

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı

**TERMİNAL DÖNEM HASTALARIN AİLELERİNİN MANEVİ
BAKIM BEKLENTİLERİ VE DİNİ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ**

Hazırlayan
Zuhal ÇETİN

Danışman
Doç. Dr. Betül ÖZEN

Yüksek Lisans Tezi

OCAK 2022
KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TERMİNAL DÖNEM HASTALARIN AİLELERİNİN MANEVİ
BAKIM BEKLENTİLERİ VE DİNİ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Zuhal ÇETİN**

**Danışman
Doç. Dr. Betül ÖZEN**

**OCAK 2022
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı : Zuhâl ÇETİN

İmza.....

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Terminal Dönem Hastaların Ailelerinin Manevi Bakım Beklentileri ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne Uygun Olarak Hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan**Zuhal ÇETİN****Danışman****Doç. Dr. Betül ÖZEN****Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı****Doç. Dr. Salime MUCUK**

KABUL ve ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Betül ÖZEN danışmanlığında **Zuhal ÇETİN** tarafından hazırlanan “**Terminal Dönem Hastaların Ailelerinin Manevi Bakım Beklentileri ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

17/01/2022

JÜRİ**İmza**

Danışman : Doç. Dr. Betül ÖZEN

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Sevda KORKUT

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Betül KUŞ

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamızın her aşamasında akademik bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tüm süreç boyunca araştırma üzerinde titizlikle çalışıp en iyisi olması için çaba gösteren, sabrını ve anlayışını asla esirgemeyen, çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Betül ÖZEN’e teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmamı uygulamak için destek veren başta Prof. Dr. Aliye ESMAOĞLU ÇORUH olmak üzere Prof. Dr. Aynur KARAYOL AKIN ve Doç. Dr. Ayşe ÜLGEY’e teşekkür ederim.

Çalışmamın yürütülmesine yardımcı olan T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anestezi Yoğun Bakım ekibine çok teşekkür ederim.

Sevgilerini daima hissettiren, şefkatlerini üzerimden eksik etmeyen, her zaman beni destekleyen AKÇA ve ÇETİN ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu yola birlikte çıktığımız, lisans ve yüksek lisans eğitimimiz süresince birbirimizi her zaman desteklediğimiz, fikir ve görüşleri ile tezime katkı sunan ve her zaman beni motive eden sevgili dostum ve meslektaşım Nagihan Fatma HARMANCI’ya teşekkür ederim.

Çalışmama katılım sağlayarak sorularımı içtenlikle cevaplayan, değerli vakitlerini bana ayıran terminal dönem hastalarının yakınlarına en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de beni destekleyen, her daim cesaretlendiren, sonsuz ilgisi ve sevgisi ile varlığından güç aldığım, tezimin manevi sahibi olan sevgili eşim Uğur ÇETİN’e ve varlığıyla hayatımıza mutluluk getiren biricik yavrumuza minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Zuhal ÇETİN

KAYSERİ, OCAK 2022

TERMİNAL DÖNEM HASTALARIN AİLELERİNİN MANEVİ BAKIM BEKLENTİLERİ VE DİNİ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Zuhal ÇETİN

**Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2022
Danışman: Doç. Dr. Betül ÖZEN**

ÖZET

Maneviyat, holistik bakımın ayrılmaz parçası olmakla birlikte evrensel bir olgudur. Din; inançlar, değerler ve kültürel etkileşimi oluşturan bir yapıdır. Maneviyat ve din kavramları birbirleri ile yakın ilişki içindedir. Yaşam bütünlüğünün bozulması, ölüm algısının oluşmasıyla maneviyata yönelme başlar. Araştırmada yoğun bakımda yatan terminal dönem hastaların yakınlarının manevi bakım beklentileri ve dini başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, bir üniversite hastanesinin Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören terminal dönem hastaların yakınlarından oluşan 147 kişiyle tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği, Dini Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 22 paket programında analiz edilmiştir.

Hasta yakınlarının yaş ortalaması 38.84 ± 11.19 yıl olup % 78.2'si evlidir. Hasta yakınlarının %63.3'ü herhangi bir işte çalışmaktadır. Çalışanların ise %23,2'sinin memur olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinden toplam 57.16 ± 6.41 puan aldıkları ve araştırmaya katılan aile üyelerinin Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği ile Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.226$, $p=0.006$). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği dinsel alt boyut puan ortalamasının 15.84 ± 2.60 olduğu saptanmıştır.

Ölüm ani ve beklenmedik olduğundan hasta ve ailesine manevi desteğin sağlanması psikolojik ve sosyal gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir. Bakım verme sürecindeki zorluklar kadar hastanın bu sıkıntılı günlerine tanık olmak da hasta yakınlarını olumsuz etkilemektedir ve dini başa çıkmalarını zorlaştırmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda yoğun bakımda tedavi gören terminal dönemde olan hastaların yakınlarını manevi açıdan desteklemeleri konusunda hemşirelere önemli rol düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dini Başa Çıkma; Maneviyat; Palyatif Bakım; Terminal Dönem

SPIRITUAL CARE EXPECTATIONS AND RELIGIOUS COPING METHODS OF FAMILIES OF TERMINAL BACK PATIENTS

Zuhal ÇETİN

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing. Master Thesis. Kayseri.

M.Sc. Thesis, January 2022

Consultant: Dr. Academic Member Betül ÖZEN

ABSTRACT

Spirituality is an integral part of holistic care, but it is a universal phenomenon. Religion is a structure that forms beliefs, values, and cultural interaction. The concepts of spirituality and religion are closely interrelated. With the deterioration of the integrity of life, the formation of the perception of death, the orientation to spirituality begins. The aim of the study is to determine the spiritual care expectations and religious coping methods of relatives of terminal patients hospitalized in intensive care.

This descriptive type of study was completed with 147 people consisting of relatives of terminal patients undergoing treatment in the Anesthesia Intensive Care Unit of a university hospital. An Introductory Information Form, a Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, and a Religious Coping Scale were used to collect the data. The data obtained were analyzed in IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22 package program.

The average age of the relatives of the patients was 38.84 ± 11.19 years and 78.2% were married. 63.3% of the patient's relatives work in any job. It was determined that 23.2% of the employees were civil servants. It was found that the relatives of the patients received a total of 57.16 ± 6.41 points from the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, and there was a low level of positive correlation between the scores of the Positive Religious Coping subscale and the Negative Religious Coping subscale of the family members participating in the study ($r=0.226$, $p=0.006$). In other words, witnessing these troubled days of the patient and the difficulties in the care process

negatively affect the patient's relatives it makes it difficult for them to cope religiously. The mean score of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale sub-dimension of religiosity was found to be 15.84 ± 2.60 . The highest score that can be obtained from the religiosity sub-dimension of the scale is 20. According to this value, as the expectations of spiritual care increase, the perception of spirituality and spiritual care related to the sub-dimension of religiosity also increases.

Since the death is sudden and unexpected, it is necessary to provide moral support to the patient and his family, to meet psychological and social requirements. According to the results obtained in the study, nurses play an important role in supporting the relatives of patients who are in the terminal period of intensive care treatment from a spiritual point of view.

Keywords: Palliative Care; Religious Coping; Spirituality; Terminal Period

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Özellikleri.....	3
2.2. Ölüm Olgusu	4
2.3. Terminal Dönem	6
2.4. Terminal dönem ve palyatif bakım	8
2.5. Terminal Dönemde Hasta Bakımı.....	9
2.6. Terminal Dönem Hastasının Ailesine Yaklaşım.....	11
2.7. Terminal Dönem Hastalarında ve Ailesinde Manevi Bakım	12
2.8. Hasta Yakınlarında Dini Başa Çıkma Yöntemleri	13
2.9. Manevi Bakım	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	19
3.3. Araştırmanın Evreni	19
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri.....	20
3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri.....	20
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri.....	20
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	20
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1).....	20
3.6.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek-2)	20
3.6.3. Dini Başa Çıkma Ölçeği (Ek-3)	21
3.7. Araştırmanın Uygulanması	21
3.7.1. Ön Uygulama.....	21
3.7.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	22
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	43
6. KAYNAKLAR	51

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

AACN:	: American Association of Critical-Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği)
BB	: Bireysel Bakım
MMBDÖ	: Maneviyat Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği
NCI	: National Cancer Institute (Ulusal Kansere Enstitüsü)
NDBÇ	: Negatif Dini Başa Çıkma
PCR	: Polymerase Chain Reaction (Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
PDBÇ	: Pozitif Dini Başa Çıkma
SAUHSD	: Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri	24
Tablo 4. 2.	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özellikleri	25
Tablo 4. 3.	Hasta yakınlarının sağlık durumlarına ilişkin özellikleri	26
Tablo 4. 4.	Hasta yakınlarının bakım vermelerini etkileyen değişkenlere ilişkin özellikleri.....	27
Tablo 4.5.	Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ve Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları.....	28
Tablo 4.6.	Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı.....	29
Tablo 4.7.	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı.....	32
Tablo 4.8.	Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı.....	33
Tablo 4.9.	Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı.....	35
Tablo 4.10.	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların özelliklerine göre hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı.....	37
Tablo 4.11.	Hasta yakınlarının özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı.....	39
Tablo 4.12.	Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ile Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları arasındaki ilişki	41

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ölüm; evrensel bir nitelik taşıyan, yaşayan her organizmanın paylaştığı, , yaşamsal faaliyetlerin tekrarlanmamak üzere sona erdiği psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evredir. Son günlerini yaşayan bir birey hayatın anlam veya amacını kaybetmiştir. Hastalık tüm alanlardaki işleyişe engel olabilir. Özellikle yaşamın son dönemlerinde olan bir hasta için sorunlar giderek artabilir. Hasta ve ailesinin içinde bulunduğu bu süreç ‘‘terminal dönem’’ olarak ifade edilir. Hayatın son bulduğu günlerde, hastada dış dünyaya karşı kapanma, korku ve endişeye bağlı huzursuzluk, yalnız kalma eğilimi ya da birine aşırı bağımlılık gibi sorunlar görülebilir (Smith ve ark., 2020). Terminal dönemde hastalığı öne çıkarmaktan öte ailenin ve hasta bireyin fiziksel ve duygusal özelliklerine dikkat edilmelidir. Hastanın rahat huzurlu bir ortamda kaliteli bir yaşam standardında son günlerini geçirmesine imkân sağlanmalıdır (Erbaycu, 2013). Terminal dönemde olan bireyin hayata karşı pozitif yaklaşımda olmadığında yaşama umudunu yitirir. Hastanın son ana dek yaşadığı, bedensel ve emosyonel yönden konforlu, iyi bir ölümü hak ettiği unutulmamalıdır. Tam bu noktada yanında sürekli tedavi ve bakımda büyük rol üstlenen hemşireler ve desteğini eksik etmeyen aile yakınları, terminal dönemde olan bireyi güvende hissetmesini sağlamalıdır. Terminal dönem aile içi rollerde, iletişimde ve günlük yaşam aktivitelerinde aksaklıklara neden olabilir. Bireyin bu dönemine tanıklık eden aile fertlerine ve sağlık personellerine büyük görev düşmektedir (Zhang ve ark, 2021).

Sağlık hizmetleri bireyler üzerinde bütüncül bir temele dayanmıştır. Bu sebeple yaşam kalitesinin korunması fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları kapsayan bir bütüne bağlıdır. Fiziksel bağlamda oluşan bir problem duygu-durum değişikliğine sebep olabilirken psikolojik bir rahatsızlık patolojik değişime neden olabilir. Bu nedenle holistik yaklaşımın sağlanması önemlidir ve bireyin ekonomik, kültürel ve manevi

boyutları ele alınarak gerçekleştirilebilir (Meral ve Bulut, 2019). Bireyin normal yaşam tarzına devam edememesi, anksiyete, sosyal izolasyon, umudun giderek azalması ve yalnızlık durumu maneviyatın benimsenmesi gerektiğini ön plana çıkarır (Siwi ve ark., 2020). Terminal dönemde olan bir hastanın ağrılarını gidermeye yönelik bir tedavinin yanında manevi bakım desteğinin de verilmesi gerekir. Ancak bu bakış açısı holistik yaklaşımla sağlanabilir. Maneviyat kişinin yaşam duygusunun inşası olmakla birlikte sevgi şefkat gibi duyguları içerir (Kumari ve Sangwan, 2020). Holistik yaklaşımda hastayı ailesiyle birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Hastayla birlikte bu süreci yaşayan yakınlarına verilecek hizmette son derece önemli bir yer tutmaktadır. Ailenin; hastalığa ilişkin tepkiler, tepkilerle başa çıkma gibi konularda bilgi sahibi olmaları ve desteklenmeleri gerekir. Bu yüzden hastayla birebir etkileşim içinde olan hemşireler ile aile bireyleri arasında iyi bir iletişim sağlamalıdır. Hastaya mümkün olan en iyi bakımın verilmesinin yanı sıra umut ve anlamlılığı sürdürme, inançları, kültürel törenleri ve isteklerine uygun olarak hasta ile vedalaşabilme imkânının da hasta yakınına verilmesi gerektiği yapılan güncel çalışmaların odağıdır (Sancar ve ark., 2018; Esendir İşbilen ve Kaplan, 2018; Baczevska ve ark., 2019; Robert ve Farida 2021). Yoğun bakım ünitelerinde yatan terminal dönem hastaların yakınlarının yaşam sonu dönemde manevi bakım ile ilgili beklentileri ve dini başa çıkma yöntemlerini ortaya koymak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma terminal dönem hastaların ailelerinin manevi bakım beklentilerini ve dini başa çıkma yöntemlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

S1: Terminal dönem hastaların ailelerinin manevi bakım beklentileri nelerdir?

S2:Terminal dönem hastaların ailelerinin dini başa çıkma yöntemleri nelerdir?

S3:Terminal dönem hastaların ailelerinde manevi bakım ve dini başa çıkma yöntemleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri hayati risk taşıyan hastalara özel teknoloji ile yaşamsal destek verilen multidispliner yaklaşımla hekim, hemşire, fizyoterapist ve diğer ilgili sağlık personellerinden oluşan ekibin sunduğu hizmetlerin bütünüdür. Öncelikli hedef mevcut hastalığa tedavi sağlanırken ve hastalık çözümlenirken hastanın durumunun fiziki olarak kötü boyuta gitmesini engellemektir. Yoğun bakım kliniğini diğer birimlerden ayıran pek çok faktör vardır. Fiziki yapılanma, insan gücü, destek ve izlem, ileri teknoloji ile donatılması, durumu kritik hastaya bakım hizmeti verilmesi başlıca faktörler arasında sıralanabilir.

Temel yaşam destek üniteleri olarak da ifade edilen yoğun bakımlar bir hastalık anında veya hayati risk durumunun kritik olduğu zamanda zarar görmüş ya da işlevini kaybetmiş organ veya organ sistemlerinin tekrar kazandırılmasını sağlamak amacıyla kurulan özel tedavilerin yapıldığı ünitelerdir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Günümüzde yoğun bakım alanlarında yatan hastalar, ek rahatsızlığı fazla olan ya da genel durumu kötü olan hastalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji, tıbbi uygulamalar yaşamın sürdürülmesinde kullanılmaktadır. Fakat bazı durumlarda en gelişmiş teknoloji ve yapılan tedaviye rağmen hasta yaşamını kaybedebilmektedir (İbrahimoglu, 2017). Yoğun bakımda yatmakta olmak, her hasta için travmatik bir durumdur. Yoğun bakımın kapalı bir ortam olması, el ve ayaklarda hareket kısıtlılığı olması, yüksek ses ve karmaşık aygıtların bulunduğu çevre, aile ile görüşme imkânının olmaması gibi çeşitli zorlukları meydana getirmektedir (Bilgin, 2020). Duygusal yükün ve fiziki zorlukların arttığı bu süreçte hasta ve ailesine hassas bir şekilde yaklaşılması gerekir. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve aile memnuniyetinin artması iletişimin etkin sağlanmasıyla mümkündür. Aileyle yakın olmak yaşamının son günlerinde olan bir hasta için oldukça önemlidir. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireliği Birliği (AACN; American Association of Critical-Care Nurses) , Dünya Yoğun ve

Kritik Bakım Federasyonu (WFICC; World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine) gibi kuruluşlar, yoğun bakım ünitesinde ziyaret sınırlandırmasının olmamasını onaylamıştır (Davidson ve ark., 2017).

Fakat birçok ülkede yoğun bakım ünitesinde ziyaretçi kısıtlaması uygulanmaktadır. (Ning ve Cope, 2020). Hastanın yakınları ile birlikte vakit geçirememesi, fiziksel ve sosyal kısıtlılıklarının olması terminal dönem hastasını sosyal izolasyon ve yalnızlığa sürükler. Hastanede, yakınlarını sadece belirli saatlerde gören hasta, yalnız öleceğini düşünerek daha çok acı çeker. Bu dönemde, hemşirenin ilgisine ve verdiği bakıma gereksinim duyar. Hemşireler, fiziksel, psikolojik, sosyal değerlendirme ve bakım dâhil olmak üzere yaşamın son günlerinde olan hastaya ve ailesine yönelik olumlu tutum sergilemek ve bakım vermektan sorumludur. Yoğun bakım hemşireliğinin önemini artırmak için, AACN, 1969 yılında “yeni geliştirilen yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitime yardımcı olmak” için kurulmuştur (Robnett, 2006). Yoğun bakım hastasının bakımını üstlenen hemşireler, bir taraftan ünitenin özelliğinden kaynaklanan birçok stresör ile karşı karşıya kalırken öte yandan hasta ve hasta yakınlarının sorunları ile ilgilenmek durumundadırlar. Aynı zamanda da durumu kritik hastanın bakımını üstlenmenin verdiği sorumluluğu taşımak, bilgi ve beceri gerektiren meslek olduğunun farkında olmak, hasta güvenliğini sağlamak, hemşirelik bakım planı girişimlerine uygun hareket etmek, huzurlu ve temiz ortam sağlamak, gerekli malzemeleri temin etmek, bu malzemeleri kullanıma hazır halde bulundurmak zorunda kalmaktadırlar. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ünitenin özelliğinden kaynaklı pek çok stres faktörü olmasının yanı sıra sürekli ölüm olgusuyla beraberlerdir (Ören ve Dağcı, 2020).

2.2. Ölüm Olgusu

Hayatın bir yolculuk olduğunu herkes bilir ve bu yolun sonu olduğu da bilinir. Ölümün ne zaman gerçekleşeceğini tahmin etmek güçtür. Bazıları sevdikleri birinin ziyaretini, doğum günü gibi önemli günleri bekledikten sonra hayata gözlerini kapatır bazıları ise tahmin edilenden daha uzun süre yaşar. Çok az insan ölümü kabullenir. Türk Dil Kurumu ölümü ‘bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedî uyku, emrihak, irtihal, memet, mevt, vefat’ olarak tanılamaktadır (TDK, 1932). Ölüm insanlar için ortak bir payda iken diğer taraftan öznel bir gerçektir. Bu yüzden ölüme karşı sergilenen tutum ve davranışlar sosyal,

kültürel ve dini farklılıklar gösterir (Akbolat ve ark., 2020). Bu farklılıkta toplumsal değerler, inançlar, örf adet ve gelenekler önemli rol oynar. Ölüm tüm yaşayan organizmaların ortak paydada paylaştıkları evrensel olaydır. Bireyin psikolojik ve fizyolojik bakımdan son evresidir. Kendisine ayrılan zamanın kısıtlı olduğunu ve bir gün yaşamın sona ereceğini bilmek endişe uyandırır.

Ölüm korkusuyla karşı karşıya gelmiş bir insanın yaşam kalitesi azalır ve bu durumla başa çıkmada zorlandığı görülür (Rachel ve ark., 2021). Bireylerin ölüm olgusuna verdikleri tepkiler, daha yaşayacakları, tamamlanamamış, bitirilememiş ilişkilerin ve ani ayrılıkların izlerine göre değişiklik gösterir. Ölümcül bir hastalıkta bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşarken diğer taraftan, hastalığın ölümü yakınlaştırdığı ve belirginleştirdiği düşüncesi oluşur. Her iki durumda hastanın duygu durumu olumsuz etkilenmekte, kaygı ve anksiyete düzeyi artmaktadır. Hastalık, kayıp, yaşanan bir travma gibi hayati önem arz eden durumlar kişide anlam kaybına, umutsuzluğa neden olabilir. İnsanlık tarihinde ölüm, doğal yaşamın bir parçası olarak görülmektedir. Fakat son yıllarda tıbbi ve teknolojik gelişmeler, ölümü manevi bir boyut yerine tıbbi bir olay haline getirmiştir (Cimete, 2002). Yaşamının son günlerinde olan birey bu yüzden yanında konuşabileceği yardımına ihtiyaç duyduğu birini ister. Hasta yakınları için hastane koridorlarında bir umutla beklemek, sevdiği birinin her an ölebileceğini bilmek, aynı zamanda evinde bakmakla yükümlü oldukları diğer aile bireylerine zaman ayırmak oldukça zor bir süreçtir. Yaşam sonu bakım kavramıyla hasta ve yakınları tam da bu aşamada karşılaşır. Sağlık çalışanları tarafından verilen tedavi ve destek hizmetleri ile hasta ve aile fertleri için bu süreç daha sancısız geçer (Yapar, 2019).

Kaliforniya’da 196 kişiyle yapılan araştırmada sosyal olgunluğun yaşa göre ölüm kaygısını daha çok ortaya çıkaran bir değişken olduğu öne sürülmüştür. Hem sosyal deneyimler hem de yaş ölüm kaygısıyla ters orantıda bulunmuştur. Yaş ve sosyal olgunluk artarken ölüm kaygısı azalan ivme göstermiştir (Rasmussen ve Johnson, 1994). Yine başka bir araştırmada ölümle karşı karşıya kalan hastaların ailelerinde, hastalardan daha çok ölüm korkusu yaşadıkları, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyonla karşılaştıkları sonucuna varılmıştır (Grunfeld ve ark., 2004).

Hayat insanlar için ne kadar gerçekse ölüm olgusu da öyle gerçektir. Yaşamak için nasıl içe ve dışa yönelik tepkilerimiz varsa ölüme karşı da tepkiler içindeyiz (Seyhan, 2015).

Yaşamın son günlerinde olan birey genellikle hastanelerde, ailesinden uzakta, alıştığı ortamdaki farklı bir çevrede sosyal yoksunluk içindedir. Bu yüzden hayat mücadelesi veren birey son anlarında sosyal yoksunluk, üzüntü yaşamak yerine eş, dost, akraba ve sevdiklerini yanında görmek onlarla vakit geçirmek ister (Altaş, 2020).

2.3. Terminal Dönem

Ölüm sağlıklı bir insan için uzak bir kavram olabilir fakat son dönem evrede olan yapılan hiçbir tedaviye cevap vermeyen bir insan için yakın bir zamandır (Koku ve Ateş, 2016). Hastalığın son evresinde olan yaşamsal faaliyetlerin belirli bir süre içinde ölümle sonlanmasının beklenildiği dönem ‘terminal dönem veya son dönem evresi’ şeklinde tanımlanmaktadır (Avcu ve ark., 2018).

Terminal dönem, vücut fonksiyonlarının bozulduğu yaklaşık son altı aylık bir dönemi kapsar. Bu süreçteki ana hedef hasta ve ailesinin acı çekme sürecini iyi yönetmek olarak belirlenmelidir. Terminal dönemde olan bireylere ve yakınlarına hizmet sağlayan sağlık ekibinin terminal dönem hasta haklarını bilmesi gereklidir. Bunlar;

- Ciddi bir hastalığının olduğunu ve ölebileceğini bilme hakkına sahiptir.
- Verilen tedaviye devam edilip edilmemesi kararını verebilir.
- Çevresinde sevdiği insanların olduğu güvenli, huzurlu bir ortamda ölme hakkına sahiptir.
- Gizliliğine önem verilmesi hakkına sahiptir.
- Palyatif bakımın devamlılığı hakkına sahiptir.
- Ağrı ve diğer rahatsız edici unsurlar olmadan ölme hakkına sahiptir.
- Öldükten sonra insan kutsallığına bedenine saygı gösterilme hakkına sahiptir.

Terminal süreçte hasta haklarının bilgisine sahip olmak oldukça önemlidir. Bu hedefler doğrultusunda hasta fiziksel ve ruhsal yönden rahatlatılmalı ve kalan günlerinde yaşam kalitesi artırılmalıdır (Sekse ve ark.,2017).

Terminal dönemde olan hastada fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

Yorgunluk ve halsizlik

Ölüm yaklaştığında yorgunluk ve güçsüzlük de artar. Hasta yatağında dönemeyecek, başını kaldıramayacak derecede halsiz olabilir. Özellikle kemik çıkıntıların olduğu bölgelerde dolaşımın yavaşlamasına bağlı olarak basınç ülserleri oluşabilir. Hastanın pozisyonun değiştirilmesi ve havalı yataklar kullanılması faydalı olabilir (Çavdar 2011). Bireyin tercih ettiği zamana göre dinlenme ve aktivite periyotları düzenlenebilir.

İştah ve yemenin azalması

Terminal dönemdeki hastanın iştahı ve yiyecek tüketimi azalır. Hastaya sevdiği yiyecekler zorlamadan, sık aralıklarla ve az verilmeli, yemek yediği ortam havalandırılmalıdır (Sucaklı, 2017). Yoğun bakımda yatan son dönem hastalarında ise enteral ve parenteral yolla hastanın beslenme ihtiyacının karşılandığının aileye bilgisi verilmelidir.

Ağrı

Bireyin tanısına bağlı olarak birçok neden olabilir. Herhangi bir deri iritasyonu rahatsızlığı artırabilir. Rahatı ve tercihinine göre gerekli olan bakım verilmelidir. Ağrısını azaltacak girişimler, tedaviler uygulanmalıdır.

Mukoza ve konjektiva bakımı

Ağız mukozası radyoterapi ve kemoterapi alan hastalarda veya dehidratasyonu olan hastalarda çabuk bozulmaktadır. Oral mukozit, hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve beslenmelerini olumsuz yönde etkilediği gibi enfeksiyona yatkınlığı da artırır (Berk ve ark., 2020). Ağız mukozasının çok kuru olması halinde hastada konuşma güçlüğü oluşur. Hastanın durumuna uygun ağız bakımı uygulanmalı, hasta ve aile üyeleri mukozitin önlenmesi, ağız bakımının önemi gibi konularda eğitilmelidir. Hastanın göz kapakları kapanmıyor ise konjektivanın kuruyarak rahatsızlık vermesini önlemek için nemlendirici kullanılmalıdır.

Nörolojik fonksiyonlarda değişme

Ölüm sürecine eşlik eden nörolojik değişiklikler, ilaçların yan etkileri, sepsis tablosu, karaciğer ve böbrek yetmezliğine bağlı toksin birikimi gibi birçok faktörlerden etkilenir. Bu değişiklikler hastada uyku hali, ajitasyon, delirium gibi etkilere yol açabilir.

Terminal dönemde delirium

Deliryum çoğunlukla hastalarda ajitasyon ve huzursuzluk ile kendini gösterir. Yaşamının son günlerinde olan bireyde feryat etme, inleme ve ağrı gibi belirtiler gözleniyor ise bu semptomların kontrol altına alınması gerekir. Aile ile huzurlu ve iyi iletişimin sağlanması, ağrıyı azaltacak uygulamalar yapılmalıdır (Bahar ve ark., 2020). Delirium belirtisi veren hastada oryantasyonun sağlanması, çevresel sebeplerden oluşacak ışık, ses ve gürültü gibi etmenlerin değerlendirmesi gereklidir (Karadaş ve Özdemir, 2019).

2.4. Terminal dönem ve palyatif bakım

National Cancer Institute (NCI) tanımına göre Palyatif bakım; kanser veya kritik hastalıklarda hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım olarak tanımlanmıştır (NIH, 2021). Palyatif bakımın temel amaçlarından biri; sağlık hizmetlerinin kullanımı ve ilgili maliyetlerin azaltılarak üst düzeyde bakımın sağlanmasıdır (Quinn ve ark., 2020). Palyatif bakımda ağrı ve acı verecek semptomlar kontrol almaya çalışılır. Bunu sağlarken fiziksel, sosyal duygusal bakım alanları birleştirilir. Palyatif bakım hizmetleri terminal dönemdeki hastalara onların bakımını üstlenen aile üyelerine hekim tarafından belirlenen tanıyı kabul etme, hastalıkla baş etme, yaşama uyum sağlama ve ölüme hazırlık konusunda yardımcı olur (Aslan, 2020).

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar ağrı başta olmak üzere diğer semptomları da ağır bir şekilde yaşamaktadırlar. Bununla beraber psiko sosyal ve fiziksel gereksinimleri karşılamak üzere aile üyelerine ve sağlık personellerine büyük rol düşmektedir. Aile üyeleri yaşadıkları zorluklar karşısında sıkıntıları artmakla birlikte aile düzeni de olumsuz etkilenmektedir (Özçelik ve ark., 2014). Ailelerin bakıma katılması kabullenme sürecini kolaylaştırır. Hastanın ailesi ile birlikte zaman geçirmesi, duygularını rahat bir şekilde ifade etmesi sağlanmalıdır (Karaca ve Işıl, 2009). Ömrünün kalan son günlerini yaşayan bireyin bakım ve tedavisine ailesinin katılımını sağlamakla birlikte aileye destek verilmesi bakımın kalitesini artırır. Terminal dönem çaresizlik, anksiyete, ölüm korkusu, umutsuzluk gibi duyguları barındıran bir süreçtir. Bu nedenle hastanın kaygılarının azaltılıp ailenin endişelerinin giderilmesi gerekir (Kara, 2017). Palyatif bakım, hastanın sadece terminal dönem evresine gelmiş olduğu aşamada değil hastalığın tedavi edilmeye çalışıldığı süreçte de sağlık elemanları tarafından üstlenilir.

Palyatif bakımda her hasta bireyselleştirilmelidir. Hastanın ihtiyaçlarına ve ailenin temel değerlerine yönelik bakım sağlanmalıdır (Bhyan ve ark., 2021).

Son günlerinde olan bireyin hayat kalitesini artırmak bakım verenlerin ve sevdiklerinin destekleriyle mümkündür. İyi yaşam kalitesi için zevk aldığı işleri yapabilme bunları yaparken benlik algısını koruyabilme ve isteklerine ulaşabilme konusunda yardımcı olunmalıdır. Terminal hastalıklar sıklıkla fiziksel ağrı, izolasyon, belirsizlik ve ölüm korkusuna neden olur. Bu hastalıkla karşı karşıya kalan bireyler yaşamlarını gözden geçirir. “Neden bu hastalık beni buldu?”, Ne yapacağım?” gibi sorular sorarlar (Kyota ve Kanda, 2019).

Avusturya’ da yapılan bir çalışmada terminal dönem hastalarına bakım verenler, hastanın sevdiği ve ilgi duyduğu alana yönelmesini sağlamışlar. Bununla ilgili terminal dönem hastasına bakım veren kişi şu ifadeleri kullanmış;

“Tutkulu bir müzik aşığıydı ve bu onun en büyük tutkularından biriydi. Ömrünün son anına dek sevdiği şarkıları dinlemesi için ona yardımcı oldum (Lewis ve ark., 2019).

2.5. Terminal Dönemde Hasta Bakımı

Terminal için duygusal ve fiziksel gereksinimleri karşılayabilmek, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmak gerekmektedir. Yaşam sonu bakımdaki girişimler; semptomların yönetimini, anlamlı etkileşimler gerçekleştirmeyi, yaşam kalitesini korumayı ve huzurlu ve saygın ölümü kolaylaştırır. Ağrıyı azaltmak, hastanın konforunu ve güvenli bir çevre ortamını sağlamak, yeterince açık bir iletişim kurmak, hastanın ve ailenin seçimlerine saygı göstermek iyi bir bakımın hedefleri arasında olmalıdır (Bülbül Maraş, 2020). Terminal dönemde bakım bireylerin istekleri doğrultusunda olmalıdır istenilmeyen tedaviler ve girişimler için zorlanılmamalıdır. Yoğun bakım hemşireleri, yaşam sonu bakımı üstlenen ve terminal dönem hastaların en yakınında bulunan ve sürekli iletişim halinde olan kişilerdir (Miniksar ve ark., 2020).

Terminal dönem de olan hasta ve yakınlarıyla sürekli etkileşim içinde olan hemşire, bakım konusunda bağlantı görevi görür. Hastanın korkularıyla baş edebilmesini sağlama, bireysellik ve aile düzeninin korunmasını sağlama, aileyi yas dönemine hazırlama, fiziksel ve duygusal olarak güçlendirmeyi hedeflemek bakımın gereksinimleri arasında yer alır (Sekse ve ark., 2017). Terminal dönemde primer amaç hastayı rahatlatmak, artan palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamak olmalıdır. Sağlık

ekipleri palyatif bakımı, ‘‘yaşam sonu bakım’’ ya da’’ hospis bakım’’ olarak kullanırlar (Chapple ve ark., 2004). Palyatif bakım, tedavi edilemez, yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaların ve aile bireylerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımdır. Palyatif bakımda temel amaç, ağrının ve diğer fiziksel, psiko-sosyal sorunların giderilmesidir. Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisine göre; ‘‘Palyatif bakım özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalırken acı çekmeyi dindirme, semptomları kontrol etme, işlevsel kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır’’ (Bruera ve ark., 2010).

Palyatif bakım, kritik hastalıklardan etkilenen hastaların ve ailelerinin bakımında, tıbbi semptomların yönetimini, psikolojik sorunların azaltılmasını, ruhsal iyilik halinin artırılmasını ve bakım hedeflerini belirleyerek acının azaltılmasını amaçlar (Glover ve Kluger, 2019). Hasta ve yakınlarının ölümün doğal bir süreç olduğunun farkına varılmasını sağlayan palyatif bakım hizmetleri semptomların izlenmesi, tıbbi tedavilerin yapılması, duygusal desteğin verilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması, uygun araç-gereç ve donanımın oluşturulması ve ailenin deneyimlerinin dahil edilmesiyle sağlanır (Polat ve Atamer, 2020).

Palyatif bakımın temeli, hastanın bütüncül bakımı ve ailenin desteklenmesidir. Bu bağlamda;

- Ağrı ve diğer semptomların yönetimini sağlar.
- Ölümün de tıpkı yaşam gibi normal bir süreç olduğunu belirtir.
- Hasta bakımının psikolojik ve sosyal bakış açısını bütünler.
- Ölüm anına kadar hastaları aktif yaşama katılmaları için faaliyete geçirir.
- Hastalık ve yas sürecinde aileyi destekler.
- Hastanın ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda ekip yaklaşımı uygulanmasını sağlar.
- Sıkıntı oluşturan klinik semptomları anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir.

2.6. Terminal Dönem Hastasının Ailesine Yaklaşım

Terminal dönemdeki hasta ve ailesinin acılarını gidermek, rahatsızlık veren tüm semptomların kontrol altına alınması, tıbbi bakımın verilmesi, fayda sağlamayacak yöntemlerden kaçınılması, huzur içinde manevi destek ve bakım vermek hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner ekip sorumluluğundadır. Bu süreçte aileyi yas sürecine hazırlamak, ailede kederin tanınması, cihazların tanıtılıp açıklanması, kendilerine yabancı gelebilecek kelimelerin ve kavramların açıklanması, karar almalarına ve destek bulmalarına yardımcı olmak sağlık ekibinin önemli rolleridir. Bazı hastalar aylarca yaşam sonu bakım alırken bazıları ise günler içinde hayata gözlerini kapatabilir. Sağlık personelleri, ölümcül veya yaşamı sınırlandıran hastalığı olan kişilerde hastalığın verdiği etkinin farkında olmalı ve aileye yaklaşımda güçlü etkileşim sağlamalıdır (Huffman ve Harmer, 2020). Terminal dönem; hasta, aile ve sağlık elemanları için oldukça güç bir dönemdir. Her an hastanın kaybedilebileceği endişesi yaşanır. Bu yüzden aile üyeleri hastanın rahat ve huzurlu olması için çaba sarf eder aynı zamanda yalnız kalmasını, tedavi ve bakımlarının aksamasını istemezler. Sürekli hastayı takip eden hemşireler aile yakınları hasta yanında olmadığı zamanlarda, hastanın gereksinimlerinin karşılandığını, hastanın durumunda bir değişiklik olduğu takdirde bilgi verileceğini, bireyin ağrısı olduğunda rahatlatılmaya çalışılacağını güvenini vermesi gerekir.

Birçok insan kayıp, korku, ölüm ve keder ile ilgili konularda konuşmayı güç bulur. Aile üyeleri endişelerini paylaşmak, tedavi seçenekleri ile ilgili sorular sormak, hastasının durumu hakkında bilgi sahibi olmak ister Tanılamaya ilişkin verileri elde ettikten sonra, birey ve aile üyelerine izlenimleri aktarmak, şartlar uygunsa bakıma katılmalarına teşvik etmek gerekir. Terminal dönemdeki bireylerin çoğu yalnız başlarına kalmaktan korkarlar. Yanlarında sevdiklerini görmek güvende hissettirdiği gibi hayata karşı umutlu kılar. Aile bireylerine kolay ve uygun bakım aktiviteleri belirlenebilir örneğin; saçlarını taramak, beslenmesine yardımcı olmak, bilinci yerinde olmayan hastalar için göz kontağı oluşturmasını sağlamak gibi...

Aile yoğun olarak acı, çaresizlik, tükenmişlik ve öfke hisseder. Bu yüzden aileye karşı duyarlı ve şefkatli olunmalı, verecekleri her tepkiye hazırlıklı olunmalıdır (Çavdar, 2011).

Aile ve ev ile ilgili görevlerini yerine getirememesi, günlük yaşantısının kontrolden çıkması, kendi öz bakımını sağlayamaması, hiç beklemediği anda ölüm kaygısıyla karşılaşması terminal dönem hastasında ve aile fertlerinde gerginlik oluşturabilir. Özellikle hastalığı öğrendikleri ilk zamanlarda yani kabullenme aşamasına gelinceye kadar aile yakınları ellerinden geleni yapıp yapmadıkları konusunda kendilerini suçlu hissedebilir. Bu nedenle iş yaşantılarını, çocuklarına ayıracakları zamanı, yaşama dair üstlendikleri diğer sorumlulukları aksatabilir.

Hastalara temiz ve steril ortam hazırlanarak gösterilmesi hem aileyi rahatlatır hem de hastası için yapılabilecek her türlü bakımın verildiği güvencesini yaşar. Aile destekleme, rehberlik etme gibi sorumlulukları üstlenirken terminal dönem hastasına bakım vermekten sorumlu sağlık hizmeti personellerinin bütün olarak aileye odaklanması gerekir (Davies ve ark., 2020). Terminal dönem hastalıklarında medikal tedavinin yanı sıra psikolojik destek de büyük etkiye sahiptir. Bu bağlamda aileyi ve hasta bireyi psikolojik destek gruplarına yönlendirmek, nefes egzersizleriyle rahatlamasını sağlamak, endişeleri ve korkuları için onların güvende olduğunu hissettirmek yapılabilecekler arasında sıralanabilir (Turgut ve Soylu 2020).

2.7. Terminal Dönem Hastalarında ve Ailesinde Manevi Bakım

Dini değerler ve inançlar; bir varlığın veya inancın ötesinde bir kavram olup sağlık, hastalık, ölüm, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularına yer verir. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda yakınlarını görememe, bilmedikleri ortam ve çevre, uyku düzeninin bozulması, sürekli yatağa bağlı olmanın verdiği hareket kısıtlılığı, ağrılı girişimler, tedavi ve uygulamalar söz konusudur. Tüm bu etkiler kaygı, korku, ajitasyon ve depresyona neden olarak iyileşme sürecini geciktirir ve distrese sebep olur (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Hemşirelikte manevi bakım, ruhun ihtiyaçlarını tanımayı, inanç ve değerleri anlamayı, hastayı dinlemeyi içerir. Hastanın duygusal, sosyal yönlerinin değerlendirilmesi ağrısının azaltılması, empati yapılması, dinlemek için zaman ayırmayı ve etkin iletişim kurmayı sağlamakla mümkün kılınabilir (Veras ve ark., 2019). Hemşire hastanın manevi sağlık düzeyini belirlerken, bireyin acıya, güçlüklerle olan tepkisi ve değerleri hakkında fikir sahibi olmalıdır. Özellikle son dönemde olan bir hasta için “Bu neden benim başıma geldi?”, “Neden bu hastalık bana verildi?”, “Öldükten sonra

hatırlanacak mıyım?’’ gibi sorularla sık sık karşılaşılır. Bu sorular psikolojik sıkıntıyı oluşturur. Oluşan bu sıkıntıya kızgınlık, öfke, üzüntüyle karşılık verirler.

-Yoğun Bakım Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi;

Hastalara manevi destek sağlanmalıdır.

Bireyin manevi inanç ve değerlerine saygı gösterilmelidir.

Hastanın endişeleri ve kaygıları belirlenmelidir.

Üstün güç, dua etme benimsediği inanç ve kültür hakkındaki tercihleri dikkate alınmalıdır.

Yaşadığı sıkıntılara sabır göstermesinde etkili olan gücün kaynağı bulunmalıdır.

Hastaların korkuları, umutları, düşünceleri, gerçekleştirmek istedikleri önyargısız olarak dinlenilmelidir.

2.8. Hasta Yakınlarında Dini Başa Çıkma Yöntemleri

İnsanların aklında din kelimesi geçtiğinde çoğu zaman ibadet yerleri, din görevlileri, cenaze ritüelleri gibi imgeler çağırır. Bazen de derinlik içeren veya içermeyen olguyla karşılaşırız. İlgili literatür incelendiğinde din, kültürel bir değer, ibadetler ve inanç sisteminin bütünü oluşturur (Yılmaz ve Okyay 2009).

İnsanlar karşılaştıkları olaylarla nasıl baş edeceklerine dair bir sistemin içindedir. Yaşam deneyimleri bireyde sevdiği birinin kaybıyla ortaya çıkan stresi yönetmek için kullandığı baş etme stratejilerine yön verir. Birey bu baş etme stratejilerine güvenir. İnsanlar zor zamanlarında karşılaştıkları sorunlarla baş ederken, dini referans alarak, meydana gelen eylemler dini başa çıkma eğilimini oluşturur. Bu anlamda dinin başa çıkma, dini veya kültürel öğelerin zor anlarda getirdiği acı sonuçların engellenmesini, hafifletmeyi ve problemin çözümüne odaklanmayı kolaylaştırır. Başa çıkma yöntemlerinin kullanımı yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete belirtilerini, hastalığı anlama ve yaşam sonu bakım dâhil olmak üzere birçok sonuçla ilişkilendirilir (Greer ve ark., 2020). Ölümcül hastalıklarla karşı karşıya kalan birçok insan dini, manevi başa çıkma stratejisinin kullanılmasıyla ortaya çıkan maneviyat ve dinde destek bulur. Dolayısıyla sorunların çözümünü kolaylaştırmak, önlemek ve ruhu rahatlatmak için dini inanç ve davranışların kullanımına başvurulur (Silva ve ark., 2019). Maneviyat ve din iki farklı kavram olmasına rağmen genelde benzer şekilde nitelendirilir. Maneviyat,

anlam arayışı kendini bulma gibi özellikleri taşıırken bireysel ve insandan insana değişkendir. Din ise daha kapsamlı durağan bir yapıyı içerir. Dinin temelinde inanç sistemi, ilkeler varken maneviyat bireysel ve deneyimsel tecrübeye önem verir. Maneviyat dini kapsayan bir kavramdır. Bununla beraber dindeki öğeleri maneviyatta, maneviyatı oluşturan unsurları nitekim dinde görme olasılığı da vardır Bu yüzden iki kavram birbirinin tamamlayıcısıdır (Kasapoğlu, 2019). Zinnbauer ve arkadaşları (2001) bireylerin din ve maneviyat algılarında benzerlik ve farklılıkları üzerine yaptıkları araştırmada, katılımcıların %42'si dinin ve maneviyatın benzerlik gösterdiğini fakat ayrı kavramlar olduğunu %39'u maneviyatın daha kapsamlı olduğunu aynı zamanda da dini içerdiğini belirtmiştir. Yalnızca %10'u dini daha geniş bir boyutta bir kavram olarak değerlendirmiştir.

Dini başa çıkmanın önemin vurgulayan araştırmalar, depresyon, ruhsal iyilik hali, olumsuz yaşam olaylarının üstesinden gelme gibi eylemlerin üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermiştir (Thomas ve Barbato 2020; Triana ve Sudjatmiko, 2021).

Dini başa çıkma, gelişme evreleri, cinsiyet, yaş, kültür, eğitim durumu, sosyal durum, kişilik oluşumu ve dini yönelimlerin etkisi altında biçimlenir. Çok boyutlu olmasının yanında ölüm, kayıp gibi zamanlarda başa çıkmak için tek bir yöntem kullanılmaz. Yapılan bir çalışmada katılımcıların yaşları ilerledikçe dini baş etmeye daha çok başvurdukları, sorunlar arttıkça problemin ciddiyetine bağlı olarak dini baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları sonucuna varılmıştır (Ayten, 2013).

Pargament, Koenig ve Perez'in belirlediği dini başa çıkma konusunda beş temel amacın şu şekilde olduğu söylenebilmektedir:

- Kişiye acı veren sorunlar ile karşı karşıya kaldığında din ile anlam bulmasını sağlamak,
- Bireye her türlü kontrolü ele alabilmesi için yol sunmak,
- Kaygı durumunu minimum seviyeye indirerek teselli imkânı sunmak,
- Bireyin sosyal yardımlaşma ve kimliğini desteklemek,
- İnsanların eski değer verdiklerinden vazgeçerek yeni mana kaynağı bulmalarını desteklemek (Eryücel, 2013).

2.9. Manevi Bakım

Fiziksel olarak ortaya çıkan bir problem sosyal ve psikolojik alanımızı etkilerken duygusal ve psikolojik alandaki etkilenmeler de patolojik sorunlara yol açabilir. Sağlığın bozulması durumunda bireyin hayata bakış açısı, yaşantıları ve aldığı kararlar da etkilenir. Bu sebepten sağlık alanında fiziksel, sosyal, kültürel ve manevi boyutlarla ele alınması önem kazanmıştır (Yıldırım ve ark., 2018). Türk Dil Kurumuna göre “maneviyat maddi olmayan manevi şeyler” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2021). Maneviyat, yaşamı anlamayı ve kişisel arayışı ifade eder. Bireylerin içinde bulunan duygu, kendi acılarıyla başa çıkmak için kullanılan dinamik bir güçtür. Evrensel bir değer olan maneviyat, bireylerin yüce bir güce bağlılığını ve yaşamı anlamayı kapsamaktadır (Yapıcı ve Koçak, 2017). Maneviyatın kültürel yönü dini gelenekler, etnik köken tarihsel ve kültürel bağın etkisiyle ortaya çıkmıştır (Lepherd, 2015). Meditasyon, yoga, dua etmek, tapınaklar, müzikler maneviyatın uygulanmasında gerçekleştirilen kültüre bağlı uygulamalardır. Sağlıklı ya da hasta bireyde bütüncül bakımın parçası olan maneviyat hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir (Murgia ve ark., 2020). Hasta karşı karşıya kaldığı zorluklarla başa çıkmanın yolunu maneviyatta arayabilir. Maneviyatı başa çıkma stratejisi olarak tanımlamak ve hastanın ihtiyaçlarını belirlemek sağlık bakım profesyonellerinin özellikle hemşirelerin planladıkları hedefler arasındadır (Evangelista ve ark., 2016). Manevi gereksinimler, öne çıkan stresle baş etmede, hastalıkların iyileşmesinde, anksiyete ve kaygının giderilmesinde, mortalite oranlarının azalmasında etkin bir role sahiptir (Ercan ve ark., 2018). Manevi bakım hukuki olarak birçok ülkede yerini almıştır. Hollanda’da Sağlık Kalite Kanunun 3.maddesinde yer alan hüküm, şu şekildedir “Devlet, sağlık kurumlarında 24 saatten fazla kalan hastalara, mümkün mertebe, kendi din ve inançlarından olan görevlilerce, manevî bakım hizmeti verdirmele mükelleftir”. İngiltere’de 1946 yılında manevi bakım alanında papazlık hizmetlerine başlanılmış, 2004 yılında ise artan dini çeşitliliği sağlamak için bu uygulama revize edilmiştir. Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı 2015 yılında manevi destek protokolü imzalamıştır. Bazı pilot hastaneler manevi destek hizmeti vermeye başlamıştır (Seyyar, 2014).

Hemşirelik tarihte sadece fiziksel bakım veren bir meslek olarak kabul edilmemiş, insanın manevi boyutunun olduğunu ve bunu holistik yaklaşımla bütünleştirmeyi amaç edinmiştir (Hosseini ve ark., 2019). Bireylerin manevi ihtiyaçlarının karşılanması için

verilecek bakım; hemşirenin hastanın manevi gereksinimlerini tanılayarak, uygun girişimlerle desteklenmesi ile mümkün olacaktır. Bu nedenle manevi gereksinimlere yönelik bakım verebilmesi için maneviyatın temelini, farklı bireylerdeki yansımalarını, manevi baş etme stratejilerini nasıl değerlendiklerini bilmesi gerekmektedir (Eğlence ve Şimşek, 2014). Manevi bakımın sağlanması için hemşirelerin özenle davranmaları gerekmektedir. Dürüst olma, duygudaşlık kurma, hasta ve ailesine vakit ayırma, hastayı tanıyıp ona karşı ilgili ve kibar olma, etkin iletişim kurabilme, manevi ritüellerini gerçekleştirici çevre oluşturma, aileyle iş birliği yapabilme gibi davranışlara sahip olmalıdır (Biro, 2012). Sawatzky ve Pesut (2005)'un yaptıkları çalışmada manevi bakımın hemşirenin yaşama ilişkin farkındalığının yanında hastanın gerçekliğini yansıtan sezgisel, kişilerarası, özgecil ve bütünleştirici bir bakım olduğu öne sürülmüştür. Gönenç ve arkadaşları (2016) tarafından Ankara'da kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde ebe ve hemşirelerin manevi bakıma karşı tutumlarına yönelik yapılan araştırmanın sonucunda hemşirelerin %51.3 'ü, ebeler de ise %48.7'si manevi bakım kavramını daha önce bildiğini, %38.4 'ü onkoloji hastalarının, %31.3 'ü tüm hastaların manevi bakıma gereksinimi olabileceğini ifade etmiştir. Aynı zamanda kadın sağlığı bölümünde çalışan hemşire ve ebelerin çoğunluklu olarak manevi bakıma ilişki bilgi ve deneyimlerini geliştirmesi gerektiğine ulaşılmıştır (Gönenç ve ark, 2016).

Bir terminal dönem hastasına bakım verirken hemşireler maneviyat ve maneviyatı açığa çıkaran değerler ve inançlar göz ardı edilmemelidir (Harrad ve ark., 2019). Hemşireler, bütüncül yaklaşım doğrultusunda hastalarına bakım hizmeti sağlarken, hastaların manevi ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik girişimleri hemşirelik bakımlarına dâhil etmelidir. Bunu sağlamak için de manevi bakım ve maneviyat konularında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir (Uslu Şahan ve Terzioğlu 2020).

Ergül ve Bayık (2004)'ın ifadelerine göre Hutchinson (1997) hemşirelerin manevi bakım ilkelerini altı madde de vurgulamıştır.

Bunlar:

1. Maneviyata ilişkin hemşirelik tanısında; var olan ve olacak olan problemlere karşı bireyin gücünün de farkında olunmalıdır.
2. Manevi bakımın temelinde hemşirenin amacı bireyin manevi güç kaynağını hatırlatıp onu kullanmasını sağlamalıdır.

3. Bireyin bakış açısını yönlendirmeden kendi manevi inanç ve değerlerinde anlam bulmasını sağlamalıdır.
4. Manevi bakım hasta ve hemşire arasında güven temeline dayanır. Bu ilişkinin temeli atıldıktan sonra inançları, değerleri, ibadetleri bireysel olarak değerlendirilmelidir.
5. Hemşire bakımda görev alan diğer sağlık ekiplerine bilgi verirken yetkisi ve sınırlılıklarının dışına çıkmamalıdır.
6. Manevi bakım diğer hemşirelik bakım planlarında yer aldığı gibi itinalı olmalıdır. Yazılı olarak yer alırken planlı bir şekilde yürütülmelidir.

Bütün maddeler düzenli işlendiğinde ve sürdürülebilir olduğunda manevi bakım özverili bir şekilde gerçekleşecektir (Ergül ve Bayık, 2004).

Manevi bakımın etik yönünü korumak için hemşire ailenin manevi inancına saygılı olmalı, kendi kişisel inanç değerlerini aileye dayatıcı davranışlarda bulunmamalıdır (Tanyi , 2006). Yaşamın son döneminde olan bir hastanın aile üyelerini yaşadıkları acıya verdikleri tepkiye göre değerlendirmek gerekir. Ailenin hemşirelik bakımı beklentileri nelerdir araştırıp bireyin algıları ve manevi bakım beklentileri öncelik sırasına konulmalıdır. Aileye “Sizin için yapabileceğim en önemli şey nedir?” , “Hastanıza nasıl manevi destek sunmamızı istersiniz?” gibi sorular sorarak beklentileri değerlendirmek gerekir.

Manevi bakım palyatif bakımın temel ilkesidir. Bir hemşirenin manevi bakış açısı verdiği manevi bakımı da etkiler (Allegra, 2018). Zaman yetersizliğinden kaynaklanan fizyolojik bakıma daha fazla öncelik tanınması, hastanın bilincinin kapalı olmasına bağlı iletişim eksikliği, hemşirelerin sürekli vardiyalı çalışması, yetersiz sağlık personeli, gürültü ses gibi ortamdaki fiziki şartlar manevi bakımı olumsuz etkileyen etmenlerdir (Ercan ve ark, 2018) .

Terminal dönem hastaları ve bakımını üstlenen aile bireyleri ruhsal belirsizlik yaşarlar Anlam, inançlar, şüpheler değerler ve bağlantılar belirsizliğin nedenini oluşturur. Bu durum manevi başa çıkmada eksiklik oluştururken tedaviye karar verme sürecini etkiler (Ellington ve ark., 2017).

Manevi olarak esenlik sağlamak yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Terminal dönem hastalarına verilen meditasyon, ruhsal terapi, aile ile zaman geçirme imkanı, sevdiği

müziklerin dinletilmesi, multidisipliner müdahaleler stres ve kaygı belirtilerini azaltır. Sağlık uzmanları manevi bakım uygulamalarını tercih ederken hastanın ruhsal ihtiyaçları, tercihlerine ve geleneklerine uygun olana, plan ve program dâhilinde, hastanın sağlık durumuna farklı kültürler birbiriyle çelişmeden özellikle dini ihtiyaçlar içeren müdahalelere dikkat etmelidir (Chen ve ark., 2018).

Yoğun bakım ünitelerinde hastanın kendi varlığının bilincinde olması amacıyla empati sağlanması, hasta bireylerin fiziksel, duygusal, manevi boyutlarının birleştirilmesi, manevi öykülerinin dinlenmesi, manevi kaygı ve endişe duydukları konuların ele alınması, hastaların sahip olduğu inançlar ve hasta olmalarına yükledikleri değer yargılarına dikkat edilmesi, kendilerine ait dini uygulamaları yerine getirebilmeyi sağlanması, gerektiğinde din görevlilerinin çağırılması ve iletişim kurabilmelerinin sağlanması hemşire tarafından verilebilecek manevi bakım uygulamalarına örnek gösterilebilir (Tambağ ve ark., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan terminal dönem hastaların ailelerinin manevi bakım beklentilerini ve dini başa çıkma yöntemlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Kayseri ili sınırları içinde bulunan; tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu T.C Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Mart -Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. 12 yatak kapasiteli bu yoğun bakım ünitesinde 14 Öğretim Üyesi, 23 Araştırma Görevlisi, 20 hemşire ve 5 destek personeli görev yapmaktadır. Ortalama 3 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir. Hemşireler nöbet usulü ve iki vardiya (08.00-16.00 ve 16.00-08.00) şeklinde çalışmaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, T.C Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan terminal dönem hastaların yakını olan aile bireyleri oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G power version 3.1.9.7. programında etki büyüklüğü 0.3, güven aralığı %95 ve tip 1 hata 0.05 alınarak 147 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 147 hasta yakını araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- 18 yaş ve üstü olan
- Okur-yazar olan
- Etkili iletişim kurabilen
- Hekim tarafından terminal dönem evresinde olduğu onaylanan hastanın birinci ve ikinci derece yakınları çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Araştırmaya;

Hekim tarafından onaylanmamış terminal dönem hastası olmayan bireylerin yakınları dâhil edilmemiştir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak (Fadiloğlu ve Aksu 2013; Bahçecioğlu Turan ve ark., 2017; Özen ve ark., 2020; Damak ve Karakoç Kumsar 2020; Rawlings ve ark., 2020) oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek 2) ve Dini Başa Çıkma Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Tanıtıcı Bilgi Formu; hasta ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre 9 soru ve sağlığa ilişkin özelliklerine yönelik 8 soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek-2)

McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında geliştirilen bu ölçek katılımcıların maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (McSherry ve ark., 2002). Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergül ve Bayık-Temel tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Ergül ve Bayık Temel, 2007). Maneviyat, manevi bakım, dinsel ve bireysel bakım alt boyutlarından oluşan beşli puanlama ile yanıtlanan likert

tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, kesinlikle katılmıyorum 1'den, tamamen katılıyorum 5'e doğru yapılmaktadır. Toplamda 17 maddeden oluşan ölçekte, on üç madde düz, dört madde (3, 4, 13, 16) ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85'tir. Elde edilen puanın yüksek olması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin iyi olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.64'tür. Yeni geliştirilen bir ölçüm aracı olduğundan güvenilirlik için kabul edilebilir değer olarak yorumlanmıştır.

3.6.3. Dini Başa Çıkma Ölçeği (Ek-3)

Dini başa çıkma tarzları ölçeği Pargament ve arkadaşları tarafından 1988 yılında farklı hayat deneyimlerine sahip üç farklı grubun başa çıkma, dini başa çıkma ve psikolojik verile arasındaki ilişkiye bağlı olarak olumlu ve olumsuz dini başa çıkma modellerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Dini başa çıkma ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanma çalışması 2001 yılında Halil Ekşi tarafından yapılmıştır (Ekşi , 2001). Bu ölçekte Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzına ilişkin 7 madde (1, 2, 6, 8, 9, 11 ve 13. Maddeler) ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Tarzına ilişkin 7 madde (3, 4, 5, 7, 10, 12 ve 14. maddeler) olmak üzere iki alt boyut ve 14 madde bulunmaktadır. Puanlama olarak bakıldığında pozitif dini başa çıkma alt ölçeğinden alınabilecek puan 7 ile 28 arasında, negatif dini başa çıkma alt ölçeğinden alınabilecek puan ise 3 ile 12 arasında değişmektedir. Olumlu Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,64, Olumsuz Dini Başa Çıkma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,63, ölçeğin tamamının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,69 olarak belirlenmiştir. Dini başa çıkma ölçeği, hayat memnuniyeti, psikolojik sağlamlık ve umut arasındaki ilişki ve etkileşimleri ortaya koymaktır. Hasta yakınlarında görülen değişkenlerin demografik özelliklere göre nasıl farklılaştığı araştırılmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Ön Uygulama

Soru formlarının işlerliğini test etmek için örneklemin (n=147) %5'ini oluşturan 7 hasta yakınına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak soru formlarına son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.7.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmacı hekim ile iş birliği içerisinde terminal dönemde olan hastaları belirlemiş hasta yakınlarına araştırmanın amacını açıklamış ve çalışmaya dâhil olmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır. Ardından verileri toplamak için sırayla “Tanıtıcı Bilgi Formu”, manevi bakım beklentilerini değerlendirmek için “Manevi Bakım Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” ve yoğun bakım ünitesinde yatan terminal dönem hastaların yakınlarında dini başa çıkma yöntemlerini saptamak için “Dini Başa Çıkma Ölçeği” formlarını uygulamıştır. Hazırlanan soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics Version 22 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ölçek puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik uzman desteği alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden Akademik Kurul Kararı (Karar Sayısı=18), T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Kararı (Başvuru No:14) ve T.C. Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden yazılı Kurum İzni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarına, araştırmanın amacı açıklanıp, araştırmanın yapılabilmesi için yazılı ve sözlü oluru alınıp, katılımcı “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma yalnızca T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yapıldığı için çalışmanın sonucu geneli temsil etmemektedir.



4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde 147 hasta yakınından elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve analiz yöntemleri sonucuyla istatistiklerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm Sd$: 38.84±11.19)		
30 yaş ve altı	45	30.6
31-40 yaş	42	28.6
41-50 yaş	30	20.4
50 yaş ve üstü	30	20.4
Medeni durum		
Evli	115	78.2
Bekar	32	21.8
Aile tipi		
Çekirdek	121	82.3
Geniş	16	10.9
Parçalanmış	10	6.8
Eğitim durumu		
Okuryazar	6	4.1
İlkokul	19	12.9
Ortaokul	23	15.6
Lise	56	38.1
Yükseköğretim ve üstü	43	29.3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	93	63.3
Çalışmıyor	54	36.7
Mesleği		
Ev hanımı	26	17.7
Memur	34	23.2
İşçi	24	16.3
Emekli	13	8.8
Serbest meslek	32	21.8
Öğrenci	18	12.2
Toplam	147	100.0

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Hasta yakınlarının yaş ortalamalarının 38.84 ± 11.19 yıl ve % 78.2'sinin evli olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının % 82.3'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %38.1'inin lise mezunu olduğu, %63.3'ünün çalıştığı ve %23.2'sinin memur olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikler	<i>n</i>	%
PCR testi sonucu		
Negatif	101	68.7
Pozitif	46	31.3
Hastalık tanısı*		
Dolaşım Sistemi (Kalp yetmezliği, SVH, Arrest)	23	15.6
Solunum Sistemi (Solunum güçlüğü, Akciğer Kanseri)	33	22.4
Sindirim Sistemi (İleus, Pankreas-Mide Kanseri)	23	15.6
Travma (AİTK, ASY, Femur kırığı)	30	20.5
Covid-19	26	17.7
Diğer (Çoklu organ yetmezliği, Alzaimer, Parkinson)	12	8.2
Tanı alma süresi		
1-6 ay	91	61.9
7-12 ay	6	4.1
13-24 ay	19	12.9
24-36 ay	19	12.9
37 ay ve üstü	12	8.2
Hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumu		
Evet	62	42.2
Hayır	85	57.8
Toplam	147	100.0

*Svh: Serebro vasküler hastalık, Aitk: araç içi trafik kazası, Asy: ateşli silah yaralanması

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların %68.7’sinin PCR testi sonucunun negatif olduğu ve %42.2’sinin hastalığı nedeniyle ameliyat geçirdiği saptanmıştır. Hastaların çoğunun hastalık tanısını 1-6 ay önce aldığı, hastaların tanıları incelendiğinde ise; %22.4’ünün Solunum Sistemi (Solunum güçlüğü, Akciğer Ca), %20.5’inin Travma (AİTK, ASY, Femur kırığı), %17.7’sinin Covid-19, %15.6’sının Dolaşım Sistemi (Kalp yetmezliği, SVH, Arrest), %15.6’sının Sindirim Sistemi (İleus, Pankreas-Mide Ca), %8.2’sinin ise diğer hastalıklar (Çoklu organ yetmezliği, Alzheimer, Parkinson) nedeni ile yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hasta yakınlarının sağlık durumlarına ilişkin özellikleri

Özellikler	n	%
Sağlık güvencesi varlığı		
Var	147	100.0
Yok	-	-
Kronik hastalık varlığı		
Yok	117	79.6
Var	30	20.4
Var olan kronik hastalık (n=30) *		
Endokrin Sistem (DM)	8	26.6
Dolaşım Sistemi (HT/Kalp Yetmezliği/Kalp-Damar)	8	26.6
Solunum Sistemi (Astım/KOAH)	6	20.0
Boşaltım Sistemi (Böbrek hastalığı//Diyaliz/KBY)	4	13.4
Sindirim Sistemi (Ülser)	2	6.7
Diğer (Uyku Apnesi/Eklemler İltihaplanması)	2	6.7
Var olan kronik hastalığın süresi (n=30)		
1-3 yıl	11	36.7
4-6 yıl	11	36.7
7 yıl ve üstü	8	26.6
Şu anda ailede veya kendinde Covit-19 olma durumu		
Hayır	106	72.1
Evet	41	27.9
Covit-19 için karantina uygulanma durumu (n=41)		
Evet	41	100.0
Hayır	-	-
Toplam	147	100.0

*DM: Diyabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

Hasta yakınlarının sağlık durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.3’de görülmektedir. Hasta yakınlarının tamamının (%100.0) sağlık güvencesinin olduğu, %20.4’ünün kronik hastalığının bulunduğu, kronik hastalığı bulunan hasta yakınlarının var olan kronik hastalığının Endokrin Sistem (%26.6), Dolaşım Sistemi (%26.6), Solunum Sistemi (%20.0), Boşaltım Sistemi (%13.4), Sindirim Sistemi (%6.7) hastalıkları ile diğer hastalıklar (%6.7) olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan hasta yakınlarının %26.6’sının yedi yıldan fazla süredir kronik hastalık tanısının bulunduğu, %27.9’unun şuanda ailesinde veya kendinde Covid-19 hastalığının olduğu ve karantina uygulandığı bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hasta yakınlarının bakım vermelerini etkileyen değişkenlere ilişkin özellikleri

Özellikler	n	%
Hastayla olan yakınlık derecesi		
Eş	24	16.3
Anne/Baba	56	38.1
Kardeş	26	17.7
Çocuk	6	4.1
Akraba	35	23.8
Hasta ile aynı evde yaşama durumu		
Evet	62	42.2
Hayır	85	57.8
Bakmakla yükümlü olunan başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk varlığı		
Evet	109	74.1
Hayır	38	25.9
Ailede daha önce bu tanıyı alan başka bir birey varlığı		
Yok	123	83.7
Var	24	16.3
Ailede daha önce bu tanıyı alan birey (n=24)		
Anne-Baba-Eş	7	29.2
Abi-Abla-Kardeş	4	16.7
Amca-Dayı-Hala-Teyze	5	20.8
Büyükanne-Büyükbaba	8	33.3
Hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu		
Hayır	25	17.0
Kısmen	69	46.9
Evet	53	36.1
Hastaya bakım vermenin etkilediği sorumluluklar (n=53)		
İş/Okul hayatı	9	17.0
Aile hayatı	44	83.0
Toplam	147	100.0

Hasta yakınlarının bakım vermelerini etkileyen değişkenlere ilişkin özellikleri Tablo 4.4’de yer almaktadır. Hasta yakınlarının %38.1’inin hastanın anne/babası olduğu, %42.2’sinin hasta ile aynı evde yaşadığı, %74.1’inin bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının %83.7’sinin ailede daha önce bu tanıyı alan başka bir birey bulunduğu ve daha önce bu tanıyı alan bireylerin %33.3’ünün büyükanne/büyükbaba olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %36.1’inin tamamen, %46.9’unun ise kısmen yoğun bakım hastasına bakım verme nedeniyle diğer sorumluluklarının (iş, okul, aile hayatı) etkilendiği saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ve Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları

Ölçekler	$\bar{x} \pm Sd$	Med (Min-Max)	Alınabilecek puanlar
Dini Başa Çıkma Ölçeği			
Pozitif Dini Başa Çıkma alt boyutu	23.11±2.34	23 (20-28)	7-28
Negatif Dini Başa Çıkma alt boyutu	9.48±1.47	9 (6-12)	3-12
Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği			
Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu	27.74±4.39	27 (18-41)	9-45
Dinsellik alt boyutu	15.84±2.60	16 (8-20)	4-20
Bireysel Bakım alt boyutu	13.57±2.57	13 (9-20)	4-20
MMBDÖ Toplam	57.16±6.41	56 (40-74)	17-85

Tablo 4.5’de hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ile Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları yer almaktadır. Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamalarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt boyutunda 23.11±2.34 ve Negatif Dini Başa Çıkma alt boyutunda 9.48±1.47 olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalamalarının ise Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutunda 27.74±4.39, Dinsellik alt boyutunda 15.84±2.60, Bireysel Bakım alt boyutunda 13.57±2.57 ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği toplamında 57.16±6.41 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Dini Başa Çıkma Ölçeği	
		Pozitif Dini Başa	Negatif Dini Başa
Yaş			
30 yaş ve altı	45	22.95±2.19 23 (20-28)	9.37±1.36 9 (6-12)
31-40 yaş	42	22.85±1.99 22 (20-27)	9.50±1.38 9 (7-12)
41-50 yaş	30	23.60±2.63 23.5 (20-27)	9.63±1.73 9 (6-12)
50 yaş ve üstü	30	23.23±2.71 22 (20-28)	9.50±1.52 9.5 (6-12)
Test*	KW p	1.058 0.787	0.769 0.857
Medeni durum			
Evli	115	23.13±2.32 23 (20-28)	9.49±1.45 9 (6-12)
Bekar	32	23.03±2.42 23 (20-28)	9.46±1.56 9 (7-12)
Test**	z p	-0.294 0.768	-0.277 0.782
Aile tipi			
Çekirdek	121	23.06±2.28 23 (20-28)	9.47±1.46 9 (6-12)
Geniş	16	23.18±2.50 22.5 (20-27)	9.18±1.55 9 (7-12)
Parçalanmış	10	23.60±2.91 24 (20-27)	10.20±1.39 9.5 (9-12)
Test*	KW p	0.150 0.928	2.721 0.256
Eğitim durumu			
Okuryazar	6	23.16±2.22 23 (20-26)	11.33±1.03 ^a 12 (10-12)
İlkokul	19	24.63±2.87 26 (20-28)	9.36±1.53 ^b 9 (6-12)
Ortaokul	23	22.95±2.18 23 (20-27)	9.08±1.56 ^b 9 (7-12)
Lise	56	22.62±2.27 22 (20-28)	9.44±1.27 ^b 9 (6-12)
Yükseköğretim ve üstü	43	23.16±2.06 23 (20-27)	9.55±1.54 ^b 9 (6-12)
Test*	KW p	8.971 0.062	10.952 0.027

Tablo 4.6. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı (Devamı)

Özellikler	n	Dini Başa Çıkma Ölçeği	
		Pozitif Dini Başa Çıkma	Negatif Dini Başa Çıkma
		$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
Çalışma durumu			
Çalışıyor	93	22.69±2.07 22 (20-28)	9.30±1.35 9 (6-12)
Çalışmıyor	54	23.83±2.61 23.5 (20-28)	9.81±1.61 10 (6-12)
Test**	z	-2.522	-2.000
	p	0.012	0.045
Kronik hastalık varlığı			
Yok	117	23.04±2.25 23 (20-28)	9.40±1.46 9 (6-12)
Var	30	23.40±2.67 23 (20-27)	9.83±1.46 10 (6-12)
Test**	z	-0.484	-1.878
	p	0.629	0.060
Şuanda ailede veya kendinde Covid olma durumu			
Hayır	106	23.19±2.34 23 (20-28)	9.26±1.42 9 (6-12)
Evet	41	22.93±2.36 22 (20-27)	10.07±1.46 9 (7-12)
Test**	z	-0.728	-2.657
	p	0.467	0.008

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.6’da hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı verilmiştir. Çalışma durumu değişkeninin Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilediği, herhangi bir işte çalışan hasta yakınlarının Pozitif Dini

Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.012$). Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, şu anda ailesinde veya kendisinde Covid-19 olma durumu değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; okuryazar olan hasta yakınlarının okul mezunu olan hasta yakınlarına göre Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.027$). Herhangi bir işte çalışan hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.045$). Şu anda ailesinde veya kendisinde Covid-19 olan hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.008$). Yaş, medeni durum, aile tipi ve kronik hastalık varlığı, değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Dini Başa Çıkma Ölçeği	
		Pozitif Dini Başa	Negatif Dini Başa
PCR			
Negatif	101	23.12±2.41 23 (20-28)	9.34±1.43 9 (6-12)
Pozitif	46	23.11±2.21 22.5 (20-27)	9.83±1.52 9 (7-12)
Test**	z	-0.038	-1.278
	p	0.970	0.201
Tanı alma süresi			
1-6 ay	91	22.82±2.09 22 (20-27)	9.56±1.34 9 (6-12)
7-12 ay	6	24.50±2.81 26 (20-27)	9.17±2.04 9.5 (6-12)
13-24 ay	19	23.00±2.33 23 (20-28)	8.68±1.29 9 (6-11)
24-36 ay	19	23.37±2.99 23 (20-28)	9.84±1.57 10 (7-12)
37 ay ve üstü	12	24.42±2.50 24.5 (20-28)	9.83±1.95 9.5 (7-12)
Test*	KW	6.116	6.740
	p	0.191	0.150
Hastalık nedeniyle ameliyat olma durumu			
Evet	62	23.16±2.49 23 (20-28)	9.19±1.46 9 (6-12)
Hayır	85	23.08±2.24 23 (20-28)	9.71±1.45 9 (6-12)
Test**	z	-0.056	-2.149
	p	0.956	0.032

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanları ve alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.7’de yer almaktadır. PCR testi sonucu, tanı alma süresi ve hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumu değişkenlerinin hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalık nedeniyle ameliyat olan terminal dönem hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.032$). PCR testi sonucu ve tanı alma süresi değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Dini Başa Çıkma Ölçeği	
		Pozitif Dini Başa	Negatif Dini Başa Çıkma
Hastayla olan yakınlık derecesi			
Eşim	24	23.79±2.47 24 (20-27)	9.63±1.76 9 (6-12)
Annem/Babam	56	22.80±2.50 22 (20-28)	9.54±1.40 9 (7-12)
Kardeşim	26	23.65±1.98 23.5 (20-27)	9.54±1.45 9 (7-12)
Çocuğum	6	22.00±1.26 22.5 (20-23)	9.33±0.52 9 (9-10)
Akraba	35	22.94±2.30 22 (20-28)	9.31±1.55 9 (6-12)
Test*	KW p	6.514 0.164	0.673 0.955
Hasta ile aynı evde yaşama durumu			
Evet	62	23.66±2.39 23 (20-28)	9.45±1.56 9 (6-12)
Hayır	85	22.72±2.23 22 (20-28)	9.52±1.41 9 (6-12)
Test**	z p	-2.361 0.018	-0.188 0.851
Bakmakla yükümlü olunan başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk varlığı			
Evet	109	22.99±2.36 22 (20-28)	9.56±1.29 9 (6-12)
Hayır	38	23.47±2.29 23 (20-27)	9.29±1.90 9 (6-12)
Test**	z p	-1.226 0.220	-1.172 0.241

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı (Devamı)

Özellikler	<i>n</i>	Dini Başa Çıkma Ölçeği	
		Pozitif Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm Sd$	Negatif Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm Sd$
Ailede daha önce aynı tanıyı alan başka bir birey varlığı			
Yok	123	23.15±2.41 23 (20-28)	9.44±1.49 9 (6-12)
Var	24	22.96±1.99 22.5 (20-27)	9.75±1.36 9 (7-12)
<i>Test**</i>	<i>z</i> <i>p</i>	-0.077 0.939	-0.897 0.370
Hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu			
Hayır	25	23.28±2.41 22 (20-27)	9.12±1.74 9 (6-12)
Kısmen	69	23.03±2.35 22 (20-28)	9.64±1.48 9 (6-12)
Evet	53	23.15±2.34 23 (20-28)	9.47±1.32 23 (20-28)
<i>Test*</i>	<i>KW</i> <i>p</i>	0.335 0.846	2.537 0.281

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8’de hasta yakınlarının özelliklerine göre Dini Başa Çıkma Ölçeği puanlarının dağılımı verilmiştir. Hasta ile aynı evde yaşayan hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.018$). Hasta yakınının hastaya olan yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olunan başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk varlığı, ailede daha önce aynı tanıyı alan başka bir birey varlığı ve hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hasta yakınının hastaya olan yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakmakla yükümlü olunan başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk varlığı, ailede daha önce aynı tanıyı alan başka bir birey varlığı ve hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu değişkenlerinin hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği			
		Maneviyat	Dinsellik	Bireysel	Toplam
Yaş					
30 yaş ve altı	45	27.28±4.77 26 (18-40)	15.28±2.84 16 (8-20)	13.33±2.16 13 (10-17)	55.91±6.23 55 (40-72)
31-40 yaş	42	27.16±4.35 27 (18-37)	16.45±2.76 16.5 (10-	13.80±2.70 13.5 (10-	57.42±6.54 56.5 (45-
41-50 yaş	30	28.23±4.31 28.5 (21-41)	15.86±2.31 16.5 (10-	13.73±2.95 14 (9-20)	57.83±6.47 57 (44-71)
50 yaş ve üstü	30	28.76±3.89 28.5 (22-39)	15.80±2.12 16 (10-20)	13.43±2.64 13 (10-19)	58.00±6.50 58 (42-74)
Test*	KW p	3.412 0.332	3.019 0.389	0.632 0.889	3.947 0.267
Medeni durum					
Evli	115	27.85±4.12 27 (18-41)	16.00±2.50 16 (8-20)	13.66±2.66 13 (9-20)	57.53±6.25 57 (42-74)
Bekar	32	27.37±5.30 26 (18-40)	15.25±2.89 15.5 (10-	13.21±2.23 14 (10-17)	55.84±6.91 55 (40-70)
Test**	z p	-0.785 0.432	-1.589 0.112	-0.589 0.556	-1.370 0.171
Aile tipi					
Çekirdek	121	27.76±4.54 27 (18-41)	15.74±2.68 16 (8-20)	13.53±2.51 13 (9-20)	57.04±6.64 56 (40-74)
Geniş	16	26.75±3.37 26 (22-34)	16.31±1.85 17 (12-20)	14.50±2.96 14.5 (10-	57.56±5.37 57 (46-69)
Parçalanmış	10	29.10±3.92 27.5 (25-37)	16.30±2.62 16 (13-20)	12.50±2.46 12.5 (10-	57.90±5.54 57.5 (51-
Test*	KW p	2.422 0.298	0.734 0.693	3.155 0.207	0.340 0.844
Eğitim durumu					
Okur yazar	6	30.33±3.32 30.5 (25-35)	17.16±1.32 17 (16-19)	13.16±2.04 13 (11-17)	60.66±5.24 60 (54-70)
İlkokul	19	27.94±5.14 26 (20-39)	15.52±1.83 16 (11-17)	14.15±2.54 14 (10-19)	57.63±7.39 57 (44-74)
Ortaokul	23	27.69±3.28 27 (22-33)	15.82±2.22 16 (10-20)	13.47±2.85 14 (10-20)	57.00±5.16 57 (42-65)
Lise	56	27.94±4.57 27 (18-41)	15.78±3.01 16 (8-20)	13.85±2.65 14 (9-20)	57.58±6.71 56.5 (45-
Yükseköğretim ve	43	27.06±4.46 26 (18-40)	15.88±2.65 16 (10-20)	13.04±2.38 13 (10-20)	56.00±6.31 55 (40-69)
Test*	KW p	4.372 0.358	2.281 0.684	3.959 0.412	4.150 0.386

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.9. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı (devamı)

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği			
		Maneviyat ve manevi bakım $\bar{X} \pm Sd$	Dinsellik $\bar{X} \pm Sd$	Bireysel bakım $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
Çalışma durumu					
Çalışıyor	93	27.63±3.95 27 (18-41)	15.86±2.87 16 (8-20)	13.72±2.49 14 (10-20)	57.21±6.01 56 (45-72)
Çalışmıyor	54	27.94±5.10 27 (18-40)	15.81±2.07 16 (10-20)	13.31±2.71 13 (9-20)	57.07±7.12 57 (40-74)
Test**	z	-0.495	-0.408	-0.974	-0.276
	p	0.621	0.683	0.330	0.783
Kronik hastalık					
Yok	117	27.73±4.57 27 (18-41)	15.90±2.56 16 (8-20)	13.62±2.58 14 (9-20)	57.26±6.52 56 (40-74)
Var	30	27.80±3.69 27 (22-35)	15.60±2.76 16 (8-20)	13.37±2.58 13 (10-19)	56.77±6.06 57 (42-70)
Test**	z	-0.135	-0.638	-0.489	-0.041
	p	0.892	0.524	0.625	0.967
Şuanda ailesinde veya kendisinde Covid olma durumu					
Hayır	106	26.84±3.94 26 (18-39)	15.60±2.79 16 (8-20)	13.65±2.70 13 (9-20)	56.09±6.27 55 (40-74)
Evet	41	30.10±4.68 30 (22-41)	16.46±1.94 16 (12-20)	13.37±2.24 14 (10-19)	59.93±6.03 59 (46-72)
Test**	z	-3.637	-1.271	-0.464	-3.370
	p	≤0.001	0.204	0.643	0.001

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

a,b,c,d üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 4.9’da hasta yakınlarının özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Şuanda ailesinde veya kendisinde Covid-19 olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$).

Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, ailesinde veya kendisinde Covid-19 olma durumu değişkenlerinin hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Dinsellik ve Bireysel Bakım alt ölçekleri puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Ailesinde veya kendisinde Covid-19 olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların özelliklerine göre hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği			
		Maneviyat ve	Dinsellik	Bireysel	Toplam
PCR					
Negatif	101	26.92±4.06 26 (18-39)	15.65±2.83 16 (8-20)	13.91±2.68 14 (10-20)	56.49±6.39 56 (40-74)
Pozitif	46	29.57±4.61 29 (22-41)	16.26±1.96 16 (11-20)	12.83±2.18 13 (9-17)	58.65±6.29 58 (46-72)
Test**	z	-2.972	-0.781	-2.137	-1.778
	p	0.003	0.435	0.033	0.075
Tanı alma süresi					
1-6 ay	91	28.12±4.28 27 (20-41)	15.86±2.68 16 (8-20)	13.18±2.38 ^a 13 (9-20)	57.15±5.86 56 (46-72)
7-12 ay	6	25.17±3.60 25 (20-31)	15.00±2.45 16 (11-17)	12.83±2.04 ^a 13 (10-15)	53.00±4.47 55 (46-57)
13-24 ay	19	26.84±3.45 26 (20-33)	15.89±2.96 16 (10-20)	14.63±2.59 ^b 15 (10-20)	57.37±7.08 58 (40-69)
24-36 ay	19	27.00±5.26 27 (18-35)	16.05±2.32 17 (10-20)	13.05±2.55 ^a 13 (10-20)	56.11±7.39 57 (42-68)
37 ay ve üstü	12	28.83±5.24 29 (21-39)	15.75±2.14 16 (12-20)	16.08±2.75 16.5 (11-20) ^c	60.67±7.77 60.5 (44-74)
Test**	KW	3.901	1.167	15.367	6.339
	p	0.420	0.883	0.004	0.175
Hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumu					
Evet	62	27.84±4.69 27 (18-41)	15.73±2.72 16 (8-20)	13.92±2.68 14 (9-20)	57.48±7.03 56 (40-74)
Hayır	85	27.68±4.19 26 (18-40)	15.93±2.53 16 (8-20)	13.32±2.48 13 (10-20)	56.93±5.97 57 (42-70)
Test**	z	-0.144	-0.498	-1.374	-0.418
	p	0.886	0.618	0.169	0.676

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların özelliklerine göre hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Hastasının PCR testi sonucu pozitif olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.003$). Tanı alma süresi ve hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumu değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

PCR testi sonucu, tanı alma süresi ve hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumu değişkenlerinin hasta yakınlarının değişkenlerinin hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Dinsellik alt ölçek ve Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam ölçek puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastasının PCR testi sonucu pozitif olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Bireysel Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.033$). Tanı alma süresi 37 ay ve üstü olan hastaların yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Bireysel Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.004$). Hastalık nedeniyle ameliyat geçirme durumunun ise hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Bireysel Bakım alt ölçek puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği			
		Maneviyat	Dinsellik	Bireysel	Toplam
Hastayla olan yakınlık derecesi					
Eşim	24	28.13±3.34 29 (20-34)	16.21±2.28 16 (11-20)	13.29±2.03 14 (9-17)	57.63±4.90 58 (46-68)
Annem/Babam	56	28.11±4.60 27 (18-41)	15.57±2.54 16 (8-20)	13.68±2.55 13.5 (10-	57.36±6.69 56.5 (42-
Kardeşim	26	27.73±4.79 26 (20-40)	15.54±2.72 16 (10-20)	13.62±2.76 13 (10-20)	56.88±6.56 56 (40-72)
Çocuğum	6	26.33±3.33 26 (22-31)	17.00±2.76 17 (12-20)	12.67±2.88 12 (10-17)	56.00±6.54 56.5 (46-
Akraba	35	27.17±4.66 26 (18-35)	16.06±2.82 17 (8-20)	13.71±2.86 13 (10-20)	56.94±7.05 56 (45-71)
Test*	KW	1.891	3.520	0.878	0.818
	p	0.756	0.475	0.928	0.936
Hasta ile aynı evde yaşama durumu					
Evet	62	28.23±4.38 28 (20-40)	15.76±2.45 16 (10-20)	13.68±2.54 14 (9-20)	57.66±6.23 57 (40-74)
Hayır	85	27.40±4.40 26 (18-41)	15.91±2.72 16 (8-20)	13.49±2.62 13 (10-20)	56.80±6.57 56 (42-72)
Test**	z	-0.985	-0.847	-0.565	-1.037
	p	0.324	0.397	0.572	0.300
Bakmakla yükümlü olunan başka hasta/yaşlı/küçük çocuk varlığı					
Evet	109	27.83±4.12 27 (18-40)	15.83±2.73 16 (8-20)	13.67±2.53 14 (9-20)	57.34±6.22 57 (40-74)
Hayır	38	27.50±5.16 26 (18-41)	15.87±2.21 16 (11-20)	13.29±2.73 13 (10-20)	56.66±7.02 55.5 (44-
Test**	z	-0.536	-0.452	-0.892	-0.532
	p	0.592	0.651	0.372	0.595

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.11. Hasta yakınlarının özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı (devamı)

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği			
		Maneviyat ve manevi bakım $\bar{X} \pm Sd$	Dinsellik $\bar{X} \pm Sd$	Bireysel bakım $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
Ailede daha önce aynı tanıyı alan başka bir birey varlığı					
Yok	123	27.80±4.50 27 (18-41)	15.86±2.58 16 (8-20)	13.55±2.51 13 (9-20)	57.21±6.43 57 (42-74)
Var	24	27.50±3.90 26.5 (20-36)	15.75±2.77 16 (8-20)	13.67±2.94 13.5 (10-20)	56.92±6.49 55.5 (40-70)
Test**	z	-0.124	-0.181	-0.114	-0.181
	p	0.901	0.856	0.910	0.856
Hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu					
Hayır	25	27.44±4.73 27 (20-40)	15.48±2.79 16 (10-20)	13.24±2.80 13 (10-20)	56.16±6.63 56 (44-71)
Kısmen	69	28.22±4.93 28 (18-41)	15.86±2.49 16 (8-20)	13.84±2.64 14 (9-20)	57.91±7.02 57 (42-74)
Evet	53	27.28±3.41 26 (20-37)	16.00±2.68 16 (8-20)	13.37±2.39 13 (10-19)	56.66±5.43 56 (40-70)
Test*	KW	1.844	0.723	1.402	1.567
	p	0.398	0.697	0.496	0.457

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Hasta yakınlarının özelliklerine göre Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek ve alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakmakla yükümlü olunan başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk varlığı, ailede daha önce aynı tanıyı alan başka bir birey varlığı ve hastaya bakım vermenin diğer sorumlulukları etkileme durumu değişkenlerinin hasta

yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ile Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler		PDBÇ	NDBÇ	MMB	D	BB	MMBD Ö
PDBÇ	<i>r</i>	-	0.226**	-0.157	0.012	-0.095	-0.115
	<i>p</i>		0.006	0.058	0.887	0.255	0.164
NDBÇ	<i>r</i>	0.226**	-	0.132	0.156	-0.124	0.110
	<i>p</i>	0.006		0.110	0.058	0.133	0.184
MMB	<i>r</i>	-0.157	0.132	-	0.154	0.220**	0.822**
	<i>p</i>	0.058	0.110		0.062	0.007	≤0.001
D	<i>r</i>	0.012	0.156	0.154	-	-0.106	0.462**
	<i>p</i>	0.887	0.058	0.062		0.202	≤0.001
BB	<i>r</i>	-0.095	-0.124	0.220**	-0.106	-	0.501**
	<i>p</i>	0.255	0.133	0.007	0.202		≤0.001
MMBD Ö	<i>r</i>	-0.115	0.110	0.822**	0.462**	0.501**	-
	<i>p</i>	0.164	0.184	≤0.001	≤0.001	≤0.001	

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

PDBÇ: Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği

NDBÇ: Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği

MMB: Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçeği

D: Dinsellik alt ölçeği

BB: Bireysel Bakım alt ölçeği

MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Hasta yakınlarının Dini Başa Çıkma ile Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puanı ile Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçeği puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde korelasyon bulunduğu belirlenmiştir ($r=0.822$, $p\leq0.001$). Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puanı ile Dinsellik ve Bireysel Bakım alt ölçekleri puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $r=0.462$, $p\leq0.001$; $r=0.501$, $p\leq0.001$). Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçeği puanı ile

Bireysel Bakım alt ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r=0.220$, $p=0.007$).

Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği ile Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.226$, $p=0.006$).

Dini Başa Çıkma ile Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği alt ölçekleri puanları arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan terminal dönem hastaların ailelerinin manevi bakım beklentilerini ve dini başa çıkma yöntemlerini saptamak amacıyla yapılmış ve bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması 38.84 ± 11.19 yıl ve çoğunluğu evlidir (Tablo 4.1). Hasta yakınlarının %82.3' ü çekirdek ailede yaşarken tamamının sağlık güvencesi olduğu ve %20.4 'ünün kronik hastalığı olduğu saptanmıştır Dini başa çıkma ile ilgili literatüre bakıldığında cinsiyet değişkenine göre dini baş etme düzeyleri ve manevi bakım arasında farklı sonuçlara ulaşılmıştır (Pour ve Özvurmaz 2017; Çolak, 2020). 2018 yılında Babamohamadi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada cinsiyet, medeni durum, yaş değişkenleri ile hasta yakınlarının manevi bakım algısı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edildiğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise kadınların MMBDÖ puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kurt Sezer ve Geçkil, 2018). Yapılan çalışmalardaki farklılığın sebebinin terminal dönem hastasına bakım veren ya da hastanede tedavi sürecinde sürekli refakat eden aile bireylerinin çoğunluğunun evli olması, çekirdek ailede yaşaması ve kronik hastalığının olması aile içi rol değişikliğine neden olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma popülasyonumuzdaki hasta yakınlarının MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamasının (27.74 ± 4.39) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yılmaz ve Okyay (2009) çalışmasında MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalaması 25.10 ± 3.4420 olarak Kostak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ise bu değerin 25.88 ± 4.351 olduğu saptanmıştır. Bu sonuç araştırmaya katılan hasta yakınlarının maneviyatı ve manevi bakım konusunu önemsediklerini göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür ile benzerlik gösterirken Gönenç ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalaması 16.54 ± 3.3315 bulunmuştur. Bu farklılığın sebebinin hasta

yakınlarında dini ve kültürel inançlar, manevi değerler, aile yapısı, çevre, çalışma popülasyonundaki çeşitlilik vb. olarak düşünülebilir.

MMBDÖ dinsel alt boyut puan ortalamasının 15.84 ± 2.60 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin dinsel alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 20'dir. Bu değere göre hasta yakınlarının maneviyatın dini boyutuna önem verdiği söylenebilir. Dehghanrad ve arkadaşları 2020 yılında 300 hasta yakınıyla yaptıkları çalışmada aile bireylerinin %76.7'sinin manevi sağlık boyutu yüksek iken %23.3 'ünün orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Maneviyatın dini boyutunun hastalara umut verme, stresten uzak tutmayı kolaylaştırdığı ve olumlu bakış açısı getirdiğini vurgulamışlardır. MMBDÖ bireysel bakım alt boyut puan ortalaması 13.57 ± 2.57 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yılmaz ve Okyay'ın çalışmasında bu değer 11.13 ± 2.02 olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarında MMBDÖ toplam puan ortalaması 57.16 ± 6.41 olarak ve yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Kostak ve arkadaşları (2010) çalışmalarında MMBDÖ toplam puan ortalamasının 60.97 ± 7.92 olduğunu belirtmişlerdir. Góes ve Crossetti, 2020 yılında yaptıkları çalışmada yaşamın son dönemine kadar maneviyata ihtiyaç olduğunu buna yönelik hastaya bakım verilmesi gerektiğini savunmuşlar. Ayrıca maneviyat algısı yüksek ve manevi bakım verebilme yeterliliğine sahip hemşirelerde manevi refah ve maneviyata yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bu sonuçlar ışığında hasta yakınlarının maneviyatı ve manevi bakım beklentilerinin karşılandığı ve bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Hasta yakınlarının kültürel faktörleri ve dini değerleri bu sonucu etkileyebilir. Terminal dönem hastasına bakım veren hemşirelerin de hastaya şefkatli ve ilgili yaklaşıtları söylenebilir. Hemşirelik mesleğinin temelinde sağlıklı ya da hasta bireyi bütüncül bakım çerçevesinde sahiplenmek vardır. Maneviyatta bu bütünlüğü oluşturan temel değerlerdendir.

Manevi değerlerin soyut ve sübjektif olması sebebiyle fark edilmesi oldukça zordur. Bu sebep ile manevi bakım vermeyi ve ölüme karşı dini başa çıkmayı tanımlamak için eğitimin önemli olduğu belirtilmiştir (Nalayeh, 2018). Hasta yakınlarının eğitim düzeyleri ile negatif dini başa çıkma alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında okuryazar olan hasta yakınlarının herhangi bir okul mezunu olan hasta yakınlarına göre Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.027$) (Tablo 4.6). Bulgular

gösteriyor ki eğitim düzeyi arttıkça olumsuz dini başa çıkma mekanizmaları azalmıştır. Sohail (2020), Pakistan’da kronik hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre dini başa çıkma stratejilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda eğitim seviyesi ile dini baş etme arasında ters yönde ilişki bulunmuştur.

Kes ve Yıldırım (2020) hastaların ailelerine yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi ile ölüme karşı tutum, dini baş etme arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak Hood ve arkadaşları (2005) ise çalışmalarında yüksek eğitim düzeyinin manevi deneyimler ve dini baş etme ile doğrudan ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi ve Negatif Dini Başa çıkma arasındaki ilişkinin farklı sonuçlarda olan çalışmalar vardır. Bu çalışmaların yapıldığı ülke, kültürel etmenler, inanış şekilleri gibi etkenler sonuçların farklılaşmasına sebep olabilmektedir.

Terminal dönem hastasına bakım veren aile üyelerinin günlük yaşam aktiviteleri kesintiye uğramakla birlikte mesleki rollerinde aksamalar meydana gelmektedir. Çalışma popülasyonumuzun çoğunluğunu herhangi bir işte çalışan kesim oluşturmaktadır (n=93). Hasta yakınlarının çalışma durumu değişkeniyle pozitif dini başa çıkma alt boyut puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Karakartal (2017) tedavi süresince terminal dönemde olan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmada iş durumunun aksaması sebebiyle maddi sorunların ortaya çıktığını, aile üyeleri bakım vermekle yükümlü olduğu için sosyal hayatın kısıtlılığı gibi problemlerin oluştuğunu ortaya koymuştur. Tuna ve Olgun (2010) çalışmasında ise hasta yakınlarının %71.82’sinin herhangi bir işte çalışmadığını saptamıştır. Çalışmamız terminal dönemde olan hastaların yakınlarını oluşturduğundan terminal dönemdeki hastanın bakımı, bakım için harcanan zaman ve yoğun bakımlarda ziyaret saatinin belirli zamanlarda olmasına bağlı kısıtlılık göz önüne alındığında aile üyelerinin iş hayatını etkiliyor olması düşünülebilir.

Dünyanın gündeminde olan ve hızla yayılan Covid-19 pandemisinin sonucu olarak görülen korku, yalnızlık, izolasyon ve hastalık ailelerde ve sağlık çalışanlarında manevi bakımın ön plana alınması önem gösteren bir konudur (Ferrell ve Ryan. 2020). Şu anda ailesinde veya kendisinde Covid-19 tanısı alan hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Araştırmadan elde edilen bulgular; hasta yakınlarının kullandığı dini başa çıkma

yöntemlerinin içinde bulundukları stresten dolayı kötü etkilendiklerini düşündürmektedir.

Hastanın kendisinde veya yakınında Covid-19 olan bireylerde MMBDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu sonuç hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri yüksek olduğunda psikolojik olarak hastalıkla baş etmede etkili olduğunu ve anksiyete düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Kasapooğlu (2020), Covid-19 salgını sürecinde bireylere uyguladığı maneviyat alt ölçeğinde anlamlı pozitif yönde ilişki bulmuş ($p<0.01$) ve maneviyatın Covid-19 pandemisinin oluşturduğu stresin, bireylerin hayatlarında yeni umutların ve amaçların oluşmasını dini ve manevi değerlerle bağlantı kurarak psikolojilerinin sağlam kaldığını savunmuştur. Akkuş ve arkadaşlarının (2021) onkoloji ve kanser hastasının bakım veren yakınları ile yaptıkları çalışmada Covid-19 ile ilgili görüşleri sorulduğunda çoğu (%75.6) hastalığa yakalanmaktan korktuğunu ve sürekli hastane ortamında bulunmaları sebebiyle yüksek risk altında olduğunu düşündüğünü ortaya koymuştur. Kaplan ve arkadaşlarının (2020) Covid-19 pandemi süresinde 3597 kişiyle toplumun farklı kesimlerinde yapılan araştırmada %88.2'si manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. %66.2 ise salgın, afet vb. durumlarda insanların duygu ve düşüncelerini ifade edebileceği din ve maneviyat bakımından uzman bir kişinin olması gerektiğini düşünmektedir. Yoğun bakım, palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören ve Covid-19 tanısı alan terminal dönem hastaları manevi bakıma ve hastalıkla dini baş etmeye en çok ihtiyaç duyan hasta grubudur (Ferrell ve ark., 2020; Bahramnezhad Asgari, 2021). Ülkemizde yapılan Covid-19 pandemi döneminde terminal dönem hastaların yakınlarıyla ilgili çalışmaların yetersiz olduğu belirtilmelidir. Bu araştırma yapılırken de aile fertlerinin terminal dönemde olan hastalarına yönelik manevi bakım beklentileri ve dini başa çıkma düzeylerinin incelendiği yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır.

Yoğun bakımdaki hastası ameliyat olan hasta yakınlarının Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Hastalık karşısında dini baş etme yönelimi arttıkça kaygı, endişe gibi duyguların azaldığı görülmektedir. Planlanan ameliyatlarda hastalarda manevi yönelimde artış olması yaşama umutla bakmayı sağlayarak hastalıkla baş edebilmeyi kolaylaştırır. Kelly ve arkadaşlarının 2021 yılında çoğunluğu kadınlardan (%75.8) oluşan kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada kansere yönelik

ameliyat geçiren hastalarda manevi gereksinimlerin dini kavram olarak algılayıp bir din görevlisi tarafından karşılanması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Hasta ile aynı evde yaşayan hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Hasta ile aynı evde yaşayan bakım veren aile üyelerinin hastalığı kabullenme sürecinde hasta birey ile beraber olmaları dini başa çıkmayı olumlu etkilemiştir. Çalışma bulgularımıza paralel olarak kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada hastasıyla aynı evde yaşayan bireylerin yaşamayanlara göre tanıyı kabullenme durumu haricinde alt boyut puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (Toptaş, 2013). Terminal dönemde olan hastanın bakımını üstlenen aile üyeleri, ağır sorumluluklar altındadır. Aile fertleriyle aynı evde yaşayan hastanın hastalığa bağlı istediği talepler, acı çektiği için sesler çıkarması, her koşulda yardım beklemesi fakat ev ortamında karşılanamaması, uykusuz kalınan zamanlar, fiziksel olarak yorgun hissetmesi zorluklar arasında sayılabilir. Sevilen birinin yaşamı tehdit edici hastalığa sahip olduğunun bilinmesi, hastaneye yatış süresinin izlenmesi ve onu kaybetme endişesiyle baş etmek oldukça güçtür. Bu yüzden manevi sağlığa ve dini inanç ve değerlere önem vermek fayda sağlayacak en iyi psikolojik destektir. Sağlık personelleri aile ile iş birliği yaparak aileye yardım etmenin yolları belirlenmelidir.

Tanı alma süresi 37 ay ve üstü olan hastaların yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Bireysel Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Devi ve Fong, 2019 yılında yaptığı farklı etnik kökenli 28 hastanın olduğu çalışmada, hastaların kanser tanısı konulduktan sonra Tanrı/Allah'a yakın olmak için dua ederek, meditasyon yaparak manevi ritüellerini yerine getirmişlerdir. Bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada ise 13.84 ± 11.88 yıldır ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım veren aile üyelerinde psiko-sosyal uyumda bozulma olduğu, tanı alma süresi arttıkça ve hastanede kalma zamanı arttıkça hasta yakınlarının bakım verme yükünün de arttığını belirtmişler (Arabacı ve ark., 2018). Çalışma bulgularımızda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir. Yaşamı tehdit edici hastalıklar aile yapısını derinden etkilenmesine rağmen aile fertleri psikolojik olarak destek vermeye ve içinde bulundukları üzüntü verici durumu hissettirmemeye özen gösterirler. Aile üyeleri hastalık tanısını

öğrendikten sonra hayatın anlam ve amacını algılayıp manevi yönün etkisiyle hastalığın kabullenme sürecine girerler.

Hastasının PCR testi sonucu pozitif olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Test sonucu pozitif olan hastaların aile üyelerinde maneviyata yönelim daha fazla olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde PCR testi ile hasta yakınlarında manevi yönelimin kıyaslandığı herhangi bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır. Bunun sebebi Covid-19'un hızlı yayılan bir hastalık olduğu için hastanelerde ziyaretçi yasağının getirilmesi, hasta yakınlarının hastalarına yardım edememeleri, kendilerine bulaşma risklerinin olması ve karantina sürecinde hastanede sosyal izolasyonda olmaları sebebiyle sıkıntılar yaşanmıştır. Özellikle yoğun bakım ünitesinde hastaları olan ailelerin sağlık personeli tarafından etkili iletişimle manevi bakım konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerekir.

Terminal dönemde hastası olan hasta yakınlarının MMBDÖ toplam puanı ile Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçek puanını karşılaştırdığımızda yüksek düzeyde pozitif yönde korelasyon bulunduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). MMBDÖ puanları arttıkça alt boyut puanları da anlamlı şekilde artış göstermektedir. Yani hasta yakınlarının maneviyatı anlamlandırmaları ve manevi bakıma önem vermeleri hastalara verilen bakım konusunda beklentilerini karşılandığı görülmektedir. Maneviyat, bireyin benimsediği değerlerin, inanışların, yaşama yönelik deneyimlerinin ve hayattaki anlam arayışının bütününe içeren bir kavramdır (Shaha ve ark., 2020). Bu sonuç, maneviyatı az olan hasta yakınlarının terminal dönem hastasında manevi bakım gereksinimlerinin farkında olmadığını gösterir.

Sülü Uğurlu ve Başbakkal'ın 2013 yılında yaptığı hasta yakınlarının manevi destek ihtiyaçlarını belirlemek için yaptığı çalışmada aile üyelerinin maneviyatı benimseyerek olumlu bakış açısıyla değerlendirip kendilerini daha güçlü hissettiklerini ve yapılan tıbbi girişimlere güvendiklerini belirtmiştir. Badır ve arkadaşları (2016) yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin %78.4'ü terminal dönem hastalarının bakımlarına ailelerin dahil olmasının önemli olduğunu, dini ve manevi görevlerin sağlanması gerektiğini %48'i ise son dönem hastaların hastane yerine evde palyatif bakım alması gerektiğini belirttiklerini ortaya koymuşlardır.

Rachel ve arkadaşları 2019 yılında hemşirelerin manevi bakım sunmasıyla ilgili yaptıkları çalışmada manevi ihtiyaçların karşılanması sonucunda hastalarda daha hızlı bir iyileşme görüldüğünü tespit etmişlerdir. Manevi bakımın verilmesinde hemşirelerin önemli rolü olduğu görülmektedir. 200 hemşirenin katılımıyla sağlanan nicel bir araştırmada manevi bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin klinik deneyime sahip fakat manevi bakım eğitimi almamış hemşirelere göre hastalara verilen bakımın kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wu ve ark., 2016). Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu manevi bakıma yönelik vakit ayırma, hasta yakınlarının kaygılarını azaltma, üzüntülerine karşı empati kurma, aile fertlerinin kültürel inançlarına, dini değerlerine saygı duymayı içermektedir. Çalışmamızdaki bu bulgular terminal dönem hastalarının manevi bakımın gerekliliğini gösterdiği için önemlidir. Maneviyatı dini de kapsayan bir kavram olduğu düşünüldüğünde; hasta yakınları dini bir sığınma aracı olarak görüyor olabilirler. Gruplar arasındaki farklılıkların sebebi kültürel etkenler ve aile yapısı olduğu olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Yoğun bakım ünitesinde yatan terminal dönem hastaların yakınlarının manevi bakım ve dini baş etme yöntemlerinin araştırıldığı bu çalışmada;

-Hastaların çoğunun (%61.9) terminal dönemde olduklarının tanınması 1-6 aylık dönemi kapsamaktadır.

-Hasta yakınlarının %42.2'sinin hastasıyla aynı evde yaşadığı aynı zamanda bakmakla sorumlu olduğu yaşlı ve küçük çocuğa sahiptirler. Çalışmamızdaki popülasyonun % 82.3'ünün çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir.

-Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde hastaların yakınlarının yaş, medeni durum, aile tipi, kronik hastalık varlığı, şuanda ailesinde veya kendisinde Covid-19 olma durumu değişkenlerinin ise hasta yakınlarının Pozitif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Fakat okuryazar olan hasta yakınlarının okul mezunu olan hasta yakınlarına göre Negatif Dini Başa Çıkma alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.027$).

-Çalışmada hasta yakınlarının pozitif dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları 23.11 ± 2.34 ve negatif dini baş etme ölçeği toplam puan ortaları ise 9.48 ± 1.47 'dir. Bu sonuç doğrultusunda hasta yakınlarının çoğunluğunun olumlu dini baş etme yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir.

- Hastasının PCR testi sonucu pozitif olan hasta yakınlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği bireysel bakım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.033$).

- Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puanı ile Maneviyat ve Manevi Bakım alt ölçeği puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde korelasyon bulunduğu belirlenmiştir ($r=0.822$, $p \leq 0.001$). Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği toplam puanı ile Dinsellik ve Bireysel Bakım alt ölçekleri puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.462$, $p \leq 0.001$; $r=0.501$, $p \leq 0.001$.) Bu verilere göre, maneviyat ve manevi bakım hasta yakınları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ailelerin manevi gereksinimleri için uygun ortam ve koşullar sağlanmalıdır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler sonucunda;

-Günümüzde hizmet sağlayan hospis bakım, palyatif bakım merkezleri artırılmalı, sağlık çalışanlarının sayısal yeterliliğinin sağlanması, hastaya verilen manevi bakım kadar hasta yakınının da manevi destek ihtiyacı karşılanmalıdır.

-Hasta yakınlarının kültürel değer ve inançlarına göre verilen manevi desteğin sağlanmasını engelleyen sıkıntılar tanımlanmalıdır.

-Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönem hastaları, yoğun bakım hemşiresinin, hasta ve ailesine maneviyat ve manevi bakımın sağlaması bilgi, beceri ve deneyimine bağlıdır. Bu sebeple, son dönem hastasına bakım veren hemşirelerin lisans programına maneviyat ve manevi bakım ile ilgili ders içerikleri yeterli düzeyde dahil edilebilir.

-Maneviyat ve manevi bakım kavramlarının yaygınlaşması için sağlık çalışanlarına katkı sağlayabilmek adına hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, seminer programlarının yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- Akbolat M, Ünal Ö, Karakaya BG. Turkish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2020; DOI:10.1177/0030222820930139.
- Akkuş Y, Karacan Y, Ünlü K, Deniz M, Parlak A. The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, 2021; 32(2): 1863-1872.
- Altaş, H. Ölüm Olgusu Ve Hasta Yakınlarında Ölüme İlişkin Tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi*, 2020; (82): 139–150.
- Asgar Pour H, Özurmaz S. Hemşirelik ve Ebelik İntörn Öğrencilerinde Manevi Bakıma Yönelik Algı ve Uygulama Modelinin Değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2017; 7(3): 225-233.
- Aslan Y. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2020; 2(1): 19-27.
- Atkinson Smith M, Torres L, Burton TC. Patient Rights at the End of Life: The Ethics of Aid-in-Dying. *Professional Case Management*, 2020; 25(2): 77–84.
- Avcu R. , Gökhan Ş, Pamukçu Günaydın G, Özhasenekler A, Tanrıverdi F , Kurtoğlu Çelik G , Şener A. How Would Doctors Want to Die if They Had a Terminal Stage Illness? A Survey Study. *Ankara Medical Journal*, 2018; 18(4): 575-583.
- Ayten A. Din ve sağlık: bireysel dindarlık, sağlık davranışları ve hayat memnuniyeti ilişkisi üzerine bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2013; 13(1): 7-31.
- Babamohamadi H, Ahmadpanah MS, Ghorbani R. Attitudes toward spirituality and spiritual care among Iranian nurses and nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 2018; 57(4): 1304-1314.

- Baczewska B, Block B, Jedrych M, Kropornicka B, Drop B, Zwolak A. Hope of patients in the terminal phase of cancer and place of residence. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2019; 26(4): 636-643.
- Badır A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, Miral M, Ersoy N, Akın E. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nursing in critical care*, 2016; 21(6): 334-342.
- Bahar A, Ovayolu N, Ovayolu Ö. Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve Hemşirelik yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019; 6(1): 42-58.
- Bahramnezhad F, Asgari P. 2020: The heroes with the Lamp and Corona-virus pandemic, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2021; 26(6): 64-72.
- Baysan Arabacı L, Büyükbayram A, Aktaş Y, Taşkın N. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018; 9(3): 175-185.
- Berk D, Durna Z, Akın S. Kemoterapi Uygulanan Kanser Hastalarında Ağız Bakımı Uygulamaları ve Ağız Bakım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2020; 30(1): 61-70.
- Bhyan P, Pesce MB, Shrestha U, Goyal A. Palliative Sedation In Patients With Terminal Illness. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470545/> Erişim tarihi: 14.11.2021.
- Bilgin F. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, 2017: 241-242.
- Biro AL. Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *Journal of Nursing Management*, 2012; 20 (8): 1002-1011.
- Bruera E, Billings JA, Lupu D, Ritchie CS; Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *J Pain Symptom Manage*, 2010; 39 (4) :743-755.

- Bulut H.K., Meral B. Öğrenci Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019; 8(4): 353–362.
- Bülbül Maraş G. Terminal Dönemde Olan Yaşlıda Destek Bakım Ve Ölüm Kavramı, In:Yaşlıda Destek Ve Bakım .Karadakovan A. (Edt), Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2020: 482.
- Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. British Medical Journal, 2004; 328 (7454): 1470.
- Chen J, Lin Y, Yan J, Wu Y, Hu R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: a systematic review. Palliative Medicine, 2018; 32(7): 1167-1179.
- Cimete G. Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul, 2002: 137-142.
- Çavdar İ. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. Türk Onkoloji Dergisi, 2011; 26(3): 142-147.
- Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. Journal of Academic Research in Nursing, 2017; 3(1): 37–42.
- Çolak MB. İşsizlik, Stres ve Dini Başa Çıkma, Yüksek Lisans Tezi, Çorum Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2020: 139-142.
- Damak N, Karakoç Kumsar A. Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve İyi Ölüme Yönelik Algıları. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 2020; 3(1): 1-14.
- Davidson JE, Aslakson R.A, Long A.C, Puntillo K.A, Kross E.K, Hart J, Cox C E, Wunsch H, Wickline M. A, Nunnally M. E, Netzer G, Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y, Kon, A.A, CurtisJ.R. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Critical care medicine, 2017; 45 (1): 103–128.
- Davies B, Reimer J.C, Brown P, Martens N. Fading Away: The Experience of Transition in Families with Terminal Illness, 1st Edition. Routledge, New York, 1995; ss 124-130.

- Dehghanrad F, Mosallanejad M, Momennasab M. Anxiety in Relatives of Patients Admitted to Cardiac Care Units and its Relationship with Spiritual Health and Religious Coping. *Invest Educ Enferm*, 2020; 38(3), DOI: 10.17533/udea.iee.v38n3e10.
- Devi M. K, Fong, KCK. Spiritual experiences of women with breast cancer in Singapore: A qualitative study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 2020; 6 (2): 145-150.
- Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 5(1): 48-53.
- Ekşi, H. Başaçıkma, Dini Başaçıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü, 2001: 67-74.
- Ellington L, Billitteri J, Reblin M, Clayton MF. Spiritual care communication in cancer patients. *Seminars In Oncology Nursing*, 2017; 33(5): 517-525.
- Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/Dosyalar/GHS/2013/3/21d66334-daf7-4b2e-b0db-1bedd32b1738.pdf>. Erişim tarihi: 10.11.2021.
- Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*, 2018; 29(1): 17-22.
- Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 8 (1): 37-45.
- Ergül Ş, Temel AB. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007; 23(1): 75-87.
- Eryücel S. Yaşam Olayları Ve Dini Başaçıkma, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013: 56-59.
- Esendir İşbilen N, Kaplan H. Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, 2018; (73): 317-332.
- Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Cuidados paliativos e*

- espiritualidade: revisao integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, 2016; 6(3): 591-601.
- Fadıloğlu Ç, Aksu T. İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2013; 29(1): 1-15.
- Ferrel MN, Ryan JJ. The Impact of COVID-19 on Medical Education. *Cureus*, 2020; 12(3), DOI:10.7759/cureus.7492.
- Glover, T. L, Kluger, B. M. Palliative medicine and end-of-life care. *Handbook of clinical neurology*, 2019; (167): 545–561.
- Góes MGO, Crossetti MGO. Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness. *Rev Gaúcha Enferm*, 2020; (41): e20190150.
- Gönenç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 5(3): 34-38.
- Greer J.A, Applebaum A.J, Jacobsen J.C, Temel J.S , Jackson V.A. Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2020; 38(9): 915-925.
- Grunfeld E., Coyle D , Whelan, T. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, 2004; 170 (12): 1795-1801.
- Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*, 2019; 90(4): 44-55.
- Hood R, W Jr, Hill PC, Williamson WP. *The Psychology of Religious Fundamentalism*. Guilford Press, New York 2005; ss 122-135.
- Hosseini FA, Momennasab M, Yektatalab S, Zareiyan A. Presence: the cornerstone of spiritual needs among hospitalised patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 2019; 33(1): 67-76.
- Huffman JL, Harmer B. End of Life Care. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>*. Erişim tarihi: 12.12.2021.
- Hutchinson M. *Healing the whole person: The spiritual dimension of holistic care*. LearnWell Institute, Inc a California Nonprofit Public Benefit Corporation 1997.

- İbrahimoğlu Ö. Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2017; 4(3): 216-220.
- Kaplan H, Sevinç K, İşbilen N. Doğal Afetleri Anlamlandırma ve Başa Çıkma: Covid-19 Salgını Üzerine Bir Araştırma. Electronic Turkish Studies, 2020; 15(4): 579-598.
- Kara T. Terminal Dönem Kanser Hastalarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2017: 6-20.
- Karaca S, Işıl Ö. Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler : Bir Gözden Geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(1): 83-87.
- Karadaş C, Özdemir L. Deliryumun yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar ve hemşirenin sorumlulukları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2019; 10(2): 137-142.
- Karakartal, D. Tedavi Sürecindeki Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 2017; 3(2): 96-109.
- Kasapoğlu F. Psikolojik danışmanların danışma sürecinde manevi konulara yönelik tutumlarının manevi yönelimleri ve etkili danışman nitelikleri açısından incelenmesi, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2019: 38-41.
- Kasapoğlu, F. COVID-19 Salgını Sürecinde Kaygı ile Maneviyat, Psikolojik Sağlamlık ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Electronic Turkish Studies, 2020; 15(4): 599-614.
- Kes D, Aydın Yıldırım T. The relationship of religious coping strategies and family harmony with caregiver burden for family members of patients with stroke. Brain Injury, 2020; 34(11): 1461-1466.
- Koku F, Ateş M. Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Deneyim ve Tutumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2016; 3 (2): 99-104.
- Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 218-225.

- Kumari A, Sangwan S. Importance of spirituality in the life of elderly. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 2020; 11 (4-6): 173–175.
- Kurt Sezer H, Geçkil E. Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2020; 7(2): 167-174.
- Kyota A, Kanda K. How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC Palliative Care*, 2019; 18 (1): 33.
- Lepherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? *International Journal of Nursing Practice*, 2015; 21(5): 566-574.
- Lewis ET, Harrison R, Hanly L, Psirides A, Zammit A, McFarland K, Dawson A, Hillman K, Barr M, Cardona M. End-of-life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. *Health Expect*, 2019; 22(3): 405-414.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 2002; 39(7): 723-734.
- Miniksar ÖH, Korkmaz Dişli Z, Tunç Z, Acun Delen L, Honca M. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışanların Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi: Anket Çalışması. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2020; 3(1): 61–68.
- Murgia C, Notarnicola I, Rocco G, Stievano A. Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nurs Ethics*, 2020; 27(5): 1327-1343.
- Nalayeh H. Addressing the cultural, spiritual and religious perspectives of palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 2018; 7 (1): doi: 10.21037/apm.2018.s016
- NIH. National Cancer Institute. Palliative Care in Cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>. Erişim Tarihi: 15.12.2021.
- Ören B, Dağci S. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Sorunlar, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2020; 24(3): 170–183.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, Sertöz ÖÖ, Eyigör C, Hophancı Bıçaklı D, Çalışkan Z, Özaydemir G, Güzel Y, Kuzeyli Yıldırım Y.

- Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. Ağrı, 2014; 26(2): 47-56.
- Özen B, Ceyhan Ö, Büyükelik A. Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death Studies*, 2020; 44(7): 412-418.
- Palmer Kelly E, Paredes A.Z, DiFilippo S, Hyer M, Myers B, McGee J, Pawlik, T.M, Tsilimigras D, Newberry, H. Do religious/spiritual preferences and needs of cancer patients vary based on clinical-and treatment-level factors? *Annals of Surgical Oncology*, 2020; (28): 59-66.
- Polat Ü , Atamer B. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Etkileyen Faktörler Ve Karşılanmamış Gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; 5(2): 38-47.
- Quinn KL, Stukel T, Stall N , Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, Goldman R, Cram P, Kavalieratos D, Detsky A , M Bell C. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. *The BMJ*, 2020; (370): 1-11.
- Rachel H, Chiara C, Robert K, Francesco S. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed for Health Professions*, 2019; 90(4): 44-55.
- Rasmussen, C.H, Johnson, M.E, Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1994; 29(4) :313-318.
- Rawlings D, Litster C, Miller-Lewis L, Tieman, J, Swetenham K. The voices of death doulas about their role in end-of-life care. *Health & social care in the community*, 2020; 28(1): 12-21.
- Ricci-Allegre P. Spiritual perspective, mindfulness, and spiritual care practice of hospice and palliative nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2018; 20 (2): 172-179.
- Robnett MK. Critical care nursing: Workforce issues and potential solutions. *Critical Care Medicine*, 2006; 34(3): 25–31.
- Sağlık Bakanlığı. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53), Erişilebilir: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>, Erişim tarihi:17.11.2021

- Sancar B, Yalcin AS, Açıkgöz I. An examination of anxiety levels of nursing students caring for patients in terminal period. *Pakistan journal of medical sciences*, 2018; 34(1): 94-99.
- Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 2005; 23(1): 19-33.
- Sekse R., Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 2017; 27(1-2): 21–38.
- Seyhan, B.Y. Ölüm Kaygısı Ve Dua Tutumu Üzerine Bir Araştırma. *Electronic Turkish Studies*, 2015; 10(2): 863-882.
- Seyyar A. Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Hukuku (2014), Erişim: [http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_17.pdf] Erişim tarihi: 12.12.2021.
- Silva G.C.N, Reis D.C.D, Miranda T.P.S, Melo R.N.R, Coutinho M.A.P, Paschoal G.D.S,Chaves É.D.C.L. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Revista brasileira de enfermagem*, 2019; 72(6): 1534-1540.
- Siwi AS, Rizqillah AF, Lestari A. Spirituality in Renal Failure Patients with Hemodialysis. In 1st International Conference on Community Health (ICCH 2019), Atlantis Press, 2020; 188-191.
- Sohail, M.M. Belief in God's Help During Hepatitis C: A Qualitative Study on Muslim Patients in Pakistan. *J Relig Health* , 2020; 59: 928–945.
- Sucaklı M. Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 2013; 7 (3): 52-57.
- Sülü Uğurlu, E, Başbakkal Z. Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spritüal Bakım) Gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013; 11(1): 17-24.
- Şahan FU, Terzioğlu F. Hemşirelerin Kanser Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; 9(4): 340-349.
- Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *J Contemp Med*, 2018; 8(2): 159-164.
- Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53 (3) :287-294.

- Thomas J, Barbato M. Positive religious coping and mental health among Christians and Muslims in response to the COVID-19 pandemic. *Religions*, 2020; 11(10): 498.
- Toptaş, S. Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013: 49-54.
- Triana, L, Sudjatmiko I.G. The Role of Religious Coping in Caregiving Stress. *Religions*, 2021; 12(6): 440.
- Tuna H.M, Olgun N. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2010; 17(1): 41-52.
- Turan Bahçecioğlu G, Mankan T, Polat H. Opinions of nurses about palliative care. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(1): 176-184.
- Turgut, A.Ş, Soylu G. Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2020; 31(2): 460-476.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 10 Aralık 2021).
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 15 Kasım 2021).
- Veras SMCB, Menezes TM de O, Guerrero-Castañeda RF, Soares MV, Anton Neto FR, Pereira GS. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. *Revista brasileira de enfermagem*, 2019; 72(2): 236-242.
- Wu LF, Tseng HC, Liao YC. Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 2016; (38): 36-41.
- Yapar HH. Palyatif bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019: 12-15.
- Yapıcı A , Koçak A. Türkiye’de Ruh Sağlığı, Maneviyat ve Dindarlık: Meta Analitik Bir Değerlendirme. *Din Değerler ve Sağlık*. Hökelekli H (Edt), Dem Yayınları, İstanbul, 2017: 65-115.
- Yıldırım D, Zülfünaz Ö, Bölüktaş R.P. Hemşirelerin Manevi Bakım Odaklı Yaklaşımları. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018; 6(13): 23-34.
- Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009; 11(3): 41-52.

Zheng Y, Cotton AC, He L, Wuest LG. Spirituality-integrated interventions for caregivers of patients with terminal illness: A systematic review of quantitative outcomes. *Journal of Religion and Health*, 2021; 60(4): 2939-2959.

Zinnbauer B.J, Pargament K.I, Scott A.B. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of personality*, 1999; 67(6): 889-919.



EKLER

EK-1.

TANITICI BİLGİ FORMU

1) Yaşınız

2) Yakınında PCR:

3) Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

3) Aile tipi/şekliniz nasıl?

1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış

4)Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuryazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Yükseköğretim ve üstü

5)Çalışma durumunuz nedir?

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

6)Sağlık güvenceniz var mı?

1.Var 2.Yok

7)Mesleğiniz nedir?

1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest meslek 6.
Diğer.....

8)Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?

☐ Eşim ☐ Annem/Babam ☐ Kardeşim ☐ Çocuğum ☐ Diğer

9)Hastanızla aynı evde mi yaşıyordunuz? : ☐ Evet ☐ Hayır

10)Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mıydı?

☐ Evet ☐ Hayır

11)Sizin kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet ise Belirtiniz: ve süresi.....

12) . Yakınınıza hastalık tanısı ne zaman kondu ?

(1-6ay ☐ 7- 12 ay ☐ 13- 24 ay ☐ 24 – 36ay ☐ 37 ay ve üstü

13 Yakınınızın tanısı nedir?

14. Yakınınız bu hastalık nedeniyle ameliyat oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

15. Ailede daha önce bu tanıyı alan başka bir birey oldu mu ? Evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz:

☐ Hayır ☐ Evet:.....

16. Hastanıza bakım vermek diğer sorumluluklarınızı etkiliyor muydu?

☐ Hayır ☐ Kısmen ☐ Evet ise neleri etkiler belirtiniz:

17.Şuanda ailenizde veya sizde Covid-19 olan var mı?

Hayır ☐ Evet ☐ ise karantina süreci uygulandı mı?

EK-2. MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM DERECELEME ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, değerlendiriniz ve yandaki uygun yeri işaretleyiniz.

- 1) KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 2) KATILIYORUM
- 3) BİLMİYORUM
- 4) KATILMIYORUM
- 5) KESİNLİKLE KATILMIYORUM

	1	2	3	4	5
1. Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
2. Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
3. Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
4. Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum					
5. Maneviyatın Tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum					
6. Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
7. Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
8. Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
9. Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum					
10. Maneviyatın, kişinin yaşamını, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum					

11. Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
12. Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum.					
13. Maneviyatın sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum					
14. Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
15. Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum					
16. Maneviyatın Tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum					
17. Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum					

EK-3. DİNİ BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra, hayatta bir problemle karşılaştığınızda genel olarak nasıl davrandığınızı düşünerek durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.					
(1) Hemen hemen hiç yapmam (2) Çok az yaparım (3) Orta derecede yaparım (4) Sıklıkla yaparım					
1	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'a daha yakın olamaya çalışırım.	1	2	3	4
2	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Bunun imanımı derinleştirmek için Allah'tan gelen bir imtihan olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
3	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sevgisini ve himayesini isterim.	1	2	3	4
4	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, teselli bulmak için Kuranı Kerim okurum.	1	2	3	4
5	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'tan bağışlanma dilerim.	1	2	3	4
6	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sabırlı olmayı emrettiğini kendime hatırlatırım.	1	2	3	4
7	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, elimden geleni yapar gerisini Allah'ın takdirine bırakırım.	1	2	3	4
8	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, işlediğim günahlardan dolayı Allah tarafından cezalandırıldığımı inanırım.	1	2	3	4
9	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın beni cezalandırılmasına neden olacak ne yaptığımı merak ederim.	1	2	3	4
10	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, yeterince sadık bir kul olmadığım için Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	1	2	3	4

EK-4.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Sayın gönüllü,

Bu çalışma sizin yoğun bakım ünitesinde yatan hastanızın bakımında dini başa çıkma ve manevi bakım derecelemenizi ölçmek için yapılacaktır. Bu çalışma ziyaret saatinde yapılacak olup 10-15 dakika sürecektir. Bu sürede sizlerden sorulara cevap vermeniz istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra çalışmadan herhangi bir gerekçe göstermeden istediğiniz aşamada ayrılabilirsiniz. Sizden alınan bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaçla toplantı ve kongrelerde isminiz ve kimlik bilgileriniz kullanılmamak kaydıyla yayımlanabilir. Bilimsel çalışmaya uygunluk değerlendirilmiş ve etik kurul izni ve kurum izinleri alınmıştır.

Çalışmaya katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: 24 saat ulaşabileceğiniz

Adı Soyadı: Hemşire Zuhâl ÇETİN

GÖNÜLLÜ OLURUM

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya istediğimde herhangi bir neden belirtmeden araştırmadan ayrılabilirim belirtildi. Bu çalışmaya özgür irademle ve hiçbir baskı altında olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

EK-5.

BAŞVURU NO: 135

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU
PROJE ONAY FORMU

Projenin Adı	"Terminal Dönemde Olan Hasta Yakınlarının Dini Başa Çıkma Yöntemleri ve Manevi Bakım Beklentileri"
Projenin Niteliği	Yüksek Lisans/Uzmanlık/Doktora Tezi
Proje Araştırmacıları	Zuhal ÇETİN (Sorumlu Araştırmacı) Betül ÖZEN (Danışman)
Sorumlu Araştırmacının Haberleşme Bilgileri	Zuhal ÇETİN (Sorumlu Araştırmacı) Betül ÖZEN (Danışman) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri KAYSERİ E-posta adresi: betulozen@erciyes.edu.tr

KARAR:

Etik Kurulumuza başvuran **Zuhal ÇETİN'in** "*Terminal Dönemde Olan Hasta Yakınlarının Dini Başa Çıkma Yöntemleri ve Manevi Bakım Beklentileri*" adlı Çalışması değerlendirilerek aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır.

Proje etik açıdan uygun bulunmuştur. ☒

Projenin etik açıdan geliştirilmesi gerekmektedir. ☐

Proje etik açıdan uygun bulunmamıştır. ☐

24/12/2019
ADI SOYADI

Etik Kurul Başkanı	Prof. Dr. Mustafa ARGUNŞAH
Etik Kurul Başkan Yrd.	Prof. Dr. Kasım KARAMAN
Üye	Prof. Dr. Celal YILDIZ
Üye	Prof. Dr. Mehmet AKKURT
Üye	Prof. Dr. Mustafa AKDAĞ
Üye	Prof. Dr. Mustafa DEMİRCİ
Üye	Prof. Dr. Handan ZİNCİR
Üye (Raportör)	Doç. Dr. Davut İLTAŞ
Üye	Doç. Dr. Burak ADIGÜZEL

EK-6.

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
29.11.2019	2019/ 58	60

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 29.11.2019 Cuma günü saat 16.00'da Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr.Salime MUCUK başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Zuhel ÇETİN'in "Terminal Dönemde Olan Hasta Yakınlarının Dini Başa Çıkma Yöntemleri ve Manevi Bakım Beklentileri" isimli tez çalışmasını Dr.Öğr.Üyesi Betül ÖZEN danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Öğretim Üyesi	Görevi
Doç.Dr.Salime MUCUK	Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Sultan TAŞCI	Üye
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye
Prof. Dr. Meral BAYAT	Üye
Prof. Dr. Handan ZİNCİR	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Nuray ŞİMŞEK	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Özlem CEYHAN	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Sevil ŞAHİN	Üye

EK-7

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.02.2020-18922



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Enstitü Yönetim Kurulu

Sayı :42081359/050.02.04/E. 18922

18/02/2020

Konu :Zuhal ÇETİN teze başlama

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Betül ÖZEN
Öğretim Üyesi

Danışmanı bulunduğunuz **Hemşirelik** Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi **Zuhal ÇETİN** 'in aşağıda adı belirtilen tez projesi; Enstitü Yönetim Kurulunun 12.02.2020 tarih ve 947 sayılı toplantısında Yönetmeliğin 40(1)maddesine göre kabul edilmiş ve tez çalışmalarına başlaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Bilal AKYÜZ
Enstitü Müdürü V.

Tezin Adı : "TERMİNAL DÖNEMDE OLAN HASTA YAKINLARININ DİNİ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ VE MANEVİ BAKIM BEKLENTİLERİ"
Teze Başlama Tarihi: 12.02.2020

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.erciyes.edu.tr/enVision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BEL5L272K

Pin : 01881

Köşk Mahallesi Kutadgu Bilig Sokak 38030 Melikgazi KAYSERİ
Telefon: +90 352 437 52 69
E-Posta: sagens@erciyes.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Esra Ağaç
Faks: +90 352 437 52 69
Elektronik Ağ: <http://sagens.erciyes.edu.tr>

TERMİNAL DÖNEM HASTALARIN AİLELERİNİN MANEVİ BAKIM BEKLENTİLERİ VE DİNİ BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 16	% 16	% 6	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.medipol.edu.tr	%2
İnternet Kaynağı		
2	docplayer.biz.tr	%2
İnternet Kaynağı		
3	acikerisim.nevsehir.edu.tr	%1
İnternet Kaynağı		
4	acikbilim.yok.gov.tr	%1
İnternet Kaynağı		
5	dergipark.org.tr	%1
İnternet Kaynağı		
6	docs.wixstatic.com	%1
İnternet Kaynağı		
7	ihslc.mehmetakif.edu.tr	%1
İnternet Kaynağı		
8	www.j-humansciences.com	%1
İnternet Kaynağı		
9	abakus.inonu.edu.tr:8080	<%1
İnternet Kaynağı		

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Zuhall ÇETİN

Uyruđu: T.C.

Eğitim Bilgileri

Üniversite: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu 2013-2017 (KIRŞEHİR)

Yüksek Lisans: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı 2018-2021 (KAYSERİ)

Unvan

Hemşire

Mesleki Deneyim

EKİM 2017 - : Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi