



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTA
YAKINLARININ SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE
ALGILANAN STRES DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Seçil GÜLHAN GÜNER

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

18 /07/2025

Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili aileme ve henüz 29 haftalık olan oğluma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim sürecimde desteğini benden esirgemeyen, bilimsel katkıları ve tecrübesiyle bana ışık tutan, her konuda beni destekleyen, daima yanımda olduğunu hissettiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Seçil GÜLHAN GÜNER'e,

Lisans ve lisansüstü eğitimim süresince, bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden değerli hocalarım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı emekli Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Yüksek lisans sürecim boyunca beni destekleyen Cerrahi Yoğun Bakımdaki tüm çalışma arkadaşlarıma,

Birlikte birçok deneyim paylaştığım ve yüksek lisans sürecinde her türlü desteği sağlayan çok değerli arkadaşlarım İlayda BEKTAŞ ve İlayda BİRŞEN'e

Çalışmamın yürütülmesine izin veren Rize Devlet Hastanesi Başhekimliği'ne,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına,

Her zaman yanımda olan, bana destek veren ve her konuda fedakârlık gösteren sevgili eşim Muhammed Ali ÇOLAKOĞLU'na ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ix

ÖZET

x

ABSTRACT

xi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

4

2.2. Yoğun Bakım Tarihçesi

4

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

4

2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

5

2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

6

2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

7

2.4. Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Edilmenin Hasta ve Hasta Yakınları Üzerine Etkileri

7

2.5. Spiritüallite Kavramı

9

2.6. Spiritüel İyi Oluş Tanımı

9

2.7. Spiritüel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler

10

2.8. Spiritüallite ve Hemşirelik

10

2.9. Stres Tanımı

11

2.10. Algılanan Stres Tanımı

11

2.11. Stresi Etkileyen Faktörler

12

2.11.1. Psikolojik Faktörler

12

2.11.2. Sosyal Faktörler

12

2.11.3. Ekonomik Faktörler

12

2.11.4. Fiziksel Çevre ve Sağlık Durumu

12

2.12. Stresle Başa Çıkma ve Hemşirelik	12
2.13. Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	15
3.1. Araştırma Türü	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	15
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri	16
3.6. Veri Toplama Araçları	16
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	16
3.6.2. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SiÖÖ)	16
3.6.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	17
3.7. Veri Toplama Yöntemi	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	43
7. KAYNAKLAR	45
EKLER	57
Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu	58
Ek 2. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	60
Ek 3. Algılanan Stres Ölçeği	61
Ek 4. Etik Kurul Onayı	62
Ek 5. Kurum İzni	65
Ek 6. Gönüllü Olur Formu	66
Ek 7. Ölçek Kullanım İzni	67
ÖZGEÇMİŞ	69

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesinde yer alan çarpıklık ve basıklık katsayıları	19
Tablo 2. Hastaların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı	20
Tablo 3. Hasta yakınlarının tanıtıcı bilgilerinin dağılımı	22
Tablo 4. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeği ve algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı	25
Tablo 5. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutları ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının ve medyanlarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması	26
Tablo 6. Hasta yakınlarının algılanan stres ölçeğinin alt boyutları ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması	31
Tablo 7. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeği puanları ile algılanan stres ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	36

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICU	Yoğun Bakım Ünitesi
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
SİOÖ	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

F	Anova Testi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
Max	Maksimum
Min	Minimum
n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
SS	Standart sapma
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
$\bar{x}$	Aritmetik ortalama
X ²	Ki-kare testi
z	Mann Whitney U Testi
α	Alfa
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

ÖZET

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı desende yapılan bu araştırmada, yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı. Bu araştırmanın evrenini Rize Devlet Hastanesi Cerrahi ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatmakta olan hastaların yakınları oluşturdu. Araştırmaya 02.03.2024-20.12.2024 tarihleri arasında dahil edilme ölçütlerini karşılayan 247 hasta yakını örnekleme oluşturdu. Veriler, “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “Algılanan Stres Ölçeği” kullanılarak, yüz yüze toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplar-t testi, tek yönlü ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Pearson momentler çarpım ve Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Hasta yakınlarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan sırasıyla; aşkınlık 63.47 ± 3.69 (min:39, max:75), doğayla uyum 29.83 ± 2.26 (min:17, max:35), anomi 24.68 ± 2.39 (min:15, max:30); toplam puan ortalaması ise 117.98 ± 5.12 (min:81, max:135)’dir. Araştırmada, hasta yakınlarının eğitim düzeyi, mesleği ve televizyon izleme alışkanlıkları gibi değişkenlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Hasta yakınlarının Algılanan Stres Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla; yetersiz öz yeterlik algısı 11.72 ± 2.60 (min:8, max:15), stres/rahatsızlık algısı 16.64 ± 3.07 (min:10, max:25); toplam puan ortalaması ise 28.36 ± 4.94 (min:20, max:39)’tür. Hasta yakınlarının algılanan stresinin orta düzeyde olduğu; stres alt boyutları olan yetersiz öz yeterlik ve stres/rahatsızlık algısı puanlarının dengeli dağıldığı saptandı. Algılanan Stres Ölçeğinin yetersiz öz yeterlik algısı alt boyutunun kardiyovasküler sistem hastalıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı belirlendi ($p < 0.05$). Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu bulundu. Ancak, hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ile algılanan stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerine, hasta yakınlarının spiritüel ihtiyaçları ve stres düzeyleri konusunda hizmet içi eğitimler önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta yakını, Hemşirelik, Spiritüellik, Stres, Yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Examining the Correlation Between Spiritual Well-Being and Perceived Stress Levels Among Relatives of Patients Admitted to the Intensive Care Unit

This descriptive, cross-sectional, and correlational study sought to evaluate the relationship between spiritual well-being and perceived stress levels among relatives of patients admitted to the intensive care unit. The study population comprised relatives of patients hospitalized in the Surgical and Internal Medicine Intensive Care Units at Rize State Hospital. A sample of 247 patient relatives, who met the inclusion criteria, participated in the study from 02.03.2024, to 20.12.2024. Data collection was conducted face-to-face utilizing the "Descriptive Characteristics Form," the "Three-Factor Spiritual Well-Being Scale," and the "Perceived Stress Scale." Statistical analyses were performed using independent samples t-test, one-way ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Pearson product-moment, and Spearman correlation tests.

The scores of the patients' relatives on the sub-dimensions of the Three-Factor Spiritual Well-Being Scale were as follows: transcendence 63.47 ± 3.69 (min: 39, max: 75), harmony with nature 29.83 ± 2.26 (min: 17, max: 35), and anomie 24.68 ± 2.39 (min: 15, max: 30); the total score average was 117.98 ± 5.12 (min: 81, max: 135). The study identified that variables such as education level, profession, and television viewing habits of the patient's relatives significantly influenced their spiritual well-being levels ($p < 0.05$). The mean scores of the patient's relatives on the sub-dimensions of the Perceived Stress Scale were: insufficient self-efficacy perception 11.72 ± 2.60 (min: 8, max: 15), and perception of stress/discomfort 16.64 ± 3.07 (min: 10, max: 25); the total mean score was 28.36 ± 4.94 (min: 20, max: 39). The perceived stress among the patients' relatives was moderate, with the scores of the stress sub-dimensions, insufficient self-efficacy, and stress/discomfort perception, being evenly distributed. The insufficient self-efficacy perception sub-dimension of the Perceived Stress Scale exhibited significant variation according to cardiovascular system diseases ($p < 0.05$). The mean spiritual well-being score of the patients' relatives was high. However, no statistically significant relationship was observed between the spiritual well-being of the patients' relatives and their perceived stress levels ($p > 0.05$). In-service training on the spiritual needs and stress levels of patients' relatives is recommended for healthcare professionals working in intensive care.

Keywords: Intensive care unit, Nursing, Patient's relative, Spirituality, Stress

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yoğun bakım, kritik hastalarda tanı, izlem, hasta takibi, organ destek tedavilerinin uygulanabildiği ve 24 saat kesintisiz hizmet veren özel ünitelerdir (1, 2). Yoğun bakım üniteleri özellikle fiziki yapıları, sağlık ekibi ve donanımları ile hastanelerdeki diğer birimlerden ayrılmaktadır (1, 3). Fizyolojik parametrelerde ciddi düzeyde bozulma gözlemlenen hastalarda, hemodinamik stabilitenin sağlanması ve yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesi amacıyla ileri düzey tedavi protokolleri uygulanmakta; bu süreç, multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla bütüncül bir şekilde yürütülmektedir (2, 3). Bu birimler, çoklu organ ya da organ sistemi yetmezliği gelişen hastaların yoğun izlem ve tedavisinin yapıldığı, ileri düzey klinik hizmet sunan alanlar olarak tanımlanmaktadır (4). Yapılan araştırmalar, yoğun bakım ünitelerinin kapalı ve karmaşık donanımına sahip olması, ziyaret saatlerinin sınırlı kişi ve süreyle yapılması nedeniyle hasta ve hasta yakınları üzerinde stres ve kaygı oluşturduğunu ortaya koymaktadır (5, 6). Buna ilaveten, yoğun bakım ünitesine yatışın yapılması hem hasta hem de yakınları için korkutucu bir durum olarak görülmekte ve çoğu zaman endişe ve stres duygusu ön plana çıkmaktadır (1, 3, 7). Stres, bireyin bilişsel, duygusal ve fiziksel işlevlerini çok boyutlu olarak etkileyen bir durumdur. Literatürde, stresin bilişsel düzeyde dikkat dağınıklığı, hafıza sorunları, sürekli endişe ve olumsuz düşünme eğilimi gibi semptomlara neden olduğu belirtilmektedir (8, 9). Duygusal olarak ise depresyon, huzursuzluk, sinirlilik ve yalnızlık hissi gibi belirtiler gözlemlenmektedir (8, 10). Fiziksel düzeyde ise stres, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, baş ağrıları ve sindirim problemleri gibi semptomlara neden olabilir (9, 10). Bu semptomlar, bireyin günlük yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve uzun vadede sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (11).

Yoğun bakım ünitelerinin ziyaretçi politikalarına yönelik hasta yakınlarının inanç ve tutumlarını inceleyen bir çalışmada yoğun bakım ortamı, hasta ve hasta yakınları için bir stres kaynağı olarak görülmüştür (12). Stresi yönetmek ya da stresin etkilerini azaltmak amacıyla bireyler dua etmek, namaz kılmak gibi spiritüel (manevi) gereksinimlerini gidermek için birtakım dini tutum ve davranışlarda bulunmaktadır (1, 13). Spiritüellik kavramı, sağlıklı ilişkili çok boyutlu bir olgu olup kapsamlı ve tanımlanması güç bir yapıya sahiptir. Bu kavram, spiritüel, spiritüel sağlık ve spiritüel iyi oluş gibi alt kavramları da içerecek şekilde çeşitli boyutlarıyla ele alınmaktadır (14). “Spiritüel iyi oluş hali” kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998 yılında resmi sağlık tanımına

eklenmemiştir. Ancak, bu dönemde DSÖ içinde spiritüel boyutun sağlık tanımına dahil edilmesi yönünde önemli tartışmalar ve girişimler olmuştur (15). Spiritüel iyi oluş, bireyleri fiziksel, ruhsal ve duygusal boyutlarda etkileyen çok yönlü bir yapıdır. Spiritüel iyi oluş düzeyi düşük olan bireylerde ruhsal iyilik halinde bozulmalar, umutsuzluk duygusu, yaşamın anlamsız algılanması, depresyon ve stres gibi psikolojik sorunlar görülebilmektedir (16). Hemşirelik gibi hümanistik ve holistik (bütüncül) felsefe doğrultusunda bakım sunulan bir sağlık disiplini, spiritüel bakım da hümanistik ve holistik yaklaşımın önemli bir komponenti olarak yer almaktadır (17–20). Hemşirelik mesleğinin ortaya çıkmasından itibaren sadece bireyin fiziksel gereksinimlerinin değil spiritüel gereksinimlerinin de önemli olduğu Florence Nightingale’in *“Sağlığımız için spiritüel ihtiyaçlar, vücudu meydana getiren organlar kadar önemli bir unsurdur ve herkesin gözlemlediği fiziksel unsurlar ruhumuzu ve zihnimizi etkileyebilir. Bir bireyin duygusal ve ruhsal olarak alacağı yara, fiziksel hastalıklara da yol açabilir”* sözleri ile yıllar öncesinde de belirtilmiştir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi hemşirelik bakımının spiritüel yönünü hemşirelik disiplini için gerekli olduğunu belirtmiştir (21). Benzer şekilde Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği’nin 1988 yılında spiritüel boyutu (spiritüel sıkıntı-00066) hemşirelik tanılarına eklemesi spiritüel bakımın hemşirelik bakımındaki rolünü bir kez daha ortaya koymuşlardır (22). Sağlık alanında ise spiritüel iyi oluş kavramının en fazla yoğun bakım ünitesi, onkoloji ve palyatif bakım servislerinde ön plan çıktığı görülmüştür (23–25). Bu hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar ne yazık ki sınırlıdır (26). Yoğun bakım hasta yakınlarının spiritüel davranışlarının incelendiği bir çalışmada dini değerlerin, stresi azaltmada etkisi olduğu bulunmuştur (27). Türkiye’nin güneydoğu bölgesinde yapılan başka bir çalışmada ise dini tutum ve davranışların hasta yakınlarının algılanan stresi etkilediği gözlemlenmiştir (28). Araştırmalar, dini tutumların insanların strese neden olan olayları yönetmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir. Kritik hasta bakımının sunulduğu yoğun bakım ünitelerinde hastaya bütüncül bakım verilmekte ve aynı zamanda bu üniteye yatan hasta yakınlarının gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır. Aile üyelerinden birinin hasta olmasıyla birlikte tüm aile bireyleri bu durumdan maddi ve manevi olarak etkilenmektedir. Hastaların durumunun kritik olması, bilinmezlik süreci ve sınırlı kişi ve sürede ziyaretin yapılması gibi durumlar hasta yakınlarının çaresiz ve stresli olmasına neden olmaktadır. Buna ilaveten, hasta yakınlarının spiritüel (manevi) alanda gereksinimleri olduğu ve hastalarının bakımına, yaşam sürecine ilişkin stresli oldukları görülmektedir. Bireyin

yaşam kalitesini artırma, sağlığını koruma ve geliştirme ile stres yönetimini destekleme amacıyla bakım sunan hemşireler, hasta ve yakınlarıyla kurdukları iletişim ve bakımın bütüncül doğası gereği spiritüel bakımda da önemli bir role sahiptir. Literatür incelendiğinde yoğun bakım hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyini belirleyen ve bu iki faktörün birbiriyle ilişkini belirleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu gerekçeden hareketle bu çalışma, yoğun bakım hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyini ve bu iki faktörün arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı. Bu doğrultuda çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş durumları, algılanan stres düzeyi ve arasındaki ilişki, aynı zamanda bu iki durumu etkileyen faktörler incelendi. Çalışmadan elde edilecek verilerin ile hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeylerinin önemini ve arasındaki ilişkiyi açığa çıkaracağı düşünülmektedir. Buna ilaveten bu çalışma sonucunda hasta yakınlarının mevcut spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesiyle birlikte, bu konuda hemşirelerde farkındalık artırılarak, hasta yakınlarının stres yönetiminin kolaylaştırılmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyinin belirlenmesi, yoğun bakım ve iç hastalıkları hemşireliği alanına ilişkin rehberlere kanıt oluşturacaktır.

Bu doğrultuda araştırmanın soruları aşağıda verilmiştir:

Araştırma Sorusu 1: Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyi nasıldır?

Araştırma Sorusu 2: Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının algılanan stres düzeyi nasıldır?

Araştırma Sorusu 3: Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırma Sorusu 4: Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleriyle ilişkili faktörler nelerdir?

Araştırma Sorusu 5: Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının algılanan stres düzeyleriyle ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri bir ya da çoklu organ yetmezliği nedeniyle vücutta bozulan fonksiyonların desteklendiği, özel tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı, hastaların invaziv ve noninvaziv yöntemlerle 24 saat boyunca yakın takiple izlendiği, tedavi ve bakımlarının yapıldığı; multidisipliner ekip ile kesintisiz hizmet verilen komplike kliniklerdir (29). Dünya Yoğun Bakım ve Kritik Bakım Dernekleri Federasyonu'nun yayımladığı rapora göre ise yoğun bakım üniteleri, kritik durumda olan hastalara yönelik, kapsamlı tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin sunulduğu, gelişmiş izleme tekniklerinin kullanıldığı, hayati organ fonksiyonlarını desteklemek amacıyla çeşitli fizyolojik destek sistemlerinin devreye alındığı ve yapılandırılmış sağlık hizmeti sunulan ortamlarıdır (30). Günümüzde sağlık alanında meydana gelen değişimler ve gelişmeler, yoğun bakım ünitelerindeki kritik hasta bakımının daha etkili ve olumlu sonuçlar alındığını göstermektedir (31).

2.2. Yoğun Bakım Tarihçesi

Florence Nightingale'in 1850'li yıllarda Kırım Savaşı sırasında ağır hastaların daha yakından izlenmesi gerektiğine yönelik vurgusu, modern yoğun bakım anlayışının temelini oluşturmuştur. Bu yaklaşım, 1923 yılında Johns Hopkins Hastanesi'nde Dr. Walter E. Dandy tarafından kurulan üç yataklı gözlem ünitesi ile kurumsal bir yapıya kavuşmuştur. Çocuk felci (polio) salgınlarının 1950'li yıllarda yaşanmasıyla birlikte mekanik ventilasyon ihtiyacını artırmış, bu durum yoğun bakım ünitelerinin yapılandırılmasında önemli bir dönüm noktası olmuştur (32, 33). 19. Yüzyılda, profesyonel hemşirelerin hastanelerde kritik hastalara yakın bakım sunması düşüncesi ön plana çıkmıştır. 20. yüzyılın başlarında, yenidoğanlar için inkübatörlerin ve yaşam destek cihazlarının geliştirilmesiyle yoğun terapi ve yakın izlem dönemi başlamıştır. Son 50 yılda ise kritik hasta bakımı, çoklu organ yetmezliği tedavisi için kapsamlı elektronik izleme ve otomatik laboratuvar ölçümleriyle günümüze şartlarına evrilmiştir (34).

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

Hastane binası kullanım planlarında önerilen şeklinde tüm yoğun bakım üniteleri aynı katta; acil servis, ameliyathane, laboratuvar ve asansörlere yakın bir alanda

konumlanmış şekilde olmalıdır. Ayrıca bu konumlandırmanın hastane yoğunluğundan uzak bir alanda olması gerekmektedir (35).

Yoğun bakım ünitelerinin planlanmasında birçok faktör dikkate alınmaktadır. Bu faktörler; hasta başı panelleri, havalandırma sistemleri ve hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik fiziksel düzenlemeler gibi iç mekâna ilişkin donanımların yanı sıra, birimde görev alacak sağlık personelinin konforu, çalışma ortamının ergonomisi, hastalara destek verecek diğer branş hekimlerinin ihtiyaçları ile ünitelerin temizlik ve düzenine ilişkin unsurları da kapsamaktadır (36). Ayrıca, yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının gereksinimleri de bu planlamada göz önünde bulundurularak oluşturulması gerekmektedir (37).

Yoğun bakım üniteleri, kuruluş amaçları, hedefleri ile sundukları bakım ve tedavi yetkileri doğrultusunda birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (38).

2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Birinci basamak yoğun bakım üniteleri, belirli klinik durumların yakın izlem ve temel düzeyde müdahale gerektirdiği hastaların bakımının sağlandığı birimlerdir (39).

Bu birimlerde takip edilen hastalar aşağıdaki özelliklere sahiptir:

- Solunum yetmezliği haricinde, komplikasyona yol açmayan ve akut başlangıç gösteren tek organ yetmezlikleri (dializ gerektirmeyen akut böbrek yetmezliği, kontrol altında olan kalp yetmezliği, hafif düzeyde karaciğer yetmezliği ve transfüzyon gerektirmeyen kanamalar) (39),
- Rutin servis koşullarında izlenmesi yetersiz olan ve ani yaşamsal bozulma riski bulunan hastalar (40),
- İkinci veya üçüncü basamak yoğun bakım servislerinden çıkışı gerçekleştirilen, ancak taburculuk için henüz uygun durumda olmayan hastalar (4),
- Komplikasyona yol açmayan kardiyak tablolar (miyokardiyal iskemiler, aritmiler) (40, 41),
- Cerrahi sonrası kısa süreli yakın takip gerektiren hastalar (40, 42),
- Komplikasyon riski taşımayan psikiyatrik ve nörolojik acil durumlar (40, 41, 43, 44).

2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

İkinci basamak yoğun bakım üniteleri, hastaların temel vital parametrelerinin monitörizasyonu ve destekleyici tedavilerinin uygulanmasının yanı sıra invaziv monitörizasyon yöntemleri ve ileri düzey tedavi protokollerinin yürütüldüğü klinik birimlerdir. Ayrıca, bu birimlerde tedavi gören hastaların klinik durumlarına bağlı olarak üçüncü basamak yoğun bakım servislerine zamanında ve koordineli bir şekilde transferlerinin sağlanması da önemli bir işlev olarak gerçekleştirilmektedir. Bu ünitelerde genellikle her üç yatağa en az bir hemşire ya da sağlık personeli düşecek şekilde, 24 saat kesintisiz bakım sunulur (43–45).

Bu birimlerde takip edilen hastalar aşağıdaki özelliklere sahiptir:

- Birinci basamak yoğun bakım kriterlerine ek olarak, kısa süreli fakat ayrıntılı ve ileri düzey gözlem gerektiren; invaziv monitörizasyon ve yaşamsal destek ihtiyacı bulunan hastalar (45),
- Üçüncü basamak yoğun bakım servislerinden taburcu edilmemiş olmakla birlikte, ileri düzey bakım gereksinimi devam eden hastalar (46),
- Tek organ yetmezliği olan ve acil tedavi gerektiren hastalar; örneğin diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon uygulanan hastalar (46),
- Cerrahi öncesi yoğun hazırlık ve destek ihtiyacı olan yüksek riskli hastalar (45),
- Fizyolojik veya metabolik bozuklukları düzeltilemeyen hastalar (47),
- Yaşamı tehdit edici zehirlenme ve kanama vakaları (47),
- Ağır enfeksiyonlar (örneğin peritonit) ile mücadele edilen hastalar (46),
- Solunum desteği gereken nöromusküler hastalıklar ve non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalar (45),
- Gebelik sırasında hayatı tehdit eden komplikasyonlar (örneğin preeklampsi) ile karşı karşıya kalan hastalar (46),
- Hemotoraks, ampiyem ve ağır malnütrisyon vakaları (47),
- Santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi gerektiren hastalar; minimal epidural ve subdural hematomlar, posterior fossa patolojileri, kranial kırıklar, spinal veya lomber drenaj ihtiyacı olan vakalar (45).

2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri, çoklu organ yetmezliği gibi karmaşık klinik tabloların yönetildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi ileri desteklerin sağlandığı ve en üst düzey tıbbi bakım hizmetinin sunulduğu birimlerdir. Bu ünitelerde, her iki yatağa bir hemşire ya da sağlık personeli düşecek şekilde 7/24 kesintisiz bakım sağlanmaktadır (44, 45).

Bu birimlerde izlenen hastalar aşağıdaki özelliklere sahiptir:

- Birinci ve ikinci basamak yoğun bakım hastalarına ait özellikle ek olarak uzun süreli, kapsamlı takip ve çoklu organ yetmezliği tablosu gösteren hastalar (46),
- Kronik organ disfonksiyonunun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtladığı hastalar (47),
- Hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve düşük trombosit sendromu, ağır sepsis, septik şok, akut respiratuar distres sendromu, ağır preeklampsi ve eklampsi gibi kritik ve yakın takip gerektiren akut hastalıklar (46, 48)
- Kontrol edilemeyen veya masif transfüzyon gerektiren kanamalar (45)
- Organ hasarına yol açan zehirlenmeler (47)
- Cerrahi işlemler sonrası birden çok komplikasyon gelişen hastalar (örneğin koroner sendromlar, sepsis, böbrek veya karaciğer yetmezliği) (45)
- Birden çok organ sistemini etkileyen sistemik hastalıkların akut dönemi (46)
- İzolasyon gerektiren dirençli enfeksiyonlu veya immünsüpresif hastalar (45, 49)
- Ciddi santral sinir sistemi patolojileri ve cerrahisi geçiren hastalar; sinüs kanamaları, çökme fraktürleri, ciddi serebral ödem, subaraknoid kanama, difüz aksonal yaralanma, spinal şok ve kord ödemi gibi durumlar (47)
- Glasgow koma skalası skoru sekiz puan veya daha düşük olan hastalar (46)
- Kalp cerrahisi sonrası takip ve izlem gereksinimi bulunan hastalar (45)
- Multiple travması olan hastalar (46).

2.4. Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Edilmenin Hasta ve Hasta Yakınları Üzerine Etkileri

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda temel amaç, altta yatan hastalığının yanında yaşamsal fonksiyonlarını geri kazandırmaktır (50, 51). Bu ünitelerde yaşamı tehdit edici durumları ortadan kaldırmak ya da azaltma amacıyla girişimsel işlemler

sıklıkla yapılmaktadır. Morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle fizyolojik durumlar ön planda tutulmakta sıklıkla psikososyal gereksinimler geri planda kalmaktadır (52, 54). Yoğun bakım hastasının fizyolojik gereksinimlerinin yanında psikososyal gereksinimlerine de özen gösterilmesi gerekmektedir (55). Oryantasyon problemi, zihinsel işlevlerde bozukluk, iletişim kurmada azalma, mahremiyete dikkat edilmemesi, aile ve arkadaşlardan ayrılma korkusu, yatağa bağımlı olma gibi durumlar hastalar üzerinde farklı psikososyal sorunlara neden olmaktadır (56, 57). Ayrıca inmobil olmak, ışık ve sese maruziyet, uyku düzeninde bozulma, hastaya bağlı ekipmanlar ve ağrı gibi durumlardan kaynaklanan fizyolojik sorunlarda yaşanmaktadır (58, 59). Yoğun bakım ortamında çevresel uyaranların fazla sayıda olması hastaların konforu üzerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır (57, 58). Yapılan bir çalışmada bu çevresel faktörlerin düzenlenmesinin hastaların klinik sonuçları ve iyilik halleri üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür (60). Ayrıca hastaların yoğun bakımda kaldığı süre ve yoğun bakım sonrasında yaşanan deneyimler hastaların iyileşme sürecini çeşitli derecelerde etkilemektedir. Bu durum tedaviye uyumu ve taburculuk sonrası yaşam kalitelerini de etkilemektedir (53, 59). Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların profili ve yatış kriterleri, hastanın tanınış durumu, bağımlılık seviyesi, fizyolojik parametrelerindeki değişiklikler, laboratuvar bulguları ile yoğun bakım sürecinden elde edilecek fayda dikkate alınarak kapsamlı bir değerlendirme çerçevesinde belirlenmelidir (61).

Yoğun bakım ünitelerinde yalnızca hastaların değil, aynı zamanda hasta yakınlarının gereksinimlerinin de dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Sevilen bireyin sağlık durumunun kritik olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırılması ve bu süreçte hastanın kısıtlı ziyaret edilmesi, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda hasta yakınları için de yoğun bir stres kaynağıdır. Bu durum, aile bireyleri için bir kriz durumu olarak değerlendirilebilir ve önemli düzeyde psikolojik yük oluşturmaktadır (62, 63).

Yapılan bir araştırmada, yoğun bakım ünitelerinin kapalı fiziksel yapısı, gelişmiş teknolojik donanımın varlığı, hasta ziyaretlerinin kısıtlanması ya da tamamen yasaklanması ve bazı hastalarda sürecin ölümle sonuçlanması gibi faktörlerin, hasta yakınları üzerinde yoğun stres ve anksiyeteye neden olduğu belirlenmiştir (64). Ayrıca, bir çalışmada yoğun bakımda yakını bulunan bireylerin anlamlı düzeyde depresyon ve anksiyete semptomları sergiledikleri saptanmıştır (65).

Yoğun bakımda bulunan hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması, depresif semptomların görülme sıklığını azaltmada etkili olabileceği vurgulanmıştır (66, 67). Hastaların tedavi ve bakım süreçleri devam ederken, hasta yakınlarının da duygusal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde, yoğun bakım sürecine kabul edilen hasta yakınlarının ihtiyaçlarının çoğunlukla göz ardı edildiği; bu durumun, bireylerde korku, endişe ve sürece ilişkin merak gibi duygusal tepkilere yol açabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca, hasta yakınlarının ihmal edildiklerini düşünmeleri, sağlık personeline ve sunulan hizmete olan güvenlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (66, 67).

2.5. Spiritüel Kavramı

Türk Dil Kurumu sözlüğünde “spiritüel” kelimesi, “tinsel, yani manevi ve ruhsal” anlamına gelmektedir. Bu terim, Fransızca kökenli olup, Latince “spiritus (ruh, nefes)” sözcüğünden türemiştir. Günümüzde “spiritüel” ifadesi, bireyin manevi yönüne, içsel dünyasına ve ruhsal gelişimine odaklanan bir yaşam biçimini tanımlamak için kullanılmaktadır (68). Bu bağlamda, “spiritüel” kavramı da Latince “spiritus” kelimesinden türemiş olup, temel olarak “nefes almak” ve “canlılık” anlamına gelmektedir. Ancak spiritüel, yalnızca fiziksel bir canlılık durumunu ifade etmekle kalmayıp, bireyin yaşamını derinlemesine hissetmesi ve anlamlandırması sürecini kapsar. Spiritüel, insanın kutsal ya da ilahi bir ruhla ilişki kurma çabasının ötesinde, yaşamın amacını belirleyen değerler, inançlar ve amaçlar bütünüdür. Bu yönüyle, spiritüel bireyin varoluşsal anlam arayışını destekleyen, içsel dünyasını şekillendiren ve yaşam deneyimini zenginleştiren çok boyutlu ve dinamik bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde spiritüel kavramı, yalnızca dinsel bir olgu olmaktan çıkarak, bireysel psikoloji, felsefe ve sosyoloji gibi disiplinlerde de geniş kapsamda incelenmektedir (23, 69, 70).

2.6. Spiritüel İyi Oluş Tanımı

Spiritüel, insanla ilgilenen tüm bilim dallarında da popülerleşen bir kavram haline gelmiştir. Bu alanlar hemşirelik gibi insana bütüncül yaklaşan bilim dallarının yanı sıra sosyoloji, psikoloji, ilahiyat gibi farklı bilim dallarını da kapsamaktadır (71). Spiritüellik kavramı genelde dinle bağdaştırılmakta ya da eş anlamlı kullanılmaktadır; ancak spiritüellik insanın anlam arayışından da etkilenen daha kapsamlı bir kavramdır (72). Spiritüel ilgili literatür incelendiğinde “maneviyat, din, tinsellik” ve “ruhsallık” gibi kavramlarla daha sık ilişkilendirildiği görülmektedir. Ancak “maneviyat” kavramı ile daha sık kullanıldığı görülmektedir (73). Spiritüel iyi oluş, bireyin spiritüel gelişimini

destekleyen dengeli bir açıklık durumu olarak tanımlanmakta; bu durum, başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurabilme, yaşamda amaç ve anlam hissetme ile yüce bir güce inanma ve bu güçle bağlantı kurma deneyimini içermektedir (74).

2.7. Spiritüel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler

Spiritüel iyi oluş üzerine yapılan birçok çalışmada; manevi destek alınmasının, negatif birçok duruma karşı spiritüelliği baş etme yöntemi olarak kullanmanın olumlu bir etkileri olduğu belirtilmiştir (75, 76). Ayrıca bu konuda yapılan farklı çalışmalar, spiritüel iyi oluşun fiziksel sağlık, genel iyilik hali, affedici oluş ile sosyal ve psikolojik iyi oluş düzeyleriyle olumlu bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymuştur (77).

Literatürde, farklı kronik hastalıklara sahip hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş süreci ve etkileyen faktörleri incelendiği çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada, demans hastalarının bakım verenlerinin manevi iyi oluşunun bağlılık, güç, varlık, zorluklar ve görev gibi temel temalar etrafında şekillendiği ortaya konmuştur. Bu bulgu, hemşirelik uygulamalarında bakım verenlerin manevi ihtiyaçlarının anlaşılmasının ve desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır (78). Benzer şekilde, Türkiye’de inme hastalarının bakım verenleri üzerinde gerçekleştirilen bir araştırma, manevi iyi oluş düzeylerinin bakım hazırlığı ile olumlu yönde ilişkilendiğini göstermiştir (79). Ayrıca, terminal evre kanser hastalarının bakım verenleri üzerinde yapılan bir başka çalışma, manevi iyi oluş ile bakım veren yükü arasında negatif bir ilişki tespit etmiş; bu da manevi iyi oluşun artırılmasının bakım verenlerin üzerindeki yükü hafifletmede etkili olabileceğini göstermektedir (80). Tüm bu araştırmalar, bakım verenlerin manevi iyi oluşunun hem psikolojik dayanıklılıklarını artırdığı hem de bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırdığını ve sağlık profesyonellerinin bu boyutu göz önünde bulundurarak destekleyici müdahalelerde bulunmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.8. Spiritüalizm ve Hemşirelik

Spiritüel sağlık kavramı, 1960’lı yıllarda bütüncül bakım yaklaşımının önem kazanmasıyla birlikte gündeme gelmiştir. Bu dönemde, Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinde manevi ve moral değerlere en üst düzeyde yer verilmesi, spiritüel sağlığın bireyin genel iyilik hali üzerindeki etkisini ön plana çıkarmaktadır (81). Nitelikli hemşirelik bakımında bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle bütüncül olarak ele alınması, hemşirelik kuramcılarının da bu dönemde spiritüalizm ve spiritüel bakım yaklaşımlarına teorik ve uygulamalı düzeyde yer vermelerine zemin hazırlamıştır.

Virginia Henderson’a göre hemşireliğin temel amacı, bireyin bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda, bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilir duruma gelmesi esastır. Henderson, hemşirelik uygulamalarının merkezinde, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayarak kendi bakımını sürdürebilecek yeterliliğe ulaşmasının yer aldığını vurgulamaktadır. Bu temel gereksinimlerden biri de bireyin ibadet etme ve inançlarını yaşama ihtiyacıdır. Bu doğrultuda, spiritüel bakım, bireyin manevi gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan ve bütüncül bakım anlayışının vazgeçilmez bir bileşeni olarak değerlendirilen önemli bir kavramdır (23, 82, 83). Kriz dönemlerinde bireyin zihin, beden ve ruh bütünlüğü arasında dengenin bozulması, çeşitli psikolojik ve fiziksel sorunlara neden olabilmektedir. Bu süreçte hemşirelerin bireyin kaygılarını aktif bir şekilde dinlemesi, empatik yaklaşımlar sergilemesi ve spiritüel bakım uygulamalarında bulunması, hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerinde azalma sağlamakta; fizyolojik, psikolojik ve zihinsel rahatlamayı artırarak hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi güçlendirmektedir. Tüm bu faktörler, iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (84, 85). Günümüzde hemşirelik uygulamalarında, fiziksel ve psikososyal boyutların ötesinde yer alan ve bireyin varoluşsal yönünü kapsayan spiritüel boyutun önemi giderek daha fazla fark edilmektedir. Bu doğrultuda, hemşireler spiritüel bakımın bireyin bütüncül iyilik hali üzerindeki etkisini kabul etmekte ve bu bakım alanını güçlendirmeye yönelik çeşitli girişimlerde bulunmaktadır (86, 87).

2.9. Stres Tanımı

Stres, bireyin çevresinden gelen tepkiler karşısında gösterdiği fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkilerin tümünü ifade eder. Bu tepkiler hem uyum sağlayıcı hem de olumsuz sonuçlara neden olabilir. Organizma, stres aracılığıyla dış uyaranlara uyum sağlama sürecini yönetir ve böylece dengeyi korumaya çalışır (88).

2.10. Algılanan Stres Tanımı

Algılanan stres, bireyin dışında gelişen bir olayın bireyde yol açtığı stres düzeyini nasıl değerlendirdiğini ifade eder. Bu kavram, kişinin stres yaratan durumu yorumlama biçimini ve bu durumu fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklar şeklinde algılamasını kapsamaktadır. Dolayısıyla, algılanan stres; bireyin stresli olaylara karşı geliştirdiği subjektif tepki ve bu deneyimin oluşturduğu psikolojik ve fizyolojik gerilimleri içeren bir süreçtir (89).

2.11. Stresi Etkileyen Faktörler

Stresi etkileyen faktörler arasında psikolojik, sosyal, ekonomik, fiziksel çevre ve sağlık durumu gibi faktörler yer almaktadır.

2.11.1. Psikolojik Faktörler

Psikolojik durum, bireyin stres algısını ve stresle başa çıkma kapasitesini belirlemede temel bir rol oynamaktadır. Literatürde; anksiyete düzeyinin yüksek olması, depresif eğilimler, düşük benlik saygısı ve duygusal dengesizlik gibi bireysel psikolojik özelliklerin, stres düzeylerini anlamlı biçimde artırdığı belirtilmektedir. Bu tür psikolojik özellikler, bireyin çevresel uyaranlara karşı duyarlılığını artırmakta ve stresörlerle baş etme becerilerini zayıflatabilmektedir (90, 91).

2.11.2. Sosyal Faktörler

Bireyin maruz kaldığı sosyal çevre, stres düzeyinin oluşumunda ve sürdürülebilirliğinde önemli bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Aile içi ilişkiler, arkadaşlık bağları, algılanan sosyal destek düzeyi ve toplumsal beklentiler, bireyin stres düzeyini doğrudan etkileyen temel sosyal faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle sosyal izolasyon, yetersiz sosyal destek ve sürekli çatışma içeren ilişkiler, stresin kronikleşmesine ve bireyin psikolojik iyi oluşunun bozulmasına neden olabilmektedir (92).

2.11.3. Ekonomik Faktörler

Finansal güvencesizlik, işsizlik, borçlanma ve geçim sıkıntısı gibi ekonomik zorluklar, bireyin yaşamında süreklilik arz eden stres kaynakları olarak değerlendirilmekte ve bireyin kendisini sürekli bir tehdit altında hissetmesine neden olmaktadır. Bu tür ekonomik baskılar, bireyin psikolojik dayanıklılığını zayıflatarak kronik stres geliştirme riskini önemli ölçüde artırmaktadır (93).

2.11.4. Fiziksel Çevre ve Sağlık Durumu

Yetersiz uyku, dengesiz beslenme, kronik hastalıklar ile gürültülü ve sağlıksız yaşam ortamları, bireylerin stres düzeylerini doğrudan etkileyebilmektedir. Fiziksel sağlık, bireyin stresle başa çıkma kapasitesi üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (93).

2.12. Stresle Başa Çıkma ve Hemşirelik

Hemşirelik mesleği, doğası gereği yoğun fiziksel, zihinsel ve duygusal çaba gerektiren bir alandır. Bu durum, hemşireleri çeşitli stres kaynaklarına karşı daha duyarlı

hale getirmektedir. Literatürde yer alan güncel çalışmalar, hemşirelerin stresle başa çıkma biçimlerinin çeşitli bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değiştiğini ve bu durumun mesleki işlevsellik ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (94).

Mesleki yükümlülüklerinin yanı sıra aile, sosyal yaşam ve kişisel sorumluluklar gibi iş dışı etkenler, hemşirelerin günlük yaşam stresini artırmakta; bu durum, işyerinde karşılaşılan stres faktörleriyle başa çıkma biçimlerini ve tercih ettikleri stratejileri doğrudan etkileyebilmektedir (95). Benzer şekilde, hemşirelerde ikincil travmatik stres ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkilerin incelendiği farklı bir çalışmada, “umutsuz” ve “boyuneğici” yaklaşımların ikincil travmatik stres düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu; buna karşılık “iyimser” ve “kendine güvenli” başa çıkma tarzlarının ise stres düzeyleriyle negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, başa çıkma şekillerinin yalnızca stresin varlığıyla değil, stresin biçimiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir (96). Hemşirelerin stresle başa çıkma biçimlerinde duygusal zekanın etkisi değerlendirildiği bir çalışmada ise duygusal zekâ düzeyi yüksek olan hemşirelerin stresle daha etkili başa çıkabildiklerini ortaya koyarak, duygusal yetkinliklerin mesleki stres yönetiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (97).

2.13. Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki

Spiritüel iyi oluş, bireyin yaşamına anlam verme, umut, içsel huzur ve değerlerle uyum içinde yaşama kapasitesini ifade eder. Bu yönüyle, bireylerin stresli yaşam olayları karşısında baş etme becerilerini güçlendiren koruyucu bir psikososyal kaynak olarak değerlendirilmektedir. Algılanan stres ise bireyin yaşamında karşılaştığı olayları tehdit edici veya başa çıkılmaz olarak değerlendirmesiyle oluşan öznel bir deneyimdir. Araştırmalar, spiritüel açıdan iyi oluş düzeyi yüksek bireylerin stresle başa çıkmada daha etkili stratejiler geliştirdiklerini ortaya koymaktadır. Bu bireyler, stresli durumları daha çok kabul, sabır, dua, meditasyon ya da kader inancı gibi spiritüel başa çıkma yollarıyla ele almakta ve bu sayede daha az psikolojik zarar görmektedirler. Spiritüel inançlar, bireyin olayları daha geniş bir perspektiften değerlendirmesine ve yaşadığı zorluklara anlam yüklemesine olanak tanıyarak stresin yıkıcı etkisini azaltabilmektedir (98, 99). Buna ek olarak, literatürde, spiritüel iyi oluş ile algılanan stres arasında genellikle negatif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (100, 101).

Yılmaz ve arkadaşlarının epilepsi hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, spiritüel iyi oluşun algılanan stres ile negatif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin aleksitimi üzerinde

dolaylı etkiler yarattığı bulunmuştur. Bu bulgu, spiritüel kaynakların psikolojik işlevlerde düzenleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir (100). Benzer şekilde, Rakhshani ve arkadaşlarının çalışan kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği araştırma, spiritüel sağlığın algılanan stres, anksiyete ve depresyon ile ters yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, spiritüel sağlığı yüksek bireylerin yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (99). Yaşlı bireylerle yapılan yarı deneysel bir çalışmada ise, 90 gün süresince sağlanan spiritüel bakımın algılanan stres düzeyini önemli ölçüde azalttığı ve genel sağlık durumunu iyileştirdiği gözlemlenmiştir. Bu sonuç, spiritüel müdahalelerin yaşlı bireylerde stres yönetimi açısından etkili olabileceğine işaret etmektedir (102). Bu bulgular, farklı yaş gruplarında ve popülasyonlarda spiritüel iyi oluşun, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirdiğini ve ruhsal dayanıklılığı artırdığını göstermektedir. Dolayısıyla, ruh sağlığı uygulamalarında spiritüel yönelimi dikkate alan bütüncül yaklaşımların benimsenmesi önem arz etmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Türü

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı desende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Rize Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde 02.03.2024-20.12.2024 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın yapıldığı Rize Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım ve Dahiliye Yoğun Bakım Üniteleri 2011 yılından itibaren aktif olarak hizmet vermektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihte ikinci düzey olarak tescillenmiş dahili yoğun bakım ünitesi 10 yatak kapasitesi, üçüncü düzey olarak tesciller cerrahi yoğun bakım ünitesi ise 12 yatak kapasitesi ile her iki klinikte 12 uzman hekim, 45 hemşire, iki sekreter ve dokuz temizlik personeliyle hizmet vermektedir.

Çalışmanın yapıldığı hastanenin yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarına hastalarının tedavi süreci hakkında düzenli bilgilendirmeler uzman hekim tarafından her gün saat 10.00'da yapılmaktadır. Hasta ziyaret saati her yoğun bakım ünitesinde farklılık göstermektedir. Yoğun bakım süreci boyunca hasta yakınlarının, enfeksiyon kontrolü ve bakım süreçlerinin bütünlüğünün korunması amacıyla, doğrudan hasta bakımına katılımlarına izin verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma evrenini Rize Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan hastaların yakınları oluşturdu. Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında G*Power 3.1.9 programı kullanıldı. Yapılan güç analizinde, Özdemir ve arkadaşlarının (2021) çalışması referans olarak alındı ve hata payı 0.05, güç değeri 0.80 ve etki büyüklüğü 0.21 olarak hesaplandı (28). Buna göre katılımcı sayısı en az 222 kişi olarak bulundu. Veri toplama sürecinde çalışmanın istatistiksel gücünü artırmak amacıyla 02.03.2024-20.12.2024 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 247 kişi örnekleme dahil edildi.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya;

- 18 yaş ve üzeri,

- Sözlü iletişim kurulabilen,
- DSM-V'e göre tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Yakını en az 48 saattir yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınları çalışmaya dahil edildi.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

Araştırmaya;

- Sözel iletişim kurmasına engel oluşturabilecek işitme ve görme problemi olan ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları çalışmaya dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak “Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek 1)”, “Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (Ek 2)” ve “Algılanan Stres Ölçeği (Ek 3)” kullanıldı.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaya ilişkin özelliklere ait dokuz soru, ikinci bölümde ise hasta yakınına ilişkin özelliklere ait (yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim düzeyi, mesleği vb.) 18 soru olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır (103–105) (Ek 1).

3.6.2. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)

Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından, yetişkin bireylerin değer ve nihai anlamları çerçevesinde bireysel, toplumsal, çevresel ve aşkınlık boyutlarıyla yaşamlarını anlamlandırma ve hayatta kalma sürecini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, toplam 29 madde ve beşli likert tipte olup; maddelerin seviyelendirilmesi, “1= Bana hiç uygun değil”, “2= Bana uygun değil”, “3= Bana biraz uygun”, “4= Bana oldukça uygun”, “5= Bana tamamen uygun” şeklindedir. “Aşkınlık”, “Doğayla Uyum” ve “Anomi” olmak üzere ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Aşkınlık; fiziksellikten öte gerçekliği ve bir gücün varlığına olan inancı ifade etmektedir. Doğayla uyum; insanın doğa, çevre ile uyum içinde yaşama algısını ifade etmektedir. Anomi, hayatın boş, manasız ve anlamsız olduğunu, değer, yargıların ve inançların yitirilmesinden kaynaklı sıkıntı ve bunalım hali olarak tanımlanmaktadır. Anomi, ölçeğin orijinalinde olumsuz bir değişken olup, anomi düzeyinin artması anominin düşük olduğunu

göstermektedir. Alt boyutlarda yer alan maddeler Aşkınlık (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 nolu maddeler) ve Doğayla uyum (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28 maddeler) alt boyunda düz, Anomi (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26 nolu maddeler) alt boyutunda ise ters puanlanmıştır. Ölçeğe verilen yanıtlar sonucunda ölçekten en az 29 en fazla 145 puan alınabilir. Aşkınlık alt boyutundan en az 15 en fazla 75 puan, doğayla uyum alt boyutundan en az 7 en fazla 35 puan, anomi alt boyutundan ise en az 7 en fazla 35 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin de yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde; “Aşkınlık” alt boyutuna ait Cronbach alfa değeri 0.95, “Doğayla Uyum” için 0.86 ve “Anomi” için 0.85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinde toplam Cronbach alfa değeri ise 0.88 olarak hesaplanmıştır (106) (Ek 2).

3.6.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Ölçek, kişinin hayatındaki birtakım durumları ne derece stresli algıladığını ölçmek için Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (107). Eskin ve arkadaşları tarafından 2013 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (108). Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ, beşli likert tipte olup, maddelerin seviyelendirilmesi: “0 = Hiçbir Zaman”, “1 = Neredeyse Hiçbir Zaman”, “2 = Bazen”, “3 = Oldukça Sık”, “4 = Çok Sık” şeklindedir. Ölçek, “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” (4, 5, 6, 8, 9, 10, 13 nolu maddeler) ve “Stres/Rahatsızlık Algısı” (1, 2, 3, 7, 11, 12, 14 nolu maddeler) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 56 aralığındadır. Bir alt boyutun alabileceği toplam puan ise 0 ile 28 aralığındadır. Olumlu ifade içeren maddeler (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 nolu maddeler) tersten puanlanmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması kişilerin stres algısının fazla olduğunu göstermektedir (Ek 3).

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı, yüz yüze görüşme yöntemini kullanarak, “Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 1), “Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” (Ek 2) ve “Algılanan Stres Ölçeği” (Ek 3) hasta yakınlarına uyguladı. Yüz yüze görüşme, hasta yakınlarının hastayı ziyarete geldiklerinde hasta ziyaretinden sonra ilgili yoğun bakım ünitesinin hasta bekleme odasında gerçekleştirildi. Araştırmacı tarafından “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “Algılanan Stres Ölçeği”nde yer alan sorular, hasta yakınlarına sorularak katılımcıların verdiği yanıtlar ilgili formlara işaretlendi. Formların uygulanması her hasta için yaklaşık 20-30 dakika sürdü ve formlarda katılımcıların isimlerine yer verilmedi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem grubunu sadece Rize Devlet Hastanesi Cerrahi ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatmakta olan hasta yakınlarının oluşturması bu çalışmada, önemli bir sınırlılıktır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta yakınlarının tümüne genellenemez.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (25.10.2023/Sayı: 436212) alındı (Ek 4). Ayrıca Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve Rize Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni (01.03.2024/Sayı: 238224534) alındı (Ek 5). Araştırmacı tarafından, araştırmaya katılmaya kabul eden hasta yakınlarına çalışmanın amacı detaylı olarak anlatıldı. Çalışmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri “Özerklik ve Gönüllülük” ilkesine dayalı olarak hastalardan sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek 6). Ayrıca Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta yoluyla ölçek kullanım izni alındı (Ek 7).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı desende planlanan bu çalışmada elde edilen veriler, lisanslı Statistical Package for Social Sciences (SPSS 26.0) programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli veriler, normal dağılım gösterenlerde ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyenlerde ise medyan (25.-75. yüzdelik) olarak ifade edildi. Kategorik veriler ise frekans ve yüzde şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlendi. Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının ölçeklerden aldıkları puanların dağılımının normal olup olmadığını değerlendirmek amacıyla, puanların çarpıklık ve basıklık katsayıları Tablo 1'de sırasıyla gösterildi (Tablo 1).

Tablo 1. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesinde yer alan çarpıklık ve basıklık katsayıları

Ölçekler	Alt Boyutlar	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	Aşkınlık	-1.417	8.931
	Doğayla Uyum	0.756	12.021
	Anomi	-0.529	1.231
	Toplam	-1.324	10.290
Algılanan Stres Ölçeği	Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	-0.389	-1.402
	Stres/Rahatsızlık Algısı	0.233	-0.544
	Toplam	-0.042	-0.956

Ölçekten alınan puanların çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1.5 aralığında olması normal dağılımın varlığına kanıt olarak değerlendirilmektedir (109). Tablo 1 incelendiğinde araştırmada kullanılan Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği anomali alt boyutu ve Algılanan Stres Ölçeği'nin alt boyutları ve toplamının çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1.5 aralığında olması ölçekten alınan puanların normal dağıldığını göstermektedir. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve toplamının basıklık katsayıları ise ± 1.5 aralığında olmadığı için normal dağılım yoktur. Buna göre normal dağılım gösteren puanlarla analizler yapılırken parametrik testlerin, normal dağılım göstermeyen puanlarla analizler yapılırken de non-parametrik testlerin kullanılması uygundur.

Verilerin analizinde; ölçek puanlarının ikili gruplarda normal dağılım gösterenlerde bağımsız gruplar-t testi, üçlü veya daha fazla gruplarda ise tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Ölçek puanlarının ikili gruplarda normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi, üçlü veya daha fazla gruplarda ise Kruskal Wallis H testi kullanılıp çoklu karşılaştırmalar Bonferonni düzeltmeli Mann Whitney U testiyle yapıldı. Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkilerde iki değişken de normal dağılım gösteriyorsa Pearson momentler çarpım korelasyon testi ve iki değişkenden en az biri normal dağılım göstermiyorsa Spearman'ın sıralama korelasyon testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı desende yoğun bakım hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyini belirlemek amacıyla 247 hasta yakınıyla gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucunda elde edilen veriler bu bölümde aşağıda sunulmuştur.

Tablo 2. Hastaların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı (n=247)

Tanıtıcı Bilgiler		n	%	
Cinsiyet	Kadın	127	51.4	
	Erkek	120	48.6	
Tıbbi Tanısı	Endokrin Sistem Hastalıkları	Var	63	25.5
		Yok	184	74.5
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Var	109	44.1
		Yok	138	55.9
	Nörolojik Sistem Hastalıkları	Var	68	27.5
		Yok	179	72.5
	Solunum Sistemi Hastalıkları	Var	92	37.2
		Yok	155	62.8
	Nefrolojik Sistem Hastalıkları	Var	29	11.7
		Yok	218	88.3
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Var	35	14.2
		Yok	212	85.8
	Kanser	Var	35	14.2
		Yok	212	85.8
	Genel Durum Bozukluğu	Var	69	27.9
		Yok	178	72.1
	Diğer Hastalıklar*	Var	66	26.7
		Yok	181	73.3
Yoğun Bakım Ünitesine Geliş Şekli	Acil	196	79.4	
	Klinik (Diğer Yataklı Servisler)	51	20.6	
Daha Önce Bir Yakınından Dolayı Yoğun Bakım Deneyimi Olma	Evet	62	25.1	
	Hayır	185	74.9	
Glasgow Koma Skalasına Göre Bilinç Düzeyi	Oryante (15 puan)	61	24.7	
	Konfüze (13-14 puan)	70	28.3	
	Letarji (12-13 puan)	34	13.8	
	Stupor (7-12 puan)	15	6.1	
	Koma (3 puan)	67	27.1	

Tablo 2. (Devam)

Hastaya Bağlı Non İnvaziv Girişimler	Elektrokardiyogram Elektrotları	Var	247	100.0		
	Pulse Oksimetre	Var	247	100.0		
	Tansiyon Manşonu	Var	203	82.2		
		Yok	44	17.8		
	Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Maskesi	Var	54	21.9		
		Yok	193	78.1		
Hastaya Uygulanan İnvaziv Girişimler	Nazal Kanül ya da Oksijen Maskesi	Var	164	66.4		
		Yok	83	33.6		
	İntravenöz Katater	Var	140	56.7		
		Yok	107	43.3		
	Santral Venöz Katater	Var	107	43.3		
		Yok	140	56.7		
	Arter Katater	Var	66	26.7		
		Yok	181	73.3		
	Endotrakeal Tüp	Var	75	30.4		
		Yok	172	69.6		
	Göğüs Tüpü	Var	7	2.8		
		Yok	240	97.2		
	Trakeostomi Kanülü	Var	11	4.5		
		Yok	236	95.5		
	Diyaliz Katateri	Var	25	10.1		
		Yok	222	89.9		
			Min.	Max.	$\bar{X}$	SS
	Yaş (yıl)		22	99	70.90	14.08
Yoğun Bakımda Kalma Süresi (gün)		2	26	6.40	4.78	

Min: minimum, Max: maksimum, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma

*Diğer hastalıklar: intoksikasyon, post-operatif takip, suda boğulma, travma

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Buna göre hastaların yaş ortalamasının 70.90 ± 14.08 yıl (min: 22, max: 99) ve yoğun bakımda kalma süresinin 6.40 ± 4.78 gün (min: 2, max: 26) olduğu; %51.4’ünün kadın olduğu görülmektedir. Hastaların tıbbi tanıları sırasıyla kardiyovasküler sistem (%44.1), solunum sistemi (%37.2), nörolojik sistem (%27.5) hastalıkları, genel durum bozukluğu (%27.9), diğer hastalıklar (%26.7), endokrin sistem hastalıkları (%25.5), gastrointestinal sistem (%14.2) hastalıkları, kanser (%14.2) ve nefrolojik sistem hastalıklarıdır (%11.7). Hastaların %79.4’ü acil servisten yatışı yapılmış olup, %25.1’inin daha önce yoğun bakım yatış öyküsü mevcuttur. Glasgow Koma Skalasına göre hastaların

bilinç düzeyi değerlendirildiğinde; %24.7'si oryante, %28.3'ü konfüze, %13.8'i letarjik, %6.1'i stupor, %27.1'i koma halinde takip edildi. Hastalara uygulanan non-invaziv girişimler arasında, hastaların tümünde (%100) elektrokardiyogram elektrotları ve pulse oksimetre bulunduğu; %82.2'sinde tansiyon manşonu, %66.4'ünde nazal kanül ya da oksijen maskesi, %21.9'unda ise non-invaziv mekanik ventilasyon maskesi yer almaktaydı. Uygulanan invaziv girişimler arasında ise %56.7'sinde intravenöz kateter, %43.3'ünde santral venöz kateter, %26.7'sinde arteriyel kateter, %30.4'ünde endotrakeal tüp, %10.1'inde diyaliz kateteri, %4.5'inde trakeostomi kanülü ve %2.8'inde göğüs tüpü bulunduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Hasta yakınlarının tanıtıcı bilgilerinin dağılımı (n=247)

Tanıtıcı Bilgiler		n	%
Cinsiyet	Kadın	124	50.2
	Erkek	123	49.8
Medeni Durumu	Evli	62	68.8
	Bekar	185	31.2
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	8	3.2
	İlköğretim	98	39.7
	Lise	80	32.4
	Üniversite	61	24.7
Meslek	İşçi	17	6.9
	Memur	44	17.8
	Ev Hanımı	54	21.9
	Özel Sektör	50	20.2
	Serbest Meslek	19	7.7
	Tarım/Hayvancılık	48	19.4
	Öğrenci	15	6.1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	133	53.8
	Çalışmıyor ya da Emekli	114	46.2
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	68	27.5
	Gelir Gidere Eşit	159	64.4
	Gelir Giderden Fazla	20	8.1
Yaşadığı Yer	Köy	64	25.9
	İlçe	96	38.9
	İl	87	35.2
Hastanenin Bulunduğu İl	Aynı İl	159	64.4
	Farklı İl	88	35.6

Tablo 3. (Devam)

İkamet Yeri		Kendi Evi	173	70.0
		Akraba/Arkadaş Evi	74	30.0
Kronik Hastalık	Endokrin Sistem Hastalıkları	Var	23	9.3
		Yok	224	90.7
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Var	50	20.2
		Yok	197	79.8
	Nörolojik Sistem Hastalıkları	Var	6	2.4
		Yok	241	97.6
	Solunum Sistemi Hastalıkları	Var	15	6.1
		Yok	232	93.9
	Nefrolojik Sistem Hastalıkları	Var	1	0.4
		Yok	246	99.6
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Var	9	3.6
		Yok	238	96.4
	Kanser	Var	3	1.2
		Yok	244	98.8
Hasta ile Olan Yakınlığı	Eşi		33	13.4
	Kızı		54	21.8
	Oğlu		74	30.0
	Ebeveyni		5	2.0
	Kardeşi		36	14.6
	Torunu		45	18.2
Beslenme*	Evet		42	17.0
	Hayır		205	83.0
Boşaltım*	Evet		22	8.9
	Hayır		225	91.1
Giyinme*	Evet		40	16.2
	Hayır		207	83.8
Hareket*	Evet		32	13.0
	Hayır		215	87.0
İlaç Yönetimi*	Evet		51	20.6
	Hayır		196	79.4
Daha Önce Bir Yakınından Dolayı Yoğun Bakım Deneyimi Olma	Evet		108	43.7
	Hayır		139	56.3
Şu Anki Sağlık Durumunuz	İyi		159	64.4
	Orta		88	35.6
Günlük Yaşamdaki Stres Düzeyi	Az		47	19.0
	Orta		187	75.7
	Çok		13	5.3

Tablo 3. (Devam)

Stresi Yönetme Biçimi	Kitap Okumak	Evet	36	14.6	
		Hayır	211	85.4	
	Gezmek	Evet	76	30.8	
		Hayır	171	69.2	
	Yürüyüş Yapmak	Evet	79	32.0	
		Hayır	168	68.0	
	Spor Yapmak	Evet	25	10.1	
		Hayır	222	89.9	
	Yemek Yemek	Evet	75	30.4	
		Hayır	172	69.6	
	Televizyon İzlemek	Evet	69	27.9	
		Hayır	178	72.1	
	Müzik Dinlemek	Evet	43	17.4	
		Hayır	204	82.6	
	Sohbet Etmek	Evet	76	30.8	
		Hayır	171	69.2	
	Namaz Kılmak	Evet	56	22.7	
		Hayır	191	77.3	
	Dua Etmek	Evet	92	37.2	
		Hayır	155	62.8	
	Kuran Okumak	Evet	53	21.5	
		Hayır	194	78.5	
		Min.	Max.	$\bar{X}$	SS
Yaş (yıl)		18	72	45.81	14.40

* Hasta yakının evde üstlendiği bakım gereksinimleri, Min: minimum, Max: maksimum, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma

Hasta yakınlarının tanıtıcı bilgileri Tablo 3'te sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının yaş ortalamasının 45.81 ± 14.40 yıl (min: 18, max: 72) olduğu; %50.2'si kadın, %68.8'i evli, %39.7'si ilköğretim mezunu, %21.9'u ev hanımı, %53.8'i çalışmakta, %64.4'ünün geliri giderine eşittir. Hasta yakınlarının %38.9'u ilçede ve %64.4'ü, hastanenin bulunduğu ilde ikamet etmekte ve %70'i bu süreçte kendi evinde kalmaktaydı. Hasta yakınlarının kronik hastalık durumları sırasıyla incelendiğinde; kardiyovasküler sistem (%20.2), endokrin sistem (%9.3), solunum sistemi (%6.1) gastrointestinal sistem (%3.6) nörolojik sistem (%2.4) hastalıkları, kanser (%1.2) ve nefrolojik sistem (%0.4) hastalıkları bulunduğu belirlendi. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastayla yakınlık ilişkisi değerlendirildiğinde, %30'unun oğlu, %21.8'inin kızı, %18.2'sinin torunu, %14.6'sının kardeşi, %13.4'ünün eşi ve %2.0'sinin ebeveyni olduğu

belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %20.6'sı ilaç yönetimi konusunda destek olduğu ve %43.7'sinin daha önce yoğun bakımda hasta bakımına yönelik deneyimi olduğu saptandı. Hasta yakınları, sağlık durumunu; %64.4'ü iyi düzeyde, %35.6'sı ise orta düzeyde tanımlamaktaydı. Hasta yakınlarının %75.7'sinin stresinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Hasta yakınlarının stresle baş etme yöntemlerini ise: dua etmek (%37.2), yürüyüş yapmak (%32.0), gezmek ve sohbet etmek (%30.8), yemek yemek (%30.4), televizyon izlemek (%27.9), namaz kılmak (%22.7), kuran okumak (%21.5), müzik dinlemek (%17.4), kitap okumak (%14.6) ve spor yapmak (%10.1) olarak belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeği ve algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı (n=247)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Ölçekten Alınabilecek Puan		Hasta Yakınlarının Aldığı Puan		$\bar{X}$	SS
		Min.	Max.	Min.	Max.		
Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	Aşkınlık	15	75	39	75	63.47	3.69
	Doğayla Uyum	7	35	17	35	29.83	2.26
	Anomi	7	35	15	30	24.68	2.39
	Toplam	29	145	81	135	117.98	5.12
Algılanan Stres Ölçeği	Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	0	28	8	15	11.72	2.60
	Stres/Rahatsızlık Algısı	0	28	10	25	16.64	3.07
	Toplam	0	56	20	39	28.36	4.94

Min: minimum, Max: maksimum, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma

Örneklem kapsamındaki hasta yakınlarının araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Hasta yakınlarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan sırasıyla aşkınlık 63.47 ± 3.69 (min:39, max: 75), doğayla uyum 29.83 ± 2.26 (min:17, max:35), anomi 24.68 ± 2.39 (min: 15, max: 30); toplam puan ortalaması ise 117.98 ± 5.12 (min:81, max: 135)'dir. Hasta yakınlarının ASÖ alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla yetersiz öz yeterlik algısı 11.72 ± 2.60 (min:8, max: 15), stres/rahatsızlık algısı 16.64 ± 3.07 (min:10, max: 25); toplam puan ortalaması ise 28.36 ± 4.94 (min:20, max: 39)'tür (Tablo 4).

Tablo 5. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutları ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının ve medyanlarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması (n=247)

Tanıtıcı Bilgiler		n	Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği				
			Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Toplam	
			Med. (25.-75. Ç)	Med. (25.-75. Ç)	$\bar{X}$	SS	Med. (25.-75. Ç)
Cinsiyet	Kadın	124	64.0 (61.8-65.3)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.44	119 (116-122)
	Erkek	123	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.7	2.35	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.523, p=0.601	Z=-1.439, p=0.150	t=0.168, p=0.867	Z=-1.449, p=0.147	
Medeni Durumu	Evli	62	64.0 (61.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.7	2.42	118 (115-122)
	Bekâr	185	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.34	118 (116-120)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.337, p=0.736	Z=-0.264, p=0.791	t=-0.018, p=0.986	Z=-0.221, p=0.825	
Eğitim Düzeyi	1.Okuryazar	8	66.0 (65.3-66.8)	31.0 (29.3-31.8)	23.3	2.49	119 (118-122.5)
	2.İlköğretim	98	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.45	118 (115-121)
	3.Lise	80	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.7	2.31	117 (115-121)
	4.Üniversite	61	64.0 (62.0-65.0)	31.0 (29.0-31.0)	24.7	2.37	119 (116-122)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=9.157$, p=0.027	$\chi^2=4.753$, p=0.191	F=1.007, p=0.390	$\chi^2=4.499$, p=0.212	
Anlamlı Fark			1-2, 1-3	-	-	-	
Meslek	Ev Hanımı	54	63.0 (61.0-66.0)	30.0 (28.3-31.8)	24.6	2.59	117 (114-121)
	Özel Sektör	50	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.3-31.0)	24.6	2.12	119 (116-122)
	Tarım/Hayvancılık	48	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.02	119 (116-121)
	Memur	44	64.0 (62.0-66.0)	31.0 (30.0-32.0)	24.6	2.60	120 (118-122)
	Serbest Meslek	19	64.0 (62.0-65.0)	29.0 (28.0-31.0)	24.1	2.79	118 (115-119)
	İşçi	17	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-32.0)	25.4	3.06	119 (116-122)
	Öğrenci	15	63.0 (61.5-64.5)	30.0 (28.0-30.5)	25.1	1.67	117 (115-120)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=3.698$, p=0.717	$\chi^2=13.482$, p=0.036	F=0.511, p=0.799	$\chi^2=9.071$, p=0.170	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	133	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.44	118 (116-121)
	Çalışmıyor ya da Emekli	114	63.0 (61.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.34	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.160, p=0.873	Z=-0.678, p=0.498	t=-0.480, p=0.632	Z=-0.742, p=0.458	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	68	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.6	2.76	118 (115-121)
	Gelir Gidere Eşit	159	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.9	2.18	118 (116-121)
	Gelir Giderden Fazla	20	64.5 (64.0-66.0)	30.5 (29.8-31.3)	23.6	2.39	119 (117-122)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=5.928$, p=0.052	$\chi^2=4.405$, p=0.111	F=2.727, p=0.067	$\chi^2=3.567$, p=0.168	

Tablo 5. (Devam)

Yaşadığı Yer	Köy	64	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.24	118 (115-121)
	İlçe	96	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.45	118 (116-121)
	İl	87	64.0 (61.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.44	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=0.235$, p=0.889	$\chi^2=5.368$, p=0.068	F=0.206, p=0.814	$\chi^2=0.407$, p=0.816	
Hastanenin Bulunduğu İl	Aynı İl	159	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-32.0)	24.8	2.31	118 (116-122)
	Farklı İl	88	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.4	2.52	118 (115-120)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.798, p=0.072	Z=-1.129, p=0.259	t=1.181, p=0.239	Z=-1.824, p=0.068	
İkamet Yeri	Kendi Evi	173	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.24	118 (115-121)
	Akraba/Arkadaş Evi	74	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.5	2.74	118 (115-120)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.507, p=0.132	Z=-0.020, p=0.984	t=0.650, p=0.517	Z=-0.940, p=0.347	
Endokrin Sistem Hastalıkları	Var	23	64.0 (63.0-66.0)	30.0 (29.0-32.0)	24.96	2.27	119 (117-121)
	Yok	224	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.3-31.0)	24.66	2.40	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.950, p=0.342	Z=-0.716, p=0.474	t=0.573, p=0.567	Z=-1.223, p=0.221	
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Var	50	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.60	2.39	117 (115-120)
	Yok	197	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.71	2.39	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.318, p=0.751	Z=-1.273, p=0.203	t=-0.279, p=0.781	Z=-1.197, p=0.231	
Solunum Sistemi Hastalıkları	Var	15	64.0 (61.0-66.0)	29.0 (28.0-31.0)	24.87	2.39	118 (115-121)
	Yok	232	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.67	2.39	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.281, p=0.779	Z=-0.916, p=0.359	t=0.305, p=0.761	Z=-0.363, p=0.717	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Var	9	64.0 (63.5-65.5)	31.0 (30.5-32.0)	25.11	2.57	118 (117-124.5)
	Yok	238	64.0 (62.0-65.3)	30.0 (28.8-31.0)	24.67	2.39	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.011, p=0.312	Z=-1.608, p=0.108	t=0.545, p=0.586	Z=-1.048, p=0.294	
Hasta ile Olan Yakınlığı	Oğlu	74	63.0 (61.3-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.5	2.46	118 (115-120)
	Kızı	54	64.5 (62.0-67.0)	30.0 (28.3-31.0)	24.6	2.60	119 (116-122)
	Kardeşi	36	64.0 (62.0-65.3)	30.0 (29.0-32.0)	24.8	2.39	119 (117-121)
	Torunu	45	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.9	2.15	118 (116-121)
	Eşi	33	64.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.09	118 (115-121)
	Ebeveyni	5	65 (62.5-68.5)	30 (28-30.5)	24.0	3.54	118 (118-120)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=4.033$, p=0.545	$\chi^2=5.225$, p=0.389	F=0.285, p=0.921	$\chi^2=3.208$, p=0.668	
Beslenme*	Evet	42	64.5 (62.0-66.0)	30.0 (28.3-32.0)	24.5	2.29	118 (115-122)
	Hayır	205	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.41	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.164, p=0.244	Z=-0.283, p=0.777	t=0.690, p=0.491	Z=-0.500, p=0.617	

Tablo 5. (Devam)

Boşaltım*	Evet	22	63.0 (61.3-65.8)	30.0 (28.0-32.0)	25.4	2.22	118 (116-121)
	Hayır	225	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.40	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.528, p=0.597	Z=-0.103, p=0.918	t=-1.401, p=0.163		Z=-0.042, p=0.966
Giyinme*	Evet	40	63.5 (61.8-66.0)	31.0 (28.0-32.0)	24.9	2.73	120 (115-122)
	Hayır	207	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.32	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.105, p=0.917	Z=-0.674, p=0.501	t=-0.551, p=0.582		Z=-1.188, p=0.235
Hareket*	Evet	32	63.0 (60.0-66.0)	29.0 (28.0-31.0)	24.9	2.17	117 (114-122)
	Hayır	215	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.42	118 (116-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.651, p=0.515	Z=-1.290, p=0.197	t=-0.484, p=0.629		Z=-0.924, p=0.355
İlaç*	Evet	51	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.7	2.56	117 (115-121)
	Hayır	196	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.35	118 (116-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.286, p=0.198	Z=-1.213, p=0.225	t=0.059, p=0.953		Z=-1.381, p=0.167
Daha Önce Herhangi Bir Yakınından Dolayı Deneyim Sahibi Olma	Evet	108	63.0 (61.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.6	2.52	118 (115-121)
	Hayır	139	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.29	119 (116-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.337, p=0.736	Z=-0.850, p=0.395	t=-0.262, p=0.793		Z=-1.193, p=0.233
Şu Anki Sağlık Durumunuz	İyi	159	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.8	2.23	118 (115-121)
	Orta	88	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.5	2.66	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.397, p=0.162	Z=-1.319, p=0.187	t=0.790, p=0.430		Z=-0.008, p=0.993
Günlük Yaşamdaki Stres Düzeyi	Az	47	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.4	2.07	117 (115-121)
	Orta	187	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.8	2.47	118 (116-121)
	Çok	13	65.0 (62.0-68.0)	30.0 (26.0-31.0)	24.1	2.14	118 (117-120)
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=1.948$, p=0.378	$\chi^2=1.204$, p=0.548	F=1.099, p=0.335		$\chi^2=1.723$, p=0.423
Kitap Okumak	Evet	36	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.3)	25.4	2.29	119 (117-122)
	Hayır	211	64.0 (61.5-66.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.6	2.39	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.302, p=0.763	Z=-1.131, p=0.258	t=-1.849, p=0.066		Z=-1.450, p=0.147
Gezmek	Evet	76	64.0 (62.0-65.3)	30.0 (28.0-31.0)	24.8	2.22	119 (116-121)
	Hayır	171	64.0 (61.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.46	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.610, p=0.542	Z=-0.056, p=0.956	t=-0.634, p=0.527		Z=-0.776, p=0.438
Yürüyüş Yapmak	Evet	79	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.5-32.0)	24.7	2.42	119 (115-122)
	Hayır	168	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.7	2.38	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.704, p=0.482	Z=-0.063, p=0.950	t=-0.282, p=0.778		Z=-0.884, p=0.377

Tablo 5. (Devam)

Spor Yapmak	Evet	25	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (30.0-31.0)	25.0	2.50	119 (116-121)
	Hayır	222	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.6	2.38	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.089, p=0.929	Z=-0.351, p=0.726	t=-0.697, p=0.487		Z=-0.512, p=0.609
Yemek Yemek	Evet	75	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.5-31.0)	24.3	2.69	118 (115-121)
	Hayır	172	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.8	2.23	118 (116-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.088, p=0.276	Z=-0.811, p=0.417	t=1.587, p=0.114		Z=-0.491, p=0.623
Televizyon İzlemek	Evet	69	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.2	2.47	119 (116-121)
	Hayır	178	63.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.9	2.34	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-2.238, p=0.025	Z=-0.618, p=0.536	t=1.923, p=0.056		Z=-1.012, p=0.312
Müzik Dinlemek	Evet	43	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.8	2.50	119 (117-123)
	Hayır	204	63.5 (61.0-65.0)	30.0 (28.0-31.0)	24.7	2.37	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-1.332, p=0.183	Z=-0.455, p=0.649	t=-0.251, p=0.802		Z=-1.750, p=0.080
Sohbet Etmek	Evet	76	64.0 (61.0-66.0)	30.0 (29.0-31.3)	24.6	2.04	119 (116-121)
	Hayır	171	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.5-31.0)	24.7	2.53	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.912, p=0.362	Z=-0.217, p=0.828	t=0.403, p=0.687		Z=-0.921, p=0.357
Namaz Kılmak	Evet	56	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-32.0)	24.4	2.83	118 (116-121)
	Hayır	191	64.0 (62.0-65.0)	30.0 (28.5-31.0)	24.8	2.24	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.773, p=0.440	Z=-1.385, p=0.166	t=0.971, p=0.335		Z=-0.196, p=0.844
Dua Etmek	Evet	92	64.0 (61.0-65.0)	30.0 (28.8-31.3)	24.3	2.77	118 (115-121)
	Hayır	155	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (29.0-31.0)	24.9	2.10	118 (116-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.817, p=0.414	Z=-1.381, p=0.167	t=2.018, p=0.045		Z=-1.327, p=0.184
Kuran Okumak	Evet	53	63.0 (62.0-65.0)	30.0 (29.0-31.0)	25.0	2.52	118 (116-121)
	Hayır	194	64.0 (62.0-66.0)	30.0 (28.3-31.0)	24.6	2.35	118 (115-121)
Test ve Anlamlılık			Z=-0.968, p=0.333	Z=-1.646, p=0.100	t=-0.956, p=0.340		Z=-0.505, p=0.614

* Hasta yakının evde üstlendiği bakım geresinimleri, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, t: iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Z: mann Whitney u testi, F: anova testi, X^2 : Ki-kare testi

Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının ve meydanlarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması Tablo 5’te görülmektedir. Buna göre spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutunun hasta yakınlarının eğitim düzeyi ile ve spiritüel iyi oluş ölçeği doğayla uyum alt boyutunun hasta yakınlarının mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı bulundu ($p<0.05$). Okuryazar olan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutu medyanı ilköğretim ve lise mezunu hasta yakınlarından daha yüksektir. Spiritüel iyi oluş ölçeği doğayla uyum alt boyutunda yapılan çoklu karşılaştırma testi sonucunda meslek ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi ($p<0.05$). Spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutunun hasta yakınlarının televizyon izleme ve spiritüel iyi oluş ölçeği anomi alt boyutunun hasta yakınlarında dua etmemeye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı bulundu ($p<0.05$). Bu bulguya göre televizyon izleyen hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutu medyanı televizyon izlemeyen hasta yakınlarından ve dua eden hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği anomi alt boyutu düzeyi dua etmeyen hasta yakınlarından daha yüksektir (Tablo 5).

Tablo 6. Hasta yakınlarının algılanan stres ölçeğinin alt boyutları ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması (n=247)

Tanıtıcı Bilgiler		n	Algılanan Stres Ölçeği					
			Yetersiz Öz Yeterlik Algısı		Stres/Rahatsızlık Algısı		Toplam	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Cinsiyet	Kadın	124	11.7	2.63	16.5	2.91	28.2	4.98
	Erkek	123	11.7	2.57	16.8	3.22	28.6	4.91
Test ve Anlamlılık			t=-0.042, p=0.966		t=-0.926, p=0.356		t=-0.597, p=0.551	
Medeni Durumu	Evli	62	11.9	2.60	16.8	3.02	28.7	4.89
	Bekar	185	11.4	2.57	16.3	3.18	27.7	5.01
Test ve Anlamlılık			t=1.475, p=0.142		t=1.042, p=0.299		t=1.423, p=0.156	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	8	12.1	2.30	17.5	3.34	29.6	5.15
	İlköğretim	98	11.7	2.71	16.6	2.93	28.3	4.95
	Lise	80	11.7	2.50	16.4	3.14	28.1	4.87
	Üniversite	61	11.8	2.60	16.9	3.25	28.6	5.16
Test ve Anlamlılık			F=0.079, p=0.971		F=0.414, p=0.743		F=0.288, p=0.834	
Meslek	Ev Hanımı	54	11.5	2.70	16.0	2.84	27.5	5.08
	Özel Sektör	50	11.5	2.52	16.5	3.12	28.0	4.96
	Tarım/Hayvancılık	48	11.9	2.70	17.2	2.96	29.0	4.81
	Memur	44	11.9	2.60	17.2	3.52	29.1	5.36
	Serbest Meslek	19	11.6	2.29	16.6	2.97	28.2	4.44
	İşçi	17	11.5	2.72	15.7	2.93	27.2	4.71
	Öğrenci	15	12.4	2.64	17.2	2.62	29.6	4.34
Test ve Anlamlılık			F=0.347, p=0.911		F=1.293, p=0.261		F=0.948, p=0.462	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	133	11.6	2.55	16.7	3.20	28.3	4.88
	Çalışmıyor ya da Emekli	114	11.9	2.66	16.6	2.92	28.4	5.02
Test ve Anlamlılık			t=-0.756, p=0.450		t=0.288, p=0.774		t=-0.218, p=0.827	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	68	11.7	2.63	17.0	3.01	28.7	4.94
	Gelir Gidere Eşit	159	11.8	2.58	16.5	2.98	28.2	4.83
	Gelir Giderden Fazla	20	11.2	2.67	17.1	3.87	28.3	5.95
Test ve Anlamlılık			F=0.461, p=0.631		F=0.834, p=0.436		F=0.186, p=0.830	

Tablo 6. (Devam)

Yaşadığı Yer	Köy	64	11.7	2.72	16.9	3.41	28.7	5.48
	İlçe	96	11.9	2.51	16.6	2.88	28.5	4.73
	İl	87	11.5	2.61	16.4	3.02	27.9	4.77
Test ve Anlamlılık			F=0.511, p=0.600		F=0.512, p=0.600		F=0.501, p=0.606	
Hastanenin Bulunduğu İl	Aynı İl	159	11.7	2.62	16.7	3.13	28.4	5.00
	Farklı İl	88	11.8	2.57	16.5	2.97	28.3	4.86
Test ve Anlamlılık			t=-0.369, p=0.712		t=0.402, p=0.688		t=0.055, p=0.956	
İkamet Yeri	Kendi Evi	173	11.6	2.62	16.6	3.13	28.2	5.02
	Akraba/Arkadaş Evi	71	12.1	2.53	16.7	2.95	28.8	4.76
Test ve Anlamlılık			t=-1.228, p=0.221		t=-0.295, p=0.768		t=-0.829, p=0.408	
Endokrin Sistem Hastalıkları	Var	23	11.9	2.61	16.0	3.67	28.0	5.48
	Yok	224	11.7	2.60	16.7	3.00	28.4	4.89
Test ve Anlamlılık			t=0.365, p=0.716		t=-0.979, p=0.329		t=-0.415, p=0.678	
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Var	50	12.5	2.48	16.6	2.70	29.1	4.66
	Yok	197	11.5	2.60	16.7	3.16	28.2	5.00
Test ve Anlamlılık			t=2.325, p=0.021		t=-0.154, p=0.878		t=1.116, p=0.266	
Solunum Sistemi Hastalıkları	Var	15	12.2	2.14	17.1	3.07	29.3	4.56
	Yok	232	11.7	2.62	16.6	3.07	28.3	4.97
Test ve Anlamlılık			t=0.731, p=0.465		t=0.642, p=0.521		t=0.783, p=0.434	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Var	9	12.0	2.24	16.7	2.83	28.7	4.03
	Yok	238	11.7	2.61	16.6	3.08	28.4	4.98
Test ve Anlamlılık			t=0.324, p=0.747		t=0.027, p=0.979		t=0.187, p=0.852	
Hasta ile Olan Yakınlığı	Oğlu	74	11.6	2.58	16.5	3.19	28.1	4.92
	Kızı	54	11.6	2.59	16.8	3.03	28.4	4.94
	Torunu	45	11.7	2.65	16.5	2.70	28.2	4.80
	Kardeşi	36	12.1	2.59	16.6	3.12	28.6	5.04
	Eşi	33	12.2	2.49	17.2	3.30	29.4	4.99
	Ebeveyni	5	9.2	2.68	15.2	3.49	24.4	5.55
Test ve Anlamlılık			F=1.313, p=0.259		F=0.508, p=0.770		F=0.994, p=0.422	

Tablo 6. (Devam)

Beslenme*	Evet	42	11.7	2.57	16.1	3.47	27.9	5.33
	Hayır	205	11.7	2.61	16.7	2.98	28.5	4.86
Test ve Anlamlılık			t=-0.037, p=0.971		t=1.208, p=0.228		t=0.730, p=0.466	
Boşaltım*	Evet	22	11.7	2.45	17.2	2.78	29.0	4.52
	Hayır	225	11.7	2.61	16.6	3.09	28.3	4.98
Test ve Anlamlılık			t=-0.005, p=0.996		t=-0.941, p=0.348		t=-0.586, p=0.558	
Giyinme*	Evet	40	11.9	2.55	16.8	3.10	28.7	5.03
	Hayır	207	11.7	2.61	16.6	3.07	28.3	4.93
Test ve Anlamlılık			t=-0.399, p=0.690		t=-0.360, p=0.719		t=-0.434, p=0.665	
Hareket*	Evet	32	11.9	2.54	16.0	2.73	27.9	4.37
	Hayır	215	11.7	2.61	16.7	3.11	28.4	5.02
Test ve Anlamlılık			t=-0.423, p=0.672		t=1.204, p=0.230		t=0.523, p=0.601	
İlaç Yönetimi*	Evet	51	12.2	2.34	16.5	2.34	28.7	4.94
	Hayır	196	11.6	2.65	16.7	2.65	28.3	4.95
Test ve Anlamlılık			t=-1.437, p=0.154		t=0.236, p=0.813		t=-0.554, p=0.580	
Daha Önce Herhangi Bir Yakınından Dolayı Deneyim Sahibi Olma	Evet	108	11.7	2.69	16.6	2.93	28.4	4.81
	Hayır	139	11.7	2.53	16.6	3.18	28.4	5.05
Test ve Anlamlılık			t=0.036, p=0.971		t=-0.045, p=0.964		t=-0.009, p=0.993	
Şu Anki Sağlık Durumunuz	İyi	159	11.5	2.62	16.5	3.00	28.0	4.87
	Orta	88	12.1	2.53	16.9	3.19	28.9	5.03
Test ve Anlamlılık			t=-1.500, p=0.135		t=-0.940, p=0.348		t=-1.373, p=0.171	
Kitap Okumak	Evet	36	11.6	2.72	16.4	3.12	28.0	5.07
	Hayır	211	11.7	2.58	16.7	3.06	28.4	4.93
Test ve Anlamlılık			t=0.284, p=0.777		t=0.471, p=0.638		t=0.442, p=0.659	
Gezmek	Evet	76	11.8	2.51	16.5	3.08	28.3	4.72
	Hayır	171	11.7	2.64	16.7	3.07	28.4	5.05
Test ve Anlamlılık			t=-0.314, p=0.754		t=0.476, p=0.634		t=0.131, p=0.896	
Yürüyüş Yapmak	Evet	79	11.4	2.81	16.3	3.30	27.7	5.31
	Hayır	168	11.9	2.48	16.8	2.95	28.7	4.74
Test ve Anlamlılık			t=1.220, p=0.225		t=1.136, p=0.257		t=1.378, p=0.170	

Tablo 6. (Devam)

Spor Yapmak	Evet	25	11.1	2.47	16.6	3.19	27.7	4.50
	Hayır	222	11.8	2.61	16.6	3.06	28.4	4.99
Test ve Anlamlılık			t=1.312, p=0.191		t=-0.001, p=1.000		t=0.687, p=0.493	
Yemek Yemek	Evet	75	12.0	2.58	17.0	3.24	28.9	5.10
	Hayır	172	11.6	2.61	16.5	2.99	28.1	4.86
Test ve Anlamlılık			t=-0.941, p=0.348		t=-1.084, p=0.279		t=-1.168, p=0.244	
Televizyon İzlemek	Evet	69	11.8	2.56	16.7	3.06	28.5	4.93
	Hayır	178	11.7	2.62	16.6	3.08	28.3	4.95
Test ve Anlamlılık			t=-0.327, p=0.744		t=-0.132, p=0.895		t=-0.254, p=0.800	
Müzik Dinlemek	Evet	43	11.8	2.55	16.3	3.22	28.0	5.15
	Hayır	204	11.7	2.61	16.7	3.04	28.4	4.90
Test ve Anlamlılık			t=-0.119, p=0.906		t=0.848, p=0.397		t=0.464, p=0.643	
Sohbet Etmek	Evet	76	11.7	2.60	16.7	3.15	28.4	4.88
	Hayır	171	11.7	2.60	16.6	3.04	28.3	4.98
Test ve Anlamlılık			t=0.110, p=0.912		t=-0.286, p=0.775		t=-0.120, p=0.905	
Namaz Kılmak	Evet	56	12.0	2.60	16.6	3.27	28.6	5.08
	Hayır	191	11.7	2.60	16.7	3.02	28.3	4.91
Test ve Anlamlılık			t=-0.785, p=0.433		t=0.140, p=0.889		t=-0.325, p=0.745	
Dua Etmek	Evet	92	12.1	2.52	16.9	3.31	29.0	5.14
	Hayır	155	11.5	2.62	16.5	2.92	28.0	4.80
Test ve Anlamlılık			t=-1.748, p=0.082		t=-0.993, p=0.322		t=-1.536, p=0.126	
Kuran Okumak	Evet	53	12.1	2.47	17.0	2.69	29.1	4.43
	Hayır	194	11.6	2.62	16.6	3.16	28.2	5.06
Test ve Anlamlılık			t=-1.171, p=0.243		t=-0.863, p=0.389		t=-1.152, p=0.250	

* Hasta yakının evde üstlendiği bakım geresinimleri, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, t: iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Z: mann Whitney u testi, F: anova testi, χ^2 : Ki-kare testi

Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının ASÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir. Algılanan Stres Ölçeğinin yetersiz öz yeterlik algısı alt boyutunun kardiyovasküler sistem hastalıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı bulunmuş ($p<0.05$) olup, kardiyovasküler sistem hastalığı olanların yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması hastalığı olmayanlardan daha yüksektir. Hasta yakınlarının ASÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının diğer tanıtıcı bilgilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 6).



Tablo 7. Hasta yakınlarının üç faktörlü spiritüel iyi oluş ölçeği puanları ile algılanan stres ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=247)

	1	2	3	4	5	6	7
1. SİÖÖ-Aşknlık	-						
2. SİÖÖ-Doğayla Uyum	0.159*	-					
3. SİÖÖ-Anomi	-0.129*	-0.002	-				
4. SİÖÖ-Toplam Puan	0.711***	0.552***	0.372***	-			
5. ASÖ-Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	-0.056	-0.018	0.058	0.039	-		
6. ASÖ-Stres/Rahatsızlık Algısı	-0.087	-0.016	-0.048	-0.035	0.518***	-	
7. ASÖ-Toplam Puan	-0.092	-0.018	0.001	-0.010	0.847***	0.893***	-

***p<0.001, *p<0.05 İtalik olarak verilen korelasyon katsayıları Spearman'ın sıralama korelasyon testi, diğerleri ise Pearson momentler çarpım korelasyon testiyle hesaplanmıştır.

SİÖÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların yakınlarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 7).



5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ile bu bölümde tartışılmıştır.

Hasta yakınlarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nden aldıkları puanlara bakıldığında, aşkınlık alt boyutunun ortalaması 63.47 ± 3.69 , doğayla uyum alt boyutunun ortalaması 29.83 ± 2.26 , ve anomi alt boyutunun ortalaması 24.68 ± 2.39 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 117.98 ± 5.12 'dir. Bununla birlikte, Algılanan Stres Ölçeği'nden elde edilen puanlar incelendiğinde, yetersiz öz yeterlik algısı alt boyutunun ortalaması 11.72 ± 2.60 , stres/rahatsızlık algısı alt boyutunun ortalaması ise 16.64 ± 3.07 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 28.36 ± 4.94 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada, spiritüel iyi oluş ölçeğinin fiziksellikten öte gerçekliği ve bir gücün varlığına olan inancı ifade eden aşkınlık alt boyutunun hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre farklılaştığı belirlendi. Buna göre, okuryazar olan hasta yakınlarının aşkınlık alt boyutuna ait medyan puanlarının, ilköğretim ve lise mezunu hasta yakınlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Çalınık tarafından çocukları immün yetmezlik tanısıyla hastanede yatan annelerle yürütülen bir çalışmada ise annelerin eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte spiritüel iyi oluş düzeylerinin de arttığı gözlemlenmiştir (110). Çalışma sonucumuza paralel olarak, Alradaydeh ve Khalil tarafından Ürdün'de beş farklı hastanede hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yürütülen araştırmada da eğitim düzeyi ile spiritüel iyi oluş arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (111). Aynı şekilde, Çakmak ve arkadaşları tarafından kemoterapi alan kanser hastalarla yapılan çalışmada da eğitim düzeyinin spiritüel iyi oluş üzerinde etkili bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (112). Çalışma sonuçları, literatürle uyumludur. İnsanın doğa, çevre ile uyum içinde yaşama algısını ifade eden doğayla uyum alt boyutunun ise meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı belirlendi. Yine Görücü ve Gürol Arslan tarafından Türkiye'de bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitesi hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada, bakım veren bireylerin eğitim ve mesleğinin spiritüel iyi oluş üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (113). Diğer taraftan, Amirmohamadi ve arkadaşları tarafından solunum, meme ve gastrointestinal kanser teşhisi almış yaşlı hastaların yakınlarıyla gerçekleştirilen araştırmada da meslek durumunun spiritüel iyi oluş düzeyinde anlamlı farklılık yarattığı bildirilmiştir (114). Bu sonuçlar,

çalışmada spiritüel iyi oluşun mesleğe göre farklılaştığı bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların bu şekilde ortaya çıkmasının çeşitli gerekçeleri bulunabilir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin, özellikle okuryazar düzeyinde olanların, yaşamı anlamlandırma çabalarında daha çok dini değerlere yönelme eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Bu durum, bireylerin karmaşık yaşam olayları karşısında içsel anlam arayışlarına yönelmeleri, fiziksellikten öte gerçekliği ve bir gücün varlığına olan inancı ifade eden aşkınlık alt boyutunda daha yüksek puanlar almalarına neden olabileceğini düşündürmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin daha rasyonel ve eleştirel düşünme eğilimlerinin artması, bu tür manevi boyutlara yönelimi azaltabilir. Buna ilaveten, meslek durumu da bireylerin sosyal statüsünü, yaşam standartlarını ve stres düzeylerini etkilemektedir. Özellikle daha ağır ve fiziksel yönden zorlayıcı işlerde çalışan hasta yakınlarının, doğayla daha fazla temas kurmaları, doğayla uyum içinde olma hissini artırmakta ve bu durum, ilgili alt boyut olan doğayla uyum alt boyutu puanlarına yansımaktadır. Ayrıca yoğun stres altında çalışan sağlık personeli (hemşireler, doktorlar), eğitimciler gibi bazı meslek gruplarında doğaya yönelimin ve ruhsal denge arayışının bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığı da bilinmektedir (115). Bu bağlamda, meslek ve eğitim düzeylerinin spiritüel iyi oluş üzerindeki etkileri, bireyin yaşam biçimi, değer sistemleri ve başa çıkma stratejileri ile doğrudan ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutu puanlarının televizyon izleme durumlarına göre anlamlı olduğu bulundu. Elde edilen bu bulgulara göre, televizyon izleyen hasta yakınlarının aşkınlık alt boyutu puanlarının, televizyon izlemeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca hayatın boş, manasız ve anlamsız olduğunu, değer, yargıların ve inançların yitirilmesinden kaynaklı sıkıntı ve bunalım hali olarak tanımlanan anomi alt boyutu puanlarının ise dua etme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bunun nedeni olarak dua etmeyen hasta yakınlarının ise anomi alt boyutu puanlarının, dua edenlerden daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulgu, bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin bazı gündelik alışkanlıklar ve dini pratiklerle yakından ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle aşkınlık boyutu, bireyin kendisinden daha büyük bir varlıkla ya da güçle bağlantı kurma, hayatın anlamı üzerine düşünme ve manevi deneyimler yaşama kapasitesiyle ilgilidir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı bölgede yaşayan bireylerin dini inançları ve kültürel özellikleri dikkate alındığında; izlemiş oldukları televizyon programlarının manevi içeriklerle aşkınlık duygusunu artırmasını

kolaylaştırabileceği, aynı zamanda toplumsal normlarda yaşanan değişim ve bireysel kopukluklar, dua eden hasta yakınlarında anomi duygusunun yükselmesine yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu noktada televizyon izlemenin, özellikle dini içerikli yayınlar, meditasyon programları, ilahi veya manevi filmler aracılığıyla bireyde aşkınlık hissini uyandırabileceği düşünülmektedir. Nitekim Taylor tarafından tıp merkezinde yatan ve ayakta tedavi gören kanser hastası ve yakınıyla yapılan araştırmada, katılımcıların televizyon ve radyodaki dini yayınlar aracılığıyla manevi olarak kendilerini iyi hissettikleri belirlenmiştir (116). Bu çalışma, doğrudan televizyon izleme ile spiritüel iyi oluş arasında kurulan net ilişkilerin sınırlı olduğu literatürde, söz konusu ilişkinin özellikle dini içeriklerle birlikte ele alındığında anlam kazandığını göstermektedir.

Dua etme davranışı ile anomi alt boyutu arasındaki ilişki ise literatürde güçlü biçimde desteklenmektedir. Anomi, bireyin yaşamda bir anlam ve yön bulamaması, boşluk hissi yaşaması ve aidiyet duygusunun zayıflaması durumunu tanımlamaktadır. Dua etme, bireyin yüce bir varlığa yönelerek içsel bir denge arayışına girmesine olanak tanımakta; böylelikle umutsuzluk, yalnızlık ve anlamsızlık gibi duygulara karşı bir savunma mekanizması oluşturmaktadır. Bu durumu destekleyen çalışmalar arasında Çalınık tarafından yapılan çalışmada immünoloji servisinde yatan çocukların annelerinin manevi destek amacıyla dua ettikleri ve dua edenlerin spiritüel iyi oluşlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (110). Benzer şekilde, Gürsu ve Bayındır'ın COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanı ile gerçekleştirdikleri çalışmada da dua eden bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (117). Carron ve Cumbie tarafından da belirtildiği üzere, dua etme bireylerde umut, güven, barış ve manevi güç duygularını artırmakta; bu da spiritüel iyi oluşun temelini oluşturan içsel dengeye katkı sağlamaktadır (118). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının stres, belirsizlik ve duygusal yük taşıdıkları bir dönemde maneviyata yönelme gereksinimlerinin artması etkili olmuş olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle dua etme davranışı, kişinin yaşadığı zorluklarla baş etme yöntemlerinden biri olarak tercih edilmekte; bu da anomi duygusunun azalmasına ve kişinin yaşamını anlamlandırmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca televizyonun yalnızca eğlence amaçlı değil, zaman zaman dini ya da manevi içeriklere erişim aracı olarak kullanılması, hasta yakınının aşkınlık hissini pekiştiren bir unsur haline gelmesine neden olmaktadır. Manevi destek sağlayan içeriklerin yaygın şekilde televizyon aracılığıyla sunulması, bu teknolojik aracın bireylerde aşkınlık duygusunu tetiklemesini mümkün kılabilir. Bu bulgular, bireylerin günlük yaşantılarındaki

alışkanlıklarının ve dini pratiklerinin, spiritüel iyi oluş üzerinde kayda değer bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarının Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 28.36 ± 4.94 olarak bulunmuştur. Ayrıca “yetersiz öz yeterlik algısı” alt boyutu puanının, özellikle kardiyovasküler sistem hastalığı olan hasta yakınlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Buna göre, kardiyovasküler sistem hastalığı bulunan bireylerin “yetersiz öz yeterlik algısı” puan ortalamalarının, bu hastalığı taşımayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sarkar, Ali ve Whooley tarafından koroner kalp yetmezliği olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, düşük kardiyak öz yeterlik düzeyinin, hastalık şiddetinden ve depresif belirtilerden bağımsız olarak daha yüksek semptom yükü, düşük yaşam kalitesi ve kötü genel sağlık algısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (119). Benzer şekilde, Turan Kavrıdın ve Özer tarafından yapılan çalışmada da kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin hastalıklarını algılayış biçimlerinin ve yaşadıkları emosyonel zorlanmaların öz yeterlik duygusunu olumsuz etkileyebildiği, bazı bireylerin hastalığı inkâr eğilimi göstererek tedavi sürecine uyumlarının zorlaştığı belirtilmiştir (120). Bu durum, bireylerin hastalıkla baş etme stratejilerinde öz yeterlik algısının merkezi bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Öz yeterlik algısına yönelik yapılan meta-analiz çalışmasında da kronik hastalıklara sahip bireylerde, özellikle kardiyovasküler hastalık taşıyanlarda, yetersiz öz yeterlik algısının yaygın olduğu vurgulanmaktadır (121). Bu sonuçlar, bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca, Wantiyah ve arkadaşları tarafından koroner arter hastalığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada öz yeterlik düzeyi ile sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuç, bireylerin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyen en temel değişkenlerden birinin, hastalığı yönetme konusundaki inançları olduğunu ortaya koymaktadır (122). Ahn, Song ve Choi tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerin, öz yeterlik düzeyinin öz sağlık davranışlarını etkilediği ve dolayısıyla risk faktörlerinin daha iyi yönetilmesiyle yaşam kalitesinde artış sağlandığı belirlenmiştir (123). Bu da öz yeterliğin yalnızca psikolojik bir değişken değil, aynı zamanda somut sağlık çıktıları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerde yetersiz öz yeterlik algısının daha yüksek çıkmasının muhtemel nedenleri arasında, bu bireylerin yaşam biçimlerinde yapmaları gereken köklü değişikliklerin (örneğin beslenme, egzersiz, stres yönetimi, sigara-alkol alışkanlıklarını bırakma gibi) getirdiği zorunlulukların yer

aldığı düşünülmektedir. Ayrıca, hastalığın kronik doğası nedeniyle sürekli tıbbi takip ve ilaç kullanımı zorunluluğu, bireyin kendini bağımlı ve kontrolsüz hissetmesine yol açmakta; bu da öz yeterlik algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin yalnızca fiziksel olarak değil, aynı zamanda psikososyal yönden de desteklenmesi gerekmektedir. Eğitim programları, hasta destek grupları ve bireyselleştirilmiş sağlık danışmanlığı gibi uygulamalarla algılanan streste öz yeterlik düzeylerinin artırılması tedaviye uyumu, stresi veya yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilecektir.

Çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı. Başka bir ifadeyle, katılımcıların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile algıladıkları stres düzeyleri birbirleriyle ilişkili görülmemektedir. Bu bulgu, spiritüel iyi oluşun stres üzerinde koruyucu ya da azaltıcı bir etkisi olabileceğine dair genel literatür eğilimiyle farklılık göstermektedir (27, 28). Önceki araştırmalar genellikle bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu, yani bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyleri arttıkça algıladıkları stres düzeylerinin azaldığını ortaya koymaktadır. Türkiye'de pediatri servisinde yatan çocukların ebeveyniyle yürütülen araştırmada ise yüksek spiritüel iyi oluş düzeylerinin düşük stres, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (110). Bu kapsamda, çalışmada elde edilen bulgunun literatürdeki birçok araştırma bulgusuyla örtüşmediği görülmektedir. Bulgular arasındaki bu farklılık, çeşitli faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Öncelikle, yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının içinde bulunduğu kriz durumu, belirsizlik, yaşamla ölüm arasındaki ince çizgide yaşanan duygusal dalgalanmalar, spiritüel iyi oluşun stres düzeyini dengeleme gücünü zayıflatabilmektedir. Yoğun bakım ortamı, birçok kişi için alışılmadık, kaygı verici ve travmatik bir süreçtir. Bu süreçte bireylerin spiritüel kaynaklarını aktif bir biçimde kullanamaması ya da var olan kaynaklardan fayda sağlayamaması, spiritüel iyi oluşun stres üzerindeki etkisini sınırlayabilmektedir. Buna ilaveten, çalışmadaki bu bulgunun literatürden farklı olmasının olası nedenlerinden biri, katılımcıların tanıtıcı özelliklerinden kaynaklı olabilir. Örneğin Spiritüel iyi oluş ile algılanan stres arasındaki ilişki, hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, daha önce yoğun bakım deneyimi yaşayıp yaşamadığı gibi değişkenlerden etkilenebilmektedir. Bu bağlamda, ileriye dönük araştırmalarda bu tür bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması, daha derinlenmesine farklı sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların yaş ortalamasının 70.90 ± 14.08 yıl olduğu, çoğunluğunun kadın olduğu saptandı.
- Ortalama yoğun bakımda kalma süresinin 6.40 ± 4.78 gün olduğu belirlendi.
- Hastalarda en sık karşılaşılan hastalıkların kardiyovasküler, solunum sistemi ve nörolojik hastalıklar olduğu görüldü.
- Hastaların büyük çoğunluğunun acil servisten yatırıldığı ve dörtte birinde daha önce yoğun bakım öyküsünün bulunduğu tespit edildi.
- Hastaların bilinç düzeyinde oryantasyon bozukluklarının yaygın olduğu ve nonivaziv elektrokardiyogram, pulse oksimetre takibi, oksijen desteği ve kateter uygulamalarının sık kullanıldığı saptandı.
- Hasta yakınlarının yaş ortalamasının 45.81 ± 14.40 yıl olduğu, yarıya yakınının kadın, çoğunluğunun evli ve ilköğretim mezunu olduğu belirlendi.
- Hasta yakınlarının yarısından fazlasının çalışmakta olduğu, gelir-gider dengesinin sağlandığı ve çoğunluğunun hastane sürecinde evde kaldığı görüldü.
- Hasta yakınları tarafından en sık bildirilen kronik hastalıkların kardiyovasküler, endokrin ve solunum sistemiyle ilişkili olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının çoğunluğunun hasta ile birinci derece akraba olduğu, bir kısmının doğrudan bakım verdiği ve daha önce yoğun bakım deneyimi yaşadığı belirlendi.
- Sağlık durumlarını çoğunlukla hasta yakınlarının iyi olarak ifade ettiği, üçte ikisinin ise orta düzeyde stres yaşadığı tespit edildi.
- Stresle başa çıkmada en çok dua etme, yürüyüş yapma ve sohbet etme yöntemlerini hasta yakınlarının tercih edildiği görüldü.
- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu bulundu.
- Hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutları incelendiğinde, aşkınlık puanının en yüksek, anomi puanının ise en düşük düzeyde olduğu belirlendi.

- Hasta yakınlarının algılanan stresinin orta düzeyde olduğu; stres alt boyutları olan yetersiz öz yeterlik ve stres/rahatsızlık algısı puanlarının dengeli dağıldığı saptandı.
- Hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyut puanlarının farklılık gösterdiği, okuryazar bireylerde bu puanların daha yüksek olduğu belirlendi.
- Mesleğe göre spiritüel iyi oluş doğayla uyum puanlarında farklılık gözlemlendi ancak anlamlı bir fark bulunmadı.
- Televizyon izleyen hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ölçeği aşkınlık alt boyutu, dua edenlerde ise anomi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Kardiyovasküler hastalığı bulunan hasta yakınlarında algılanan stres ölçeği yetersiz öz yeterlik puanının daha yüksek olduğu görüldü.

Çalışma sonuçlarına dayanarak, yoğun bakım hastalarının yakınlarında spiritüel iyi oluş ve algılanan stres arasındaki ilişkiye yönelik doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Hasta yakınlarına psikososyal destek ve stres yönetimi eğitimi sağlanmalıdır.
- Hemşireler, rutin bakım süreçlerine spiritüel destekleyici unsurları entegre etmelidir. Örneğin, yakınların hastanın yanında dua etme ya da ona dokunma isteklerine uygun ortamlar sağlanmalıdır.
- Hasta yakınlarının yoğun bakım süreçleri hakkında düzenli ve anlaşılır bilgilendirme yapılmalı, iletişim saatleri net şekilde belirlenmelidir. Bu sayede bilgi eksikliği kaynaklı stres azaltılabilir.
- Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin algılanan stres düzeyinin yüksek olması nedeniyle hemşirelerin bu hastalığı olan hasta yakınlarına stresli olduklarını göz önünde bulundurmaları, gerekli girişimleri planlamaları önerilir.
- Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınlarının spiritüel iyi oluşunu ve algılanan stres düzeyini desteklemeye yönelik müdahalelerin etkinliğini değerlendiren hemşirelik araştırmaları teşvik edilmelidir.
- Ayrıca yoğun bakımda hasta yakınlarının spiritüel inançları, değerleri, algılanan stres durumu, başa çıkma mekanizmaları ve gereksinimleri hakkında derinlemesine görüşmeler yapılarak nitel çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gaeni M, Farahani MA, Mohammadi N, Seyedfatemi N (2014). Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(6): 635-42.
2. Terzi B, Kaya N (2011). Nursing Care of Critically Ill Patients. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine* 2(1): 21.
3. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Janssen L, Foudraine N (2018). Spiritual care in the ICU: perspectives of dutch intensivists, ICU Nurses, and Spiritual Caregivers. *Journal of Religion and Health* 77(2): 583-595.
4. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53). <https://www.saglik.gov.tr/TR-10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>. Erişim tarihi: 29.12.2024.
5. Beer J de, Brysiewicz P (2016). The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. *South African Journal of Critical Care* 32(2): 44-49.
6. Sharifnia M, Hasanzadeh MH, Asadi Kakhaki SM, Mazlom SR, Karbandi S (2016). The impact of praying on stress and anxiety in mothers with premature infants admitted to NICU. *Iran Journal Neonatology* 7(4): 15-22.
7. Rose L, Muttalib F, Adhikari NKJ (2019). Psychological consequences of admission to the ICU: Helping Patients and Families. *JAMA* 322 (3): 213-215.
8. Marakushyn DI, Bulynina OD, Isaieva IM, Karmazina IS, Maslova NM (2024). Impact of Stress on Emotional Health and Cognitive Function. *Medical Sciences of Ukraine* 20 (2): 136-142.
9. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal* 16: 1057-1072.
10. Attia M, Ibrahim FA, Elsady MAE, Khorkhash MK, Rizk MA, Shah J, vd (2022). Cognitive, emotional, physical, and behavioral stress-related symptoms and coping strategies among university students during the third wave of COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 13: 933981.

11. Ny Post (2025). Stress significantly increases your dementia risk — how to fight back. Erişim Adresi: <https://nypost.com/2025/06/01/health/stress-significantly-increases-your-dementia-risk-how-to-fight-back/>. Erişim tarihi: 5.5.2025.
12. Temür BN, Çatal E, Özdemir C (2022). Hasta ve hasta yakınları arasındaki duvar: Yoğun bakım ünitelerinde iletişim. Akdeniz Hemşirelik Dergisi 1(2), 48–54.
13. Green CA (2018). Complimentary care: when our patients request to pray. Journal of Religion and Health 57(3): 1179-1182.
14. Kardaş Ş (2017). Sanal kimlik ve spiritüel iyi oluşun üniversite öğrencilerinin narsistik eğilimlerini yordayıcılığı. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
15. World Health Assembly. (1984). The spiritual dimension in the global strategy for health for all by the year 2000 (*WHA37.13*). World Health Organization.
16. Altaş H (2020). Palyatif bakımda hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin ölüme karşı tutumlarına etkisi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmet Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
17. Abell CH, Garrett-Wright D, Abell CE (2018). Nurses' Perceptions of competence in providing spiritual care. Journal of Holistic Nursing 36(1): 33-37.
18. Selby D, Seccaraccia D, Huth J, Kurrpa K, Fitch M (2016). A qualitative analysis of a healthcare professional's understanding and approach to management of spiritual distress in an acute care setting. Journal of Palliative Medicine 19(11): 1197-1204.
19. Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, Ramezani M (2021). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. Supportive Care in Cancer 29(3): 1165-81.
20. Connerton CS, Moe CS (2018). The Essence of spiritual care. Creative Nursing 24(1): 36-41.
21. Nightingale F (1860). Notes on nursing: What it is and what it is not. Harrison.
22. NANDA International (1988). Nursing diagnoses: Definitions and classification 1988-1990. NANDA International.

23. Çınar F, Eti Aslan F (2017). Spiritualism And nursing: the importance of spiritual care in intensive care patients. *Journal of Academic Researchs in Nursing* 3 (1): 37-42.
24. Duracak A, Özmen D (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 8(2): 387-393.
25. Dalcalı BK, Durgun H, Can Ş (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 9(2): 536-553.
26. Farahaninia M, Abasi M, Seyedfatemi N, JafarJalal E, Haghani H (2018). Nurses' attitudes towards spiritual care and spiritual care practices. *Journal of Client-Centered Nursing Care* 4(2): 61-68.
27. Kavas E (2013). Stress coping attitudes based on perceived religiousness and received religious education. *Journal of Social Sciences* 37: 53-65.
28. Özdemir A, Kaplan Serin E, Savas M (2021). The Relationship Between the stress perceived by the intensive care patient's relatives with their religious attitudes and behaviors: Turkey sample. *Journal of Religion and Health* 60(2): 752-763.
29. Karahan E, Polat Ş, Çelik S (2023). Yoğun bakım ünitelerinde gürültünün fizyolojik ve psikolojik etkileri. *Sağlık Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi* 2(1): 19-25.
30. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Fowler, RA, Meyfroidt, G, Nakagawa, S, Pelosi, P, Vincent, JL, Vollman, K, Zimmerman, J (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care* 37: 270-276.
31. Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S, Hull, AM (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A Cochrane Systematic Review. *International Journal of Nursing Stud* 52(7): 1243-1253.
32. Vincent JL (2013). Critical care--where have we been and where are we going? *Critical Care* 17 (Suppl 1): 1-6.

33. Olgun N (2019). Dünden Bugüne Yoğun Bakım Hemşireliği. Turk Klinikleri Cerrahi Hemşireliği Dergisi 5(3): 1-5.
34. Weil MH, Tang W (2011). From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. American Journal of Respiratory Critical Care Medicine 183(11): 1451-1453.
35. Çam R, Şahin B (2018). Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. Hemşire Bilimi Dergisi 1(1): 10-14.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
37. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. JBI Evid Synth. 14(3): 181.
38. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110720-15.htm>. Erişim tarihi: 9.6.2025
39. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Kumru Devlet Hastanesi (2024). 1. Basamak Yoğun Bakım. Erişim adresi: <https://kumrudh.saglik.gov.tr/TR-717040/1-basamak-yogun-bakim.html#>. Erişim tarihi: 9.6.2025
40. Bingold TM, Lefering R, Zacharowski K, Meybohm P, Waydhas C, Rosenberger P, Scheller, B (2015). Individual Organ Failure and Concomitant Risk of Mortality Differs According to the Type of Admission to ICU - A Retrospective Study of SOFA Score of 23,795 Patients. PloS One 10(8): e0134329.
41. Çevre Hastanesi. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul ve Çıkış Kriterleri Prosedürü (2022). Erişim adresi: https://www.cevrehastanesi.com.tr/upload/dosya/ybhpr03-yogun-bakim-unitesine-hasta-kabul-ve--cikis-kriterleri-proseduru-rev01pdf_20220510114522.pdf. Erişim tarihi: 9.6.2025.
42. Prokalite. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri Hasta Kabul ve Çıkış Kriterleri Talimatı (2024). Erişim adresi: <https://prokalite.com/dokuman/detay/2543/basamak-yogun-bakim-uniterleri-hasta-kabul-ve-cikis-kriterleri-talima>. Erişim tarihi: 9.6.2025.
43. Yoğun Bakım Üniteleri ile İlgili Değişiklik. T.C. Resmî Gazete, 31220 Ağu 21, 2020.

44. Ün A, Purkuloğlu E, Yürürdurmaz F (2023). Akredite olmuş bir kamu hastanesinde yatan hastaların bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve hemşire sayısının hesaplanması. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi 6(2): 86-92.
45. Vincent JL, Moreno R (2010). Clinical review: scoring systems in the critically ill. Crit Care Lond Engl 14(2): 207.
46. Evans, L, Rhodes, A, Alhazzani, W, Antonelli, M, Coopersmith, C M, & French, C, et al. (2016). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. Mart 43(3): 304-377.
47. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. Critical Care Medicine 13(10): 818-829.
48. Singer, M, Deutschman, C S, Seymour, C W, Shankar-Hari, M, Annane, D, Bauer, M, Bellomo, R, Bernard, G R, Chiche, J D, Coopersmith, C M, Hotchkiss, R S, Levy, M M, Marshall, J C, Martin, G S, Opal, S M, Rubenfeld, G D, van der Poll, T, Vincent, J L, Angus, D C. (2016) The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 315(8): 801-810.
49. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L (2007). Healthcare infection control practices advisory committee. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. American Journal of Infection Control 35(10 Suppl 2): S165-193.
50. Akpir K (2010). Yoğun Bakım Temel İlkeleri. İçinde: Tüzüner F (Ed) Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı. 1. Baskı. Ankara: Nobel Kitap Evi, 1199-1208.
51. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, Pavlou, E, Soldatos, C (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. Journal of Psychosomatic Research 61(5): 719-22.
52. Dedeli Ö, Akyol DA (2005). Yoğun bakım sendromu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 9(1): 20-7.
53. Uzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D (2015). İhmal edilen bir gerçek: duyuşal problemlerin yoğun bakım hastalarına etkileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2(2): 75-81.

54. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J (2009) Dolorea investigators. pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post hoc analysis of the dolorea study. *Anesthesiology* 111(6): 1308-1316.
55. Kutlu L (2007). Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 11(1): 35-41.
56. Tunçay GH, Uçar H (2010). Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 17(2): 33-46.
57. Zengin N (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 14(2): 61-66.
58. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 10(2): 56-60.
59. Zaybak A, Çevik K (2015). Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Dergisi* 6(1): 4-9.
60. Jonescu EE, Litton E, Farrell B (2025). Investigating the interplay of thermal, lighting, and acoustics in intensive care for enhanced patient well-being and clinical outcomes. *HERD Health Environmental Research and Design Journal* 18(2): 158-173.
61. Adam SK, Osborne S (2009). *Oxford handbook of critical care nursing*. Oxford University Press.
62. Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL (2022). Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of Clinic Nursing* 31(5-6): 497-507.
63. Ören B (2018). Yoğun bakım hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(2): 217-226.
64. Rose L, Cook A, Onwumere J, Terblanche E, Pattison N, Metaxa V (2022). Psychological distress and morbidity of family members experiencing virtual visiting in intensive care during COVID-19: an observational cohort study. *Intensive Care Medicine* 48(9): 1156-1164.

65. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM (2016). Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* 28(3): 323-329.
66. Saruhan R, Saruhan Ç, Gümüş F (2023). Yoğun bakım hastalarının yakınlarının ihtiyaçları ile depresif semptomların sıklığı arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Akademik Araştırmalar Dergisi* 9(3): 214-222.
67. Baltalı S, Ceylan İ, Erden V (2022). Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının anksiyete düzeylerinin psikososyal gereksinimler üzerine etkisi. *Black Sea Journal of Health Science* 5(2): 192-198.
68. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Spiritüel. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=spirituel>. Erişim tarihi: 9.6.2025.
69. Arslan H, Konuk Şener D (2009). Stigma, spiritüalizite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(1): 51-58.
70. Koç S, Güler H, Koç R (2023). Aile danışmanlığında spiritualitenin yeri. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(1): 65-72.
71. Çelik İnce S, Utaş Akhan L (2016). Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 13(3): 202-208.
72. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, vd (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine* 22(4): 470-477.
73. Apak, H. ve Abay, A.R. (2019). Sosyal hizmet ve maneviyat: sosyal çalışmacılar üzerine bir alan araştırması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1): 56-87.
74. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. 9(5): 371-378.
75. Hill PC, Pargament KI (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 58(1): 64-74.

76. Faigin CA, Pargament KI (2011). Strengthened by the Spirit: Religion, Spirituality, and Resilience Through Adulthood and Aging. In *Resilience in Aging*. New York: Springer, 163-180.
77. Tuck I, Anderson L (2014). Forgiveness, flourishing, and resilience: the influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues Ment Health Nurs* 35(4): 277-282.
78. Baumgardner ML, Mayo AM (2021). The lived experience of spiritual well-being amongst family caregivers of persons with dementia on palliative care. *Geriatric Nursing* 42(1): 65-71.
79. Özkan Tuncay F (2024). The Relationship between preparedness for caregiving and spiritual well-being in the carers of stroke patients: a case study in Türkiye. *Journal of Religion and Health* 63(4):2760-2776.
80. Türkben Polat H, Kiyak S (2023). Spiritual well-being and care burden in caregivers of patients with breast cancer in Turkey. *Journal of Religion and Health* 62(3): 1950-1963.
81. Yılmaz M, Okyay N (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 3: 41-52.
82. Arslan S, Avcı S (2024). Hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(1): 182-193.
83. Sülü Uğurlu E (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3: 187-191.
84. Li L, Chen M, Yu N, Zhang Q (2025). Effectiveness of spiritual care interventions among patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care* 30(3): e13202.
85. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, de Diego-Cordero R (2022). The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nursing in Critical Care* 27(3): 348-366.
86. Abusafia AH, Khraisat AMS, Tableb OK, Al-Mugheed K, Alabdullah AA, Abdelaliem SMF (2024). The impact of a nursing spiritual care module on nursing competence: an experimental design. *BMC Palliat Care* 23(1): 21.

87. Çelik Y, Sivrikaya SK (2024). Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin manevi bakım yaklaşımı. *Kocatepe Tıp Dergisi* 25(1): 1-7.
88. Valencia-Florez KB, Sánchez-Castillo H, Vázquez P, Zarate P, Paz DB (2023). Stress, a brief update. *International Journal of Psychological Resilience* 16(2): 105-121.
89. Liu Y, Yu H, Shi Y, Ma C (2023). The effect of perceived stress on depression in college students: The role of emotion regulation and positive psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 14: 1-10.
90. Gedda-Muñoz R, Fuentez Campos Á, Valenzuela Sakuda A, Retamal Torres I, Cruz Fuentes M, Badicu G (2023). Factors Associated with Anxiety, Depression, and Stress Levels in High School Students. *Eur J Investig Health Psychol Educ* 13(9): 1776-1786.
91. Aguirre P, Michelini Y, Bravo AJ, Pautassi RM, Pilatti A (2024). Association between personality traits and symptoms of depression and anxiety via emotional regulation and distress tolerance. *Plos One* 19(7): e0306146.
92. Alkhawaldeh A, Al Omari O, Al Aldawi S, Al Hashmi I, Ann Ballad C, Ibrahim A, Sabei, SA, Alsaraireh, A, Al Qadire, M, Albashtawy, M (2023). Stress factors, stress levels, and coping mechanisms among university students. *Scientific World Journal* 1-9.
93. Mohammed HE, Bady Z, Abdelhamid ZG, Elawfi B, AboElfarh HE, Elboraay T, Abdel-Salam, DM (2024). Factors influencing stress and resilience among Egyptian medical students: a multi-centric cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 24(1): 393-404.
94. Kılıç B (2017). Hekim ve hemşirelerde stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli*.
95. Jin F, Ni S, Whang L (2025). Occupational stress, coping strategies, and mental health among clinical nurses in hospitals: a mediation analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1537120.

96. Dikbaş ŞK, Okanlı A (2022). Hemşirelerde ikincil travmatik stres ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Sağlık Bilim Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 4(1):7-14.
97. Çankaya M, Çiftçi GE (2019). Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarında duygusal zekanın etkisi: Çorum ilinde bir uygulama. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 19(2): 391-414.
98. Ano GG, Vasconcelles EB (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychology 61(4): 461-80.
99. Rakhshani T, Saeedi P, Kashfi SM, Bazrafkan L, Kamyab A, Khani Jeihooni A (2004). The relationship between spiritual health, quality of life, stress, anxiety and depression in working women. Frontiers in Public Health 12: 1-8.
100. Yanmış S, Bahçecioğlu Turan G, Özer Z, Alevtina E (2024). The relationship between perceived stress, spiritual well-being and alexithymia in people with epilepsy: A path analysis. Epilepsy Research 207: 107450.
101. Leung CH, Pong HK (2021). Cross-sectional study of the relationship between the spiritual wellbeing and psychological health among university Students. PloS One 16(4): 1-19.
102. Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Kabirian Abyaneh S, Rezaei P (2019). The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. Journal of Religion and Health 58(4): 1328-1339.
103. Erol Ö, Yanık YT, Yacan L (2022). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1): 11-20.
104. Gündoğan R, Neşe A (2022). Yoğun bakım hastası olan hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 26(1): 9-17.
105. Ergin AK, Arabacı LB, Satıl EM (2020). Yoğun Bakımda yatan hastaların yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal uyumları arasındaki ilişki. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 5(3): 281-289.
106. Ekşi H, Kardaş S (2017). Spiritual well-being: scale development and validation. Spiritual Psychology and Counseling 2 (1): 73-88.

107. Cohen S, Kamarek T, Mermelstein R (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24(4): 385-396.
108. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *Yeni Symposium Journal* 51(3): 132-140.
109. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Education.
110. Çalınık G (2020). Çocukları immun yetmezlik tanısı ile hastanede yatan annelerde spiritüel iyi oluşun anksiyeteye etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
111. Alradaydeh MF, Khalil AA (2018). The association of spiritual well-being and depression among patients receiving hemodialysis. *Perspective of Psychiatric Care* 54(3): 341-347.
112. Çakmak S, Demir Doğan M, Selim N, Kalleci GN (2024). Evaluation of spiritual care and well-being levels of individuals diagnosed with lung cancer in Turkey. *Journal of Religion and Health* 63(5): 3636-3659.
113. Görücü S, Gürol Arslan G (2024). The Investigation of death anxiety and spiritual well-being levels of family members of patients admitted to intensive care unit. *Journal of Caring Sciences* 13(1): 20-26.
114. Mohamadi MA, Borhani F, Kiani M (2017). The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *World Family Medicine Journal Middle East Journal of Family Medicine* 15(10): 129-136.
115. Menardo E, Di Marco D, Ramos S, Brondino M, Arenas A, Costa P, Vaz de Carvalho, C, Pasini, M (2022). Nature and mindfulness to cope with work-related stress: a narrative review. *International Journal Environmental Research and Public Health* 19(10): 5948.
116. Taylor EJ (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum* 33(4): 729-735.
117. Gürsu O, Bayındır S (2021). Covid-19 Hastalığını geçiren sağlık çalışanlarının başa çıkma sürecinde din ve maneviyat. *Turkish Academic Research Review* 6(1): 181-220.

118. Carron R, Cumbie SA (2011). Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. *Journal of American Academic Nurse Practitioners* 23(10): 552-560.
119. Sarkar U, Ali S, Whooley MA (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine* 69(4): 306-312.
120. Kavradım ST, Özer Z (2018). Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 10(3): 334-345.
121. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y (2024). The Effect of self-management on patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare* 12(21): 2151.
122. Wantiyah W, Riko Saputra M, Deviantony F (2020). Self-Efficacy and health status in coronary artery disease patients. *Jurnal Ners* 15(1): 14-18.
123. Ahn S, Song R, Choi SW (2016). Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. *Asian Nursing Research* 10(2): 158-163.



EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Sayın katılımcı,

Bu form, “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tez çalışmasının sorularını içermektedir. Vermiş olduğunuz bilgiler akademik amaçlı olarak kullanılacak ve bilgileriniz gizli kalacaktır. Çalışmamıza katılımınızda gönüllülük esastır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU

Doç. Dr. Seçil GÜLHAN GÜNER

A) HASTA İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti: Erkek () Kadın ()

3. Tıbbi tanısı: Endokrin Sistem Hastalıkları () Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları () Nörolojik Sistem Hastalıkları () Solunum Sistemi Hastalıkları () Nefrolojik Sistem Hastalıkları () Gastrointestinal Sistem Hastalıkları () Kanseri () Genel Durum Bozukluğu () Diğer Hastalıklar ()

*Diğer hastalıklar: intoksikasyon, post-operatif takip, suda boğulma, travma

4. Yoğun bakım ünitesine geliş şekli: Acil () Klinik(diğer yataklı servisler) ()

5. Yoğun bakımda kalma süresi:.....gün

6. Daha önce bir yakınından dolayı yoğun bakım deneyimi olma: Evet () Hayır ()

7. Bilinç Düzeyi: Oryante(15 puan) () Konfüze (13-14 puan) () Letarji (12-13 puan) ()

Stupor (7-12 puan) () Koma (3 puan) ()

8. Hastaya bağlı non invaziv girişimler:

Elektrokardiyogram elektrotları () Pulse oksimetre () Tansiyon manşonu ()

Noniinvaziv mekanik ventilasyon maskesi () Nazal Kanül ya da Oksijen Maskesi ()

9. Hastaya uygulanan invaziv girişimler: İntravenöz Katater () Santral venöz katater ()

Arter katater () Endotrakeal tüp () Göğüs tüpü () Trakeostomi kanülü() Diyaliz katateri ().....

B) HASTA YAKINI İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti: Erkek () Kadın ()

3. Medeni durumu: Evli () Bekar ()

4. Eğitim düzeyi: Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

5. Mesleği: İşçi() Memur () Ev hanımı () Özel sektör () Serbest meslek () Tarım/Hayvancılık () Öğrenci ()

6. Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor/Emekli ()

7. Gelir Düzeyi: Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()

8. Yaşadığı yer: Köy () İlçe () İl ()

Ek 1. (Devam)

9. Yaşadığınız yer hastanenin bulunduğu ilde mi?: Aynı il () Farklı il ()

10. Hastanız yoğun bakımdayken nerede ikamet etmektedir ?

Kendi evimde () Akraba/arkadaş evinde ()

11. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Hayır () Evet ()

Evet ise hangisi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

Endokrin Sistem Hastalıkları () Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ()

Nörolojik Sistem Hastalıkları () Solunum Sistemi Hastalıkları ()

Nefrolojik Sistem Hastalıkları () Gastrointestinal Sistem Hastalıkları () Kanser ()

12. Hasta ile olan yakınlığı: Eşi () Kızı () Oğlu () Ebeveyni () Kardeşi () Torunu ()

13. Evde hastanızın bakımını üstlendiğiniz gereksinimleri var mı? Evet () Hayır ()

14. Evet, ise nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz). Beslenme () Boşaltım () Giyinme () Hareket () İlaç yönetimi ()

15. Daha önce herhangi bir yakınınızdan dolayı yoğun bakım deneyiminiz var mı:

Evet () Hayır ()

16. Şu anki sağlık durumunuz nasıl? İyi () Orta () Kötü ()

17. Günlük yaşamdaki stres düzeyiniz nasıldır? Az () Orta () Çok ()

18. Stresinizi yönetme şekliniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

Kitap okumak () Gezmek () Yürüyüş yapmak () Spor yapmak () Yemek yemek () Televizyon izlemek () Müzik dinlemek () Sohbet etmek () Namaz kılmak () Dua etmek () Kuran okumak ()

Ek 2. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseddiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek 3. Algılanan Stres Ölçeği

	Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1.	Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2.	Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3.	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4.	Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5.	Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6.	Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7.	Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8.	Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9.	Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10.	Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11.	Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12.	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13.	Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14.	Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Ünitesinde yatan Hastaların Yakınlarının Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/76
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Seçil GÜLLIAN GÜNER
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Melek ÇILAN
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 6. Gönüllü Olur Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Seçil GÜLHAN GÜNER ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU tarafından hazırlandı. Araştırmancının adı “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Spiritüel İyi Oluş ve Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” olup, bu çalışma yoğun bakım hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş ve algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi ve bu iki faktörün birbiriyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Çalışmada veri toplama araçları olarak “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “Algılanan Stres Ölçeği” kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 12 aydır. Bu çalışma süresince sizlerden bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamamız beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmancının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmancının:

Adı-Soyadı: Doç. Dr. Seçil GÜLHAN GÜNER

Adresi:

İmzası:Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmancının :

Adı-Soyadı: Hemşire Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU

Adresi:

İmzası:Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Melek CİHAN ÇOLAKOĞLU
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2020
Lise	Güneysu Şehit Kemal Mutlu Anadolu Öğretmen Lisesi	2016

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (yıl-Yıl)
1. Hemşire	Özel ŞAR Hastanesi	2020-2020
2. Hemşire	Rize Devlet Hastanesi	2021-

YABANCI DİL

İngilizce

BİLDİRİLER

1. Gülhan Güner S, Sakın M, Cihan M (2023). Yoğun bakım ünitesine düşme nedeniyle gelen adli olguların incelenmesi: Retrospektif çalışma (Sözlü bildiri). 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, Türkiye.