

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA MANEVİ BAKIM

Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ¹

ÖZET

Bu çalışmada palyatif bakım hastalarında maneviyat ve manevi bakım konusunda yapılan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Palyatif bakım, ilerlemiş ve/veya ilerleyici hastalığı olan ve tıbbi olarak tedavinin mümkün olmadığı hastalarda ve bu hastaların ailelerinde fiziksel, psiko-sosyal ve manevi sorunların önlenmesi/ hafifletilmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik yaklaşımları içerir. Palyatif bakım yaklaşımı ölümü normal bir süreç olarak kabul eder, hasta bakımının psikolojik ve inanç yönlerini bütünlendirir, hastanın ölüme kadar mümkün olduğu kadar aktif olarak yaşamasına, yanısıra hastaların hastalıkları ve ölüm sonrasında ise ailenin yas tutma süreçlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olur. Maneviyat *“bireylerin anlam ve amaç arama ve bunu ifade etme tarzı, içinde bulunulan ana, kendisine, başkalarına, doğaya, anlamlı ve kutsal olana bağlanma biçimi”* olarak tanımlanabilir. Herhangi bir dine ve inanca bağlı olsun ya da olmasın palyatif bakım hastalarının çoğu manevi sıkıntı yaşar. Manevi sıkıntı anlamsızlık, umutsuzluk, başkalarına bağımlılık, izole olmuş hissetme ve desteksizlik duygusu şeklinde algılanabilir; korku, sinirlilik, umutsuzluk, depresyon şeklinde tezahür edebilir ve intihar düşünceleri ile ilişkili olabilir. Tersine manevi esenlik iç huzur, umut, değerli ve saygın hissetme, daha iyi yaşam kalitesi, daha az depresyon ve daha az anksiyete ile ilişkilidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar ölümü yaklaşan hastaların manevi bakım hizmetlerine zaman eksikliği, profesyonel eğitim eksikliği, bilinç eksikliği, sağlık çalışanları ve hasta ve aileleri arasındaki kültürel farklılıklar vb gibi bireysel, kurumsal ve kültürel engeller nedeniyle yeterince ulaşamadıklarını göstermektedir. Sonuç olarak manevi bakım mutlaka palyatif bakım hizmetlerine entegre edilmeli; manevi bakım uygulamaları, bazı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, verilen hizmetlerin kalite göstergesi olarak ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakım, palyatif bakım, terminal dönem bakımı, maneviyat, manevi bakım

¹ İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

SPIRITUAL CARE IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

ABSTRACT

In this study, researches on spiritual and spiritual care in palliative care patients were examined. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of all kind of pain and suffering including physical, psychosocial and spiritual. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; integrates the psychological and spiritual aspects of patient care; offers a support system to help patients live as actively as possible until death; offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement. Spirituality can be defined as: “... *the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred*”. Spiritual distress has been reported to be one of the symptoms suffered by most palliative care patients whether or not they formally adhere to a specific religion and belief. Spiritual distress connotes elements of meaninglessness, increasing dependence on others, and feeling isolated and unsupported, can manifests with fear, nervousness, hopelessness, and depression, and be associated with suicidal thoughts. On the contrary, spiritual well-being is presented as inner peace, having hope, feeling valued and dignified, better quality of life, lower depression, and anxiety level. Research reveals that access to spiritual care services at end of life are low because of individual, organisational, and cultural barriers such as lack of time, lack of professional education, lack of awareness, cultural differences between healthcare providers and patients and family. In conclusion, spiritual care must be integrated into palliative care services; spiritual care practices should be considered as quality indicators of services provided, as in some developed countries.

Keywords: End of Life Care, Palliative Care, Terminal care, Spirituality, Spiritual Care

Giriş

1950’li yıllara kadar insanların çoğu evlerinde, kendi yataklarında, ailelerinin yanında hayata veda ederken, günümüzde akut kazalar dışındaki ölümlerin %95’i hastanelerde ya da bakım evlerinde gerçekleşmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu ölüm öncesi dönemde aylar, yıllar süren kırılğan ve başkalarına muhtaç bir dönem geçirmekte, ölüm yolculuğunu fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlarının yanısıra manevi acı ve ızdırıp ile birlikte, iç huzura ulaşmadan, bir başka ifade ile palyatif bakım hizmeti alamadan, yalnız bir şekilde tamamlamaktadır (National Council on Aging, Healthy Aging Facts, 2018).

Palyatif bakım, ilerlemiş ve/veya ilerleyici hastalığı olan ve tıbbi olarak tedavinin mümkün olmadığı bireylerde, başta ağrı olmak üzere, fiziksel sorunların, yanısıra psiko-sosyal ve manevi sorunların önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır (World Health Organisation, Palliative Care, 2018).

Palyatif bakım yaklaşımı ölümü normal bir süreç olarak kabul eder, hasta bakımının psikolojik ve inanç yönlerini bütünleştirir, hastanın ölüme kadar mümkün olduğu kadar aktif olarak yaşamasına, yanısıra hastaların hastalıkları ve ölüm sonrasında ise ailenin yas tutma süreçlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olur (World Health Organisation, Palliative Care, 2018).

Saunders “total ağrı” fikrini geliştirmiş; ağrının yalnızca fiziksel kaynaklı olmadığını, duygusal, sosyal ve manevi olarak da ağrı ve ızdırıp çekilebileceğini belirtmiş; *“her bireyin kendine özgü deneyimi, geçmişi, ilişkileri ve kültürü vardır; palyatif bakım bireyin eşsiz bir varlık olarak saygı, sevgi ve merhamet görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar”* diyerek palyatif bakımın bireye özgü olarak verilmesi gerektiğini

vurgulamıştır (Wright ve Clark, 2012). Birçok araştırmada yaşamın son dönemindeki hastalarda maneviyatın ve manevi gereksinimlerin önemine vurgu yapılmıştır; ancak maneviyatın tanımı tam olarak yapılamamış, manevi gereksinimlerin sınırları çizilememiştir. Bu derleme, palyatif bakım hastalarında manevi bakımın önemine dikkat çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

Maneviyat ve Manevi Gereksinimler

Konu ile ilgili yapılan literatür taramasında maneviyatın tam bir tanımının olmadığı görülmüştür. Hutchinson'a göre (1997), maneviyat *"bireyin üstün güçle/Tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörler"*; White, Peters ve Schim'e göre (2011), *"kişinin iç dünyası ile ilgili şeyler, maddi olmayan doğüstü güç-kuvvet; güçlükler, tehlikeler karşısında inanç ve ahlaki değerlere bağlılıktan doğan dayanma gücü; ruh, kuvvet ve moral"*dir. 2009 yılı Palyatif Bakım Uzlaşma Konferansı Raporu'nda maneviyat *"bireylerin anlam ve amaç arama ve bunu ifade etme tarzı, içinde bulunulan ana, kendisine, başkalarına, doğaya, anlamlı ve kutsal olana bağlanma biçimi"* olarak tanımlamıştır (Puchalski ve diğ., 2009). Özetle, maneviyat umut ve güç, güvenme, dayanma gücü, hayatın anlamı ve amacı, affetme, kendine, başkalarına inanç, iman, sevgi ve ilişkiler, moral-ahlaki değerler, yaratıcılık ve kendini ifade etme biçiminin tümüdür.

Maneviyat sıklıkla dini inanç olarak algılsa da, dini inanç ve uygulamaların ötesinde bir kavramdır. ABD'de 2012 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %37'si herhangi bir dine bağlı olmadığını, ancak maneviyatlarının yüksek olduğunu (Pew Research Center, 2012); Danimarka'da palyatif bakım hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların tamamı Lutheran Kilisesine bağlı olduklarını, ancak dindar olmadıklarını, dinin pratiklerini gerçekleştirmediklerini, Tanrı'ya ve ölüm sonrası yaşama inanmadıklarını; kimi hastalar enerji ya da doğüstü bir güç olarak tanımlanabilecek birşeye inandıklarını belirtmişlerdir (Moestrup ve Hvidt, 2016). Bir diğer metaanalizde (Weber, Pargament, Kunik, Lomax ve

Stanley, 2012), ateizm diye birşeyin olmadığı, zor durumlarda, özellikle yaşamı tehdit eden hastalık durumlarında, kişilerin bir güce, inanca, umuda sarıldıkları, bunun da bir şekilde maneviyat olarak tanımlanabileceği ifade edilmiştir. La Cour ve Hvidt (2010), laik bakış açısı ile, maneviyat ve dinin birbiri ile ilişkili, ancak tamamen farklı iki kavram olduğunu; maneviyatın Tanrı olmaksızın üstün bir gücü arama ya da üstün bir güce inanma olarak ele alınmasının en doğru yaklaşım olduğunu açıklamıştır.

Yaşamsal krizlerde, örneğin kronik hastalıklarda, ölümcül hastalığı olanlarda, ileri yaşta olanlarda ölüm korkusu ve çaresizlik duygularının yaşanması ile güvende hissetme, yaşamını anlamlandırma, sevgi, ait olma ve kabul görme gibi manevi gereksinimler ön plana çıkar.

Yaşamın Son Dönemlerinde Olan Hastalarda Maneviyat ve Manevi Gereksinimler

Hastalık durumlarında, hele ki ölümcül hastalık durumlarında daha önce maneviyatı zayıf olan ve dindar olmayan, hatta ateist olan insanlarda bile manevi gereksinimlerin ortaya çıktığı (Bruce, Schreiber, Petrovskaya ve Boston, 2011; Swinton ve Pattison 2010; Weber ve diğ., 2012); ölümü yakın olan hastaların ciddi derecelerde varoluşsal ve manevi sıkıntı/acı yaşadıkları bildirilmektedir (Boston, Bruce ve Schreiber, 2011).

Bruce ve diğ. göre (2011), varoluşsal sıkıntı/acı umutsuzluk, yararsızlık, çaresizlik, tükenmişlik, anlamsızlık, hayal kırıklığı, pişmanlık ve suçluluk gibi duyguların tümünü içerir. Chan ve diğ. göre (2014), manevi sıkıntı hayatı yaşanmaya değer bulmama, başkalarına bağımlılık, izole olmuş hissetme ve desteksizlik duygusu şeklinde algılanabilir; diğer çalışmalara göre (Hui ve diğ., 2010; Kwan, Ng ve Chan, 2017) ise manevi sıkıntı, korku, sinirlilik, umutsuzluk, depresyon şeklinde tezahür edebilir ve intihar düşünceleri ile ilişkili olabilir.

Akut palyatif bakım ünitesine kabul edilen hastaların %44'ünün manevi sıkıntı yaşadığı (Hui ve diğ., 2010); Afrika ve Uganda'da yaşamın son dönemlerindeki hastaların %21 ila %58'inin manevi iyilik hallerini

kötü olarak tanımladıkları (Selman ve diğ., 2012) bildirilmiştir. Fenwick ve Brayne (2011) araştırmalarında İngilizlerin en büyük korkusunun yalnız ölmek olduğunu, İngiltere’de sağlık sistemi ile ilgili yapılan şikâyetlerin yarısından fazlasının manevi meselelere vurgu yapan yaşam sonu bakımıyla ilgili olduğunu saptamışlardır. Megaviglia, Sutter ve Gaskamp çalışmasında (2008), yaşamın son dönemlerindeki yaşlı hastalar maneviyatı, iç huzur, umut, değerli ve saygın hissetme, sosyal yaşamı sürdürme, yaşamı anlamlı bulma ve duygularla başa çıkabilme yeteneği olarak tanımlamıştır. Çin’li hastalar maneviyatın çok boyutlu soyut bir kavram olduğunu, aynı zamanda güç veren ve yaşamda anlam bulma ile ilişkili olan eşsiz bir kişisel inanç olduğunu ifade etmişlerdir. Sözü edilen bu çalışmaya göre, maneviyat, beden ve zihin bir bütündür; ölümün yaşam sürecinin bir parçası olarak görülmesi ve yaşamın sonuna geldiğinin kabul edilmesi hastalarda iç huzura ve dinginliğe sebep olur (Mok, Wong ve Wong, 2010).

Yapılan çalışmalara göre, manevi inancı yüksek olan hastalarda anksiyete, depresyon düzeyleri daha düşük, umut düzeyi daha yüksektir (Johnson ve diğ., 2011); manevi inanç depresyon, değersizlik duyguları ve intihara karşı önleyici rol oynamakta (Breitbart ve diğ., 2010; Swinton ve Pattison, 2010); bireyin önemli krizlerde baş etme yeteneğini, yaşamı ve yaşama umudunu, hastalığını ve ölümü anlamlandırmasını etkilemekte (Coyle, 2002) ve ölmek üzere olan hastaların ölüm kaygısında ve ölümden korkmamada dine yüklenen anlam ve dini inancın gücü önemli rol oynamaktadır (Gibbs ve Achterberg-Lawiis, 1970).

Manevi iyilik ya da esenlik aynı zamanda yaşam kalitesinin ölçülebilen alt boyutlarından biridir (Paloutzian, Bufford ve Wildman, 2012). Bovero, Leombruni, Miniotti, Rocca ve Torta (2016) yaşamının son birkaç haftasında olan 115 kanserli İtalyan hastada yaptıkları çalışmada maneviyatın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve maneviyatta iman etmenin önemli olduğunu bulmuşlardır. Yine yaşamının son dönemindeki

85 kanser hastasında yapılan çalışmada, manevi iyilik hali arttıkça algılanan şikayetlerin ciddiyetinde azalma olduğu, şikayetlerin şiddetinin azalması ile yaşam kalitesi ve umutta artma olduğu; sonuç olarak maneviyatı yüksek hastalarda kanserin yaşam kalitesi ve ölüm isteği üzerine olan negatif etkilerinin azaldığı gösterilmiştir (Wang ve Lin, 2016). Bir başka çalışmada dua etmenin kanserli hastalarda ağrı yönetiminde %76 oranında etkili olduğu bulunmuştur (McNeill, Sherwood, Starck ve Thompson, 1998).

Kuzey Amerika'da yapılan iki çalışmada manevi ihtiyaçların ihmal edilmesinin azalmış yaşam kalitesi ve bakımdan memnuniyetsizlik (Astrow, Wexler, Texeira, He ve Sulmasy, 2007; Heyland ve diğ., 2010); bir başka çalışmada yaşam sonu dönemde artmış sağlık bakım giderleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Balboni ve diğ., 2011).

Yaşamı tehdit eden hastalıkla mücadele eden bireyler için dini ve manevi ihtiyaçlar göreceli olarak daha önemli hale gelir ve bu gereksinimlerin karşılanması hasta ve ailesinin yaşam kalitesine olumlu katkı yapar (Bovero ve diğ., 2016; Vallurupalli ve diğ., 2012). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi, Maneviyat, Dindarlık ve Bireysel İnançlar Grubu'na (WHOQOL SRPB Group, 2006) göre, maneviyat, din ve bireysel inançlar bireylerin iç huzuru, umudu, iyimserliği ve yaşam kalitesi ile ilgilidir. Yine sağlık çalışanlarının maneviyat ile ilgili ve dini konuları hastalar ile konuşması hastaların daha fazla palyatif bakımdan yararlanmaları, agresif girişimlerin daha az yapılması ve yoğun bakım ünitesine daha az yatış ile sonuçlanır (Balboni ve diğ., 2013a).

Suudi Arabistan'da çalışan farklı ülkelerden (Filipinler, Yeni Zelanda, İrlanda, Hindistan, İngiltere, Güney Afrika, Kanada) Müslüman olmayan hemşireler ile yapılan niteliksel çalışmada (Abudari, Hazeim ve Ginete, 2016), yaşam sonu dönemde hastayı koruma ve hastaya zarar vermeme adına tüm kararların hasta ailesi tarafından alındığı, tanı ve hastalığın gidişatı konusunda hastanın hiç bilgilendirilmediği saptanmış, bu durum hemşireler tarafından hastanın otonomisine müdahale olarak

algılanmış; hemşireler *“hastalığın gidişatı konusunda bilgi verilirse bile, hastalar gerçeğin farkında ve bundan dolayı da manevi acı çekiyorlar”* demişlerdir. Aynı çalışmada, manevi bakım pratikleri dua etme, hastanın başında Kur’an okuma, teypten Kur’an dinletme, zemzem suyu içirme, hastanın yatak başını Mekke’ye doğru döndürme şeklinde olup manevi bakım ritüellerini tamamen dinin yönlendirdiği belirtilmiştir.

Yaşamın son günlerinde olan hastalarda yapılmış 11, sağlık çalışanlarında yapılmış 8, toplam 19 çalışmanın incelendiği metaanalizde maneviyatın anlam bulmadan ziyade ilişkilere odaklandığı, maneviyatın dini inancı içerebileceği ya da içermeyebileceği, dinden daha geniş anlamlarının olduğu saptanmıştır (Edwards, Pang, Shiu ve Chan, 2010).

Tornøe, Danbolt, Kvigne ve Sørli (2015b) çalışmasında, ölmekte olan hastalara bakım veren hemşireler, manevi acı çekmenin her zaman dini yönünün bulunmadığını belirtmiştir. Maneviyat, belirli bir din ve inanca resmi olarak bağlı olsun ya da olmasın, palyatif hastalarının çoğunun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Geleneksel dini uygulamalar birçok hasta için rahatlatıcı ve yol göstericidir. Bununla birlikte, önemli sayıdaki hastanın yüzlerini dönebilecekleri ve destek alabilecekleri dini inançları ve cemaatleri yoktur (Steinhorn, Din ve Johnson, 2017).

Etkili palyatif bakımın amaçlarından biri, kişinin sağlık sorunlarıyla başa çıkmada psikolojik dayanıklılığın kolaylaştırılmasıdır (Moestrup ve Hvidt, 2016). Tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak da anılan integratif tıp, sağlık ve refah duygusunu geliştirmeyi amaçlayan masaj, akupunktur, reiki, aromaterapi ve diyet takviyeleri gibi bir takım araçlar ve felsefeler yaşamın son dönemlerindeki hastaların dayanma gücünü artırmada yarar sağlayabilir. Kuzey Amerika ülkelerinde palyatif bakım hastalarında manevi kaynak olarak integratif tıp uygulamalarının kullanımı oldukça yaygındır; ancak çoğu hasta onaylanmayacağını düşündükleri için bu durumdan hekimlerini haberdar etmezler. İntegratif tıp uygulamaları palyatif bakım hastalarında sıklıkla yaşanan bulantı, ağrı,

depresyon ve varoluşsal acı gibi yakınmaları azaltmada etkinliğine ek olarak, barışçıl ve sakin bir içsel duygu durumu ve huzur bulmada sözel ve bilişsel olmayan yollar sunar. İntegratif tıp uygulamaları sırasında bireyde oluşan sakinlik ve dinginlik etkisi derin dua etme ve meditasyon yapma sonucu elde edilen dinginlik ve huzur etkisine benzer. Birçok insan yaşamlarına ve yaşamlarında yaptıkları seçimlerine yönelik yeni anlayış geliştirir; böylece integratif yaklaşımlar hastaların kendilerine yönelik farkındalıklarının artmasını sağlar ve hastalar geleneksel duaya eşlik eden dini uygulamalar olmadan manevi gereksinimlerini karşılayabilirler. Böyle yaparak hastalar basit, sözel olmayan yaklaşımlarla daha fazla içgörü kazanabilir ve huzura erebilirler (Steinhorn ve diğ., 2017).

Aile Bireylerinde Manevi Gereksinimler ve Manevi Bakım

Aile bireylerinden birinde ölümcül hastalığın olması diğer aile üyelerini de etkiler. Ancak konu ile ilgili yapılmış yalnızca dört araştırmaya rastlanmıştır. Yapılan bir çalışmada (Tornøe ve diğ., 2015b) hemşirelerin ifadelerine göre; ölümü yakın olan hastalar ve aile üyeleri birbirleri ile korkularını, acılarını ve kederlerini paylaşmadıklarında giderek kendi kabuklarına çekilerek yalnızlaşmakta; hastalar ölümlerinden sonra çocukları ve eşlerinin nasıl ayakta kalacakları konusunda endişe yaşamakta; ölüm endişesi ve yok olma korkularını “*karanlık bir yere doğru gittikleri*” şeklinde ifade etmekte, yine hastalığın kendilerine eski günahlarının cezası olarak Allah tarafından verildiğini söylemektedirler.

Maneviyat ve dini inançlar aile üyelerinin ölüm öncesi ve ölümden sonraki dönemde baş etmelerini kolaylaştırır. Palyatif bakım ünitelerinde bakılan ileri dönem kanser hastalarının aile yakını olan 43 kişide yapılan bir çalışmada, aile üyelerinin çoğu kendilerini dindar olarak tanımlamış, %58’i manevi acı çektiğini belirtmiştir. Manevi acı anksiyete, depresyon, inkar ve uygun olmayan başa çıkma mekanizmalarını içeren psikolojik sıkıntı ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Delgado-Guay ve diğ., 2013).

Manevi ve dini inançların kayıp süreci ile başa çıkmada da etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin jinekolojik kanser tedavisi gören 108 kadına kanserle başa çıkmalarında kendilerine neyin yardımcı olduğu sorulduğunda; %93 oranında “*manevi inançlarım*” yanıtı verilmiş, hastaların %73’ü dinin hayatlarında önemli bir yer tuttuğunu ifade etmiş ve %49’u kanser teşhisi konulduktan sonra maneviyatlarının arttığını belirtmiştir (Roberts, Brown, Elkins ve Larson, 1997).

Çocukları kanserden ölen 145 ebeveyn ile yapılan çalışmada, katılımcıların %80’i çocuklarının ölümünü takiben dini inançları sayesinde yaklaşık bir yıllık bir sürede huzura kavuştuklarını ifade etmişler; dini inançları kuvvetli olan anne babaların çocuklarının kaybına fizyolojik ve duygusal uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (Cook ve Wimberley, 1983).

Sağlık Çalışanları Tarafından Manevi Gereksinimlerin Karşılama Durumu ve Etkileyen Faktörler

Ölümü yakın olan hastalarda manevi gereksinimlerin karşılanmasının önemi birçok çalışmada ortaya konulmuşken, sağlık çalışanlarının hasta ve ailelerinin manevi gereksinimlerini sorgulama ve karşılamada isteksiz, çekingen ve yetersiz oldukları bilinmektedir.

İngiltere’de ölmek üzere olan 3391 hastanın %21’i manevi ihtiyaçlarının sorulduğunu (Royal College of Physicians, National care of the dying audit for hospitals, England, 2014); İrlanda, İskoçya ve İngiltere’den 4054 hemşirede yapılan araştırmada, hemşirelerin sadece %5.3’ü hastaların manevi ihtiyaçlarını her zaman karşılayabildiğini ifade etmiştir (McSherry ve Jamieson, 2013). Bir başka çalışmada ileri evre kanser hastalarının %87’si hemşirelerinden, %94’ü ise hekimlerinden hiçbir zaman manevi destek almadıklarını belirtmişlerdir (Balboni ve diğ., 2013b).

Çalışmalarda manevi bakım verilmemesinin nedenleri zaman eksikliği, bireysel, kültürel ve kurumsal faktörler ve profesyonel eğitim

eksikliği olarak özetlenmiştir (Abudari ve diğ., 2016; Balboni ve diğ., 2013b; Best, Butow ve Olver, 2016; Christensen ve Turner, 2008; Edwards ve diğ., 2010; McSherry ve Jamieson, 2013; Noble ve Jones, 2010; Rushton ve diğ., 2009; Tornøe, Danbolt, Kvigne ve Sørli, 2015a; Udo, 2014). Örneğin din ve maneviyat konusunda hekimlerin görüşlerinin incelendiği 61 çalışmanın ele alındığı, 20.000'den fazla hekim üzerinde yapılan çalışmaların derlendiği metaanalizde, hekimlerin din ve maneviyat konularını nadiren hastalarla konuştukları, konuşanların ise çoğunlukla hastaları rahibe yönlendirdikleri belirlenmiş; manevi bakım ile ilgili engeller zaman ve eğitim eksikliği olarak ifade edilmiştir (Best ve diğ., 2016). Başka bir çalışmada da (Balboni ve diğ., 2013b) hemşirelerin %88, hekimlerin %86'sının manevi bakım konusunda hiç eğitim almadıkları saptanmıştır.

Udo'nun belirttiğine göre (2014), çoğu hasta verilen manevi bakımdan memnun değildir. Hatta bu hastaların çoğu fiziksel ve tıbbi bakımdan memnunken; manevi gereksinimlerini karşılayacak donanımda olmadıklarını düşündüklerinden hemşirelerle maneviyat konusunu tartışmaktan çekinmektedirler. Başka çalışmalarda da hemşirelerin hastalarla bu konuları konuşmada kendilerini hazır hissetmedikleri ve yetersiz hissettikleri belirlenmiştir (Christensen ve Turner, 2008; McSherry ve Jamieson, 2013; Noble ve Jones, 2010; Rushton ve diğ., 2009).

Bir çalışmada manevi bakımın önemli olduğu bildirilmesine rağmen, hemşireler hastaların manevi ihtiyaçlarını sorgulamada zaman yetersizliği, personel yetersizliği ve görüşmenin kesintiye uğrama olasılığı vb nedenlerle çekince göstermişlerdir. Bazı hemşireler de kendilerini yeterli görmedikleri için bunları bahane olarak kullandıklarını belirtmiş, *“din gibi konular çok özel konular olup, benim sorumluluk alanıma girmez”* demişlerdir (Tornøe ve diğ., 2015b). Norveç'te (Tornøe ve diğ., 2015a), hemşirelerin ne cevap vereceklerini bilemedikleri için, ölmekte

olan hastalarla maneviyat ve varoluşsal sıkıntı ile ilgili konuları konuşmaktan korktukları, bunun daha çok kendi ölümleri ile ilgili anksiyeteden kaynaklandığı bildirilmiştir.

Ölümü yaklaşan hastalarda maneviyat ile ilgili konulara eğilmekte zorlanan hekim ve hemşireler, ölüm ve ölmenin manevi yönlerini tanımak, ölmekte olan kişinin manevi gereksinimlerini karşılamak için ihtiyaç duydukları eğitimin yanısıra güvenden de yoksundurlar. Palyatif bakım deneyimine ilişkin araştırmalar, sağlık çalışanlarında ölüm döşeği bakış açısının yaygın olduğunu; ölüm sürecinde hastaların yalnız bırakıldıklarını, bu tür hastalara bakımın merhamet, anlayış ve saygı gerektirdiğini göstermektedir (Fenwick ve Brayne, 2011).

Çin’de yapılan çalışmada yaşamının son dönemindeki hastalar hemşirelerin manevi bakım vermesini beklemediklerini, fakat kaliteli bir bakım verildiğinde, bunun kendilerini güçlendirdiğini ve manevi olarak desteklediğini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanları, kabul ve umut vermeyi kolaylaştıran şefkatli ve sevgi dolu bir ortam sağlayabilirse, hastaların manevi olarak daha iyi hissetmelerine yardımcı olabilirler (Mok ve diğ., 2010).

Sağlık çalışanları ve hastaların kültürel değerlerinin ve dini inançlarının farklılığı manevi gereksinimlerin karşılanmamasının önemli nedenlerinden biridir. Örneğin Suudi Arabistan’da çalışan yabancı hemşirelerin deneyimlerini inceleyen çalışmada (Halligan, 2006), hasta bakımını din, kültür ve ailenin hepsinin etkilediği belirlenmiş; hemşireler kendi kültürel değerleri ve hastaların kültürel değerleri arasındaki farklılık nedeniyle hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılamada duygusal sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Al-Yateem ve Al-Yateem (2014) Müslüman hastalara bakım veren hemşirelerin İslami kurallar, pratikler konusundaki bilgilerinin ve kültürel yeterliliklerinin eksik olduğunu saptamıştır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da manevi bakımda önemli rol oynar. Çin kültüründe ölüm doğum kadar doğal bir süreç olarak kabul edilse de, iyi ölüm kavramı maneviyat, din ve felsefi inançların tümünden etkilenir; bu nedenle hastaların bakımlarında Taoizm, Konfusianizm (Ruizm) ve Budizm’de yaygın kullanılan geleneksel uygulamaların maneviyatın tamamlayıcısı olarak kullanılması önemlidir (Fang, Malcoe, Sixsmith, Wong ve Callender, 2015). Hmong inanisına sahip Çinli’ler ölümden sonra ruhun görünmeyen bir dünyada yaşamaya devam edeceğine inanırlar; yaşamdan ölüm yoluyla diğer yaşama geçiş yolculuğunun başarılı şekilde tamamlanması aile üyelerinin cenaze törenine katılması ile mümkündür. Bu inanışa sahip hastaların manevi bakımında ölüm sonrasında tüm aile üyelerinin katılacağı şekilde cenaze töreninin düzenlenmesi için hazırlıkların yapılması hastanın huzur bulmasına ve huzurlu şekilde ölmesine yardımcı olabilir (Gardner, Cha, Yang ve Tripp-Reimer, 2007). Budist inanışına sahip aileler ile yapılan bir çalışmada, ölüm acı veren bir deneyimden ziyade, aile üyelerini huzurlu bir ölümü sağlamak için biraraya getiren ve birlikte zaman geçirmelerini sağlayan olumlu bir deneyim olarak ifade edilmiştir (Kongsuwan, Chaipetch ve Matchim, 2012). Tüm dünyada din, yaşam- ve ölümü kültürel olarak anlamak, anlamlı bir yaşam sürdürmede önemlidir. Farklı kültür ve ritüelleri de içeren pratikler konusunda sağlık çalışanları bilgili olmalıdır. Örneğin Müslüman kültüründe ölüm herşeyin bitişi olarak algılanmaz, aksine İslam’da ölümden sonra ruhun yaşadığı ve başka bir dünyada yaşamın süreceği inancı ölümün bir geçiş süreci olarak algılanmasına neden olur. (Cheraghi, Payne ve Salsali, 2005; Salman ve Zoucha, 2010).

Manevi ve dini gereksinimleri kültürel boyutu ile ele alırken, hastaların ve aile üyelerinin iyi ölüm kavramından ne anladıkları üzerinde de durmak gerekir. Daha yapacak işlerinin olması, umut/umutsuzluk, kabul/hazır oluşluluk, acı çekme ve ölüme yüklenen anlam, sosyal destek ağı, sağlık bakım sistemine ve çalışanlarına güvenmeme hastaların ölme ve ölümü karşılama biçimlerini etkiler. Örneğin Amerika’da yaşayan

Afrikalıların ölümün şekli ve zamanını Allahın belirlediği inancı ile yaşamın son dönemlerinde ileri bakım uygulamalarını red ettikleri bildirilmiştir (Carr, 2011). Çin Hong Kong'da yapılan bir çalışmada kültürel faktörler ve yaşam gerçeklerinin hastaların ölüm yerini bile etkilediği belirtilmiş; hastaların büyük çoğunluğu evlerinde ölmek arzusunu belirtmiş olsalarda, ancak %2.7'si (evin küçüklüğü, ailenin kalabalık olması, evde birinin ölmesinin evin mali değerini düşürmesi vb nedenlerle) evlerinde hayata veda edebilmişlerdir. Yine aynı çalışmada, ölüm hakkında konuşmanın ölümü getirir inancının hakim olduğu belirlenmiştir (Cheng, Li, Chan, Ho ve Sham, 2014). Yapılan bir çalışmada, Güney ve Doğu Asya'da birçok kişi ölüm sırasında istedikleri ritüeller hastane ortamında olamayacağı için evlerinde ölmek istediklerini belirtmişlerdir (Venkatasalu, Seymour ve Arthur, 2014). Yapılan bir diğer çalışmada ise, müslüman hastaların dua edebilmek için sedatif alımının azaltılması talebi olmuştur (Davidson, Boyer, Casey, Matzel ve Walden, 2008). Sayılan tüm bu nedenlerle farklı kültürlerle duyarlı manevi yaklaşımın benimsenmesi hem batı hem de doğu toplumlarında yaşam ve ölümü anlama ve anlamlandırmada önemlidir.

SONUÇ

Sonuç olarak, hastaların manevi gereksinimlerinin karşılanması bütüncül sağlık bakımının temel unsurlarından biridir. Özellikle, yaşamının son dönemindeki hastalarda maneviyat ve manevi bakım konusunda ele alınması gereken pek çok faktör vardır. Maneviyat, aşkınlık, umut, anlam bulma ve onur kavramlarının tümünün birbiri ile ve sonuçta yaşam kalitesi, ağrı kontrolü, kayıpla başa çıkma ve kabullenme gibi sonuç göstergeleri ile ilişkili olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Araştırmacılar bu konuları hem inanç temelli hem laik hem de farklı profesyonel ve kültürel perspektiflerden ele almalıdır. Ek olarak hastaların zaman içinde değişen deneyimlerinin ve ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlayacak longitidunal çalışmalar yapılmalı; kişilik gelişiminin manevi

boyutlarını ele alan (Chochinov ve Cann, 2005), ayrıca integratif tıp uygulamalarının maneviyata etkisinin incelendiği araştırmalar yapılmalıdır (Steinhorn ve diğ., 2017). Tüm bu yaklaşımlar çağdaş palyatif bakım yaklaşımının ufkunu genişletmek, böylece acıyı azaltmak ve ölüme yaklaşanlarda kalan zamanın kalitesini artırmak için bir fırsat sunacaktır. Son olarak manevi bakım mutlaka palyatif bakım hizmetlerine entegre edilmeli; manevi bakım uygulamaları, bazı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, verilen hizmetlerin kalite göstergesi olarak ele alınmalıdır (Dean, 2017; McSherry ve Ross, 2017).

Manevi bakım, tüm diğer alanlarda olduğu gibi palyatif bakımda da hastanın yaşam kalitesinin ve bakımın kalitesinin artırılması açısından son derece önemlidir. Bu nedenle, özellikle sağlık çalışanlarının manevi bakım konusunda eğitim alması ve manevi bakımın palyatif bakıma entegre etmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abudari G, Hazeim H & Ginete G. (2016). Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. *Palliat Support Care*, 14(6):599-611. doi:10.1017/S1478951516000249.
2. Al-Yateem S & Al-Yateem N. (2014). The experience of overseas nurses caring for Muslim patients in Kingdom of Saudi Arabia and the UAE: A qualitative study. *Int J Res Nurs*, 5, 17-24. doi:10.3844/ijrnsp.2014.17.26.
3. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK & Sulmasy DP. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol*, 25(36):5753-7. doi:10.1200/JCO.2007.12.4362.
4. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk E, Wright A, et al (2013a). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *Jama Intern Med*, 173(12):1109-17. doi:10.1001/jamainternmed.2013.903.
5. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J, et al. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, 117(23):5383-91. doi:10.1002/cncr.26221.
6. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A et al. (2013b). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*, 31(4):461-7. doi: 10.1200/JCO.2012.44.6443.
7. Best M, Butow P & Olver I. (2016). Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med*, 30(4):327-37. doi:10.1177/0269216315600912.

8. Boston P, Bruce A & Schreiber R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *J Pain Symptom Manage*, 41(3):604-8. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010.
9. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1):21-8. doi:10.1002/pon.1556.
10. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O & Boston P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. *BMC Nurs*, 10(1):2. doi:10.1186/1472-6955-10-2.
11. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G & Torta R. (2016). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 25(6):961-9. doi:10.1111/ecc.12360.
12. Carr D. (2011). Racial differences in end-of-life planning: Why don't blacks and latinos prepare for the inevitable? *Omega (Westport)*, 63(1):1-20. doi:10.2190/OM.63.1.a.
13. Chan CWH, Choi KC, Chien WT, Cheng KKF, Goggins W, So WKW, et al. (2014). Health-related quality-of-life and psychological distress of young adult survivors of childhood cancer in Hong Kong. *Psychooncology*, 23(2):229-36. doi:10.1002/pon.3396.
14. Cheng HWB, Li CW, Chan KY, Ho R & Sham MK. (2014). Bringing palliative care into geriatrics in a Chinese culture society: Results of a collaborative model between palliative medicine and geriatrics unit in Hong Kong. *J Am Geriatr Soc*, 62(4):779-81. doi:10.1111/jgs.12760.
15. Cheraghi MA, Payne S & Salsali M. (2005). Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: Experiences from Iran. *Int J Palliat Nurs*, 11(9):468-74. doi:10.12968/ijpn.2005.11.9.19781.
16. Chochinov HM & Cann BJ. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*, 8 (Suppl 1):S103-15. doi:10.1089/jpm.2005.8.s-103.
17. Christensen KH & Turner de S. (2008). Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. *J Holist Nurs*, 26(1):7-14. doi:10.1177/0898010107301869.

18. Cook JA & Wimberley DW. (1983). If I should die before I wake: Religious com-mitment and adjustment to the death of a child. *J Sci Stud Religion*, 22(3):222-38. doi:10.2307/1385967.
19. Coyle J. (2002). Spirituality and Health: Towards a framework for exploring the relationship between sprituality and health. *J Adv Nurs*, 37(6): 589-597.
20. Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD. (2008). Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Crit Care Nurs Q*, 31(2):119-26. doi:10.1097/01.CNQ.0000314472.33883.d4.
21. Dean E. (2017). Ask dying adults about their spiritual beliefs, NICE says. *Nurs Stand*, 31(33):15. doi:10.7748/ns.31.33.15.s16.
22. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Hui D, De la Cruz MG, Thorney S & Bruera E. (2013). Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 30(5):455-61. doi:10.1177/1049909112458030.
23. Edwards A, Pang N, Shiu V & Chan C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. *Palliat Med*, 24(8):753-70. doi:10.1177/0269216310375860.
24. Fang ML, Malcoe LH, Sixsmith J, Wong LY & Callender M. (2015). Exploring traditional end-of-life beliefs, values, expectations, and practices among Chinese women living in England: Informing culturally safe care. *Palliat Support Care*, 13(5):1261-74. doi:10.1017/S1478951514001126.
25. Fenwick P & Brayne S. (2011). End-of-life experiences: Reaching out for compassion, communication, and connection-meaning of deathbed visions and coincidences. *Am J Hosp Palliat Care*. 28(1):7-15. doi: 10.1177/1049909110374301.
26. Gerdner LA, Cha D, Yang D & Tripp-Reimer T. (2007). Circle of life: End-of-life care and death rituals for Hmong-American elders. *J Gerontol Nurs*, 33(5):20-9.
27. Gibbs HW & Achterberg-Lawiis JJ. (1970). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *J Couns Psychol*, 25(6): 563-70.

28. Halligan P. (2006). Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs*, 15(12):1565-73. doi:[10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x).
29. Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Skrobik Y, et al. (2010). Defining priorities for improving end-of-life care in Canada. *CMAJ*, 182(16):E747-52. doi:10.1503/cmaj.100131.
30. Hutchinson M. (1997). Healing the whole person: The spiritual dimension of holistic care. http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html. Erişim Tarihi:15/06/2018.
31. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M & Bruera E. (2010). The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*, 28(4):264-70. doi:10.1177/1049909110385917.
32. Johnson KS, Tulsy JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *J Gen Intern Med*, 26(7):751-8. doi:10.1007/s11606-011-1656-2.
33. Kongsuwan W, Chaipetch O & Matchim Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nurs in Crit Care*, 17(3):151-9. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x.
34. Kwan CWM, Ng MSN & Chan CWH. (2017). The use of life review to enhance spiritual well-being in patients with terminal illnesses: An integrative review. *J Clin Nurs*, 26(23-24):4201-11. doi:10.1111/jocn.13977.
35. la Cour P & Hvidt NC. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Soc Sci Med*, 71(7):1292-9. doi:10.1016/j.socscimed.2010.06.024.
36. Meraviglia M, Sutter R & Gaskamp CD. (2008). Providing spiritual care to terminally ill older adults. *J Gerontol Nurs*, 34(7):8-14.
37. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL & Thompson CJ. (1998). Assessing clinical outcomes: Patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*, 16(1):29-40.

38. McSherry W & Jamieson S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*, 22(21-22):3170-82. doi:10.1111/jocn.12411.
39. McSherry W & Ross L. (2017). Spiritual care should be part of the Code. *Nurs Stand*, 31(33):29. doi:10.7748/ns.31.33.29.s25.
40. Moestrup L & Hvidt NC. (2016). Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Stud*, 40(10): 618-629, doi:[10.1080/07481187.2016.1200160](https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1200160).
41. Mok E, Wong F & Wong D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs*, 66(2):360-70, doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x.
42. National Council on Aging. (2018). Healthy Aging Facts. <https://www.ncoa.org/wp-content/uploads/2018-Healthy-Aging-Fact-Sheet-7.10.18-1.pdf>. Erişim Tarihi: 04/08/2018.
43. Noble A & Jones C. (2010). Getting it right: Oncology nurses' understanding of spirituality. *Int J Palliat Nurs*, 16(11):565-9. doi: [10.12968/ijpn.2010.16.11.80022](https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.11.80022)
44. Paloutzian RF, Bufford RK & Wildman AJ. (2012). Spiritual wellbeing scale: Mental and physical health relationships. In: Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B (eds): Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. New York: Oxford. p. 553-8. doi:10.1093/med/9780199571390.003.0048.
45. Pew Research Center: (2012). "Nones" on the rise: One-in-five adults have no religious affiliation. The Pew Forum on Religion and Public Life, Washington.
46. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, 12(10):885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142.
47. Roberts JA, Brown D, Elkins T & Larson DB. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol*, 176(1):166-72. doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(97\)80030-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(97)80030-0).

48. Royal College of Physicians. (2014). National care of the dying audit for hospitals, England. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/ncdah_national_report.pdf. Erişim Tarihi: 18/06/2018.
49. Rushton CH, Sellers DE, Heller KS, Spring B, Dossey BM & Halifax J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: Being with dying. *Palliat Support Care*, 7(4):405-14. doi:10.1017/S1478951509990411.
50. Salman K & Zoucha R. (2010). Considering faith within culture when caring for the terminally ill Muslim patient and family. *J Hospice Palliat Nurs*, 12(3):156-65. doi:10.1097/NJH.0b013e3181d76d26.
51. Selman L, Siegert R, Higginson IJ, Dinat N, Downing J, Gwyther L, et al. (2012). The “Spirit 8” successfully captured spiritual wellbeing in African palliative care: Factor and Rasch analysis. *J Clin Epidemiol*, 65(4):434-43. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.09.014.
52. Steinhorn DM, Din J & Johnson A. (2017). Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med*, 6(3):237-47. doi:10.21037/apm.2017.05.01.
53. Swinton J & Pattison S. (2010). Moving beyond clarity: Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nurs Philos*, 11(4):226-37. doi:10.1111/j.1466-769X.2010.00450.x.
54. Tornøe K, Danbolt LJ, Kvigne K & Sørli V. (2015a). A mobile hospice nurse teaching team’s experience: Training care workers in spiritual and existential care for the dying-a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 14:43, doi:10.1186/s12904-015-0042-y.
55. Tornøe KA, Danbolt LJ, Kvigne K & Sørli V. (2015b). The challenge of consolation: Nurses’ experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nurs*, 14:62. doi:10.1186/s12912-015-0114-6.
56. Udo C. (2014). The concept and relevance of existential issues in nursing. *Eur J Oncol Nurs*, 18(4):347-54. doi:10.1016/j.ejon.2014.04.002.
57. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative

- radiation therapy. *J Support Oncol*, 10(2):81-7. doi:10.1016/j.suponc.2011.09.003.
58. Venkatasalu MR, Seymour JE & Arthur A. (2014). Dying at home: A qualitative study of the perspectives of older South Asians living in the United Kingdom. *Palliat Med*, 28(3):264-72. doi:10.1177/0269216313506765.
59. Wang YC & Lin CC. (2016). Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs*, 39(4):E43-50. doi:10.1097/NCC.0000000000000298.
60. Weber SR, Pargament KI, Kunik ME, Lomax JW & Stanley MA. (2012). Psychological distress among religious nonbelievers: A systematic review. *J Relig Health*, 51(1):72-86. doi:10.1007/s10943-011-9541-1.
61. White ML, Peters R & Schim SM. (2011). Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q*, 24(1):48-56. doi:10.1177/0894318410389059.
62. WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*, 62(6):1486-97. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.001.
63. World Health Organisation, (2018). Palliative Care. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Erişim Tarihi: 07/08/2018.
64. Wright M & Clark D. (2012). Cicely Saunders and the development of hospice palliative care. In H Coward & KI Stajduhar (Eds.), *Religious understandings of a good death in hospice palliative care*. Albany, NY: State University of New York Press.