verenlerin olduğu ve bu bakım verenlerin %54,0'ının kardeş, %33,2'sinin eş olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %10,4'ünün hastaya bakım verirken yardım eden çalışan olduğu görülmüştür. Katılımcıların %42,2'sinin 5 saat ve üzeri bakım için günlük harcanan saat olduğu, bakım için harcanan günlük saat ortalamasının 6,91 olduğu görülmüştür. Katılımcıların %38,4'ünün 1-3 saat, %30,6'sının 1 saat gün içinde kendine ayırabildiği zaman olduğu, gün içinde kendine ayırabildiği zaman ortalamasının 2,71 olduğu görülmüştür. Katılımcıların %67,2'sinin bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumunun olduğu tespit edilmiştir.

## 4.2. Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının ÇBASDÖ ve DBÇÖ İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

**Tablo 4.2.** Ölçeklere ilişkin ortalama dağılımı (n=268)

Ölçekler	Min	Max	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık	Basıklık
Aile	4	28	21,10	5,44	-1,335	1,726
Arkadaşlar	4	28	14,79	6,74	-0,084	-0,902
Özel bir insan	4	28	21,53	7,01	-1,502	1,197
ÇBASDÖ	12	84	57,42	14,78	-0,912	0,889
Pozitif dini başa çıkma	15	28	24,63	3,57	-0,802	-0,712
Negatif dini başa çıkma	3	12	5,26	2,24	0,753	-0,107

Min=Minimum, Max=Maksimum,  $\bar{X}$  = Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmada bulunan ölçeklerin ortalamaları aile 21,10±5,44, arkadaşlar 14,79±6,74, özel bir insan 21,53±7,01, ÇBASDÖ 57,42±14,78, pozitif dini başa çıkma 24,63±3,57, negatif dini başa çıkma 5,26±2,24 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeklere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olduğu görülmüştür.

## 4.3. Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.3.** Katılımcıların özelliklerine göre ÇBASDÖ ve boyut puanlarının dağılımı

Değişkenler	Aile		Arkadaşlar		Özel bir insan		ÇBASDÖ		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
Cinsiyet	Kadın	20,47	5,87	14,79	6,83	20,69	7,39	55,95	15,63
	Erkek	21,85	4,81	14,78	6,65	22,50	6,43	59,13	13,60
	t	-2,117		0,011		-2,139		-1,762	
	p	<b>0,035*</b>		0,991		<b>0,033*</b>		0,079	
Yaş	39 ve altı (1)	21,98	5,03	19,30	5,73	20,36	8,74	61,64	14,45
	40-49 (2)	22,70	4,99	16,20	6,60	23,44	5,66	62,34	13,58
	50-59 (3)	20,93	4,60	13,51	5,60	22,35	5,69	56,79	11,64
	60+ (4)	18,71	6,64	11,43	7,01	18,84	7,95	48,98	17,17
	F	6,635		16,368		5,735		11,453	
	p	<b>0,000*</b>		<b>0,000*</b>		<b>0,001*</b>		<b>0,000*</b>	
	Bonferroni	4<1,2		3,4<1,2		4<2,3		4<1,2,3	
Medeni durum	Bekar	17,28	7,19	17,94	7,29	12,47	9,27	47,69	20,32
	Evli	21,62	4,95	14,36	6,56	22,76	5,63	58,74	13,39
	t	-3,311		2,856		-6,125		-2,991	
	p	<b>0,002*</b>		<b>0,005*</b>		<b>0,000*</b>		<b>0,005*</b>	

**Tablo4.3.**Katılımcıların özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve boyut puanlarının dağılımı (Devamı)

Değişkenler	Aile		Arkadaşlar		Özel bir insan		ÇBASDÖ		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar-değil (1)	19,78	5,99	11,22	7,97	21,26	6,23	52,26	17,30
	İlkokul (2)	20,38	5,77	13,89	6,26	21,60	6,82	55,86	15,29
	Ortaokul (3)	22,45	4,44	14,55	6,52	23,00	6,13	60,00	12,64
	Lise (4)	22,48	4,92	16,40	6,60	22,29	6,96	61,17	12,27
	Üniversite ve üzeri (5)	22,17	4,34	19,93	5,34	18,66	8,89	60,76	14,22
	F	2,482		7,810		1,736		2,441	
	p	<b>0,044*</b>		<b>0,000*</b>		<b>0,142</b>		<b>0,047*</b>	
Bonferroni	1<4		1,2,3<5; 1<4		-		1<4		
<b>Meslek</b>	İşçi (1)	23,07	3,44	16,00	6,35	23,61	5,94	62,68	10,59
	Ev Hanımı (2)	20,10	6,19	14,28	6,54	20,89	7,32	55,27	16,29
	Diğer (3)	20,97	5,14	14,52	7,35	20,67	7,07	56,16	14,41
	F	6,973		1,542		4,212		6,199	
	p	<b>0,001*</b>		0,216		<b>0,016*</b>		<b>0,002*</b>	
	Bonferroni	2<1		-		2,3<1		2,3<1	
	<b>Aylık gelir</b>	Gelirler harcamalardan az	21,02	5,42	15,00	6,75	21,77	6,74	57,79
Gelirler ve harcamalar eşit/harcamalardan fazla		21,27	5,50	14,37	6,73	21,07	7,51	56,71	15,61
t		-0,367		0,720		0,777		0,561	
p		0,714		0,472		0,438		0,575	
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>	Eş-çocuk	20,77	5,66	13,79	6,45	21,58	6,70	56,13	15,01
	Diğer akrabalar	21,85	4,88	16,98	6,87	21,43	7,67	60,25	13,95
	t	-1,510		-3,677		0,160		-2,130	
	p	0,132		<b>0,000*</b>		0,873		<b>0,034</b>	

**Tablo4.3.**Katılımcıların özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve boyut puanlarının dağılımı (Devamı)

Değişkenler	Aile		Arkadaşlar		Özel bir insan		ÇBASDÖ		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Hastaya bakım verme süresi</b>	2 yıl ve altı (1)	20,99	6,26	15,23	6,87	19,93	8,13	56,14	15,59
	3-4 yıl (2)	21,97	3,89	15,74	5,85	23,26	4,97	60,97	11,43
	4 yıldan fazla (3)	19,88	6,33	12,81	7,53	20,56	7,87	53,25	17,24
	F	3,378		4,586		6,569		6,801	
	p	<b>0,036*</b>		<b>0,011*</b>		<b>0,002*</b>		<b>0,001*</b>	
	Bonferroni	3<2		3<2		1,3<2		3<2	
<b>Aile içinde başka bakım veren varlığı</b>	Evet	21,54	4,81	14,92	6,74	21,98	6,58	58,45	13,60
	Hayır	17,97	8,12	13,82	6,75	18,30	8,96	50,09	20,20
	t	2,468		0,882		2,275		2,305	
	p	<b>0,019*</b>		<b>0,379</b>		<b>0,029*</b>		<b>0,027*</b>	
<b>Hastaya bakım verirken yardım eden çalışan varlığı</b>	Evet	22,64	5,46	17,43	7,10	22,25	6,13	62,32	14,94
	Hayır	20,93	5,42	14,48	6,64	21,45	7,11	56,85	14,69
	t	1,586		2,208		0,574		1,862	
	p	0,114		<b>0,028*</b>		0,566		0,064	
<b>Yakının bakımı için günlük harcanan zaman</b>	1 saat (1)	22,72	4,45	19,44	6,69	20,13	9,38	62,28	15,65
	1-3 saat (2)	21,72	4,55	14,12	6,50	22,95	5,13	58,78	12,76
	3-5 saat (3)	21,91	4,77	15,00	5,50	22,54	6,15	59,45	11,73
	5 saat ve üzeri (4)	19,82	6,21	13,43	6,80	20,76	7,20	54,02	16,17
	F	4,032		8,604		2,210		4,058	
	p	<b>0,008*</b>		<b>0,000*</b>		0,087		<b>0,008*</b>	
<b>Gün içerisinde kendine ayırabildiği zaman</b>	1 saat (1)	18,99	6,62	13,78	6,84	19,82	7,63	52,59	17,24
	1-3 saat (2)	21,98	4,50	14,71	6,35	23,25	5,21	59,94	12,36
	3-5 saat (3)	22,67	4,49	15,19	7,24	22,85	6,41	60,70	14,23
	5 saat ve üzeri (4)	21,07	4,74	17,17	6,48	17,79	9,25	56,03	13,03
	F	6,953		1,909		7,628		5,123	
	p	<b>0,000*</b>		0,129		<b>0,000*</b>		<b>0,002*</b>	
Bonferroni	1<2,3		-		4<2,3; 1<2		1<2,3		
<b>Bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumu</b>	Evet	20,29	5,91	13,99	6,52	21,28	6,80	55,57	15,24
	Hayır	22,76	3,83	16,41	6,93	22,05	7,42	61,22	13,09
	t	-4,105		-2,732		-0,842		2,981	
	p	<b>0,000*</b>		<b>0,007*</b>		0,401		<b>0,003*</b>	

\*p<0,05

Katılımcıların özelliklerine göre ÇBASDÖ ölçeği ve alt boyutları puanının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.3’de verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre ÇBASDÖ ölçeği aile, özel bir insan boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre erkeklerin aile, özel bir insan puanı kadınlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşa göre ÇBASDÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 40-49 yaş olan grubun aile, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyük, 39 ve altı olan grubun arkadaşlar puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 39 ve altı, 40-49 olan katılımcıların aile, arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı 60 ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 39 ve altı, 40-49 olan katılımcıların arkadaşlar puanı 50-59 olan katılımcılara göre daha büyük, 50-59 olan katılımcıların özel bir insan, ÇBASDÖ puanı 60 ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 40-49 olan katılımcıların özel bir insan puanı 60 ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların medeni duruma göre ÇBASDÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre evlilerin aile, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı bekarlardan daha büyük, bekarların arkadaşlar puanı evlilerden daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumuna göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, arkadaşlar boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Lise mezunu olan grubun aile, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyük, üniversite ve üzeri olan grubun arkadaşlar puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre lise mezunu olan katılımcıların aile, arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı okuryazar olmayan olan katılımcılara göre daha büyük, üniversite ve üzeri olan katılımcıların arkadaşlar puanı okuryazar-değil, ilkokul, ortaokul olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların mesleğe göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, özel bir insan boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). İşçi olan grubun aile, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre işçi olan katılımcıların aile, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı ev hanımı olan katılımcılara göre daha büyük, işçi olan katılımcıların özel bir insan, ÇBASDÖ puanı diğer meslek olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hastaya yakınlık derecesine göre ÇBASDÖ ölçeği ve arkadaşlar boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre diğer akrabaların arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı eş-çocuk olanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların hastaya bakım verme süresine göre ÇBASDÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 3-4 yıl olan grubun aile, arkadaşlar, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 3-4 yıl olan katılımcıların aile, arkadaşlar, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı 4 yıl üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 3-4 yıl olan katılımcıların özel bir insan puanı 2 yıl ve altı olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların aile içinde başka bakım veren varlığına göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, özel bir insan boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre aile içinde başka bakım veren olanların aile, özel bir insan, ÇBASDÖ puanı olmayanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların hastaya bakım verirken yardım eden çalışan varlığına göre ÇBASDÖ ölçeği arkadaşlar boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre hastaya bakım verirken yardım eden çalışan olanların arkadaşlar puanı olmayanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yakın bakımı için günlük harcanan zamana göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, arkadaşlar boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 1 saat olan grubun aile, arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 1 saat olan katılımcıların aile, arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı 5 saat ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 1 saat olan katılımcıların arkadaşlar puanı 1-3 saat, 3-5 saat olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gün içerisinde kendine ayırabildiği zamana göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, özel bir insan boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 3-5 saat olan grubun aile, ÇBASDÖ puanı diğer gruplardan daha büyük, 1-3 saat olan grubun özel bir insan puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 1-3 saat, 3-5 saat olan katılımcıların aile, ÇBASDÖ puanı 1 saat olan katılımcılara göre daha büyük, 1-3 saat, 3-5 saat olan katılımcıların özel bir insan puanı 5 saat ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 1-3 saat

olan katılımcıların özel bir insan puanı 1 saat olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumuna göre ÇBASDÖ ölçeği ve aile, arkadaşlar boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumu olmayanların aile, arkadaşlar, ÇBASDÖ puanı olanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aylık gelire göre ÇBASDÖ ölçeği ve boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dini Başa Çıkma Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.4.** Katılımcıların özelliklerine göre dini başa çıkma ölçeği boyut puanlarının dağılımı

Değişkenler	Pozitif dini başa çıkma		Negatif dini başa çıkma		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	26,31	2,51	4,85	2,32
	Erkek	22,69	3,66	5,75	2,04
	t	9,281		-3,359	
	p	<b>0,000*</b>		<b>0,001*</b>	
<b>Yaş</b>	39 ve altı (1)	22,66	3,71	5,45	1,97
	40-49 (2)	24,83	3,42	5,04	2,38
	50-59 (3)	24,40	3,63	5,41	2,25
	60+ (4)	26,36	2,64	5,16	2,25
	F	10,513		0,517	
	p	<b>0,000*</b>		0,671	
	Bonferroni	1<2,3,4; 3<4		-	
<b>Medeni durum</b>	Bekar	23,53	3,70	6,22	2,30
	Evli	24,78	3,54	5,14	2,20
	t	-1,869		2,600	
	p	0,063		<b>0,010*</b>	
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar-değil (1)	26,74	2,12	4,13	1,49
	İlkokul (2)	25,45	3,22	5,19	2,38
	Ortaokul (3)	23,52	3,79	5,52	1,84
	Lise (4)	23,00	3,54	5,64	2,24
	Üniversite ve üzeri (5)	22,62	3,89	5,69	2,22
	F	10,444		2,224	
	p	<b>0,000*</b>		0,067	
Bonferroni	3,4,5<1,2		-		
<b>Meslek</b>	İşçi (1)	22,35	3,38	5,64	2,04
	Ev Hanımı (2)	26,62	2,23	4,86	2,36
	Diğer (3)	23,37	3,80	5,62	2,09
	F	52,915		4,049	
	p	<b>0,000*</b>		<b>0,019*</b>	
	Bonferroni	1,3<2		2<1,3	

**Tablo4.4.** Katılımcıların özelliklerine göre dini başa çıkma ölçeği boyut puanlarının dağılımı (Devamı)

Değişkenler	Pozitif dini başa çıkma		Negatif dini başa çıkma		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Aylık gelir</b>	Gelirler harcamalardan az	24,85	3,47	4,92	2,06
	Gelirler ve harcamalar eşit/harcamalardan fazla	24,22	3,76	5,93	2,41
	t	1,363		-3,591	
	p	0,174		<b>0,000*</b>	
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>	Eş-çocuk	24,64	3,56	5,36	2,28
	Diğer akrabalar	24,62	3,62	5,05	2,13
	t	0,047		1,076	
	p	0,962		0,283	
<b>Hastaya bakım verme süresi</b>	2 yıl ve altı	24,80	3,54	5,08	2,13
	3-4 yıl	24,19	3,64	5,30	2,25
	4 yıldan fazla	25,15	3,48	5,41	2,34
	F	1,740		0,461	
	p	0,178		0,631	
<b>Aile içinde başka bakım veren varlığı</b>	Evet	24,42	3,62	5,22	2,22
	Hayır	26,15	2,82	5,61	2,33
	t	-3,177		-0,936	
	p	<b>0,003*</b>		0,350	
<b>Hastaya bakım verirken yardım eden çalışan varlığı</b>	Evet	24,79	3,90	4,50	2,01
	Hayır	24,62	3,54	5,35	2,25
	t	0,236		-1,923	
	p	0,813		0,056	
<b>Yakının bakımı için günlük harcanan zaman</b>	1 saat (1)	22,21	3,58	5,54	1,76
	1-3 saat (2)	24,15	3,47	5,05	2,09
	3-5 saat (3)	24,04	3,60	5,61	2,32
	5 saat ve üzeri (4)	26,03	3,01	5,12	2,40
	F	14,521		0,986	
	p	<b>0,000*</b>		0,400	
<b>Gün içerisinde kendine ayırabildiği zaman</b>	1 saat (1)	26,20	2,81	5,26	2,43
	1-3 saat (2)	24,68	3,51	5,10	2,09
	3-5 saat (3)	23,57	3,67	5,43	2,25
	5 saat ve üzeri (4)	22,03	3,50	5,59	2,20
	F	13,598		0,484	
	p	<b>0,000*</b>		0,694	
<b>Bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durum</b>	Evet	25,33	3,37	5,26	2,34
	Hayır	23,20	3,57	5,28	2,02
	t	4,760		-0,103	
	p	<b>0,000*</b>		0,918	

\*p&lt;0,05

Katılımcıların özelliklerine göre dini başa çıkma ölçeği alt boyutları puanının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.' de verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma, negatif dini başa çıkma boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (p<0,05). Buna göre kadınların pozitif dini başa çıkma erkeklerden daha büyük, erkeklerin negatif dini başa çıkma kadınlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşa göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (p<0,05). 60 ve

üzeri yaş olan grubun pozitif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 60 ve üzeri olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı 39 ve altı, 50-59 olan katılımcılara göre daha büyük, 40-49, 50-59 olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı 39 ve altı olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların medeni duruma göre dini başa çıkma ölçeği negatif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre bekârların negatif dini başa çıkma puanı evlilerden daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumuna göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Okuryazar-değil olan grubun pozitif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre okuryazar-değil, ilkokul olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı ortaokul, lise, üniversite ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların mesleğe göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma, negatif dini başa çıkma boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Ev hanımı olan grubun pozitif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyük, işçi olan grubun negatif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre ev hanımı olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı işçi, diğer meslekten olan katılımcılara göre daha büyük, işçi, diğer meslekten olan katılımcıların negatif dini başa çıkma puanı ev hanımı olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların aylık gelire göre dini başa çıkma ölçeği negatif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre gelirler ve harcamalar eşit/harcamalardan fazla olanların negatif dini başa çıkma puanı gelirler harcamalardan az olanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aile içinde başka bakım veren varlığına göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre aile içinde başka bakım veren olmayanların pozitif dini başa çıkma puanı olanlardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yakın bakımı için günlük harcanan zamana göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 5 saat ve üzeri olan grubun pozitif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 5 saat ve üzeri olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı 1 saat, 1-3 saat, 3-5 saat olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gün içerisinde kendine ayırabildiği zamana göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). 1 saat olan grubun pozitif dini başa çıkma puanı diğer gruplardan daha büyüktür. Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre 1 saat olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı 1-3 saat, 3-5 saat, 5 saat ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük, 1-3 saat olan katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanı 5 saat ve üzeri olan katılımcılara göre daha büyük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumuna göre dini başa çıkma ölçeği pozitif dini başa çıkma boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre bakım verme sebebiyle kendini ihmal etme durumu olanların pozitif dini başa çıkma puanı olmayanlardan daha büyük olduğu görülmüştür

Katılımcıların hastaya yakınlık derecesine, hastaya bakım verme süresine, hastaya bakım verirken yardım eden çalışan varlığına göre dini başa çıkma ölçeği boyutları puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ( $p>0,05$ ).

#### 4.5. Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının ÇBASDÖ ve DBCÖ Arasındaki İlişkinin İstatistikleri

**Tablo 4.5.** Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	1	2	3	4	5	6
1.Aile	1					
2.Arkadaşlar	0,329**	1				
3.Özel bir insan	0,705**	0,176**	1			
4.ÇBASDÖ	0,852**	0,660**	0,814**	1		
5.Pozitif dini başa çıkma	-	-0,145*	-0,096	0,184**	1	
6.Negatif dini başa çıkma	0,197**	-0,029	-0,061	-0,068	-0,254**	1

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; Pearson korelasyon

Değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5’de verilmiştir. Pozitif dini başa çıkma ile aile arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişkiler  $-0,197$ , pozitif dini başa çıkma ile arkadaş arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde

anlamli ilişkiler -,145, pozitif dini başa çıkma ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamli ilişkiler -,184 tespit edilmiştir. Pozitif dini başa çıkma ile özel bir insan arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki görölmemiştir. Negatif dini başa çıkma ile ÇBASDÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki görölmemiştir.

#### 4.6.Palyatif Bakım Kliniğinde Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının DB Puanlarının BASD Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi

**Tablo 4.6.** DB puanlarının BASD puanları üzerindeki etkisini açıklamak için yapılan regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	P	VIF	Beta	F	Model (p)	Adjusted R2
	Sabit	83,617	11,576	<b>0,000*</b>					
ÇBASDÖ	Pozitif dini başa çıkma	-0,890	-3,474	<b>0,001*</b>	1,069	-0,215	6,678	<b>0,001*</b>	0,041
	Negatif dini başa çıkma	-0,811	-1,978	<b>0,049*</b>	1,069	-0,123			

*Durbin Watson test istatistiği=1,799\*p<0,05*

Araştırmada, katılımcıların dini başa çıkma stratejilerinin ÇBASDÖ üzerindeki etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. F değeri ve anlamlılık düzeyine bakıldığında, modelin istatistiksel olarak anlamli olduğu tespit edilmiştir (F=6,678; p<0,05). Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayıları, t değeri ve anlamlılık seviyeleri incelendiğinde; pozitif dini başa çıkma (t=-3,474;  $\beta$ =-0,890) ve negatif dini başa çıkma (t=-1,978;  $\beta$ =-0,811) değişkenlerinin ÇBASDÖ üzerinde anlamli etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir (p<0,05). Bu bulgulara göre, pozitif ve negatif dini başa çıkma düzeylerinin artması ile ÇBASDÖ düzeyinin azalacağı söylenebilir. ÇBASDÖ'deki değişimin %4,1'inin dini başa çıkma alt boyutlarıyla açıklandığı (Düzenlenmiş R<sup>2</sup>=0,041) belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantıyı gösteren VIF değerlerinin 10'dan küçük olması nedeniyle çoklu doğrusal bağlantının olmadığı anlaşılmaktadır. Durbin Watson değeri 1,5 ile 2,5 arasında olup, kurulan modelin otokorelasyon sorunu taşımadığı görölmüştür. Pozitif dini başa çıkmanın, ÇBASDÖ üzerindeki etkisi negatif dini başa çıkma göre daha güçlüdür (Beta=-0,215).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ve dini başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ulusal literatüre bakıldığında palyatif hasta yakınlarının algılanan sosyal destek ile dini başa çıkma tarzları ile ilgili herhangi bir çalışmanın olmadığı uluslar arası literatürde ise kısıtlı olarak çalışıldığı görülmüştür. Dolayısıyla bu bölümde palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ve dini başa çıkma tarzlarına ilişkin bulgularımız, çoğunlukla farklı grupların çalışma bulguları ile 3 başlık altında tartışılacaktır.

1. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Tartışılması
2. Katılımcıların Dini Başa Çıkma ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Dini Başa Çıkma Puanlarının Tartışılması
3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanları ve Dini Başa Çıkma Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

### 5.1. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Tartışılması

Çalışmada yer alan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne ilişkin toplam puan ortalaması  $57,42 \pm 14,78$  olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında; arkadaş desteği puan ortalaması  $14,79 \pm 6,74$ , özel birinden alınan destek puan ortalaması  $21,53 \pm 7,01$  ve aile desteği puan ortalaması ise  $21,10 \pm 5,44$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 84 olduğu dikkate alındığında, katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta seviyede olduğu söylenebilir. Nitekim, literatürde yer alan pek çok çalışmada da bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin genellikle orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Arkin, 2017; Dedeoğlu, 2018; Duggleby ve ark., 2021;; Ersin ve ark., 2022; Holt-Lunstad ve ark., 2010; Leung ve ark., 2008; Leung ve ark., 2020; Schwarzer ve Leppin, 1991; Ullrich ve ark., 2021; Vigna ve ark., 2020; Wilks ve Croom, 2008; Zhang ve ark., 2024).

Arkin (2017) tarafından palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelendiği çalışmada; katılımcıların arkadaş desteği puan ortalaması  $16,44 \pm 7,27$ , özel biri desteği puan ortalaması  $14,83 \pm 7,24$  ve aile desteği puan ortalaması ise  $23,3 \pm 5,53$  olarak bulunmuştur. Dedeoğlu (2018) tarafından gerçekleştirilen, yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada ise; katılımcıların aldıkları puanlar özel bir insan alt boyutunda  $17,97 \pm 5,56$  ve arkadaş alt boyutunda  $8,96 \pm 4,61$  olduğu belirlenmiştir. Vigna ve arkadaşları (2020) palyatif bakım sürecine katılan bakım veren bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri sistematik derlemede, algılanan sosyal desteğin genellikle orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Duggleby ve arkadaşları (2021) yaşlı kanser hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada da sosyal desteğin yaşam kalitesiyle pozitif yönde ilişkili olduğu; hatta orta düzeyde algılanan desteğin bile yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, bakım veren bireylerin refahı ve baş etme becerileri açısından sosyal desteğin temel bir kaynak olduğunu ortaya koymaktadır. Mevcut çalışmada elde edilen sonuçlar da bu literatürle örtüşmekte ve sosyal desteğin, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılıkları üzerindeki kritik rolünü desteklemektedir. Ersin ve arkadaşları (2022) tarafından palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireyler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile mental iyi oluşları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Leung ve arkadaşları (2008) tarafından Hong Kong'da yaşlı bireylerle yürütülen çalışmada, sosyal desteğin alt boyutları olan aile ve arkadaş desteğinin farklı oranlarda algılandığı ve bu destek türlerinin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkilerinin birbirinden farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgu, sosyal desteğin çok boyutlu yapısının bireysel refah üzerindeki katkılarının kaynak türüne göre değişebileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Ullrich ve arkadaşları (2021) aile bakım verenlerle gerçekleştirdikleri sistematik derlemede, algılanan sosyal desteğin bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları üzerinde olumlu etkiler yarattığı ve destek kaynaklarının (aile, arkadaş, sağlık profesyonelleri) etkilerinin farklılaştığı vurgulanmıştır. Bu literatür ışığında, mevcut araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde, bakım veren bireylerin en yüksek düzeyde sosyal desteği ailelerinden algıladıkları, bunu sırasıyla arkadaş ve özel kişi desteğinin takip ettiği görülmüştür. Bu durum, bakım verenlerin en çok aile üyeleriyle olan bağları aracılığıyla desteklendiğini ve aile desteğinin psikolojik dayanıklılık açısından temel bir kaynak olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca arkadaş ve özel kişi desteğinin de önemli katkılar sunduğu, ancak etkilerinin daha sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu bağlamda, çalışmada elde edilen bulgular literatürle tutarlılık

göstermektedir. Demuro ve arkadaşları (2023) tarafından gerçekleştirilen sistematik meta-derleme, palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini artıran faktörler arasında sosyal desteğin önemli bir yer tuttuğunu ortaya koymuştur. Özellikle duygusal ve psikososyal desteğin, hastaların genel iyi oluş hali üzerinde belirgin pozitif etkileri olduğu vurgulanmaktadır. Holt-Lunstad ve arkadaşlarının (2010) gerçekleştirdiği meta-analitik incelemede ise, güçlü sosyal ilişkilere sahip bireylerin, zayıf sosyal ilişkilere sahip bireylere göre %50 oranında daha yüksek hayatta kalma olasılığına sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmada sosyal entegrasyonun karmaşık ölçümlerinin, mortalite riskiyle daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu, yalnızca birlikte yaşama gibi basit ölçümlerin ise daha zayıf bir ilişki gösterdiği ifade edilmiştir. Holt-Lunstad ve arkadaşlarının (2010) çalışması, sosyal destek düzeyinin bireylerin sağlık ve yaşam süresi üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Bu durum, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin yalnızca bireylerin sosyal ilişkilerini değil, aynı zamanda genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini de iyileştirebileceğini göstermektedir. Schwarzer ve Leppin (1991)'in yaptığı bir çalışmada ise, sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkilerini hem teorik hem de ampirik açıdan inceleyen kapsamlı bir meta-analiz çalışması yapılmıştır. Bu çalışma, sosyal destek ve sosyal entegrasyonun morbidite ve mortalite ile ilişkisini araştıran seksenden fazla ampirik çalışmayı analiz etmiş ve 60.000'den fazla katılımcının verilerini değerlendirmiştir. Analiz sonuçları, sosyal desteğin sağlık üzerinde karmaşık etkilere sahip olduğunu ve bu etkilerin farklı alt gruplarda değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Özellikle, sosyal desteğin stresin hastalık üzerindeki etkilerini hem doğrudan azaltabileceği hem de stresin etkilerini dolaylı olarak hafifletebileceği belirtilmiştir. Bu bulgular, sosyal desteğin sağlık üzerindeki koruyucu rolünü vurgulamakta ve sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki önemini göstermektedir. Bu bağlamda, Schwarzer ve Leppin'in (1991) çalışması, sosyal desteğin sağlık üzerindeki kritik rolünü teorik ve ampirik olarak desteklemektedir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları da sosyal desteğin bireylerin genel iyilik hali ve sağlıkları üzerindeki önemini bir kez daha ortaya koymaktadır (Schwarzer ve Leppin, 1991). Wilks ve Croom (2008) tarafından Alzheimer hastalarına bakım verenler üzerinde yapılan çalışmada, sosyal desteğin stres ve dayanıklılık üzerindeki koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğü incelenmiştir. Çalışmada, yüksek aile desteği algısına sahip olan bakım verenlerin dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve stresin dayanıklılık üzerindeki olumsuz etkisinin sosyal destek aracılığıyla hafifletilebildiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda; katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum değişkenlerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmış ve literatür çalışmaları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre, cinsiyet değişkeni açısından erkek katılımcıların aile (21,85) ve özel bir insan (22,50) alt boyutlarında, kadın katılımcılardan (sırasıyla 20,47 ve 20,69) daha yüksek sosyal destek algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Buna karşılık, arkadaşlar boyutunda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada katılımcıların %53,7'sinin erkek, %46,3'ünün kadın olduğu görülmüştür. Bu bulgu, erkeklerin palyatif bakım süreçlerine daha fazla katıldığını göstermektedir. Türkiye'de ve dünya genelinde yapılan birçok çalışmada palyatif hasta yakınlarına bakım sağlayan bireylerin kadınlardan oluştuğu saptanmıştır (Abanoz, 2020; Alam ve ark., 2020; Banaser ve ark., 2020; Milberg ve ark., 2014; Kardaş, 2023). Türkiye'de toplumsal cinsiyet rollerinin daha fazla kadınlara yüklenmesi, kadının evde daha çok işlevlerinin olması, anne rolü nedeniyle aynı evde yaşayan diğer bireylerin bakımı, diğer hane bireylerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve araştırmanın hastane ortamında gerçekleştirilmesi nedeniyle erkeklerin dış ortamda daha fazla sorumluluk alması ile açıklanabilir; ancak erkeklerin bakım yükü üzerindeki etkilerinin daha az araştırıldığını ve bu konunun daha fazla incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Yıldırım ve Arslan (2024) tarafından yapılan çalışmada, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin cinsiyet grupları arasında zayıf ölçüm değişmezliği gösterdiği belirlenmiş; bu durum, erkek ve kadınların ölçeği farklı şekillerde yorumlayabileceğini ve sosyal desteği farklı biçimlerde algılayabileceğini göstermiştir. Başer (2006) tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada da, bireyin aldığı eğitim düzeyi ve cinsiyetin sosyal destek algısı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Öte yandan, Baş ve arkadaşları (2019), akademisyenlerin algıladıkları sosyal destek ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, kadınların aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında erkeklerden daha yüksek puanlar aldığını belirtmişlerdir. Ayrıca, evli bireylerin aile desteği düzeylerinin bekar bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, mevcut çalışmada cinsiyet ve medeni duruma göre sosyal destek algısı düzeylerinde gözlemlenen farklılıklarla örtüşmektedir. Nitekim Johansen ve arkadaşları (2021) ile Liu ve arkadaşları (2022), sosyal destek algısının cinsiyet temelli olarak değişebileceğini, özellikle kadınların duygusal destek açısından daha hassas ve algıya açık olduklarını ortaya koymuştur. Ancak mevcut çalışmada, erkeklerin aile ve özel bir insan desteğini daha yüksek algılaması, bu alanda kültürel ya da bağlamsal etkenlerin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, palyatif bakım sürecine yönelik sosyal destek yaklaşımlarının geliştirilmesinde, bireysel ve sosyo-demografik farklılıkların göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır.

Araştırmanın bulgularına göre yaş değişkeni açısından 40-49 yaş grubunun aile (22,70), özel bir insan (23,44), ve toplam ÇBASDÖ (62,34) puanlarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada yaş ortalamasının 50,39 olduğu ve katılımcıların büyük çoğunluğunun (%34,3) 50-59 yaş aralığında yer aldığı görülmüştür. Bu yaş grubundaki bireylerin bakım verme sorumluluğunu üstlenmesi, Türkiye'deki aile yapısında yaşlı bakımının genellikle çocuklar veya eşler tarafından üstlenildiğini yansıtmaktadır (Demir, 2016). Literatürde bu yaş grubunun bakım sağlarken riskli olduğu vurgulanmaktadır, çünkü bu bireyler bu yaş grubunda, fiziksel ve mental sağlık sorunlarının sıkça yaşanabileceği ve bu durumun bakım verenlerin kendi sağlıklarını olumsuz etkileyebileceği ifade edilmektedir (Demir,2016).

Araştırmanın bulgularına göre eğitim durumu değişkeni açısından lise mezunu olanların aile ve toplam ÇBASDÖ puanlarının, üniversite mezunlarının ise arkadaşlar boyutunda diğer gruplardan daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %52,6'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür, bu da düşük eğitim seviyesinin sosyal destek arayışını sınırlayabileceğini göstermektedir. Aydıllı (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, ergenlerde düzenli sosyal aktivite ve algılanan sosyal destek düzeylerinin internet bağımlılığı ile ilişkisi incelenmiştir. Ancak, akademik başarı düzeyi düşük olan öğrencilerin algılanan sosyal destek düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızdaki eğitim düzeyine göre sosyal destek algısı farklılıklarıyla örtüşmektedir. Chunmei Chen ve arkadaşları (2023) tarafından Çinli üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin akademik katılım üzerindeki etkisi incelenmiş ve sosyal desteğin yaşam doyumu ve akademik motivasyon aracılığıyla akademik katılımı olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bu bulgu, üniversite mezunlarının arkadaşlar boyutunda daha yüksek sosyal destek algılamalarının, akademik motivasyon ve yaşam doyumu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Demirdüzen (2013) çalışmasında ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri incelenmiş ve ebeveynlerin eğitim düzeyinin, çocuklarının algıladığı sosyal destek üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Özellikle, anne ve babası daha düşük eğitim seviyesine sahip olan ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, lise mezunlarının aile boyutunda daha yüksek puan almasıyla ilişkilendirilebilir. Dikmen ve arkadaşları (2017) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada, öğrencilerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile boyun eğici davranışlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada, öğrencilerin genel olarak yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları ve bu desteğin büyük ölçüde ailelerinden geldiği belirtilmiştir. Bu bulgu,

lise mezunlarının aile boyutunda daha yüksek puan almasıyla tutarlıdır. Kaya ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve sosyal bağlılıkları incelenmiştir. Sonuçlar, üniversite öğrencilerinin arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, bireylerin eğitim düzeyine göre sosyal destek algılarının farklılaştığını ortaya koymaktadır. Lise mezunu bireylerin aile ve toplam sosyal destek puanlarının daha yüksek olması, daha geleneksel ve aile odaklı sosyal yapılara bağlı olabileceklerini düşündürmektedir. Öte yandan, üniversite mezunlarının arkadaşlar boyutunda daha yüksek puan alması, bu bireylerin daha geniş sosyal çevrelere sahip olmaları ve arkadaş ilişkilerine daha fazla önem vermeleriyle açıklanabilir.

Araştırmanın bulgularına göre katılımcıların medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, evlilerin aile (21,62), özel bir insan (22,76) ve toplam ÇBASDÖ (58,74) puanlarının bekar katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşılık, bekarların arkadaşlar boyutunda evlilerden daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Du ve arkadaşları (2021) yaptığı bir araştırmada, evli bireylerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip oldukları ve bu durumun depresyon riskini azalttığı bulunmuştur. Götze ve arkadaşları (2014), palyatif hastalar ve aile bakım verenleri üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal destek düzeyinin psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisi incelenmiş ve düşük sosyal desteğin bakım verenlerde yüksek psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, bakım verenlerin %33'ünün yüksek düzeyde anksiyete, %28'inin ise depresyondan muzdarip olduğu rapor edilmiştir. Özellikle eş olan bakım verenlerin diğer bakım verenlere göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı, bunun sosyal destek eksikliği ve finansal yüklerle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızdaki sosyal destek algısının sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermesi ve evli bireylerin duygusal destek boyutunda daha yüksek puanlar alması, Götze ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada düşük sosyal destek düzeyinin psikolojik yük üzerindeki etkisini vurgulayan bulgularıyla uyumluluk göstermektedir. Ayrıca, bu bulgular sosyal destek düzeyinin artırılmasının, bakım verenlerin psikolojik iyilik haline önemli katkılar sağlayabileceğine işaret etmektedir. Thoits (2011) tarafından yapılan çalışmada, sosyal bağların ve desteğin fiziksel ve mental sağlık üzerindeki etkilerini incelenmiş ve sosyal destek algısının sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak değiştiği bulunmuştur. Özellikle evli bireylerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğu ve bu durumun ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da evli bireylerin aile desteği ve toplam ÇBASDÖ puanlarının daha yüksek bulunması bu sonuçlarla tutarlıdır. Dökmen (2012) tarafından, yakınlarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan

çalışmada, bakım verenlerin ruh sağlıklarının daha olumsuz ve algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızda sosyal destek algısının sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterdiğini ve özellikle kadınlar ile evli bireylerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğunu gösteren sonuçlarla paralellik arz etmektedir. Dolayısıyla, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bakım veren bireylerin ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Turgut ve Soylu (2020) tarafından palyatif bakım hasta yakınlarıyla gerçekleştirilen nitel çalışmada, hasta yakınlarının ekonomik, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle, sosyal çevrelerinde ve günlük yaşamlarında kayıplar yaşadıkları, en çok refakatçi desteğine ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Bu bulgular, Thoits (2011), Tosun (2021) ve Wilks ve Croom (2008) gibi araştırmacıların çalışmalarında da vurgulanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkilidir. Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının karşılaştığı bu zorluklar, yalnızca hastanın değil, aynı zamanda bakım verenlerin de fiziksel ve psikolojik sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Sosyal destek, bu süreçte hayati bir öneme sahiptir; ancak, hastanın durumu ve bakım yükü arttıkça, hasta yakınlarının sosyal ağları da zayıflayabilmektedir (Thoits, 2011; Tosun, 2021; Wilks ve Croom, 2008). Çalışmamızda sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, bakım verenlerin iyilik hallerinin artırılmasına yönelik girişimsel çalışmaların gerekliliğine işaret etmektedir. Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bakım verenlerin mental iyi oluşlarının korunması açısından kritik öneme sahiptir.

## **5.2. Katılımcıların Dini Başa Çıkma ve Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Dini Başa Çıkma Puanlarının Tartışılması**

Araştırma bulgularına göre, palyatif hastalarına bakım veren bireylerin dini başa çıkma stratejileri incelendiğinde, pozitif dini başa çıkma ortalamasının  $24,63 \pm 3,53$ , negatif dini başa çıkma ortalamasının ise  $5,26 \pm 2,25$  olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, katılımcıların genel olarak dini başa çıkma süreçlerinde pozitif stratejilere daha fazla başvurduklarını göstermektedir. Literatür incelendiğinde de çalışmamız bulguları ile paralellik gösterdiği görülmektedir (Abu-Raiya ve Pargament, 2015; Abanoz, 2020; Ayten ve ark., 2012; Hut ve Aydın, 2021; Özdemir, 2016).

Abu-Raiya ve Pargament (2015), farklı dini gruplar arasında dini başa çıkma yöntemlerini incelemiş; pozitif dini başa çıkma yöntemlerinin genellikle olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu, negatif dini başa çıkma yöntemlerinin ise olumsuz sonuçlarla

bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular, çalışmamızda pozitif dini başa çıkma ile algılanan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki, negatif dini başa çıkma ile ise negatif bir ilişki olduğunu gösteren sonuçlarımızla uyumludur. Çalışma da pozitif dini başa çıkma stratejilerinin bireylerin sosyal destek algılarını ve genel iyilik hallerini artırabileceğini, negatif dini başa çıkma stratejilerinin ise bu alanlarda düşüşe neden olabileceğini vurgulamaktadır. Abanoz (2020), Türkiye'de 2001-2019 yılları arasında gerçekleştirilen dinî başa çıkma konulu araştırmaları incelemiştir. Bu çalışmalarda, dinî başa çıkma yöntemlerinin bireylerin stresle başa çıkma süreçlerinde önemli bir rol oynadığı ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Özellikle pozitif dinî başa çıkma stratejilerinin, bireylerin psikolojik iyilik hallerini artırdığı vurgulanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızda katılımcıların pozitif dinî başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıklarını ve bunun da algılanan sosyal destekle ilişkili olduğunu gösteren sonuçlarla uyumludur. Dolayısıyla, dinî başa çıkma yöntemlerinin teşvik edilmesi, bireylerin sosyal destek algılarını ve genel iyilik hallerini artırmada etkili olabilir. Ayten ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada, hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanlarının dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu çalışmada, pozitif dini başa çıkma yöntemleri ile hayat memnuniyeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.. Hut ve Aydın (2021) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların bakımını üstlenen hasta yakınlarıyla yaptığı karma yöntem araştırmasında, katılımcıların çoğunun hastalara yardım ederken zorlandığı ve sosyal hayatlarında azalma yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların büyük çoğunluğunun manevi destek almadığı, ancak manevi destek almanın faydalı olacağını düşündükleri saptanmıştır. Çalışma, hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve manevi olarak zor bir dönem geçirdiklerini ve bu zorluklarla başa çıkabilmek için manevi desteğe ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadır (Hut ve Aydın, 2021). Dolayısıyla, palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının manevi destek ihtiyaçlarının karşılanması, onların psikolojik ve manevi iyilik hallerinin korunması açısından önemlidir. Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması, hasta yakınlarının bu süreçte karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Özdemir (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadığı psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bulgular, hasta yakınlarının tedavi sürecinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmak amacıyla dini başa çıkma yöntemlerini yoğun biçimde kullandıklarını; özellikle dua etmek, sabır göstermek, kader inancına sahip olmak ve şükretmenin en yaygın stratejiler arasında yer aldığını ortaya koymuştur. Bu stratejilerin, hasta yakınlarının yaşadığı stres ve güçlüklerle başa çıkmalarına olumlu katkı sağladığı

belirtmiştir (Özdemir, 2016). Ayrıca, Pargament ve Exline (2021) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, pozitif dini başa çıkma stratejilerinin adaptif psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğunu, buna karşılık negatif dini başa çıkma biçimlerinin psikolojik sıkıntılarla bağlantılı olduğunu vurgulamaktadır. Bu doğrultuda, mevcut çalışmadaki pozitif dini başa çıkma eğilimleri, palyatif bakım sürecinde manevi desteğin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Bu nedenle, palyatif bakım sürecinde bakım veren bireylerin dini başa çıkma stratejilerinin desteklenmesi ve güçlendirilmesi, onların psikososyal iyilik hallerinin artırılmasında önemli bir etken olabilir. Bu doğrultuda, psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin dini başa çıkma gereksinimlerini belirleyerek uygun destek sağlamaları, hasta yakınları tarafından sunulan bakımın niteliğini ve etkinliğini artırmada katkı sağlayacaktır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu değişkenlerine göre göre dini başa çıkma ölçeği puanları ve alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Araştırmanın bulgularına göre cinsiyet değişkeni açısından erkeklerin pozitif dini başa çıkma puanları (36,45), kadınlara (34,82) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ancak negatif dini başa çıkma puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Araştırmada erkek katılımcıların pozitif dini başa çıkma puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunması, dini başa çıkma davranışlarının cinsiyete göre farklılaşabileceğini ortaya koymaktadır. Ayten ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada, hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanlarının dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu çalışmada, pozitif dini başa çıkma yöntemleri ile hayat memnuniyeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, kadın katılımcıların pozitif dini başa çıkma yöntemlerini erkeklere göre daha sık kullandıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular, bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. Murat ve Kızılgeçit (2015) tarafından yapılan çalışma, cinsiyetin dini başa çıkma üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Kadınların pozitif dini başa çıkma düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak negatif dini başa çıkma düzeylerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Bu sonuç, çalışmamızda negatif dini başa çıkma puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemesiyle paralellik göstermektedir. Ercan ve Kula (2021) tarafından yapılan çalışmada cinsiyetin dini başa çıkma düzeyi üzerindeki etkisi meta-analiz yöntemi ile incelenmiştir. Araştırmada cinsiyetin dini başa çıkma düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Buna karşın bazı

araştırmalar kadınların dini başa çıkma davranışlarında daha aktif olduklarını savunmaktadır (Doğan ve am, 2020).

Araştırmanın bulgularına göre yaş değişkeni açısından 50-59 yaş grubunun pozitif dini başa çıkma puanlarının (38,12), diğer yaş gruplarına göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, yaş ilerledikçe kişilerin dini inanç ve uygulamalara daha fazla önem verdiklerini ve dini başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını desteklemektedir. şentepe (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, yaşlı bireylerin karşılaştıkları stresli yaşam olayları karşısında dini başa çıkma yöntemlerini etkin bir şekilde kullandıkları belirlenmiştir. Bu alışma, yaşlılık döneminde dindarlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Murat ve Kızılgeçit (2015) Rize rneğinde gerçekleştirdikleri araştırmada, yaş arttıa pozitif dini başa çıkma düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bu bulgu, yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerinin artmasıyla birlikte dini başa çıkma stratejilerine daha fazla yöneldiklerini göstermektedir. Ayrıca, Karakaş ve Koç (2014)'n stresle başa çıkma ve dini başa çıkma yöntemleri üzerine yaptıkları çalışmada, üretkenlik/durgunluk dönemindeki bireylerin (genellikle 40-65 yaş arası) dine sığınma alt boyutunda anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bu sonuç, orta yaş dönemindeki bireylerin dini başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını göstermektedir. İnce (2013) tarafından 50 ve üzeri yaş grubundaki niversite mezunlarıyla yaptığı çalışmada, 50-59 yaş grubunun dini hayatla daha yakından ilgilendiği ve dini pratiklere daha fazla katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgu, bu yaş grubundaki bireylerin dini başa çıkma stratejilerine yönelimlerinin arttığını desteklemektedir. McCarthy ve Taylor (2023) tarafından yapılan nitel bir çalışma, yaşlı yetişkinlerin yaşam deneyimleriyle birlikte maneviyat ve dini inançların stresle başa çıkmadaki rolünün derinleştiğini ve bu durumun pozitif dini başa çıkma davranışlarını arttırdığını göstermiştir. Bu çalışmaların bulguları, araştırmamızda ileri yaş grubundaki bireylerin pozitif dini başa çıkma puanlarının yüksek olmasıyla tutarlıdır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin karşılaştıkları yaşam olayları ve stres faktörleri karşısında dini başa çıkma stratejilerine daha fazla yöneldikleri görülmektedir.

Araştırmanın bulgularına göre eğitim durumu açısından, lise mezunlarının negatif dini başa çıkma puanlarının (16,84), ilköğretim mezunlarına (15,72) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, pozitif dini başa çıkma açısından niversite mezunlarının puanlarının (35,76), diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Topuz (2003) tarafından yapılan çalışmada, bireylerin dini gelişim seviyeleri ile dini başa çıkma tutumları arasındaki ilişki incelenmiş ve eğitim düzeyi arttıa pozitif dini başa çıkma eğilimlerinin

arttığı, negatif dini başa çıkma eğilimlerinin ise azaldığı ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Murat ve Kızılgeçit (2015) Rize örneğinde gerçekleştirdikleri araştırmada eğitim düzeyinin artmasının negatif dini başa çıkma düzeyini azalttığını saptamış, bu durum araştırmamızdaki lise mezunlarının negatif dini başa çıkma puanlarının ilköğretim mezunlarına göre yüksek olmasıyla uyumludur. Ekşi (2001) ise farklı fakültelerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin dini başa çıkma ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi incelemiş, eğitim düzeyinin dini başa çıkma yöntemlerinin kullanım biçimini etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, Ayten ve Sağır (2014) tarafından Suriyeli sığınmacılar üzerinde yapılan çalışmada dindarlık düzeyinin pozitif dini başa çıkmayı artırırken negatif dini başa çıkmayı azalttığı belirtilmiştir. Bu bulgular, bireylerin dini başa çıkma stratejilerinin eğitim ve dindarlık düzeyleriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Ayten ve Sağır, 2014; Ekşi, 2001; Murat ve Kızılgeçit, 2015; Topuz, 2003). Bu veriler, eğitim seviyesinin dini başa çıkma tarzları üzerindeki etkisini desteklemektedir.

Medeni durum açısından ise, evlilerin pozitif dini başa çıkma puanlarının (37,24), bekar katılımcılara (34,68) göre daha yüksek olduğu, negatif dini başa çıkma puanlarında ise anlamlı bir farkın olmadığı gözlenmiştir. Evli bireylerin, sosyal destek kaynaklarına daha fazla erişim sağlayarak ve eş desteği sayesinde dini çatışmaları daha az yaşadıkları düşünülebilir. Aydın (2023) tarafından avukatlar üzerinde yapılan çalışmada medeni durum değişkenine göre pozitif dini başa çıkma puanları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır; bu durum araştırmamızdaki negatif dini başa çıkma puanlarındaki farksızlıkla paralellik göstermektedir. Öte yandan, Çiftçi (2022) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada evli bireylerin dini başa çıkma puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bucuka (2022) tarafından engelli çocuk anneleri üzerine yapılan çalışmada, medeni durum değişkenine göre negatif dini başa çıkma puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamış, bu da araştırmamızdaki negatif dini başa çıkma puanlarında medeni durum açısından fark olmaması sonucuyla örtüşmüştür. Genel olarak, medeni durumun pozitif dini başa çıkma üzerinde etkili olduğu, ancak negatif dini başa çıkma üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı söylenebilir (Angın, 2021; Bucuka, 2022; Çiftçi, 2022). Bu veriler ışığında, palyatif bakım sürecinde bakım verenlerin dini başa çıkma stratejilerinin desteklenmesi ve güçlendirilmesi, onların psikososyal iyilik hallerini artırmada önemli bir rol oynayabilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin bakım verenlerin dini başa çıkma ihtiyaçlarını tanınması ve bu konuda destek sağlaması, bakım kalitesini yükseltirken hasta yakınlarının memnuniyetini de artırabilir (Murat ve Kızılgeçit, 2015).

### **5.3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puanları ve Dini Başa Çıkma Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları ile dini başa çıkma puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, pozitif dini başa çıkma ile toplam ÇBASDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Pozitif dini başa çıkma alt boyutları ile aile desteği ve özel bir insan desteği arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak arkadaşlar desteği ile pozitif dini başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Negatif dini başa çıkma puanı ile toplam ÇBASDÖ puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Negatif dini başa çıkma puanının özellikle aile desteği ve özel bir insan desteği alt boyutlarıyla olumsuz ilişkisi dikkat çekmiştir. Arkadaşlar desteği alt boyutuyla negatif dini başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda pozitif dini başa çıkma stratejilerinin, bireylerin özellikle aile ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeyleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; buna karşılık arkadaşlardan alınan destekle doğrudan bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, dini başa çıkmanın yalnızca bireyin içsel süreciyle sınırlı kalmayıp sosyal çevresiyle kurduğu bağlara da yansıdığını göstermektedir. Özellikle pozitif dini başa çıkmanın, bireyin anlam ve aidiyet duygusunu besleyerek yakın sosyal ilişkilerden aldığı desteği güçlendirdiği görülmektedir. Bununla birlikte, negatif dini başa çıkma biçimlerinin sosyal destek düzeylerini düşürme eğiliminde olduğu ve bireyin ailevi ya da özel sosyal bağlarını zayıflatabileceği anlaşılmaktadır. Bu durum, dini başa çıkma stratejilerinin niteliğinin bireyin sosyal uyum kapasitesinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Literatürde benzer ilişkilere dikkat çeken çalışmalarda da, pozitif dini başa çıkmanın psikolojik iyilik hali ve sosyal destek algısıyla genellikle olumlu yönde bağlantılı olduğu, negatif başa çıkma stratejilerinin ise içe kapanma, yalnızlık ve sosyal ilişkilerde zayıflamaya yol açabildiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen sonuçların, sosyal desteğin niteliği ve bireyin dini yönelimlerinin stresle başa çıkma süreçlerindeki etkileşimini açıklamada literatürle genel bir uyum gösterdiği söylenebilir (Matthews ve ark., 1993; Ano ve Vasconcelles, 2005; Gall ve Guirguis-Younger, 2013; Exline ve ark., 2000; Şenel ve ark., 2021; Bucuka, 2022; Krause, 2006; Esen Ateş, 2019).

Matthews ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışma dini başa çıkma stratejilerinin sosyal destek algıları üzerindeki etkilerini geniş bir literatür taramasıyla incelemiş ve pozitif dini başa çıkma mekanizmalarının bireylerin sosyal destek algısını güçlendirdiğini vurgulamıştır. Araştırmacılara göre, manevi inançlar bireylerin sosyal

ilişkilerinde paylaşma ve dayanışmayı artırarak aile, arkadaş ve özel bir insan desteği gibi sosyal destek unsurlarını güçlendirir. Çalışmamızda pozitif dini başa çıkma ile aile desteği ve özel bir insan desteği arasındaki güçlü ilişkiler bu bulgularla uyumludur. Abu-Raiya ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, dini başa çıkma ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracı rolü incelenmiş, pozitif dini başa çıkmanın sosyal destek aracılığıyla psikolojik iyi oluşu artırdığı, negatif dini başa çıkmanın ise sosyal desteği azaltarak psikolojik sıkıntıyı artırdığı belirtilmiştir. Ano ve Vasconcelles (2005) yaptığı meta-analiz, dini başa çıkma yöntemleri ile psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Toplamda 49 çalışmayı kapsayan bu analizde, pozitif dini başa çıkma stratejilerinin olumlu psikolojik uyumla, negatif dini başa çıkma stratejilerinin ise olumsuz psikolojik uyumla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, çalışmamızda pozitif dini başa çıkma ile algılanan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki, negatif dini başa çıkma ile ise negatif bir ilişki olduğunu gösteren sonuçlarla uyumludur. Her iki çalışma da pozitif dini başa çıkma stratejilerinin bireylerin sosyal destek algısını ve psikolojik uyumunu artırabileceğini, negatif dini başa çıkma stratejilerinin ise bu alanlarda olumsuz etkilere yol açabileceğini göstermektedir. Gall ve Guirguis-Younger (2013), terminal hastalıklara sahip bireylerde yapılan bir çalışmada, pozitif dini başa çıkma stratejilerinin sosyal destek ağlarını daha etkili hale getirdiği belirtilmiştir. Çalışmamızda aile desteği ve özel bir insan desteği ile pozitif dini başa çıkma arasında bulunan güçlü ilişki bu bulguları desteklemektedir. Exline ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırma, dini gerilimlerin depresyon ve intihara meyil üzerindeki etkilerini 18-45 yaş aralığında olan 40 birey üzerinde incelemiştir. Çalışma, dini gerilim yaşayan bireylerin, dini inançlarının düzeyinden veya dinden aldıkları rahatlıktan bağımsız olarak, daha yüksek depresyon ve intihara meyil seviyelerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, Tanrı'dan yabancılaşma hissi ve affedilemez bir günah işlediğine inanma gibi dini kaynaklı suçluluk duyguları, depresyon ve intihara meyil ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda negatif dini başa çıkma ile algılanan sosyal destek arasındaki olumsuz ilişkiyi desteklemektedir. Dini gerilimlerin artması, bireylerin sosyal destek sistemlerinden uzaklaşmasına ve bu da psikolojik sıkıntıların artmasına neden olabilir. Dolayısıyla, dini başa çıkma stratejilerinin niteliği, bireylerin sosyal destek algıları ve genel psikolojik sağlıkları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Şenel ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, 250 (155 kadın / 95 erkek) üniversite öğrencisi üzerinde, algılanan sosyal destek ve dindarlık düzeyinin psikolojik semptomlar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, aileden ve özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyleri ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri arasında negatif

yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal desteğin artmasının psikolojik semptomları azalttığını göstermektedir. Benzer şekilde, çalışmamızda da algılanan sosyal destek düzeyleri ile dini başa çıkma stratejileri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Özellikle, pozitif dini başa çıkma stratejileri kullanan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, pozitif dini başa çıkma yöntemlerinin bireylerin sosyal destek algılarını güçlendirdiğini ve bu sayede psikolojik iyilik hallerini artırdığını göstermektedir.

Krause (2006) çalışmasında, kilise tabanlı sosyal desteğin yaşlı bireylerin finansal stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmedeki rolü incelenmiştir. Çalışma farklı sosyodemografik özelliklere sahip, ayda en az bir kez kilise ziyareti yapan 60-85 yaş aralığında olan 110 kişiye uygulanmıştır. Araştırma, kilise üyelerinden alınan duygusal desteğin, finansal zorlukların sağlığa olan olumsuz etkilerini anlamlı bir şekilde azalttığını ortaya koymuştur. Buna karşın, seküler sosyal ağlardan alınan desteğin stres azaltıcı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Krause (2006) çalışmasında, sosyal destek mekanizmalarının nitelik ve bağlamının bireylerin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini belirlediği vurgulanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızda sosyodemografik değişkenlere göre sosyal destek algısının farklılık gösterdiği sonucuyla uyumludur. Özellikle, sosyal destek türlerinin bireylerin psikolojik ve fiziksel iyilik hallerine olan katkıları, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Bucuka (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, engelli çocuk annelerinin sosyal destek, yaşam doyumu ve dini başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu araştırmada, algılanan sosyal destek ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal destek algısının artmasının, bireylerin pozitif dini başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanmalarına katkı sağladığını göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgular, literatürdeki bu çalışmalarla uyumlu olup, algılanan sosyal destek düzeylerinin ve pozitif dini başa çıkma stratejilerinin bireylerin psikolojik iyilik halleri üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, palyatif bakım hastalarının yakınlarına yönelik destek programlarının, sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmeyi ve pozitif dini başa çıkma stratejilerini teşvik etmeyi hedeflemesi önerilmektedir. Esen Ateş (2019) şehit aileleri ve gaziler üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal destek ve dini başa çıkma arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada, sosyal desteğin geleneksel, dini ve empatik boyutları ele alınmış ve sosyal desteğin başa çıkma sürecine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir. Özellikle sosyal desteğin, anlaşılma ihtiyacını tatmin

ettiği için başa çıkmada en işlevsel destek türü olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızdaki sosyal destek düzeyinin pozitif dini başa çıkma ile olumlu, negatif dini başa çıkma ile ise olumsuz yönde ilişkili olduğu sonucunu kısmen desteklemektedir. Dolayısıyla, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bireylerin dini başa çıkma stratejilerini daha etkin kullanmalarına ve bu sayede stresle daha başarılı bir şekilde başa çıkmalarına katkı sağlayabilir.

Literatürde, bu çalışmanın bulgularından farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Ayten ve Sağır, 2014; Ekşi, 2001; Korkmaz, 2021). Ayten ve Sağır'ın (2014) Suriyeli sığınmacılarla yürüttükleri çalışmada, pozitif dini başa çıkma yöntemlerinin bireylerin depresyon düzeyleriyle anlamlı bir ilişki göstermediği, buna karşın bazı katılımcıların dini başa çıkma yöntemlerini kullanmalarına rağmen yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulgu, dini başa çıkmanın sosyal destek algısını artırmak yerine bazı durumlarda bireyi içe döndürerek sosyal ilişkilerden uzaklaştırabileceğini göstermekte, dolayısıyla bizim çalışmamızda gözlemlenen pozitif ilişkiyle çelişmektedir. Korkmaz (2021) genç yetişkinler üzerinde yürüttüğü çalışmada ise pozitif dini başa çıkma ile sosyal medya bağımlılığı ve yalnızlık arasında anlamlı bir negatif ilişki bulunmuş, fakat bu stratejilerin sosyal destekle anlamlı biçimde ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Araştırmada, bireylerin dini başa çıkma stratejilerini daha çok içsel bir baş etme mekanizması olarak kullandıkları ve bu süreçte sosyal destek algılarının belirleyici bir rol oynamadığı ifade edilmiştir. Bu durum, bizim çalışmamızda pozitif dini başa çıkma ile sosyal destek arasında kurulan anlamlı ilişkinin tersine bir örnek sunmaktadır. Benzer şekilde, Ekşi (2001) üniversite öğrencileriyle yaptığı doktora çalışmasında, pozitif dini başa çıkma ile sosyal destek arasında doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmadığı, aksine bireylerin dini başa çıkmayı daha çok bireysel bir ruhsal iyileşme aracı olarak kullandıkları belirlenmiştir. Çalışmada, sosyal destek algısı yüksek olan bireylerin dahi dini başa çıkma yöntemlerini düşük düzeyde kullandıkları görülmüş, bu da iki değişken arasında bizim çalışmamızın ortaya koyduğu kadar güçlü bir bağ olmadığını göstermiştir. Bu çalışmalar göstermektedir ki dini başa çıkma stratejileri ile sosyal destek arasındaki ilişki, bireyin kültürel bağlamı, psikososyal durumu, maruz kaldığı stres türü ve inanç yapısı gibi birçok faktörle şekillenebilmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Bu araştırma, palyatif bakım kliniğinde palyatif bakım alan hastaların yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile dini başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu ilişkilerin sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırmadaki katılımcıların, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ortalama puanının  $57,42 \pm 14,78$  olduğu görülmektedir.
- Araştırmadaki kadın katılımcıların aile, arkadaş ve genel çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) puanlarının erkeklere kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir.
- Araştırmadaki katılımcıların, 60 yaş ve üzeri katılımcıların tüm sosyal destek boyutlarında en düşük puanları aldığı tespit edilmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların, medeni duruma göre yapılan analizlerde, evli katılımcıların bekâr katılımcılara kıyasla daha yüksek sosyal destek algıladıkları bulunmuştur.
- Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyutları (aile, arkadaşlar ve özel bir insan) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Araştırmadaki katılımcıların, eğitim durumu incelendiğinde, eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal destek algısının arttığı tespit edilmiştir.
- Katılımcıların hastaya olan yakınlık derecesine göre ÇBASDÖ puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Araştırmadaki katılımcıların, bakım verme süresi arttıkça sosyal destek algısında belirgin bir düşüş olduğu bulunmuştur.
- Araştırmadaki katılımcıların, bakım verme nedeniyle kendini ihmal eden katılımcıların sosyal destek algılarının düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların, dini başa çıkma stratejileri incelendiğinde, pozitif dini başa çıkma ortalamasının  $24,63 \pm 3,53$ , negatif dini başa çıkma ortalamasının ise  $5,26 \pm 2,25$  olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların, pozitif dini başa çıkma düzeyleri cinsiyetler arasında anlamlı bir fark göstermiştir. Kadın katılımcıların pozitif dini başa çıkma ortalaması  $26,31 \pm 2,51$  iken, erkeklerin ortalaması  $22,69 \pm 3,66$  olarak bulunmuştur.

- Negatif dini başa çıkma düzeyleri erkekler  $5,75 \pm 2,04$  ortalamaya sahipken, kadınların ortalaması  $4,85 \pm 2,32$  olarak tespit edilmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların, yaş grupları arasında pozitif dini başa çıkma düzeylerinde anlamlı farklar saptanmıştır. Yaş ilerledikçe pozitif dini başa çıkma düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Özellikle 60 yaş ve üzeri bireylerin ortalaması  $26,36 \pm 2,64$  olup, bu grup diğer yaş gruplarına göre daha yüksek pozitif dini başa çıkma düzeyine sahiptir.
- Araştırmadaki katılımcıların, medeni durumun negatif dini başa çıkma üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur. Evli katılımcıların ortalama negatif dini başa çıkma düzeyi  $5,14 \pm 2,20$  iken, bekâr katılımcıların ortalaması  $6,22 \pm 2,30$  ile daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların hastaya bakım verme süresine göre dini başa çıkma ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Katılımcıların, hastaya bakım verirken yardım eden biri olup olmamasına göre dini başa çıkma ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Araştırmadaki katılımcıların, eğitim durumuna göre pozitif dini başa çıkma düzeyleri arasında da anlamlı farklar saptanmıştır.
- Araştırmadaki katılımcıların, ev hanımlarının pozitif dini başa çıkma ortalaması  $26,62 \pm 2,23$  olup, meslek grupları arasında en yüksek puanları almışlardır.
- Araştırmadaki katılımcıların, kendine ayırabildiği zaman arttıkça pozitif dini başa çıkma düzeyleri azalırken, kendini ihmal eden katılımcıların pozitif dini başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmadaki katılımcıların, pozitif dini başa çıkma ile sosyal destek kaynakları arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Özellikle, pozitif dini başa çıkma ile aile ve arkadaş desteği arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların, pozitif ve negatif dini başa çıkma tarzları ÇBASD üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. Pozitif dini başa çıkmanın ÇBASD üzerindeki etkisi negatif dini başa çıkmaya kıyasla daha belirgin olup, pozitif başa çıkma skorları arttıkça ÇBASD düzeyinin azaldığı görülmektedir.
- Araştırmadaki katılımcıların, pozitif dini başa çıkmanın ÇBASD üzerindeki etkisinin negatif dini başa çıkmadan daha güçlü olduğu bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

### Klinik Uygulamaya Yönelik Öneriler:

- Çalışmada tespit edilen pozitif dini başa çıkma ve sosyal destek düzeyi arasındaki anlamlı ilişkiden hareketle, hasta yakınlarına yönelik manevi danışmanlık hizmetlerinin daha yaygın hale getirilmesi ve bu hizmetlerin sağlık sistemine entegrasyonu önerilmektedir.
- Hasta yakınlarının sosyal destek mekanizmalarından daha fazla faydalanabilmeleri için sosyal destek gruplarının oluşturulması ve sağlık çalışanları tarafından bu gruplara yönlendirme yapılması önerilmektedir.
- Aylık gelir ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, düşük gelirli gruplara yönelik ek sosyal hizmet programlarının planlanması ve bu grupların ekonomik yüklerinin hafifletilmesi önem arz etmektedir.
- Günlük bakım süresinin artmasıyla sosyal destek düzeyinin azalması bulgusuna dayanarak, bakım verenlerin kendilerine ayırabilecekleri zamanın artırılması için profesyonel bakım desteğinin artırılması önerilmektedir.
- Araştırmada belirlenen düşük pozitif dini başa çıkma puanlarına yönelik olarak, dini başa çıkma eğitimlerinin verilmesi ve hasta yakınlarının bu konuda farkındalıklarının artırılması önemlidir.
- Çalışmada tespit edilen bulguların uygulamaya aktarılabilmesi için palyatif bakım kliniği çalışanlarının, hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yönelik farkındalık eğitimlerine katılmaları teşvik edilmelidir.
- Bakım veren bireylerin ihtiyaç halinde belirli periyotlarla psikolojik destek almaları önerilmektedir.
- Hastaların yakınlarının kendilerine daha fazla zaman ayırmaları teşvik edilmelidir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri içinde bireylere yönelik programlar geliştirilebilir. Bakım verenlere yönelik destekleyici hemşirelik yaklaşımlarının planlanması yapılabilir.

### Araştırmacılara Yönelik Öneriler:

- Bu araştırma, tek bir palyatif bakım kliniğinde yapılmış olup, farklı coğrafi bölgelerdeki ve farklı sağlık kurumlarındaki hasta yakınlarını kapsayan daha geniş örneklem ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

- Algılanan sosyal destek düzeyi ve dini başa çıkma stratejilerinin etkilerini değerlendirmek amacıyla diğer psikososyal değişkenlerle (örneğin, stres, kaygı ve depresyon düzeyleri) ilişkilerini inceleyen daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.
- Palyatif bakım sürecinde bakım yükü ile dini başa çıkma tarzları arasında ilişki bulunamamasına rağmen bu ilişkinin uzun süreli bakım süreçlerinde ve farklı bakım veren gruplarında incelenmesi faydalı olacaktır.
- Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının deneyimlerini daha iyi anlamak ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla nitel çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların sağlık politikalarına entegre edilmesi önerilmektedir.



## 7.KAYNAKLAR

- Abanoz, S. (2020). Türkiye’de yapılan ‘dinî başa çıkma’ konulu araştırmalar hakkında bir değerlendirme. *Eskiyeni*, 40, 407–429.
- Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I., & Mahoney, A., & Stein, C. (2008). A psychological measure of Islamic religiousness: Development and evidence for reliability and validity. *International Journal for the Psychology of Religion*, 18(4), 291–315. <https://doi.org/10.1080/10508610802229270>
- Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2015). Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 24–33. <https://doi.org/10.1037/a0037652>
- Acar, S. (2022). Üniversite öğrencilerinde baş etme yetkinliğinin yordayıcısı olarak psikolojik esneklik. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 31–45. <https://doi.org/10.19160/e-ijer.1035566>
- Açıkgöz, G., & Baykal, Ü. (2023). Hemşirelerin mesleki rolleri ve özerkliğini destekleyen yasal düzenlemeler. *Istanbul Kent University Journal Health Sciences*, 2(1), 29–34.
- Ai, A. L., Tice, T. N., Peterson, C., & Huang, B. (2005). Prayers, spiritual support, and positive attitudes in coping with the September 11 national crisis. *Journal of Personality*, 71(1), 106-129. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00328.x>
- Akbulut Şahin, E. (2019). *Hasta yakını olmanın getirdiği güçlükler ve dini başa çıkma (palyatif bakım servisi onkoloji hasta yakınları)*(Yayın No:607888) [Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Aksoy, B. N., & Tastan, N. (2023). Beliren yetişkinlikte kimlik gelişimi: stresle başa çıkma becerilerinin yordayıcılığı. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 309-334.
- Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal Of Clinical Oncology*38(9), 926–936. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00018>
- Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü. (2017). What issues are addressed in palliative care?<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>
- Angın, Y. (2021). Covid-19 pandemi sürecinden geçerken sağlık çalışanlarında dini başa çıkma ve psikolojik sağlamlık ilişkisi üzerine bir araştırma. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 25(1), 331–345. <https://doi.org/10.18505/cuid.884399>
- Annak, B. B. (2023). *Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu : duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma* (Yayın No:189019) [Yüksek lisans tezi,Mersin Üniversitesi ] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arkın, S. (2017). *Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi*. [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi - İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Aslan, Ş., & Güzel, Ş. (2018). Duygusal zeka, problem odaklı stresle başa çıkma, iyileşme ve duygusal tükenme ilişkileri. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 16, 59–82.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19–27. <https://doi.org/10.38053/agtd.632674>
- Ateş, N. E. (2019). Travmayı anlamlandırması açısından imtihan inancı ve başa çıkma: Şehit aileleri, gaziler ve gazi aileleri örneği. *Trabzon İlahiyat Dergisi*, 6(1), 125–151. <https://doi.org/10.33718/tid.546770>
- Aydıl, Ö. (2020). *Ergenlerde düzenli bir sosyal aktivitenin ve algılanan sosyal destek düzeyinin internet bağımlılığı ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayın No:642359) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Üniversitesi ] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Ayten, A. (2020). *Din ve sağlık* (2. baskı). Marmara Akademi Yayınları.
- Ayten, A., & Sağır, Z. (2014). Dindarlık, dinî başa çıkma ve depresyon ilişkisi: Suriyeli sığınmacılar üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47, 5-18

- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K., & Öztürk, E. E. (2012). dinî başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine ampririk bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45-79. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/daad/issue/4489/61848>
- Banaser, M., Alshammry, S., & Mahmood, B. (2020). Article health-related quality of life and perceived social support among cancer palliative patients in saudi arabia. *TMR Integrative Nursing*, 139-148. <https://doi.org/10.12032/tmrin20201001>
- Baş, M., Aksu, M., Ünübol, H., & Hızlı Sayar, G. (2019). Akademisyenlerde iş doyumunun algılanan sosyal destekle ilişkisinin incelenmesi. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (9), 345-375. <http://doi.org/10.32739/uskudarsbd.5.9.62>
- Bilgin, N., & Yıldırım, E. (2017). Kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 3(2), 33-49.
- Bucuka, Y. (2022). Engelli çocuk annelerinin sosyal destek, yaşam doyumunu ve dinî başa çıkma durumları. *Bingöl Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 97-124. <https://doi.org/10.53440/bad.1124914>
- Bulut, H., Bozkurt, C., & Sakar, D. D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1086-1096. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1225687>
- Can, N. (2019). *Başa çıkma davranışına kaynak oluşturan dini inanç ve değerler üzerine bir değerlendirme*. (Yayın No:585135) [Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi] <https://tez.yok.gov.tr/>
- Cenkseven Önder, F., & Utkan, Ç. (2018). Bilinçli farkındalık ve algılanan stres ilişkisinde ruminasyon ve olumsuz duygu düzenlemenin aracı rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3), 1004-1019. <https://doi.org/10.17860/mersinefd.444876>
- Chen, C., Bian, F., & Zhu, Y. (2023). The relationship between social support and academic engagement among university students: The chain mediating effects of life satisfaction and academic motivation. *BMC Public Health*, 23, 2368. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17301-3>
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/gps.561>
- Coyle, N., Ferrell, B. R., & Paice, J. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199332342.001.0001>
- Cufta, M. (2016). Stres ve dini inanç. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(5), 50-70.
- Damak, N., & Karakoç Kumsar, A. (2020). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve iyi ölüme yönelik algıları. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 1-14.
- Danış, M. Z., & Özhan, E. (2019). Sağlık hizmetlerinde palyatif bakım, kanser ve sosyal destek: bir vaka örneğinde güçlendirme yaklaşımının uygulanması. *Kesit Akademi Dergisi*, 5(18), 305-320.
- Daysal Güler, B., & Altay, B. (2023). Covid-19 pandemisi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin koronavirüs anksiyetesi düzeyleri ve stresle baş etme şekilleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 69-77.
- Dedeoğlu, G. K. (2018). *Yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Yayın No: 51734) [Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi] <https://tez.yok.gov.tr/>
- Demir, M. (2016). Palliative care ethics/Palyatif bakım etiği. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2).
- Demirdüzen, H. (2013). *Ergenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri ile duygusal özyeterlik düzeylerinin incelenmesi* (Yayın No:342316) [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü] <https://tez.yok.gov.tr/>
- Demuro, M., Bratzu, E., Lorrain, S., & Preti, A. (2023). Quality of life in palliative care: A systematic meta-review of reviews and meta-analyses. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 19, 100-110. <https://doi.org/10.2174/1745017902319010100>
- Denizli İl Sağlık Müdürlüğü. (2018, Temmuz 20). *Palyatif bakım merkezi*. <https://denizlidh.saglik.gov.tr/TR,211920/palyatif-bakim-merkezi.html>
- Dikmen, Y., Yılmaz, D., & Yıldırım Usta, Y. (2017). Hemşirelik öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile boyun eğici davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *European Journal of Therapeutics*, 23(1), 1-6.

- Dikmen, R. D., & Üşenmez, T. Y. (2022). Maneviyat düzeyi-bakım verme yükü ilişkisi: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde kesitsel bir çalışma. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 1(1), 8–13. <https://doi.org/10.29228/pphcjournal.66353>
- Diñer, M. (2019). Palyatif bakım hastalarına resüsitasyon uygulayan sağlık çalışanlarının deneyimleri. *Ankara Med J*, <https://doi.org/10.17098/amj.542455>
- Doğan, S., & am, O. (2020). Kadınlarda stresle başa çıkma ve dini başa çıkma davranışları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 123–130. <https://doi.org/10.15869/itobiad.88954>
- Dökmen, Z. Y. (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 3-38. [https://doi.org/10.1501/sbeder\\_0000000038](https://doi.org/10.1501/sbeder_0000000038)
- Duggleby W, Lee H, Nikolaichuk C, Fitzpatrick-Lewis D. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3343-3360.
- Duman, Ö., & Özdelikara, A. (2022). Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici yüküne etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 32–39. <https://doi.org/10.30934/kusbed.945640>
- Eğilli, C. S., & Sunal, N. (2017). Determination of care load and affecting factors of demented patient caregivers. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 83–91. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.083>
- Eker, D., Arkar, H., & Yaldiz, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17–25.
- Ekşi, H. (2001). *Başa ıkma, dini başa çıkma ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma: eğitim, ilahiyat ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin karşılaştırılması* (Yayın No:108983) [Doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Ekşi, H., & Sayın, M. (2016). The adaptation of religious coping scale into Turkish language: A study of bilingual equivalence validity and reliability. *AGP Humanities and Social Sciences Conference*, 7(1), 343–354.
- Ercan, S., & Kula, N. (2021). Cinsiyetin dini başa çıkma üzerindeki etkisi: Meta-analiz. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8(2), 210–228. <https://doi.org/10.51702/esoguifd.949743>
- Erđin Türk, M., & Bilici, M. (2021). Psikanalitik ve psikodinamik perspektiften din ve maneviyat. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(18), 22–34.
- Ersin, F., adırcı, D., & Dedeoğlu, G. K. (2022). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin mental iyi oluş durumları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 61(3), 379–386. <https://doi.org/10.19161/etd.1168082>
- Esen Ateş, N. (2019). Sosyal destek ve dini başa çıkma: şehit aileleri ve gaziler örneği. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 7(1), 73-100.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200012\)56:12<1481::AID-1>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200012)56:12<1481::AID-1>3.0.CO;2-A)
- Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 107-115. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.52386>
- Gall, T. L., & Guirguis-Younger, M. (2013). Religious and spiritual coping: Current theory and research. *Journal of Palliative Medicine*, 16(2), 131-137. <https://doi.org/10.1037/14045-019>
- George, D. ve Mallery, M. (2010) *Windows için SPSS Adım Adım: Basit Bir Kılavuz ve Referans, 17.0 Güncellemesi, 10. Baskı*, Pearson, Boston.
- Ghane, G., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Haghani, H. (2016). Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal35594>
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2775–2782. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2257-5>
- Greer, J. A., Applebaum, A. J., Jacobsen, J. C., Temel, J. S., & Jackson, V. A. (2020). Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 915. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00013>

- Gümüş Demir, Z., & Akoğlu, B. (2023). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, öz yeterlilik ve psikolojik yardım arama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *YDÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 6–40.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Harputoğlu, N., & Çelik, T. (2020). Pedyatrik palyatif bakım. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(1), 1–7. <https://doi.org/10.5222/buchd.2020.30922>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hut, E., & Aydın, A. R. (2021). Bakım veren hasta yakınlarının manevi destek ihtiyaçları: Karma yöntem bir araştırma. *Türk manevi danışmanlık ve Rehberlik Dergisi* (4), 113-135.
- İnce, A. (2013). Elli ve üzeri yaş grubundaki üniversite mezunlarında dini hayat. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 7(13), 211–238.
- İraz, R., Arıbaş, A. N., & Özşahin, F. (2021). Algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ilişkisi: Üniversite öğrencileri örneği. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 363–376. <https://doi.org/10.30692/sisad.930302>
- Johansen, R., Espetvedt, M. N., Lyshol, H., Clench-Aas, J., & Myklestad, I. (2021). Mental distress among young adults – Gender differences in the role of social support. *BMC Public Health*, 21(1), 2152. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12109-5>
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım: 2014 güncel gelişmeler. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(3), 121–123.
- Kahraman, B. (2023). Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi. (Yayın No:799603) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi ] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2019, Ocak). Palyatif bakım. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021a). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17,130-154 .<https://doi.org/10.46218/tshd.908861>
- Kangalgil Balta, G., & Bekiroğlu, S. (2021b). Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*,4 (71) , 2797-2812.
- Karakaş, A., & Koç, M. (2014). Stresle başa çıkma ve dinî başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki: Çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 610–631.
- Karakaya, C., & Işıkkhan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437–1458. <https://doi.org/10.33417/TSH.737324>
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler* (38. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kardaş, S. (2023). A comprehensive review of forgiveness interventions in Türkiye. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 289–321. <https://doi.org/10.53048/johass.1369889>
- Kaya, Z., Çenesiz, G. Z., & Aynas, S. (2019). Yabancı uyruklu öğrencilerin sosyal destek algıları ile psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumlarının incelenmesi: Van yüzüncü yıl üniversitesi örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(70), 518–537. <https://doi.org/10.17755/esosder.416882>
- Koç, Z., Çınarlı, T., Şener, A., & Keskin Kızıltepe, S. (2018). Patricia Benner: Hemşirelik uygulamalarında klinik bilgelik ve beceri edinimi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 9(1), 1–12.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). Handbook of religion and health. *Oxford: Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*, 2012, 33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G. (2020). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Korkmaz, S. (2021). Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma, sosyal medya bağımlılığı ve yalnızlık ilişkisi. *Tasavvur: Tekirdağ İlahiyat Dergisi*, 7(1), 237–271. <https://doi.org/10.47424/tasavvur.883693>

- Korkmaz, S., Akyürek, R., & Karaçalı, M. (2023). Dini başa çıkma, şükür, takdir etme, endişe ve anksiyete ilişkisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 10(2), 738–766.
- Krause, N. (2006). Exploring the stress-buffering effects of church-based social support and secular social support on health in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61B(1), S35-S43.
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5457. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>
- Levin, J. (2016). Religion and health: An overview of selected studies on stress, coping, and well-being. *Social Work & Health Care*, 7(4), 117-129.
- Liu, X., Zhang, L., & Wang, Y. (2022). The mediating role of perceived social support in the relationship between meaning in life and self-regulation among adolescents: Moderation by gender. *Frontiers in Psychology*, 13, 1087668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1087668>
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. <https://doi.org/10.17681/hsp-dergisi.316894>
- Matthews, D. A., Larson, D. B., Saunders, D. M., Barry, C. P., Templeton Foundation, & National Institute for Healthcare Research. (1993). The faith factor : An annotated bibliography of clinical research on spiritual subjects. *National Institute for Healthcare Research*.
- McCarthy, M., & Taylor, R. (2023). Aging, spirituality, and coping: A qualitative study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 78(4), 500–515.
- Menekli, T., Dolu, S., Çoşkun, Ö., & Torun, M. (2021). Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 84–94.
- Milberg, A., Wählberg, R., & Krevers, B. (2014). Patients’ sense of support within the family in the palliative care context: What are the influencing factors? *Psycho-Oncology*, 23(12), 1340–1349. <https://doi.org/10.1002/pon.3564>
- Murat, A., & Kızılgeçit, M. (2017). Dini başa çıkma ve psikopatoloji ilişkisi (Rize örneği). *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6(11), 111–151.
- Önalın, E. (2020). *Dünyada palyatif bakım uygulamaları*. Akademisyen Kitabevi.
- Önem Akçakaya, R., & Çelik Erden, S. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician*, 5(2), 18–25. <https://doi.org/10.5607/en.2012.21.4.141>
- Özdemir, F. (2016). Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayın No:437654) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi] <https://tez.yok.gov.tr/>
- Öztürk, Ö., & Maçkalı, Z. (2022). Umutsuzluk ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(1), 94–107. <https://doi.org/10.5455/kpd.26024438m000058>
- Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2021). Religious and spiritual struggles and mental health: Implications for clinical practice. *Spiritual Care*, 1(1), 1–15. <https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0063>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (2013). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 5(1), 1-95. <http://dx.doi.org/10.1080/08870448908400361>
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik*. <https://www.saglik.gov.tr/TR-10526/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>
- Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>

- Şeker Ş. (2018). *Parasosyal etkileşim: Kişilik özellikleri, sosyal destek ve bazı psikolojik ve sosyo-demografik değişkenler açısından bir inceleme* (Yayın No:499564) [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi ] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Şenel, A. F., Tolan, Ö., & Ayna, Y. E. (2021). Algılanan Sosyal Destek ve Dindarlık Düzeyinin Psikolojik Semptomlar Üzerindeki Etkisi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(1), 711-743. <https://doi.org/10.17679/inuefd.824003>
- Şentepe, A. (2015). Yaşlılık döneminde dini başa çıkma. *İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 186-205. <https://doi.org/10.15869/itobiad.03791>
- Sertöz, Ö. Ö. (2017). Palyatif bakımda hasta açısından psikiyatrik semptomlara yaklaşımın temelleri. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon - Özel Konular*, 10(1), 79–86.
- Şekerli, B. (2024). Bilişsel psikoloji perspektifinden din ve maneviyat. *Türk Din Psikolojisi Dergisi*, 9, 41–62. <https://doi.org/10.59379/tdpd.1382015>
- Şener, A., Kurtgöz, A., & Koç, Z. (2022). Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 63–70. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.974401>
- Taşkın Egici, M., Kök Can, M., Toprak, D., Öztürk, G. Z., Esen, E. S., Özen, B., & Sürekcı, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 123–131. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.38247>
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354-362. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.87.3.354>
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015, Temmuz 7). *Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78–82.
- Topuz, İ. (2003). *Dini gelişim seviyeleri ile dini başa çıkma tutumları arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*. Yayın No:127985 [Doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Tosun, T. (2021). Ergenlerde Psikolojik iyi oluşun algılanan sosyal destek ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Journal of Multidisciplinary Studies in Education*, 5(4), 123-142.
- Turgut, A. Ş., & Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460–476. <https://doi.org/10.33417/tsh.662982>
- Türk Dil Kurumu. (2024). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Palyatif. <https://sozluk.gov.tr/>
- Ullrich, A., Marx, G., Bergelt, C., Benze, G., Zhang, Y., Wowretzko, F., Heine, J., Dickel, L. M., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2021). Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: A prospective longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1303–1315. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05565-z>
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81–90.
- Vigna, P. M., de Castro, I., & Fumis, R. R. L. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care*, 19(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00585-2>
- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer’s disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging and Mental Health*, 12(3), 357–365. <https://doi.org/10.1080/13607860801933323>
- World Health Organization (WHO). (2002). *WHO definition of palliative care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- World Health Organization (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>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Palliative care*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- World Health Organization. (2021). *Dementia: Rates of dementia*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>
- World Hospice and Palliative Care Alliance (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)
- Yılmaz, M., & Yazgı, Z. G. (2020). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60–70. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3863.2401>
- Yorulmaz, E., & Boyacıoğlu, İ. (2020). Psikolojik şiddet gören kadınlarda algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlık üzerindeki etkisi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 8(18). <https://doi.org/10.7816/nesne-08-18-06>
- Zengin, M., & Taş, R. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile stres ve stresle baş etme davranışları arasındaki ilişki. *Balıkesir Medical Journal*, 7(1), 15–24.
- Zhang, Y., Li, J., Zhang, Y., Chen, C., Guan, C., Zhou, L., Zhang, S., Chen, X., & Hu, X. (2024). Mediating effect of social support between caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients in palliative care units. *European Journal of Oncology Nursing*, 68, 102509. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102509>



## 8.EKLER

### 8.1. EK 1 Kişisel Bilgi Formu

#### 1. Cinsiyetiniz:

a ( ) Kadın b ( ) Erkek

#### 2. Yaşınız: .....

#### 3. Medeni Durumunuz:

a ( ) Hiç Evlenmedim b ( ) Evliyim c ( ) Boşandım/Eşim Vefat Etti

#### 4. Eğitim durumunuz

a ( ) Okuryazar-değil

b ( ) İlkokul

c ( ) Ortaokul

d ( ) Lise

e ( ) Üniversite ve Üzeri

#### 5. Mesleğiniz

a ( ) Memur b ( ) İşçi c ( ) Serbest Meslek d ( )Ev Hanımı

e ( )Diğer (Lütfen Yazınız): .....

#### 6.Ailenizin aylık ortalama geliri (lütfen yazınız):

- Gelirler harcamalardan az
- Gelirler ve harcamalar eşit
- Gelirler harcamalardan fazla

#### 7. Hastaya yakınlık dereceniz?

a ( ) Anne-Baba b ( ) Eş c ( ) Çocuk d ( )Torun

8.( ) Diğer Akrabalar (Lütfen Yakınlığınızı yazınız).....

#### 9. Hastaya ne zamandan beri bakım sağlıyorsunuz?

a ( ) 0-12 ay b ( ) 1-2 yıl c ( ) 3-4 yıl d ( ) 4 yıldan fazla

#### 10. Hastanıza sizin ile birlikte aile içinde başka bakım veren var mı?

a ( ) Evet b ( ) Hayır Evet ise Yakınlığı.....

**11. Hastanıza bakım verirken size yardım eden çalışanınız var mı?**

a ( ) Evet      b ( ) Hayır

**12. Yakınınızın bakımı için günde ne kadar zaman harcıyorsunuz? .....saat**

a ( ) 1 saat      b ( ) 1-3 saat      c ( ) 3-5 saat      d ( ) 5 saat ve üzeri

**13. Gün içerisinde kendinize ayırabildiğiniz zaman ne kadardır? .....saat**

a ( ) 1 saat      b ( ) 1-3 saat      c ( ) 3-5 saat      d ( ) 5 saat ve üzeri

**14. Bakım verme sebebiyle kendinizi ihmal ettiğiniz oluyor mu?**

a ( ) Evet      b ( ) Hayır

8.1. EK 2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmeniz için '1' den '7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

**1. İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**10. Yanımda duygularıma önem veren özel bir insan var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**8.1. EK 3 Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBCÖ)**

Aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra, **hayatta bir problemle karşılaştığınızda** genel olarak nasıl davrandığınızı düşünerek durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.

(1)Hemen hemen hiç yapmam (2)Çok az yaparım (3)Orta derecede yaparım (4)Sıklıkla yaparım

1	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'a daha yakın olmaya çalışırım.	1	2	3	4
2	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, bunun imanımı derinleştirmek için Allah'tan gelen bir imtihan olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
3	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sevgisini ve himayesini isterim.	1	2	3	4
4	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, teselli bulmak için Kuran-ı Kerim okurum.	1	2	3	4
5	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'tan bağışlanma dilerim.	1	2	3	4
6	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sabırlı olmayı emrettiğini kendime hatırlatırım.	1	2	3	4
7	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, elimden geleni yapar, gerisini Allah'ın takdirine bırakırım.	1	2	3	4
8	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, işlediğim günahlardan dolayı Allah tarafından cezalandırıldığımı inanırım.	1	2	3	4
9	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın beni cezalandırmasına neden olacak ne yaptığımı merak ederim.	1	2	3	4
10	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, yeterince sadık bir kul olmadığım için Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	1	2	3	4

## 8.1. EK 4 Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmamızın amacı palyatif bakım alan hastaların yakınlarının dini başa çıkma tarzları ile algılanan sosyal destek düzeylerini etkileyen faktörlerin arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Kişisel herhangi bir değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir. Verilerin gizliliği sağlanacak, yayın aşamasında ya da çalışmanın diğer aşamalarında bilgileri çalışma ekibi dışındaki kişiler ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanızdan dolayı herhangi bir ödül, ceza ya da ücret ödemesi yapılmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılma izni, imkânı bulunmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme ya da tamamlanmadan çalışmadan ayrılma durumlarında herhangi bir baskı, zorlama ya da olumsuz tutuma maruz kalınmayacaktır (SİZ YA DA HASTANIZ). Çalışma boyunca hiçbir maddi yükümlülük bulunmamaktadır herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Ben, (katılımcı yakını adı)....., katılması istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerine düşen sorumluluklarını tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Herhangi bir durumda araştırmacı ile iletişime geçebileceğimi biliyorum.

Araştırma yürütücüsü: Havva EĞERCİ Tel:xxxxxxxxxxxx

E-posta adresi: xxxxxxxxxxxxxxxx

Katılımcının Yakınının Adı – Soyadı:

İmzası:

## 8.1. EK 5 Etik Kurul Kararı



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 42

Toplantı Tarihi: 06.03.2024

Karar Sayısı:2024/709:(Başvuru ID: 18420) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nesibe Günay MOLU'nun "Palyatif Bakım Alan Hasta Yakınlarının Dini Baş Etme Yöntemleri ile Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışma başlığı ve veri toplama tekniği araçlarını değiştirme talebi ile ilgili dilekçesi görüşüldü. Araştırma çalışma başlığının "Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini Etkileyen Faktörler" olarak değiştirilmesinin ve kullanılan veri toplama teknikleri ile ilgili değişiklik taleplerinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Nesibe Günay MOLU

Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Havva EĞERCİ

ASLİGİBİDİR  
06.03.2024

Prof. Dr. Emine GEÇKİL  
Etik Kurul Başkanı

8.1. EK 6 Kurum İzni



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-86737044-806.99-239411640  
Konu : Bilimsel Araştırma Başvurunuz Hk.  
(Havva EĞERCİ)

15.03.2024

Sayın; Havva EĞERCİ  
(Meram Devlet Hastanesi)

İlgi : a) 19.02.2024 tarihli dilekçeniz.  
b) 14.03.2024 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçe ve eklerinde Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU ile Yardımcı Araştırmacı Havva EĞERCİ' nin " Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini Etkileyen Faktörler " başlıklı çalışmasının Meram Devlet Hastanesi'nde yapılması hususundaki başvuru Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan komisyon tarafından değerlendirilmiştir.

Bahse konu çalışma uygun bulunmuş olup, taahhümenize uygun bir şekilde yürütmeniz ve tamamlandığında bir nüshalarının İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Erkan ATAŞ  
İl Sağlık Müdürü a.  
Başkan

## 8.1. EK 7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni

Ölçek izni Gelen Kutusu x

**H** Havva Eğerci  
Alıcı: haluk.arkar

28 Mar 2024 13:24 ☆ ☹ ↶ ⋮

Merhaba Haluk Bey,  
Yüksek lisans tezimde Doğan Eker hocam ile Türkçe geçerliliğini yaptığımız Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kullanmak istiyorum , sizin için uygunsa teşekkür ediyorum, iyi çalışmalar diliyorum.

---

**h** haluk arkar  
Alıcı: ben

30 Mar 2024 21:09 ☆ ☹ ↶ ⋮

Sayın Havva Eğerci,  
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz.  
Başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Haluk Arkar  
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

## 8.1. EK 8 Dini Başa Çıkma Ölçeği İzni

Ölçek izni Gelen Kutusu x

**H** Havva Eğerci  
Alıcı: halileksi

7 Temmuz Cum 19:26 ☆ ↶

Merhaba Halil Bey,  
Yüksek lisans tezimde Türkçe geçerliliğini yaptığımız Dini Başa Çıkma Ölçeğini kullanmak istiyorum , sizin için uygunsa teşekkür ediyorum, iyi çalışmalar diliyorum.

---

**h** Prof.Dr. Halil Eksi  
Alıcı: ben

8 Temmuz Cmt 20:40 ☆ ↶

Memnuniyet ile kullanabilirsin Havva Tüm detaylar TOADda mevcut

---

Prof. Dr. Halil Eksi  
Marmara Üniversitesi  
Atatürk Eğitim Fakültesi  
Eğitim Bilimleri Bölümü Başkanı  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı  
Göztepe Kampüsü 34722  
Kadıköy İSTANBUL