

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI ORTAK YÜKSEK LİSANS
(HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN
MANEVİ İYİLİK HALİ VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ

BURCU BAŞ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

YOZGAT - 2022

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI ORTAK YÜKSEK LİSANS
(HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN
MANEVİ İYİLİK HALİ VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ

BURCU BAŞ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

YOZGAT - 2022



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110117010 numaralı öğrencisi Burcu BAŞ'ın hazırladığı “**Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri**” başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince/...../..... günü saat’da yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan :

Jüri Üyesi :

(Danışman)

Jüri Üyesi :

Jüri Üyesi :

Jüri Üyesi :

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Müdür

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan eder, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

BURCU BAŞ

...../...../.....

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ
KORONER YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN MANEVİ İYİLİK HALİ
ve ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ
BURCU BAŞ
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. HÜSNA ÖZVEREN

Bu araştırma koroner yoğun bakımda yatan hastaların manevi iyilik hali ve ölüm kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olarak yapılmıştır. Araştırma bir şehir hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 222 hasta ile yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Manevi İyilik Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Levene testi, Shapiro-Wilk testi, Student's t Testi, Mann Whitney-U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni-Dunn testleri, spearman korelasyon analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $59,15 \pm 12,70$ olup %32,9'unun kadın, %83,3'ünün evli ve %34,2'sinin çalıştığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, eğitim, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalık durumu ve sağlığını değerlendirme düzeyi gibi bazı tanıtıcı özelliklere göre manevi iyilik ölçeğinin anlam alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan hastaların, cinsiyet, medeni durum, meslek, aile durumu ve mevcut sağlık durumuna göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların anlam ve manevi iyilik ölçeği puanı arasında anlamlı kuvvetli düzeyde pozitif yönde ilişki görülürken ($r = 0,797$), barış ve ölüm kaygısı ölçeği puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r = -0,159$). Çalışma sonucunda hastaların ölüm kaygısını azaltılması manevi iyilik düzeylerinin artırılması için hemşirelik bakımına manevi bakım uygulamalarının daha çok katılması önerilir.

Sayfa:113,

ANAHTAR KELİMELEER: Yoğun Bakım, Hasta, Ölüm, Ölüm Kaygısı, Manevi İyilik, Maneviyat

ABSTRACT

MASTER THESIS

SPIRITUAL WELL-BEING and DEATH ANXIETY LEVELS of THE PATIENTS HOSPITALIZED AT THE CORONARY INTENSIVE CARE UNIT

BURCU BAŞ

**YOZGAT BOZOK UNIVERSITY
SCHOOL OF GRADUATES STUDIES
DEPARTMENT OF NURSING**

SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. HÜSNA ÖZVEREN

This research was designed as a descriptive, correlational, and cross-sectional study to evaluate the spiritual well-being and death anxiety levels of the patients hospitalized at the Coronary Intensive Care Unit. The research was conducted with 222 patients who were hospitalized at the coronary intensive care unit of a city hospital and consented to participate in the study. The research data were collected by using the Descriptive Characteristics Form, the Spiritual Well-Being 12 Item Scale, and the Scale of Death Anxiety. It was discerned that the mean age of the participant patients was 59.15 ± 12.70 years, 32.9% of them were female, 83.3% were married, and 34.2% were employed. As per some of participant patients' descriptive characteristics such as gender, education level, profession, income level, marital status, employment status, the state of having a chronic disease, and the health-evaluation outcome, it was found that there were statistically significant differences in the mean scores obtained by the participant patients from the Meaning Sub- Scale of the Spiritual Well-Being 12 Item Scale ($p < 0.05$). Besides, as per participant patients' gender, marital status, profession, family type, and the current health state, it was identified that there were statistically significant differences in the mean scores obtained by the participant patients from the Scale of Death Anxiety ($p < 0.05$). Moreover, it was discerned that there was a statistically significant strong positive relationship between the mean scores obtained by the participant patients from the Meaning Sub-Scale of the Spiritual Well-Being 12 Item Scale and the Scale of Death Anxiety ($r = 0.797$) whilst there was a statistically significant weak negative relationship between mean scores obtained by the participant patients from the Peace Sub-Scale of the Spiritual Well-Being 12 Item Scale and the Scale of Death Anxiety ($r = -0.159$). Alongside this study, it is recommended that spiritual care practices be more intensively included in nursing care to alleviate the patients' anxiety levels and enhance their spiritual well-being levels.

Page:113,

KEYWORDS: Intensive Care, Patient, Death, Death Anxiety, Spiritual Well-Being, Spirituality

İÇİNDEKİLER

LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU	i
TEZ BEYANI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
ÖNSÖZ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Alt Problemler	4
1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....	5
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi.....	5
2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması	6
2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	6
2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	6
2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi.....	6
2.4. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Görev Tanımı	7
2.5. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı.....	8
2.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	8
2.5.2. Atrial Fibrilasyon.....	9
2.5.3. Akut Miyokard İnfarktüsü	9
2.5.4. Kalp Yetmezliği.....	10
2.6. Maneviyat	10
2.6.1. Dünyada ve Türkiye’de Maneviyat Kavramının Gelişimi.....	11
2.6.2. Manevi İyilik Hali	12
2.6.3. Manevi Bakım ve Önemi	12
2.6.4. Manevi Gereksinimler	13
2.6.5. Hemşirelik Eğitiminde Manevi Bakım	13
2.6.6. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım	14

2.6.7. Hemşirelikte Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler	15
2.6.8. Manevi Bakımda Hemşirelik Girişimleri	16
2.7. Ölüm.....	17
2.7.1. Ölüm Kaygısı.....	18
2.7.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri	18
2.7.3. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar	19
2.7.3.1. Psikodinamik Yaklaşımlar	19
2.7.3.2. Varoluşsal Yaklaşımlar	20
2.7.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar	20
2.7.3.4. Dehşet Yönetimi Kuramı.....	21
2.7.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler	21
2.7.4.1. Yaş	22
2.7.4.2. Cinsiyet	22
2.7.4.3. Medeni Durum	22
2.7.4.4. Ekonomik Düzey	22
2.7.4.5. Fiziksel Hastalık.....	23
2.7.4.6. Ruhsal Hastalık.....	23
2.7.4.7. Yaşam Olayları	23
2.7.4.8. Sosyokültürel Özellikler ve Din	23
2.7.4.9. Gelişimsel Süreç	24
2.7.5. Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Ölüm Kaygısı.....	24
2.7.6. Ölüm Kaygısında Hemşirenin Rolü	24
3. MATERYAL ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Amacı	26
3.2. Araştırmanın Tipi	26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	27
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	27
3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	28
3.7.2. Manevi İyilik Ölçeği.....	28
3.7.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	28
3.8. Veri Toplama Yöntemi	29

3.8.1. Verilerin Ön Uygulanması	29
3.8.2. Araştırmanın Uygulanması.....	29
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi	29
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	64
6.1. Sonuç.....	64
6.2. Öneriler.....	66
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER	90
EK 1. Tanıtıcı Özellikler Formu	90
EK 2. Manevi İyilik Ölçeği Formu	93
EK 3. Ölüm Kaygısı Ölçeği	94
EK 4. Etik Kurul İzin Formu	95
Ek 5. Kurum İzin Formu	97
EK 6. Gönüllü Onam Formu	99
EK 7. Ölçek İzni	100
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=222)	31
Tablo 4.2. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=222)	34
Tablo 4.3. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=222)	35
Tablo 4.4. Hastaların MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=222)	37
Tablo 4.5. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	38
Tablo 4.6. Hastaların manevi durumuna ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	43
Tablo 4.7. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	45
Tablo 4.8. Hastaların ölüm kaygısı ölçeği puanların dağılımı (n=222)	47
Tablo 4.9. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	48
Tablo 4.10. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	50
Tablo 4.11. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=222)	51
Tablo 4.12. Hastaların MİÖ ile ÖKÖ arasında korelasyon analizi sonuçları (n=222)	52

KISALTMALAR

AÇT	: Aldığı Çıkardığı Takibi
AKS	: Akut Koroner Sendrom
DM	: Diyabetüs Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FACIT	: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
HL	: Hiperlipidemi
HT	: Hipertansiyon
ICN	: International Counsel of Nursing
IMB-SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KVH	: Kardiyo Vasküler Hastalık
KYBÜ	: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
Max	: Maximum Değer
MI	: Miyokard Infarktüsü
Min	: Minimum Değer
MİÖ	: Manevi İyilik Ölçeği
N	: Sayı
NANDA	: Nonth America Nursing Diagnosis Association
NMC	: The Nursing and Midwifery Council
NYHA	: New York Heart Association
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
SS	: Standart Sapma
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmanın yürütülmesinde bilgi ve deneyimiyle bana ışık olan, değerli tecrübe ve katkıları ile tezimi yöneten, kıymetli zamanını bana ayıran, tezimin her aşamasında sabırla ve hoşgörüsüyle faydalı olabilmek için yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN'e,

Beni yetiştirmek için hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen, yanımda olmasa da kalbimde her zaman hissettiğim rahmetli canım babama, hayatımın her aşamasında desteğini ve sevgisini eksik etmeyen değerli annem, ablam ve kardeşime,

Her daim yanımda olan, beni destekleyip güç veren, tezi bitirebilmem için teşvik eden çok kıymetli eşime ve hayattaki şansım kıymetli kızım Nisa Duru'ma,

Tez çalışmama katılan değerli hastalara,

Araştırmamın uygulaması aşamasında bana yardımcı olan koroner yoğun bakım ekibime,

Sonsuz teşekkür ederim.

BURCU BAŞ

...../...../.....

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya genelinde en önemli sağlık sorunlarından olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 verilerine göre, mortalite ve morbidite sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (WHO, 2014). Kardiyovasküler hastalıklar ve koroner arter hastalıkları (KAH) gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde dünyanın ilk ölüm nedeni olan en önemli sağlık problemleridir. 2018 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sonuçlarına göre, dünya çapında ölümlerin 17,3 milyonu kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu sayı bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu ölümlerin %50'sine karşılık gelmektedir (WHO, 2020). Ölümlerin devamlılığı halinde, bu hastalıklar sebebiyle 23,4 milyon civarında kişinin 2030 yılı öncesinde hayatını kaybedeceği belirtilmektedir (Gaziano vd., 2010; Verdiani vd., 2008; World Health Organization, 2009).

Ülkemizde de durum benzer olup ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalığa bağlı ölümler ilk sıradadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde 2019 yılında dolaşım sistemi hastalıkları bütün ölümlerin %36,8'ini oluşturarak ilk sırada yer almıştır. Kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı incelendiğinde ise ölenlerin %39,1'inin iskemik kalp hastalığından kaynaklandığı belirtilmiştir (TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019).

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH); inme, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar, periferik arter hastalığı ve aritmileri kapsayan geniş bir hastalık grubudur (Pearson vd., 2013; www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/index.html, 2009). Koroner arter hastalıkları ise akut koroner sendrom (AKS), unstabil angina pectoris, ani kardiyak ölümler, ST elevasyonlu ve ST elevasyonsuz miyokard enfarktüsünden oluşan klinik bir tablodur (Ceylan, 2010). Bu hastalar ilk aşamada yoğun bakım ünitelerinde takip edilmektedir. Yoğun bakım üniteleri holistik yaklaşımla bakımın verildiği kendi kendine bakım gereksinimlerini karşılayamayan bireylerin tedavi ve bakımlarının uygulandığı, karmaşık cihazların bulunduğu, özellikli ve önemli ölçüde dikkat gerektiren birimlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde; fiziksel durumu ağır olan hastalar monitör ile izlenir, yaşam fonksiyonlarının desteklenir ve özel tedavi yöntemlerinin uygulanır (Uzeli ve Korhan, 2014). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde kullanılan komplike teknoloji ve ekipmanın düzeyi başta olmak üzere, kullanılan ekipmanlardan çıkan mekanik gürültüler, diğer

hastaların çıkardıkları sesler, personelin oluşturduğu gürültü, hastaların aile ve yakın arkadaşları ile görüşememeleri, rutin alışkanlıklarını yapamaması gibi faktörler hastaları yalnızlık, çaresizlik ve terk edilmişlik duygusunu hissetirmekte ve ortamdaki diğer faktörlerin etkisiyle içe kapanıklık yaşanmaktadır. Buda hastaların kendilerini daha kötü hissetmelerine neden olmakta yaşama anlam ve değer katan inançlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Torun vd., 2012). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde fiziksel belirtiler kötüleştikçe, hastaların psikososyal ve ruhsal iyilik halleride olumsuz etkilenir ve hastalıkla başa çıkmakta zorlanırlar. Bu hastalarda bulundukları ortam, hastalığın seyri, beklenmedik akut ataklar ve ani ölüm riski, bağımlı olmaları, belirsizlikler, hastaların endişe ve sıkıntı yaşamasına, depresyona ve ölüm kaygısı gibi birçok olumsuz duygu yaşamasına neden olur (Januzzi vd., 2000; Murray vd., 2004; Shahrabaki vd., 2017). Aynı zamanda yoğun bakım ünitesinden yatan hastalar ölüm riski yüksek bir hastalık olarak algırlar. Bu da bireylerin ölüm kaygısı yaşamasına neden olur. Tüm bu yaşanan olumsuz duygular bireyin maneviyatını da olumsuz etkilemektedir. Özellikle maneviyata yönelik yapılan çalışmalarda manevi bakımın hasta bireylerin iyileşme süreçlerine ve yaşam kalitesine katkısı olduğu belirtilmektedir (Kostak, 2007; Wong vd., 2008).

Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ölüm kaygısı başta olmak üzere sorunlarla baş edebilmesinde manevi iyilik hali önemlidir (Westlake vd., 2008). Manevi bakım, sağlam ve hasta kişilerin stres durumlarında, baş etme mekanizmalarıyla kendilerini güçlendirme, bazı olaylarda danışmanlık verme, yaşadıkları süreci anlamlandırma girişimlerini içermektedir (Saraçoğlu, 2019). Manevi bakım içerisinde manevi iyilik kavramı geçmektedir. Manevi iyilik hali, kişinin manevi gelişimini ve değişimini dikkate alarak, kendisinin benlik, sosyal çevre, dini ve dini olmayan simgelerle ilişkisini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmektedir (Acar, 2014). Maneviyatın en kapsamlı tanımı hayatı hissetmektir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Eğlence ve Şimşek, 2014). Maneviyat, insanı yaşamı boyunca motivasyon sağlayan güç kaynağı, içsel tutumdur. Bireylerin hayatına katkı sağlayan, hayatın önemi konusunda farkındalık oluşturan, kişisel sorunlarına yaratıcı çözümler üretmesini sağlayan değerlerdir. Maneviyat bir bütünlük duygusudur (Özdoğan, 2007). Yapılan araştırmalarda manevi inanç ve davranışların; stresi kontrol altına aldığı, fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediği, , uyku kalitesini artırdığı, morbidite ve mortalite oranlarını düşürdüğü, kan basıncını düşürdüğü, kronik ağrıyı, iletişimdeki tepkiselliği, anksiyeteyi ve depresyonu azalttığı, yaşam kalitesinin artırdığı ve

yaşanan sorunlarla başa çıkmada etkili olduğu bulunmuştur (Ballew vd., 2012; Eğlence ve Şimşek, 2014; Eslami ve ark., 2014; Hiçdurmaz ve Öz, 2013; McCauley ve ark., 2008; Musarezaie ve ark., 2014; Unantenne ve ark., 2013).

Yoğun bakım ünitesinde hastalarına bakım veren hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler yoğun bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınları ile uzun zaman geçiren ve birincil olarak psikolojik, fiziksel, sosyal ve manevi bakım ihtiyacını gideren multidisipliner ekibin en önemli üyesidir. Sağlık ekibi içinde bulunan hemşirelerin kardiyovasküler veya diğer kronik hastalıkların önlenmesinde, riskli gruplarda hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde ve olabilecek komplikasyonların azaltılmasında çevrede farkındalık yaratma, kişileri eğitme, kişilere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırma ve hasta olduklarında da kişilerin tedaviye uyum sağlamada önemli sorumlulukları vardır (International Council of Nurses (ICN), 2010). Ayrıca literatürde “hemşire liderliğindeki kardiyovasküler klinikler”de yürütülen araştırmalarda, bu kliniklerde yapılan uygulamaların sağlıklı kişilerin ya da hastaların kardiyovasküler hastalıkları önleme ve tedavi girişimlerinde uyumu artırma ve hasta sonuçlarında iyileşme gösterdiğine dair kanıtlar vardır (Joanna Briggs Institute (JBI), 2009; Wood vd., 2008).

Yoğun bakım ünitelerinde hastanın rahatını sağlamak, ölüm kaygısı ve anksiyetesini azaltmak ve tedaviye uyumunu kolaylaştırıcı girişimlerde bulunmak hemşirelik bakımının temel amaçlarındandır. Hemşire bu girişimleri gerçekleştirirken, hasta ve yakınlarının yaşadıkları spiritüel distres ile baş etmesine destek olacak manevi gereksinimleri dikkate almalıdır ve manevi iyilik düzeylerini değerlendirmelidir (Çetinkaya vd., 2007; Eğlence ve Şimşek, 2014; Lundbergand vd., 2010). Spiritüel distres, hayata anlam katan, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir huzursuzluk yaşayan ya da bu riski taşıyan birey veya gruptaki durumdur (Carpenito, 2005; Hutchsion, 1997). Özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan ölüm kaygısı yaşayan bireylere yaklaşım konusunda hastanın manevi iyilik halinin sorgulanması, bu iyilik halinin bireyin ölüm kaygısıyla baş etme yollarına etkisinin değerlendirilmesi ve bireye uygun bir baş etme yönteminin seçilmesi açısından hemşirelere çeşitli sorumluluklar düşmektedir. Bireyin manevi iyilik halinin bilinmesi; hemşirelik girişimlerinde bireyin ölüm kaygısıyla baş etme yönteminin seçilmesine dolayısıyla etkin ölüm kaygısı yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde manevi iyilik, manevi bakım çerçevesinde işlenmiştir ve konuyla ilgili çalışmalar sınırlı kalmıştır (Demirtepe ve Bozo, 2009; Ergül ve Bayık, 2004; Köylü, 2011).

Literatürde ölüm kaygısı (Bayrak vd., 2019; Güçlü H., 2018; İnce, 2011; Köstek G.,2015; Yılmaz ve Ergun, 2010) ve manevi iyilik (Aşiret ve Okatan, 2019; Ata, 2018; Demirtepe ve Bozo, 2009; Ergül ve Bayık, 2004; Gültekin, 2018; Köylü, 2011; Öner, 2012) tek başına, farklı hasta gruplarında çalışılmış olup yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların manevi iyilik düzeyinin ve ölüm kaygısının birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, bireylerin manevi iyilik düzeyi ve bireyin manevi iyilik halinin ölüm kaygısıyla baş etmesi üzerine ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmadan elde edilen bulguların, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için planlanan ve yapılan hemşirelik girişimlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple araştırma, koroner yoğun bakımda yatan hastaların manevi iyilik ve ölüm kaygısı düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Alt Problemler

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik düzeyi nedir?
- Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ölüm kaygısı düzeyi nedir?
- Hastaların manevi iyilik halleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında ilişki var mı?

1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Kayseri Şehir Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar üzerinde yapıldığı için sadece bu üniteye yatan hastalar ile sınırlı kalmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) “Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir” (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2016). Ayrıca YBÜ’si hayat ile ölüm arasındaki çizgide olan, hasta ve yakınlarının ele alındığı duygusal etkileniminin yüksek olduğu ortamlardır (Durbin, 2006; Farrell vd., 2005).

Bu nedenle yoğun bakım ekibini oluşturan sağlık çalışanlarının (hemşire, hekim, fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti gibi) riskli durumlarda en hızlı ve doğru şekilde hastaya müdahale edebilmesi, hastanın ihtiyaçlarını giderebilmesi, hasta güvenliğini sağlaması gibi konularda donanımlı olması gerekir (Gültekin vd., 2018; Ulutaşdemir vd., 2018).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Yoğun bakım gereksinimi Kırım savaşı (1852) sırasında Florence Nightingale’in durumu kritik olan hastaların tek bir yerde toplanıp hemşirelik bakımının daha faydalı olması ihtiyacıyla ortaya çıkmıştır (Junior ve Silva, 2018).

1923 yılında nöroşirürji hastalarının ameliyat sonrası takip, bakım ve ihtiyaçlarını gidermek için Johns Hopkins hastanesinde üç yataklı ünite kurulmuştur. Bu ünitenin açılmasıyla birlikte yoğun bakım üniteleri ilerleme göstermiştir (Weil ve Tang, 2011; Zengin, 2017)

1950’li yıllarda poliosalgınının ortaya çıkmasıyla solunum desteği için hastalar bir üniteye toplanmıştır. Burada trakeostomi açılarak mekanik ventilasyon uygulanıp hastaların durumu iyileştirilmeye başlanmıştır (Sezen vd., 2014). 1953 yılında Kopenhag’da doktor ve fizyolog iş birliğiyle ilk yoğun bakım ünitesi açılmıştır (Reisner ve Senelar, 2011; Zengin, 2017).

Türkiye’de 1959 yılında Haydarpaşa Numune hastanesinde anestezi hekimi olan Cemalettin Öner yurt dışında eğitim alarak ilk yoğun bakım ünitesini kurmuştur. Yoğun bakım ünitesi ilk olarak reaminasyon 4 yataklı servis olarak açılmıştır (Sezen vd., 2014).

Teknoloji ve bilimin gelişmesiyle yoğun bakım ünitesi sayısı artmış özelleşmiş birimler olarak ayrılmıştır. 1978 yılında ilk solunum YBÜ Ege Üniversitesi’nde ve 1987 yılında da ilk dahili YBÜ Marmara Üniversitesi’nde kurulmuştur (Zengin, 2017).

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

Yoğun bakım üniteleri, işlevlerine, hastaların genel klinik durumuna, sağlık çalışanlarına ve donanım özelliklerine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmaktadır (Durmaz, 2017; Hager vd., 2017; Sezen vd., 2014).

2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Hastanelerdeki servislerden daha donanımlı 2. ve 3. yoğun bakım ünitesinden çıkmış fakat hala yakın takip edilmesi gereken hastaların yattığı birimdir. Bu birimde mönitor takibi, resüsitasyon gibi işlemler yapılabilmektedir. Birimde 5 hastaya 1 hemşire ve vardiyada 1 doktor bulunma zorunluluğu vardır. Bu yoğun bakım ara yoğun bakım olarak da kabul edilir (Çelik vd., 2014; Köksal vd., 2005).

2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesine ihtiyacı kalmayan, tekli organ yetmezliği olan, ameliyat öncesi ve sonrası takip edilen, akut koroner sendrom, kalp yetmezliği olan hastaların takip edildiği birimdir. Birimde her 2 hastaya 1 hemşire bulunmalı ve en az 4 yataklı olmalıdır (Adsay ve Dedeli 2015; Durmaz 2017; Sezen ve ark., 2014; Valentin ve Ferdinande, 2011).

2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

En kapsamlı ve gelişmiş yoğun bakım üniteleridir. 1. ve 2. yoğun bakımın yetemediği durumlarda, çoklu organ yetmezliğinde, solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda, ağır travmatik durumlarda hastaların bakım ve tedavi aldıkları birimdir. 24 saat uzman hekim bulunma zorunluluğu vardır. En az 6 yatak ve 2 hastaya 1 hemşire

görevlendirilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2019).

2.4. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Görev Tanımı

Türkiye’de yoğun bakım hemşiresi, “ karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyonelidir” (Uyer, 1993; TYBHD, 2011).

Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu yoğun bakım hemşireliğini, “yaşamsal organ işlevlerinde belirgin ya da olası hastalıklar bulunan kritik durumdaki hastalara, verilen özelleşmiş hemşirelik bakımı olarak tanımlamakta ve kritik bakım hemşireliğinin amaçlarını; hasta ve aileleri ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, önleyici, geliştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak güçlenmelerini sağlamak” olarak tanımlamıştır (Badır, 2004).

Ayrıca teknolojinin gelişmesiyle yoğun bakım ekipmanlarının artması sağlık çalışanlarına kolaylık sağladığı kadar, ekipmanların kullanımını öğrenme aşaması da bir yandan stres yaratmaktadır. Bu yüzden hemşirelere verilen eğitim çok önemlidir. (Bahçecik ve Kutlu-Koca, 2004).

Yoğun bakım hemşirenin genel görev, yetki ve sorumlulukları ile birlikte;

- YBÜ’nde oluşabilecek enfeksiyonlara karşı dikkatli olmak,
- Hastaları değerlendirip gerekli skalaları uygulayabilmek,
- Monitör takibini dikkatli yapmak,
- Kardiyak ritm farklılığında diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapıp değerlendirebilmek,
- AÇT yaparak gerekli hemşirelik bakımını uygulamak,
- Hastadaki solunum sıkıntılarını giderebilecek girişimler uygulamak ve mekanik ventilatördeki hastaya hemşirelik bakımı uygulamak,
- Girişimsel uygulamaları gerektiği zamanda doğru şekilde uygulamak,
- Basınç yaralarının oluşmaması için en uygun hemşirelik bakımını uygulamak,
- Hastalarda kontraktür oluşumuna önlem almak,
- Sorumlu hekim ile emboli gelişmesini engelleyici girişimler yapmak,

- Bilinci kapalı ve nörolojik problemleri olan hastaların pozisyon takibini dikkatli yapmak,
- Kalp pili ve Aort içi balon pompası uygulanmış hastaların gözlem ve izlemini yapabilmek,
- Diyetisyen ve sorumlu doktor iş birliğinde hastaların, oral, enteral, paranteral beslenme ihtiyaçlarını giderebilmek,
- Yoğun bakımda ünitesinde yatan hastaların ve yakınlarının psikolojik problemlerine uygun hemşirelik bakımı uygulamak, gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Kavaklı vd., 2009; Karadakovan ve Eti, 2009; Hatipoğlu, 2002; TYBHD, 2011).

2.5. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı

Koroner YBÜ “yaşamsal tehlike içindeki hastaların 24 saat izlendiği, gerektiğinde yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, yüksek teknolojiye sahip karmaşık cihazlarla müdahale edildiği ve uzman ekip yardımıyla iyileştirildiği” birimlerdir. Bu tanımlamaya göre, yoğun bakım ünitesinde 3 öge yer almaktadır (Durmaz, 2017). Birincisi; ağır hasta, yani kritik hasta, ikincisi; gelişen teknik donanımın maliyetinin artması, üçüncüsü bu teknik donanımı kullanabilecek, hastaya bakım sağlayıp iyileştirebilecek bilgi ile beceriye sahip ekip üyeleridir (Durmaz, 2017; Sayar, 2019). Koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların tanıları; Kardiyovasküler Hastalıklar, Atrial Fibrilasyon, Akut Miyokard İnfarktüsü, Kalp Yetmezliği gibi hastalıklardır.

2.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Tıp ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte tanı ve tedavi yöntemleri artmakta hastaların yaşam kalitesi ve süreleri uzamaktadır (Trotter vd., 2011; Kurçer ve Özbay, 2011). Fakat diğer boyuttan bakıldığında günümüzdeki sedanter yaşam tarzı Kardiyovasküler Hastalıkların (KVH) ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. KVH kalp ve damarlarla ilgili hastalıkların genel ismi olarak tanımlanabilir (Braunwald vd., 2012).

Hastalar KVH’lar açısından tanımlanabilirse, risk faktörlerinin giderilmesi ile miyokard infarktüsü (Mİ), inme. periferik arter hastalıkları (PAH) büyük ölçüde önlenabilmektedir. Kişilerde birden fazla risk faktörünün olması KVH riskini arttırmaktadır. Bu risk faktörleri; ailede KVH öyküsü, yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen

faktörler olduğu gibi; obezite, fiziksel inaktivite, hiperlipidemi (HL), hipertansiyon (HT), sağlıksız beslenme, diyabetes mellitus (DM), sigara ve alkol gibi değiştirilebilecek risk faktörleri de vardır (WHO Cardiovascular diseases, 2017).

DSÖ 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde 17,9 milyon insanın ölüm sebebi KVK'dır. Bu oran bütün ölümlerin %32,2'sine, bulaşıcı olmayan hastalık sebepli ölümlerin %43,8'ine karşılık gelmektedir (World Health Organization, Global Health Estimates, 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre 392.429 ölüm gerçekleşmiş ve ölümlerin %40.3'ünden yine KVK sorumlu bulunmuştur (TÜİK, 2019). Ülkemizde TEKHARF çalışmasına göre, 45-74 yaş arası bireyler koroner mortalite açısından Avrupa ülkeleri içerisinde en yüksek seviyede bulunmaktadır (Uçar ve Arslan, 2017). 2016 yılı TÜİK verisine göre, dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle gerçekleşen ölüm olayları, tüm ölümlerin %39.8'ini kapsayarak ilk sırada yer almaktadır (Eray vd., 2018).

2.5.2. Atrial Fibrilasyon

Atrial fibrilasyon, atriumların depolarizasyonunun 400-600/dakika olduğu bir aritmidir. Atrial ve ventriküler ritmin aşırı düzensiz olmasıyla birlikte ventrikül hızı 120-180/dakika civarlarındadır. Atrial fibrilasyonu tetikleyebilecek birçok faktör vardır. Kalp cerrahisi, mitral darlık, atrialseptaldefekt, miyokardit, koroner kalp hastalığı, korpulmonale, pulmoner emboli, alkol, hipertansiyon, ateşli hastalık ve göğüs travması atrial fibrilasyon arasında sayılabilir (Akbulut, 2006).

2.5.3. Akut Miyokard İnfarktüsü

Ateroskleroz, atar damar duvarlarının kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterize, kalp krizleri ve inmelerin en önemli sebebidir (Tetik ve Tanrıverdi, 2017). Akut miyokard infarktüsü genellikle önceden ateroskleroz ile daralmış arterlerdeki koronerlerdeki kan akımının kesintiye uğramasıyla oluşur. Yavaş ilerleyen koroner arter darlığı çoğunlukla akut infarkta yol açmaz; bunun sonucunda ilerleyen dönemlerde zengin kollateral dolaşım ağı gelişir. Ancak vasküler hasar bölgesinde koroner arter trombus aniden oluşursa infarkt meydana gelir. Bu hasar sigara, hipertansiyon ve lipid birikimi ile kolaylaştırılır. Birçok

vakada aterosklerotik plak çatladığında, rüptüre olduğunda ya da ülserleştğinde ve lokal ya da sistemik şartlar trombogenezi kolaylaştırdığında infarkt oluşur (Akbulut, 2006).

2.5.4. Kalp Yetmezliği

Kalp yetersizliği, ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur. Kalp yetersizliğinin nedeni sol ventrik fonksiyonlarındaki bozulmadır. Sol ventrikülün sistolik ya da diyastolik fonksiyonlarındaki bozukluk, kalp yetersizliğine neden olabilir. Diyastolik disfonksiyonunda sorun sol ventrikül doluşundadır. Sol ventrikül boyutu normaldir, ancak diyastol sonu basınç artmıştır. Sistolik disfonksiyonunda ise sol ventrikül genellikle dilate olmuş ve duvar hareketleri azalmıştır (Durna ve Akın, 2006).

2.6. Maneviyat

Günümüz sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda, kişilerin fiziksel, ruhsal, kültürel, ekonomik, emosyonel ve manevi boyutlarını dikkate alarak holistik (bütüncül) yaklaşımla bakım vermesi hemşireliğin özünü oluşturmaktadır (Ergül ve Bayık, 2004; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010; Doğu Kökçü ve Kutlu, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlarken manevi sağlığın önemini de vurgulamaktadır. Aynı şekilde "sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir" diyen Florence Nightingale de spiritüel sağlığa dikkati çekmektedir (Kavas, 2015).

Maneviyat kavramı dünyada birçok insan tarafından bilinmesine rağmen anlaşılması zor soyut bir kelimedir. Herkes için kendi anlamı, duygu ve anlayışına sahip yorumlayabildiğinden bu kavramı tanımlayabilmek kolay değildir. Bundan dolayı kavramı tanımlamada fikir birliği sağlanamamıştır (Kızılırmak, 2015). Maneviyat (Spiritualite), Latince spiritus kelimesinden köken almış ve canlı olmak, nefes almak daha geniş anlamda yaşamı hissetmek olarak tanımlanır. Spiritualite kelimesi Türkçe karşılığı olarak Arapça kökenli maneviyat anlamına gelmektedir (Paloutzian ve Park 2005; Türkçe Sözlük, 2011). Spiritualite, kavramı son zamanlarda hemşirelik alanından farklı olarak insanla bağlantılı sosyoloji, psikoloji ve ilahiyat gibi akademik alanlarda popülarlığını artıran bir kavramdır (Çelik ve Utaş, 2016). Maslow'un ihtiyaçlar teorisinde bulunan aidiyet, takdir olunma ve

kendini gerçekleştirme ihtiyaçları bireylerin spiritüel gereksinimleri olduğundan bahsetmektedir (Ercan, Körpe ve Demir, 2018; Karagül, 2012).

Maneviyat genellikle dini inançlarla bağlantılı olarak kullanılmakla birlikte sadece din uygulamaları ile sınırlı olmadığı bilinen bir kavramdır (Ergül ve Bayık, 2004; Johnson vd., 2006). Din, insanın inandığı Tanrı ve diğer varlıklarla ilişkisini düzenleyen, hayatını anlamlandırarak iyi doğrultusunda yön veren kurallar bütünü olarak düşünülebilir (Ok, 1998). Maneviyat ise dine bağlı olmaksızın bireyselleştirilmiş inanç ve uygulamalar olarak ifade edilebilir. Maneviyat bilinç, deney ötesi, özgüven, sevgi, korku, aydınlanma, mistizm ve bir güce bağlılık gibi konuları kapsamaktadır. Maneviyat dikey ve yatay boyutları olan bir kavramdır. Maneviyat bireysel değerlerden oluşan ve hayata anlam katan, aynı zamanda bireyler arasında ortak bir bağ oluşturan birleştirici bir güçtür (Çetinkaya vd., 2007; Koopsen ve Young, 2009).

2.6.1. Dünyada ve Türkiye’de Maneviyat Kavramının Gelişimi

Dünyanın birçok ülkesinde manevi bakım hukuki açıdan yer bulmuştur. Amerika’da en az 100 yataklı hastaneye bir manevi bakım uzmanı bulundurmak zorunludur. Daha geniş hastanelerde 108 hastaya bir manevi bakım uzmanı olacak şekilde planlanmıştır (Seyyar, 2014). İngiltere’de 1946 yılında manevi bakım içeriğinde papazlık hizmetlerine başlanılmış, 2004 yılında ise farklılık gösteren dini çeşitliliği karşılamak için manevi bakım uygulaması revize edilmiştir. 2010 yılında İsviçre’de kabul edilen manevi bakım hizmetleri yönergesinde bakım merkezindeki yaşlı ve bakıma muhtaç hastalara yönelik dini ve manevi destek sağlanması yasallaşmıştır. Almanya’daki kanunlara göre bakıma ihtiyaç duyan hastaların, kendi dini inancına göre profesyonel kişilerden almak üzere manevi destek hakkı sağlanmıştır (Seyyar, 2014). Türkiye’de manevi bakımın yasal sürecine bakıldığında 1998’deki Hasta Hakları Yönetmeliğinin 5. Maddesinde bireye maddi manevi varlığını sürdürme hakkı verilmiştir, ancak uygulamada etkili olunamamıştır. 7 Ocak 2015’te Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Manevi destek protokolü imzalamıştır. Protokol içeriğinde farklı konularda eğitim alan uzmanlar bazı pilot hastanelerde manevi destek hizmeti uygulanmaya başlanmıştır (Kurt ve Geçkil, 2016; Seyyar, 2014).

2.6.2. Manevi İyilik Hali

Psikolojide manevi iyilik, Poloutzian ve Ellison (1983) tarafından tanımlanmıştır. Ellison, manevi iyiliği tanımı, kişinin manevi sağlık ve olgunluğunun devamlı ve dinamik bir yansımasıdır (Ellison, 1983).

İngilizce’de manevi iyilik, “spiritual well-being” ile ifade edilen iyilik halinin bir türüdür (Bai ve Lazenby, 2015). Manevi iyilik hali “spiritüel gelişmeye dair dengeli bir açıklık hali, başkalarıyla iletişim kurma, yaşamda anlam ve hedefe sahip olma ve yüce bir güce inanç ve o güçle ilişki kurma duygusu” olarak tanımlanabilir (Hawks vd., 1995). Bir başka tanımda manevi iyilik hali; bireyin kendisiyle, çevreyle ve yaratıcı ile ilişkisini inceleyen, yaşama ve dine dair konuları içeren kavramdır (Acar, 2014). Yaşamsal krizlerde, örneğin kronik hastalıklarda, ileri yaşta olanlarda, ölümcül hastalığı olanlarda, ölüm korkusu ve çaresizlik duygularının yaşanması ile güvende hissetme, yaşamını anlamlandırma, sevgi, ait olma ve kabul görme gibi manevi gereksinimler ön plandadır (Bölüktaş, 2018).

Manevi iyilik hali iki boyutta açıklanabilir. Bunların ilki kişinin benlik ve dış dünya ile ilişkisini içeren varoluşsal boyut, ikincisi ise bireyin Tanrı ile ilişkisini kapsayan dinsel boyuttur (Acar, 2014). Tanımlamalarda görüldüğü üzere manevi iyilik hali kavramı bireyin hayatının daha çok subjektif yönüne işaret etmekte ve ölçülmesi çok zorluklar içeren bir kavramdır (Hill vd., 2000). Manevi iyilik hali insanın hayatındaki dengeye işaret etmektedir. İnsanların hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri bir takım hastalıklar bu dengeyi bozabilmektedir. Öncelikle kanser gibi hayatı tehdit edici bir tanı almış insan için bu durum, bireyin ölüm gerçeği ile karşılaşmasına neden olan varoluşsal bir krizdir ve insanın her yönden dengesini etkileyen acı veren, korkutucu ve ürkütücü bir hastalıktır (Hallaç ve Öz, 2011).

2.6.3. Manevi Bakım ve Önemi

Manevi bakım, sağlam ve hasta bireylerin baş edemedikleri stres durumlarında da, onların baş etme mekanizmaları ile kendilerini güçlendirme, bazı durumlarda danışmanlık verme, yaşadıkları durumu anlamlandırma girişimlerini içermektedir (Saraçoğlu, 2019). Kısacası manevi bakım, bireyin manevi gereksinimlerini karşılamak amacıyla yapılan aktiviteleri içermektedir (Wu vd., 2012). Manevi bakım ve uygulamalar bireyin kriz ve belirsizlik yaşadığı dönemlerde bireye yardımcı olduğundan büyük öneme sahiptir. Birey

yaşamında ciddi değişimler olduğu zaman duruma uyum sağlamaya, daha üstün bir güce inanmaya, terapotik bir iletişime, umut hissetmeye yaşamın anlamı ve amacını aramaya, dini uygulamaları içeren manevi desteğe (manevi bakıma) ihtiyaç duyarlar (Bradley vd., 2005; Coban vd., 2015; Jim vd., 2015).

2.6.4. Manevi Gereksinimler

Manevi gereksinimler genellikle üçbaşlık altında incelenmektedir.

Hayat, acı çekme ve ölüm ifadelerinin anlam, amaç ve manevi güç bulma ihtiyacı: İnsan yaşamak için bir nedene ihtiyaç duyar ve eğer sebebi varsa hayata olumlu bakıp ve yaşamak ister.

Hayata ümit bağlama ihtiyacı: Umut; hayattaki en motivasyonel kaynak ve güçtür. Bireylerin yaşam umudu fazla olduğu sürece karşılaştığı sıkıntılarla baş etme gücü de artar.

Bireyin iç dünyasında üstün bir güce inanma ve bu güçle güven duyma ihtiyacı şeklinde vurgulanmıştır (Seyyar, 2010; Jim vd., 2015).

2.6.5. Hemşirelik Eğitiminde Manevi Bakım

Manevi boyut, holistik bakımın önemli bileşenlerinden olup, çoğu zaman hemşireler ve sağlık çalışanları tarafından ihmal edilmektedir (Atabek ve Karadağ, 2013). Bunun sebepleri arasında, hemşirelerin manevi bakım konusunun öneminin farkında olmamaları, din ile maneviyatın ilişkilendirilmesi, manevi bakım eğitiminin yetersizliği ve bu konunun bilimsel olarak görülmemesi gibi etkenler mevcuttur (McSherry ve Watson, 2002).

Bu konuda, Sağkal Midilli ve ark. 292 hemşirelik öğrencisi ile yapılan araştırmada manevi bakımın uygulanmasında karşılaşılan sıkıntılar; %58,8 oranında zaman yetersizliği, %54,1 oranında bilgi eksikliği, %44,6 oranında uygulama ortamının yetersizliği, %40,5 oranında fiziksel sorunlara öncelik verme, %27,7 oranında hemşire veya eğitici tarafından manevi bakıma yönlendirilmeme olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelik öğrencilerde, manevi bakım ile ilgili ders alan, eğitim almak isteyen veya manevi bakımın önemli olduğunu düşünen kişi sayısının yüksek olduğu görülmüştür (Sağkal, Kalkım ve Dağhan; 2017).

Hemşirelerin manevi bakım konusunda daha fazla eğitim almak istemelerinin ve daha çok ilgilenmelerinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Ergül, 2010, Mcsherry, 2000; McSherry ve Watson, 2002). Manevi bakımın, bütüncül bakımın önemli bir parçası olduğu uluslararası kodlar ve standartlar tarafından özellikle belirtilmesine rağmen bu kavram, bazı engeller nedeniyle hemşireliğin eğitim programına ve uygulama alanlarına tam anlamıyla bütünleştirilememiştir. McSherry ve Draper bu engellerin önemli olanlarından iki tanesinden bahsetmiştir. Bunların ilki olan içsel faktörler, hemşirenin çalıştığı kurumdaki ekonomik, yönetsel ve politik faktörlerden oluşurken, ikincisi olan dışsal faktörler ise inanç ve değer sistemleri, bireysel ve toplumsal ilkeler gibi faktörlerden oluşmaktadır. Bahsedilen engellerin detaylı olarak ele alınmaması, maneviyat konusunun hemşireliğin eğitim programında ve uygulama alanlarında eksik kalmasına yol açmaktadır (Ergül, 2010).

2.6.6. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

Hemşirelikte manevi bakım, hastanın gereksinimlerine göre hemşirenin vermesi gereken sezgisel, kişilerarası, fedakâr ve bütünleştirici uygulamalar şeklinde tanımlanmaktadır (Sawatzky ve Pesut, 2005). Hemşireliğin meslekleşmesine öncülük eden Florence Nightingale'nin sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir sözleri de hemşireliğin meslekleşme sürecinin başından itibaren insan bir bütün olarak ele aldığını göstermektedir (Ergül ve Bayık, 2004; Hutchison, 1997).

Hemşirelik uygulamalarında manevi bakım önemli ve mesleki bir zorunluluk olmasına rağmen yapılan araştırmalarda hemşirelerin, maneviyat ve manevi bakıma ilişkin farkındalıklarının kötü olduğu, maneviyat ve dini eş anlamlı algılamalarından dolayı manevi bakımı kendi görev tanımları arasında görmedikleri, manevi bakım sağlamada bilgi eksikliklerinin olduğu, kendilerini manevi bakım sağlamada yetersiz hissettikleri belirtilmiştir (Çetinkaya, Altundağ ve Azak, 2007; Ergül ve Bayık, 2004; Eğlence ve Şimşek, 2014; Kavak, vd., 2014).

Holistik hemşireliğin temelini oluşturan maneviyatın hemşirelik uygulamalarındaki öneminin tanımlanmasıyla uluslararası bazı düzenlemeler, standartlar, etik kod ve rehberlikler oluşturulmuştur (Malta, 1997). Hemşirelik ve Ebelk Konseyi (The Nursing and

Midwifery Council-NMC)'nin hemşirelik eğitiminin mezuniyet öncesi zorunlu standartlarında, hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerini karşılama becerilerine sahip olmaları gerektiği açık bir şekilde belirtilmektedir (Council, 2010). Ayrıca Uluslararası Hemşirelik Birliği (International Counsel of Nursing-ICN) maneviyat ve manevi bakımın, hemşirelik bakımına entegre edilmesi gerektiğini savunmaktadır (International Counsel of Nursing (ICN), 2015).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA)'de hemşirelik tanıları sınıflandırılmasında, insanın manevi boyutunu ele alarak ve hemşirelik tanıları arasında “manevi sıkıntı” (spirituel distress) tanısına yer vermiştir. NANDA spiritüel distressi; “yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bir grup veya bireydeki durum” şeklinde tanımlamaktadır (Erdemir, 2012). Manevi sıkıntı; terminal dönem hastalıklarında, bir beden parçası veya fonksiyon kaybında, tedavi edilemeyen ağrılarda, bireyin inançları ile tıbbi tedavi programları arasında çatışma yaşanması gibi insanın değer ve inanç sistemlerinin tehdit edildiği, çaresizlik ve ümitsizlik hissettiği durumlarda ortaya çıkar (Erdemir, 2012; Seyyar, 2010).

2.6.7. Hemşirelikte Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin manevi bakımı vermesini etkileyen birçok faktör bulunmakla beraber en önemlileri şu şekilde sıralanmıştır:

1. Hemşirelerin bireysel düşünce sistemi; hemşirelerin hastanın manevi gereksinimlerini tanımlayıp uygun girişimlerde bulunabilmeleri için öncelikle kendi maneviyatlarının farkında olması gerekir. Kısacası, başkalarının ruhlarına kulak verme becerisi hemşirelerin önce kendi ruhlarına kulak vermesini gerektirir.

2. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılayışı; hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları manevi bakımdaki rollerini algılamalarını ve manevi 14 bakımı uygulamaya aktarışlarını ve manevi bakıma ilişkin tutum ve uygulamalarını etkiler.

3. Maneviyat konusundaki eğitim düzeyi; yapılan araştırmalarda maneviyat konusundaki bilgi düzeyi ile manevi bakım sağlama arasında sıkı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin manevi bakım verme becerilerinin geliştirmede eğitimin öneminden bahsedilmektedir.

Literatüre göre, hemşirelerin uygulamalarda manevi konulardan uzak durmaları, bu konuda yetersizlik hissetmeleri ve maneviyata ilişkin olumsuz algıları, yetersiz eğitimden kaynaklanmaktadır (Alpar, 2013; Baldacchino, 2008; Boswell, Cannon ve Miller 2013; Çelik, vd., 2014; McSherry ve Jamieson, 2011; Wu, Liao ve Yeh, 2012; Timmins ve Neill, 2013; Taylor, 2008).

2.6.8. Manevi Bakımda Hemşirelik Girişimleri

- Hastaya terapötik iletişim tekniklerini kullanarak güven sağlayıp empati kurun,
- Hastaya geçmişteki yaşantılarını düşünmesi konusunda cesaretlendirin manevi güç ve destek sağlayın,
- Hasta mahremiyetini göz önünde bulundurarak manevi aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için ortam sağlayın,
- Hastaların sıkıntılarını açıklayabilmesi için onlara karşı dürüst olun,
- Hastaların spiritüel danışmanları ile iletişim kurabilmesi için uygun vakitleri ayarlayın,
- Hastaların ihtiyaç duyduğu manevi kitaplar, müzik radyo gibi kaynakları sağlamalarına yardımcı olun,
- Hastaların destek gruplarına katılımı için cesaretlendirin,
- Hastayı emosyonel yönden dinlemeye hazır olun,
- Hastanın dinsel veya din dışı rutinlerini yapabilmesi için imkan sağlayın,
- Hastanın öfke kontrolünü sağlaması için yardımcı olun,
- Hastanın kendine olan güveninin ortaya çıkabilmesi için oluşan engelleri fark etmesini sağlayın,
- Hastanın düşünce biçimi ve inancı ile ilgili konular açarak sohbeti başlatın,
- Görüş ve düşüncelerinizi anlamlı ve uygun dille hastayla paylaşın,
- Hemşire olarak acı çektiği zamanlarda ona destek olarak güven sağlayın,
- Doğru teknikleri kullanarak spiritüel iyilik halini değerlendirin,
- Hastanın kendine yakın hissettiği kişiler ile iletişim kurmasını sağlayın,
- Doğru ilişki ve doğru düşünce şekliyle hastalara rol model olun (Bulechek, vd., 2017).

2.7. Ölüm

Hayatın en büyük gerçeklerinden biri olan ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi veya hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirmesiyle yaşamın sona ermesidir (Özen, 2008; Tanhan ve Arı, 2006).

Amerikan Tıp Derneği" inin tanımına göre ölüm; "fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması" olarak tanımlanmaktadır (Çevik, 2010). Ölüm konusu, kişiler arasında farklılık göstermektedir. Kimi insana göre stres kaynağı olurken, bir başkasına stresten kurtulma aracıdır (Koç, 2002; Özışık, 2009). Yine kimi insana göre yok oluş iken, bir başkasına sonsuz bir hayatın başlangıcıdır (Erdoğan ve Özkan, 2007). Kimi insana göre ölüm karşısında direnmek gerekirken bir başkasına ölmek sevinilmesi gereken bir olaydır (Koç, 2002).

Ölüm olgusu ile dini hayat birçok zamanda birbirleriyle ilişkilendirilmiştir. Bazı görüşlere dinlerin ortaya çıkmasında ölüm ve ölüm kaygısı belirleyiciyken; başka bir görüşe göre ise, insanların ölüm korkularını azaltmada dinin önemi çok fazladır (Aydın, 1999; Tanhan ve Arı, 2006). Ölüm her bir dinde farklı anlamlar ifade etmektedir. Yahudilikte ölümün anlamı, ağır bir ceza ve korkunç gerçek; Hristiyanlıkta ölüm sadece bedensel kayıp veya yaşamın daha güzel bir hale dönüşmesi; Müslümanlıkta ise insan bedeninden ayrılan ruhun Allah'a kavuşması olarak değerlendirilir (Hökelekli, 1992).

Kastenbaum ve Aisenberg ölüm kavramının ana özelliklerini aşağıdaki şekilde sıralamıştır;

- Ölüm kavramı, gelişimsel düzeyde bir göreceliğe sahiptir. Fakat gelişimsel seviye her zaman bireyin kronolojik yaşı anlamına gelmez.
- Ölüm olgusu, kısa önermelerle açıklanamayacak kadar karışıktır.
- Gelişimsel dönemlere göre ölüm kavramı zamanla değişim gösterir.
- Ölüm kavramının gelişimsel açıdan amacı, tam anlamıyla anlaşılmasını, belirsiz ya da hala oluşum sürecindedir. İdeal ölüm anlayışının ne olduğu hala bilinmemektedir. Oluşturulan kanılar gerçek araştırmalardan uzak genel değer yargılardır.
- Ölüm kavramı durumsal bağlamdan etkilenir. Ölümü özel bir anda nasıl kavramsallaştırdığımız konuyla ilgili birçok durumdan etkilenir. Odada yanı başımızda ölmekte olan biri var mıdır? İçinde bulunduğumuz durum, yaşamımız için bir tehdit içermekte midir? Yalnız mıyız yoksa yanımızda birileri var mı? İçinde bulunduğumuz durum seçici bir biçimde zihnimizde var olan birçok ölüm türünden birini ortaya çıkarır.

- Ölüm kavramı gösterdiğimiz davranışları etkiler. Örneğin; ölümü sonsuz mutluluk olarak gören birinin intihar etmesi normla bir davranış biçimi olarak algılanırken, böyle düşünmeyen biri için intihar olayı travmatik bir ölüm biçimi olarak görülür. Ancak aradaki ilişki her zaman bu kadar basit değildir (Çevik, 2010; Geçtan, 1997; Kastenbaum ve Aisenberg, 1972).

Özetle bir insanın davranışlarını ölüm kavramı farklı yollardan etkileyebilir.

2.7.1. Ölüm Kaygısı

Ölüm düşüncesi insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır. Fakat ölüm düşüncesi aşırı, ölçüsüz, patolojik olarak ortaya çıkarsa insanın psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple kişinin kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı ortama uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin belli sınırlarda tutmak gereklidir. Bununla birlikte zihinde tamamen bastırılmayan belirli aralıklarla hatırlanan ölüm insan hayatına katkı sağlamaktadır (Gerald, 2005; Uyer, 1982). Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (Öztürk, 2010).

Ölüm kaygısı literatürde farklı anlamlarda tanımlanmış ve bazen ölüm korkusu ile karıştırılmış ya da ilişkilendirilmiştir (Erdoğan ve Özkan, 2007). Her iki terimde de bu duruma sebep olan kaynak bilinmemektedir. Fakat ölüm kaygısı, insanları yaşamın uzun bir döneminde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinden hayata bakış açısına kadar çeşitli alanlarda görülürken, ölüm korkusu kısa bir zaman diliminde ve ölümü anımsatan durumlarda görülmektedir (İnci ve Öz 2009). Ölüm kaygısının genel nedenleri arasında; ölümü deneyimlenememesine bağlı belirsizlik, yakınlarından kopma, yalnız kalma korkusu, kişisel benliği kaybetme, ölüm sonrası cezalandırma, bedenini kaybetme, geride kalanlar için endişe yaşama, ağrı yaşama, yok olma korkusu gibi faktörler yer almaktadır. Ayrıca her kişi de ölüm kaygısının kaynağı farklı görülebilir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2011; Yıldız, 2001).

2.7.2. Ölüm Kaygısının Bileşenleri

Ölüm kaygısının bileşenleri 3 boyutta incelenmiştir. Bunlar; duyuşsal, bilişsel ve motivasyonel bileşen olarak ele alınmıştır (Nia, 2016).

Duygusal bileşen: Bireyin varoluşuna karşılık bir tehdit geliştiğinde beyindeki duygusal bellek alanlarının aktifleşmesine sebep olur (Greenberg, 1994).

Bilişsel bileşen: Ölüm kaygısı boyutlarını, ölüm süreci düşüncelerini, ölü olma durumu, ölüm sonrası bilinçli düşünce, bilinmezlik ve ölüm sonrası bedenle ilgili düşüncelerden oluşmaktadır (Nia, 2016).

Motivasyonel bileşen: Ölüm kaygısına yönelik geliştirilen savunma mekanizmalarının kişinin davranışlarını etkilemesi ve hayat için motivasyon kaynağı geliştirmesidir (Bassett, 2007).

2.7.3. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

Ölüm kaygısı insan doğduğu andan itibaren bilinçaltında bulundurulması ve yaşam ile ölümün birlikte olması araştırmacıları bu konuya yönlendirmiştir ve bu konuda çeşitli yaklaşımlar öne sürülmüştür (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.7.3.1. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik görüşler ölüm kaygısının, oedipal çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda gelişen suçluluk duygusu ya da çocuktaki animistik düşüncelerden kaynaklandığını savunmuşlardır (Freud,1992; Wahl,1959).

Ölüm kaygısı Freud'a göre, süper egonun yansıdığı en önemli kaygıların sonuncusudur. Freud, bireyin ölümü hiçbir şekilde deneyimleyemediği için, bilinçaltının da ölümü hiçbir zaman temsiline sahip olmadığını ileri sürer. Psikanalitik yaklaşımda ölüm kaygısı, deneyimle oluşan korkulara ve bu deneyimler sonucu ortaya çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm korkusunun izleri, genellikle çözülemeyen erken deneyimlere kadar süregelebilir. Ölümün bilinçaltı temsili olmadığı için, ölüm korkusu ebeveynle ilişkin korumanın kaybolmasında görülmesi çocukça güçsüzlüğün korkularını temsil eder (Eke, 2003; Eyüboğlu, 2009).

Jung'a göre, ölüm kaygısının sebebi yaşama korkusu olduğunu savunmuştur. Ölümden korkan bireyin aslında yaşamaktan korktuğunu düşünmüştür (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

Horney'e göre, bireylerin hayatta yaşanan kötü olaylar sonucunda ölümü isteyebilecek duruma gelip, bu isteğin ölüm korkusuyla birleşerek nedeni belirsiz bir kaygıya dönüştüğünü savunmuştur (Horney, 1980).

Zilboorg, ölüm kaygısının gerçek yüzünü göstermemesinden dolayı insanların onu yok saydığını savunmuş ve tıpkı yaşam için vazgeçilmez olan oksijenin tek başına hayat vermek yerine yakıcı ve öldürücü olması gibi tüm görünümünün altında yatan evrensel bir ölüm kaygısı olduğunu savunmuştur. Bu korku bilinçte kalıcı halde devam etseydi hayattaki rutin işlerimize devam edemezdik. Bu sebeple hayata tutunabilmek için korkuların bastırılması gerektiğini savunmuştur (Ertufan, 2008; Yalom, 1980).

2.7.3.2. Varoluşsal Yaklaşımlar

Varoluşun temelinde kaygı yer almaktadır. Kaygı, varoluşun en önemli ögesidir. Ölüm Yalom'a göre ilk anksiyete kaynağıdır. Bireyler için doğumdan sonra tek mutlak gerçek olan ölümdür (Çevik, 2010; Işık, Fadiloğlu ve Demir, 2009).

Ölümden kaçamayacağının bilincinde yaşayan tek canlı olan insan, varoluşsal bir kaygıyla karşılaşmaktadır. Ölümü varoluşun yokluğu olarak düşünen insan endişe ve korku duyarak devamlı kendini koruma güdüsüyle hareket eder (Gedik, 2007).

Heidegger Yalom'a benzer biçimde, ölümden kaçmanın, ölüme karşı gelip inkar etmenin, ölümü atlatılması gereken bir hastalık gibi görmenin kişi üzerinde psikolojik olumsuz sonuçlara neden olabileceğini savunmuştur. Heidegger, sağlam bir ruh yapısına sahip olabilmek için ölümü kişi tarafından açık ve net bir şekilde kabullenmesi gerektiğini belirtmiştir (Heidegger, 2004).

Koestenbaum'a göre, ölüm ile yüzleşmek, basit ilgileri, ufak tefek yarışları ve geçici sorunları önemsizleştirmektedir. Koestenbaum, ölüm bilincine sahip olan kişilerin, günlük aktivitelerde aceleci bir tavır sergilediklerinden bahseder. Aceleci tutum karşısında, bireyin gerekli ve anlamlı işlere yönelmelerini sağladığı için özgürleştiricidir. Birey ölümlülüğünü inkar ettiği sürece kendini kandırmış olup ölüm korkusunu bastırmaktadır (Koestenbaum, 1998).

2.7.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel kurama göre kaygı, bireyin koşullanmaya yatkın bir tepkisi olarak görülüp koşullanmalar ve genellemeler sonucu ortaya çıkar. Bireyin bir tehdit olarak gördüğü

durumu ne kadar korkutucu olarak algıladığına önem verir. Kişi tehdide; korkutucu, kontrol dışı, baş edilmez şeklinde atfettiği oranda kaygılanır. Bu kuram ölümün kötü algılanmasının nedeninin ölümün kaygı ile birlikte kötü olarak düşünülmesinden kaynaklandığını ve bireyin ölümüne ilişkin edindiği olumsuz düşünceler sonucu ölüm kaygısının geliştiğini savunur (Taka, 2010).

Bilişsel yaklaşıma göre, kaygı kişinin ortamı ve kendini yanlış algılamasının sonucunda yaşanmaktadır. Davranışlarımızın, duygu ve düşüncelerimizin altında olayları nasıl algılayıp değerlendirdiğimiz ve olaylara nasıl anlam kazandırdığımız yatmaktadır. Bilişsel kuram, kişilerin tehlike anında realist bir şekilde yorumlamalarına ve tehlikeli anını tekrardan değerlendirerek en iyi başa çıkma yöntemini seçmesini sağlar. Bu kurama göre ölümün kötü düşünülmesinin ve ölümüne ilişkin kaygıların oluşmasının sebebi, kişinin ölümüne ilişkin oluşturduğu olumsuz düşünce ve inançlardır (Köroğlu, 2010; Köroğlu ve Türkçapar, 2009).

2.7.3.4. Dehşet Yönetimi Kuramı

Jeff Greenberg, kaygı ile baş etme savunma mekanizmalarını tanımlar. Bireyin kendi ölümlülüğünün fark etmesi sonucunda ölüm kaygısının geliştiği ve ölüm kaygısının duygusal ve bilişsel olmak üzere 2 bileşeni olduğunu savunur. Bilişsel bileşenin ölümü sıklıkla düşünme ve ölüm konusuna ilgi duyma ile birleştiği, duygusal bileşenin ise kişinin tamamen yok olmayı öngörmesiyle gelişen duygusal gerginlikle ilişkili olduğu düşünülür. Dehşet yönetimi kuramında ölüm kaygısıyla baş etmek için iki savunma mekanizmasından bahsedilmektedir. 1. Kişinin özsaygısını artırarak, ölüm kaygısını bilinç altından uzaklaştırmak, 2. Kültürel dünya görüşlerinin savunulmasıyla ve uygulanması ile bireyin ölümsüzlüğe ulaştığı düşünülür (Hui vd., 2007).

2.7.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Yapılan araştırmalar incelendiğinde ölüm kaygısıyla ilgili birçok farklı değişkenlerin olduğu görülmüştür. Bunların başlıcaları yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik düzey, fiziksel hastalık, ruhsal hastalık, yaşam olayları, gelişimsel süreç, sosyokültürel etkenler ve dini inançlar gelmektedir (Üstüner vd., 2010).

2.7.4.1. Yaş

Yaş, ölüm kaygısı ile ilişkisi olması beklenen en önemli değişkendir. Genel beklenti yaştan artmasıyla birlikte ömrün sonuna yaklaştıkça ölüm kaygısının artacağıdır (Esen, 2011). Genç insanların ölüme kendilerini uzak görüp, ölümü düşünmedikleri ve bu konuyu aileleriyle konuşmadıkları; yaşlıların ise ölüme kendilerini daha yakın hissedip ölümü daha çok düşünmeye başladığı görülmüştür (Karakuş, Öztürk ve Tamam; 2012). Genç bireyler ölümü sağlıklı gördükleri bedenlerini kaybetme ve geleceğe ilişkin hayallerini gerçekleştirememe kaygısı yaşarken (Erdoğan, 2008), orta ve ileri yaş gruplarında, işlerine ve çevrelerine karşı olan görev ve sorumluluklarını yerine getirememe sıkıntısı halinde kaygı duyarlar (Kalaoğlu Öztürk, 2010; Karakuş, Öztürk ve Tamam; 2012). Literatürdeki çalışmaların bir başka kısmında da yaşlı bireylerde ölüm kaygısının genç bireylere göre daha az olduğu bildirilmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010). Yaş değişkeninin ölüm kaygısı üzerinde nasıl etki yarattığı kesin olarak bir anlam kazanmamıştır (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.7.4.2. Cinsiyet

Ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkeninin de olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken (Erdoğan, 2008; Koytak, 2008) bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır (Tanhan, 2007). Cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkeninde görüldüğü gibi, ölüm kaygısı konusunda net olarak anlam kazanmamıştır. Bazı çalışmalarda kadın grubu erkek grubuna göre yüksek bulunmuşken bazılarında anlamlı bulunmamıştır (Köknel, 2004; TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2010).

2.7.4.3. Medeni Durum

Psikososyal bir varlık olan bireyin zorlu yaşam koşulları ve toplumsal ilişkiler kurma konusunda eş ve ailenin olumlu yönleri olabileceği düşünülmüştür. Bazı araştırmalarda dul olmanın ölüm kaygısını artırdığı savunulmaktadır (Kalaoğlu, 2010).

2.7.4.4. Ekonomik Düzey

Ekonomik düzeyde sıkıntı yaşayan kişilerde genel kaygı düzeyinin artırabileceği düşünülmüştür. Genel kaygı düzeyi ölüm kaygısını artırdığı görülmüştür (Ertufan, 2008).

2.7.4.5. Fiziksel Hastalık

Fiziksel hastalık değişkeninin ölüm kaygısını arttırdığı bazı dönemler olduğu görülmüştür. Birinci olarak hasta olan kişinin hastalığının son (terminal) döneminde olduğunu öğrenmesidir. Bu zaman diliminde kişinin özkıyım düşünceleri, depresyon tablosu görülebilir. İkinci olarak organik hastalık sebebi ile kişide yorgunluk, işlevsellikte azalma ve engelli kalma durumunun ortaya çıktığı dönemdir (Kalaoğlu Öztürk, 2010).

2.7.4.6. Ruhsal Hastalık

Dünyası yıkılıp yok olacakmış gibi hisseden kişiler ölümle ilgili kaygılarını daha fazla yaşarlar. Ölüm kaygısının en görüldüğü durumlar kişide anksiyetenin arttığı durumlar olarak düşünülebilir. Bireyde kontrolünü kaybettiği hissi altta yatan neden ne olursa olsun ölüm kaygısını artırabilir. Ağır depresyonlarda kişi ölmek istediği için ölümü kabullenip ölüm kaygısı yaşamamaktadır (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.7.4.7. Yaşam Olayları

Çalışma şartları, aile birliğinin bozulması yeni bir işe başlama, işsizlik, taşınma gibi yaşama dair durumlar ölüm kaygısını artırabilir. Bunlara ek olarak ilk beyaz saç telinin genç kişilerde ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012). Olumsuz yaşam şartları ve sorunlarla baş edebilme stratejilerinin ölüm kaygısı ile ilişkisi incelendiğinde bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür (Mikulincer ve Florian, 1995).

2.7.4.8. Sosyokültürel Özellikler ve Din

Kültürlerin ölüm kaygısına karşı oluşturduğu inanç, tutum ve davranışları vardır. Kubler-Ross, her kültürün ölümü tanımlaması ve ölüme yükledikleri anlam olarak farklılık gösterdiğini savunmuştur. Buna bağlı olarak da kültürün ölüm kaygısı düzeyini etkileyeceğini belirtmiştir (Kalaoğlu, 2010). Literatür incelendiğinde dindar kişilerde daha az düzeyde ölüm kaygısı bildirilmişken, bir kısmında ise doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Buna rağmen dindarlık ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır (Tanhan, 2007).

2.7.4.9. Gelişimsel Süreç

Yapılan çalışmalarda farklı gelişim süreçlerinde ölüm kaygısı düzeylerinde değişiklikler olduğu yönünde veriler vardır. Bulgular genellikle ölüm kavramının dokuz yaşından önce gerçek anlamda anlaşılmadığı, ergenlikte ölüm olgusunun görmezden gelindiği, yetişkinlik boyunca orta yaşa yaklaştıkça ölüm düşüncesinin kaygı yaratmaya başladığı, orta yaşta ölüm kaygısının en üst düzeyde olduğu ve yaşlılıkta ise azalma eğilimindedir (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

2.7.5. Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Ölüm Kaygısı

Dünyada tıp ve teknoloji alanının gelişmesiyle birlikte; tanı ve tedavi yöntemlerinin çoğalması yaşam sürelerini ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalığı olan kişi sayısının arttığı görülmektedir (Eski ve Fesci, 2002).

Kardiyovasküler hastalıklar cinsiyet ve ırk ayırt etmeksizin ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. KVH 'ların en çok görülen nedeni; koroner damarların kan akımındaki azalma ve damar içi fibröz plakların oluşmasıyla gelişen koroner arter hastalığıdır (Görpe ve İlerigelen, 2002). KAH gurubunda bulunan akut koroner sendrom (akut miyokard enfarktüsü) en sık karşılaşılan klinik tablodur. Bu gruptaki yaşam ile mücadele eden hastaların yattığı “Koroner yoğun bakım üniteleri”, uzman ekiplerin çalıştığı, son teknoloji tıbbi cihazlarla donatılmış birimlerdir. KYBU“lerinin amacı, yaşam kurtarmakla birlikte hasta ve yakınlarını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden destelenmek ve olumlu deneyimlerle taburcu olmasını sağlamaktır (Tuna vd., 2014).

Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde fiziksel belirtiler kötüleştikçe, hastalar psikososyal ve ruhsal iyilik halleride olumsuz etkilenir ve hastalıkla başa çıkmakta zorlanırlar. Bu hastalarda beklenmedik akut ataklar ve ani ölüm riski, hastaların endişe ve sıkıntı yaşamasına, depresyona ve ölüm kaygısı gibi birçok olumsuz duygu yaşamasına neden olur (Januzzi vd., 2000; Murray vd., 2007; Shahrabaki vd., 2017).

2.7.6. Ölüm Kaygısında Hemşirenin Rolü

Ölüm kaygısı, ölümün “var oluşun sonu” olması gerçeğinin farkına varılması ya da yaklaştığının düşüncesiyle oluşan hastaların kendi ölümleri ya da yakınlarının ölümlerinin kaygısıyla oluşan bir duygudur. Bu duygunun hastaları ve hayatlarını etkilemesinden kaçınılması imkansız bir durumdur (Sarıkaya, 2013).

Ölüm kaygısı, hastaların yaşamlarını ciddi boyutta tehlikeye sokabilecek bir durum olduğundan hemşirelik tanısı olarak alınmalıdır. Hastaların ölüm korkusuyla baş etmelerine yardımcı olmak için profesyonel hemşirelerin bu konuda bilgi ve becerilerini geliştirmesi gerekmektedir (Lehto ve Stein, 2009).

Ölüm kaygısı yaşayan hastalarda profesyonel hemşirelerin, ilk olarak, ölüme ilişkin duygularının anlatılmasını sağlamalı ve destekleyici olmalıdır. İştah, yaşam bulguları, konsantrasyon düzeyi, uyku düzeni ve gelişen değişimler gibi kaygı belirtileri olabilecek durumları ve kaygı düzeylerini değerlendirip ve bunlara yönelik baş etme tutumlarını desteklemelidir (Kapucu vd., 2018).

Hastaların çevresinde kendisine destek olabilecek kişilerin de hemşireler tarafından değerlendirilmesi önemlidir. Hastalara ve yakınlarına hastalık ve dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgi verilmelidir. Tüm bu süreçte hastalara terapötik yaklaşımlar kullanılarak, yargılayıcı bir yaklaşım sergilemeden, kendilerini anladığının ve destek olmaya çalışıldığının ifade edilmesi, bu sayede hastanın güven duygusunun kazanılması da gerekmektedir (Juall Carpenito, 2010; Özdemir, 2014). Hemşirenin ölümle ilişkili tutumları, hastalara ve yakınlarına verilen bakıma önemli düzeyde etki etmektedir. Hastalara ölüm ve ölümle ilişkili olumsuz düşüncelerin ifadesinden kaçınılmalı, hastaların kendilerini ifade etmelerine yoğunlaşmalı ve bu süreçte hastalar değerlendirilmelidir (Juall Carpenito, 2010; Kapucu vd., 2018). Hastaların geçmişte yaşadığı olumlu ve kendini iyi hissettiği anlar sorgulanarak hayata pozitif bir bakış açısı kazandırılmaya çalışılmalı, böylece ölüme yönelik bakış açısının da yeniden yapılandırılması için cesaretlendirilmelidir. Hastaların yalnız kalma endişesi olup olmadığı değerlendirilmeli, var ise yalnız kalmaması açısından yakınları da uyarılarak desteklenmelidir. Hastaların yaşadığı tüm bu problemlerin belirlenmesi ve müdahale edilmesi hastalara bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik bakımı verilebilmesi için önem teşkil etmektedir (Juall Carpenito, 2010; Kapucu vd., 2018; Özdemir, 2014; Yılmaz vd., 2008).

3. MATERİYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma koroner yoğun bakımda yatan hastaların manevi iyilik hali ve ölüm kaygısı düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik hali ile ölüm kaygısı düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel tipte yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kayseri İli, Kayseri Şehir Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak- Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Kayseri Şehir Hastanesi, Mayıs 2018’de hizmete açılmıştır. Kayseri Şehir Hastanesi toplam 413 poliklinik, 248 yataklı yoğun bakım odaları, 412 yataklı kalp ve damar hastanesi, 480 yataklı genel hastane, 277 yataklı kadın doğum ve çocuk hastanesi, 200 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, 120 yataklı psikiyatri hastanesi, 100 yataklı yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi, 18 yataklı yanık merkez kütle birimi ile hizmet vermektedir.

Koroner yoğun bakım ünitesi, 26 yataklı olup; 25 hemşire, 4 asistan doktor, 11 uzman doktor ve 2 doçent doktor çalışmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde genelde Miyokard Enfarktüsü, Kalp Yetmezliği, Atriyal Fibrilasyon tanısı bulunan hastalar yatmaktadır. Bu hastaların yatış süreleri yaklaşık 1 gün ile 8 gün arasında değişmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu bilinci açık, oryante ve iletişim kurulabilecek durumdadır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini: Manevi İyilik Ölçeği puan ortalaması, Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları oluşturmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini: Hastaların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer gibi değişkenler oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- İletişime ve işbirliğine açık olma
- 18 yaş ve üzerinde olma

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı istemeyen
- İletişim kurulamayan
- 18 yaş ve altında olan

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kayseri Şehir Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yatan tüm hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında, son bir yılın verileri doğrultusunda elde edilen bilgilerle toplam 1314 hasta evren kabul edilerek, 1314 kişi içerisinde evreni bilinen örneklem belirleme formülü kullanılarak; $(n = N \cdot t \cdot p \cdot q / d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q)$ $p = 0,50$ incelenen olayın görülüş olasılığı, $q = 0,50$ incelenen olayın görülmeyiş olasılığı, $n = 1314$ evrendeki birey sayısı, $n =$ örnekleme alınacak birey sayısı, $d = 0,06$ olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma, $t = 1,96$ belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer formülünden elde edilen sonuca göre araştırma örneklemini 222 hasta oluşturmuştur.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu 3 bölümde toplanmıştır. 1. bölümde tanıtıcı özellikler formu, 2. bölümde manevi iyilik ölçeği, 3. bölümde ise ölüm kaygısı ölçeği yer almaktadır.

3.7.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı Özellikler Formu, ilgili literatür (Alarmi, 2012; Ayed, 2016; Babadağ 2014; Bag, 2012; Öner, 2012; Turgay, 2010; Uslu, 2013) doğrultusunda hazırlanmış olup, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorular, sevdiğiniz kişinin kaybı, ölümü ifade durumu, ölümcül hastalığını bilme durumu gibi ölüme ilişkin sorular ve manevi bakımın gerekliliğine inanma, manevi bakıma gereksinim duyma gibi manevi iyilik hali ile ilgili sorular olmak üzere toplam 42 sorudan oluşmuştur (Ek-1).

3.7.2. Manevi İyilik Ölçeği

FACIT-Sp-12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scala-12 item) (Ek-2), FACIT ölçüm sisteminin bir parçasıdır ve kanser hastalarının yaşam kalitelerinde, spiritualite ve/veya inanç yönlerinin de değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir (Brady vd., 1999). Ay ve arkadaşları, 2019 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmış ve Türkçeye uyarlamıştır. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-hiç, 4-çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Anlam alt boyutu (Madde 2, 3, 5, 8) toplam 0-16 puan aralığında, barış alt boyutu (madde 1, 4, 6, 7) toplam 0-16 puan aralığında, inanç alt boyutu (Madde 9, 10, 11, 12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Altboyutlardan alınan puanların toplamı, ölçekten alınabilecek puanı belirlemektedir. Sp4 ve Sp8 ters yönde puanlanmıştır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Cronbach's Alpha'sı toplam puanında; 0.80, anlam alt boyutunda; 0.67, barış alt boyutunda; 0.72 ve inanç alt boyutunda; 0.79 olarak bulunmuştur (Ay vd., 2019). (Ek-2).

3.7.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm Kaygısı Ölçeği Templer (1970) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de Akça ve Köse tarafından (2008) Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, doğru- yanlış şeklinde ikili likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Doğru yanıtlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya alınmamaktadırlar. Puan Aralığı 0-15 arasında olan testte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm kaygısı açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır. Bu aralıkta, ortalama puan olan 7 ve yukarısı

değerlerde toplam puan alanlar kişilerin ölüm kaygısının da yüksek olduğu şeklinde değerlendirme yapılabilir (Corcoran, K., Fischer, J., 1987). (Ek-3).

3.8. Veri Toplama Yöntemi

3.8.1. Verilerin Ön Uygulanması

Araştırmanın ön uygulaması yoğun bakım ünitesinde yatan 20 hasta üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Kayseri Şehir Hastanesi, koroner yoğun bakım ünitesinde Ocak - Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı, araştırmayı uygulamadan önce hastalara, yapılan anketin nedeni açıklanarak ankete katılımın gönüllü olma durumu gerektiği, istenilen zamanda araştırmadan ayrılabilineceği ve verilen bilgilerin gizli kalacağı konusunda bilgilendirilme yapılmıştır. Anket formu araştırmaya katılmaya gönüllü örneklem sayısı olan 222 hastayla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anketteki sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Kişiler tarafından cevaplanan maddeler, yine araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir. Hastalarla görüşme süresi ortalama 15-25 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerler, sayı ve yüzdelik dilim) verilmiştir. Ayrıca parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği “Levene” testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımına ise “Shapiro-Wilk” testi ile bakılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar değerlendirilmek istendiğinde parametrik test ön şartlarını sağladığı durumda “Student’s t Test”; sağlamadığında ise “Mann Whitney-U testi” kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi ile sağlanmadığında ise Kruskal Wallis

ve çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Literatürde korelasyon katsayısının gücü ile ilgili tanımlamalar, 0.00-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 kuvvetli, 0.90-1.00 arasında olması durumunda ise çok kuvvetli olarak belirtilmiştir (Erdoğan vd., 2015). Araştırmada değişkenler arasındaki ilişki bu tanıma dayalı olarak yorumlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (No:2019.12.15) (Ek-4) ve çalışmanın yapılacağı Kayseri Şehir Hastanesi'nden kurum izni (Ek-5) alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın içeriği hakkında açıklamalar yapıp sözel izinleri alınarak, gönüllü onam formları imzalatılmıştır. Ayrıca ankette kullanılan Manevi İyilik Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği yazarlarından izin alınmıştır (Ek-7).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özelliklerine, Manevi İyilik Ölçeği ile Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=222)

Tanıtıcı Özellikleri	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş	59,15±12,70	20-86
Klinikte yattığı süre (gün)	2,23±1,23	1-8
Ağrının şiddeti	4,69±2,25	1-8
Tanıtıcı özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	73	32,9
Erkek	149	67,1
Medeni durum		
Evli	185	83,3
Bekar	37	16,7
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	17	7,7
İlkokul mezunu	103	46,4
Ortaokul-Lise mezunu	74	33,3
Üniversite mezunu	28	12,6
Bir işte çalışma durumu		
Evet	77	34,7
Hayır	145	65,3
Meslek		
Ev hanımı	60	27,0
Memur	77	34,7
Emekli	85	38,3
Gelir düzeyi		
Düşük	25	11,3
Orta	164	73,9
Yüksek	33	14,9
En uzun süre yaşadığı yer		
Köy	30	13,5
İlçe	59	26,6
İl	133	59,9
Aile tipi		
Çekirdek aile	177	79,7
Geniş aile	25	11,3
Yalnız yaşayan	20	9,0
Sigara kullanma durumu		
Evet	73	32,9
Hayır	93	41,9
Bırakan	56	25,2

Tablo 4.1.. (devamı...) Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=222)

Alkol kullanma durumu		
Evet	18	8,1
Hayır	182	82,0
Bırakan	22	9,9
Kronik hastalık durumu		
Evet	128	57,7
Hayır	94	42,3
Kronik hastalıkları (n=176)*		
Diyabetes Mellitus	64	36,4
Hipertansiyon	92	52,2
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	10	5,7
Astım	10	5,7
Ameliyat durumu		
Evet	113	50,9
Hayır	109	49,1
Hastalığın bilinme durumu		
Evet	205	92,3
Hayır	17	7,7
Tıbbi tanısı		
Miyokard Enfarktüsü	202	91,0
Kalp yetmezliği	10	4,5
Atriyal Fibrilasyon	10	4,5
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	133	59,9
Hayır	89	40,1
Ağrının varlığı		
Evet	13	5,9
Hayır	209	94,1
Ağrıda baş etme yöntemleri (n=288)*		
Ağrı kesici kullanma	149	51,7
Dua etmek	49	17,0
Yürüyüş yapmak	16	5,6
Uyumak	36	12,5
Masaj	26	9,0
Sıcak/soğuk uygulama yapmak	12	4,2
Kişilik yapısı		
Atılğan	77	34,7
Çekingen	135	60,8
Saldırgan	10	4,5
Yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu		
Bağımlı	5	2,3
Yarı bağımlı	58	26,1
Bağımsız	159	71,6
Mevcut sağlık algısı		
Kötü	11	5,0
Orta	113	50,9
İyi	98	44,1

*n katlanmıştır ve yüzdelere katlanabilir n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $59,15 \pm 12,70$ yıl, klinikte yattıkları süre $2,23 \pm 1,23$ gün ve ağrı şiddetinin $4,69 \pm 2,25$ olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların %32,9’unun kadın, %83,3’ünün evli, %46,4’ünün ilkokul mezunu ve %34,7’sinin çalışan olduğu saptanmıştır. Hastaların %38,7’sinin emekli ve %73,9’unun gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hastaların %13,5’inin köyde yaşadığı ve %79,7’sinin çekirdek aile olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 41,9’u sigara içmediği ve %82,0’ı alkol kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların %57,7’sinin kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olanlarında %5,6’sının KOAH, %5,6’sının astım, %36,3 ‘ünün diyabetes mellitus ve %52,2’sinin hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Hastaların %50,9’unun daha önce ameliyat olduğu görülmüştür. Hastaların %92,3’ü tıbbi tanısını bildiği, %91’inin tıbbi tanısının miyokard infarktüsü olduğu, %59,9’unun daha önce hastaneye yattığı, %94,1 ‘inin ağrısının olmadığı, %51,7’sinin ağrıda baş etme olarak ağrı kesici kullandığı, %60,8’inin kişilik yapısının çekingen olduğu, %26,1’inin günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olduğu ve %50,9’unun mevcut sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=222)

Manevi duruma ilişkin özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığından dolayı umutsuzluğa düşme durumu		
Evet	74	33,3
Hayır	148	66,7
Hastane dışı destek alma durumu		
Evet	200	90,1
Hayır	22	19,9
Manevi bakımı duyma durumu		
Evet	50	22,5
Hayır	172	77,5
Manevi bakım konusunu nereden duyduğu (n=55)*		
Arkadaş	17	30,9
Aile	20	36,4
Sosyal Medya	18	32,7
Manevi bakım gerekliliğine inanma durumu		
Evet	186	83,8
Hayır	36	16,2
Manevi desteğe ihtiyaç olma durumu		
Evet	127	57,2
Hayır	95	42,8
Hastanedeki manevi hizmeti yeterli bulma durumu		
Evet	119	53,6
Hayır	103	46,4
Günlük yaşamda dini inancını önemli bulma durumu		
Önemli	206	92,8
Az önemli	16	7,2
Kendi maneviyatını tanımlama durumu		
Orta	109	50,9
İyi	113	49,1

Tablo 4.2’de hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %33,3’ünün hastalığından dolayı umutsuzluğa düştüğünü belirtmiştir. Hastaların %90,1’inin hastane dışı destek aldığı, %22,5’inin manevi bakımı duyduğu, %36,3’ünün manevi bakım kavramını ailesinden duyduğunu ve %83,8’i manevi bakımın gerekliliğine inandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %57,2’sinin manevi bakıma ihtiyacı olduğunu ifade etmiş olup, %53,6’sının hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli bulduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların %92,8’inin günlük yaşamında dini inançlarının önemli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %50,9’unun kendi maneviyatlarını orta düzeyde tanımladıkları bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=222)

Ölüme ilişkin özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığıyla ilgili endişe etme durumu		
Evet	82	36,9
Hayır	140	63,1
Hastalığıyla ilgili endişeleri (n=90)*		
Tedavi	31	34,4
Maliyet	11	12,2
Bakacak kişi	28	31,1
Yetersizlik hissetme	20	22,2
Ölümül bir hastalığı olduğunda kendine söylenmesini isteme durumu		
Evet	166	74,8
Hayır	56	25,2
Ölümül bir hastalık durumunda hastalığın kendine söylenilmesini isteme nedeni (n=166)*		
Ona göre yaşamak	79	47,6
Kabulleniş	34	20,5
Hastalığa çözüm bulmak	21	12,6
Bilmek isterim	32	19,3
Ölümül bir hastalık durumunda hastalığın kendine söylenilmesini istememe nedeni (n=56)*		
Korkarım	35	62,5
Bilmek istemem	9	16,1
Hayatımı yaşamak isterim	5	8,9
Kabulleniş	7	12,5
Sevdiğin kişinin kaybını yaşama durumu		
Evet	168	75,7
Hayır	54	24,3
Yakınlık derecesi (n=210) *		
Eş kaybı	27	12,9
Kardeş kaybı	39	18,6
Çocuk kaybı	10	4,8
Anne baba kaybı	107	50,9
Arkadaş kaybı	16	7,6
Akraba	11	5,2
Kayıp karşısında kullandığı baş etme yöntemleri (n=233)*		
Maneviyata yönelmek	58	24,9
Yakın biri ile konuşmak	34	14,6
Aile desteği almak	102	43,8
Arkadaş desteği almak	14	6,0
İlaç kullanmak	8	3,4

Yalnız kalmak	17	7,3
Ölümü ifade etme durumu		
Kader	153	68,9
Olağan bir durum/rahatlık	16	7,2
Korkunç bir olay/anlamsızlık	12	5,4
Son	15	6,8
Yeni bir yaşam	26	11,7

*n katlanmıştır ve yüzdeler katlanabilir n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3'te hastaların ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmada hastaların %36,9'unun hastalıkla ilgili endişesinin olduğu, %34,4'ünün endişesinin tedaviden ve %31,1'inin bakacak kişilerden kaynaklandığını belirtmiştir. Hastaların % 74,8'inin ölümcül hastalığını bilmek istediğini ifade etmiştir. Hastaların %75,7'sinin sevdiği kişinin kaybını yaşadığı, %50,9'unun anne ve babasını kaybettiğini, %24,9'u bu kayıp karşısında maneviyata yöneldiğini belirtmiştir. Hastaların %68,9'unun ölümü kader ve %11,7'sinin yeni bir yaşam olarak ifade ettiği saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=222)

Alt Ölçekler	$\bar{x} \pm SS$	Min	Max
Anlam	11,59 $\pm$ 2,75	3	16
Barış	11,09 $\pm$ 2,36	3	16
İnanç	12,68 $\pm$ 2,75	4	16
Toplam	35,36 $\pm$ 6,29	12	48

Tablo 4.4’de hastaların MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların anlam alt boyut puan ortalaması 11,59 $\pm$ 2,75, barış alt boyut puan ortalaması 11,09 $\pm$ 2,36, inanç alt boyut puan ortalaması 12,68 $\pm$ 2,75’dir. Manevi iyilik hali ölçeği toplam puan ortalamasının 35,36 $\pm$ 6,29 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Manevi İyilik Ölçeği			
		Anlam	Barış	İnanç	Toplam
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	73	11,05±2,70	11,29±2,31	13,16±2,30	35,51±5,73
Erkek	149	11,85±2,75	10,99±2,38	12,44±2,92	35,28±6,57
İstatistiksel değerlendirme		Z= 2,115	Z=0,828	Z=1,570	Z=0,245
		p<0,05	p=0,408	p=0,116	p=0,806
Medeni durum					
Evli	185	12,01±2,57	11,20±2,27	12,75±2,72	35,95±6,08
Bekar	37	9,51±2,71	10,51±2,70	12,35±2,91	32,38±6,56
İstatistiksel değerlendirme		Z=4,969	Z=1,632	Z= 0,839	Z=-3,100
		p<0,01	p=0,103	p=0,401	p<0,01
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	17	10,18±2,72	11,35±2,69	13,47±2,37	35,00±6,51
İlkokul mezunu	103	10,83±2,68	10,89±2,18	12,71±2,60	34,44±6,02
Ortaokul-lise mezunu	74	12,34±2,53	11,15±2,48	12,46±2,88	35,95±6,60
Üniversite mezunu	28	13,25±2,32	11,46±2,52	12,68±3,17	37,39±6,01
İstatistiksel değerlendirme		X ² =32,691	X ² =3,866	X ² =1,658	X ² =8,353
		p<0,001	p=0,276	p=0,646	p=0,039
Çalışma Durumu					
Evet	77	12,69±2,31	11,16±2,48	12,13±3,05	35,97±6,45
Hayır	145	11,01±2,80	11,05±2,30	12,97±2,54	35,03±6,21
İstatistiksel değerlendirme		Z=4,356	Z=0,861	Z=1,888	Z=1,141
		p<0,01	p=0,389	p=0,059	p=0,254
Mesleği					
Ev hanımı	60	10,70±2,74	11,07±2,46	13,13±2,40	34,90±5,97
Memur	76	12,75±2,32	11,29±2,37	12,20±3,08	36,24±6,41
Emekli	86	11,19±2,80	10,92±2,29	12,79±2,63	34,90±6,39
İstatistiksel değerlendirme		X ² =22,300	X ² =1,525	X ² =2,807	X ² =2,322
		p<0,01	p=0,466	p=0,246	p=0,313

Tablo 4.5. (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Manevi İyilik Ölçeği					
Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Anlam	Barış	İnanç	Toplam
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Gelir Düzeyi					
Düşük	25	10,28±2,98	10,36±2,56	12,00±3,04	32,64±7,30
Orta	164	11,63±2,72	11,17±2,19	12,72±2,70	35,52±5,90
Yüksek	164	12,39±2,46	11,21±2,90	13,00±2,77	36,61±7,00
İstatistiksel değerlendirme	3	$X^2=8,314$ p<0,016	$X^2=3,303$ p<0,192	$X^2=1,626$ p=0,443	$X^2=3,092$ p<0,047
Aile tipi					
Çekirdek aile	177	11,71±2,72	11,15±2,31	12,71±2,77	35,56±6,26
Geniş aile	25	12,68±2,23	11,52±2,10	13,28±2,13	37,48±5,08
Yalnız	20	9,20±2,38	9,95±2,84	11,70±3,11	30,85±6,15
İstatistiksel değerlendirme		$X^2=19,651$ p<0,001	$X^2=5,418$ p=0,067	$X^2=3,311$ p=0,191	$X^2=12,206$ p<0,002
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	73	12,67±2,35	11,15±2,40	12,29±2,97	36,11±6,32
Hayır	93	11,16±2,80	11,22±2,53	13,06±2,47	35,44±6,28
Bırakan	56	10,89±2,79	10,79±2,00	12,55±2,85	34,23±6,23
İstatistiksel değerlendirme		$X^2=20,130$ p<0,001	$X^2=1,927$ p=0,382	$X^2=2,568$ p=0,277	$X^2=4,003$ p=0,135

Tablo 4.5 (Devamı....) Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Manevi İyilik Ölçeği					
Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Kronik Hastalık Durumu					
Var	128	11,23±2,81	11,22±2,41	12,90±2,54	35,35±6,26
Yok	94	12,07±2,60	10,90±2,29	12,38±3,00	35,36±6,37
İstatistiksel Değerlendirme		Z=2,310 p<0,021	Z=0,959 p=0,338	Z=0,882 p=0,378	Z=0,162 p=0,871
Kişilik yapısı					
Atılgan	77	12,26±2,67	11,19±2,45	12,90±2,58	36,35±6,23
Çekingen	135	11,13±2,65	10,99±2,29	12,54±2,86	34,66±6,18
Saldırgan	10	12,60±3,57	11,60±2,67	12,90±2,60	37,10±7,56
İstatistiksel Değerlendirme		X ² =12,274 p<0,002	X ² =0,912 p=0,634	X ² =0,451 p=0,798	X ² =2,197 p=0,114
Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımlılık Düzeyi					
Bağımlı	5	12,00±2,35	11,40±4,34	11,00±5,20	34,40±8,56
Yarı Bağımlı	58	12,62±2,73	11,71±2,62	13,72±2,27	38,05±6,07
Bağımsız	159	11,20±2,69	10,85±2,15	12,35±2,73	34,40±6,05
İstatistiksel Değerlendirme		X=12,275 p<0,002	X ² =5,799 p=0,055	X ² =10,453 p=0,005	X ² =14,407 p<0,001
Mevcut Sağlık Algısı					
Kötü	11	11,64±3,67	10,64±2,62	12,45±3,62	34,73±8,39
Orta	113	11,18±2,63	10,84±2,46	12,42±2,83	34,44±6,27
İyi	98	12,06±2,73	11,42±2,18	13,00±2,53	36,48±5,94
İstatistiksel Değerlendirme		X ² =5,50 p=0,06	X ² =6,81 p<0,03	X ² =3,82 p=0,15	X ² =1,90 p=0,39

Tablo 4.5’de hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadın hastaların anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının erkek hastalara göre düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyete göre sadece anlam alt boyutundan aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Evli olan hastaların MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, bekar hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların medeni duruma göre MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

İlkokul mezunu olan hastaların MİÖ genel toplamdan aldığı puan ortalaması ortaokul ve üstü mezunlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların eğitim duruma göre MİÖ genel toplamdan aldığı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışan hastaların anlam alt boyutu puan ortalamalarının çalışmayan hastaların puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre sadece anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Ev hanımı olan hasta grubunun anlam alt boyutu puan ortalamalarının diğer hasta grubuna göre puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların meslek grubuna göre sadece anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutlarında gelir düzeyi düşük olan hastaların puan ortalamalarının gelir düzeyi orta ve iyi olanların puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların gelir durumuna göre MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Yalnız yaşayan hastaların puan ortalamalarının, geniş ve çekirdek ailede yaşayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmadaki hastaların MİÖ genel toplam ve alt boyutu olan anlam puan ortalamalarının aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Sigara kullanan hastaların anlam alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının, içmeyen ve bırakanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan

hastaların sigara kullanma durumuna göre anlam alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Kronik rahatsızlığı olan hastaların anlam alt boyutu puan ortalamalarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların kronik hastalık durumuna göre sadece anlam alt boyutundan aldığı puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çekingen hastaların anlam alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının, atılgan ve saldırgan kişilik yapısına sahip olan olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların kişilik yapısına göre anlam alt boyutundan aldığı puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre MİÖ genel toplam, anlam alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre farklılığı yaratan grubun günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olan hasta grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Mevcut sağlık algısını iyi olarak değerlendiren hastaların barış alt boyut puan ortalamalarının kötü ve orta olarak değerlendiren hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların sağlık durumunu değerlendirmeye göre barış alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Hastaların manevi durumuna ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Manevi İyilik Ölçeği					
Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Anlam $\bar{x} \pm SS$	Barış $\bar{x} \pm SS$	İnanç $\bar{x} \pm SS$	Toplam $\bar{x} \pm SS$
Hastane dışı destek alma durumu					
Aile	200	11,80±2,71	11,20±2,22	12,69±2,74	35,68±6,20
Arkadaş veya komşu	22	9,68±2,44	10,09±3,24	12,64±2,94	32,41±6,52
İstatistiksel değerlendirme		Z= 3,692 p<0,001	Z=1,804 p=0,071	Z= 0,050 p=0,961	Z=2,301 p<0,021
Manevi bakım konusunu duyma durumu					
Evet	50	12,38±1,97	11,58±1,98	13,22±2,25	37,18±4,43
Hayır	172	11,36±2,91	10,94±2,44	12,52±2,86	34,83±6,66
İstatistiksel değerlendirme		Z=2,111 p<0,035	Z=1,873 p=0,061	Z=1,379 p=0,168	Z=2,077 p<0,038
Kendi maneviyatını tanımlama durumu					
Orta	109	11,77±2,66	10,94±2,48	12,10±2,92	34,82±6,73
İyi	13	11,42±2,84	11,22±2,24	13,24±2,46	35,88±5,82
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,373 P=0,170	Z=0,650 p=0,516	Z=2,978 p<0,003	Z=0,894 p=0,371
Günlük yaşamda dini inancın önemli olma durumu					
Önemli	206	11,70±2,67	11,14±2,35	12,89±2,61	35,72±6,10
Az önemli	16	10,19±3,47	10,44±2,45	10,00±3,14	30,63±6,97
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,742 p=0,081	Z=1,383 p=0,167	Z=3,508 p<0,001	Z=2,946 p<0,003

Tablo 4.6’da hastaların maneviyata ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Ailesinden destek alan hastaların MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının komşu veya arkadaşından destek alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların hastane dışı destek alma durumuna göre MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Manevi bakım konusunu duyan hastaların MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının duymayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların manevi bakımı duyma durumuna göre MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Maneviyatını orta olarak tanımlayan hastaların inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının iyi olarak tanımlayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların maneviyatın tanımına göre sadece inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Günlük yaşamda dini inancı önemli bulan hastaların MİÖ genel toplam ve inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının az önemli bulanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların günlük yaşamda dini inancı önemli bulma durumuna göre MİÖ genel toplam ve inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Manevi İyilik Ölçeği					
Ölüme İlişkin Özellikleri	Sayı (n)	Anlam	Barış	İnanç	Toplam
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Ölümcül hastalığının kendine söylenmesini isteme durumu					
Evet	166	11,89±2,73	11,25±2,35	12,93±2,73	36,08±6,14
Hayır	56	10,70±2,63	10,59±2,34	11,93±2,68	33,21±6,31
İstatistiksel değerlendirme		Z=3,196	Z=2,176	Z=2,592	Z=3,202
		p<0,001	p=0,030	p=0,010	p=0,001
Sevdiği kişinin kaybını yaşama durumu					
Evet	168	11,29±2,76	10,95±2,34	12,51±2,59	34,74±6,15
Hayır	54	12,52±2,55	11,52±2,38	13,22±3,15	37,26±6,40
İstatistiksel değerlendirme		Z= 2,705	Z=1,151	Z =2,332	Z=2,282
		p =0,007	p=0,250	p=0,020	p=0,023

Tablo 4.7’de hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre MİÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Ölümcül hastalığın kendisine söylenmesini isteyen hastaların MİÖ genel toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının söylenmesini istemeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölümcül hastalığın kendine söylenmesini isteyen hastaların MİÖ genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Sevdiği kişinin kaybını yaşayan hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının kayıp yaşamayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Sevdiği kişinin kaybını yaşayan hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Hastaların ölüm kaygısı ölçeği puanların dağılımı (n=222)

Ölçek	n	$\bar{x} \pm SS$	Min	Max
Ölüm Kaygısı Ölçeği	222	6,94 $\pm$ 3,64	0	15

Tablo 4.8’de hastaların ÖKÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının 6,94 $\pm$ 3,64 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Ölüm kaygısı ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet		
Kadın	73	8,55±3,75
Erkek	149	6,15±3,32
İstatistiksel değerlendirme		Z=4,681 p<0.001
Medeni durum		
Evli	185	6,57±3,33
Bekar	37	8,78±4,52
İstatistiksel değerlendirme		Z=2,530 p<0,011
Mesleği		
Ev hanımı	60	8,78±3,72
Memur	76	6,55±3,36
Emekli	86	5,99±3,37
İstatistiksel değerlendirme		X²=24,547 p<0,001
Aile tipi		
Çekirdek aile	177	6,67±3,39
Geniş aile	25	5,76±2,60
Yalnız	20	10,75±4,59
İstatistiksel değerlendirme		X²=16,170 p<0,001
Mevcut sağlık algısı		
Kötü	11	7,73±3,88
Orta	113	7,85±3,85
İyi	98	5,80±3,03
İstatistiksel değerlendirme		X²=13,62 p<0,01

Tablo 4.9 'de hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadın hastaların ÖKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların cinsiyete göre ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Evli hastaların ÖKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının bekar daha düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların medeni duruma göre ÖKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Ev hanımı grubunda yer alan hastaların ÖKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada hastaların mesleğe göre ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Yalnız yaşayan hastaların ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamalarının, geniş aile ve çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Mevcut sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamalarının, orta ve kötü olarak değerlendiren hastaların ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların mevcut sağlık durumuna göre ÖKÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Manevi Duruma İlişkin Özellikleri	Sayı (n)	Ölüm kaygısı ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Hastalığından dolayı umutsuzluğa düşme durumu		8,97 $\pm$ 3,78
Evet	74	5,92 $\pm$ 3,11
Hayır	148	Z= 5,837
İstatistiksel değerlendirme		p=<0.001
Hastane dışı destek alma durumu		
Aile	200	6,57 $\pm$ 3,32
Arkadaş veya komşu	22	10,32 $\pm$ 4,61
İstatistiksel değerlendirme		Z=3,658
		p<0,001

Tablo 4.10 ‘da hastaların manevi duruma ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastalığından dolayı umutsuzluğu düşen hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının umutsuzluğu düşmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalığından dolayı umutsuzluğu düşme durumuna göre ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Hastane dışı ailesinden destek alan hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının arkadaş veya komşusundan destek alan hasta grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastane dışı destek alma durumuna göre ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.11. Hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=222)

Tanıtcı özellikleri	Sayı (n)	Ölüm kaygısı ölçeği $\bar{x} \pm SS$
Hastalığıyla ilgili endişe etme durumu		9,02±3,67
Evet	82	5,71±3,01
Hayır	140	Z=6,250
İstatistiksel değerlendirme		p<0,001
Ölümcül hastalığının kendine söylenmesini isteme durumu		6,29±3,34
Evet	166	8,86±3,82
Hayır	56	Z=4,367
İstatistiksel değerlendirme		p<0,001

Tablo 4.11’ de hastaların ölüme ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastalığı ile ilgili endişe yaşayan hastaların ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamalarının, hastalığıyla ilgili endişe yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada hastaların hastalığı ile ilgili endişe etme göre ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Ölümcül hastalığın kendine söylenmesini isteyen hastaların ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamaları, hayır grubunda yer alan hastaların ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada hastaların ölümcül hastalığın kendine söylenmesini isteme durumuna göre ÖKÖ ‘den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.12. Hastaların MİÖ ile ÖKÖ arasında korelasyon analizi sonuçları (n=222)

		Ölüm Kaygısı Ölçeği	Manevi İyilik Ölçeği	Anlam	Barış
Manevi İyilik Ölçeği	r	-0,120			
	p	0,073			
Anlam	r	-0,117	0,797		
	p	0,082	0,001		
Barış	r	-0,159	0,838	0,562	
	p	0,018	0,001	0,001	
İnanç	r	-0,022	0,773	0,342	0,498
	p	0,745	0,001	0,001	0,001

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.12’de hastaların MİÖ ile ÖKÖ arasında korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Hastaların anlam ve MİÖ puanı arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönde ilişki görülürken ($r=0,797$), barış ve ölüm kaygısı ölçeği puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0,159$). Barış ve MİÖ arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönlü ilişki görülürken ($r=0,838$), barış ve anlam alt ölçeği puanı arasında anlamlı, orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişkiler saptanmıştır ($r=0,562$).

Hastaların inanç ve MİÖ arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=0,773$), inanç ve anlam alt ölçeği puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=0,342$), inanç ve barış alt ölçeği puanı arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,498$).

5. TARTIŞMA

Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar fiziksel semptomlarının yanı sıra anksiyete, endişe ve sıkıntı yalnızlık duygusu, depresyon ve ölüm kaygısı gibi psikososyal sorunlarda yaşarlar. Özellikle hastaların bu duygu ve sorunlarıyla baş edebilmesinde bütüncül bakım içerisinde yer alan manevi bakım önemli bir yer tutmaktadır. Ekip içerisinde yer alan hemşirelerin hastaların ölüm kaygısı duygusunu ele alması, bireyin manevi bakım gereksinimlerini tanımlaması ve bakımın manevi yönünü ele alarak bütüncül bakım vermesi gerekir (Kapucu vd., 2018; Murray vd., 2004; Özdemir, 2014). Bu bölümde koroner yoğun bakımda yatan hastaların manevi iyilik ve ölüm kaygısı düzeyleri araştırma bulguları doğrultusunda literatür destekli tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların manevi iyilik ölçeğinden 48 puan üzerinden $35,36 \pm 6,29$ puan aldıkları görülmüştür (Tablo 4). Ölçek değerlendirmesinden alınabilecek en yüksek puanın 48 olduğundan dolayı hastaların manevi iyilik düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğunu söyleyenebilir. Bu bulgu çalışmamız için olumlu bir bulgu olsada istendik değildir. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi yönden ele alınması gerektiğini ve bakımın içinde hemşirelik uygulamalarına maneviyata daha fazla yer vererek manevi iyilik düzeylerinin desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Özellikle yoğun bakım üniteleri, diğer kliniklere göre bireyi psikolojik, sosyal, manevi ve ekonomik yönlerden olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşürebilen birimlerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde Rafiei ve arkadaşları (2021) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin manevi iyilik düzeyini orta düzeyde saptanmıştır. Bizim çalışma sonucundan farklı olarak Aşiret ve Okatan (2019) yaptığı çalışmada, hipertansiyon hastalarının spiritüel iyilik halini yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca literatürde farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalarda hastaların manevi iyilik düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (Gültekin, 2018; Hui vd., 2010; Rabitti vd., 2020). Literatürde görülen benzer çalışma bulgularının manevi iyilik puanlarının birbirinden farklı olmasının nedeni, hastaların tanılarının farklılığı, kronik hastalıkları, aldıkları tedaviler, bireysel özellikleri, inanışları, değerleri ve kültür gibi kavramlar olabilir.

Hastaların manevi iyilik hali ölçeğinden sadece anlam alt boyutunda; cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık gösterirken diğer boyutlarında fark görülmemiştir (Tablo 4.5). Bu çalışmada kadın hastaların anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları erkek hastaların puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde (Frost vd.,

2013; Lewis vd., 2014; Whitford vd., 2008) kanser hastalarının manevi iyilik düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Rafiei ve arkadaşları tarafından (2021) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin psikososyal uyumları ve manevi iyilik hallerinin değerlendirildiği çalışmada ise kadın hastaların manevi iyilik puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların manevi iyilik puanlarının medeni duruma göre anlam alt boyutunda ve ölçek toplam puanında anlamlı farklılık gösterdiği ve evli hasta grubunun bekar hasta grubuna göre manevi iyilik puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Bu bulgu evli hastaların manevi iyilik düzeylerinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Rafiei ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada evli hastaların manevi iyilik puanının bekarlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde (Doğan, 2018; Jadidi vd., 2015) evli hastaların maneviyat ve manevi bakım puanlarının bekarlara göre yüksek olduğu ve manevi bakım ile evli olma durumu arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmamız daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Evli bireylerin manevi iyilik puanlarının yüksek olmasında, eşlerin birbirine psikososyal destek olması, duygusal paylaşımın daha fazla olması ve aile nedeniyle bireylerin yalnızlık hissini diğer bireylere göre daha az yaşaması gibi nedenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumunun ölçeğin sadece anlam alt boyutunda istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve eğitim durumu düşük olan hasta grubunun manevi iyilik puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu bulgu eğitim düzeyi arttıkça manevi iyilik puanının arttığını göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Ayrıca bu bulgu eğitim düzeyi yüksek hastaların maneviyata hakkında düşünmeye başladıklarını, manevi yönlerini düzeltmek için bir amaç doğrultusunda çabaladıklarını ve manevi iyilik ile ilgili farkındalıklarının olduğunu düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda (Ata, 2018; Caldeira vd., 2017; Rohde vd., 2017) aynı şekilde hastaların eğitim düzeyinin manevi iyilik puanını artırdığı görülmüştür. Literatür bulguları çalışma ile benzerlik göstermesinden dolayı eğitim durumunun manevi iyilik düzeyleri açısından önemli bir değişken olduğu ve eğitim durumunun yüksek olan hastaların manevi iyilik düzeylerinin de yüksek olduğu kanısını destekler niteliktedir. Hastaların eğitim seviyesi düştükçe, baş etme becerileri azalabileceği bunda bireylerin uyum sağlamasını etkileyerek yaşama anlam yüklenmesini güçleştirebileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızda çalışan hastaların çalışmayanlara göre anlam alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Benzer şekilde Bektaş'ın (2021) palyatif bakım hastalarında yaptığı çalışmada çalışan hastaların manevi iyilik puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmanın tersine yapılan başka bir çalışmada (Taşan, 2020) herhangi bir işte çalışmayan kanser hastalarında manevi yönelimin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine Best ve arkadaşlarının (2015) kanseri atlatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında çalışmayan hastalarda daha fazla manevi iyilik halinden bahsedilmiştir. Literatürde çalışma hayatının manevi iyilik düzeyini yükseltmesiyle ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Bir taraftan bireylerin çalışmaları, üretmeleri, sorumluluk almaları kendilerini iyi hissetmelerini ve yaşamdan doyum almalarını sağlarken diğer yönden bakıldığında ise, çalışma hayatının kişilerin hem vaktini alması, stres ve anksiyete yaratması bireylerin daha az manevi yönelim göstermesine neden olabilir. Çalışmanın bir diğer bulgusunda da araştırmaya katılan çalışan grubu hastaların anlam alt boyut puan ortalamalarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bizim çalışmamızdaki bulgudan farklı olarak yapılan bir araştırmada (Dalcı ve ark., 2021) ev hanımı olan hastaların manevi iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların manevi iyilik puanının gelir durumuna göre anlam alt boyutunda ve ölçek toplam manevi iyilik ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı ve gelir düzeyi düşük olan hastaların manevi iyilik puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Benzer şekilde Bektaş'ın (2021) palyatif bakım hastalarında yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi düşük olan hastaların manevi iyilik puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızın tersine, Rafiei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2021) gelir düzeyi düşük olan kardiyosvaküler tanısı olan hastaların manevi iyilik puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde (Park, 2017; Taşan, 2020) gelir durumu iyileştikçe anlam ve barış alt boyut puanlarının arttığı görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda bireylerinin maddi durumunun manevi iyilik halini olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Buna göre manevi iyilik düzeylerinin düşük olması, maddi sıkıntılar yaşayan bireylerin yaşamlarında maneviyat dışındaki konuları ikinci plana atmaları gibi nedenlerle açıklanabilir.

Araştırmadaki hastaların toplam manevi iyilik ölçeği ve alt boyutu olan anlam puan ortalamaları aile tipine göre istatistiksel olarak fark yarattığı bulunmuştur. Çekirdek ailede

yaşayan hastaların geniş aile ve yalnız yaşayanlara göre puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Yapılan bazı çalışmalarda (Ata, 2018; Caldeira vd., 2017) aile tipine göre gruplar arası manevi iyilik ve alt boyut puanları anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir. Başka kronik hastalığı olmayan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada ise (Doğan, 2018); geniş aileye sahip olan hastaların çekirdek aileye sahip olan hasta grubuna göre maneviyat düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde (Ata, 2018; Doğan, 2018) aile tipine göre manevi iyilik düzeyleri arasında farklı sonuçlar yer almaktadır. Bireylerin manevi olarak kendini iyi hissetmesinde aile desteği önemlidir. Aile içerisinde bireyin sevmeye, ait olma, güven, destek olma gibi psikososyal gereksinimlerinin karşılanması bireyin kendini manevi olarak iyi hissetmesine neden olabilir. Bununla birlikte bireylerin maneviyata bakışı, yaşadıkları hayat koşulları, yaşam tarzı, yaşadıkları çevre, tercihleri, kültür, din ve bireysel özellikleri gibi birçok faktörden etkilendiği göz ardı edilmemelidir.

Araştırmada kronik hastalığı olmayan hastaların anlam alt boyutundan aldıkları puanları, kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Bektaş (2021)'ın palyatif bakım hastalarına yaptığı araştırmada kronik hastalığı olmayan hastaların manevi iyilik düzeyinin kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlemiştir. Literatürde Ata (2018) 'nın onkoloji hastalarında yaptığı araştırmada da kronik hastalık durumunun manevi iyilik düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Kronik hastalıklar bireyi fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi yönden etkileyerek yaşam kalitesini düşürür. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşama yüklediği anlam kronik hastalık gibi ömür boyu bireylere eşlik eden durumlarda yaşamı anlamlandırmak, zorluklarla baş etmek ve olumlu benlik algısı geliştirmek açısından önemli olabilir (Bektaş, 2021; Çetinkaya vd., 2007). Kronik hastalık nedeniyle bireylerin; hastaneye sık sık yatışlarının olması, tedavi sürecinin uzun olması, kullandıkları ilaçlar ve kronik hastalıkların hasta ve aile üzerindeki etkileri manevi iyilik puanlarını düşük bulunmasında etkili olmuş olabilir.

Araştırmada sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların barış alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Manevi iyilik ölçeğinin barış alt boyutu, bireyin kendini kendini huzurlu hissetmesini, iç huzurunun ve duygusal rahatlığının olmasını ve bireyin içindeki ahenk ve uyumu ifade etmektedir (Aktürk vd., 2017), bu yönüyle bireyin kendi sağlık durumunu iyi olarak algılaması barış puanının yüksek olmasını etkilemiştir. Çivi ve arkadaşlarının (2011) onkoloji hastaları üzerinde

yaptığı araştırmada bireylerin %62,3'ünün genel durumlarını “iyi” olarak ifade ettiklerini bildirmiştir. Yine onkoloji hastaları üzerinde yapılan başka bir araştırmada (Erdoğan, 2019) bireylerin %89,9'unun mevcut hastalığını “uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık” olarak ifade ettiği ve %34,3'ünün şimdiki sağlık durumunu “iyi” olarak tanımladığı görülmüştür. Bireyin kendi sağlık durumunu iyi olarak hissetmesi, bireyi psikososyal olarak rahatlatarak yaşamdan doyum almasına ve manevi olarak da bireyi rahatlatarak kendini iyi hissetmesine neden olabilir.

Araştırmada ailesinden destek alan hastaların, komşu veya arkadaşından destek alan hastalara göre genel toplam ve anlam alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde (Dalcı vd., 2021) ailesinden destek aldığını belirten hastaların manevi iyilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ross ve Austin (2015) kalp yetmezliği olan hastalara yaptığı çalışmada, hastalar en önemli manevi ihtiyacın sevgi ve ait olma olduğunu ve aile ile ilişkilerin değerli olduğunu ifade etmişlerdir. Maneviyatın vazgeçilemez öğelerinden olan, sevgi ve ait olmayı düşündüğümüzde ailesinden destek alan hastaların manevi iyilik hallerinin yüksek olması beklenen ve istendik bir sonuçtur.

Çalışmada manevi bakım konusunu duyan hastaların manevi iyilik ölçeği genel toplam ve anlam alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının duymayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürdeki (Bektaş, 2021) bir araştırmada hastaların manevi bakım konusunu duyanlar ve duymayanlar arasında manevi iyilik ölçeği ve alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgu bize hastaların manevi bakımı duyma oranının yüksek olmasının manevi iyilik puanının da yüksek olmasında etkili olduğunu gösterir. Manevi iyilik ölçeğinin anlam alt boyutu, bireyin yaşamak için bir nedeninin ve amacının olduğunu hissetmesi, yaşamını verimli bulmasını ifade etmektedir (Aktürk vd., 2017), bu yönüyle bireyin manevi bakım konusunu duyması anlam puanının yüksek olmasını etkilemiştir. Ayrıca hastaların manevi bakım konusunu duymaları bu konuya dikkat çekip kendi yaşamlarının neden ve amaçlarını düşünmelerini sağlamış manevi bakıma yönelmelerini artırmış ve farkındalık oluşturmuş olabilir. Bu da hastaların manevi iyilik puanlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Hastaların kendi maneviyat tanımına göre inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Maneviyatını orta olarak tanımlayan hastaların inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının iyi olarak

tanımlayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Manevi iyilik ölçeğinin inanç alt boyutu, bireyin hastalığıyla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanmasını, dinsel veya manevi inançlarını kuvvet bulmasını, hastalığın, dinsel veya manevi inançlarını kuvvetlendirdiğini ve dinsel veya manevi inançlarıyla duygusal rahatlık bulmasını ifade etmektedir (Aktürk vd., 2017). Bu yönüyle bireyin kendi maneviyatını iyi olarak algılaması inanç puanının yüksek olmasını etkilemiş olabilir. Chaar vd., Sheppard vd., Nuraini vd. ve Rambod vd.'nin (2018) çalışmalarında kanser hastaları için maneviyatın merkezi öneme sahip olduğunu belirtmiştir. Bireyler özellikle hastalık tanısı konduktan sonra manevi gereksinimlerini farkedip manevi iyilik arayışı içine girebilirler. Bu süreçte bireyler hastalık ile baş etmede maneviyatı çözüm olarak görebilirler.

Hastaların günlük yaşamda dini inanç önemine göre manevi iyilik ölçeği genel toplam ve inanç alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüş olup, önemli gören hastaların puan ortalamalarının az önemli gören hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bireyin sağlık davranışlarını açıklamada maneviyat ve dindarlık gibi kavramların sağlık ve tedaviyi etkilemedeki rolü günümüzde giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Kretchy vd., 2013). Manevi inancın; depresyon, kişinin değersiz hissetmesi ve intihara karşı önleyici rol oynadığı (Breitbart vd., 2010; Swinton ve Pattison, 2010), kişinin önemli olaylarda baş etme yeteneğini, hayata bağlı kalma arzusunu, hastalığını ve ölümü anlamlandırmasını etkilediği (Coyle, 2002) belirtilmektedir. Yine ölümü yakın olan hastaların ölümden korkmama veya ölüm kaygısı yaşamamasında din inancı ve dine verdiği anlam önemli rol üstlenmektedir.

Ölüm, hayatın doğal bir parçasıdır. Hasta olan bireyler yaşadıkları semptomların sıklığına, ciddiyetine, hastalığına, cinsiyet ve yaş gibi birçok faktöre bağlı olarak farklı seviyelerde ölüm kaygısı yaşayabilmektedir. Ölüm kaygısının nedenin ölümle ilgili duygular ve ölüme verilen anlamdan kaynaklandığı öngörülmektedir. Çünkü öldükten sonra ne olacağına ilişkin belirsizlik, ölüm anında acı çekme, bedensel dağılma, mezarda çürüme, bozulma veya yok olma gibi korkular ölüm kaygısının temelinde yatmaktadır (Kaçan Softa vd., 2011). Bu ölüm kaygısını en yoğun yaşayan hasta gruplarından biriside koroner yoğun bakım ünitesinde yatan kalp hastalarıdır. Çalışmada hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden 15 puan üzerinden $6,94 \pm 3,64$ puan aldıkları görülmüştür (Tablo 4.8). Ölçek

değerlendirmesinden alınabilecek en yüksek puan 15 olduğundan dolayı hastaların ölüm kaygısı puanının orta düzeye yakın olduğunu söyleyebiliriz. Bayrak ve arkadaşları (2019) ve (Yılmaz ve Ergun, 2010) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda ölüm kaygısını orta düzeyde bulmuşlardır. Şahan ve ark. (2018) Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığını saptamıştır. Sears ve ark. (2008) ise kardiyak defibrilatör takılan ve kalp yetmezliği olan hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin, kardiyak defibrilatör takılı olmayıp sadece kalp yetmezliği olanlara göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunduğu görülmektedir.

Kalp hastalığı olan bireylerin sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadığı, emosyonel, fiziksel durumlarının ve işlevlerinin önemli düzeyde olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Carels vd., 2004, Durna ve Akın 2006). Ayrıca bireylerin yoğun bakım ünitesinde yatıyor olmaları, bulundukları ortam, bağımlı olmaları, belirsizler ve hastalığın seyri gibi nedenlerden dolayı ruhsal ve manevi olarak kendilerini iyi hissetmeyebilirler. Aynı zamanda yoğun bakım ünitesinden yatan hastalar ölüm riski yüksek bir hastalık olarak algırlarlar. Tüm bunlar bireyin ölüm kaygısı yaşamasına neden olur. Bu nedenle bireyin yoğun bakım ünitelerinde bütüncül olarak ele alınması ve manevi bakım gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Hastaların ölüm kaygısı yaşamaları günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz etkiler veya düşürür. Hemşireler hastanın kendini güçlü hissetmesine, hastalıkla baş etme stratejileri geliştirmesine ve bu stratejileri uygulamasına destek olarak yaşam kalitesini artırmaya yardım etmelidirler (Yılmaz ve Okyay, 2009; Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Kadın hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları erkek hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde (Yılmaz, 2011; Köstek, 2015; Suhail ve Arkam, 2002; İnce, 2011; Nal, 2015; Madnawat ve Kachhawa, 2007) kadınların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum kadınların duygularını daha rahat açıklarken, erkeklerin duygusal tepkilerini bastırma eğiliminde olmaları özellikle ataerkil toplumlarda kaygılarını gizlemelerinden dolayı ölüm kaygılarının düşük olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın aksine literatürde cinsiyetin ölüm kaygısını etkilemediğini belirten çalışmalarda yer almaktadır (Bayrak vd., 2019; DePaola vd., 2003; Öztürk vd., 2011; Şahan vd., 2018).

Erkek egemen toplumlarda, toplumsal algı ve öğrenilmiş davranış olarak, erkeklerin korku ve kaygılarını yok saymaları ve her zaman güçlü olmaları beklenmiştir. Bu sebepten dolayı erkeklerin ölüm kaygısı oranının, kadınlara oranla düşük çıktığı düşünülmektedir. Buna karşın, kadınların erkeklere oranla daha duygusal bir yapıda olmaları ve duygularını daha açık ifade edebilmeleri, ölüm kaygısı oranının yüksek olma sebebi olarak da açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların evli grubunda yer alan hastaların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının, bekar grubunda yer alan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır (Tablo 4.9). Bu çalışmanın aksine literatürde yapılan bazı çalışmalarda (Bayrak vd., 2019; Kaloğlu 2010; Köstek 2015; Öztürk vd., 2011; Şahan vd., 2018) medeni durumun ölüm kaygısını etkilemediği belirlenmiştir. Bazı farklı çalışmalarda da (Turgay, 2003; Erdoğan vd., 2007) evli bireylerin bekar bireylere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal bir varlık olarak yaşamını sürdüren insanın, kişilerle toplumsal ilişkiler kurma gereksinimi ve ölüm gerçeği gibi zorlanılan yaşam olayları ile baş etmek için, ailesinden ve eşinden olumlu desteğe ihtiyaç hissedebilmektedir (Ertufan, 2008). Evli hasta grubunun bekar hasta grubuna göre ölüm kaygılarının düşük olmasının sebebi; kişinin eş ve çocukları sayesinde neslini devam ettirdiğinin farkında olması veya onlardan aldığı sosyal destek, paylaşım ve kendilerini izole etmemeleri ile ilgili olabilir.

Araştırmada hastaların mesleğe göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ev hanımı grubunda yer alan hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Literatürde (Magrebi, 2019; Köstek, 2015; Üstüner Top vd., 2010) ölüm kaygısı ile meslekler arasında bir ilişki olmadığı belirten çalışmalar yer almaktadır. Bireyin herhangi bir işte çalışması daha aktif ve sosyal olmasını sağlar ve psikososyal olarak kendini daha iyi hissetmesine neden olabilir. Psikososyal olarak kendini iyi hisseden bireylerde kendini daha iyi tanır, problemleri çözümüyle yeteneği artar ve olaylara farklı açılardan bakabilir. Dolayısıyla bu bireyler ölümdede yaşam gibi normal bir süreç olarak kabul edebilirler buda ölüm kaygılarını azaltabilir.

Yalnız yaşayan hastaların ölüm kaygısı puan ortalamalarının, geniş ve çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Çalışmanın bir diğer bulgusunda da hastane dışı ailesinden destek alan hastaların ölüm kaygısı puanı arkadaş

veya komşusundan destek alan hasta grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Aile ile birlikte yaşama duygusu, problemler karşısında birlikte mücadele yapılması, yalnızlık duygusunu hissetmemek ve acil durumlar karşısında yanında birilerinin olduğu bilmek bireylerin ölüm kaygısını azaltmada etkili olmuş olabilir.

Mevcut sağlık algısını iyi olarak değerlendiren hastaların ölüm kaygısı puan ortalamaları, orta ve kötü olarak değerlendiren hastaların ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Bireyin kendi sağlık durumunu iyi olarak algılaması; bireyi psikolojik ve manevi olarak rahatlatarak, stresini azaltacak, hastalığına ilişkin olumlu düşünmesine ve ölüme ilişkin daha az kaygı yaşamasına neden olacaktır.

Hastalığı ile ilgili endişe yaşayan ve hastalığından dolayı umutsuzluğa düşen hastaların puan ortalamaları, endişe yaşamayanlara ve umutsuzluğa düşmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10) (Tablo 4.11). Bayrak ve arkadaşlarının kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada, New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflamasına göre evre 4'teki hastaların ve ölümü endişe uyandıran bir kavram olarak gören hastaların ölüm kaygısı yüksek olarak bulmuşlardır (2019). Yine bir başka çalışmada (Fleet ve Beitman 1998), kalp hastalığı olan bireyler kalp krizi geçirmekten korktuklarını ve bu kalp krizi geçirme düşüncesinin onlara ölüm korkusu ve kaygısı yaşattığını ifade etmiştir. Ayrıca literatürde (Baydoğan ve Dağ, 2008; Güçlü, 2018) kronik hastalığa sahip bireylerin ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kalp hastalığına sahip bireyler diğer hastalıklara göre daha fazla kaygı, endişe, anksiyete, depresyon, korku, umutsuzluk ve terk edilme gibi duygular yaşarlar. Yoğun bakım ünitesindeki kalp hastalarının umutsuzluğa düşmeleri, stres yaşamaları ve endişe yaşamaları hastalıklarının klinik seyrini ve tedaviye uyumlarını etkiler ve prognozlarının kötüleşmesine neden olur (Piepoli vd., 2016). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda hastalığın seyri, bireyin ölüme yüklediği anlam, önceki deneyimleri, bakacak kişi problemi, tedavisi, maliyeti, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi durumlardan dolayı endişe duymalarının ölüm kaygısını arttırdığı söylenebilir. Bu nedenle bu hastalarda ölüm kaygısına neden olabilecek faktörlerin öncelikli olarak belirlenmesi ve erken tedaviye başlanması bu hastalarda oluşabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde oldukça önemlidir. Bu bağlamda yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ekip işbirliği içinde çok yönlü değerlendirilmesi gerekir.

Ölümcül hastalığın kendine söylenmesini isteyen hastaların ölüm kaygısı puan ortalamalarının, söylenmesini istemeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Ölümcül hastalığının bilinmesinin bireyde ölüm kaygısı yaratması beklendik bir bulgudur. Bireyin öleceğini bilmesi ölüm kaygısı oluşturur. Bireyin, ölüme yakın deneyim yaşaması sonucu, artan ölüm kaygısına, kaçtığı bu gerçekle yüzleşmesinin sebep olduğu düşünülebilir. Öleceğini bilerek yaşayan tek canlı türü insanoğludur. Bildiği bu gerçeği kimi zaman yok sayarak, kimi zaman, sadece başkalarının başına gelebilecek bir durum olarak düşünüp, öteleyerek yaşamını devam ettirir. İnsan yaşamının kaçınılmaz sonu olan ölüm, varoluşsal sorunların en başında gelir ve kişilerde büyük bir kaygı yaratır. Ölüm kaygısı arka planda her zaman varlığını hissettirerek yaşantımız üzerinde önemli bir rol oynar (Yalom, 2013). Literatür incelendiğinde (Karahisar, 2006; Okur, 2017) ölümcül bir hastalığı olması durumunda, bireylerin doğruyu öğrenmek istediği belirtilmiştir. Benzer şekilde Dougherty ve arkadaşlarının (2008) kanser hastalarında yaptıkları araştırmada ölüm kaygısı ve yadsıma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmüştür.

Çalışmada hastaların MİÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.12). Barış alt ölçeği ile ölüm kaygısı ölçeği arasında negatif yönlü zayıf ilişki görülmüştür. Bu bulgu bireyin manevi iyilik hali ölçeğinden barış alt boyutu puanı attıkça hastaların ölüm kaygısının azaldığını göstermektedir. Bu ilişki, bireyin kendini huzurlu hissetmesinin, iç huzurunun, duygusal rahatlığının ve uyumunun ölüm kaygısını azalttığını belirtmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yatan kalp hastalarının ölüm kaygısıyla başedebilmesinde, hastalığa ve tedaviye uyum sürecinde kendiyile barışık olması ve manevi yönü oldukça önemlidir (Cimete, 2002).

Maneviyat bireylerin tedavi, hastalık ve iyileşme sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle kalp hastalarında hastalıktan ve ölüm korkusundan kaynaklanan manevi sıkıntıyla başedilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanması için başta hemşireler olmak üzere tüm ekibin bu konuya duyarlı olması, bireyin manevi ihtiyaçlarını karşılamak için yapılacak uygulamalar konusunda farkındalıklarının olması hastalara manevi destek verebilmeleri açısından çok önemlidir. Bu bağlamda hastayla uzun süre vakit geçiren hemşirelerin bakıma odaklanmaları hemşirelik uygulamalarının içine manevi bakımı katmaları gerekir. Manevi bakım hastalarda farkındalık, öz bakım, mutluluk, dikkat, rehberlik ve sevgi duygularını harekete geçirerek kendilerini iyi hissetmelerine ve

yaşamdan doyum olmalarına neden olacaktır. Hastadaki manevi sıkıntı belirtilerini değerlendirmelidir. Hastanın yanında oturmak, sessiz olmak, şefkatli yaklaşmak, onunla ilgilenmek, empati yapmak, aktif olarak hastayı dinlemek ve terapötik dokunmak gibi hemşirelik uygulamaları ile hasta manevi yönden ele alınmalıdır (Chandramohan ve Bhagwan, 2016; Özdemir, 2015; Sülü ve Uğurlu, 2014).

Sağlık bakım sistemi içerisinde çok ele alınmayan ve atlanan manevi iyilik durumun da hastalarda değerlendirilmesi gerekir. Yoğun bakım ünitesinde yatan kalp hastalarında başta ölüm kaygısı olmak üzere yaşanan sorunlar bireyin yaşam kalitesini ve manevi iyilik halini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kalp hastalarının tedavisinde yaşam kalitesi ve manevi iyilik halleri de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastaların desteklenmesi önemlidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu bölümde koroner yoğun bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiştir.

1. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalamalarının $59,15 \pm 12,70$, klinikte yattığı süre ortalaması ise $2,23 \pm 1,23$ olup %32,9'unun kadın ve %67,1'inin erkek olduğu hastaların %83,3'ünün evli ve %16,7'sinin bekar oldukları belirlenmiştir. Hastaların %46,4'ünün ilköğretim mezunu ve %33,3'ünün ortaokul-lise mezunu olduğu %34,7'sinin çalıştığı ve %65,3'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %38,7'sinin emekli, %27'sinin ev hanımı, %34,7'sinin çalışan olduğu ve %73,9'unun sosyoekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %41,9'unun sigara ve %82'sinin alkol almadığı saptanmıştır. Hastaların %57,7'sinin kronik hastalığa sahip, %71,6'sının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu, %50,9'unun mevcut sağlık durumunu orta algıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

2. Araştırmamıza katılan hastaların %66,7'sinin hastalığından dolayı umutsuzluğa düşmediği, %90,1'inin hastane dışı destek aldığı saptanmıştır. Hastaların %22,5'inin manevi bakımı duyduğu, %30,9'unun manevi bakımı arkadaşından duyduğu, %36,3'ünün ailesinden duyduğu, %32,7'sinin sosyal medyadan duyduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %83,8'inin manevi bakımının gerekliliğine inandığı, %57,2'sinin manevi desteğe ihtiyaç duyduğu, %53,6'sının hastanesinin manevi hizmetini yeterli bulduğu, %92,8'inin günlük yaşamda dini inancın önemli olduğu, %50,9'unun kendi maneviyat durumunu orta olarak gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4.2).

3. Araştırmaya katılan hastaların %63,1'inin hastalığıyla ilgili endişe etmediği, %74,8'inin ölümcül hastalığı kendisine söylenmesini istediği, %75,7'sinin sevdiği kişinin kaybını yaşadığı, %43,8'inin kayıp karşısında baş etme yöntemi olarak aile desteği aldığı, %24,9'unun maneviyata yöneldiği, %14,6'sının yakın biri ile konuştuğu görülmüştür. Hastaların %68,9'unun ölümü kader olarak ifade ettiği, %7,2'sinin olağan bir durum olarak, %5,4'ünün korkunç bir olay olarak, %6,8'inin son olarak, %11,7'sinin yeni bir yaşam olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.3).

4. Araştırmaya katılan hastalarda anlam alt boyut puanının ortalaması $11,59 \pm 2,75$, barış alt boyut puanının ortalaması $11,09 \pm 2,36$, inanç alt boyut puanının ortalaması $12,68 \pm 2,75$, manevi iyilik ölçeği toplam puan ortalamasının $35,36 \pm 6,29$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

5. Araştırmaya katılan hastaların manevi iyilik ölçeği genel toplam, anlam ve barış alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, aile tipi, sigara kullanma durumu, kronik hastalık durumu, kişilik yapısı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve sağlık durumunu değerlendirmesine göre istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.5).

6. Araştırmaya katılan hastalarda hastane dışı destek alan, manevi bakım konusunu duyan, kendi maneviyatını tanımlayan, günlük yaşamda dini inancın önemli olduğunu düşünen hastalarda MİÖ genel toplam, anlam ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.6).

7. Araştırmamıza katılan hastalarda ölümcül hastalığın kendisine söylenmesini isteyen, sevdiği kişinin kaybını yaşayan hastaların MİÖ genel toplam, anlam ve inanç alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.7).

8. Araştırmaya katılan hastalarda ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının $6,94 \pm 3,64$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

9. Araştırmaya katılan hastaların, cinsiyet, medeni durum, meslek, aile tipi ve mevcut sağlık durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.9).

10. Araştırmamıza katılan hastalarda, hastalığından dolayı umutsuzlağa düşen ve hastane dışı destek alan hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.10).

11. Araştırmaya katılan hastalarda, hastalığıyla ilgili endişe eden, ölümcül hastalığın kendine söylenmesini isteyen, kalp hastalığında umutsuzluğa düşen hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 4.11).

12. Hastaların anlam ve MİÖ puanı arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönde ilişki görülürken ($r=0,797$), barış ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0,159$). Barış ve MİÖ arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönlü ilişki görülürken ($r=0,838$), barış ve anlam alt ölçeği puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişkiler saptanmıştır ($r=0,562$). Hastaların inanç ve MİÖ arasında anlamlı, kuvvetli düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=0,773$), inanç ve anlam alt ölçeği puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki ($r=0,342$), inanç ve barış alt ölçeği puanı arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,498$, Tablo 4.12).

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

Hemşirelerin lisans eğitimi sürecinde manevi bakımın konusunda farkındalıklarının artırılmasına yönelik olarak vaka analiz örnekleri gibi farklı eğitim yöntemlerinin kullanılması,

Hastaların ölüm kaygısını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması,

Ölüm kaygısını olumlu yönde etkilediği görülen manevi iyilik halinin ölüm kaygısını azaltmada bir strateji olarak kullanılması

Hastaların manevi iyilik halinin ölüm kaygısı üzerine etkili olduğu ile ilgili hizmet içi eğitimler verilerek hemşirelerin farkındalığının artırılması,

Türkiye genelinde koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik düzeyinin ve ölüm kaygısını inceleyen daha kapsamlı nitel ve deneysel çalışmalar yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Acar, H. (2014). Manevi iyi oluş ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 18:391-412.

Adsay, E., & Dedeli, Ö. (2015). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg*, 6(3), 90-7.

Akbulut N. (2006). Akut Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi ve Trombosit Sayısının Değerlendirilmesi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlı Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Yaylacı).

Akça, F., Köse, Aİ. (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 11:(1) 7-16.

Aktürk, Ummuhan., Erci, B., ve Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the spiritual well-being scale. *Palliative and Supportive Care*, 15, 684–692.

Alarmi, S. (2012). Knowledge of the Residents at King Abdul-Aziz University Hospital (KAAUH) About Palliative Care. *Journal of Family and Community Medicine*, 19 (3), 194-197.

Alpar, A. (2013). Kùltürler Arası Manevi Konular. İçinde: Çağdaş Hemşirelikte Etik, Alpar A, Bahçeçik N, Karabacak Ü, (Çeviri editörleri). *Ethics in Contemporary Nursing*, Burkhardt MA, Nathaniel AK. 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık:440-463.

Amirmohamadi, M., Borhani, F., Kiani, M., Almasi Hashiani, A., ve Naghavi, B. (2017). The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *J Family Med*, 15, 129-96.

Arslan, D., Akca, N. K., Simsek, N. ve Zorba, P. (2014). Student nurses' attitudes toward dying patients in central Anatolia [Orta Anadolu'da ölen hastalara yönelik öğrenci hemşirelerinin tutumları]. *International journal of nursing knowledge*, 25(3), 183-188.

Aşiret, G. D., & Okatan, C. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri İle Spirütüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 122-128.

Ata, G. (2018). Onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisi. (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Atabek, Aştı, T., Karadağ, A. (2013). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 2. İstanbul, Akademi Basın Yayıncılık:1134-1144.

Ay, S., Gündüz, T., Özyurt, B. C., Çoban, A., ve Piskin, A. A. (2019). The psychometric properties of the Turkish version of the Spiritual Well- Being Scale (FACIT-Sp-12) in older adults living in nursing homes. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19 (Suppl.2), 22-28. doi: 10.5455/apd.5670.

Ayed, A. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. Journal of Education and Practice, 6 (4), 91-94.

Aydın, M. (1999). Din Felsefesi. 7. Baskı. Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, İzmir, s: 20.

Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., Gigini, İ. (2010). Death and Dying Anxiety Among Eldery Arab Muslims in İsrail Death Studies 34:351-364.

Babadağ, B. (2014). Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki. (yüksek lisans tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir.

Badır, A. (2004). Uluslararası Öneriler Işığında Yoğun Bakım Hemşireliği'nin Türkiye' Deki Durumu, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 8(2):83-88.

Bag, B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi, 27 (3), 142-149.

Bahçecik, N., Kutlu-Koca, A. (2004). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 8(2):55-60.

Bai, M., ve Lazenby, M.A. (2015). Systematic review of associations between spiritual wellbeing and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer.

Baldacchino, D. (2008). Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. Nurse Education Today, 28: 550-562.

Ballew, S. H., Hannum, S. M., Gaines, J. M., Marx, K. A., & Parrish, J. M. (2012). The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 51(4), 1386-1396.

Bassett, J.F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies*. 31(8): p. 727-750.

Baydoğan, M. ve Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 19-28.

Bayrak, B., Oğuz, S., Karabulut, Z., Çelik S., Kodak, C. (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarında Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23):97–104.

Bektaş, S. (2021). Palyatif bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki (Yüksek lisan tezi) Bozok Üniversitesi, Yozgat.

Best, AL., Alcaraz, KI. (2015). Examining the mediating role of cancer-related problems on spirituality and self-rated health among african america cancer survivors: a report from the american cancer society's studies of cancer survivors-II, *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 24:1051-59.

Bostancı, Daştan, N., Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım / The Effects Of Spirituality in Breast Cancer Patients and Spiritual Care. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*3(1);73-78.

Boswell, C., Cannon S, Miller J. (2013). Students' perceptions of holistic nursing care. *Nursing Education Perspectives*, 34: 329-333.

Bölüktaş, R. (2018). Palyatif bakım hastalarında manevi bakım. çekmece izü sosyal bilimler dergisi, Cilt 6: Sayı:13: 51- 72.

Bradley, R., Schwartz, A., Kaslow, N. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income African women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviour: Self-esteem, social support and religious coping.. *Journal of Trauma Stress*, 18: 685-696.

Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.

Braunwald, E., Bonow, R., Mann, D., Zipes, D., Libby, P. (2012). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Vol 1. E Braunwald R Bonow Mann Zipes P Libby Ed Phila USA ELSEVIER Saunders.

Breitbart, W. (2010). Physician-assisted suicide ruling in Montana: struggling with care of the dying, responsibility, and freedom in Big Sky Country. *Palliative & supportive care*, 8(1), 1-6.

Bulechek, GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. (2017). Nursing Interventions Classification (NIC). Çeviri: Erdemir F, Kav S, Yılmaz AA, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması. 6. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: 507.

Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E.C., ve Vieira, M. (2017). Spiritual wellbeing and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis. *J Relig Health*, 7, 1-14.

Carels, RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Perez- Benitez CI, Christie SO, Brien W. (2004). Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients: a within-individual approach. *J Psychosom Res*, Jan; 56(1): 95-101.

Carpenito-Moyet LJ. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çev: F Erdemir), Nobel Tıp Kitabevleri, 365-70.

Ceylan, Y. (2010). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van.

Chandramohan, S., & Bhagwan R. (2016). Utilization of Spirituality and Spiritual Care in Nursing Practice in Public Hospitals in KwaZulu-Natal. *South Africa. Religions*, 7, 23.

Charr EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study, *Supportive Care in Cancer*, 26: 2581– 90.

- Cimete, G. (2002). Yaşam sonu bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cirhinlioğlu, F. G. (2010). Dini yönelimler ve önyargı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7 (1):1366-1384.
- Cirhinlioğlu, F. G. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Utanç Eğilimi, Dini Yönelimler, Benlik Kurguları ve Psikolojik İyi Hali Arasındaki İlişkiler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Clark, C. C., Hunter, Jennifer. (2018). Spirituality, Spiritual Well-Being, and Spiritual Coping in Advanced Heart Failure.
- Coban, Gİ, Sirin M, Yurttaş A. (2015). Reliability and validity of the spiritual care-giving scale in a Turkish Population. Journal Relig Health.
- Corcoran, K., & Fischer, J. (1987). Measures for clinical practice: A sourcebook. New York: The Free Press.
- Council, NM. (2010). Standards for pre-registration nursing education. Nursing Midwifery Council, London.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between sprituality and health. J Adv Nurs, 37 (6), 589-597.
- Çelik, A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1: 1-12.
- Çelik, İnce S, Utaş Akhan L. (2016). Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma;13(3):202-208.
- Çelik, S (2014). Hasta Kabulü ve Taburculuğu. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı (Ed: Çelik, S). İstanbul, 1–7.
- Çetinkaya, B, Altundağ S, Azak A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8: 47-50.
- Çevik, B. (2010). Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *JAREN: Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 37-42.
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Kanseri hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4).
- Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Owayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.
- Dalcalı, B. K., Durgun, H., & Şeyda, C. A. N. (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 536-553.
- Dağlı, N.E. (2010). Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü KÖSTEK Konya.
- Dedeli, Ö., ve Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 21(2), 45-53.
- Demirtepe, D., & Bozo, Ö. (2009). Bakıcı İyilik Ölçeği'nin uyarılma, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23), 28-37.
- DePaola, SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*; 27:335–354.
- Doğan, S. (2018). Kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi). Kafkas üniversitesi. Kars.
- Doğu Kökçü, Ö, Kutlu Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 36 (1):53-59.
- Durbin Jr, C. G. (2006). Team model: advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 34 (3), S12-S17.
- Durmaz Akyol, A. (2017). Yoğun bakım ünitelerinin planlanması ve sınıflandırılması. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, Inc. 1. İstanbul, Türkiye.

Durna, Z., Akın S. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (2): 3-5.

Eğlence, R, Şimşek N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5: 48-53.

Eke, S. (2003). Farklı Mesleklerde Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.

Ellison, C.W. (1983). Spiritualwell-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology, 11 (4): 330-340.

Eray, A., Ateş, E., & Set, T. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye aile hekimliği dergisi*, 22 (1): 12-19.

Ercan F, Körpe G, Demir S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Gazi Medical Journal; 29 (1): 17-22.

Erdemir, F. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri: 82-93.

Erdoğan, T. (2019). Onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki (yüksek lisans tezi) On dokuz Mayıs Üniversitesi Samsun.

Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N. (2015). Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Kitabevi. 2 Baskı.

Erdoğan, M. Y., & Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14: 171-179.

Erdoğan, M. Y. (2008). Predicting death anxiety by psychological dispositions of individuals from different religions. Erciyes Medical Journal, 30(2), 84-91.

Ergül, Ş, Bayık A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 37-45.

Ergül Ş. (2010). Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramları Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26:65-75.

Ertufan, H. (2008). Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Esen, D. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 4(1-2): p. 67-79.

Eski S., Fesci H. (2002). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4 (1): 15-27.

Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. (2014). Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. Iran Red Crescent Med J.; 16 (7): 1-7.

Eti Aslan F. (2014). Ağrı Doğası ve Kontrolü, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.

Eyüboğlu Ö. S. (2009). Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Maltepe Üniversitesi.

Farrel ME, Joseph DH, Schwartz- Barkot D (2005). Visiting hours in ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. Nursing Forum, 40 (1): 18- 28.

Fleet RP, Beitman BD (1998). Cardiovascular death from panic disorder and panic-like anxiety: a critical review of the literature. Journal of Psychosomatic Research, 44 (1): 71-80.

Freud, S. (1992). Endişe. Ed. Çeviren: Özcengiz L, Dergah Yayınları, İstanbul.

Frost, MH, Novotny PJ, Johnson ME, Clark MM, Sloan JA, Yang P. (2013). Spiritual wellbeing in lung cancer survivors. Support Care Cancer, 21: 1939-1946.

Gaziano, T. A., Bitton, A., Anand, S., Abrahams-Gessel, S., Murphy, A. (2010). Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. *Current problems in cardiology*, 35(2): 72-115.

Geçtan, E. (1997). Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul, Remzi Kitabevi.

Gedik, Z. (2007). Ölüm Kaygısı ve Kendini Gerçekleştirme. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi.

Gerald. (2005). Theory and Practice of Counseling end Psychoterapy. Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları. Mentis, 7.Baskı, Sağlam A, Mentis Yayıncılık, Ankara: 149-163.

Görpe, U. (2002). İlerigelen B.: Ateroskleroz el kitabı. S.89-90 Ateroskleroz Derneği Yayınları, İstanbul.

Greenberg, J. et al. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. Journal of personality and social psychology. 67(4): p. 627.

Güçlü H. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeyleri, yüksek lisans tezi, Bozok Üniversitesi, Yozgat.

Gültekin A. (2018). Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki, yüksek lisans tezi, İnönü üniveristesi, Malatya.

Hager DN, Chandrashekar P, Bradsher RW, Abdel-Halim AM, Chatterjee S, Sawyer M. (2017). Intermediate care to intensive care triage: A quality improvement project to reduce mortality.J Crit Care. 2017; 42: 282-8. doi: 10.1016/ j.jcrc.2017.08.002. Epub 2017 Aug 3.

Hallaç, S., Öz, F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(4): 595-610.

Hatipoğlu S. (2002). Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri, Gülhane Tıp Dergisi, 44: 4.

Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. (1995). Manevi sağlığın gözden geçirilmesi: sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde tanım, rol ve müdahale stratejileri. American Journal of Health Promotion; 9(5):371-378.

Heidegger, M. (2004). Varlık ve Zaman. Ed. Çeviren: Aziz Yardımlı, İdea Yayınları, İstanbul.

Hiçdurmaz, D., & Fatma, O. Z. (2013). Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1): 50-56.

Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Jr., Mccullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. journal for the theory of social behaviour, 30, 51-77.

Horney, K. (1980). Çağımızın Tedirgin İnsanı, Çev. Ayda Yörükan, İstanbul: Tur Yayınları.

Hökelekli, H. (1992). Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma I. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 4(1).

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.

Hui, V.K.-Y., M.H. Bond, and T.S.W. Ng. (2007). General beliefs about the world as defensive mechanisms against death anxiety. Omega-Journal of Death and Dying. 54 (3): 199-214.

Hutchison, J. F. S. W. (1997). Elder and wiser women: the relationship of spirituality, personality, and emotional health to wisdom in octogenarian and nonagenarian women. Loyola College in Maryland.

Hutchison MG. (1997). Healing The Whole Person: The Spiritual Dimension of Holistic Care. LearnWell Institute, Inc, a California nonprofit public benefit corporation.

International Council of Nurses (ICN), (2010). Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. International Nurses Day 2010.

International Counsel of Nurses (ICN), (2015). <http://www.icn.ch/images/stories/fnRf>. 20.08.2015.

Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. (2009). Ölümle karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 28- 43.

İnce Z. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin ölüm kaygısının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi:8-42.

İnci F, Öz F (2009). Ölüm Eğitiminin Ölüm Kaygısı, Ölümle İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10: 253-260.

Jadidi A, Farahaninia M, Janmahamadi S, Haghani H. (2015). The Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life Among Elderly People. *Holistic Nursing Practice*.

Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC ve Desanctis, RW. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 160: 1913-21.

Jim H, Pustejovsky J, Park C, Danhauer S, Sherman A, Fitchett G, Merluzzi T, Munoz A, Snyder M, Salsman J. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*.1-9.

Joanna Briggs Institute (JBI). (2009). Nurse-led intervention to reduce cardiac risk factors in adults. *Best Practice*; 13(5): 1-4.

Johnson KS, Tulsky 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.

Juall Carpenito, L. (2010). Hemşirelik tanıları el kitabı Çeviren: F. Erdemir, Ed. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 63-66,481-486.

Junior , Silva LF S. (2018). The perception of the patient on the unit of intensive therapy: literature review. *journal of physiotherapy research*; 2(1:4): 1-6.

Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karaahmetoğlu G, Esen D. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*; 4(1-2): 67-79.

Kalaoğlu Öztürk Z. (2010). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*. Adana; 2-13.

Kapucu, S., Ahyar, İ. ve Korkmaz, F. (2018). Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. J. M. Wilkinson ve L. Barcus, Ed. 11. basım Ankara: Pelikan Yayınevi; p: 226-235.

Karadakovan A, Eti Aslan F. (2009). Dâhili-Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, İzmir, 105-120.

Karagül, A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar Dergisi*; 15(40):5-27

Karahisar, F (2006). Ölümcul hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal); 21(1): 42-79.

Kastenbaum, R., Aisenberg R. (1972). The Psychology of Death. New York: Springer Publishing Company.

Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş S. (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3: 21-24.

Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi; 51: 168-173.

Kavas E, Kavas N. (2015). Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. Electronic Turkish Studies;10 (14): 449-460.

Kızıllırmak, Ö. (2015). Genç Yetişkinlerde Yaşamda Anlamanın Maneviyat ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.

Koç M. (2002). Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 6:7-20. [Elektronik Dergi]. http://www.if.sakarya.edu.tr/dergi/dergi_6/01MustafaKOC.pdf.

Koestenbaum P. (1998). Ölüme Yanıt Var mı? Çeviren: Akgünlü Y., Mavi Okyanus Yayıncılık, İstanbul.

Koopsen, C., & Young, C. (2009). Integrative health: A holistic approach for health professionals. Jones & Bartlett Learning.

Kostak, M. A. (2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 105-115.

Koytak N.S. (2008). 7-11 Yaş Grubundaki Çocuklarda Ölüm Kavramı ve Ölüm Kaygısının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışmanlar: Doç. Dr. Behiye Alyanak, Doç. Dr. Pınar Ünsal).

- Köknel, Ö. (1998). Korkular takıntılar saplantılar. İstanbul: Altın Kitaplar, 1998 41.
- Köksal, İ, Çakar, N, Arman, D (2005). Yoğun Bakım İnfenisyonları. Bilimsel Tıp Yayınları, İstanbul; 120.
- Köktürk Dalcalı, B., Durgun, H., Can, Ş. (2021). Onkoloji Biriminde Tedavi Alan Hastaların Manevi İyi Oluşları ve Yaşam Kaliteleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 536- 553.
- Köroğlu, E (2010). Terapi Yeni Bir Yaşam Felsefesi. Birinci Baskı. HYB Yayınları, No.9753001847, Ankara.
- Köroğlu, E, Türkçapar H (2009). Psikoterapi yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yöntemleri. İkinci Baskı. HYB Yayınları, No.9789753001694, Ankara; 77-78.
- Köstek G. (2015). Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi yüksek lisans tezi İstanbul Medipol Üniversitesi İstanbul.
- Köylü, M. (2011). Kuran’da Ruh Sağlığı. *OMÜ. İlahiyat Fakültesi Dergisi*; 31, 5-37.
- Kretchy, I. Owusu-Daaku F. Samuel Danquah. (2013). Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients *Biopsychosoc Med*; 7:15.
- Kurçer, MA, Özbay A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 1:107-13.
- Kurt, H., Geçkil E. (2016). Çocuk hemşireliğinde manevi bakım. *E-sağlık Dergisi*, 4(13): 22-28.
- Lehto RH., Stein KF. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 1(23):23-26 [Elektronik Dergi].<http://www.docstoc.com/docs/42967131>.
- Lewis S, Salins N, Rao MR, Kadam A. (2014). Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther*, 10:676-680.
- Lundbergand PC, Kerdonfag P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 1121-28.

Madnawat AVS, Kachhawa P.S. (2007). Age, gender, and living circumstances: discriminating older adults on Death Anxiety. *Death Studies*; 31(8): 761-9.

Magrebi T. (2019). Huzurevinde kalan yaşlıların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin incelenmesi yüksek lisans tezi Selçuk Üniversitesi Konya.

Malta Code of Ethics. (1997). Maltese Code of Ethics for Nurses and Midwives. Nursing and Midwifery Board. Department of Health, Malta.

Marwit, S. J., Chibnall, J. T., Dougherty, R., Jenkins, C., & Shawgo, J. (2008). Assessing pre-death grief in cancer caregivers using the Marwit–Meuser Caregiver Grief Inventory (MM-CGI). *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(3): 300-303.

McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. (2008). Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Rheum*; 59(1): 122-128.

McSherry W, Draper P. (1997). The spiritual dimension: why the absence within nursing curricula? *Nurse Educ Today*, 17: 413-417.

McSherry W, Jamieson S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 1757-1767.

McSherry W, Watson R. (2002). Spirituality in nursing care: evidence of a gap between theory and practice. *J Clin Nurse*, 11: 843-844.

Mcsherry, W. (2000). Education Issues Surrounding The Teaching of Spirituality. *Nurs Stand*, 14: 40-43.

Mikulincer, M. and V. Florian, (1995). Stress, coping, and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies*. 19(5): 413-431.

Murray, S.A., Kendall, M., Worth, A., Benton, T.F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.

Musarezaie A, Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T. (2014). Does spiritual care program affect levels of depression in patients with Leukemia? A randomized clinical trial. *J Educ Health Promot*; 3(96): 1-6.

Nal B. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlılarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişki, yüksek lisans tezi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun.

Nia, H.S., Lehto R., Ebadi A., Peyovi H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. International journal of community based nursing and midwifery. 4(1): p. 2.

Nuraini T, Andrijano A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. (2018). Spirituality-focused palliative care to improve indonesian breast cancer patient comfort, Indian J Palliat Care, 24: 196-201.

Ok, Ü. (1998). Din bilimleri araştırmalarında" Bakış Açıları" üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, (2), 485-498.

Okur E. (2017). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda ölüme ilişkin depresyon ve ölüm kaygısı, yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon.

Örsal Ö, Yenilmez Ç, Çelik N, Işıklı B. (2012). Huzurevinde ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki Türk Geriatri Dergisi; 15(3): 332-338.

Öner, H. (2012). Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi. (yüksek lisans tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.

Özdemir, K. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. E.A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Özdemir, L. (2015). Maneviyat, dini uygulamalar, inançlar ve değerler. (Karadakovan A, Çev. Ed.) *Yaşlı bakımı* içinde (s.186). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Özdoğan Ö. (2007). İsimsiz Hayatlar Manevi ve Psikolojik Yaklaşımla Arınma ve Öze Dönüş (1. Baskı), Lotus Yayınevi, Ankara; ss 255.

Özen, D. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine etkisi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özışık Eyüboğlu, S. (2009). Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki ilişkinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (danışman:Yrd.Dç.Dr. Nilgün Öngider).

Öztürk, Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana.

Öztürk Z., Karakuş, G. ve Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 37-43.

Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). Integrative themes in the current science of the psychology of religion. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 1, 3-20.

Park C. L, Cho D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 26:1293-1300.

Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels S, et al. (2013). American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update. A scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation*; 127(16):1730–1753.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*; 252:207–274.aday

Rabitti, E., Cavuto, S., Iani, L., Ottonelli, S., De Vincenzo, F., & Costantini, M. (2020). The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions?. *BMC palliative care*, 19(1): 1-8.

Rambod M, Şerif F, Molazem Z, Khair K. (2019). Spirituality experiences in hemophilia patients: a phenomenological study, *Journal of Religion and Health*, 58:992–1002.

Rafiei, H., Senmar, M., Yousefi, F., & Nemati, Z. (2021). Psychosocial Adjustment to Cardiovascular Diseases and Spiritual Well-Being in Iranian Patients. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(28): 75-80.

Reisner-Senelar, L. (2011). The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive care medicine*, 37(7): 1084-1086.

Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., ve Mesel, T. (2017). Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: A qualitative study. *Cancer Nurs*, 40, 209-216.

Ross, L., Austin, J. (2015). Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: Implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 23(1): 87-95.

Sağkal Midilli T, Kalkım A, Dağhan Ş. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları, *Journal of Human Sciences*, 14: 666-667.

Sağlık Bakanlığı, (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Erişim Adresi, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>.

Saraçoğlu AD. (2019). Dezavantajlı gruplar, psiko-sosyal ve manevi bakım. *APJIR*; 3(1): 89-93.

Sarıkaya, Y. (2013). Ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. GOP.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Baloğlu).

Sawatzky R, Pesut B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23: 19-33.

Sayar, G. (2019). Yoğun bakım ünitesi ekipmanları ile ilgili eğitimin hasta yakınlarının kaygı düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sears S.F., Vazquez L.D., Matchett M. ve ark. (2008). State of the art: anxiety management in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Stress and Health*, 24: 239-48.

Seyyar A. (2010). Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım, 2. Baskı. İstanbul, Rağmet Yayınları.

Seyyar, A. (2014). Dünyada ve Türkiye’de Manevî Bakım Hukuku. Sakarya Üniversitesi. <http://www.manevibakim.com>.

Sezen A, Temiz G, Güngör M. (2014). Yoğun bakım hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Shahrabaki, P. M., Nouhi, E., Kazemi, M., ve Ahmadi, F. (2017). Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. International journal of community based nursing and midwifery, 5(1), 38.

Sheppard VB, Walker R, Phillips W, Hudson V, Xu H, Cabling ML, He J, Sutton AL, Hamilton J. (2018). Spirituality in african-american breast cancer patients: implications for clinical and psychosocial care, Journal of Religion and Health, 57: 1918-30.

Strike PC, Steptoe A. (2005). Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique. Psychosomatic Med, 67: 179-186.

Suhail K, Arkam S (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. Death Studies 26(1): 39-50.

Sülü Uğurlu, E. (2014). Hemşirelikte manevi bakım uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 187-191.

Swinton, J., ve Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. Nurs Philos, 11 (4): 226- 237.

Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. The Egyptian Heart Journal; 70: 143–147.

Şenol C. (1989). Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölümüne İlişkin Kaygı ve Korkular. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

T.C.Sağlık Bakanlığı.Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi.<https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlarigenelgesi-200853.html>.10 Nisan 2019.

Taka F. (2010). Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

Tanhan F. (2007). Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Üstün Dökmen).

Tanhan F., Arı F. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(2): 34-43.

Taşan N. (2020). Kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi (yüksek lisans tezi) İnönü üniversitesi Malatya.

Taylor EJ. (2008). What is spiritual care in nursing? Findings from an exercise in content validity. *Holistic Nursing Practice*, 22: 154-159.

Tetik, S. S., & Tanrıverdi, B. (2017). Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 21(1): 1-9.

Timmins F, Neill F. (2013). Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. *Nurse Education Practice*, 13: 499-505.

Top Ü.F., Saraç A., Yaşar G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 13(1):14-22.

Torun, S., Kadioğlu, S., Öztunç, G. (2012). Orijinal araştırma-Original research Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 33-40.

Trotter R., Gallagher R., Donoghue J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart Lung*. 40(3): 185-92.

TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. (2010). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 6 (4). http://www.korhek.org/khb/khb_006_04-259.pdf.

Tuna A., Bektaş M., Orhan F., Ayran G., Çelik G. O. (2014). Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri, *Anatol J Clin Investig*; 8(2):77-81.

Turgay, G. (2010). Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. (yüksek lisans tezi), Başkent Üniversitesi, Ankara.

Turgay, M. (2003). Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Türk Yoğun Bakım Hemşirler Derneği (TYBHD). Yoğun Bakım Hemşirelik Yönetmeliği, (2011). <https://tybhd.org.tr/duyurular/yogun-bakim-hemsiresi-gorev-yetki-ve-sorumluluklari/>. Resmi Gazete Sayı : 27910 19 Nisan 2011.

Türkçe Sözlük, (2011). Türk Dil Kurumu Yayınları, Yazar: Kolektif.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>).

Uçar, A. Ve Arslan, S. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130.

Ulutaşdemir, N., Candaş, Z., Tuna, h., & Ertürk, İ. (2018). Geleceğin sağlık profesyonellerinin uygulamadaki yaşadıkları risklerin kaygı düzeyine etkisi (trabzon ili örneği)(effects of religious levels on the risks of health pro-fessionals in the future (sample of trabzon). *www.guvenplus.com.tr*, 47.

Unantenne N, Warren N, Canaway R, Manderson L. (2013). The strength to cope: Spirituality and faith in chronic disease. *J Relig Health*; 52(4): 1147-1161.

Usta Yeşilbalkan Ö. (2007). Yaşlı bireylerde ağrı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2): 131-144.

Uyer G. (1982). Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 4:8.

Uyer G. (1993). Hemşirelik ve yönetim. Ankara: Hürbilek Matbaacılık. s. 118-39.

Uzelli D., Karhan E.A. (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 22 (2): 120-128.

Üstüner Top F., Saraç A., Yaşar G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 14-22.

Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive care medicine*, 37(10): 1575-1587.

Verdiani, V., Ognibene, A., Rutili, M. S., Lombardo, C., Bacci, F., Terreni, A., Nozzoli, C. (2008). NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *Journal of cardiovascular medicine*, 9(7): 694-699.

Weil, M. H., & Tang, W. (2011). From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 183(11): 1451-1453.

Westlake, C., Dyo, M., Vollman, M., ve Heywood, J. T. (2008). Spirituality and suffering of patients with heart failure. *Progress in Palliative Care*, 16(5-6): 257-265.

Wahl, CW (1959). The Fear of Death. The meaning of Death (Ed: Feifel H). Blakiston Division, McGraw-Hill, NewYork, 25-26.

Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 17: 1121-1128.

WHO (2017). Cardiovascular diseases. Fact sheet Update May 2017-06-21.

Wong, K. F., Lee, L. Y., ve Lee, J. K. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*, 55(3): 333-340.

Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J. A. Holden, D. De Bacquer, T. Collier, G. De Backer, O. Faergeman, M. J. Buxton, I. Graham, A. Howard, S. Logstrup, H. McGee, M. Mioulet, K. Smith, David Thompson, T. Thomsen. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family based cardiovascular diseaseprevention programme (EUROACTION) forpatients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovasculardisease: a paired, cluster-randomisedcontrolledtrial. *Lancet*; 371(14): 1999-2012.

World Health Organization. (2009). Cardiovascular diseases, www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/index.html.

World Health Organization. (2019). Global Health Estimates: Deaths By Cause, Age, Sex, By Country And By Region, 2000-2019.

<https://www.who.int/Data/Gho/Data/Themes/Mortality-And-Global-HealthEstimates/Ghe-Leading-Causes-Of-Death> adresinden 03/04/2021 tarihinde erişilmiştir.

World Health Organization, Global status report on noncommunicable diseases 2014.

WorldHealthOrganization..Cardiovascular diseases factsheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> (17.02.2020) (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).

World Health Organization. (2009). *World health statistics 2009*. World Health Organization.

Wu L, Liao Y, Yeh D. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *The journal of Nursing Research*, 2012, 20: 219-227.

Yalom, I. D. (2006). *Din ve psikiyatri*. (Ö. Arıkan, Çev.). İstanbul: Merkez Kitapları.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Vol. 1: Basic books New York.

Yazıcı R. (1994). *Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yeşil P, Altıok M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk J Card Nur*, 3(3):39-48.

Yılmaz, E., Kutlu, A. K. ve Çeçen, D. (2008). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*; 25: 149-156.

Yılmaz, E. B., & Ergun, A. (2010). Kalp Yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(3): 1-10.

Yıldız M. (2001). Dindarlık ve ölüm kaygısı. *Tasavvufî yaklaşım ve günümüz*

Yılmaz, M., & Okyay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3): 41-52.

Yılmaz Z. (2011). *Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi*(yüksek lisans tezi) haliç üniversitesi İstanbul.

Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53) [Internet]. (2016).
Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerininstandartlarigenelgesi-2>.

Zengin N. (2017). Dünyada ve Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, Inc. 1. Baskı, İstanbul, Türkiye, s:3-9.



8. EKLER

EK 1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışma manevi iyilik halinizi ve ölüm kaygınızı belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla hazırlanmış aşağıdaki sorulara cevap vererek çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ediyoruz. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

3) Medeni durumunuz nedir? Evli () Bekar () Diğer ()

4) Eğitim durumunuz nedir? Okuryazar değil () İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite
Mezunu ()

5) Bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

6) Mesleğiniz nedir? Ev hanımı () İşçi () Memur ()
Serbest () İşsiz () Emekli () Öğrenci ()

7) Gelir düzeyinizi nasıl algıyorsunuz? Kötü () Orta () İyi ()

8) Uzun süre nerede yaşadınız? Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()

9) Aile tipiniz nedir? Çekirdek aile () Geniş aile () Diğer (.....)

10) Evde beraber yaşanan kişiler kimlerdir? Yalnız () Eş ve çocuk ()

Ebeveyn () Diğer (.....)

11) Sigara kullanıyor musunuz?Evet () Hayır () Bıraktım ()

12) Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()

13) Kronik hastalığınız var mı? Var () Belirtiniz..... Yok ()

14) Klinikteki yatış süresiniz nedir? (.....) gün

15) Daha önceden ameliyat oldunuz mu? Evet () Hayır ()

16) Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz? Evet () Hayır ()

17) Tıbbi tanınız nedir?:

18) Tıbbi tanınız ne zaman konuldu? (.....) ay / (.....) yıl önce konuldu.

19) Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir? NSAİD () Zayıf Opioidler () Kuvvetli Opioidler ()
()Antidepresanlar () Anksiyolitikler () Kas gevşeticiler () İmmüsupresifler ()

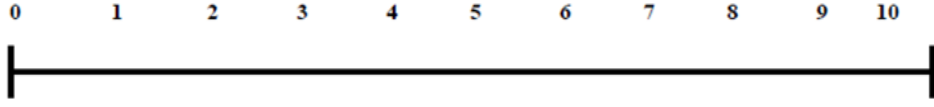
Diğer (.....)

20) Daha önce hastaneye yattınız mı? Evet () Hayır ()

21) Şu an ağrınız var mı? Var () Yok ()

(Cevabınız Yok ise 23. Soruya geçiniz)

22) Var ise şiddetini aşağıdaki skalaya göre numaralandırınız (.....)



Hiç ağrı yok

Çok şiddetli ağrı var

23) Ağrınızla baş etmede en çok kullandığınız yöntem nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Ağrı kesici alırım () | Dua ederim () | Yürüyüşe çıkarım () |
| Kendimi kötü hissederim () | Ağlarım () | Yatağıma uzanırım / uyurum () |
| Masaj uygulamam () | Müzik dinlerim () | Sıcak uygulama yaparım () |
| Hayal kurarım () | Soğuk uygulama yaparım () | Cildime mentol uygulamam () |
| Akupunktur yaparım () | Diğer (.....) | |

24) Hastalığınızla ilgili endişeleriniz var mı? () Evet () Hayır

25) Cevabınız evetse hangi konularda endişeleriniz var?

- () Tedavi () Maliyetler () Bakacak Kişiler () Yetersizlik Hissetme
() Ulaşım Problemleri Diğer (.....)

26) Ölümcül bir hastalığınız olsa bunun size söylenmesini istermiydiniz?

() Cevabınız evet ise neden ?

() Cevabınız hayır ise neden?

27) Bu zamana kadar sevdiğiniz bir kişinin kaybını yaşadınız mı? (Cevabınız HAYIR ise 28. Soruya geçiniz.)

() Evet () Hayır

28) Cevabınız evet ise yakınlık derecesi nedir?

- () Eş () Kardeş () Çocuk () Anne/baba () Arkadaş
() Diğer.....

29) Bu kayıp karşısında aşağıda yer alan baş etme davranışlarından hangisine / hangilerine yöneldiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Spor yaparak ()
yaparak ()

Kitap okuyarak ()

Meditasyon

Müzik dinleyerek () Maneviyata yönelerek ()
Kendinize yakın hissettiğiniz biri ile konuşarak ()
Aile desteği ile () Arkadaş desteği ile () Psikolojik destek
olarak ()
İlaç kullanarak () Diğer.....)

30) Sizce aşağıdakilerden hangisi ölümü en iyi ifade eder?

Kader () Rahatlık () Korkunç bir olay () Son () Yeni bir yaşam () Anlamsızlık ()
Olağan bir durum ()

31) Kendi kişilik yapınızı nasıl tanımlarsınız?

() Atılgan () Çekingen () Saldırgan () Diğer (Belirtiniz.....)

32) Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyiniz nasıldır?

Bağımlıyım () Yarı bağımlıyım () Bağımsızım ()

33) Mevcut sağlık algınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? Kötü () Orta () İyi ()

34) Kalp hastalığına sahip olmanız gelecek hakkında umutsuzluğa düşmenize neden oluyor mu?

Evet () Hayır ()

35) Size hastane dışında hastalığınız ile ilgili destek olan kişiler kimlerdir?

Aile () Arkadaş / komşu () Diğer (.....)

36) Manevi bakım konusunu hiç duydunuz mu? Evet () Hayır ()

(Cevabınız Hayır ise 38. Soruya geçiniz)

37) Cevabınız Evet ise nereden duyduğunuzu belirtiniz:

Arkadaş () Aile () Kitap, dergi vs. ()

TV, sinema, dizi vs. () Sosyal medya () Diğer (.....)

38) Manevi bakımın gerekliliğine inanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

39) Manevi desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

40) Hastanede verilen manevi bakım hizmetini yeterli buluyor musunuz? Evet () Hayır ()

41) Günlük yaşamınızda dini inançlarınız ne derece önemli?

() Önemli () Az önemli () Önemsiz

42) Kendi maneviyatınızı tanımlayacak olursanız nasıl tanımlarsınız?

() Kötü () Orta () İyi

EK 2. Manevi İyilik Ölçeği Formu

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen <u>son 7 günü</u> göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.						
	İFADELER	Hiç 0	Çok az 1	Biraz 2	Oldukça 3	Çok fazla 4
1	Kendimi huzurlu hissediyorum					
2	Yaşamak için bir nedenim var					
3	Yaşamım verimlidir					
4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum					
5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum					
6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum					
7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum					
8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun					
9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum					
10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum					
11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi					
12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum					

EK 3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Ölmekten çok korkuyorum.	D	Y
2.Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.	D	Y
3.Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam.	D	Y
4.Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur.	D	Y
5.Ölmekten pek de korkmam.	D	Y
6.Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur.	D	Y
7.Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.	D	Y
8.Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder.	D	Y
9.Acı çekerek ölmekten korkuyorum.	D	Y
10.Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır.	D	Y
11.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum.	D	Y
12.Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.	D	Y
13.Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim.	D	Y
14.Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir.	D	Y
15.Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	D	Y

EK 4. Etik Kurul İzin Formu



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 19/02/2020

Toplantı Sayısı:2020/03

Karar No: 2019.12.15

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu 19/02/2020 tarihinde Çarşamba günü saat 10.00'da Prof. Dr. Ali Ahmet DOĞAN' ın başkanlığında toplanmıştır.

Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doç. Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN ' in danışmanlığında yürütülecek olan Hemşire (Yüksek Lisans Öğrencisi) Burcu BAŞ ' ın yüksek lisans tezi " Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri " isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkeleri gereğince değerlendirilmiştir.

KARAR : Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doç. Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN ' in danışmanlığında yürütülecek olan Hemşire (Yüksek Lisans Öğrencisi) Burcu BAŞ ' ın yüksek lisans tezi " Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri " isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun bulunmuştur.

Ek 5. Kurum İzin Formu



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kayseri Şehir Hastanesi



Sayı : 76397871/
Konu: Bilimsel Çalışma İsim Değişikliği

Sayın: Burcu BAŞ

17.09.2019 tarihli ve 30 nolu Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararı ile uygun görülen " Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyi Oluşluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri " isimli çalışmanızın isminin "Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri" olarak değiştirilmesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 15.10.2019 tarihli ve 31 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

Prof. Dr. İlhami ÇELİK
Başhekim

Ek: TUEK Kararı

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d509d31d-5799-45e7-8d69-efedc80b190f kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kayseri Şehir Hastanesi**

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU TOPLANTISI

KARAR NO :31
KARAR TARİHİ :15.10.2019

12. Hastanemiz Kardiyoloji Yoğun Bakımda hemşire olarak görev yapmakta olan Hem. Burcu BAŞ'ın 17.09.2019 tarihli ve 30 nolu "Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyi Oluşluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri" isimli çalışmasının adının "Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Manevi İyilik Hali ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri" olarak değiştirilmesine;

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d5d9d31d-5799-45c7-8d69-cfedc80b190f kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. Gönüllü Onam Formu

Sevgili Katılımcılar,

Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların manevi iyilik hali ve ölüm kaygısı düzeyinin incelenmesi başlıklı bu araştırma, Bozok Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın, Kayseri Şehir Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yatan 222 gönüllü hastaya yapılması planlanmaktadır. Araştırmaya alınma kriterleri olarak; 18 yaş ve üzeri hastalar, iletişime ve işbirliğine açık olma, algılama ve iletişim bozukluğu olmama, anket maddelerini değerlendirmesine engel olacak düzeyde psikolojik hastalığı olmama, kendi isteği ile araştırmayı sonlandırabilme olarak belirlenmiştir. Araştırma, sorumlu araştırmacısı olan Doç. Dr. Hüsna Özveren ve yardımcı araştırmacı Burcu Baş tarafından yürütülecektir. Koroner yoğun bakım hastalarında manevi iyilik halinin, ölüm kaygısı üzerindeki etkisinin belirlenmesi sonucunda elde edilen veriler, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için planlanan ve yapılan hemşirelik girişimlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bilimsel yayınlar planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

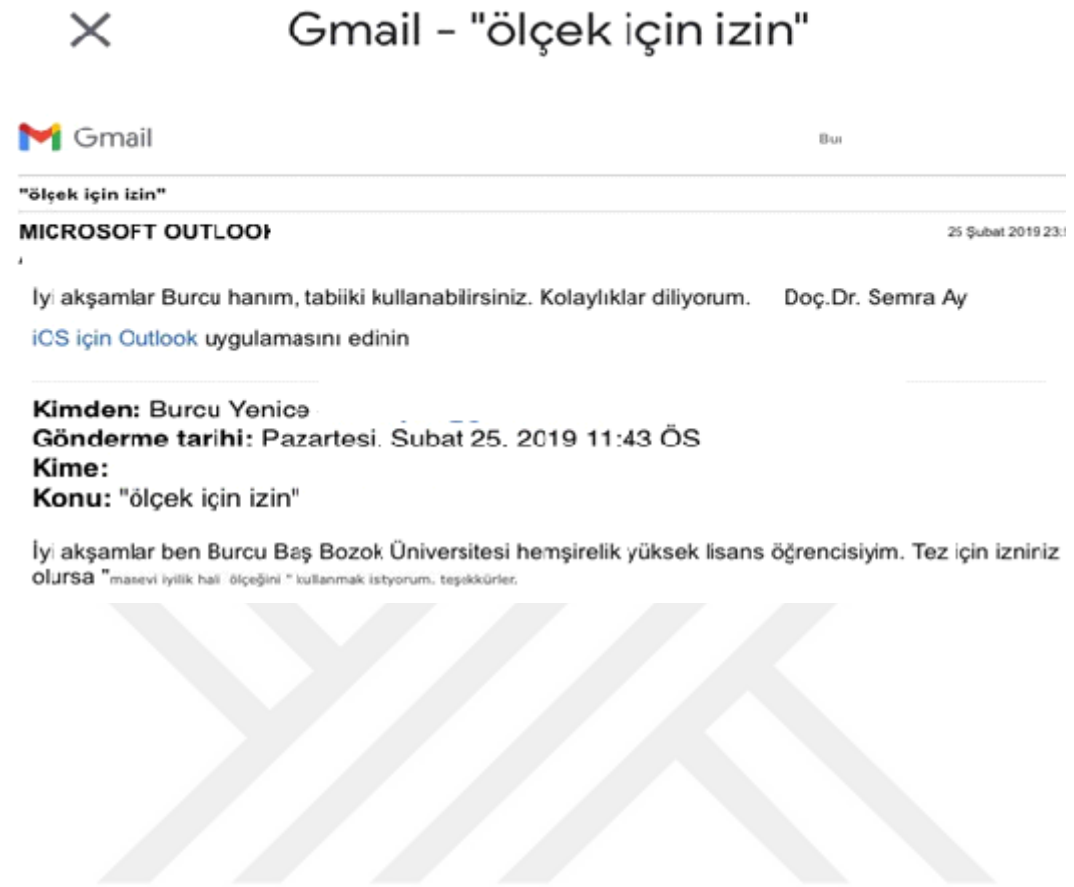
Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. Yaklaşık 15 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak yada açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz: Araştırma Ekibi: Doç. Dr. Hüsna Özveren, Burcu Baş.

YUKARIDA AÇIKLAMASI YAPILAN ÇALIŞMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILYORUM ()

EK 7. Ölçek İzni





Figen Akça 30 Eki 2019
alıcı: ben ✓



Burcu merhaba
Ölçeği kullanabilirsin
Ekte gerekli bilgiler var
kolaylıklar
F. Akça

[İLETİNİN TAMAMINI GÖSTER](#)

Ölüm Kaygısı
Ölçeği Templer....
W Doküman



ben 30 Eki 2019
alıcı: Figen ✓



Çok teşekkür ederim iyi günler.

30 Eki 2019 Car. saat 12:34 tarihinde Figen Akça <_____> şunu yazdı:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı,adı : BURCU BAŞ

