

Manevi Bakım Uzmanlarının Palyatif Bakım Hasta Yakınlarının Psikososyal İyilik Hali Üzerine Etkisi: Uşak İli Örneği

The Effect of Spiritual Care Specialists on the Psychosocial Well-Being of Relatives of Palliative Care Patients: The Uşak Example

Utku Eser

Dr.Öğr.Üyesi, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada, palyatif bakım hastalarının yakınlarına manevi bakım uzmanı tarafından verilen kısa süreli yapılandırılmış desteğin psikolojik iyilik hali, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, bu desteğin kısa dönem psikososyal değişim açısından standart palyatif bakım ile karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kontrollü ön test-son test tasarımı çalışma, 1 Temmuz-30 Eylül 2025 tarihleri arasında Uşak'ta bir palyatif bakım ünitesinde yürütüldü. Örneklem büyüklüğü orta düzey etki büyüklüğü, %80 güç ve %5 tip I hata varsayımıyla hesaplandı. Olası kayıplar eklenerek; araştırmaya 100 hasta-hasta yakını çifti dahil edildi (manevi bakım grubu 50, kontrol grubu 50 katılımcı). Manevi bakım grubuna yedi günlük izlem süresinde iki bireysel görüşme uygulandı. Psikolojik iyilik hali WHO-5 İyilik Hali İndeksi, anksiyete ve depresyon Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile başlangıçta ve 7. günde değerlendirildi. Grupların değişim puanları bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar başlangıç özellikleri ve başlangıç ölçek puanları açısından benzerdi. WHO-5 değişim puanı manevi bakım grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti (gruplar arası fark 1,12 puan; %95 GA 0,14-2,10; p=0,0254). HADS-Anksiyete değişiminde manevi bakım lehine -1,46 puan (%95 GA -2,31 ile -0,61; p=0,0009), HADS-Depresyon değişiminde ise -0,90 puanlık fark (%95 GA -1,69 ile -0,11; p=0,0257) saptandı.

Sonuç: Kısa süreli manevi bakım desteği, hasta yakınlarının iyilik halindeki artış ve anksiyete-depresyon belirtilerindeki azalma ile ilişkili bulundu. Bulgular, palyatif bakımda aile üyelerinin psikososyal ve manevi gereksinimlerinin sistematik olarak ele alınmasının yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Müdahalenin kısa, bireysel ve rutin klinik işleyişe uyarlanabilir olması, palyatif bakım ekipleri açısından uygulanabilir bir destek modeli oluşturabileceğini düşündürmektedir. Manevi bakım uzmanı desteği, palyatif bakım hasta yakınlarının kısa dönem psikososyal iyilik halini destekleyebilir.

Anahtar kelimeler: Palyatif Bakım; Bakım Verenler; Maneviyat; Anksiyete; Depresyon

Summary

Objective: To evaluate the effect of short-term structured support delivered by a spiritual care specialist on psychological well-being, anxiety, and depression among relatives of patients receiving palliative care. A secondary aim was to compare short-term psychosocial changes with those observed under standard palliative care.

Material and Methods: This prospective controlled pretest-posttest study was conducted in a palliative care unit in Uşak between July 1 and September 30, 2025. Sample size was estimated assuming a moderate effect size, 80% power, and a two-sided alpha of 0.05. With the potential loss to follow-up; a total of 100 patient-relative dyads were included (50 participants in the spiritual care group and 50 in the control group). The intervention group received two individual spiritual care sessions during a seven-day follow-up. Psychological well-being was assessed using the WHO-5 Well-Being Index, and anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale at baseline and day 7. Change scores were compared between groups using the independent-samples t test.

Results: The groups were comparable in baseline characteristics and baseline scale scores. Improvement in WHO-5 was greater in the spiritual care group (between-group difference 1.12 points; 95% CI 0.14 to 2.10; p=0.0254). The between-group difference in HADS-Anxiety change was -1.46 points (95% CI -2.31 to -0.61; p=0.0009), and the difference in HADS-Depression change was -0.90 points (95% CI -1.69 to -0.11; p=0.0257), both favoring spiritual care.

Conclusion: Short-term spiritual care support was associated with improved well-being and reduced anxiety and depressive symptoms among relatives of palliative care patients. These findings suggest that systematically addressing psychosocial and spiritual needs of family members may be beneficial in palliative care. The brief and individualized nature of the intervention may also facilitate its integration into routine palliative care practice. Support by a spiritual care specialist may improve short-term psychosocial well-being among relatives of palliative care patients.

Key words: Palliative Care; Caregivers; Spirituality; Anxiety; Depression

Kabul tarihi: 26.Aralık.2025

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı; fiziksel, psikososyal ve manevi sorunları erken tanımayı ve azaltmayı hedefleyen bütüncül bir yaklaşımdır (1). Ciddi hastalık döneminde maneviyat; anlam, umut, değerler, ilişkiler ve kişinin hastalık deneyimini yorumlama biçimiyle yakından ilişkilidir. Güncel kanıtlar, manevi gereksinimlerin ciddi hastalık bakımında göz ardı edilmemesi gereken hasta merkezli bir alan olduğunu göstermektedir (2).

Palyatif bakım sürecinde aile üyeleri yalnızca refakatçi değil, bakımın önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte bakım verme rolü; belirsizlik, yaklaşan kayıp, fiziksel yorgunluk, sosyal kısıtlanma, anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili olabilir (3,4). Türkiye’den yapılan çalışmalar da palyatif bakım hasta yakınlarında psikososyal sorunların ve manevi baş etme gereksinimlerinin önemli olduğunu göstermektedir (5,6).

Hasta yakınlarına yönelik destek müdahaleleri farklı içeriklerde uygulanmaktadır. Türkiye’de yapılan randomize bir çalışmada palyatif bakım hasta yakınlarına verilen yapılandırılmış hemşirelik desteğinin umutsuzluk üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir (7). Manevi bakım müdahalelerini inceleyen güncel bir kapsam derlemesi ise görüşme, terapötik varlık, dini uygulamalar, meditasyon ve çok bileşenli yaklaşımlar gibi farklı yöntemlerin kullanıldığını göstermiştir (8). Buna karşın, palyatif bakım hasta yakınlarında kısa süreli manevi bakım uzmanı görüşmelerinin psikolojik iyilik hali ve duygusal belirtiler üzerindeki etkisini değerlendiren yerel çalışmalar sınırlıdır.

Manevi bakımın kapsamı yalnızca dini uygulamalarla sınırlı değildir. Ciddi hastalık bağlamında kişinin yaşamına anlam verme biçimi, umut kaynakları, değerleri, ilişkileri, kayıp korkusu ve geleceğe ilişkin beklentileri de manevi alanın parçası olarak değerlendirilmektedir (2). Bu nedenle hasta yakınlarında manevi gereksinimlerin ele alınması,

psikolojik destekten tamamen ayrı bir uygulama olarak değil, palyatif bakımın bütüncül yaklaşımını tamamlayan bir unsur olarak görülebilir. Özellikle hastalık yükünün arttığı ve prognoz belirsizliğinin belirginleştiği dönemlerde, hasta yakınlarının duygularını ifade edebilecekleri güvenli bir görüşme ortamının oluşturulması klinik açıdan önem taşımaktadır (3,8).

Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım ünitesinde izlenen hastaların yakınlarında manevi bakım uzmanı tarafından sunulan kısa süreli yapılandırılmış desteğin psikolojik iyilik hali, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Çalışmada temel beklenti, manevi bakım desteği alan hasta yakınlarında WHO-5 iyilik hali puanlarının daha fazla artması, HADS anksiyete ve depresyon puanlarının ise kontrol grubuna göre daha belirgin azalmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tasarımı ve çalışma dönemi

Bu çalışma, prospektif kontrollü ön test-son test tasarımı olarak 1 Temmuz-30 Eylül 2025 tarihleri arasında Uşak’ta tek bir palyatif bakım ünitesinde yürütüldü. Araştırmanın analiz birimini palyatif bakım hastalarının birincil hasta yakınları oluşturdu. Her hastadan yalnızca bir hasta yakını çalışmaya alındı; böylece 100 hasta-hasta yakını çifti ve analizlerde 100 hasta yakını yer aldı. Çalışma süresince aynı değerlendirme çerçevesinin kullanıldığı ve tüm katılımcıların başlangıç ile 7. gün ölçümlerinin tamamlandığı kabul edildi.

Örneklem büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programı kullanılarak, iki bağımsız grubun değişim puanlarının karşılaştırılması esas alınarak hesaplandı (13). İki yönlü bağımsız örneklem t testi için orta düzey etki büyüklüğü (Cohen d=0,60), tip I hata olasılığı $\alpha=0,05$, istatistiksel güç %80 ve 1:1 grup oranı kabul edildiğinde gerekli minimum örneklem 90 kişi (45 kişi/grup) olarak hesaplandı. Yaklaşık %10 olası veri kaybı/izlem kaybı göz önüne alınarak hedef örneklem 100 kişi olarak belirlendi (50 kişi/grup). Simülasyon

senaryosunda 100 katılımcının tamamı 7. gün değerlendirmesini tamamladığından nihai analiz n:100 üzerinden gerçekleştirildi.

Katılımcılar

Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde olan, palyatif bakım hastasının birincil aile üyesi veya bakım vereni olan, Türkçe iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler dahil edildi. Ciddi bilişsel veya iletişim sorunu bulunan, değerlendirme formlarını tamamlayamayan veya akut psikiyatrik kriz nedeniyle acil uzman değerlendirmesi gereken bireyler dışlandı.

Gruplar ve manevi bakım uygulaması

Katılımcılar rutin klinik süreçte manevi bakım uzmanı ile görüşme durumlarına göre manevi bakım ve kontrol gruplarında değerlendirildi. Manevi bakım grubundaki 50 hasta yakınına 7 günlük dönem içinde, yaklaşık 25-30 dakika süren iki bireysel görüşme yapıldığı kabul edildi. Görüşmeler aktif dinleme, hastalık sürecine anlam verme, umut ve baş etme kaynaklarını güçlendirme, korku ve çaresizlik duygularını ifade etme ve katılımcının tercih etmesi halinde dini/manevi kaynakların kullanımını içerdi. Kontrol grubundaki 50 hasta yakını standart palyatif bakım hizmetini aldı ancak çalışma döneminde yapılandırılmış manevi bakım görüşmesi almadı. İlk görüşmede hasta yakınının mevcut duygusal yükü ve manevi gereksinimleri ele alınırken, ikinci görüşmede önceki görüşmede belirlenen baş etme kaynakları ve devam eden kaygılar yeniden değerlendirildi. Görüşmeler standart bir psikoterapi uygulaması olarak değil, destekleyici manevi bakım görüşmesi olarak kurgulandı ve katılımcının istemediği herhangi bir dini uygulama önerilmedi.

Veri toplama araçları

WHO-5 İyilik Hali İndeksi beş maddeden oluşan kısa bir öz bildirim aracıdır ve psikolojik iyilik halinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır; yüksek puan daha iyi iyilik halini göstermektedir (9). Anksiyete ve depresif belirtiler, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen 14 maddelik Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile değerlendirildi (10). HADS'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve ark. tarafından gösterilmiş, sonraki Türkçe çalışmalar da ölçeğin güvenilirliğini desteklemiştir (11,12). WHO-5 ve HADS başlangıçta ve 7. günde uygulandı. Her iki ölçeğin kısa sürede uygulanabilmesi ve klinik ortamda hasta yakınlarının yükünü belirgin şekilde artırmaması nedeniyle bu araştırma için uygun olduğu düşünüldü. Ölçekler başlangıç değerlendirmesinde gruplar oluşturulduktan sonra ve 7. gün izleminde aynı sırayla uygulandı.

İstatistiksel analiz

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Başlangıçta grupların karşılaştırılmasında sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Birincil karşılaştırma, başlangıç ile 7. gün arasındaki değişim puanlarının iki grup arasında bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmasıydı. Gruplar arası ortalama değişim farkları %95 güven aralıkları ile verildi. Etki büyüklüğü Cohen d ile hesaplandı. Tüm testler iki yönlüydü ve p<0,05 istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. Değişim puanı, 7. gün puanından başlangıç puanının çıkarılmasıyla hesaplandı. Buna göre WHO-5 için pozitif değişim iyileşmeyi, HADS alt ölçeklerinde negatif değişim ise anksiyete veya depresif belirti düzeyinde azalmayı ifade etti. Bulgular yalnızca istatistiksel anlamlılıkla değil, güven aralıkları ve etki büyüklükleriyle birlikte yorumlandı.

Etik uygunluk

Araştırma için Uşak Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.06.2025 tarihinde etik uygunluk verilmiş; katılımcılardan araştırma öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır (karar no: 719-719-23).

Bulgular

Toplam 100 hasta yakınının 50'si manevi bakım, 50'si kontrol grubunda yer aldı. Gruplar yaş, cinsiyet, hastanın yaşı, malignite varlığı ve başlangıç ölçek puanları açısından istatistiksel olarak benzerdi (Tablo.1). Çalışmaya dahil edilen 100 katılımcının tamamının 7. gün değerlendirmesini tamamladığından analizlerde eksik veri bulunmadı. Manevi bakım grubunda hasta yakınlarının ortalama yaşı 49,20±7,89 yıl, kontrol grubunda 47,40±10,08 yıl idi; kadın katılımcı oranları sırasıyla %58 ve %66 olarak bulundu. Gruplar arasında bu değişkenler açısından anlamlı fark saptanmadı.

Yedi günlük izlem sonunda WHO-5 ortalama puanı manevi bakım grubunda 10,82±3,32'den 13,58±3,49'a, kontrol grubunda ise 10,34±3,17'den 11,98±4,07'ye yükseldi. Manevi bakım grubundaki ortalama artış 2,76 puan, kontrol grubundaki artış 1,64 puan olup gruplar arası değişim farkı 1,12 puan olarak saptandı (%95 GA 0,14-2,10; p=0,0254; Cohen d=0,45). HADS-Anksiyete puanı manevi bakım grubunda 10,08±2,59'dan 7,66±2,94'e, kontrol grubunda 9,58±3,39'dan 8,62±3,86'ya geriledi. Anksiyete değişimindeki gruplar arası fark -1,46 puandı (%95 GA

-2,31 ile -0,61; $p=0,0009$). HADS-Depresyon puanları da manevi bakım grubunda $9,38\pm3,33$ 'ten $7,88\pm3,54$ 'e, kontrol grubunda $9,00\pm2,97$ 'den $8,40\pm3,81$ 'e geriledi; gruplar arası değişim farkı -0,90 puan olarak bulundu (%95 GA -1,69 ile -0,11; $p=0,0257$). Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, üç psikososyal göstergenin de manevi bakım grubu lehine değiştiği

görüldü. En belirgin gruplar arası fark HADS-Anksiyete değişiminde ortaya çıktı. Bununla birlikte çalışma kısa süreli olduğu için sonuçlar uzun dönemli klinik etkiyi değil, yalnızca ilk haftadaki psikososyal değişimi yansıtmaktadır (Tablo.2, Şekil.1, Şekil.2).

Tablo 1. Grupların başlangıç özellikleri

Değişken	Manevi bakım (n:50)	Kontrol (n:50)	P
Hasta yakını yaşı, yıl	49,20 $\pm$ 7,89	47,40 $\pm$ 10,08	0.323
Kadın cinsiyet, n (%)	29 (58)	33 (66)	0.537
Hasta yaşı, yıl	74,48 $\pm$ 11,00	71,10 $\pm$ 8,01	0.082
Malignite, n (%)	28 (56)	21 (42)	0.230
WHO-5 başlangıç	10,82 $\pm$ 3,32	10,34 $\pm$ 3,17	0.461
HADS-Anksiyete başlangıç	10,08 $\pm$ 2,59	9,58 $\pm$ 3,39	0.409
HADS-Depresyon başlangıç	9,38 $\pm$ 3,33	9,00 $\pm$ 2,97	0.548

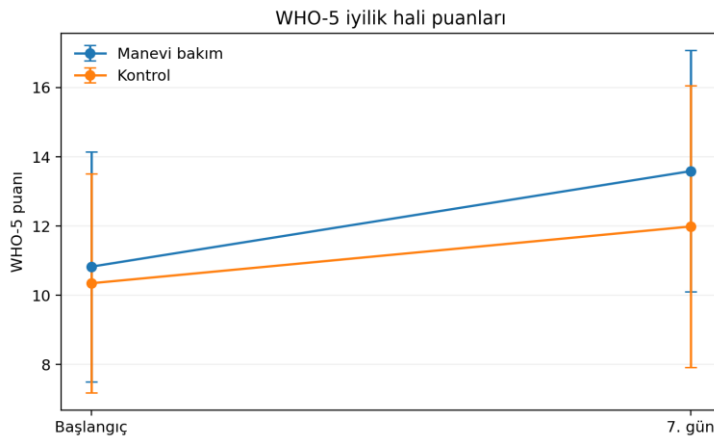
Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 2. Başlangıç ve 7. gün psikososyal ölçek puanları ile gruplar arası değişim farkları

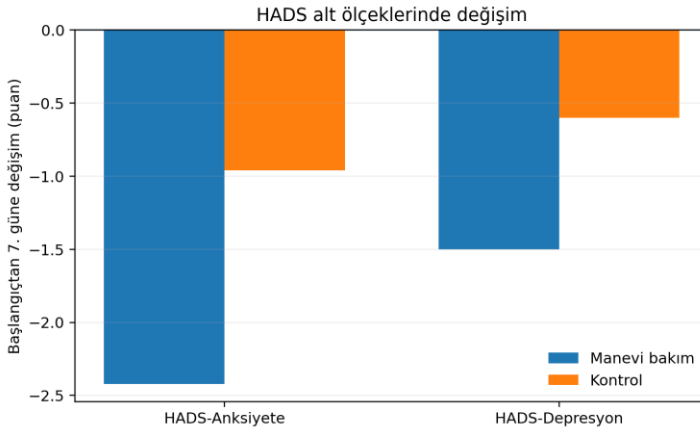
Sonuç	MB başlangıç	MB 7. gün	K başlangıç	K 7. gün	Δ fark (%95 GA)	p
WHO-5	10,82 $\pm$ 3,32	13,58 $\pm$ 3,49	10,34 $\pm$ 3,17	11,98 $\pm$ 4,07	1,12 (0,14; 2,10)	0.0254
HADS-Anksiyete	10,08 $\pm$ 2,59	7,66 $\pm$ 2,94	9,58 $\pm$ 3,39	8,62 $\pm$ 3,86	-1,46 (-2,31; -0,61)	0.0009
HADS-Depresyon	9,38 $\pm$ 3,33	7,88 $\pm$ 3,54	9,00 $\pm$ 2,97	8,40 $\pm$ 3,81	-0,90 (-1,69; -0,11)	0.0257

(MB: Manevi bakım; GA: Güven aralığı.)

Şekil 1. Manevi bakım ve kontrol gruplarında WHO-5 puanlarının başlangıç ve 7. gün dağılımı. Hata çubukları standart sapmayı göstermektedir.



Şekil 2. HADS-Anksiyete ve HADS-Depresyon alt ölçeklerinde başlangıçtan 7. güne ortalama puan değişimi



(Negatif değerler belirti düzeyinde azalmayı göstermektedir.)

Tartışma

Bu çalışmada, palyatif bakım hastalarının yakınlarına verilen iki kısa manevi bakım görüşmesi sonrasında psikolojik iyilik halinde kontrol grubuna göre daha fazla artış ve anksiyete ile depresyon belirtilerinde daha belirgin azalma gözlemlendi. Bulgular, aile üyelerinin palyatif bakımın aktif bir parçası olarak ele alınması gerektiğini vurgulayan literatürle uyumludur (3,4).

Türkiye’de palyatif bakım hasta yakınlarıyla yapılan çalışmalar, bakım sürecinin psikososyal yük oluşturabildiğini ve manevi baş etme gereksinimlerinin önemli olduğunu göstermektedir (5,6). Kurtgöz ve Koç tarafından yapılan randomize çalışmada yapılandırılmış bakım desteğinin hasta yakınlarında umutsuzluğu azalttığı bildirilmiştir (7). Bu sonuç, mevcut çalışmada manevi bakım grubunda gözlenen daha iyi psikososyal sonuçlarla benzer yöndedir.

Manevi bakım tek bir standart uygulamadan oluşmamaktadır. Güncel kapsam derlemesinde destekleyici görüşmeler, terapötik varlık, dini uygulamalar, meditasyon ve farklı çok bileşenli müdahaleler tanımlanmıştır (8). Bu çalışmadaki yaklaşım özellikle aktif dinleme, anlamlandırma, umut ve kişisel manevi kaynakların desteklenmesine odaklanmıştır. Bu basit yapının, yoğun palyatif bakım hizmetlerinde uygulanabilirlik açısından avantaj sağlayacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın sonuçları özellikle anksiyete boyutunda daha belirgin bir kısa dönem değişime işaret etmektedir. Palyatif bakımda hasta yakınları aynı anda

hastanın semptomları, prognoz belirsizliği, aile içi sorumluluklar ve olası kayıp ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle kısa bir görüşmede tüm psikososyal yükün ortadan kalkması beklenmemelidir. Bununla birlikte kişinin kaygısını ifade edebilmesi, anlam ve umut kaynaklarının hatırlatılması ve kendisini yalnız hissetmediği bir destek ortamının sağlanması ilk günlerde ölçülebilir bir rahatlama oluşturabilir. Bu yorum, manevi bakımın psikiyatrik veya psikolojik tedavinin yerine geçmediği; gerektiğinde ilgili disiplinlere yönlendirmeyi tamamlayan bir destek alanı olduğu dikkate alınarak yapılmalıdır.

Hasta yakınlarına yönelik psikososyal müdahalelerin yararı daha önce de gösterilmiştir. Ev temelli palyatif bakımda yapılan randomize bir çalışma, hedeflenmiş destek programlarının hasta yakınlarının psikolojik sıkıntısını azaltabileceğini bildirmiştir (14). Onkoloji alanındaki müdahale çalışmalarının derlemeleri de eğitim, destekleyici bakım ve psikososyal yaklaşımların bakım veren sonuçlarında iyileşme sağlayabildiğini göstermektedir (15,16). Bakım verenlerde dayanıklılığın desteklenmesi de daha düşük psikolojik sıkıntı ve daha iyi uyumla ilişkilidir (17).

Psikososyal ve manevi boyutları birlikte ele alan aile odaklı yaklaşımlar giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Aile Onuru Müdahalesi gibi modeller hasta ve aileyi birlikte hedefleyen bütüncül yaklaşımlara örnektir (18). Benzer biçimde yakın dönem randomize bir çalışmada onur terapisi hasta ve aile bakım verenlerinin psikolojik ve iyilik hali sonuçları açısından değerlendirilmiştir (19). Bu

çalışmalar, palyatif bakımın yalnızca hastaya değil aile sistemine yönelmesinin önemini desteklemektedir.

Klinik uygulama açısından bu tür bir modelin önemli bir avantajı, kapsamlı ve uzun süreli bir program gerektirmeden mevcut palyatif bakım ekibine eklenebilmesidir. Özellikle yüksek bakım yükü, yoğun kaygı, yaklaşan kayba ilişkin korku veya manevi sıkıntı bildiren hasta yakınlarının erken dönemde belirlenmesi ve uygun profesyonelle yönlendirilmesi, aile merkezli palyatif bakım yaklaşımını güçlendirebilir. Bununla birlikte manevi bakımın içeriği kişinin değerlerine ve tercihlerine duyarlı olmalı; dini içerik ancak hasta yakınının talep ve kabulü doğrultusunda kullanılmalıdır.

Çalışmanın güçlü yönleri prospektif değerlendirme, eşit grup büyüklüğü, kısa ve klinikte uygulanabilir bir müdahale yapısı ve psikososyal sonuçların geçerli ölçeklerle değerlendirilmesidir. Bununla birlikte çalışma tek merkezlidir, randomizasyon yapılmamıştır ve izlem süresi yalnızca yedi gündür. Manevi bakım hizmetini kabul eden bireylerin başlangıçta farklı motivasyon veya manevi gereksinimlere sahip olma olasılığı seçim yanlılığı oluşturabilir. Ayrıca manevi/dini yönelim düzeyi ayrı bir ölçekle ölçülmemiştir. Bu nedenlerle bulgular nedensel etki olarak yorumlanmamalıdır. Ayrıca iki grubun başlangıç özelliklerinin benzer olması, kısa dönem değişimin yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır. Buna karşılık örneklem yalnızca tek bir merkezden elde edildiği için bulguların farklı kültürel ve kurumsal yapılara doğrudan genellenmesi uygun değildir. Gelecek çalışmalarda manevi gereksinim düzeyi, bakım verme süresi, hastanın fonksiyonel durumu ve bakım verenin dini/manevi yönelimi gibi olası karıştırıcı değişkenlerin de modele dahil edilmesi yararlı olacaktır.

Sonuç

Palyatif bakım hastalarının yakınlarına manevi bakım uzmanı tarafından sağlanan kısa süreli yapılandırılmış destek, psikolojik iyilik halindeki artış ve anksiyete-depresyon belirtilerindeki azalma ile ilişkili bulunmuştur. Manevi bakımın palyatif bakım ekibinin aileye yönelik destek hizmetlerine entegre edilmesi yararlı olabilir. Bulguların randomize, çok merkezli ve daha uzun süreli çalışmalarla doğrulanması gereklidir. Kısa süreli ve bireyselleştirilmiş görüşmelerin uygulanabilir görünmesi, özellikle psikososyal gereksinimi belirgin hasta yakınlarının desteklenmesinde pratik bir seçenek oluşturabilir. Ancak bu sonuçlar, gerçek klinik etkinlik ve

sürdürülebilirliği göstermek için daha uzun izlemli çalışmalarla desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> adresinden 10.08.2026 tarihinde erişilmiştir.
2. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, ve ark. Spirituality in serious illness and health. JAMA 2022;328(2):184-97.
3. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. J Clin Oncol 2020;38(9):926-36.
4. Hudson P, Payne S. Family caregivers and palliative care: current status and agenda for the future. J Palliat Med 2011;14(7):864-9.
5. Özdemir F, Doğan S, Atayoğlu AT. Psychosocial problems of family caregivers of palliative care patients and their spiritual coping styles. Perspect Psychiatr Care 2020;56(3):636-41.
6. Uzun U, Başar S, Sarıtaş A. Spiritual needs of family caregivers in palliative care. BMC Palliat Care 2024;23(1):256.
7. Kurtgöz A, Koç Z. Effects of nursing care provided to the relatives of palliative care patients on caregivers' spiritual well-being and hope: a randomized controlled trial. Omega (Westport) 2023;88(1):318-32.
8. Jaman-Mewes P, Caetano da Silva de Oliveira M, Mazotti MR, de Goés Salvetti M. Spiritual care interventions for palliative care patients: a scoping review. Palliat Support Care 2024;22(5):1449-68.
9. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom 2015;84(3):167-76.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.
11. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 1997;8(4):280-7.
12. Paker N, Bugdayci D, Midik M, Celik B, Kesiktaş N. Reliability of the Turkish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the people with traumatic spinal cord injury. NeuroRehabilitation 2013;33(2):337-41.
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-60.
14. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R ve ark. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. Psychooncology 2015;24(1):19-24.

15. Ferrell B, Wittenberg E. A review of family caregiving intervention trials in oncology. *CA Cancer J Clin* 2017;67(4):318-25.
16. Jadalla A, Page M, Ginex PA, Coleman M, Vrabel M, Bevans M. Family caregiver strain and burden: a systematic review of evidence-based interventions when caring for patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2020;24(1):31-50.
17. Palacio G C, Krikorian A, Gómez-Romero MJ, Limonero JT. Resilience in caregivers: a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* 2020;37(8):648-58.
18. Ho AHY, Car J, Ho MR, Tan-Ho G, Choo PY, Patinadan PV, ve ark. A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017;18(1):587.
19. Seiler A, Amann M, Hertler C, Christ SM, Schettle M, Meier Kaeppli B, ve ark. Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers: a randomized controlled study. *BMC Palliat Care* 2024;23(1):73.

İletişim:

Dr.Öğr.Üyesi Utku Eser

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Tel: +90.276.2212121

Faks: +90.276.2212234

E-mail: utku.eser@usak.edu.tr