

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**



**PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM
VEREN BAKIM VERİCİLERE UYGULANAN
MANDALA BOYAMANIN ALGILANAN STRES,
KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ**

**BİR ÇALIŞMA
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Fatma GÜRCAN

2024

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Mustafa İSSİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Nursel AKSIN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN _____

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN _____

Dr. Öğr. Üyesi Gül DURAL _____

Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER _____



ETİK BEYAN

Kendime ait çalışmalar ile bu tez çalışmasını gerçekleştirdiğimi, çalışmaların planlanmasından, bulgularının elde edilmesine ve yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etiğe aykırı davranışım olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri ve verileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması içinde yer alan ancak bu tez çalışmasının bulguları arasında yer almayan verilere, bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fatma GÜRCAN

16/01/2024

Danışman

Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ELAZIĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bana her konuda destek veren, yardımlarını esirgemeyen, bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlandığım çok kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN 'a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yapılan çalışmayı SYO.23.01 BAP proje numarası ile destekleyen Fırat Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Araştırmamın uygulanmasına izin veren hastane yönetimine, verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Palyatif Bakım Servisi ekip üyelerine, araştırmaya katılan bakım vericilere, bu süreçte tüm sabır, ilgi ve desteğiyle beni motive eden çok değerli arkadaşım Engin KARAASLAN ve ailesine

Her aşamada ve her zaman bana inanan, beni destekleyen aileme, sevdiklerime ve yanımda olan herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

Fatma GÜRCAN

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
3.1. Genel Bilgiler.....	7
3.1.1. Palyatif Bakım Tanımı	7
3.1.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri.....	8
3.1.1.2. Dünyada Palyatif Bakım	10
3.1.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	11
3.1.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericiler	13
3.1.2.1. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Rolü.....	14
3.1.2.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Gereksinimleri.....	15
3.1.2.3. Palyatif Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar	15
3.1.2.4. Palyatif Bakım Vericilerin Algıladığı Stres	16
3.1.2.5. Palyatif Bakım Vericilerde Kaygı.....	17
3.1.2.6. Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi	17
3.1.2.7. Palyatif Bakım Vericiler ve Hemşirenin Rolü	18
3.1.3. Sanat Terapisi.....	19

3.1.3.1. Mandala Boyama	21
3.1.3.2. Sanat Terapisi ve Hemşirelik	22
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
4.1. Araştırmanın Tipi.....	24
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
4.4. Veri Toplama Araçları	29
4.5. Verilerin Toplanması	31
4.6. Hemşirelik Girişimleri	34
4.7. Araştırmanın Değişkenleri	35
4.8. Verilerin Değerlendirilmesi	36
4.9. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları	36
4.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	37
5. BULGULAR.....	38
6. TARTIŞMA.....	45
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	64
9. ÖZGEÇMİŞ	79

TABLO LİSTESİ

Tablo 5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=80).....	38
Tablo 5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=80)	40
Tablo 5.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası Durumluk Kaygı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 5.6. Mandala Boyamasının Algılanan Stres, Durumluk Kaygı ve Yaşama Kalitesi Üzerine Etkisini Belirlemek İçin Gerçekleştirilen Regresyon Analizi Sonuçları.....	44

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Palyatif Bakım Servisi Hasta Odası.....	24
Şekil 4.2. Örneklem hesaplaması.....	26
Şekil 4.3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı	28
Şekil 4.4. Mandala Boyama Örnekleri.....	32
Şekil 4.5. Araştırmanın Yürütülme Süreci	33
Şekil 4.6. Mandala Boyamanın Uygulanması.....	35



KISALTMALAR LİSTESİ

AATA	:Amerikan Sanat Terapisi Derneği
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
ASÖ	:Algılanan Stres Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DKÖ	:Durumluk Kaygı Ölçeği
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KETEM	:Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KPBM	:Üçüncü Seviye Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri
PBHB	:Birinci Seviye Palyatif Bakım Hizmet Birimi
PBM	:İkinci Seviye Palyatif Bakım Merkezleri
SF-36	:Short Form-36 (Kısa Form-36)
SPSS:	: Statistical Package for the Social Sciences
TDK	:Türk Dil Kurumu

1. ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BAKIM VERİCİLERE UYGULANAN MANDALA BOYAMANIN ALGILANAN STRES, KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Bu araştırma palyatif bakım hastalarının bakım vericilerine uygulanan mandala boyamanın algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma, ön test son test kontrol gruplu randomize deneysel bir çalışma olarak yapıldı. Araştırma, Mayıs 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin palyatif bakım servislerinde (palyatif bakım servisi 1, palyatif bakım servisi 2, palyatif bakım servisi 3, palyatif bakım servisi 4) hastasına bakım veren, araştırma kriterlerini karşılayan ve onam alınan 80 bakım verici ile yapıldı. Girişim grubundaki bakım vericilere 4 hafta, haftada 4 gün (pazartesi, çarşamba, cuma, pazar), toplam 16 seans mandala boyama yaptırıldı. Kontrol grubu bakım vericilere ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)”, “Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)” ve “Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. Verilerin analiz edilmesinde; frekans ve yüzde analizleri, ki kare analizi, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi ve regresyon analizi yapıldı.

Araştırmada, uygulama sonrası girişim grubundaki bakım vericilerin kontrol grubundaki bakım vericilere göre ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile DKÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde azaldığı belirlenirken ($p<0.05$) SF-36 ana boyut puan ortalamalarında anlamlı bir artış olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç olarak, mandala boyamanın palyatif bakım vericilerde algılanan stres ve kaygı düzeyini azaltıp yaşam kalitesini arttırdığı saptandı. Bu doğrultuda, palyatif bakım vericilere olumlu etkilerinden dolayı mandala boyamanın hemşireler tarafından kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Stres, Kaygı, Mandala Boyama, Palyatif Bakım Vericiler, Yaşam kalitesi

2. ABSTRACT

THE EFFECTS OF MANDALA COLOURING ON PERCEIVED STRESS, ANXIETY LEVEL AND QUALITY OF LIFE IN CAREGIVERS PROVIDING CARE TO PALLIATIVE CARE PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

This study was conducted to investigate the effects of mandala colouring applied to caregivers of palliative care patients on perceived stress, level of anxiety and quality of life.

The research was conducted as a randomised experimental study with a pre-test post-test control group. It was carried out with 80 caregivers who provided care to their patients in the palliative care wards (palliative care ward 1, palliative care ward 2, palliative care ward 3, palliative care ward 4) of Fethi Sekin City Hospital between May 2023 and November 2023, who met the research criteria and whose consent was obtained.

Caregivers in the intervention group received mandala colouring 4 days a week (Monday, Wednesday, Friday, Sunday) for 4 weeks, 16 sessions in total. Caregivers in the control group did not receive any intervention. “Descriptive Information Form”, “Perceived Stress Scale (PSS)”, “State Anxiety Scale (SAS)” and “Short Form-36 (SF-36) Quality of Life Scale” were used to collect the data. Frequency and percentage analyses, chi-square analysis, standard deviation, dependent groups t-test, independent groups t-test and regression analysis were used to analyse the data.

In the study, it was found that the mean total and sub-dimension scores of the PSS and the mean total score of the SAS decreased statistically significantly

($p < 0.05$), while there was a significant increase in the mean SF-36 scores of the caregivers in the intervention group ($p < 0.05$).

As a result, it was found that mandala colouring decreased the perceived stress and anxiety level and increased the quality of life in palliative caregivers. In this respect, mandala colouring can be recommended to be used by nurses due to its positive effects on palliative caregivers.

Key Words: Perceived Stress, Anxiety, Mandala Colouring, Palliative Caregivers, Quality of Life



3. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; ölümcül hastalıklar ile karşı karşıya kalan hasta ve ailesini bütüncül olarak ele alırken, hastanın erken teşhisle tedavisinin sağlanması sayesinde yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (1).

Palyatif bakım hastalarının bakım ve tedavisinde önemli rol oynayan bakım vericiler, hastanın semptomlarını izlemek, kontrolünü ve rahatını sağlamak, problemlerini çözmek, duygusal destek vermek, bakımını koordine etmek, hastanın güvenliğini ve fonksiyonlarını devam ettirmesi için çevreyi düzenlemek, uygun araç ve gereçleri sağlamak gibi birçok sorumluluğu olan kişilerdir (2,3). Bu görevleri yerine getirirken bakım veren aile bireylerinin, hastanın bakımına yönelik hazır olmadıkları ve sevdiklerini kaybetme gibi acı bir deneyim düşüncesine kapıldıkları için stres ve kaygı yaşadıkları yapılan araştırmalarda belirtilmektedir (4,5).

Bakım sürecinin diğer bir önemli sorunu, bakım vericilerin yaşam kalitesinin bakım sürecinden olumsuz etkilendiği gerçeğidir (6). Çünkü bu süreç çoğu zaman uzun ve yoğun geçen, hastayı bakım vericiye bağımlı hale getiren ve bakım verici açısından tek taraflı bir mecburiyete dönüşen bir süreç halini alabilmektedir (7). Bu nedenle hastaya daha kaliteli bir bakım vermelerini sağlamak ve kendileri için oluşabilecek fiziksel ve psikososyal olumsuzlukları önlenmesi/azaltılması için stres ve kaygının azaltılması, bakım vericilerin yaşam kalitesinin korunmasında oldukça önemlidir (8).

Hemşirelik, hasta ve bakım vericiyi bütüncül bir perspektifle ele alan bir "Yardım Etme Sanatı" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, hemşireliğin sadece tıbbi müdahalelerle değil, aynı zamanda insan ilişkileri, duygusal destek ve bireyin genel yaşam kalitesini artırma ile ilgilenen sanatsal bir yaklaşım olduğunu vurgular. (9). Hemşirelerin bakım vericilere uygulayabileceği stresle baş etme sürecinde etkili olan ve yaşam kalitesine olumlu etkileri olan, destek yöntemler bulunmaktadır (9). Bireylerin yaşadığı durumu ifade etmesi ve duygusal rahatlamalarının artması amacıyla bu destek yöntemler, sanatın terapötik kullanılmasıdır (10). Sanat terapi, baskılanan ya da kaybedilen duyguların yerinin doldurulması ile bakım vericilerin dengelerini yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktadır. Bu terapiler, bakım vericilerin yaşadıkları acı deneyimlerin neden olduğu zihinlerindeki karmaşık ve soyut düşüncelerin somutlaştırılmasına fırsat vermektedir. Bu duygular ve düşünceler kendiliğinden heykel, müzik, resim, ebru ve mandala gibi sanat ürünlerine somut olarak yerleşmektedir (10,11,12).

Bir tür sanat terapi yöntemi olan mandala; çeşitli şekilleri mevcut olmasına karşın genellikle yuvarlak şekilde olanı tercih edilen, duygu ve düşünceleri aktarmaya yarayan meditasyon aracıdır (13). Yapılan çalışmalarda sanat terapisinin şiddetli rahatsızlıklara yol açan güçlü negatif hisleri hafifletmeye yardımcı olarak bireylerin kendilerini daha huzurlu hissetmelerini sağladığı belirlenmiştir (13,14).

Literatürde, farklı hasta/hasta yakını gruplarına uygulanan mandala çalışmaları bulunmaktadır (15,16,17) ancak mandala boyamanın palyatif bakım vericiler üzerindeki etkisi ile ilgili ulusal ve uluslararası bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma palyatif bakım hastalarının bakım

vericilerine uygulanan mandala boyamanın algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: Palyatif bakım hastalarının bakım vericilerine uygulanan mandala boyamanın algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H1: Palyatif bakım hastalarının bakım vericilerine uygulanan mandala boyamanın algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi vardır.

3.1. Genel Bilgiler

3.1.1. Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif kelimesi, köken olarak Latince'deki "pallium" kelimesinden türemiş olup, kelime anlamı olarak "kare biçimli geniş pelerine benzer kıyafet" ifadesini içermektedir (18).

Palyatif bakım; hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlayarak küratif tedaviyle birlikte devam eden ve ölüm sürecini kapsayan bir bakım yaklaşımını temsil ederken, ölüm sonrasında ise aile ve diğer bakım vericileri yas sürecinde destekleyen bir bakım süreciyle son bulur. (19,20).

DSÖ'nün ilk kez 1990 yılında tanımladığı ve 2002 yılında yenilediği tanım şu şekildedir; (1,21,22)

“Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylere ve bu bireylerin yakınlarına yönelik bir bakım sistemidir. Palyatif bakım hizmetleri kapsamında yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin ağrı başta olmak şartıyla, spiritüel, fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin önceden tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak sorunların önlenmesi veya giderilmesi esas

alınır.” Ancak bu tanım kanserden ölmekte olan hastaların ağrısının giderilmesine (23) odaklanmışken 2006 yılında yapılan tanım da acı çekmenin nedeninin sadece kanser değil, kardiyovasküler hastalık, büyük organ yetmezliği, ciddi yanıklar, kronik hava yolu hastalıkları, kronik böbrek ve karaciğer yetmezliği, serebrovasküler hastalık, HIV/AIDS, geriatrik sendrom, diyabet ve ilaca dirençli tüberküloz gibi birçok hastalığa sahip bireylerin palyatif bakıma gereksinimi olduğunu ve tüm bakım seviyelerinden yararlanmaları ve erişimlerinin sağlanması gerektiği savunulmaktadır (24). Ancak evrensel olarak palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaların sadece %14'ünün bu hizmete erişebildiği varsayılmaktadır (24).

Türkiye’de palyatif bakım hizmeti sağlık sigortası kapsamında sunulduğu için hastaların bu hizmete erişmesi daha olası hale gelmiştir (25). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde ki bilgilere göre, bu hizmet devlet tarafından desteklenmektedir (26).

3.1.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri

Ölümcül hastalık tanısı alan birey ve bakım vericisini kapsayan palyatif bakım, bütüncül bir bakım sunmaktadır (27). Palyatif bakım, insanın hayatta kaldığı sürece kaliteli yaşamasını, ölüm sonrasında ise ailenin yas sürecini yönetmesine katkı sunmayı amaçlar (27). Bu konuda literatürde birey ve ailesinin kaygılarını azaltmanın ve insan onuruna uygun bir şekilde bu süreci yaşamasına yardımcı olmanın palyatif bakımın amaçları arasında yer aldığı bildirilmektedir (28,29). Özetle palyatif bakımın temel amacı, ileri hastalıklara sahip bireylerde şu hedefleri içermektedir:

- Ağrı ve diğer fiziksel semptomları etkili bir şekilde yönetmek
- Yaşam kalitesi artırmak
- Sadece fiziksel sağlık değil, aynı zamanda duygusal ve manevi ihtiyaçlara da odaklanmak
- Hastanın yaşamı süresince hem hastayı hem de ailesini desteklemek ve özellikle kayıp sonrası yas sürecinde aileyi güçlendirmek (30).

Palyatif bakımın öncelikli hedefi, hastalık tanısı koymak veya tedavi etmek yerine, tedavi şansının azaldığı durumlarda hastaların yaşam kalitesini artırmak ve belirtileri en aza indirmektir (31). Palyatif bakım servislerinde, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylere yaşam süresini uzatma amacı olmadan, kaliteli sağlık hizmeti sunulması ve bu süreçte hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir (31). DSÖ, Dünya Palyatif Bakım Birliği ve Palyatif Bakım Kuruluşları, palyatif bakımın ortak bazı hedefler doğrultusunda sunulmasını önermektedir (32). Bununla birlikte palyatif bakımın hedefleri şunları içermektedir:

- Palyatif bakım hizmetlerine bireyin yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı aldığı andan itibaren başlamak,
- Birey ile birlikte ailesine, hastalık ve yas sürecinde insan onuruna yakışır destekleyici bakım sunmak,
- Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakım ile bireyin yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemek,
- Hastalığa bağlı olarak gelişen semptomları kontrol edebilmek,
- Multidisipliner bir ekip ile birey ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve bakımı yürütmek,

- Bireyin yaşadığı sürece aktif olmasını sağlamak,
- Ölümün, yaşam sürecinin doğal bir parçası olduğunu vurgulamak,
- Semptom yönetimi yoluyla gelişebilecek klinik komplikasyonlara karşı bireyin farkındalığını artırmak ve bu süreci daha iyi yönetebilmek amacıyla araştırmalar yapılmasını sağlamaktır (33).

3.1.1.2. Dünyada Palyatif Bakım

Palyatif bakımın felsefesi, ölümü yaklaşan bireyleri bütüncül bir şekilde değerlendirerek ihtiyaçlarını hafifletmektir. Bu felsefenin temeli Dame Cecily Saunders tarafından atılmıştır (34,35).

İlk palyatif bakım ünitesi, 1974 yılında Winnipeg'in St. Boniface Genel Hastanesi'nde açılmıştır. Sonrasında Royal Victoria Hastanesi başta olmak üzere dünya genelinde hızla yayılmıştır. (36).

Palyatif bakım ülkeden ülkeye büyük ölçüde değişiklik göstermekle birlikte, genel olarak gelişmekte olan ülkelerde daha çok yapılanma aşamasındadır. (37). Dünya Hospis/Palyatif Bakım Birliği ve Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi, tüm dünya ülkelerinde palyatif bakımın gelişimi değerlendirmiş ve bu ülkeleri gelişim düzeylerine göre sınıflandırmıştır (37,38,39). Bu sınıflandırmaya göre ülkeler dört grupta toplanmıştır;

“Grup 1” Henüz palyatif bakım faaliyetleri bulunmayan ülkelerdir (39).

“Grup 2” Türkiye'nin de içinde bulunduğu, palyatif bakım hizmeti verilmeyen ancak bu alanda örgütsel ve işgücü kapasitesi oluşturmak için geniş kapsamlı girişimlere başlamış olan ülkelerdir (39).

“Grup 3” Palyatif bakım faaliyetleri yerel ya da bölgesel hizmetler ile sağlanan ülkelerdir (39).

“Grup 4” Palyatif bakım faaliyetleri sağlık sistemi içerisine yerleşmiş ülkelerdir.

Palyatif bakım faaliyetlerinin sınıflandırılması Lynch ve ark. (40) araştırmasında değişmiş “Grup 3” ve “Grup 4” alt kategorilere ayrılmıştır;

“Grup 3a” Palyatif bakım faaliyetleri var olup bu faaliyetlerin destek görmediği ülkelerdir (40).

“Grup 3b” Palyatif bakım faaliyetlerinin bölgesel olarak desteklendiği ülkelerdir ve aralarında Türkiye de bulunmaktadır (40).

“Grup 4a” Palyatif bakım faaliyetleri sağlık sistemine yaygın olarak entegre olma aşamasında olan ülkelerdir (40).

“Grup 4b” Palyatif bakım faaliyetleri sağlık sistemine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler olarak belirtilmiştir (40).

3.1.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmetini uzun dönemli olarak veren ilk kuruluş, İstanbul’da "Kanser Bakımevi" olarak Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulmuş olup 1993-1997 yılları arasında faaliyete geçirilmiştir (41). Ancak burada yatan hastalara sosyal güvenlik sistemleri tarafından ödeme yapılmaması ve yeterli bağış kaynağının olmaması, bu öncü kuruluşun kapanmasına sebep olmuştur. Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı gerçekleştirdiği ikinci palyatif bakım girişimi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi yakınında bulunan Ankara da tarihi bir evin 12 odalı bir hospise dönüştürülmesiyle hayata geçirilmiştir. Fakat hukuksal düzenlemelerin olmaması

nedeniyle, kanser hastalarının tedavi ile sonrasında kısa süreli konaklamalarını sağlamaktan öteye geçememiştir (41).

Türkiye’ de palyatif bakımın daha uygun bir modelini geliştirmek amacıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Palya-Türk" adlı bir proje başlatılmıştır (37). Bu proje kapsamında, 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı doğrultusunda her ilde bulunan hastanelerde 2-4 yataklı palyatif bakım merkezlerinin kurulması, ülke genelinde medikal onkolog, cerrahi onkolog, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, radyasyon onkoloğu, fizyoterapist gibi farklı disiplinlerden oluşan ekiplerle kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunacak 15-20 yataklı onkoloji merkezlerinin kurulması planlanmıştır (42). Bunun yanı sıra, küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların son dönemlerini ev atmosferine benzer, hastane kampüsüne yakın 30 özel yataklı sevgi evi yapılması öngörülmüştür (37, 42, 43).

Palya-Türk çerçevesinde, palyatif bakım hizmetleri üç farklı seviyede planlanmıştır. Birinci seviyede, KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi), sivil toplum kuruluşları ve aile hekimleri ile işbirliği içinde evde bakım hizmeti sunmayı amaçlayan ayaktan poliklinik hizmeti veren bir Palyatif Bakım Hizmet Birimi (PBHB) kurulması hedeflenmiştir. Ancak gerektiğinde, uzman hekim gözetiminde, en fazla dört yatak kapasiteli hastane içinde yataklı servis açılacağı belirtilmiştir. Bu seviyede, hastanın durumunun mümkün olan en kısa sürede evde bakım koşullarına getirilmesi amaçlanmış, bu nedenle perifer bölgelere kurulması önerilmiştir (44).

İkinci seviye palyatif bakım merkezlerinin (PBM) planlamalarında, en az on yataklı bir birim öngörülmüştür. Bu merkezlerdeki temel amaç; hastanın durumunu

hızlı bir şekilde stabilize etmek ve daha sonra aile hekimi ile evde sağlık hizmetleri tarafından tedavinin devamını sağlamaktır (37).

Üçüncü seviye kapsamlı palyatif bakım merkezleri (KPBM) ise en az on yatak kapasitesine sahip eğitim ve araştırma hastaneleri, multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitimler ve sertifika programları düzenleyebilme özelliklerine sahiptir (45,46,47,48).

Türkiye’ de 2011 yılında yapılan düzenleme kapsamında, Hemşirelik Yönetmeliği'nde değişiklik yapılmış ve onkoloji hemşiresinin palyatif bakım sürecinde yerine getirmesi gereken görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir (49). 2015 yılında Sağlık Bakanlığı, palyatif bakım hemşireliği sertifika eğitim programına başlamıştır (37,50). 23 Ocak 2020 tarihinden itibaren “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Uygulama Yetkisi” 32 hastaneye verilmiştir (51).

3.1.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericiler

Türk Dil Kurumu sözlüğünde (TDK) bakım terimi, bir nesnenin veya bir durumun olumlu bir şekilde gelişmesi ve iyi bir durumda kalması için sarf edilen emek, aynı zamanda bir bireyin temel ihtiyaçlarını karşılama ve sağlama sürecini ifade etmektedir (52,53). Bu gereksinimleri karşılayan bakım vericiler hastaya fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamak ile sorumlu olup tıbbi tedavi ve psiko-sosyal sağaltım süresince köprü görevi üstlenmektedir (54,55).

İki grupta incelenen bakım verme, formal ve informal olarak iki gruba ayrılmaktadır. Formal bakım, evde veya kurumda sağlık bakımı ve bireysel bakım hizmetlerini sağlayan ilgili meslek grupları tarafından sunulan profesyonel bakımı ifade eder. (56).

İnformal bakım ise, bakım vericinin bir yakınına yardım etme rolünü ve sorumluluklarını üstlenmesini ifade eder. (57). İnformal bakım verme; hastanın beslenmesini sağlama, bakım ihtiyaçlarına yardımcı olma gibi temel ihtiyaçları karşılamının yanı sıra trakeostomi bakımı gibi ileri düzey bakımları da kapsamaktadır (56,57).

3.1.2.1. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Rolü

Hasta bireyin bakımı genellikle aile üyeleri tarafından üstlenilmekte ve bakım verme görevi aile içinde bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (57). Bu sebeple, ortaya çıkan zorluklar sadece hasta bireyi değil, aynı zamanda bakım vericilerini de etkilemektedir. Bu entegre olma hali palyatif bakımın temel bir özelliğini temsil etmektedir (58).

Bakım vericiler için ölümcül hastalığa sahip hastayla ilgilenmek, ihtiyaçlarını karşılamak, fiziksel, sosyal ve ekonomik zorlanmaları da beraberinde getirmektedir (59). Çünkü hastaya bakım veren bireylerin, hastalarının genel durumunu izleme ve kontrol etme, oluşan problemleri gidermeye çalışma, ruhsal yönden destek verme, bakımın planlanmasını ve uygulanmasını sağlama, hastaların güvenliğini ve çevresini düzenlemeyi sağlama gibi birçok görevleri bulunmaktadır (60).

Kongsuwan ve Chaipetch'nın (61) çalışmasında, bakım vericilerin yaşamın son dönemine yaklaşan hastalarına fiziksel, psikolojik ve manevi destek görevleri olduğunu belirttikleri ortaya konulmuştur. Bu görevler arasında hastanın acı çekmesini azaltma (rahatlatıcı banyo, hafif masaj gibi), duygularını anlatma, ölüme duygusal olarak hazırlama, hasta ile iletişim kurma, hastanın yaşamın sonu

deneyimiyle başa çıkmasına yardımcı olma ve huzur içinde ölmesine destek olma gibi faktörler bulunmaktadır. (61).

3.1.2.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Gereksinimleri

Palyatif bakım verme, oldukça karmaşık bir yapıya sahip olup bakım vericinin psikolojik, spiritüel ve sosyal refahı için tehdit oluşturduğundan bakım vericilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi önem kazanmaktadır (62,63).

Bakım vericilerin bu süreci kolay geçirebilmesi için gereksinimler doğrultusunda, bakım vericileri bakımın bir parçası olarak düşünmek, bakım vericinin durumunu ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, uygun hizmetleri ve kaynakları kullanmak, bakım vermenin pratik yönleri hakkında eğitim vermek ve yas sürecinde bakım vericileri desteklemek önemlidir (64).

Yapılan araştırmalar, palyatif bakımda bakım vericilerin hastalardan daha fazla karşılanmayan ihtiyaçlara sahip olduklarını göstermiştir (65,66). Palyatif bakım vericilerin gereksinimleri arasında, bilgi ihtiyacı, pratik bakım ihtiyaçları ve duygusal destek öne plana çıkmaktadır (66). Turgut ve Soylu'nun (67) araştırmasında, bakım vericilerin, hastalara yönelik bilgilenme ihtiyacına ek olarak manevi desteğe ve refakatçi desteğine ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir.

3.1.2.3. Palyatif Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar

Bakım verme, içtenlik ve sevginin artmasına ek olarak, kişisel gelişim, sosyal destek alma, özsaygının artması ve kişisel doyuma ulaşma gibi olumlu duyguları içeren bir süreç olmakla birlikte aynı zamanda bir dizi zorluğu da içinde barındırmaktadır (67,68).

Bakım verme sürecinde bakım vericilerin karşılaştığı başlıca zorluklar şunlardır; sosyal aktivite ve arkadaşlık ilişkilerine zaman ayıramama, güzel vakit geçirici aktivitelere ayrılan zamanın kısıtlanması nedeni ile kendini tek başına ve dışlanmış hissetme, stres, kaygı, bakım vericinin işe gidememesi ve tedavi masraflarının sürece katılması şeklinde sıralanabilir. (68).

3.1.2.4. Palyatif Bakım Vericilerin Algıladığı Stres

Giderek artan ortalama yaşam süresi kronik hastalıklar ve bu hastalarla geçirilen zamanı arttırdığı için hastanın kendisi ve bakım vericileri için stres faktörlerine daha uzun süre maruz kalma anlamına gelmektedir. (66). Bu durum, bakım vericilerin önemli şeyleri kontrol edememe ve beklenmeyen durumların ortaya çıkması gibi nedenlerle bakım stresi yaşadıklarını göstermektedir. (69,70).

Bakım vericilerin stresle başa çıkma sürecinde, iki temel kategori olarak kabul edilen primer ve sekonder stres yaşadıkları gözlemlenmektedir (70). Primer stres, genellikle hasta bireyin fiziksel bakımının sağlanmasında yaşanan zorluklar ve sorunlardan kaynaklanırken; sekonder stres, ekonomik sıkıntılar, aile içi çatışmalar, iş kaybı ve sosyal aktivitelerde azalma gibi, hasta bireyin bakımını sağlama dışında olan stres faktörlerinden meydana gelmektedir (70). Bu stresörler, bakım verici bireyleri pek çok açıdan etkileyerek çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (71). Bu etkiler arasında bağışıklıkta azalma, kardiyovasküler hastalık belirtilerinde artma, böbrek fonksiyonlarında bozulma, kaygı ve bilişsel bozukluklar gibi çeşitli sorunlar bulunmaktadır (71,72).

Bu bilgiler doğrultusunda yapılan bazı araştırmalar da bakım vericilerin stresinin bakım alanların stresinin önüne geçtiği sonucuna ulaşılmıştır (73). Bakım

vericiler arasında stres oranı yaklaşık %40-42 iken, hastalar arasında bu oran yaklaşık %27-28 olarak saptanmıştır (74).

3.1.2.5. Palyatif Bakım Vericilerde Kaygı

Palyatif bakım hastaları gereksinim ve beklentileriyle çoğunlukla bakım vericiye bağlı oldukları için bakım verme, bakım verici için zor bir durum halini almakta ve bakım verme süresi tahmin edilemediğinden kaygı düzeylerini arttırmaktadır (75,76).

Yapılan çalışmalarda, palyatif hastalarına bakan bakım vericilerin kaygı yaşadıkları diğer bazı konuların; ilaçların yan etkileri, bağımlılık yapması konusunda yetersiz bilgi; semptomları gidermek için ilaç dozunun uygulama zamanı, ilaç dozu gibi konular olduğu belirlenmiştir (77,78).

Bilgehan ve İnkaya'nın (79) araştırmasında, bakım vericilerin %93'ünün bakım sırasında zorluklar yaşadığı, %89'unun ise bakım verirken destek aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, bakım verme süresinin artmasıyla birlikte bakım vericinin kaygı düzeyinin de arttığı belirtilmiştir.

3.1.2.6. Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi

Bakım vericiler üzerinde etkili olan faktörler arasında hastalığın uzun süreli olması, yaşamı ciddi şekilde tehdit etmesi, olağan günlük yaşam düzeninin bozulması, işe ve sosyal yaşama dönüşün zor olması gibi nedenler, bakım vericilerin yaşam kalitesini birçok açıdan olumsuz etkilemektedir (80).

Bakım vericinin yaşam kalitesinde ki azalma, bireyin işlevselliğinde bozulmaya ve depresyona neden olabilir, bu durum bakım verme sürecinin meydana getirdiği olumsuz sonuçlardan bir tanesidir (81).

Yaşanan olumsuz durumlar bakım vericilerin kaygı yaşanmasına neden olmaktadır (81). Hastaya bakım verme sürecinde hastalık durumunun kötüleşmesi, gelirinin azalması, hasta ile kurulan iletişimde zorluklar, bakım vericilerin sorunlarla başa çıkmasını daha da zorlaştırmaktadır (82). Yaşanan olumsuz duygulara ek olarak bakım vericilerin, bakım verme sorumluluğunu görev olarak algılaması ile kendini işe yarar hissetme gibi olumlu etkiler de gözlemlenmiştir (83).

Literatürde yapılan karşılaştırmalara göre, aktif tedavi alan hastalar ile palyatif bakım alan hastaların bakım vericileri karşılaştırıldığında; palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinde psikolojik stres düzeyinin daha yüksek olduğu, bakıma hazır olma düzeylerinin, fiziksel sağlık ve yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu ifade edilmektedir. (84).

3.1.2.7. Palyatif Bakım Vericiler ve Hemşirenin Rolü

Palyatif bakıma ihtiyaçları olan hastaların ve ailelerinin gereksinimlerini yerine getirmek amacıyla, disiplinlerarası bir yaklaşım benimseyen ve ortak bir felsefe geliştiren bir grup uzmana dayalı bir bakım yaklaşımı gerekmektedir. (85). Bu yaklaşımın önemli bir parçası olan hemşireler, hasta ve bakım vericileri ile en yoğun iletişimi sürdüren sağlık personeli konumunda olup hasta ve ailesine bakım sağladıkları süreçte, hastalığın ileri etkileriyle başa çıkmada hastaya yardımcı olabilecekleri, hastanın neye değer verdiği ve hedeflere nasıl ulaşılacağı gibi konularda bilgi birikimi kazanmayı sağlamaktadır (87,88). Bu bilgiler hastalık ve ölüm sürecinde hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesini artırmak için önemli bir temel oluşturmaktadır (86,87,88).

Palyatif bakımı güven verici bir ortamda, birey ve ailesi aktif rol alacak şekilde sunan palyatif bakım hemşiresi, bakımı standardize edebilmek, hataları azaltabilmek ve bakımın kalitesini artırabilmek için kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda hemşirelik bakımı sunmaktadır (89).

Yapılan araştırmalarda, bakım vericilerin hemşireler tarafından psikososyal yönden desteklenip, problem çözme becerileri ve stresle başa çıkma yeteneklerinin geliştirildiği durumlarda, yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği ve küçük sağlık sorunlarının büyük sağlık krizlerine dönüşmeden önce engellenebildiği gösterilmektedir (90,91).

3.1.3. Sanat Terapisi

Duyguları ve düşünceleri özgün olarak ortaya koyma aracı olan sanat; psikolojik rahatlama ve duygusal dinginlik sağlamaktadır (92). Kullanılan materyaller aracılığı ile kişi olumsuz duygularını şekil ve semboller ile yansıtır (93). Bu sayede bastırılan veya kaybedilen duyguların yerine konmasıyla bireylerin dengeyi yeniden kazanmalarına yardımcı olunurken bireylerin yaşadıkları zor zamanların zihinlerinde oluşturduğu olumsuz düşüncelerin olumlu olmasına da olanak tanımaktadır (94).

Amerikan Sanat Terapisi Derneği (AATA)'ne göre sanat terapisi, bireylerin duygularını keşfetmelerine ve duygusal çatışmaları uzlaştırmalarına yardımcı olmak için sanat terapistleri tarafından sunulan zihinsel bir süreç olarak tanımlanmaktadır (95).

Sanat terapisi, bireylere sanatsal ifade araçlarıyla duygularını ifade etme ve anlama fırsatı sunarak yaşam kalitelerini artırmayı hedefler (96). Ayrıca sanat

yapılması temporal lobu etkileyen maddenin tanınmasını ve parietal lobu uyarak elin ince motor fonksiyonlarını kontrol etmeyi içeren uzamsal algıyı etkiler (97).

Sanat terapisi terimi ilk kez Adrian Hill tarafından kullanılmış ve resim çizmenin sadece hastaların hoş vakit geçirmesine yardımcı olmakla kalmadığını, aynı zamanda onların stres ve travmalarını ifade etmek için bir araç olduğunu ifade etmiştir (98).

Sanat terapisinin bireylere sağladığı faydaları açıklamak amacıyla Haeyan, van Hooren ve Hutchemaekers (100), Grounded Teori Yaklaşımı'nı kullanarak bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma, sanat terapisinin iyileşme etkilerini belirlemeyi amaçlamış ve 5 kavram ortaya koymuştur. (99,100);

Algılama ve öz farkındalık; Bireylerin, yaşanan zamana odaklanmalarının duygusal tepkileri tanımlamalarına katkıda bulunduğunu belirtmiştir (100,101).

Kişisel entegrasyon; Bireyler, sanat sayesinde kimliklerinin ve öz imajlarının güçlendiğini hissettiklerini belirtmişlerdir (100,101).

Duygu düzenlemesi; Bireyler, duygusal tepkileri değiştirmeyi öğrenerek, bu sayede duygularından daha fazla yarar sağlamayı ve duygularını düzenlemeyi başarmışlardır. (100,102).

Davranış değişikliği; Birçok kişi, sanat ifadesi sürecinde davranışsal tepkilerini değiştirmeyi öğrendiklerini ifade etmişlerdir (100).

İçgörü ve anlama; Bireyler, duygularını ve sözsüz deneyimlerini ifade etme konusunda sanatın yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir (100,102,103).

3.1.3.1. Mandala Boyama

Mandala dışı vurum sanatıdır ve arzulananı ulaşmayı amaçlayarak sanatsal ifadenin gücünden yararlanır (104). Mandala, küçük bir nokta ile başlayıp sınırlılığı olmayan şekillerden oluşan bir bütünü temsil etmektedir (12,104).

Hindu ve Budist geleneklerinde, mandala genellikle dini ritüellerde, meditasyon pratiğinde kullanılırken, İslam kültüründe evrenin düzeni gibi kavramları temsil edebilmektedir (105). Mandala, karmaşıklığı ve simetrisiyle evrenin düzenini yansıtabilir; ancak aynı zamanda, içsel bir yolculuğun sembolü olarak da işlev görmektedir (106). Ortada bulunan bir noktanın dışarı doğru genişlemesi, bireylerde meditatif bir etki yaratarak derin bir rahatlama, gevşeme ve ferahlama hissi sağlayarak bireysel farkındalığı destekler (104).

Mandala, aslında insanları anlamanın bir aracı olarak da görülebilir. Jung'a göre, bazı insanlar düşüncelerini, hislerini ve iç dünyalarındaki deneyimleri paylaşmak konusunda zorlanabilirler. İnsanlar kendilerini ifade edemediklerinde, içsel sıkıntılardan geçtiklerinde veya duygularını bastırdıkları dönemlerde mandala oluşturmak veya boyamak, bu duygusal ifade eksikliğini gidermede etkili bir yöntem olabilmektedir (107,108).

Sanat terapisi içerisinde mandala çizme, boyama veya oluşturma süreçleri, bireylerin kendilerini yaşamlarının merkezinde hissetmelerine, kendilerini ifade etmelerine ve grup içinde kim olduklarını keşfetmelerine destek olmaktadır (12). Mandala, adeta bir noktanın etrafında çiçek açar gibi gelişen bir desenle başlaması nedeniyle, bireylerde bir rahatlama etkisi oluşturarak zihni dinlendirmektedir (12). Mandala boyama süreci, bu dairesel desenin oluşturulması sırasında kişiyi bir tür meditatif deneyime çekerken renk seçimleri ve desen oluşturma süreci, bireyin

zihinsel odaklanmasını artırır, aynı zamanda duygusal bir denge sağlmasına katkıda bulunabilir (109). Mandala boyamanın faydaları şu şekilde sırlanabilir;

- Mandala zihinin rahatlamasını sağlar.
- Bireyi rahatsız eden olumsuz duyguları hafifletir.
- Kişilerde sağladığı rahatlama, kişinin kendi iç sesini dinlemesine ve ruhsal dinlenmeye odaklanmasına olanak tanır.
- Mandala, bütünsel bir görüntü oluşturarak bireyin bütünlük hissini güçlendirir.
- Kişinin farkındalığını artırırken bilinç dışında saklı olanları ortaya çıkartır (109).

Amerika’da gerçekleştirilen araştırmada, çeşitli hastalıklara sahip 195 hastada, mandala boyamanın tedaviye bağlı gelişen anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır. (110). Mandala boyama, birçok çalışmada stres azaltma, sakinleştirme, konsantrasyon artırma ve psikolojik rahatlama sağlama konularında olumlu etkileri olan bir aktivite olarak belirtilmiştir (111,112).

3.1.3.2. Sanat Terapisi ve Hemşirelik

Palyatif bakım ihtiyacı olan hasta bireylerin sayısı arttıkça palyatif bakım ekibinde yer alan çalışanların, hasta ve bakım vericilerinin kaliteli bakımlarına verdikleri değer de artmaktadır (89). Palyatif bakım ekibinde en aktif rol oynayan kişiler hemşireler olmaktadır (113).

Palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailesine en iyi düzeyde hemşirelik bakımı sağlarken bakım vericilerine yönelik ihtiyaç duydukları destek girişimlerini

sağlamakta ve olumsuz duygularını azaltarak yaşam kalitesine olumlu etki etmektedir (114).

Hemşirenin negatif duygular yaşayan bakım vericileri anlamak için kullanabileceği farklı sanat terapi yöntemleri bulunmaktadır (115).

Sanat terapi uygulamaları, bireylerin yaşadıkları belirsizlikleri dışa aktarmalarına ve bu yaratıcı süreç aracılığıyla görünür kılmalarına olanak tanımaktadır (104). Hemşirelik, sanatsal bir perspektiften bakıldığında, bireyin ihtiyaçlarını, endişelerini, kaygılarını ve stres kaynaklarını anlamakla başlar (116). Ardından, bireyin yapabilirlik ve yeterlilik düzeyini arttırmayı hedefleyen uygulamalar geliştirilerek, ona kendine güven, konfor ve dayanıklılık sağlama amacını taşımaktadır (116).

Hemşireler, bireylerin hissettiklerini anlayabilmek için çeşitli sanat terapi tekniklerinden yararlanmaktadırlar (117). Resim, müzik, dans, mandala gibi uygun sanat terapi yöntemleri kullanılarak, sözlü olmayan ifadeleri sanat aktiviteleri aracılığıyla görünür hale getirirler. (117).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ön test-son test kontrol gruplu randomize deneysel bir çalışma olarak yapıldı.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Nisan 2023 – Ocak 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma verileri ise Mayıs 2023– Kasım 2023 tarihleri arasında Fethi Sekin Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servislerinde (palyatif bakım servisi 1, palyatif bakım servisi 2, palyatif bakım servisi 3, palyatif bakım servisi 4) toplandı.

Palyatif bakım servisleri bünyesinde; 2 anestezi ve reaminasyon uzman hekim, 33 hemşire, 2 sağlık memuru, 3 tıbbi sekreter ve 53 yatak bulundurmaktadır.

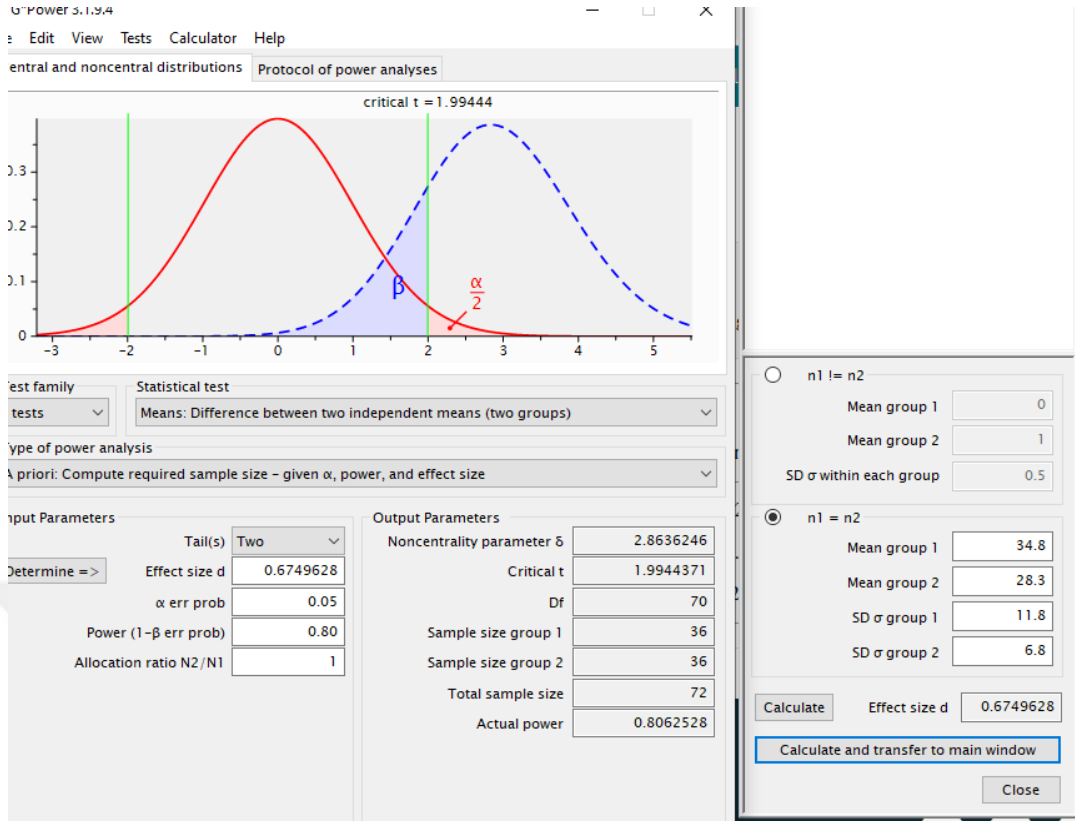
Palyatif bakım servisi hasta odası şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. Palyatif Bakım Servisi Hasta Odası

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Fethi Sekin Şehir Hastanesi palyatif bakım servislerinde yatmakta olan hastaların bakım vericileri Mayıs 2023 – Kasım 2023 tarihleri arasında araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırma kriterlerini taşıyan, araştırmaya katılmayı onaylayan ve tanımlanan evrenden randomize olarak seçilen bakım vericiler oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-Power 3.1.9.4 programı kullanılarak priori güç analizi yapıldı. Priori güç analizi için, konu ile ilgili yapılan çalışmalardan Koo ve ark.'nın (118) çalışmasındaki Durumluluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının (34.8 ± 11.8 ; 28.3 ± 6.8) bağımsız gruplarda t testine göre karşılaştırması dikkate alınarak etki büyüklüğü 0.674 bulundu. Bu sonuç doğrultusunda, bu araştırmada etki büyüklüğü 0.674 alındığında, güven aralığı %95 (119), anlamlılık düzeyi 0.05 (119) ve gücü 0.80 (120) olduğunda araştırmaya alınması gereken girişim grubu için 36, kontrol grubu için 36 olmak üzere minimum bakım verici sayısının 72 olduğu belirlendi (Şekil 4.2). Araştırmada belirtilen tarihler arasında 120 bakım vericiye ulaşıldı. Bakım vericilerden 25'i araştırma kriterlerine uymadığı ve 15'i araştırmaya katılmak istemediği için girişim grubu 40, kontrol grubu 40 olmak üzere toplam 80 bakım verici araştırmanın örneklemini oluşturdu.



Şekil 4.2. Örneklem hesaplaması

4.3.1. Randomizasyon

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede dört tane palyatif bakım servisi (Palyatif bakım servisi 1, palyatif bakım servisi 2, palyatif bakım servisi 3 ve palyatif bakım servisi 4) bulunmaktadır. Bunlardan hangi servisin girişim veya kontrol grubu olduğu araştırmanın başında bağımsız bir araştırmacı tarafından kura çekilerek belirlendi. Kura sonucunda palyatif bakım servisi 1 ve palyatif bakım servisi 4'ün kontrol grubu olduğu, palyatif bakım servisi 2 ve palyatif bakım servisi 3'ün girişim grubu olduğu belirlendi. Araştırma süreci CONSORT 2010 yönergelerine dayanmaktadır (Şekil 4.3). Ayrıca randomize kontrollü çalışmalar için gerekli olan araştırma kayıt numarası (NCT05847231) ClinicalTrials.gov adresinden alındı.

4.3.2. K rleme

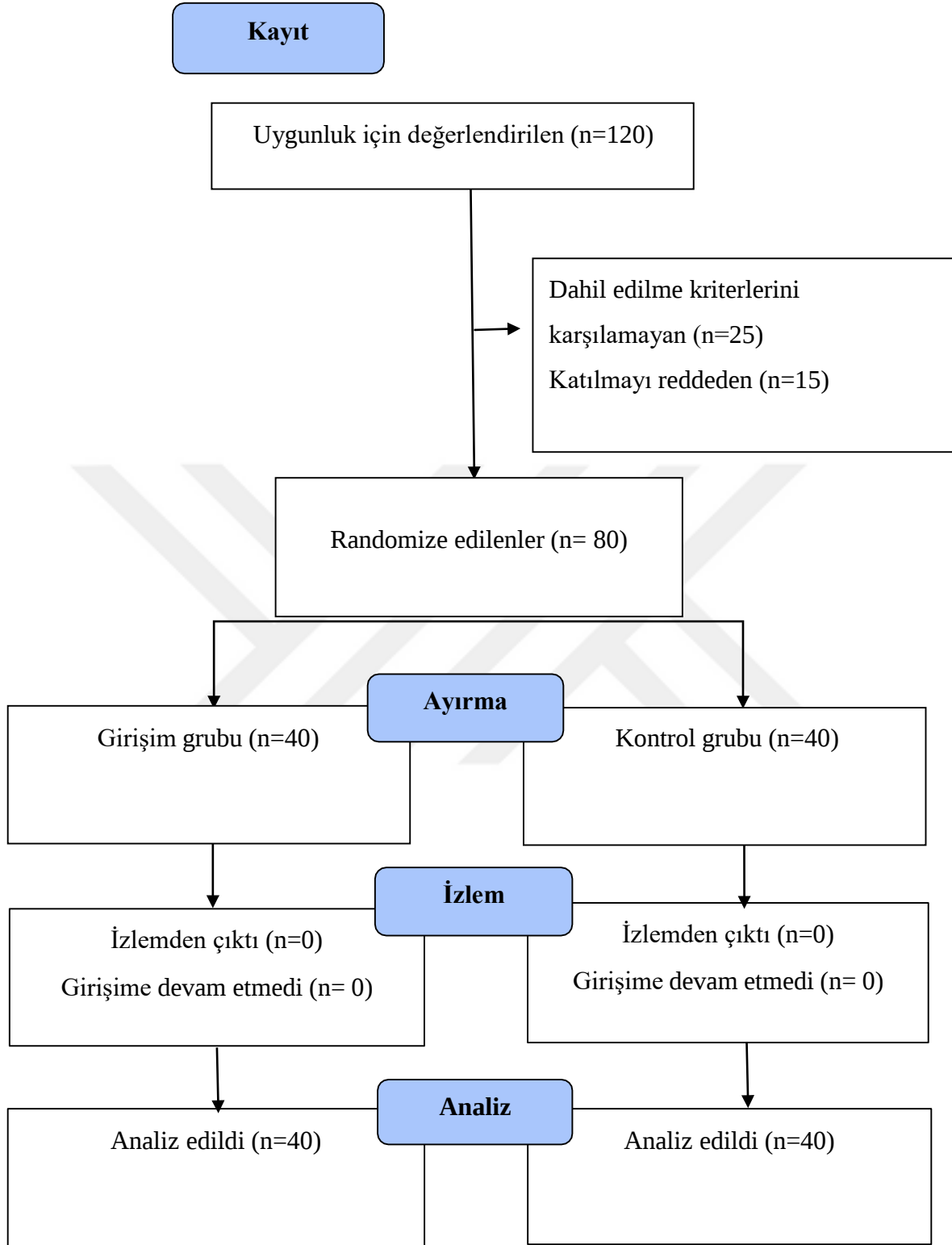
Araştırmaya dâhil olan bakım vericiler araştırmanın doğası gereği k rlenememiştir. Araştırma tamamlandığında 1 ve 2 grubunu bilmeyen araştırmadan bağımsız bir istatistik i tarafından veriler analiz edilerek, bulgular raporlandırıldı.

4.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstü olma
- Palyatif bakım hastasının tek informal bakım vericisi olması
- Görme, duyma gibi fiziksel yetilerini kullanabiliyor olması
- Ellerini aktif kullanabiliyor olması
- Bilişsel ve iletişim kurma probleminin olmaması
- Keçeli boya kalemlerine alerjisi olmaması

4.3.4. Araştırmaya Dışlanma Kriterleri

- Palyatif bakım hastasının tek informal bakım vericisi olmaması
- Mandala boyamaya engel teşkil edecek fiziksel bir sorununun olması (görme, duyma vb.)
- Bakım vericinin üst ekstremitesinde fiziksel engelinin olması
- Bilişsel ve iletişim kurma problemi olması



Şekil 4.3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı

4.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplandı.

4.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlandı (121,122). Bu form içerisinde bakım vericinin tanıtıcı özellikleri sorgulayan 12 değişken (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu ve ne kadar süredir hastaya bakım verdiği) ve hastanın tanıtıcı özellikleri sorgulayan (yaşı, cinsiyeti, tanısı ve tanı alma süresi) 4 değişken olmak üzere toplam 16 değişken yer almaktadır.

4.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK-2)

Bireylerin son bir ay boyunca yaşamış olabileceği duygu ve düşüncelerini içeren, edinilen deneyimleri ne derece stresli algıladığını ölçmek için tasarlanmıştır. Cohen, Kamarck ve Mermelste tarafından geliştirilmiş olup Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (123). Bu araştırma Bilge, Ögce, Genç ve Oran tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.81 bulunmuştur (124). Ölçekten alınabilen toplam puan 32'dir. Ölçek 8 maddeden oluşur. Bu maddeler deneyimleme yoğunluklarına göre birey tarafından 5'li likert tipinde (0=Hiç, 1=Nadiren, 2=Bazen, 3=Sık, 4=Çok sık) puanlanmaktadır. Algılanan stres (1., 2., 3., 7., 8. maddeler) ve algılanan baş etme (4., 5., 6. maddeler) alt ölçekleri oluşturmaktadır. Ölçeklerden yüksek puanlar alınması, algılanan stres seviyesinin

yüksek olduğunu ve bireyin baş etme sorunu yaşandığını göstermektedir. Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0.91 bulunmuştur. (EK-2)

4.4.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK-3)

Ölçek Spielberger ve ark. tarafından oluşturulmuştur (125). Türkiye’deki geçerlik ve güvenirliği Öner ve Le Compte tarafından ortaya koyulmuştur (126). Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği olarak iki bölümden oluşmaktadır. Bu çalışmada duruma bağlı kaygıyı değerlendirmek amacıyla ilk 20 madde olan “Durumluk Kaygı Ölçeği” (DKÖ) kullanılmıştır. Ölçekten en az 20 en çok 80 puan alınmaktadır. Fazla puanlar daha yüksek kaygı düzeylerini gösterir. Türkçe’ye uyarlanmış güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.96 olduğu saptanmıştır (126). Bu çalışmada Cronbach alpha değerinin 0.95 olduğu belirlendi. (EK-3)

4.4.4. Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

Ölçek Ware tarafından geliştirilmiştir (127). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Koçyiğit ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (128). Türkçe’ye uyarlanmış, Cronbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır (128). Yaşam Kalitesi Ölçeği; 36 sorudan ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır (127,128). Ölçek sekiz alt boyut veya iki ana boyut (fiziksel ve mental) olarak değerlendirilebilir (129,130). Fiziksel ana boyutunun değerlendirilmesi; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile; mental ana boyutunun değerlendirmesi sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile yapılır. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı her iki ana boyuta da girmektedir.

SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları 0 ile 100 arası değişen değerler alır (127,128). Bu araştırmada Cronbach alfa değerinin 0.88 ile 0.90 arasında olduğu saptanmıştır. (EK-4)

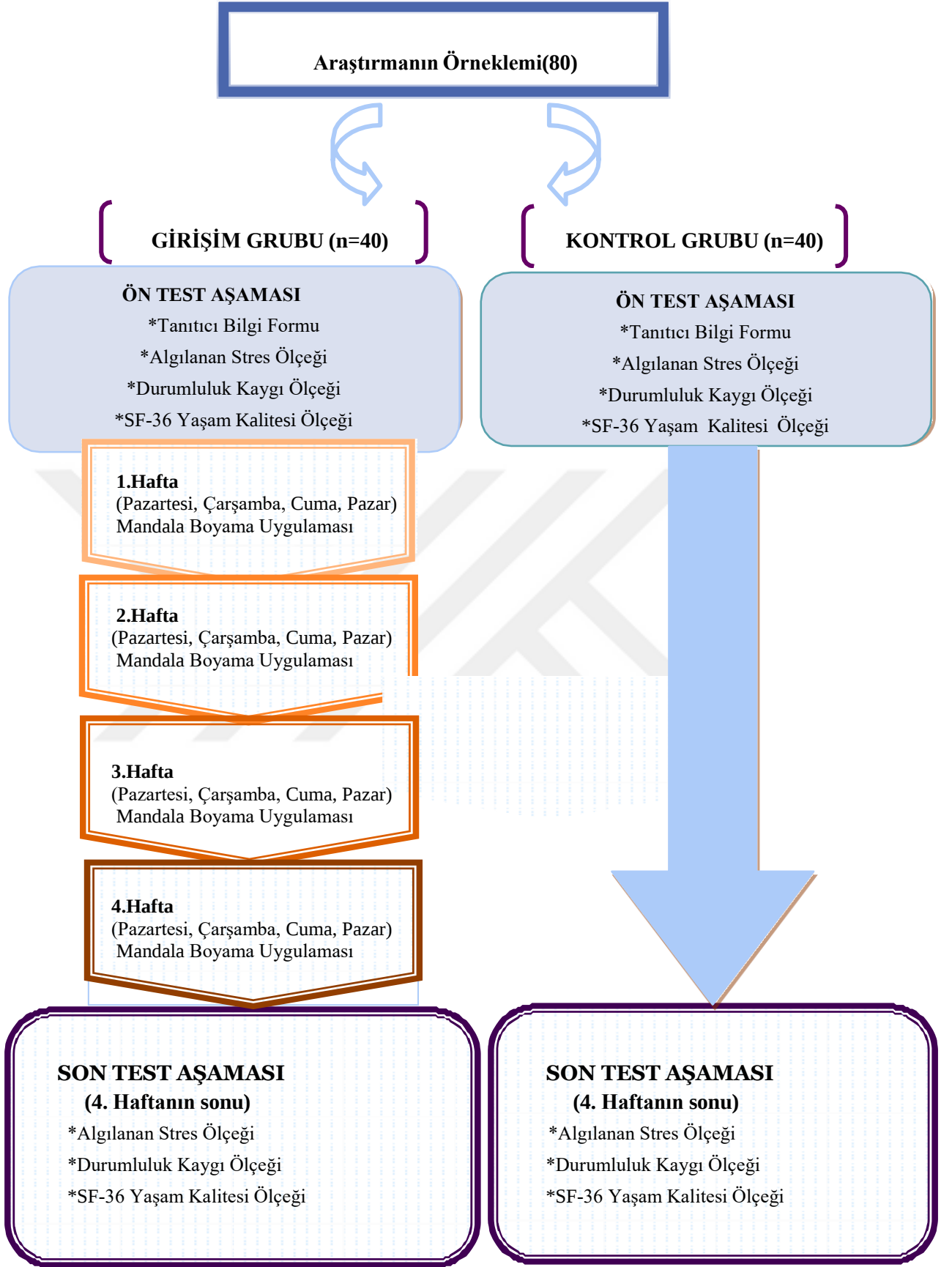
4.5. Verilerin Toplanması

Mandala boyama uygulamasını yapabilmek için palyatif bakım servislerinde bulunan hasta odaları kullanıldı. Araştırmaya katılmayı onaylayan ve araştırma kriterlerine uyan bireyler araştırma ile ilgili bilgilendirilip sözlü ve yazılı onamları alındı. Uygulama öncesi girişim ve kontrol grubuyla yüz yüze görüşme sağlanarak ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu’’, ‘‘ASÖ’’, ‘‘DKÖ’’ ve ‘‘SF-36’’ ile veriler toplandı. 4. haftanın sonunda her iki gruba ‘‘ASÖ’’, ‘‘DKÖ’’ ve ‘‘SF-36’’ tekrar uygulandı (şekil 4.5).





Şekil 4.4. Mandala Boyama Örnekleri

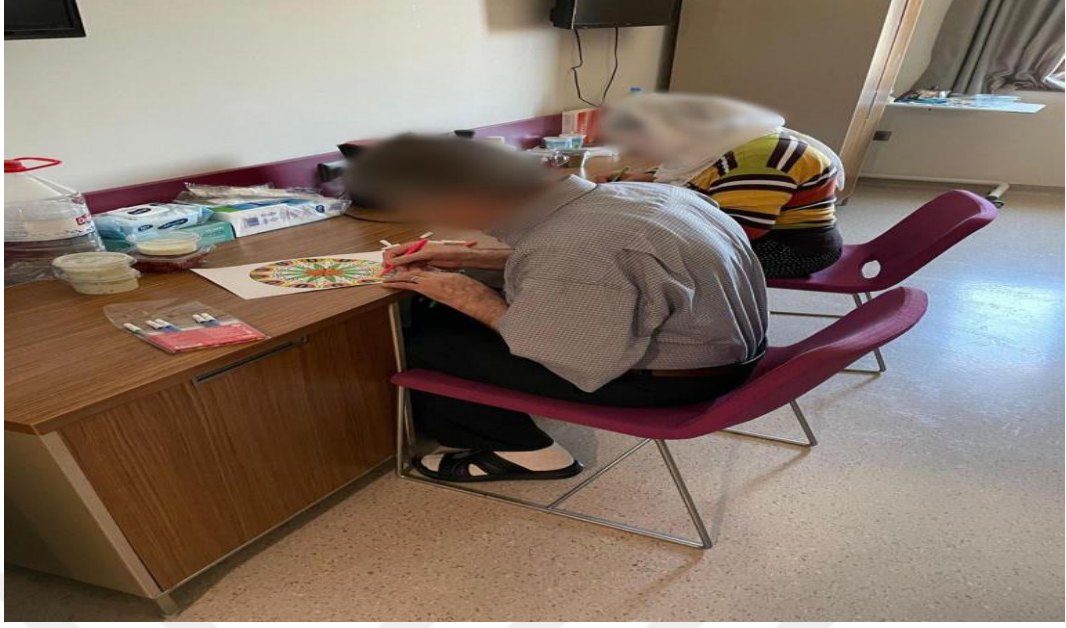


Şekil 4.5. Araştırmanın Yürütülme Süreci

4.6. Hemşirelik Girişimleri

Girişim Grubu

Girişim grubundaki bakım vericilere, ön test aşamasında sözel ve yazılı bilgilendirmeye ek olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, ASÖ, DKÖ ve SF-36 uygulanarak 1. ölçümler elde edildi. Önceden seçilmiş 16 mandala çizimi (Şekil 4.4) A4 (21,0 cm × 29,7 cm) kağıtlarına ayrı ayrı bastırılarak her seans yeni bir çizim ve 12 renkli keçeli boya kalemi verildi. Mandala boyamaya ilişkin literatür taraması yapıldığında, bu uygulamanın süresi ve sıklığının standart olmadığı ve genellikle 4-16 hafta süre ile uygulandığı, toplam seans/saatlerinin de çalışmalarda farklılık gösterdiği görülmektedir (15,16,17,131,140,142,155). Bu araştırmada girişim grubundaki bakım vericilere 4 hafta, haftada 4 gün (pazartesi, çarşamba, cuma, pazar), hasta tedavilerinin ve doktor vizit saatlerinin etkilenmemesi için 16.00-17.00 saatleri arasında 1 saat olacak şekilde 16 seans mandala boyama yaptırıldı. Son test aşamasında girişim grubundaki hastalara ASÖ, DKÖ ve SF-36 tekrar uygulanıp uygulama sonlandırıldı. Çalışmada mandala boyama uygulaması şekil 4.6'da gösterildi.



Şekil 4.6. Mandala Boyamanın Uygulanması

Kontrol Grubu

Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan bakım vericilere süreç boyunca herhangi bir girişim yapılmadı. Fakat araştırmanın sonunda mandala boyama yapmak isteyen kontrol grubu bakım vericilere mandala boyama çizimleri verildi. (18 bakım verici mandala boyama yapmak istedi).

4.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi puan ortalamaları.

Bağımsız Değişkenler: Bakım vericilere uygulanan girişim (Mandala boyama uygulaması).

Kontrol değişkenleri: Girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri.

4.8. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 programı kullanılarak araştırmanın verileri analiz edildi. Ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Skewness ve Kurtosis değerlerine (+2 ve -2) ve Kolmogorov-Smirnova ve Shapiro-Wilk ölçüm değerlerine bakıldı. Ayrıca histogram grafikleri de incelendi ve ölçümlerin normal dağılım gösterdiği belirlendi. Ölçeklerin iç tutarlılıklarını belirlemek amacıyla Cronbach Alpha değerleri incelendi. Girişim ve kontrol grubunun tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanıldı. Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler açısından homojen olup olmadığı ki kare analizi ile belirlendi. Ölçeklerin tanıtılmasında puan ortalamaları ve standart sapma değerleri kullanıldı. Gruplar arası puan ortalamalarını karşılaştırırken “Bağımsız Gruplarda t Testi”, grup içi uygulama öncesi ve uygulama sonrası puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise “Bağımlı Gruplarda t Testi” kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için regresyon analizi yapıldı.

4.9. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Fethi Sekin Şehir Hastanesi’nin Palyatif Bakım Servislerinde yürütülmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmanın ön test-son test kontrol gruplu randomize deneysel bir çalışma olarak yürütülmesi ve bakım vericilere yeni bir alan tanıtılmaya çalışılması araştırmanın güçlüklerini oluşturmaktadır.

4.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Fırat Üniversitesi Girişimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (EK-6, EK-7) araştırmaya başlamadan önce gerekli izinler alındı. Örneklem dahiline alınan her bakım vericiye araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılma nedenine dair kısa bir bilgilendirme yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş izin formu (EK-8) ile yazılı olarak hastanın onamı alındı. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nin etik yönergelerine paralel bir şekilde yapıldı. Katılımcılar, çalışmaya gönüllü olarak dahil edildi ve kişisel kimlik bilgileri gizli tutuldu. Etik ilkeler dahilinde eşitlik ilkesine dayanarak mandala boyama yapmak isteyen kontrol grubu bakım vericilere mandala boyama çizimleri verildi. Çalışma için plan evresinde deneysel araştırmaları uluslararası düzeyde inceleyip değerlendiren ve onayını veren ClinicalTrials adlı resmi kurumdan numara alındı (ClinicalTrials.gov ID: NCT05847231).

Ayrıca araştırmada kullanılan ASÖ, DKÖ, SF-36 Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan kişilerden gerekli izinler de alındı (EK-9, EK-10, EK-11).

5. BULGULAR

Tablo 5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=80)

Değişkenler		Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik*
		Müdahale n	%	Kontrol n	(%)	
Cinsiyet	Kadın	25	62.5	22	55	$\chi^2=0.464$
	Erkek	15	37.5	18	45	$p=0.496^a$
Medeni Durum	Evli	28	70	26	65	$\chi^2=0.228$
	Bekar	12	30	14	35	$p=0.633^a$
Eğitim durumu	Okuryazar	10	25	13	32.5	$\chi^2=2.876$ $p=0.579^a$
	İlköğretim	10	25	6	15	
	Ortaöğretim	4	10	7	17.5	
	Lise	7	17.5	8	20	
	Lisan ve üzeri	9	22.5	6	15	
Çalışma durumu	Çalışıyor	11	27.5	18	45	$\chi^2=2.650$
	Çalışmıyor	29	72.5	22	55	$p=0.104^a$
Gelir durumu	Kötü	21	52.5	17	42.5	$\chi^2=1.421$
	Orta	13	32.5	13	32.5	$p=0.491^a$
	İyi	6	15	10	25	
Bakım verenin yakınlık durumu	Eşi	10	25	14	35	$\chi^2=1.958$
	Kardeşi	6	15	5	12.5	$p=0.581^a$
	Kızı	15	37.5	10	25	
	Oğlu	9	22.5	11	27.5	
Yalnız yaşama durumu	Evet	2	5	1	2.5	$\chi^2=0.346$
	Hayır	38	95	39	97.5	$p=0.556^a$
Bakım verme süresi	1 yıldan az	26	65	24	60	$\chi^2=0.262$
	1-3 yıl	10	25	12	30	$p=0.877^a$
	3 yıldan fazla	4	10	4	10	
Daha önce bakım verme durumu	Evet	12	30	11	27.5	$\chi^2=0.61$
	Hayır	28	70	29	72.5	$p=0.805^a$
Sigara kullanma durumu	Evet	19	47.5	18	45	$\chi^2=0.50$
	Hayır	21	52.5	22	55	$p=0.823^a$
Alkol kullanma durumu	Evet	5	12.5	-	-	$p=0.055^b$
	Hayır	35	87.5	40	100	
Sürekli değişkenler		X±SS		X±SS		
Yaş		40.52±11.14		40.05±12.15		$t=0.182$ $p=0.856^c$

a=Pearson ki kare testi; **b**=Fisher exact test değeri; **c**= Bağımsız gruplarda t testi; ; X ortalama; SD= standart deviasyon; $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 5.1’de verilmektedir. Girişim grubundaki bakım

vericilerin %62.5'inin kadın, %70'inin evli, %32.5'inin okuryazar olduğu, %55'inin çalışmadığı, %52.5'inin gelir durumunun kötü olduğu, %25'inin hastanın kızı olduğu, %97.5'inin yalnız yaşamadığı, %60'ının bakım verme süresinin 1 yıldan az olduğu, %70'sinin daha önce bakım vermediği, %52.5'inin sigara kullanmadığı ve hiç birinin alkol kullanmadığı saptandı. Kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamasının 40.52 ± 11.14 olduğu bulundu (Tablo 5.1).

Kontrol grubundaki bakım vericilerin %55'inin kadın, %65'inin evli, %25'inin okuryazar ve ilköğretim mezunu olduğu, %72.5'inin çalışmadığı, %41.5'inin gelir durumunun kötü olduğu, %35'inin hastanın kızı olduğu, %95'inin yalnız yaşamadığı, %60'ının bakım verme süresinin 1 yıldan az olduğu, %75.2'sinin daha önce bakım vermediği, %55'inin sigara kullanmadığı ve %87.5'inin alkol kullanmadığı saptandı. Kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamasının 40.05 ± 12.15 olduğu bulundu (Tablo 5.1).

Ki-kare analizi sonuçları girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler bakımından homojen olduğunu göstermektedir (Tablo 5.1).

Tablo 5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=80)

Değişkenler		Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik*
		Müdahale		Kontrol		
		n	%	n	(%)	
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	20	50	22	55	x ² =0.201 p=0.654 ^a
	Erkek	20	50	18	45	
Hastanın tanısı	Kanser	16	40	16	40	x ² =2.965 p=0.813 ^a
	SVO	10	25	8	20	
	Kalça kırığı	3	7.5	2	5	
	Epilepsi	2	5	6	15	
	Parkinson	3	7.5	2	5	
	Azheimer	4	10	3	7.5	
	Solunum Yetmezliği	2	5	3	7.5	
Hastanın tanı süresi	1 yıldan az	25	62.5	20	50	x ² =1.556 p=0.459 ^a
	1-3 yıl	10	25	15	37.5	
	3 yıldan fazla	5	12.5	5	12.5	
Sürekli değişkenler		X±SD		X±SD		t=0.737
Hastanın yaşı		65.15±19.00		62.08±16.70		p=0.461 ^c

a=Pearson ki kare değeri; c= Bağımsız gruplarda t testi; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir; x ortalama; SD= standart deviasyon; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 5.2 de verilmektedir. Girişim grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların yarısının kadın olduğu, % 40'nın kanser hastası olduğu, %62.5'inin 1 yıldan az süredir tanı aldığı ve yaş ortalamasının 65.15±19.00 olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların % 55'inin kadın olduğu, % 40'nın kanser hastası olduğu, %50'sinin 1 yıldan az süredir tanı aldığı ve yaş ortalamasının 65.08±16.70 olduğu bulundu.

Ki-kare analizi sonuçları girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özellikler bakımından homojen olduğunu göstermektedir (Tablo 5.2).

Tablo 5.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Gruplar		Gruplar arası
		Girişim	Kontrol	t ^x /p
		X±SD	X±SD	
Algılanan Stres	Uygulama			t=0.506,
	Öncesi	15.47±3.56	15.10±3.03	p=0.614
	Uygulama Sonrası	11.65±3.39	16.72±3.31	t=-6.768, p=0.000
Grup içi t^y/p		t=11.52,p=0.000	t=-3.164,p=0.003	
Algılanan Baş Etme	Uygulama	8.12±2.28	8.87±1.50	t=-1.731
	Öncesi			p=0.087
	Uygulama Sonrası	5.92±2.05	9.67±1.67	t=-8.955, p=0.000
Grup içi t^y/p		t=9.572,p=0.000	t=-2.629,p=0.012	
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Uygulama	23.60±5.09	23.97±3.66	t=-0.378,
	Öncesi			p=0.707
	Uygulama Sonrası	17.57±4.96	26.40±3.79	t=-8.936, p=0.000
Grup içi t^y/p		t=12.322,p=0.000	t=-3.752,p=0.000	

t/p= Önemlilik testi x: Bağımsız gruplarda t testi; y:Bağımlı gruplarda t testi; ASÖ= Algılan Stres Ölçeği

Araştırmada girişim ve kontrol grubunun grup içi ve gruplar arası “Algılanan Stres Ölçeği” toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5.3’te yer almaktadır. Araştırmada girişim ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırması incelendiğinde; Girişim grubunun uygulama öncesi “Algılanan Stres Ölçeği” toplam ve alt boyut (Algılanan stres, algılanan baş etme) puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık saptandı (p<0.05). Kontrol grubunun ise uygulama öncesi “Algılanan Stres Ölçeği” toplam ve alt boyut puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık bulundu (p<0.05).

Araştırmada girişim ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırması incelendiğinde; Uygulama öncesi “Algılanan Stres Ölçeği” toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yok iken ($p>0.05$) uygulama sonrası anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5.3).

Tablo 5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası Durumluk Kaygı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Gruplar		Gruplar arası t^x/p
		Girişim	Kontrol	
		X±SD	X±SD	
Durumluk Kaygı Ölçeği	Uygulama Öncesi	57.35±11.48	58.15±7.50	$t=-0.369, p=0.713$
	Uygulama Sonrası	47.02±9.83	58.97±10.12	$t=-5.357, p=0.000$
Grup içi t^y/p		$t=8.615, p=0.000$	$t=-0.498, p=0.621$	

x: Bağımsız gruplarda t testi; y:Bağımlı gruplarda t testi; DKÖ= Durumluk Kaygı Ölçeği; t/p = Önemlilik testi

Araştırmada girişim ve kontrol grubunun grup içi ve gruplar arası “Durumluluk Kaygı Ölçeği” toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5.4’te yer almaktadır. Araştırmada girişim ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırması incelendiğinde; Girişim grubunun uygulama öncesi “Durumluk Kaygı Ölçeği” toplam puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Kontrol grubunun ise uygulama öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği” toplam puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Araştırmada girişim ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırması incelendiğinde; Uygulama öncesi “Durumluk Kaygı Ölçeği” toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yok iken ($p>0.05$) uygulama sonrası anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Grup içi ve Gruplar Arası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam Kalitesi Ana Boyutları		Gruplar		Gruplar arası t ^x /p
		Girişim	Kontrol	
		X±SD	X±SD	
Fiziksel Boyut	Uygulama			t=-0.998,
	Öncesi	42.58±16.16	46.38±17.85	p=0.321
	Uygulama	61.85±11.67	43.69±19.31	t=5.089, p=0.000
	Sonrası			
Grup içi t ^y /p		t=-8.780, p=0.000	t=2.486, p=0.017	
Mental Boyut	Uygulama	28.88±17.54	34.42±18.04	t=-1.391
	Öncesi			p=0.168
	Uygulama	50.31±12.82	31.46±19.14	t=5.176, p=0.000
	Sonrası			
Grup içi t ^y /p		t=-12.458, p=0.000	t=1.827, p=0.075	

x: Bağımsız gruplarda t testi; y:Bağımlı gruplarda t testi; Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; p<0.05; t/p= Önemlilik testi

Araştırmada girişim ve kontrol grubun grup içi ve gruplar arası “SF-36 Yaşam Kalitesi” ana boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5.5’te yer almaktadır. Araştırmada girişim ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırması incelendiğinde; Girişim grubunun uygulama öncesi Fiziksel ve Mental ana boyut puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık saptandı (p<0.05). Kontrol grubunun ise uygulama öncesi Fiziksel ana boyut puan ortalamalarında uygulama sonrası anlamlı bir farklılık bulunurken (p<0.05) Mental ana boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05). Araştırmada girişim ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırması incelendiğinde; Uygulama öncesi Fiziksel ve Mental ana boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yok iken (p>0.05) uygulama sonrası anlamlı bir farklılık bulundu (p<0.05)

Tablo 5.6. Mandala Boyamasının Algılanan Stres, Durumluk Kaygı ve Yaşama Kalitesi Üzerine Etkisini Belirlemek İçin Gerçekleştirilen Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Model	Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p
Algılanan Stres Ölçeği	1	Sabit	8.750	1.561		5.604	0.000
		Mandala Boyama	8.825	0.988	-0.711	8.936	0.000
		R=0.711,	R ² =0.506, F _(1,78) =79.858,			p=0.000	
Durumluk Kaygı Ölçeği	2	Sabit	35.075	3.527		9.944	0.000
		Mandala Boyama	11.950	2.231	-0.519	5.357	0.000
		R=0.519,	R ² =0.269, F _(1,78) =28.693,			p=0.001	
Fiziksel Boyut	3	Sabit	43.691	2.523		17.316	0.000
		Mandala Boyama	18.159	3.568	0.499	5.089	0.000
		R=0.499,	R ² =0.249, F _(1,78) =28.897,			p=0.000	
Mental Boyut	4	Sabit	31.464	2.576		12.215	0.000
		Mandala Boyama	18.854	3.643	0.506	5.176	0.000
		R=0.506,	R ² =0.256, F _(1,78) =26.789,			p=0.000	

Tablo 5.6’da Mandala boyamasının algılanan stres, durumluk kaygısı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için gerçekleştirilen regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Kurulan 4 modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$) Regresyon katsayıları incelendiğinde Mandala boyamasının “Algılanan Stres Ölçeği” puan ortalamasını negatif yönde etkilediği ($\beta = -0.711$, $p = 0.000$) ve varyansının %50.62’ sini, Durumluk Kaygı Ölçeği” puan ortalamasını negatif yönde etkilediği ($\beta = -0.519$, $p = 0.000$) ve varyansının %26.9’unu açıkladığı belirlendi. Aynı zamanda Mandala boyamasının SF-36 Yaşam Kalitesinin “Fiziksel” ana boyut puan ortalamasını pozitif yönde ($\beta = 0.499$, $p = 0.000$) ve varyansının % 24’ünü açıkladığı, “Mental” ana boyut puan ortalamasını pozitif yönde ($\beta = 0.506$, $p = 0.000$) ve varyansının %25’ini açıkladığı bulundu.

6. TARTIŞMA

Bu bölümde mandala boyamanın, palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinde algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesinde, mevcut literatür bilgileri gözetilerek detaylı bir şekilde tartışıldı.

Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinin tümü yönünden istatistiksel anlamda benzer olduğu saptandı ($p>0.05$, Tablo 5.1). Tanıtıcı özelliklerin benzer olması, gruplar arasında uygulanan yöntemlerde farklılık çıkmaması açısından önemli bir bulgudur.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hastaların tanıtıcı özelliklerin tümü yönünden istatistiksel anlamda benzer olduğu saptandı ($p>0.05$, Tablo 5.2). Tanıtıcı özelliklerin benzer olması, gruplar arasında uygulanan yöntemlerde farklılık çıkmaması açısından önemli bir bulgudur.

Bu araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin mandala boyama uygulama sonrası ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında, uygulama sonrası girişim grubundaki bakım vericilerin kontrol grubuna göre ASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir azalma olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 5.3). Aynı zamanda araştırmamızda kontrol grubunun uygulama sonrası algılanan stres puan ortalamalarında anlamlı bir artma olduğu bulundu. Araştırmamızda kontrol grubunun stres puanlarının artması beklenen bir durumdur. Mevcut literatür, bakım vericilerin uzun süreli bakım sorumluluğu üstlenmeleri ve genellikle hastane ortamında bakım verirken yabancılik hissi yaşamaları gibi sebeplerden kaynaklı stres yaşadıklarını ortaya koymuştur (69,70,131). Araştırmamızda ki bu sonucun bu sebeplerden kaynaklı

olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, mandala boyamanın insanlar üzerinde stres ve kaygının azaltılmasında; konsantrasyonun artmasında etkili olduğu bildirilmiştir (131,132,133). Sanat terapisinin bakım vericiler üzerindeki etkinliğini değerlendiren Kaimal ve ark. (131) tarafından yapılan bir çalışmada, radyasyon onkolojisi ünitesinde uygulanan mandala boyamanın bakım vericilerin stresinin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Khademi ve ark. (134) tarafından yapılan çalışmada, mandala boyamanın Covid-19 hastalarının kaygısını azalttığı ortaya konmuştur. Kim ve ark.'nın (135) yapmış olduğu çalışmada; mandala boyama etkinliğinin hastaların stres seviyesini azalttığı ve rahatlama düzeyini arttırdığı sonucuna varılmıştır. Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören ergenlere yapılan mandala çalışmasının anksiyete, depresyon ve psikolojik semptomları azalttığı belirtilmiştir (17). Kansere mücadele eden bireylerle yapılan araştırmalarda, sanat terapisi uygulaması sonrası bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma olmuştur (136,137). Demans hastalarına uygulanan sanat terapi programı sonrasında hastaların streslerinde azalma, yaşam kalitelerinde artma saptanmıştır (138,139). Hong Kong'da Covid-19 pandemisi sırasında hastanede çalışan hemşirelerin stresini azaltmak amacıyla hemşirelere mandala boyatılmış ve sonucunda mandala boyamanın, hemşirelerin farkındalığını ve zihinsel iyilik hallerini arttırdığı, stres seviyelerini azalttığı belirlenmiştir (140). Huss ve Samson'un (141) çalışmasında, kanser hastalarına resim çizme yöntemi uyguladıktan sonra stres seviyelerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Grace'in (142) üçüncü trimesterde olan hamilelerle yapmış olduğu çalışmasında mandala aktivitesinin strese etkisi incelenmiş ve mandala aktivitesinin stresi önemli derecede azalttığı bulunmuştur. Özsavran'ın (16)

alışmasına göre, mandala sanat terapisi uygulamaları özel bakım gerektiren çocuğu olan annelerin konfor düzeylerini olumlu etkilemiştir. Bu çalışmalara ek olarak Faramarzi ve Bavali (143), Jenaabadi ve Abaasi (144) ve Lee'nin (145) alışmalarında engelli çocuklarına bakım veren annelerin mandala boyama sayesinde streslerinin azaldığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bu araştırma sonuçlarının daha önce yapılan araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu tespit edildi. Stres, genellikle bireyin çevresindeki olaylara veya durumlara uyum sağlama sürecinde ortaya çıkan bir tepki olarak görülmektedir (131). Mandala boyama ile bireyler yaşadıkları stres ve sıkıntıyı dışarı aktarıp bu yaratım aracılığıyla görünür kılarlar (140). Bu bağlamda, mandala boyamanın palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinde algılanan stres düzeyini azaltmak için hemşireler tarafından uygulanabilecek etkili destekleyici bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin mandala boyama uygulama sonrası DK puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında, uygulama sonrası girişim grubundaki bakım vericilerin kontrol grubuna göre DK puan ortalamalarındaki azalmanın anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 5.4). Araştırmamızda, kontrol grubunun uygulama sonrası kayęı puanlarında da artma saptandı. Literatürde bakım vericilerin, sevdikleri kişileri kaybetme korkusu yaşamaları, bakım verme sürelerinin ne zaman sona ereceğini tahmin edememeleri gibi nedenlerden dolayı kayęı yaşadıkları belirtilmektedir (146,147). Bu durum, araştırmamızda bulunan kontrol grubundaki bakım vericilerde olağan bir durumu yansıtmaktadır. Farklı gruplar ile yapılan çalışmalarda, mandala boyama yönteminin kullanılması kayęı düzeyini azalttığı görülmüştür (146,147,148,149). Kanseri tedavisi gören hastalarda uğraşı terapi yöntemlerinin

kaygı düzeyini azalttığı belirlenmiştir (150). Gençdoğan ve ark.'nın (151) çalışmasında mandala boyamanın üniversite öğrencilerinin sınav kaygısını azalttığı bildirilmiştir. Sandmire ve ark. (152) tarafından, Lisans birinci sınıf öğrencilerinde mandala şablonlarını renklendirmenin durumluk kaygıyı önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir. Yu ve ark. (153) tarafından cezaevindeki mahkumlara tahliye öncesi resim terapisi uygulanmış, uygulamanın mahkumların kaygılarını azalttığı bulunmuştur. Nainis ve ark.'nın (154) araştırmasında, kanser hastalarının kaygı düzeyinin sanat terapisi sonrasında anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, farklı gruplarda yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kaygı, bireylerin yaşamının belirli dönemlerinde aralıklarla deneyimlediği ve genellikle fizyolojik belirtilerle birlikte ortaya çıkan rahatsız edici bir duygudur (146). Kaygılı bireylerde resim çizme ve boyama, dopamin düzeyini artırarak nörolojik sistemin rahatlamasını sağlamaktadır (147). Mandala boyama ile zihin desenleri renklendirmeye odaklanırken bakım vericilerde kaygı oluşturan düşüncelerin bir kenara bırakılmasına yardımcı olarak bakım vericilerin kendilerini daha mutlu ve dengeli hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (140). Bu bilgilere dayanarak hemşirelerin palyatif bakım vericilerin kaygı düzeyini azaltmak için mandala boyama yöntemini kullanabileceği söylenebilir.

Bu araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin mandala boyama uygulama sonrası SF-36 ana boyut toplam puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; uygulama sonrası girişim grubundaki SF-36 ana boyut toplam puan ortalamalarındaki artmanın anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 5.5). Araştırmamızda, kontrol grubundaki bakım vericilerde uygulama sonrasında yaşam

kalitesi puanlarında anlamlı bir azalma tespit edildi. Literatürde palyatif bakım vericilerin odak noktalarının sadece bakım verdikleri hastanın istek ve ihtiyaçları üzerine olmasından dolayı yaşam kalitelerinde azalma olduğu ifade edilmektedir (62,63,79,155). Bu bağlamda araştırmamızda kontrol grubundaki bakım vericilerin yaşam kalitelerinin azalması beklenen bir durumdur. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik ilaç tedavisi ve bakım hizmetleri dışında sanat terapisinin de olumlu etkilerini inceleyen araştırmacılar, düzenledikleri bir tiyatro gösterisi sonucunda yaşlıların hafızalarının güçlendiğini, özgüvenlerinin ve yaşam doyumlarının arttığını gözlemlemişlerdir (155). Mahkumlarla yapılan bazı çalışmalar, sanat terapisi uygulamalarının kişilerin sosyalleşme becerisini arttırarak diğer bireylerle olan iletişimlerini güçlendirdiğini ortaya koymuştur (156,157,158,159). Kanser hastaları, yaşadıkları zorlukları azaltmak ve duygusal/psikolojik destek sağlamak amacıyla sanat terapisine başvurmaktadırlar (160). Bilgin ve ark.'nın çalışmasında (161) kanserli hastaların sanat terapisi yöntemleri ile fiziksel ve zihinsel sağlıklarının iyileştirilebileceği ileri sürülmüştür. Bu çalışma, sanat terapisi uygulamalarının kanser tedavi merkezleri uygulamalarına dâhil edilmesiyle kanser hastaları ile akrabalarının daha iyi hissetmelerini sağlayarak yaşam kalitelerini arttıracaklarını ortaya koymuştur (161). Monti ve ark. (162) tarafından yapılan çalışma, kanser tanısı almış kadınlara sekiz hafta süreyle sanat terapisi uygulanması sonucunda, sanat terapisi grubunda stresin azaldığını ve yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermiştir. Bu bulgular, sanat terapisinin kanser hastalarının duygusal iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebileceğini ve stresle başa çıkmalarına yardımcı olabileceğini ortaya koymaktadır (162). Bir çalışma da; kanser hastalarında sanat terapisi uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi

değerlendirilmiş, hastaların öncesinde daha fazla acı, sonrasında ise daha fazla mutluluk yaşadıkları gözlenmiştir (163). Başka bir çalışmada ise meme kanserli kadınlarla çalışılmış olup sanat terapisi uygulamaları ile yaşam kalitesinin artırılması sağlanmıştır (164). Sanat terapisi uygulaması, haftada 6-8 saat boyunca kanser hastası çocuklar ve aileleri üzerinde yapıldığında, katılımcıların yaşam kalitelerinde anlamlı bir iyileşme gösterdiği saptanmıştır. (165). Bebee ve ark.'nın (166) çalışmasında, astım nedeniyle depresyonda olan çocuklara uygulanan sanat terapinin ardından toplam yaşam kalitesi skorunda anlamlı bir artma gözlemlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, farklı gruplarda yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. DSÖ'nün verilerine göre düzenlenen Health Evidence Network Synthesis Report 64'te sanatla uğraşmanın mental sağlık sorunlarıyla başa çıkma, stresi azaltma, duygusal esenlik ve genel yaşam kalitesini artırma gibi bir dizi avantajı içerebileceği belirtilmektedir (167). Bu bulgulara dayanarak mandala boyama uygulamasının bakım vericilere rutinleri dışında bir uygulama sağlayarak mutlu olmalarını sağlayabilir (84). Bu bağlamda, hemşirelerin palyatif bakım vericileri için mandala boyamanın kullanılmasını desteklemesi, bu aktivitenin yaşam kalitesini artırmada etkili bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Bu araştırmada mandala boyamanın; uygulama sonrası bakım vericilerin ASÖ ve DKÖ puan ortalamaları üzerinde negatif, SF-36 puan ortalamaları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 5.6). Bulgular, palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinde algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine mandala boyamanın önemli derecede iyileştirici etkisi olduğunu göstermektedir.

Elde edilen tüm bu sonuçlar; araştırma hipotezlerinden “Palyatif bakım hastalarının bakım vericilerine uygulanan mandala boyamanın algılanan stres, kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi vardır.” hipotezini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak;

Mandala boyamanın, bakım vericilerde algılanan stres düzeyini ve kaygıyı azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı saptandı.

Öneriler;

- Mandala boyamanın; kolay uygulanabilir olması, maliyet gerektirmemesi, bakım vericilere hoş vakit geçirme imkanı sağlaması açısından hemşirelik uygulamalarına entegrasyonu,
- Palyatif bakım servisindeki hastaların bakım vericilerine, hemşireler tarafından mandala boyama uygulamasının nasıl yapıldığının anlatılması ve palyatif bakım servislerinde uygun bir ortamın yaratılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO), 2020, Palliative Care, <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>, Erişim tarihi:2023.
2. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi, 2011, 26(4):193-198.
3. Grov EK, Fosså SD, Sorebo O, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. Soc Sci Med, 2006, 63(9):2429-39.
4. Cameron JI, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. J Psychosom Res, 2004, 57(2):137-43.
5. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E. ve Lee, J. (2015). Caregiving Burden and the Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients: The Relationship and Correlates. European Journal of Oncology Nursing, 19 (4), 376-382
6. Madenoğlu Kıvanç, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. Hps Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 132-135.
7. Quesada, M., Madrigal, M., Luna, A. ve Perez-Carceles, M. D. (2015). Caring For The Caregiver: Factors Associated With The Quality Of Life Of Family Caregivers To Palliative Care Patients. European Journal For Person Centered Healthcare, 3 (3).
8. Ergür İ, Ergür E, Ergür E. Mandala ve sanat terapisine tarihsel ve klinik bakış. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi 4(7): 36-48, 2021.
9. Wolff, N., Perlick, D. A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A., & Miklowitz, D. J. (2006). Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder. *The journal of mental health policy and economics*, 9(2), 99–110.
10. Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*, 33(2), 180–187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x>
11. Czamanski-Cohen, J. The use of art in the medical decision-making process of oncology patients. *Art Therapy*. 2012; 29 (2): 60-67.
12. Campenni, C. E., & Hartman, A. (2020). The effects of completing mandalas on mood, anxiety, and state mindfulness. *Art Therapy*, 37(1), 25–33. <https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1669980>
13. Curry, N. A., & Kasser, T. (2005). Can coloring mandalas reduce anxiety? *Art Therapy*, 22(2), 81–85. <https://doi.org/10.1080/07421656.2005.10129441>
14. Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., & Van Laarhoven, H. W. M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2289-2298. DOI: 10.1007/s00520-020-05869-0
15. Karabuga Yakar, H., Yılmaz, B., Çelik, E., Özkol, O., Gevher, F., Oruç, Ö., & Şen, H. (2023). Meditasyon Temelli Mandala Programının Palyatif Bakım Ünitesindeki Kanser

- Hastalarına Bakıcılarda Sıkıntı, Kaygı ve Depresyon Üzerine Etkisi. *OMEGA - Ölüm ve Ölmek Dergisi* , 87 (4), 1361-1374. <https://doi.org/10.1177/00302228231181936>
16. Özşavran, M., & Ayyıldız, T. K. (2022). The effect of mandala art therapy on the comfort and resilience levels of mothers who have children with special needs: A randomized controlled study. *Child: care, health and development*, 49(6), 1032–1045. <https://doi.org/10.1111/cch.13110>
17. Gürçan, M., & Atay Turan, S. (2021). The effectiveness of mandala drawing in reducing psychological symptoms, anxiety and depression in hospitalised adolescents with cancer: A randomised controlled trial. *European journal of cancer care*, 30(6), e13491. <https://doi.org/10.1111/ecc.13491>
18. Collins, A., McLachlan, S. A., & Philip, J. (2017). Initial perceptions of palliative care: An exploratory qualitative study of patients with advanced cancer and their family caregivers. *Palliative medicine*, 31(9), 825–832. <https://doi.org/10.1177/0269216317696420>
19. Şenel, G., Oğuz, G., Koçak, N., Karaca, Ş., Kaya, M., & Kadioğulları, N. (2016). Palyatif bakım kliniğinde yatan kanser hastalarında ağrı tedavisi ve opioid kullanımı [Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic]. *Agri : Agri (Algoloji) Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology*, 28(4), 171–176. <https://doi.org/10.5505/agri.2016.07830>
20. Meier D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank quarterly*, 89(3), 343–380. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00632.x>
21. Batbaş, C, Yakar B, Pirinççi E. Palyatif bakım ve hospis. *Sted*. 2021; 30(2): 136-143.
22. Özveren H, Erdem Y, Güneş A. Türkiye’deki hemşirelik müfredatlarında palyatif bakım dersinin irdelenmesi (poster) Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. *BMJ Support Palliative Care*, 2016.
23. Meghani S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 152–161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02975.x>
24. Dünya Sağlık Örgütü (2022). Erişim tarihi: 07.07.2023, <https://www.who.int/healthtopics/palliative-care>
25. Bilen A. DNR ve Güncel Sorunlar. Akçakaya A, Başbüyük M, Aydoğdu İ, Uysal A M. Editör. *Palyatif Bakım ve Tıp*. İstanbul Tıp Kitabevleri. 2019;773-776.
26. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). 2020, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/42134> Erişim tarihi: 2023.
27. Özçelik, H., Fadiloğlu, C., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., Onen Sertöz, O., Eyigör, C., Hophancı Bıçaklı, D., Çalışkan, Z., Ozaydemir, G., Güzel, Y., & Kuzeyli Yıldırım, Y. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü [Case management based multidisciplinary care protocol in the palliative care of cancer patients]. *Agri : Agri (Algoloji) Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology*, 26(2), 47–56. <https://doi.org/10.5505/agri.2014.93585>

28. Cerit, B., oşkun, S., alışkan, MA ve ark. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeyleri ile Onurlu Ölmeye İlişkin İlkelere İlişkin Tutumları Arasındaki İlişki. *J Relig Health* **60** , 162–177 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01102-8>
29. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), 2013, WPCA Policy statement on defining palliative care.
30. International Association For Hospice & Palliative Care (IAHPC). 2020, The Goals of Palliative Care. <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/5-what-is-palliative-care> Erişim tarihi:2023
31. Temelli, G., & Cerit, B. (2021). Perceptions of Palliative Care Nurses Related to Death and Palliative Care Practices. *Omega*, *84*(2), 378–398. <https://doi.org/10.1177/0030222819890457>
32. DSÖ (2018). WHO Definition of Palliative Care. Ekim 7, 2023 tarihinde World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
33. <http://www.thewhpca.org/images/resources/policytatements/WHPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf> Erişim tarihi:2023.
34. Pereira da Silva E, Sudigursk D. Conceptions about palliative care: literature review. *Acta Paul Enferm* 2008;21(3):504-8.
35. Paudel B D, Dangal G, Munday D. Overview of Palliative Care. *NJOG* 2014 Jul-Dec; 18 (2):3-10.
36. Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA). 2020, Milestones in Hospice Palliative Care. <https://www.chpca.ca/about-hpc/milestones-in-hospice-palliative-care> Erişim tarihi: 2023.
37. Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(2):81-90.
38. Gökçınar D, Kahveci K. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım. Kahveci K, Gökçınar D. Editör. Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri.2014;1-5.
39. Meier D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank quarterly*, *89*(3), 343–380. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00632.x>
40. Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*, *45*(6), 1094–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
41. Kutluk, T., Ahmed, F., Cemaloğlu, M., Aydın, B., Şengelen, M., Kirazlı, M., Yurduşen, S., Sullivan, R., & Harding, R. (2021). Progress in palliative care for cancer in Turkey: a review of the literature. *Ecancermedicalscience*, *15*, 1321. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1321>
42. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2018 Ulusal Konser Kontrol Planı.
43. Tuncer M. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
44. Ozgul, N., Gultekin, M., Koc, O., Goksel, F., Bayraktar, G., Ekinci, H., Sencan, I., Tuncer, A. M., Aksoy, M., & Tosun, N. (2012). Turkish community-based palliative care model: a unique

- design. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 3, 76–78. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds093>
45. Bilen A. Palyatif Bakım. Toplum ve Hekim. Ocak - Şubat 2016; 31:1, 25-30.
46. Emuk Y, Naz İ. The Current Situation of Palliative Care in Turkey. *Jornal of Cancer Policy*, 13(2017) 33-37
47. Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editör, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. 2018;1-29.
48. Akçakaya A. Türkiye’de Hastanelerde Palyatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi. İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A. Editör. Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp. İSAR yayınları. 2019b;37-45.
49. Sağlık Bakanlığı. 2011, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.thder.org.tr/uploads/hukuk/yonetmelikler/27910.pdf> hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html. Erişim tarihi: 2023.
50. Koç O. Türkiye’de Palyatif Bakım. Aksakal H, Koç O, Kahveci K. Editör, Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Akademisyen Kitabevi. 2018;10-14.
51. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) 2020. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Uygulama Yetkisi Alan Sağlık Tesisleri, <https://khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr/TR,44162/9-palyatif-bakim-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-uygulama-yetkisi-alan-saglik-tesisleri.html>. Erişim tarihi: 2023.
52. Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2023. Türk Dil Kurumu Sözlükleri Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 01.10.2023
53. Grudzen, C. R., Barker, P. C., Bischof, J. J., Cuthel, A. M., Isaacs, E. D., Southerland, L. T., & Yamarik, R. L. (2022). Palliative care models for patients living with advanced cancer: a narrative review for the emergency department clinician. *Emergency cancer care*, 1(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s44201-022-00010-9>
54. Bacanlı H, Sürücü M. Gülhan T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖKF) psikometrik özelliklerinin güncellenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13(1),81-96.
55. Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013;15(3):1-12.
56. Gel KT ve Kesgin MT. İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg* 2017, 20(4): 267-278.
57. Arca M ve Ceylan A. İnme Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Hastalara Bakım Verenlerin Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesi Algıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 13(1): 45-54.
58. Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2013). Symptom burden in palliative care patients: perspectives of patients, their family caregivers, and their attending physicians. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(7), 1955–1962. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1747-1>

59. Morrison R. S. (2013). Models of palliative care delivery in the United States. *Current opinion in supportive and palliative care*, 7(2), 201–206. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32836103e5>
60. 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>
61. Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International journal of palliative nursing*, 17(7), 329–336. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.7.329>
62. İzgü N. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;61-69.
63. Kaçmaz N, Kocaman Yıldırım N, Özkan M. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: yaşadıkları ve gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;31(2):98-112
64. Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative Care for Family Caregivers. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 926–936. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00018>
65. Macharia, J. M., Raposa, B. L., Sipos, D., Melczer, C., Toth, Z., & Káposztás, Z. (2023). The Impact of Palliative Care on Mitigating Pain and Its Associated Effects in Determining Quality of Life among Colon Cancer Outpatients. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(22), 2954. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222954>
66. Spatuzzi, R., Giulietti, M. V., Ricciuti, M., Merico, F., Meloni, C., Fabbietti, P., Ottaviani, M., Violani, C., Cormio, C., & Vespa, A. (2017). Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: A comparative study. *Death studies*, 41(5), 276–283. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1273277>
67. Turgut AŞ, Soylu G. Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2020; 31(2): 460-476
68. Er F. ve Yıldırım Ş. İnme Sonrası Hasta ve Bakım Verenlerin Aile İçi İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2019; 6(3): 182-189.
69. Rafiq, M., & Sadiq, R. (2019). Caregiver Stress, Perceived Stigma and Mental Health in Female Family Members of Drug Addicts: Correlational Study. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(9), 1300–1303.
70. Parks, S. M., & Novelli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American family physician*, 62(12), 2613–2622.
71. Llanque, S., Savage, L., Rosenberg, N., & Caserta, M. (2016). Concept Analysis: Alzheimer's Caregiver Stress. *Nursing forum*, 51(1), 21–31. <https://doi.org/10.1111/nuf.12090>

72. Zwerling, J. L., Cohen, J. A., & Verghese, J. (2016). Dementia and caregiver stress. *Neurodegenerative disease management*, 6(2), 69–72. <https://doi.org/10.2217/nmt-2015-0007>
73. Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(30), 4829–4834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0909>
74. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(8), 1607–1612. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
75. Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of pain and symptom management*, 47(3), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
76. Oğuz I, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19:171-86
77. Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of oncology practice*, 9(4), 197–202. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000690>
78. Buscemi V, Font A, Viladriht C. Focus on Relationship Between The Caregivers Unmet Needs and Other Caregiving Outcomes in Cancer Palliative Care. *Psicooncologia* 2010; 7(1): 109-125.
79. Bilgehan T. ve İnkaya B. Palyatif Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021.
80. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(2):78-82.
81. Atagün Mİ. (2011). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry; 3(3):513-552.
82. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2012;171-8.
83. Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Derneği*. 2010;27-35.
84. Torun N. Palliative care experiences of the patient family. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019; 44(1): 358 – 365.
85. WHO (2022). Palliative care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Erişim Tarihi: 01.10.2023
86. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg*. 2012;54:329-334.
87. Özer S. Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliğinde Etik. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;13(1):6-12

88. Tuna H, Ünver G, Molu B. Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümeleme ve Hemşirelik. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 7(2): 64-69.
89. Aksakal H, Koç O, Kahveci K. Palyatif Bakım. Aksakal H, Koç O, Kahveci K. Editör, Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Akademisyen Kitabevi. 2018;1-7.
90. Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 95(1), 30–44. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.005>
91. Mohammed S, George C, Priya SS. Caregiver burden in a community mental health program — a cross sectional study. *Kerala Journal of Psychiatry* 2015; 28(1):26-33.
92. Bostancıoğlu B, Kahraman ME. Sanat terapisi yönteminin ve tekniklerinin sağlık-iyileştirme gücü üzerindeki etkisi. *Beykoz Akademi Dergisi* 5(2): 150- 162, 2017.
93. Leckey J. The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(6): 501-509, 2011.
94. De Botton, A., & Armstrong, J. *Art as therapy*: Phaidon Press; 2013, p:
95. American Art Therapy Association. (2017). *Art Therapy*. Retrieved August 31, 2020, from https://www.arttherapy.org/upload/2017_DefinitionofProfession.pdf
96. Frith, C., & Law, J. (1995). Cognitive and Physiological Processes Underlying Drawing Skills. *Leonardo*, 28(3), 203. <https://doi.org/10.2307/1576075>
97. Wang, Q.-Y., & Li, D.-M. (2016). Advances in art therapy for patients with dementia. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 105–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.011>
98. Akhan, L.U. (2012). Psikopatolojiksanat ve psikiyatrik tedavide sanatın kullanılışı. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2(2), 132- 135.
99. Turturro, N., & Drake, J. E. (2022). Does coloring reduce anxiety? Comparing the psychological and psychophysiological benefits of coloring versus drawing. *Empirical Studies of the Arts*, 40(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/0276237420923290>
100. Haeyen, S. van Hooren, S., Dehue, F., & Hutschemaekers, G. (2018). Development of an art-therapy intervention for patients with personality disorders: an intervention mapping study. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 23(3), 125–135. <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1403458>
101. Bellmer, E. A., Hoshino, J., Schrader, B., Strong, M., & Hutzler, J. B. (2003). Perception of the art therapy field by psychology professors. *Art Therapy*, 20(3), 163–169. <https://doi.org/10.1080/07421656.2003.10129573>
102. Jang, H., & Choi, S. (2012). Increasing ego-resilience using clay with low SES (Social Economic Status) adolescents in group art therapy. *Arts in Psychotherapy*, 39(4), 245–250. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.04.001>
103. Haeyen, S., van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *Arts in Psychotherapy*, 45, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.005>

104. Williams J. *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice*. (Ed: Rappaport L) (Foreword by Jakusho Kwong-Roshi). Jessica Kingsley, London and Philadelphia, 2014.
105. Bloos ID, O'Connor TSJ. Ancient and medieval labyrinth and contemporary narrative therapy: How do they fit? *Pastoral Psychology* 50(4): 219-230, 2002.
106. Henderson, P., Rosen, D., & Mascaró, N. Empirical study on the healing nature of mandalas. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*. 2007; 1 (3): 148.
107. Jung, C. G. *Mandala symbolism* (R. F. C. Hull. Volume 9, Part I, *The Collected Works of C. G. Jung*). Princeton, NJ: Princeton University Press. 1973, p: 100-380.
108. Jung, C. G. *Mandala symbolism*: (from vol. 9i collected works): Princeton University Press; 2017, p: 450-580.
109. Campenni, C. E., & Hartman, A. (2020). The effects of completing mandalas on mood, anxiety, and state mindfulness. *Art Therapy*, 37(1), 25–33. <https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1669980>
110. Shella, T. A. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64. doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.003
111. Henderson, P. G. (2012). Empirical study of the healing nature of artistic expression: Using mandalas with the positive emotions of love and joy. (Publication No. 3524732) [Doctoral dissertation, Texas A&M University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
112. Cheng-Hung, W., Yu-Chen, H., & Yu-Huan, S. (2016). Using wearable EEG to research the change of brainwave of teenagers drawing pictures with Mandala art. In 2016 International Conference on Advanced Materials for Science and Engineering (ICAMSE) (pp. 581-584). DOI: 10.1109/ICAMSE.2016.7840205
113. Kavşur, Z. ve Sevimli, E. (2020). Türkiye'deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*, (4), 715-730.
114. Potts NL, Mandleco BL. *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*. Delmar Cengage Learning, 2012.
115. Blasdell ND (2017) Hemşirelik Uygulamasında Bakımın Anlamı. *Int J Nurs Kliniği Uygulaması* 4: 238. doi: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/238>
116. Teksöz E, Ocakçı AF. Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 7(2): 119-123, 2014.
117. Çam MO, Turgut EÖ. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde yaratıcılık. *Journal of Psychiatric Nursing* 6(2): 100-103, 2015.
118. Koo, M., Chen, H.-P., & Yeh, Y.-C. (2020). Coloring activities for anxiety reduction and mood improvement in Taiwanese community-dwelling older adults: A randomized controlled study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020(6), 6964737. <https://doi.org/10.1155/2020/6964737>

- 119.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- 120.Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.
- 121.Sargin, M., Uluer, M. S., Aydoğan, E., Hanedan, B., Tepe, M. İ., Eryılmaz, M. A., Ebem, E., & Özmen, S. (2016). Anxiety Levels in Patients Undergoing Sedation for Elective Upper Gastrointestinal Endoscopy and Colonoscopy. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 70(2), 112–115. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.112-115>
- 122.Ceyhan Ö, Kartin PT, Taşci S. Endoskopi Eğitiminin Hastalardaki Kaygı Düzeyine Etkisi. *Pamukkale Med J*. 28 Eylül 2018;11(3):293-300.
- 123.Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- 124.Bilge A, Öğce F, Genç RE, Oran NT. “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)”nin Türkçeversiyonunun psikometrik uygunluğu”, *EGEHFD*, 2009, 2(25):61-72.
- 125.Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for state-trait anxiety inventory*. California: Consulting Psych-Press.
- 126.Öner, N. ve Le Compte, A. (1983) *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1-26.
- 127.Ware, JE., Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36- item short form health survey (SF-36).Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30:473-83.
- 128.Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, et al. SF-36’nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102- 6.
- 129.Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004, 8: 1-11.
- 130.Tel H. Determining quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation* 2009, 38: 210-5.
- 131.Kaimal, G., Carroll-Haskins, K., Mensinger, J. L., Dieterich-Hartwell, R. M., Manders, E., & Levin, W. P. (2019). Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 42, 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.006>
- 132.Yakar, H.K, Yılmaz, B., Ozkol, O., Gevher, F., Celik, E. (2021). Effects of art-based mandala intervention on distress and anxiety in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. May;43.
- 133.Özçekiç, E., Şaykol, E. (2019). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Geometrik Şekillerdeki Algı Seviyelerinin İncelenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (16), 136-145.
- 134.Khademi, F., Rassouli, M., Rafiei, F., Moayedi, S., Torres, M., Marzban, N., Haji, E., Golitaleb, M. (2021). The effect of mandala colouring on anxiety in hospitalized.
- 135.Kim, M., Kim, S., Chang, S. B., Yoo, J. S., Kim, H. K., & Cho, J. H. (2014). Effect of a mind-

- body therapeutic program for infertile women repeating in vitro fertilization treatment on uncertainty, anxiety, and implantation rate. *Asian nursing research*, 8(1), 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.002>
- 136.Monti, D.A., Peterson, C., Kunkel, E.J., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G.C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (mbat) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363– 373.
 - 137.Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N. & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16(11), 980–984.
 - 138.Safar LT, Press DZ. Art and the brain: Effects of dementia on art production in art therapy. *Art Therapy* 2011; 28: 96-103. 13.
 139. Mimica N, Kalinić D. Art therapy may be beneficial for reducing stress-related behaviours in people with dementia-case report. *Psychiatr Danub* 2011; 23 (1): 125–128.
 - 140.Fong, J.S.Y., Hui, A.N.N., Ho, K.M., Chan, A.K.M., Lee, A. (2022). Brief mindful coloring for stress reduction in nurses working in a Hong Kong hospital during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. Oct 28; 101(43):e31253. doi: 10.1097/MD.00000000000031253. PMID: 36316873; PMCID: PMC9622339.
 - 141.Huss, E., & Samson, T. Drawing on the arts to enhance salutogenic coping with health- related stress and loss. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9: 1612.
 - 142.Grace, A., Monty, P.S., Linda, Wati, (2020), The Effects of Drawing and Coloring Mandala on Anxiety Among Pregnant Women in Their Third Trimester, 997-1002.
 - 143.Faramarzi S, Bavali F. The effectiveness of group logotherapy to improve psychological well-being of mothers with intellectually disabled children. *International Journal of Developmental Disabilities*63(1): 45-51, 2017.
 - 144.Jenaabadi H, Abaasi N. Effectiveness of group training of reliance therapy components on quality of life and resilience of mothers of children with learning disabilities. *Health, Spirituality and Medical Ethics* 7(1): 25-31, 2020.
 - 145.Lee JH. Effectiveness of group art therapy for mothers of children with disabilities. *The Arts in Psychotherapy* 73(3): 101754, 2021.
 - 146.Stinley, N. E., Norris, D. O., Hinds, P. S (2015), Creating Mandalas for the Management of Acute Pain Symptoms in Pediatric Patients, *Art Therapy*. 32 (2): 46-53.
 - 147.Altay, N., Kilicarslan-Toruner, E., Sâri, Ç. (2017) The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 1-6.
 - 148.Mantzios, M., & Giannou, K. (2018). When did coloring books become mindful? Exploring the effectiveness of a novel method of mindfulness-guided instructions for coloring books to increase mindfulness and decrease anxiety. *Frontiers in Psychology*, 9(56).
 - 149.Campenni, C. E., & Hartman, A. (2020). The effects of completing mandalas on mood, anxiety, and state mindfulness. *Art Therapy*, 37(1), 25-33.

150. Uramoto, H., Tsukada, J. (2010). Quality of Life for Patients Receiving Cancer Chemotherapy: The Japanese Perspective. In: Preedy, V.R., Watson, R.R. (eds) Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_170
151. Gendoğan, B., etinkaya, S.K. ve Gmş, E. (2018). Effects of coloring mandalas on test anxiety. İnön Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 19(1), 221-229.
152. Sandmire, D.A., Gorham, S.R., Rankin, N.E. & Grimm, D.R. (2012). The influence of art making on anxiety: A Pilot Study. Art Therapy, 29(2), 68-73.
153. Yu, Y.Z., Yu Ming, C., Yue, M., Hai Li, J. & Ling, L. (2016). House–tree–person drawing therapy as an intervention for prisoners' prerelease anxiety. Social Behavior and Personality: An International Journal, 44(6), 987-1004.
154. Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. Journal of Pain and Symptom Management, 31(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.01.232>
155. Artan, T., Arıcı, A., iek, M., ve zbek, Y. (2017). Sanatla Terapi'nin Yaşlılar zerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Journal of Strategic Research in Social Science, 3(4), 131-146.
156. Gussak, D. (2006). Effects of art therapy with prison inmates: A follow-up study. The Arts in Psychotherapy, 33, 188-198.
157. Gussak, D. (2007). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51(4), 444-460.
158. Gussak, D. (2009). Comparing the effectiveness of art therapy on depression and locus of control of male and female inmates. The Arts in Psychotherapy, 36, 202-207.
159. Gussak, D. (2004). Art therapy with prison inmates: a pilot study. The Arts in Psychotherapy, 31, 245-259.
160. Karadağ, E. & Uğur, . (2015). Kanserli hastalarda ok konuşulmayan bir uygulama: sanat terapisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2), 142-144.
161. Bilgin, E., Kirca, O., ve Ozdogan, M. (2018). Art therapies in cancer—A non-negligible beauty and benefit. Journal of Oncological Sciences, 4(1), 47-48.
162. Monti, D.A., Peterson, C., Kunkel, E.J.S., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L., et al. (2006). A randomized, controlled mindfulness based art therapy (MBAT) for women with cancer. Psychooncology, 15, 363-373.
163. Madden J. R., Mowry P., Gao D., Cullen P. M., Foreman N. K. Creative Arts Therapy Improves Quality of Life for Pediatric Brain Tumor Patients Receiving Outpatient Chemotherapy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*; 2010; **27**: 133-145.
164. Svensk A. C., ster I., Thyme K. E., Magnusson E., Sjödn M., Eisemann M., Astrm S., Lindh J. Art Therapy Improves Experienced Quality of Life Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer: A Randomized Controlled Study. *European Journal of Cancer Care* 2009; 18: 69-77.

165. Walsh S. M., Weiss S. Art Intervention With Family Caregivers and Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*; 2003; 30: 115-120.
166. Bebee A, Gelfand EW, Bender B. Randomized trial to test the effectiveness of art therapy for children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126(2): 263-6.
167. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2019. Health Evidence Network Synthesis Report 64, Erişim adresi: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/406004/WHO-HEN-Report-64-Summary-Web.pdf, Erişim Tarihi: 01.12.2023



8. EKLER

8.1. Ek-1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma, Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bakım Vericilere Uygulanan Mandala Boyamanın Algılanan Stres, Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

1. **Yaşı:**
2. **Cinsiyeti:** a) Kadın b) Erkek
3. **Medeni Durumu:** a) Evli b) Bekar
4. **Eğitim Durumu:** a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim
d) Lise e) Yükseköğretim ve üstü
5. **Gelir Düzeyi:** a) Gelirim giderimi karşılıyor b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden az
6. **Çalışma Durumu:** a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
7. **Yalnız yaşama durumu?** a) Evet b) Hayır
8. **Sigara kullanıyor musunuz?** a) Evet b) Hayır
9. **Alkol kullanıyor musunuz?** a) Evet b) Hayır

10. Palyatif servisinde yatan hasta yakınınızın cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
11. Palyatif servisinde yatan hasta yakınınızın yaşı:
12. Palyatif servisinde yatan hasta yakınınızın tıbbi tanısı nedir?
Var ise hastalık adı.....
13. Tanı alma süreniz nedir? a)1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3 yıldan fazla
14. Hastaya yakınlık dereceniz nedir? a) anne b)baba c)eş d)kardeş
e)kızı f)oğlu
15. Hastaya bakım verme süreniz nedir? a)1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3
yıldan fazla
16. Daha önce bir hastaya bakım verdiniz mi? a) Evet b) Hayır

8.2. EK-2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu **gecen ay boyunca** ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözme konusundakendime güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkeliendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

8.3. EK-3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

8.4. Ek-4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınızı bunları yaparken sizi sınırlanmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyve kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
i. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3
j. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3

4.Son 4 hafta içerisinde fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVE T	HAYI R
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek)yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktivitelere ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapamama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız,komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7.Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok Şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize(arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadarsağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

8.5. EK-5: SF-36 Ölçeği Skor Tabloları

Tablo A. Yeniden Puanlama Tablosu

Soru numaraları	Cevap kategorisi	Aldığı Değer
1-20-22-34-36	1→	100
	2→	75
	3→	50
	4→	25
	5→	0
3-4-5-6-7-8-9-10-11-12	1→	0
	2→	50
	3→	100
13-14-15-16-17-18-19	1→	0
	2→	100
21-23-26-27-30	1→	100
	2→	80
	3→	60
	4→	40
	5→	20
	6→	0
24-25-28-29-31	1→	0
	2→	20
	3→	60
	5→	80
	6→	100
32-33-35	1→	0
	2→	25
	3→	50
	4→	75
	5→	100

Tablo B. Boyutlara İlişkin Puanların Elde Edilmesi

Boyutlar	Soru Sayısı	Soru Numaraları
Fiziksel fonksiyonellik	10	3-4-5-6-7-8-9-10-11-12
Fiziksel rol kısıtlamaları	4	13-14-15-16
Duygusal rol kısıtlamaları	3	17-18-19
Enerji/Canlılık	4	23-27-29-31
Sosyal fonksiyonellik	2	20-32
Ağrı	2	21-22
Genel sağlık algısı	5	1-33-34-35-36
Akıl ve ruh sağlığı	5	24-25-26-28-30

8.6. EK-6. Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı

		
T.C. FIRAT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI		
Oturum Tarihi 23.03.2023	Oturum Saati 14:00	Oturum Sayısı 2023/ 05- 08
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 23.03.2023 tarihinde saat 14:00'da Kurul Başkanı Prof. Dr. Mustafa KAPLAN başkanlığında, aşağıda imzaları bulunan kurul üyelerinin katılımlarıyla toplanarak gündemdeki konuları görüşmüş ve aşağıdaki kararları almıştır.		
Sorumlu Araştırmacı : Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN Diğer Araştırmacılar : Yük. Lis. Öğr. Fatma GÜRCAN		
"Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bakım Vericilere Uygulanan Mandala Boyamanın Algılanan Stres, Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" konulu tez kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.		
<i>(Araştırmamızın tüm süreçlerinde kurum ve kuruluşlardan gereken izinlerin alınmasından araştırmacı/lar sorumludur.)</i>		
Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa KAPLAN, Prof. Dr. Demet ÇİÇEK, Prof. Dr. Seval YILMAZ, Doç. Dr. Nevzat GÖZEL, Doç. Dr. Uğur DEVECİ, Doç. Dr. Turgay BÖRK, Doç. Dr. Fazilet ERMAN, Doç. Dr. Burcu GÜL, Dr. Öğr. Üyesi Adem GÖK, Dr. Öğr. Üyesi Merve YILMAZ BOZOĞLAN		
Prof. Dr. Mustafa KAPLAN Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Demet ÇİÇEK	Prof. Dr. Seval YILMAZ	
Doç. Dr. Nevzat GÖZEL	Doç. Dr. Uğur DEVECİ	
Doç. Dr. Turgay BÖRK	Doç. Dr. Fazilet ERMAN	
Doç. Dr. Burcu GÜL	Dr. Öğr. Üyesi Adem GÖK	
Dr. Öğr. Üyesi Merve YILMAZ BOZOĞLAN		

8.7. Ek-7. Fethi Sekin Şehir Hastanesi Komisyon Kararı İzin Yazısı

ELAZIĞ SAĞLIK BAKAN KARTI
ELAZIĞ SAĞLIK BAKANLIĞI İZLEME, DEĞERLENDİRME VE
DENETİM BİRİMİ
08.05.2023 17:28:53 E:20230501104-11794649
315043649

KOMİSYON KARARI

18.05.2023

Elazığ Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi **Fatma GÜRCAN** ın "Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bakım Vericilere Uygulanan Mandala Boyamanın Algılanan Stres, Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi:Randomize Kontrollü Bir Çalışma" konulu bilimsel araştırma yapabilmesi için başvuruda bulunmuş olup, söz konu başvuru Elazığ Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından uygun görülmüştür. Bahse konu talep; 18.05.2023 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; bilimsel araştırma projesi yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı** olarak **Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme** birimine teslim edilecektir.

e-imzalıdır. Uzm. Dr. Nülüfer KILIÇ Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı Üye	e-imzalıdır. Dr.Abdulkadir KANTARCIOĞLU Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Üye
e-imzalıdır. Ömer YILDIRIM Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı Üye	e-imzalıdır. Dr. Şenel ÖNER Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd. Üye
e-imzalıdır. Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE Sağlık Hizmetleri Başkanı Komisyon Başkanı	

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: :5B6D914F-159F-455A-812B-BE33AB989A97

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Çaydağcı Mah. Şehit Korgeneral Hulusi Sayın Cad. No:14/3 23270
Telefon No:
e-Posta: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Nadire BİRLİKBAŞ
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşl.
Telefon No: 04242184031



8.8. EK-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bakım Vericilere Uygulanan Mandala Boyamanın Algılanan Stres, Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Bu araştırma Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi öğretim elemanı Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN ve Fatma GÜRCAN tarafından yürütülecektir. Araştırma ile ilgili soruların cevaplanması yaklaşık olarak 4 hafta sürecektir. Girişim grubundaki bakım vericilerin mandala boyama aktivitesi yapmaları sağlanacaktır. Kontrol grubuna ise herhangi bir işlem yapılmayıp rutin bakımları yapılacaktır. Her iki gruba 1. Gün Tanıtıcı Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ve Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurulacaktır. Aynı şekilde 4. Haftanın sonunda bu formlar tekrar doldurulacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek, araştırma amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Veri toplama amacı ile size gönderilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllü katılımcıya, araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

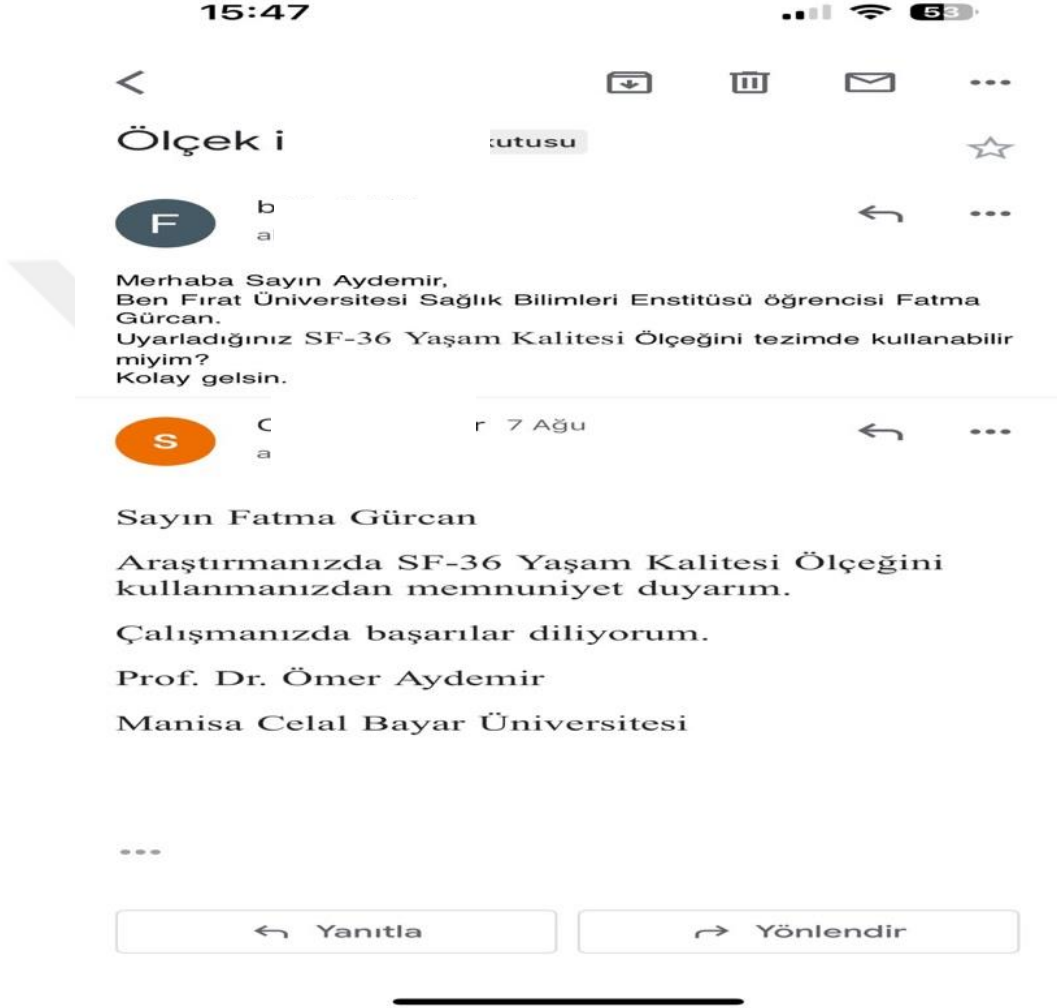
İmza

8.9. EK-9. Algılanan Stres Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı



8.10. Ek-10. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanımı İzin

Yazısı



8.11. EK-11. Durumluk Kaygı Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

31.07.2023

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Sınav Kaygısı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Fırat Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Fatma Gürcan'ın, ***"Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bakım Vericilere Uygulanan Mandala Boyamanın Algılanan Stres, Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma"*** konulu yüksek lisans tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner