

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIMDA HASTASI OLAN
BİREYLERİN ÖLÜM ANKSİYETESİ VE
SPRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

SELÇUK GÖRÜCÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR - 2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970133

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIMDA HASTASI OLAN
BİREYLERİN ÖLÜM ANKSİYETESİ VE
SPRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

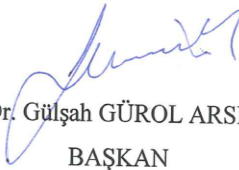
HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELÇUK GÖRÜCÜ

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2016970133

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans programı öğrencisi SELÇUK GÖRÜCÜ “YOĞUN
BAKIMDA HASTASI OLAN BİREYLERİN ÖLÜM ANKSİYETESİ VE SPRİTÜEL
İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ” konulu Yüksek Lisans tezini 20.06.2019
tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

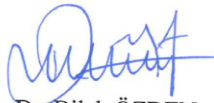
Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Leyla KHORSHİD

ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Dilek ÖZDEN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yedek Üyeler: Doç. Dr. Yıldız DENAT

Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Ölüm.....	9
2.2. Korku Tanımı.....	10
2.3. Kaygı (Anksiyete) Tanımı.....	11
2.4. Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Tanımı.....	11
2.5. Ölüm Kaygısını (Anksiyetesini) Etkileyen Değişkenler.....	12
2.5.1. Yaş.....	12
2.5.2. Cinsiyet.....	13
2.5.3. Medeni Durum.....	13
2.5.4. Fiziksel Hastalık.....	13
2.5.5. Ruhsal Hastalık.....	13
2.5.6. Meslek.....	14
2.5.7. Yaşam Olayları.....	14
2.5.8. Kişilik Özellikleri.....	14
2.5.9. Sosyokültürel Özellikler ve Din.....	15
2.5.10. Gelişimsel Süreç.....	15
2.5.11. Çocuk Sahibi Olmak.....	16
2.5.12. Ekonomik Durum.....	16
2.6. Ölüm Kaygısını (Anksiyetesini) Açıklamaya Yönelik Kuramlar/Yaklaşımlar.....	16
2.6.1. Varoluşçu Kuram ve Ölüm Kaygısı.....	16

2.6.2. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı.....	17
2.6.3. Bilişsel Yaklaşımlar.....	18
2.6.4. Terör (Dehşet) Yönetim Kuramı.....	18
2.7. Ölüm Kaygısının (Anksiyetesinin) Boyutları.....	19
2.7.1. Belirsizlik Korkusu.....	20
2.7.2. Bedeni Kaybetme ve Yok Olma Korkusu.....	20
2.7.3. Acı Duyma Korkusu.....	20
2.7.4. Yakınlarını Kaybetme Korkusu.....	20
2.7.5. Yalnızlık Korkusu.....	20
2.7.6. Denetimi Kaybetme Korkusu	21
2.7.7. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu.....	21
2.7.8. Gerileme Korkusu.....	21
2.7.9. Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu.....	21
2.8. Spritüelite Tanımı ve Tarihçesi.....	21
2.8.1. Tanrıci Yaklaşım.....	23
2.8.2. Tanrıci Olmayan Yaklaşım.....	23
2.9. Spritüelite Tanımında Yer Alan Kavramlar.....	25
2.9.1. Birey, Diğerleri, “Tanrı/Ulu Güç” Kavramı.....	25
2.9.2. Yaşamın Anlamı ve Amacı.....	26
2.9.3. İlgi/Bağlanmışlık.....	26
2.10. Spritüelite ve Din Kavramı.....	27
2.11. Spritüel İyi Oluş Kavramı.....	29
2.12. Spritüel Bakım ve Hemşirelik.....	31
2.13. Spritüeliteyi etkileyen Faktörler.....	33
2.13.1. Akut Hastalık.....	33
2.13.2. Kronik Hastalık.....	33
2.13.3. Ölümcül Hastalık.....	34
2.13.4. Yakın Ölüm Deneyimi.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35

3.4. Çalışma Materyali	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.6. Veri toplama Araçları.....	37
3.6.1. Hasta Yakını ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	38
3.6.2. Templer Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Ölçeği (ÖKÖ).....	38
3.6.3. Spritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ).....	39
3.7. Araştırma Planı ve Akış Şeması.....	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.10. Etik Kurul Onayı.....	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER.....	94
Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	94
Ek-2. Hasta Yakını ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	95
Ek-3. Templer Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Ölçeği (ÖKÖ).....	98
Ek-4. Spritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ).....	99
Ek-5. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü araştırma İzin	100
Ek-6. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Ön İzin Belgesi.....	102
Ek-7. Spritüel İyi Oluş Ölçeği Kullanma İzni	103
Ek-8. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanma İzni.....	104
Ek-9. Etik Kurul İzin Formları.....	105
Ek-10. ÖZGEÇMİŞ.....	108

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Din ve Spritüelitenin Fiziksel Sağlığa Olumlu Etkileri.....	28
Tablo 2.2. Din Ve Spritüelite Arasındaki Farklılıklar.....	29
Tablo 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Hasta İle İlişkili Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.....	44
Tablo 4.3. Hasta Yakınlarının Hastaları İle İlişkili Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 4.4. Kayıp Yaşayan Hasta Yakınlarının Ortak Yas Tepkileri Tablosu.....	48
Tablo 4.5. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	49
Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	52
Tablo 4.7. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamasının Dağılımı.....	55
Tablo 4.8. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği İle Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon.....	56
Tablo 4.9. Hasta Yakınları ve Hastalarına İlişkin Bağımsız Değişkenler İle Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	57
Tablo 4.10. Hasta Yakınlarının Yoğun Bakımda Yatan Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması.....	60
Tablo 4.11. Hastasının Yoğun Bakıma Yatırılma Sonrası Süreçte Hasta Yakınlarının Günlük Yaşamda Olaylara Verdikleri Tepkilerin Dağılımı.....	62
Tablo 4.12. Hasta Yoğun Bakıma Alındığında Hasta Yakınlarının Hissettiği Duyguların Dağılımı.....	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hemşirelik ve Sağlık Literatüründe Spritüelite Kavramı (Sessanna et al. 2007).....	24
Şekil 2. Spritüelitenin Kavramsal Modeli (Akt. Ormsby & Harrington, 2003).....	25



KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

SİO: Spritüel İyi Oluş

SİOÖ: Spritüel İyi Oluş Ölçeği

SWB: Spritüel Well Being

ÖA: Ölüm Anksiyetesi

ÖAÖ: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

DA: Death Anxiety

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

(Hemşirelik tanıları sınıflandırması)

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde özverili, iyi niyetli ve hoşgörülü yaklaşımı ile bilimsel desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gülşah Gürol ARSLAN hocama,

Yüksek Lisans eğitimim döneminde ve Tez Öneri sınavımda, bilgi ve desteklerini esirgemeyen, disiplinli, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni motive eden ve daima özveride bulunan çok değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'e, Sayın Doç. Dr. Gülşah Gürol ARSLAN'a, Sayın Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN'e, Sayın Prof. Dr. Leyla KHORSHİD hocama ve Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Hocalarım ve Asistan arkadaşlarıma,

Verilerin toplanması aşamasında çok desteğini gördüğüm Ekin'imın Annesi Canım EŞİM'e ve yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen başta değerli ANNEM olmak üzere tüm AİLEME,

TÜM KALBİ DUYGULARIMLA TEŞEKKÜR EDERİM...

Selçuk GÖRÜCÜ

ÖZET

YOĞUN BAKIMDA HASTASI OLAN BİREYLERİN ÖLÜM ANKSİYETESİ VE SPRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Selçuk GÖRÜCÜ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Fakültesi

selcukgorucu@gmail.com

Amaç: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde, tetkik ve tedavi amaçlı yatmakta olan hastaların birinci derece yakınlarının, kendi ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, 201'i kadın, 107'si erkek olmak üzere 308 hasta yakını ile yürütülmüştür. Veriler anket doldurularak ve yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Çalışma verilerinin toplanmasında; “Hasta Yakını ve Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu” ve Templer'in (1970) geliştirdiği “Ölüm Kaygısı Ölçeği”ne ek olarak Ekşi ve Kardaş (2016) tarafından geliştirilen “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde Pearson Korelasyon analizi, Student-T Test ve One-Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hasta yakınlarının “Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” puan ortalaması 7.99 ± 3.15 bulunmuştur. Ölçek değerlendirmesine göre düşük düzeyde kaygı görülen 115 (%37.3), yüksek düzeyde kaygı görülen 193 (%62.7) birey vardır. Hasta yakınlarının “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalaması 121.83 ± 12.91 olarak saptanmış olup, hasta yakınları minimum 77 puan, maksimum 145 puan almışlardır. Çalışma bulgularına göre; Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişkinin ($r=0.200$, $p=0.000$) olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışma kapsamındaki hasta yakınlarının, ölüm anksiyetesi düzeyleri arttıkça spiritüel iyi oluş düzeylerinde de bir artış olduğu görülmektedir. Bu durum, hasta yakınlarının yoğun bakımda tedavi gören hastalarını kaybetme korkusuna bağlı olarak artan ölüm anksiyeteleri ile baş edebilmek için manevi duygulara daha çok bağlandığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, Hasta yakını, Ölüm kaygısı, Spiritüel iyi oluş, Hemşirelik

ABSTRACT
INVESTIGATION OF DEATH ANXIETY AND SPIRITUAL WELL-BEING LEVELS
OF THE INDIVIDUALS WHO HAVE PATIENT IN INTENSIVE CARE UNIT

Selçuk GÖRÜCÜ

Dokuz Eylül University Health Sciences Institute

Nursing Faculty

selcukgorucu@gmail.com

Objective: In this descriptive and cross-sectional study, we aimed to investigate the level of death anxiety and spiritual well-being of the first-degree relatives of the patients in intensive care units who were hospitalized for examination and treatment.

Method: The study was carried out with the relatives of 308 patients, 201 of whom were female and 107 were male. The data were collected by face to face interview method. In the collection of study data; The Patient Relation and Patient Descriptive Characteristics Form and Templer's (1970) Death Anxiety Scale and the Spiritual Well-Being Scale developed by Ekşi and Kardaş (2016) were used. Pearson Correlation Analysis, Student-T Test and One-Way ANOVA were used to analyze the data.

Results: The mean Death Anxiety Scores of the patient's relatives were found as 7.99 ± 3.15 . According to the scale evaluation, there were 115 (%37.3) individuals with a low level of anxiety and 193 (62.7%) individuals with a high level of anxiety. The mean score of Spiritual Well-being Scale of the relatives of the patients was determined as 121.83 ± 12.91 , and the relatives of the patients received a minimum of 77 points and a maximum of 145 points according to this scale. According to the study findings; It was determined that there was a positive and significant correlation ($r = 0.200$, $p = 0.000$) between the mean score of the Death Anxiety Scale and the mean score of the Spiritual Well-Being Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: It is observed that the Spiritual Well Being levels of the relatives of the patients increased, as the Death Anxiety levels increased. This situation tells us that; It may be thought that relatives of the patient have more turn to spiritual feelings to cope with increasing Death Anxiety due to fear of losing their patients in the intensive care unit.

Keywords: Intensive Care Units, Patient's Relatives, Death Anxiety, Spiritual Well Being, Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ölüm, insanlık tarihinin tüm dönem ve kültürlerinde insanlık tarihinin varoluşundan bu yana süregelen en karmaşık ve merak edilen gerçektir (Tanhan, 2007). Yalom (2000), "Ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunur ve ölüm korkusu o kadar büyüktür ki, hayat enerjisinin büyük bir bölümü ölümün inkârında harcanır" demiştir. İnsan, yaşamı boyunca farkında olduğu ölüm gerçeği karşısında birtakım karmaşık tepkiler verebilmektedir. Bu bağlamda, ölüm anksiyetesi de doğumla birlikte başlayan ve yaşamla beraber varlığını sürdüren bir olgu olarak insanın hayatında yer bulmaktadır (Babayiğit, 2000; Akça & Köse, 2008). Yalom (2008), ölüm korkusunun insanlarda ölümle doğrudan ilişkilendirilemeyen sorunlar ortaya çıkardığını, bu korkunun ölüm ile ilgili görünmeyen semptomlarla kendini gösterdiğini belirtmektedir. İnsanların, hasta yakınlarının, hastaların ve sağlık çalışanlarının ölüm anksiyetesini sorgulamadıklarından bahsetmiştir. Bunun sebebini ise bu konuda sorulan sorulara alınan yanıtlar ile hasta ve yakınlarının ne yapacaklarını bilemedikleri ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Ölümle yüzleşmenin zor olduğundan söz edilmektedir (Babayiğit, 2008).

Yoğun bakım üniteleri ölümü en çok çağrıştıran sağlık bakım ünitelerinden biridir. Yoğun bakımlar, teknik donanımları, kullanılan karmaşık cihazlar, soğuk havası ve çalışma prensipleri ile hastanelerin diğer bütün servislerinden farklıdır (Akkaş Gürsoy, 2005). Enfeksiyon riski, hastada taşikardi, anksiyete gibi fizyolojik değişiklikler oluşabileceği düşüncesi ile yoğun bakım ünitelerinde hasta ziyaretleri kısıtlanmakta veya tamamen yasaklanmaktadır (Marco ve ark, 2006). Yoğun bakım ünitesinde ziyaretin yasak veya sınırlı olması nedeniyle hasta bireyde fiziksel ve duygusal bir kriz yaşanırken, ailede de stres ve kaygıya yol açtığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Gürkan, 2009).

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların ailesi ile ve sosyal arkadaş çevresi ile birlikte olamaması, sağlığındaki alışkanlıklarını devam ettirememesi, yalnızlık duygularının oluşmasına neden olmaktadır. Aynı bağlamda, sevdiği bireyi yitirme endişesi, ekonomik sıkıntılar, yaşanan rol değişimleri ve ailesinden ayrılmanın, aile üyelerinde de stres ile birlikte kaygıya neden olabileceği bildirilmektedir (Ören, 2011). Konstanti ve arkadaşlarının yoğun bakımda hastası olan 223 aile üyesi ile yaptığı bir çalışmada, aile üyelerinin, hastaları yoğun bakımda kaldığı süre boyunca orta derece şiddetli kardiyak anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (Konstanti ve ark. 2016). Bundan dolayı, yoğun bakım ünitelerinde hastaların yalnızca

fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması değil, ilave olarak hasta ve ailesinin psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarının da karşılanmasının hedeflenmesi gerektiği bildirilmiştir (Wall, Engelberg, Gries, Glayan ve ark. 2007; Williams, 2007). Kübler Ross (1995) hastane sürecinde hasta yakınlarının, inkâr-şok-inanamama gibi evreler yaşadıklarını ve aynı duyguları yaşayan hastalarına destek olabilmeleri için hasta yakınlarına da yardım edilmesi ve yönlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Akt. Terakye, 1995). Fallowfield de hastalık döneminde, aile üyelerinin, hastalardan daha fazla olarak anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol atışması, yalnız hissetme gibi sıkıntılar yaşadıklarını ve bu süreçler neticesinde immün sistem rahatsızlıklarına ek olarak fiziksel hastalıkların ortaya çıkma risklerinin arttığını belirtmektedir (Fallowfield, 1995).

Bir hastanın yakını olmak veya bir aile üyesinin bakımını üstlenmek yaşam memnuniyetinin, zihinsel ve fiziksel sağlığın bozulmasına, strese ve ıstıraba neden olabilmektedir (Aydın, 2011). Stresli durumların, bireyin inanç sistemini zorladığı olgularda ve bireyin psikolojik, biyolojik, sosyokültürel ve manevi durumunun etkilenmesi ile “Manevi Stres-Spritüel Distres” oluşabilmektedir. Manevi stres, yaşamın anlamını sağlayan ve g  aşılayan değerler sisteminde meydana gelen sorunları belirtir (Boztilki ve Ardıç, 2017). Bu sıkıntıya çok çeşitli kriz yaratan yaşam olayları veya kayıplar neden olabilmektedir. Kişi için değer verilen bir kişinin ölümü, işsiz kalma, sosyal statüsünü yitirme, maddi olarak sıkıntı yaşama veya ölümcül bir hastalığa yakalanma, vücut uzuvlarında kayıp yaşama veya beden imajında meydana gelen bozulmalar bu nedenler arasında gösterilebilir. Çeşitli kültürlerde ise hastalığa ya da hastalık sürecine duyulan utanç duygusu manevi strese yol açmaktadır (Boztilki & Ardıç, 2017).

Maneviyat; maddi olmayan duygular anlamına gelmektedir. Arapça bir kelime olan “maneviyat” zaman zaman yabancı literatürden Türkçe’imize spiritüelite olarak aktarılarak dilimize yerleşmiştir. Türkçe’de Spiritüelite kavramının tam bir karşılığı yoktur (Aştı, Pektekin & Adana, 2005; ınar & Eti Aslan, 2017). Spiritüelite kelimesi günümüze kadar birçok farklı anlamlarda kullanılmıştır.  nceki zamanlarda, bireyin yaşamının psikolojik açıdan tanımlayabilmek için kullanılırken, günümüzde ise dini inançların ötesinde, daha geniş bir anlama sahip olduğu düşünülmektedir (Yılmaz & Okyay, 2009). Spirit elizm kavramı ise, beden ve ruhu bir bütün olarak etkileyen, bedenden ve ruhun kendisinden etkilenen “birleştirici g ” olarak tanımlanmıştır (Kostak, elikalp & Demir, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, sağlığın “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olduğunu vurgulayarak, bireyi iyilik halinde olması için sağlığının yanı sıra spiritüel durumunun da değerlendirilmesi gerektiğinden bahsetmiştir. Tüm bu tanımlara baktığımızda, insanın sahip olduğu bütün boyutları ile dengede olması halinde sağlıklı olabileceği düşünülmektedir (Atabek & Karadağ, 2013). Spiritüel boyut genel olarak bireyin yaşamın anlamını sorguladığı, hastalık, stres ve ölüm korkusu yaşadığı bunlara ek olarak umudunun tükendiğini düşündüğü kriz durumlarında daha çok ön plana çıkmaktadır (Çetinkaya ve ark, 2007; Arslan & Konuk Şener, 2009; Çınar & Eti Aslan, 2017). DSÖ’nün “Ruhsal Sorunların Önlenmesi” konulu 2004 Yılı Raporu’na bakıldığında, ruhsal bozuklukları tetikleyen risk faktörlerin tanımlandığı görülmektedir (WHO, 2004). Stresli olaylar, fiziksel hastalıklar, bozulmuş aile düzeni ve aile çatışmaları bahsedilen ruhsal sorunlar açısından tanımlanan riskler içinde yer almaktadırlar. Bu raporda, daha çok kronikleşmiş sağlık problemlerinin depresyon ve anksiyete belirtilerini arttırdığı, yaşanan kayıplar ile depresif duygu durumunun da kalp rahatsızlıkları riskini arttırdığı belirtilmektedir (Terakye, 2011).

Son yıllarda bütüncül sağlık yaklaşımı ile aile fertleri yoğun bakım birimlerine kabul edilmektedir. Holistik sağlık yaklaşımında bireyin sosyo-kültürel bir varlık olduğu ve daima çevresiyle etkileşim halinde olduğu kabul edilmektedir (Özyıldız ve Bayraktar, 2006). Bu görüşe göre yoğun bakım servislerinde tedavi gören hasta ile birlikte aile fertlerine de bakım, ilgi ve bilgi sağlama, bütüncül hemşirelik bakımının özünü oluşturmaktadır (Williams, 2005). Bu yaklaşımın sağlanabilmesi için, aile üyelerinin gereksinimlerinin anlaşılabilmesi ve duyarlı bir şekilde karşılanabilmesi önemlidir (Taşdemir ve Özşaker, 2007). Gürkan’ın (2009) aktardığına göre, yoğun bakım servisinde hastası olan ailelerin beklentileri ilk olarak 1979’da Molter tarafından ele alınmış, hastasının yakınında bulunma isteği bir gereksinim olarak belirlenmiştir (Gürkan, 2009).

Yoğun bakım servislerinde olumlu bir ortam yaratılması ve iyileşmenin hızlandırılmasında hemşirelerin önemli rollerinin olduğu ve ayrıca bütüncül bakım yaklaşımı gereği hasta bireyin aile üyelerinin de bakıma dâhil edilmesinde sorumluluğu bulunmaktadır (Rubert, Long & Hutchinson, 2006). Aile üyelerinin stresle baş etmeye yönelik desteğe ihtiyaç duyması ve bu desteğin değerlendirilip planlanması daha çok zaman ve çaba gerektirmektedir. Ancak, bu planlamaların iyi yapılandırılmış hemşirelik uygulamaları ile çözülebilir sorunlar olduğu belirtilmektedir. Bütüncül yaklaşımın doğası gereği hemşirenin

yalnızca hasta bireyi değil, onu birçok farklı açıdan etkileyebilecek ve ondan etkilenecek olan aile üyeleri ile birlikte değerlendirmesi ve aile üyelerini de bakımın odağında düşünmesi gerektiği bildirilmektedir (Akşit ve Cimete, 2001).

Kuramsal olarak, hastanın ailesi ile bir bütün olarak görüldüğü ve sağlık profesyonellerinin hasta birey ile ailesini de kapsayan sorumlulukları olduğu halde, tek olarak hastayı, hatta bazı durumlarda yalnızca hastalığı ele alması, hastanın bireysel ve sosyal özellikleriyle ilgilenmeme eğilimlerinin varlığını göstermektedir. Hastanın bireysel özelliklerine kayıtsız kalan bu eğilim, onun yakın çevresi ile etkileşimini de göz ardı edilmesi sonucuna götürmektedir. Bu bakımdan, hasta yakınlarının yaşadığı anksiyete düzeyi artmakta ve hastane tedavi süreci zorlaşmaktadır (Ünver, 2003; Hughes & Robbins, Bryan, 2005).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin hastaların yakınları ile ilgili "ailenin baş etmesinde yetersizlik" gibi hemşirelik tanılarının var oluşu, hasta yakınının da hemşirelerin bakım sorumluluğunda yer aldığı göstergesidir (NANDA Hemşirelik Tanıları, 2009). Mart 2010 tarihinde yayımlanan hemşirelik yönetmeliğinde; hemşirelerin, hasta bireyin olduğu kadar ailesinin de sağlıkla alakalı gereksinimlerinin değerlendirilmesi, hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlarının karşılanması, hemşirelik bakımlarının verilmesi gibi görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmektedir (Resmi Gazete, Tarih; 8 Mart 2010, sayı 27515).

Yoğun bakımda olma, yoğun bakımda hastası (yakını) olma, ciddi sağlık sorunları yaşama gibi kriz durumlarının bireylerde oluşturduğu ölümü çağrıştıran kaygılar ölüm korkusu ölçekleri ile değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Bu alandaki ölçeklerden biri olan "Templer'in Ölüm Anksiyetesi Ölçeği" nin literatürde birçok alanda, farklı gruplar üzerinde kullanıldığı görülmektedir. Ölçeğin farklı kültürler, değişik meslekler, farklı yaş grupları ve çeşitli hastalık tanıları ile çalışıldığı birçok araştırma ile karşılaşılmaktadır (Templer 1970, Lester & Castromayor, 1992; Abdel-khalek & Tomas-Sabado, 2005).

Templer'in Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinin kullanıldığı Filipinli öğrencilerle gerçekleştirilen bir çalışmada, kişinin kendi ölümünü başkalarının ölümü ile ilişkilendirmesinde anlamlı sonuçların ortaya çıktığı bildirilmiştir (Lester & Castromayor, 1992). Suhail & Akram'ın (2002) Pakistan örneğinde, cinsiyet, yaş ve dindarlığın ölüm anksiyetesine etkisini saptamak için 132 katılımcıya ulaştığı çalışmada kadınların, yaşlıların ve daha az dindar katılımcıların ölmekten daha fazla korktuğu bulunmuştur. Galt ve Hayslip (1998), yaş ile ilgili literatürde belirtilen bulguların aksine, yaşlıların ölüm anksiyetesininin

genç bireylerden yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Templer'in Ölüm Anksiyetesi ile Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçeklerinin kullanıldığı bir araştırmada 17–25 yaş grubunda 46 genç ile 60 yaş ve üstü 40 yaşlı birey karşılaştırılmış ve çalışmanın sonucunda gençlerin ölüm anksiyetesinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde de aynı ölçeğin kullanıldığı çalışma bulgularına rastlanmıştır. Şenol'un (1989) huzur evlerinde yaşayan 120 yaşlı bireyin yer aldığı çalışmada, genel olarak yaşlı bireylerin ölüme ilişkin kaygı ve korkularının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Yine aynı çalışmada 60–64 yaş arasındaki yaşlılar daha yüksek düzeyde ölüm anksiyetesi gösterirken, 70 yaş ve üzeri yaşlıların ise daha düşük düzeyde ölüm anksiyetesine sahip oldukları bildirilmiştir. Şenol (1989) aynı çalışmada ciddi bir sağlık sorunu varlığının, ölüm anksiyetesi puanına etki ettiğini ancak, arkadaş ve akrabaların ziyaretlerinin ise anksiyete ve korku üzerinde etkili olmadığını bildirmiştir.

Literatürde de görüldüğü üzere gerek Türkiye gerek Dünya literatüründe, Templer'in (1970) geliştirdiği ölçeğin pek çok alanda çoğunlukla kullanılan ölçeklerden biri olduğu anlaşılmaktadır. Ölçek bireyin kendi ölüm kaygısı düzeyini ölçmektedir. Ölçeğin bu yaygın kullanımının nedenleri arasında, kısa ve kolay anlaşılması, yaş, cinsiyet, fiziksel ve ruhsal rahatsızlık, kültür farklılıkları bakımından oldukça geniş bir alanda kullanılabilir olması sayılabilir (Akça & Köse, 2008).

Templer'in "Ölüm Anksiyetesi Ölçeği" nin literatürde oldukça sık kullanıldığına rastlanırken, araştırmamız da kullandığımız diğer bir ölçek olan Ekşi ve Kardaş'ın (2016) geliştirdiği "Spritüel İyi Oluş Ölçeği" nin kullanıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Diğer yandan, literatürde spritüelitenin farklı ölçekler ile değerlendirildiği araştırma sonuçları çokça yer almaktadır. Balboni ve arkadaşlarının (2013) hastalar, hemşireler ve doktorların katılımcı olduğu çalışmada, spritüel bakımı, yaşam sonu bakımında önemli ve yararlı bir bileşen olarak gördükleri saptanmıştır (Balboni ve ark, 2013). Rahimi ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da spritüelitenin, yaşlı bireylerin günlük yaşam koşullarına uyum sağlamalarına yardımcı olan, yaşamlarında temel bir unsur olduğu bulunmuştur (Rahimi, Anoosheh, Ahmadi & Foroughan, 2013). Honiball ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da spritüelitenin bireylerin farkındalık, iç barış, stres ve depresyon yönetimi gibi sağlıkla ilgili yönlerini geliştirdiği gösterilmektedir (Honiball, Geldenhuys & Maye, 2014).

Yapılan literatür incelemesinde hasta yakınlarının yaşam kalitesi, tükenmişliği, yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik pek çok araştırmaya rastlanırken, hasta yakınlarının

kendi ölümü veya ölüm sürecine ilişkin ölüm kaygısı ile spiritüel iyi oluş düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile hemşirelikte bütüncül yaklaşım çerçevesinde, yoğun bakımda takip edilen hasta bireyin bakım ve tedavi sürecinde, hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş durumlarının ne düzeyde olduğunu ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri anlamak, hasta yakınlarının ölüm anksiyetesi düzeylerinin ne durumda olduğu ve bu anksiyete düzeylerini etkileyen diğer değişkenlerin neler olduğunu ortaya koymak, ayrıca ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş durumlarının birbirini nasıl etkilediğini araştırarak, hemşirelerin ve diğer sağlık sistemi çalışanlarının bu yönde farkındalığını arttırmak, aynı zamanda sağlık sistemi yöneticilerinin hasta ve ailesini bir bütün olarak değerlendirip bu yönde politikalar geliştirmelerini sağlayacak bir bakış açısı oluşturulması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile, Yoğun Bakım’ da yatan hastaların birinci derece (anne, baba, eş, çocuk) yakınlarının kendi ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek ve bu durumu etkileyen değişkenlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Hipotezleri/Soruları

1. Birinci derece hasta yakınlarının ölüm anksiyetesi ne düzeydedir?
2. Birinci derece hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim gibi) ölüm anksiyete düzeyini etkiler mi?
3. Hastasına ilişkin özellikler (Hastasının; yaşı, cinsiyeti, yakınlık derecesi, yattığı yoğun bakım ünitesinin türü ve yatış süresi gibi) birinci derece hasta yakınlarının ölüm anksiyete düzeyini etkiler mi?
4. Birinci derece hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş durumu ne düzeydedir?
5. Birinci derece hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim gibi) spiritüel iyi oluş düzeylerini etkiler mi?
6. Hastasına ilişkin özellikler (Hastasının; yaşı, yakınlık derecesi, yattığı yoğun bakım ünitesinin türü ve yatış süresi gibi) birinci derece hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyini etkiler mi?
7. Birinci derece hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri ile ölüm anksiyetesi düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Ölüm, Türkçe Sözlük'te "bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedi uyku" olarak tanımlanmıştır (TDK, 2012). "Amerikan Tıp Derneği" ne göre ölüm; "fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması" olarak tanımlanmıştır (Çevik, 2010). Bir gün zamanı geldiğinde öleceğinin bilincinde olan bireyin ölümü düşünmesi normal kabul edilmektedir. Ancak bu düşüncenin aşırı, kontrolsüz, patolojik şekilde olması kişinin psikolojisini negatif etkileyebilmektedir (Kartopu, 2006; Altay, Gönener, Demirkıran, 2010). Bundan dolayı insanın iç dengesini koruyabilmesi adına ölüm düşüncesinin sınırlarını tespit etmek önemli hale gelmektedir. Bu denge ve uyum bozulmaya başladığında, insandaki kaygı durumu artmakta ve yaşadığı çevreyle uyum içinde olması zorlaşmaktadır (Birol, 2003; Özdemir, 2014).

Yalom (2000), "Ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunur ve ölüm korkusu o kadar büyüktür ki, hayat enerjisinin büyük bir bölümü, ölümün inkârında harcanır" demiştir. İnsan, yaşadığı sürece farkında olduğu bu büyük ve karmaşık korku karşısında çeşitli tepkiler verebilmektedir. Ölüm kaygısı, doğumla birlikte var olmakta ve yaşam boyu varlığını devam ettiren bir kavram olarak insan hayatında yerini almaktadır (Karakuş, Öztürk & Tamam, 2012). Yalom (2008), ölüm korkusunun insanlarda, ölümle doğrudan ilişkili olmayan sorunlar ortaya çıkardığını, bu korkunun ölüm ile ilgisi olmayan bulgularla ifade edildiğini belirtmektedir. İnsanların, hasta yakınlarının, hastaların ve hatta sağlık profesyonellerinin, ölüm anksiyetesini yeterince sorgulamadıklarını belirtmiştir. Buna gerekçe olarak Yalom (2008), ölüm konusunda hasta ya da yakını, soru sorduğunda sağlık çalışanlarının ne yapacaklarını bilemediklerini söylemiştir. Ölümle yüzleşmenin, bireyler için güneşe doğrudan bakmak gibi zor olduğunu belirtmiştir (Yalom, 2008; Akt. Babayiğit, 2008).

Psikoloji tarihinde ölüm düşüncesinden ilk Freud bahsetmiştir. Freud'a göre insanın libido adını verdiği cinsiyet güdüsü, ile saldırganlık ve yıkıcılık dürtülerini açıklamak üzere kullandığı ölüm içgüdüğü olmak üzere iki temel güdüsü vardır (Erdoğan ve Özkan, 2007). Freud, insanların doğanın tehdidine karşı sığındığı ilahi varlıkların varlığından söz ederken, ölümü, dini paranoid düşüncelerin bir ürünü ve nevrozların öncü işaretçisi olarak belirtir (Erdoğan ve Özkan, 2007). Freud'a (1997) göre dinler; insanlara evrenin nasıl başladığını anlattığından, ölümden sonraki dünyada mutluluğu ve Tanrı'nın koruyuculuğunu

sağladığından, insanların düşünce biçimlerini ve davranışlarını düzenlediğinden insanoğlunun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte Freud'a (1997) göre dinlerin oluşması çocuk güçsüzlüğünden kaynaklanmaktadır. Çocukluk çağında bireyler, kendilerini çeşitli tehlikelerden koruyan anne-babaya bağlanırken, diğer taraftan yetişkinlik çağında, evren karşısındaki güçsüzlük ve çaresizliklerinden dolayı din'e bağlanmaktadır (Öneş, 1997; Akt. Şahin, 2016).

Varoluşçu psikoloji yaklaşımına göre ölüm, insanların içine düştüğü en büyük ikilemdir. Bir yandan insan, tercih ederse ölümü seçebilir, diğer yandan ise istemese bile ölümü yaşayacaktır. Ölümün bu gerçeklik hali, varoluşun anlamlandıramadığı, diğer yandan yaşamak zorunda da olduğu, yaşamın anlamının içinde saklı olduğu büyük bir gerçek olmuştur (Ak, 2009). Ölüm düşüncesinin insan yaşamına çeşitli etkileri vardır. Ölüm düşüncesi, kimine göre stres oluştururken, kimine göre stresten arınma aracıdır (Koç, 2002; Özlük Eyüboğlu, 2009). Kimine göre yok olup bitmek iken, kimine göre huzur içinde sonsuz bir hayatın başlangıcıdır (Erdoğan ve Özkan, 2007). Varoluşçuluğun temsilcilerinden olan Yalom'a (2011) göre ölüm kaygısı en temel kaygıdır. Bu anlamıyla ölüm kaygısı pek çok psikopatolojinin temelinde varlık göstermektedir (Akt. Babayigit, 2011).

İnsanın kendi sonunu düşünmesi zihinsel olarak ölüm düşüncesini benimsemesinde etkili olabileceği gibi, çevresel uyarıların da etkisi olabilmektedir, hatta ölüm düşüncesinin şekillenmesinde çevresel etkenlerin daha çok önemi vardır. Bu duruma gerekçe olarak ölüm, insanın bizzat yaşadığı tecrübelerinin dışında gerçekleşen bir olgudur. Bu yüzden bireyler, çevrelerindeki diğer insanların ölümleriyle bağlantılı olarak yaşadıkları deneyimlerden yola çıkarak ölüm gerçeğine karşı tutumlar geliştirmektedirler (Ertufan, 2000).

Ölümün tanımı gibi ölüme karşı geliştirilen tutumlar da topluma, dine, kültüre, kişisel özelliklere göre değişkenlik arz etmektedir. Bu değişkenlik, bireyin kendisi dışındaki bireylerin ölümü veya kendi ölüm ihtimaline karşı da görülmektedir (Karakuş, Öztürk & Tamam, 2012). İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleriyle ilgili olarak deneyimlerinden yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirmektedirler. Bireyin kendi ölümüne karşı tutumu; ölümü isteme, ölümü kabullenme/kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört başlık altında toplanabilirken; diğer bireylerin ölümünde ise bu dört başlığa yas tutma süreci de eklenmektedir (Karakuş, Öztürk & Tamam, 2012).

2.2. Korku Tanımı

Günlük hayatta korku ve kaygı birbirinin yerine oldukça fazla kullanılmaktadır. Korkunun genel olarak fizyolojik tepkilerle ilişkili olması, kaygının ise daha çok bilişsel faktörlerle ilişkili olması araştırmacıların her iki kavramı ayrı ayrı ele almalarına neden olmuştur (Zorba, 2018). TDK’ da korkuyu “Gerçek veya beklenen bir tehlike ile yoğun bir acı karşısında duyulan karmaşık fizyolojik değişmelerle kendini gösteren duygu” olarak tanımlanmıştır. Korku her insanın yaşayabileceği veya yaşadığı ortak bir duygudur. Beklenmedik şekilde ortaya çıkan bir tehlike karşısında istemsiz şekilde verilen tepki olan korku tamamen insanı koruma amaçlı bir dürtüdür. Bu açıdan bakıldığında korku faydalı bir dürtüdür. Aşırı korku ya da korkusuzluk insanı tehlikeye sürükleyecek iki unsurdur (Özer, 2012).

2.3. Kaygı (Anksiyete) Tanımı

Kaygı çoğunlukla geleceğe yönelik bir olayın ortaya çıkarabileceği neticelerle ilgilidir ve bireyin, kendini olumsuz bir koşuldan korumasını sağlayan bir heyecandır (Cüceloğlu, 2004). Kaygı, tehlike veya talihsizlik korkusundan ya da beklentisinden kaynaklanan bir huzursuzluktur. Kaygının tanımlanma çerçevesi ve kullanıldığı anlama göre içeriğinde farklılaşmalar olabilir (Budak, 2003). Kaygı genel olarak; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik hissetme ve yargılanma korkusu gibi etkenlerden birini veya birçoğunu içermektedir. Korku ve kaygı arasında, şiddet, kaynak ve süre olarak başlıca üç önemli fark bulunmaktadır. Korkunun kaynağı biliniyor olsa bile, kaygının kaynağı belirsizdir. Korku kaygıya nazaran daha şiddetlidir ve korku daha kısa süreli yaşanırken kaygı, uzun süreler boyunca devam etmektedir (Cüceloğlu, 2010). Freud kaygıyı, belirgin bir tehdit edici olmaksızın yaşanan yayılmış bir tedirginlik hali şeklinde tanımlarken; korkuyu, bireyin belirgin bir tehlikeyi değerlendirmesi ve bunun sonucunda tepki vermesi olarak tanımlamıştır (Bozkurt, 2004). Yalom’ a göre kaygı ile korku arasındaki en belirgin fark, kaygının kaynağının belirsiz, korkunun kaynağının belli olmasıdır (Babayiğit, 2013).

2.4. Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Tanımı

Kaygı ve korku kavramlarına, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu açısından bakıldığında ise, benzer görüşler ortaya çıkmakta ve ölüm korkusunun diğer bütün korkuların temelinde yattığı görüşü göze çarpmaktadır (Yalom, 2013; Akt. Babayiğit, 2013).

Literatürde ölüm korkusu ve ölüm kaygısı genellikle aynı anlama gelecek şekilde birbirleri yerine kullanılmaktadır. Bu iki kavramın kesin sınırlar ile birbirlerinden ayrılmasını

engelleyen sebep; ölüm kavramının belirsizliği olmuştur. Genel olarak korku ve kaygı arasındaki önemli bir fark duyguyu ortaya çıkaran kaynaktır. Korkunun kaynağı somut ve belirli iken, kaygının kaynağının ise belirsiz olmasıdır. Ölüm korkusu ve ölüm kaygısının kaynağı ise ortak ve belirsizdir, bundan dolayı ayırım yapmak zordur (Karaca, 2000). Yalom (2013) ölüm kaygısı ve ölüm korkusunu eş anlamda kullanmaktadır. Yalom, ölüm kaygısının erken yaşam dönemlerinde oluşmuş ve bilinç dışında bulunan bir korku olduğunu belirtmektedir (Babayiğit, 2013).

Günlük yaşamın içerisinde insana ölümü hatırlatacak birçok olay bulunmaktadır. Ölümcül hastalıklar bu olaylardan en önemlisidir. Ölüm düşüncesini ortaya çıkaran durumlardan biri de hayatın içinde var olan ölüm vakalarıdır. Özellikle insanın kendi yaşlıları ve önemseydiği kişilerin ölümü kişiyi ölüm konusunda kaygılandırmaktadır. Ölüm vakalarının yanı sıra cenaze ritüellerine katılmak da insanı oldukça etkilemektedir. İnsandaki fizikî değişimler, doğa olayları, savaşlar, kazalar, ölüm temalı konuşmalar da ölümü sıkça hatırlatmaktadır (Karaca, 2000; Akalın, 2006; Akçetin, 2010; Badur, 2010). Ölümün bireylerde uyandırdığı tutumların insan tabiatı ile ilgili olarak farklı ifade şekilleri vardır. Ölüm karşısında gösterilen tepki herkesin hayata karşı duruşuna göre değişmektedir. Bu kişisel tutumun şekillenmesinde dinî, ideolojik, ekonomik sebepler ve sosyal çevrenin ölümüne karşı tutumları ve duygusal yaklaşımların önemli ölçüde rolü bulunmaktadır (Hökelekli, 2005). Farklı inanışların ölüm fenomenine getirdikleri farklı bakış açıları ölümüne yönelik oluşturulan davranışları etkilemektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Yalom, “Bağımlanan Terapi” adlı eserinde ölüm kaygısı için “Ölüm kaygısı her zaman derinlerde varlığını sürdürmektedir. Yaşamımız boyunca peşimizi bırakmaz ve ölüm farkındalığıyla başa çıkabilmek için –çoğu inkârı dayalı- savunmalar geliştirsek bile tamamen aklımızdan çıkaramayız. Rüyalarımıza girerek her kâbusta karşımıza çıkar. Çocukken ölümü çok düşünürüz ve önemli derecede gelişimsel görevlerimizden biri de, yok olma korkusuyla başa çıkmaktır.” demektedir (Yalom, 2014; Akt. Yelboğa, 2017).

2.5. Ölüm Kaygısını (Anksiyetesini) Etkileyen Değişkenler

Literatürü incelediğimizde ölüm kaygısını etkileyen birçok faktör olduğu görülmektedir. Bu faktörlerden en çok ilişkili olanların kişilik özellikleri, yaş, cinsiyet, sosyokültürel etkenler, gelişim dönemi, dini inanç modelleri ve ölümcül hastalık durumları olduğu belirlenmiştir (İnci, 2008).

2.5.1. Yaş;

Gençler için ölüm, sağlıklı bedenin yitirilerek geleceğe yönelik yapılan planları gerçekleştiremeyeceğinden kaynaklanan bir kaygıya neden olurken, orta ve daha ileri yaşlarda ise, yarım bırakılan uğraşları bitirememesi ve aile gibi yakın çevreye duyulan sorumlulukları tamamlayamayacağı şeklinde bir kaygı yaratmaktadır (Özen, 2008; Işıl ve Karaca, 2009). Bu konuda yapılan çalışmaların çoğu yaşlılarda yaşı ilerlemesiyle birlikte ölümü kabulleniş yavaş yavaş gerçekleşmektedir. Diğer yandan ise bazı yaşlı bireylerde fiziksel sorunlar ve sosyal yalnızlık gibi nedenlere dayanarak, ölüm korkusunun yerini yaşam korkusu almaktadır. Bu durum yaşlıların ergenlere ve genç erişkinlere göre daha düşük bir ölüm kaygısı yaşadığını göstermektedir. Ancak tüm bu çalışmalara rağmen yaş değişkeninin, ölüm kaygısını ne şekilde etkilediği konusunda ortak bir fikir birliği halen ortaya konulamamıştır (Singh, Singh & Nizamie, 2003; Kalaoğlu Öztürk, 2010).

2.5.2. Cinsiyet;

Cinsiyetin ölüm kaygısını etkileyen değişkenler arasında olduğuna dair çalışma bulgularına rastlanmaktadır (Kıraç, 2007). Kastenbaum (2007) iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak fark olmadığını belirtirken, kadınların ölüm kaygısını daha çok yansıttıklarını söylemektedir. Çalışmasında erkeklerin, soylarının tükenmesi ve daha fazla yaşayamayacakları fikrinden; kadınların ise, kendileri öldüğü zaman ailelerindeki düzenin alt üst olabileceği ihtimalinden kaynaklanan bir kaygı duyduklarını saptamıştır (Kastenbaum, 2007; Mutlu, 2013).

2.5.3. Medeni Durum;

Psikososyal bir varlık olarak insan, zorlu yaşam şartları, baş etmesi güç durumlar, kişisel sorunlar ve yakın çevresinden kaynaklı problemlerle mücadele etmede aile veya eşinin olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında bazı çalışmalarda bireyin eşini kaybetmesinin ölüm kaygısını arttırdığı da bulunmuştur (Karaoğlu Öztürk, 2010).

Kişinin, çocuk sahibi olması ya da olmaması da ölüm kaygısını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Çocuklar anne-babaya psikososyal yönden rahatlama sağlar. Ayrıca, ebeveynler, kendileri öldükten sonra çocukları üzerinden dünyada var olmayı sürdürecekleri düşüncesiyle kendilerini rahat hissedebileceği düşünülmektedir (Ertufan, 2008).

2.5.4. Fiziksel Hastalık;

Hastalık varlığına bağlı olarak, ölüm kaygısının iki şekilde yükseldiği düşünülmektedir. Birinci durum işlevselliğin yitirilmesi ve bireyin sakat kalmasıdır. İkinci durum ise ölümcül

bir hastalığı olduğunu öğrenen bireyin, tanısının ve hastalığın gelişiminin belirsiz olması, tedaviye rağmen bulgulara yeterli düzelme olmaması, yaşamın sona ermesi ile ilgili bireyin kişisel düşünceleri, ölme sürecinin son döneminde hissedeceği çaresizlik ve ağrıya ilişkin endişeleri, ölüm kaygısının şiddetini arttırmaktadır (Kastenbaum, 2007; Kalaoğlu Öztürk, 2010).

2.5.5. Ruhsal Hastalık;

Ruhsal yönden ağır sorunlar yaşayanlar ve yok olacakmış düşüncesine kapılan bireyler ölümle ilgili kaygılarını daha şiddetli şekilde yaşarlar. Ölüm kaygısının sıklıkla ifade edildiği durumlar veya psikotik ataklar, bireyde anksiyetenin yükseldiğini düşündürmektedir. Literatürde yer alan birçok çalışmada ölüm anksiyetesi ve psikopatoloji arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığından söz edilmektedir (Gedik, 2007; Özen, 2008; Abdel Khalek & Lester, 2009; Mutlu, 2013).

2.5.6. Meslek;

Ölüm tehlikesi ve ölüm olayları bazı mesleklerde sık olarak görülebilmektedir. Örneğin, acil servis birimleri, yoğun bakımlar ve yeni doğan birimlerinde çalışan meslek grupları, hastanenin diğer birimlerinde çalışan meslek gruplarına göre (mühendis, idari hizmetler, psikolog vb. gibi) ölüm vakaları ile oldukça fazla karşılaşabilmektedirler. Bireyin, ölümle karşılaşma tecrübesinin olup olmaması, ölüm anksiyetesinin artmasında önemli bir etken olmaktadır (Ertufan, 2008; Taka, 2010; İnce, 2014; Aktürk, 2014; Özdemir, 2014).

Eke (2003) farklı mesleklere sahip bireyleri karşılaştırdığı çalışmasında, ölüm riski fazla olan mesleklerle uğraşan kişilerde (pilot, polis ve itfaiyeci) ölüm anksiyetesinin düşük düzeyde olduğunu bulmuştur (Eke, 2003).

2.5.7. Yaşam Olayları;

Boşanma, çalışma hayatı şartları, ekonomik sorunlar, yeni bir iş edinme, iş kaybı, yeni bir muhite taşınma gibi olaylar ölüm anksiyetesini artırabilmektedir. Aileden birinin kaybı da bireyin yalnızlık duymasına, ölümle yüzleşmesine ve ölüm kaygısı yaşamasına sebep olabilmektedir (Cimete, 2002). Florian ve Mikulincer (1995) çalışmalarında, hayatının erken dönemlerinde bir kayıp-yas deneyimi yaşayan bireyler ile geçmişte bu deneyimi yaşamamış fakat yakın zamanda bir kayıp-yas deneyimi yaşayan bireyler arasında, ölüm kaygısı düzeylerini incelemişler ve bu değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır (Mikulincer ve Florian, 1995). Benzer şekilde Kalaoğlu Öztürk (2010) çalışmasında yakınıni kaybederek yas deneyimi yaşayan bireyler ile daha önce yas deneyimi yaşamayan bireylerin

ölüm anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur (Kalaoğlu Öztürk, 2010).

2.5.8. Kişilik Özellikleri;

Ölüm kaygısı ile kişilik özelliği arasında pozitif yönde bir ilişkinin varlığından bahseden çalışmalar vardır. Literatüre bakıldığında, duygulardan kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni daha az olan, toplumla az uyumlu ve daha gergin olan bireylerde ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Kalaoğlu Öztürk, 2010). Şahin'in (2016) aktardığına göre, kişilik ve ölüm kaygısının birlikte ele alındığı bir çalışmada nörotiklik, saldırganlık ve duygusallık gösteren bireylerde ölüm anksiyetesinin genellikle daha yüksek olduğu bulunmuştur (Frazier & Foss-Goodman, 1989; Şahin, 2016). Fobik ve diğer korku bozuklukları olan bireylerde ölüm anksiyetesi genel olarak yüksek bulunmuştur (Kastenbaum, 2007).

2.5.9. Sosyokültürel Özellikler ve Din;

Kültürel farklılıklar ölüme karşı tutum ve ölüm kaygısı düzeylerini etkilemektedir. Kübler-Ross, kültürel farklılıkların ölüm karşısındaki tutum ve ölüme yüklenen anlamları şekillendirebileceğini söylemiştir. Din, yapısı gereği değiştirilemez bir kavram olduğu için, tarihsel ve toplumsal süreçte, din ve ölüm arasında var olan ilişki de değişmiştir. Genel olarak, dinlere bakıldığında her dinin kendi bireylerini, ölüme karşı yaşanan anksiyeteye karşı korumacı olduğu söylenebilir (Şahin, 2016). Bazı çalışmalarda dindar bireylerde düşük düzeyde ölüm anksiyetesi bildirilmişken, buna karşın dindarlık ile ölüm anksiyetesi arasında ilişki olmadığını aktaran çalışmalar da bulunmaktadır (Tanhan, 2007). Yapılan çalışmaların bazılarında ise farklı dini inanışların ölüm anksiyetesi düzeylerinde anlamlı derecede değişkenlik oluşturduğu görülmüştür (Suhail, 2002; Kırarç, 2007; Erdoğan ve Özkan, 2007; Yıldız, 2014).

Abdel-Khalek (2004) Mısır, Suriye ve Kuveytli üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Kuveytli öğrencilerin ölüm kaygısının, Suriyeli ve Mısırlılara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Her üç grupta da “kabir azabıyla” ilgili korkunun çok yüksek olduğu görülmüştür (Abdel-Khalek, 2004).

2.5.10. Gelişimsel Süreç;

Literatürde ölüm kaygısına bireylerin gelişim dönemleri yönünden bakıldığında çeşitli gelişim dönemlerinde ölüm kaygı düzeylerinde değişiklikler olduğunu gösteren veriler vardır. Yalom (2013) çocukların çok küçük yaşlarda bile ölümü fark ettikleri; ancak soyut düşünme

yetilerinin daha gelişmemiş olması, dil yetisindeki eksiklikler, çocuklar üzerinde araştırma yürüten kişilerin ölüm konusunda çocukları yeterince sorgulayamamaları gibi nedenlerle, çocukların ölüm kavramını bilmediklerinin düşünüldüğünü savunmuştur (Babayiğit, 2013). Bu konuda yapılan çalışmalarda 9 yaşından önce çocuk için ölüm olgusunun gerçeğe uygun şekilde anlamlandırılmadığı ve göz ardı edildiği görülmüştür. Dokuz yaşından sonra çocuk ölümlülüğünü fark etmeye başlayarak, ölüm anksiyetesi yaşamaya başladığı düşünülmektedir (Karakuş ve ark, 2012). Ergenlik döneminde ise artık ölüm kaygısının açıkça yaşanmaya başladığı düşünülmektedir (Karaca, 2000). Her ne kadar ergenler ölümü anlamsız olarak nitelendirip, göz ardı etseler de, çevreleriyle konuşmasalar bile; onlar için zamanın ilerlemesi ve ölümlü olma gibi düşüncelerle, ölüm anksiyetesi aslında baş edilmesi gereken bir durum olmaktadır (Koestenbaum, 1998; Akt. Şahin, 2016). Orta ve ileri yaştaki bireylerin de işlerini yapamama ve yakınlarına karşı duyduğu sorumluluklarını yeterince yerine getirememe sıkıntısı ile ölüm anksiyetesi yaşadıkları belirtilmektedir (Geçtan, 2002).

2.5.11. Çocuk Sahibi Olmak;

Literatüre bakıldığında ölüm kaygısı ile çocuk sahibi olmak arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır (Lehto & Stein, 2009). Kişinin soy devamını sağladığı için çocuk sahibi olmak, bir bakıma biyolojik ölümsüzlük gibi düşünülebilmektedir ve bilinçaltında ölüm anksiyetesiyle karşı ferah bir durum oluşturduğu düşünülmektedir (Taka, 2010). Diğer yandan, ölüm öncesi yaşanan ıstıraplı ve zorlu yaşlılık ve hastalık sürecinde evladın yanında oluşu ve son nefese kadar terk etmeyeceği düşüncesinin kaygı azaltıcı etkisi olabileceği düşünülmektedir (Ertufan, 2008).

2.5.12. Ekonomik Durum;

Genel kaygı düzeyinin ölüm kaygısını artırdığı düşünüldüğünde, maddi sorunların genel kaygı düzeyini artırabilecek bir etken olabileceği belirtilmiştir (Ertufan, 2008; Yelboğa, 2017). Sağlıklı ve Tip-I diyabet hastalığı olan ergenlerde, ölüm anksiyetesi ve bu anksiyeteyi etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, sağlıklı ergen grubundaki ailelerin %39.4' ü alt sosyo ekonomik düzeyde iken, Tip-I diyabetli ergen grubundaki ailelerin yarıdan fazlasının (%68.0) alt sosyo-ekonomik düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ak, 2009).

2.6. Ölüm Kaygısını (Anksiyetesini) Açıklamaya Yönelik Kuramlar/Yaklaşımlar

Ölüm, insanlığın varoluşundan bu yana tüm gerçekliğini sürdürürken bu konuda hala tatmin edici bir sonuç alınamaması araştırmacıları bu konuya yönlendirmektedir. Bununla birlikte Kalaoğlu Öztürk'ün (2010) aktardığına göre; ölüm kaygısı, son dönemlerde araştırmalarda sık olarak yer almasına rağmen, yinede en az açıklığa kavuşturulabilen alanlardan olmaya devam etmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010). Literatürde kaygıyı açıklayan birçok kuram olduğu görülmekte iken, ölüm kaygısını araştırmaya ve geliştirmeye yönelik sınırlı sayıda literatür bilgisi olduğu görülmüştür (Hökelekli, 1991; Sayar, 2000; Erdoğan, 2007). Ölüm kaygısını açıklamaya çalışan birçok psikoloji kuramı bu kaygı türünü farklı açılardan ele almışlardır (Zorba, 2018).

2.6.1. Varoluşçu Kuram ve Ölüm Anksiyetesi

Varoluşçu yaklaşım bakımından ölüm anksiyetesi, çoğu kaygının ve fobinin temelinde var olmaktadır. Yalom açısından ölüm, ilk anksiyete kaynağı olmuştur (Yalom, 2013). İnsanlar için doğumdan itibaren tek kesin gerçek olan ölümdür (Işık, 2009). Ölümün gerçekliğinin farkında olabilen tek varlık olması bakımından insan, varoluşsal bir kaygı yaşamaktadır. Devamlı kendini koruma içgüdüleriyle hareket eden insan, var olmanın yokluğu manasına gelen ölümden kaynaklanan bir endişe ve korku duyduğu belirtilmektedir (Gedik, 2007).

Varoluş kaygısı ile karşılaşıldığında, iki seçenek ortaya çıkmaktadır; ya bu kaygı ile yaşama veya başetme yolları ile “otantik” bir olma durumuna geçilir, ya da böyle bir kaygıyı yaşamamak adına yaşamın devam eden günlük rutinleri içinde “otantik olmayan” bir var olma yolu seçilir. Otantik olmayan varolma biçimi, bireyin kendi kendisine yabancılaşmasına yol açarak, nevrotik bozuklukların kapılarını aralamaktadır (Göka, 1999; İnci, 2008).

Martin Heidegger, ölümü çağdaş felsefenin temel sorunlarından biri haline getirmiştir. Heidegger (2004) insan yaşamında ölüm olgusunun ne kadar önemli olduğunu açıkça belirtmektedir. Ölümlü olduğunun farkında olan insan, yaklaşmakta olan ölümünü hayatını anlamlı atfedecek eylemler için bir motivasyon kaynağı olarak görür (Heidegger, 2004; Akt. Yardımlı, 2004). Heidegger (2004), “Varlık ve Zaman” adlı çalışmasında, ölümü red etmenin, ölümden kaçınmaya çalışmanın ve ölümü alt edilmesi gereken bir hastalık olarak görmenin, ruhsal sağlığı olumsuz yönde bozabileceğini belirtmektedir. Heidegger’e göre, ölümü kabul edemeyen bir bireyin, sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olması da beklenmemektedir (Mutlu, 2013).

Varoluşçu yaklaşıma göre, insanda var olan temel kaygı olgusu, asıl olarak ölüm korkusundan ileri gelmektedir. Koestenbaum'a göre, ölümün gerçekliği ile yüzleşmek, sıradan varoluşun temelini meydana getiren önemsiz ilgileri, küçük mücadeleleri ve günlük rutinleri kıymetsiz hale getirir. Karahisar'ın aktardığına göre öleceklerinin sürekli olarak farkında olan insanların, günlük aktivitelerinde aceleci davranma hissine sahip olacaklarından bahsedilmektedir. Bu acelecilik hissi, aslında bireylerin yaşamlarına yön ve anlam veren olaylara odaklanmalarını sağladığı için özgürleştirici nitelikte olmaktadır (Akt. Karahisar, 2006). Zorba' nın (2018) belirttiğine göre, ölüm tüm insanlar ve insanların yakınları için kaçınılmaz bir gerçektir. Önemli olan bu gerçeği kabullenerek yaşamaya devam etmek ve bu gerçeğe yaşamı bütünleştirerek devamını sağlayabilmektir (Zorba, 2018).

2.6.2. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı

Freud, ölüm anksiyetesini ayrılık kaygısı neticesinde oluşan, suçluluk duygusunun tetiklediğini belirtmiştir. Aynı zamanda Freud, ölüm anksiyetesinin süper egonun maruz kaldığı en önemli kaygıların sonuncusu olduğunu söylemiştir (Özdemir, 2014). Diğer taraftan Whal'a göre, ölüm kaygısının gerçek nedeninin ayrılma kaygısı olmadığını, çocukluktaki animistik düşünceden kaynaklandığını belirtilmiştir (Erdoğan ve Özkan, 2007). Jung (1997) ise, ölüm anksiyetesinin aslında yaşama korkusundan kaynaklandığı ve ölüme karşı korku duyan kişinin gerçekte yaşamaktan korktuğunu bildirmektedir. Horney (1980), insanların, yaşamdaki olumsuz olaylardan dolayı ölümü arzulayabileceğini ve bu durumun, ölüm korkusu ile birleştirilerek, sebebi belirsiz bir kaygıya dönüşebileceğinden bahsetmektedir (Mutlu, 2013).

Şahin' in (2016) aktardığına göre, ölümle yüzleşemeyeceğimiz düşüncesi psikanalitik yaklaşımda oldukça kabul görmüştür. Bu açıdan baktığımızda psikanalitik yaklaşımı, ölümün inkârı tezinin kaynağı olarak görmek mümkün olmaktadır. Bu yaklaşıma göre kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesi neredeyse imkânsızdır, çünkü insanlar kendilerini ölü olarak düşünmemektedir (Şahin, 2016). Freud'a (1997) göre kimse kendi ölümlülüğüne inanmaz ve bilincinin de ölümsüzmüş gibi davrandığını savunmaktadır. Freud (1997), kişi ölümünü deneyimleyemeyeceğinden dolayı bilinçaltında asla bir ölüm temsili olamayacağını savunur. Psikanalitik alanda, ölüm korkusu, tecrübeler ile doğrudan bağlantılı olan korkulara ve bu tecrübelerden çıkan ruhsal çelişkilere dayandırılmaktadır (Şahin, 2016).

2.6.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel kurama açısından ölüm kaygısı, kişinin ölüm ile ilgili edindiği veya tecrübe ettiği olumsuz duygu ve düşünceler etkisiyle, bu duygu ve düşüncelere bağlı olarak koşullanmalar ve genellemeler neticesinde ortaya çıkmaktadır. Bireyin tehdit olarak algıladığı durumu ne ölçüde korkutucu olarak değerlendirdiği önemlidir (Tanhan, 2007). Bu yaklaşıma göre kişinin algıladığı yorum üç aşamadan oluşmaktadır: Birinci ve ikinci aşamada kişi çevresinde potansiyel bir tehdit algılar. Sonrasında bu tehlikenin kendisine olan olası zararı ve kendisinin bu tehditle ne şekilde baş edeceğini değerlendirmektedir. Üçüncü aşamada ise, kişi tehdit durumunu yeniden değerlendirir ve en iyi baş etme yöntemini belirler. Kişi tehdidi ne kadar korkutucu, kontrol dışı, baş edilemez şekilde algırsa o kadar fazla kaygılanmaktadır. Bu kurama göre, ölümün kaygı ile birlikte kötü olarak düşünülmesi, ölümün kötü algılanmasına neden olur. Bireyin ölüme dair tecrübe ettiği olumsuz yargılar sonucu ölüm anksiyetesinin geliştiği savunulmaktadır (Beck ve Emery, 2006; Taka, 2010).

2.6.4. Terör (Dehşet) Yönetimi Kuramı

Bu kuram, Solomon (1980) ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kaygı ile başa çıkabilmek için geliştirilen savunma mekanizmalarını açıklar. Terör yönetimi kuramı geliştirilirken, Freud'un ölümü hatırlatan her durumun, insanda birçok mistik inançları hareketlendirdiği düşüncesinden ve Becker'in "The Denial of Death" (Ölümün İnkârı-1973) adını verdiği çalışmasından esinlenilmiştir (Şahin, 2016).

Kuram, ölüm korkusunun ve kaygısının nedenlerini açıklamaya çalışırken, bu hislerin yarattığı psikolojik savunma mekanizmalarıyla da ilgilenmiştir. Dehşet yönetimi kuramına göre insanlar ölümlü olduklarını hatırladıklarında belirli bir anksiyete yaşarlar. Bireyler ölüm karşısında yaşadıkları dehşet verici düşünceleri hafifletmek için iki temel savunma mekanizması kullanırlar. Bu savunma mekanizmalarından ilki öz-saygıyı yükseltmektir. İkincisi ise bir kültüre, topluma dâhil olmak ya da bir grubun parçası olmaktır (Mert, 2007; Kökdemir ve Yeniçeri, 2010; Güzel, 2012). Kurama göre ölümlü olduğunu bilmek, tüm insanlar için varoluşsal bir kaygı oluşturmaktadır. Yüksek öz-saygıya sahip bireyler, diğerlerine nazaran ölümün yarattığı dehşeti daha olumlu yönetme eğiliminde olmaktadır (İnci, 2008). Kültür ise, kişilerin hayatlarına katkı sağlayarak bu varoluşsal kaygıyı azaltmaktadır. Kültürel düzenlere bağlanan insan, güven hisseder, yaşamını anlamlı bulmaya başlar. Bireylerin çevrelerindeki diğer insanlarla ortak normlara sahip olması yaşamlarının anlamlı olduğuna güvenmelerini sağlarken, farklı normlara sahip insanlarda ise güven düzeyi

düşmektedir. Bireyler bu olumsuz duyguyu yenebilmek için iki seçeneğe sahiptir: başkalarının inanç ya da normlarını reddederek, bu normları küçümsemek ya da onları kendi inançlarına yöneltmeye çalışmalıdır (Solomon ve ark, 1991; Akt. Şahin, 2016).

Dehşet yönetimi kuramına göre, her insan ölüm düşüncesinden kaynaklanan bir strese maruz kalmaktadır. Bu görüş ile insan davranışlarının açıklanması ve anlamlandırılması sağlanmaktadır. Çünkü, insan aklı sayesinde ölümü anlamlandırabilmektedir. Hem çevresi hem kendisi için ölümlü olduğunu anlamlandıran insan hem bedensel hem psikolojik ruhsal bir terör yaşamaktadır (Güzel, 2012; Bulut, 2015; Zorba, 2018).

2.7. Ölüm Kaygısının (Anksiyetesinin) Boyutları

Ölüm kaygısının boyutları ile ilgili genel olarak yapılan çalışmalara bakıldığında ölüm kaygısının, çok boyutlu bir kavram olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmalarda ölüm kaygısının en çok üzerinde durulan boyutları şu şekilde ele alınmıştır; belirsizlik ve yalnızlık korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, ölümden sonra cezalandırılma endişesi, geride kalanlar için endişelenme, acı duyma korkusu, denetimi kaybetme korkusu, bedenini yitirme ve yok olup gitme korkusudur (Öztürk, 2010).

Bahsedilen bu boyutları kısaca şöyle özetleyebiliriz:

2.7.1 Belirsizlik Korkusu:

Belirsizlik ve bilinmezlik kaygı oluşumunda temel sebeplerdendir. Özellikle ölüm ve sonrasında ne olacağı konusunda bilinmezlik durumu, insanlar için büyük bir belirsizlik oluşturduğundan, korku ve kaygı kaynağı olmaktadır (Kabataş, 2018)

2.7.2. Bedeni Kaybetme ve Yok Olma Korkusu:

İnsanın bütünlüğünü sağlayan bedeninden, herhangi bir sebeple bir parçasının kopması, eksilmesi veya yok olması, insanda bir utanç, eksiklik, yetersizlik gibi birçok negatif düşüncelere sebep olarak benlik saygısında da azalmaya neden olmaktadır. Ölümeyle beraber tüm bedenin de yok olup gideceğini düşünen bir birey için, ölüm gereğinden fazla korku ve kaygı uyandıran bir durum olmaktadır (Hökelekli, 2008; Göka, 2009; Sezer & Saya, 2009).

2.7.3. Acı Duyma Korkusu:

Ölümlle sonuçlanabilen AIDS ve kanser gibi çeşitli kronik hastalıkların insanlarda, ölüm ve hastalık arasında güçlü bir ilişki olduğu varsayımına neden olmaktadır. Ölümlle sonuçlanabilen hastalıkların çeşitli evrelerinde acı duyulması, ıstırap çekilmesi bireyde ölümün de aynı şekilde acı veren bir durum olacağı düşüncelerini uyandırmaktadır. Bunlara ilave olarak, dini bakış açısı ile yapılan açıklamalarda “ölümün çok acı verici bir durum

olduğu, ölüm sonrasında dehşetli azapların varlığı” anlatılmaktadır. Bu durum da, İnsanların ölüme dair kaygı ve korkularının artmasına yol açabilmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010; Kabataş, 2018).

2.7.4. Yakınlarını Kaybetme Korkusu:

İnsanlar doğar, büyür, yaşlanır ve ölürlür. İnsanın tüm bu yaşam sürecinde eşi ve çocuklarının, ebeveynlerinin, akrabalarından birinin veya arkadaşının ölümüne tanıklık etmek, yoğun bir üzüntü sebebi olmaktadır. Dolayısıyla, yakınlarını yitirme veya onlardan uzak kalma düşüncesi, bireyde kaygı uyandırmaktadır (Babayiğit, 2008; Hökelekli, 2008; Akçetin, 2010; Vassaf, 2013).

2.7.5. Yalnızlık Korkusu:

Kübler Ross’a göre bazı hastalıkların ölümcül seyretmesi ile bakım ve tedavisinin yalnızca hastane şartlarında sağlanabilmesi, bireyin ailesinden ve sevdiklerinden ayrı kalmasına neden olabilmektedir. Böyle bir durumda birey, yalnız kalmış veya bırakılmış düşüncesine kapılabilmektedir. Bu durumlar karşısında birey hem ölümle yüz yüze gelmekten hem de ailesi ve sevdikleri tarafından yalnız bırakılmaktan kaynaklanan derin korkular yaşayabilmektedir (Mutlu, 2013).

2.7.6. Denetimi Kaybetme Korkusu:

Bazı yaşamı tehdit eden durumlarda veya ölümcül bir hastalığın terminal dönemlerinde, kişi beden denetimini kaybedebilir. Bu durum ego tarafından tehdit olarak algılanır. Kişi bu tehdit karşısında kaygı ve korku yaşar (Öztürk, 2010).

2.7.7. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu:

Bazı dinlerde, bireylerin ölüm sonrası hayatta, dünyada işledikleri günahlardan dolayı cezalandırılacakları inancı olmaktadır. Bu inanışa sahip bireylerde kaygıya neden olmaktadır (Göka, 2009; Dağlı, 2010).

2.7.8. Gerileme Korkusu:

Ölümün yaklaşmakta olduğunu hisseden insan, gerileme dönemine girmektedir. Bu düşünce ile de korkuya kapılabilmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010).

2.7.9. Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu:

Hastalık veya ölümden kaynaklanan nedenlerle, birey yakınlarını yitireceğine, yani tüm sosyal bağlarını kaybedeceğine ilişkin korkular geliştirebilir. Yakınlarını yitireceğini ve ilişkilerinden mahrum olacağını düşünmek, bireyin kimliğini algılama durumunu etkileyebilir.

Dolayısıyla, bu türden durumlarda, kişi kendine olan saygısını yitirebilir, ümitsizliğe kapılabilir ve değersizlik hissi yaşayabilmektedir (Hökelekli, 2008; Sezer & Saya, 2009).

Literatürde birçok çalışmada ölüm anksiyetesinin tüm bu boyutları ele alınmıştır (Büyükbakkal, 1997; Akgünlü, 1998; Wong & Lee, 2000; Neimeyer, 2003; Kağıtçıbaşı, 2005; Akalın, 2006; Kızılkaya & Koştı, 2006; Babayiğit, 2008; Özen, 2008; Işıl & Karaca, 2009; Göka, 2009; Sezer & Saya, 2009; Badur, 2010; Akçetin, 2010; Taş, 2013; Vassaf, 2013; Sarıkaya, 2013; Nadas, 2013; Erten, 2015).

2.8. Spritüelite Tanımı Ve Tarihçesi

Literatüre bakıldığında spiritüelite kelimesinin din, inanç, maneviyat gibi kavramlar ile ilişkilendirilerek, farklı anlamlarda kullanıldığı, 12.yy'da insanın psikolojik boyutunu, 15.yy ve 16.yy'da din adamlarına karşılık gelmesi için kullanılmıştır. İlk kez güncel anlamda kullanımı Fransa'da 17.yy' da gerçekleşmiştir. Gerçekçi bir tanımı bulunmamasına karşın 20.yy'da birçok dilde dini ve dinle ilişkili olmayan anlamlarda çoğunlukla kullanılmış bir tanım olduğu bildirilmektedir (Cook, 2004; Yılmaz, 2011). Günümüzde ise, dini inanışların ve ritüellerin ötesinde daha geniş bir kavram olarak benimsenmektedir (Yılmaz & Oktay, 2009).

Spiritüelite kelimesinin kökenine bakıldığında Latince "spirit" kelimesinden geldiği ve anlamının ise "nefes", "hayat nefesi" olduğunu görülmektedir. Spiritüelite adından da anlaşılacağı gibi hayatın ve varoluşluğun temelinde olan her şey üzerine dokunmaktadır. Daha geniş tanımıyla yaşamı hissetmektir (Surbone ve Baider, 2010).

Spiritüelite çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmakta ve zamanla değişmektedir. Başlangıçta, dindarlık ile bağlantılı iken, son on yıl boyunca anlamı daha da uzatılarak yaşamda amaç ve anlam, başkalarıyla bağlantılık, huzur, uyum ve refah gibi ek kavramlar içermeye başlamıştır (Koenig, 2004). Beden ve ruhu etkileyebilen spitalite aynı zamanda bedenden ve ruhtan etkilenebilen bir "birleştirici güç" olduğu şeklinde de tanımlanabilmektedir (Kostak, Çelikalp ve Demir, 2010). Spiritüelizm, metafizik bir görüş olmakta ve bu görüşe göre, varlık bedenden ayrı düşünülen, bağımsız bir ruh olmaktadır (Akgün, 2007). Din, spiritüelitenin bir boyutu olarak açıklanmakta ancak; Spiritüelite, sadece din inancı ve ritüelleri ile sınır konulamayacak kadar geniş bir kavramdır. Spiritüel inanç ve değerlerin bir din ile ilişik olabileceği kadar olmayabileceği de bildirilmektedir. Öte yandan Spiritüelite sadece din ve tanrıya inanç veya dini ritüellerle açıklanırsa herhangi bir dine mensup olmayan ya da tanrı ve dini inançları olmayan kişilerin spiritüel durumları göz ardı

edilmiş olacaktır. Oysa tüm insanların, dinsel ritüelleri yerine getirsınler ya da getirmesınler, spiritüel bir boyuta sahip oldukları belirtilmektedir (Çetinkaya ve ark, 2007). Spiritüelite geçmişte genellikle dini liderlerin kullandığı ve konuştuğu bir kavram olmasından dolayı din ile karıştırılmaktadır. Tüm insanları dini varlıklar olarak değerlendiremeyiz ancak, tüm insanları spiritüel varlıklar olarak değerlendirebiliriz (Como, 2007).

Morrison-Orton (2004) tarihsel olarak din ve spiritüellik arasında katı bir ayrım olmadığını, Batı sekülerizminin gelişmesiyle ve dinselliğe yönelik hayal kırıklığının toplumun psikolojik, sosyal ve fiziksel hastalıkları için bilimin tek bilgi kaynağı olduğu anlayışına sahip olmasına sebep olduğu belirtilmiştir. Patneaude (2006) spiritüelliğin çok boyutlu bir yapı olduğunu ve spiritüellik, spiritüel iyilik ve spiritüel iyi oluş gibi farklı bağlamlarda kullanıldığını söylemektedir. Scheck-Varner (2009) spiritüelliğin en geniş anlamda dinsellik, dini topluluklara katılma, dini ve spiritüel uygulamalar, dini başa çıkma ve spiritüel iyi oluş gibi pek çok yapıyı içerisine aldığı belirtmektedir. Maslow (1971) spiritüel hayatın, insan varlığının bir parçası olduğunu ve insan tabiatının karakteristik tanımlayıcılarından olduğunu söyler. Hiyerarşisinin en üstünde “aşkın bir şekilde kendini gerçekleştirenler” bulunur (Kardaş, 2017).

Bash (2004) spiritüeliteyi; tanrıci yaklaşım, tanrıci olmayan yaklaşım ve medya yoluyla yaklaşım ile tanımlayabileceğini belirtmektedir. Buna göre;

2.8.1. Tanrıci Yaklaşım

Tanrıci bakışta, “*üstün güç*” vardır. Spiritüelite, bireyin öz varlığından farklı bir güç olarak vurgulanmıştır. Bu yaklaşımla Spiritüelitede, kişinin yaşadığı ortamda, evrende varlığı kabul edilen üstün güç/tanrı ile ilişkisinin varlığı söz konusu olmaktadır. Ayrıca Spiritüelite, diğer bireyler ile bir bütün olma hissiyatı veya bunun anlamını bulmaktan fazlasıdır. “Spiritüelite üstün güç/tanrı ile bireysel ilişki sonucunda öğrenme ve değişim sürecidir” (Bash 2004; Yılmaz, 2011).

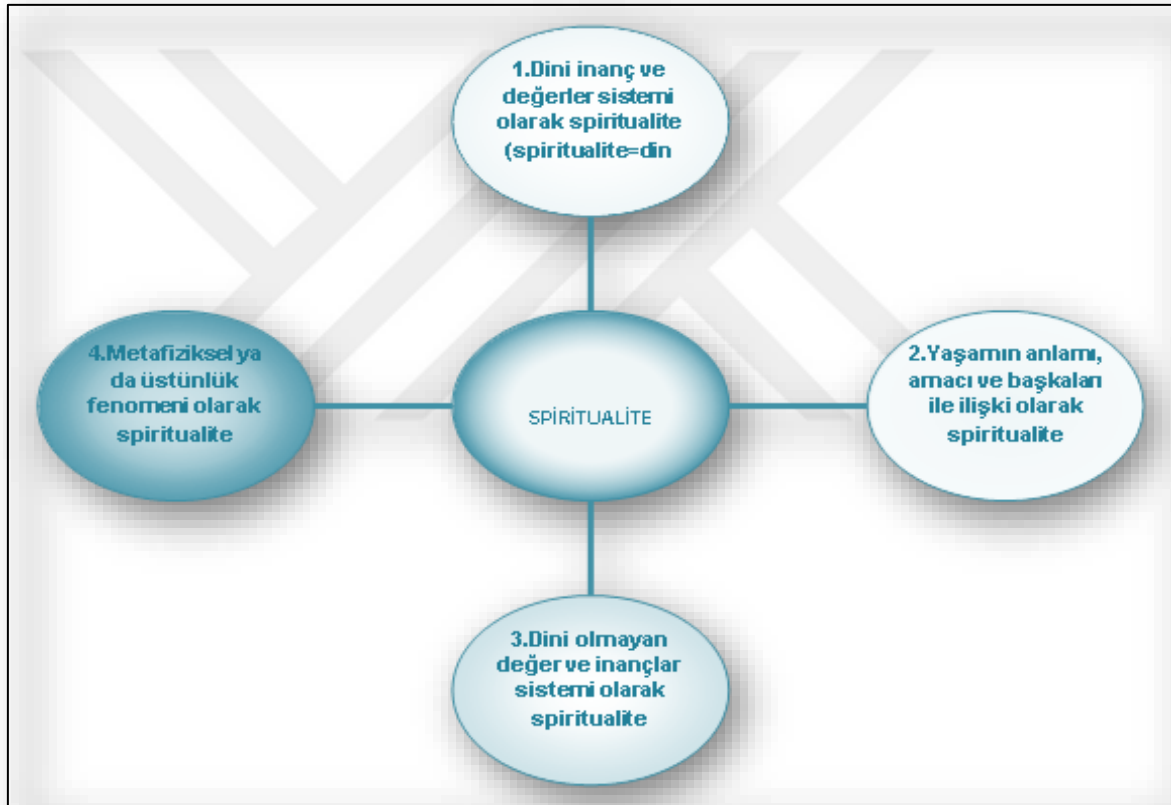
2.8.2. Tanrıci Olmayan Yaklaşım

Tanrıci yaklaşımın aksine Spiritüelite, “*üstünlüğe teslim olma*” görüşünü içinde barındıran bir kavram olmanın ötesinde “*topluma ait olma*” düşüncesini dikkate alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda düşünme yolunun dinsel olamadığı belirtilmiştir. Spiritüelite doğuştan var olan “büyüme” ile ilgili, var olmanın özü olan bir kavramdır. Başkasına yardım edebilmek için içgüdüsel gelişen bir farkında oluşturmaktadır. Bireyin kendi spiritüelitesinin farkında olması iç huzuru ve kişisel memnuniyeti arttırmaktadır. Spiritüelite, kişinin kendi üstün

oluşluğunun farkında olmasını sağlamasının yanı sıra, başkalarının mutluluğuna da öncelik vermeyi amaçlamaktadır (Bash, 2004; Uygur, 2016).

Literatürde Spritüelitye dair çokça tanım bulunmaktadır. Bu tanımların bazıları din, bazıları ise anlam bulma üzerine yoğunlaşmıştır (Carroll 2001). Spritüelite tanımının dört ana başlık altında toplandığını belirtmektedir (Sessanna ve ark., 2007);

- (1). Dini inanç ve değerler sistemi olarak Spritüelite (Spritüelite=din),
- (2). Yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişki olarak Spritüelite,
- (3). Dini olmayan değer ve inançlar sistemi olarak Spritüelite,
- (4). Metafiziksel ya da üstünlük fenomeni olarak Spritüelite.

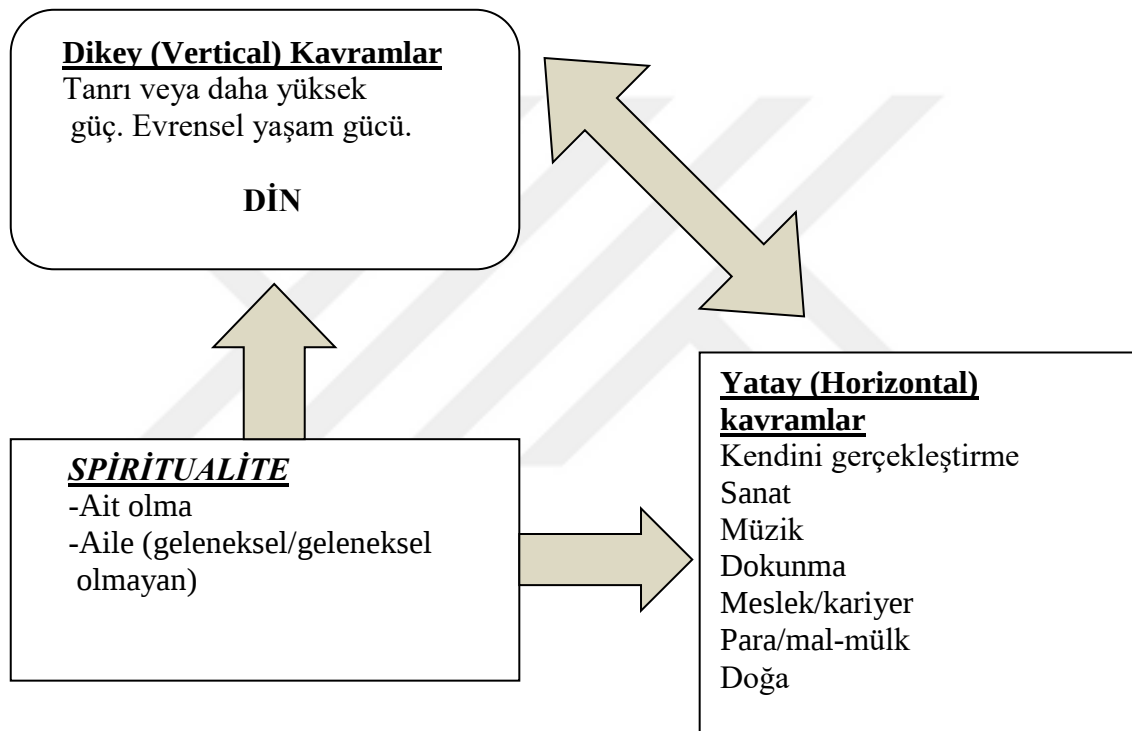


Şekil 1. Hemşirelik ve Sağlık Literatüründe Spritüelite Kavramı (Sessanna et al. 2007).

Literatürde spritüelite ile ilgili diğer tanımlara bakıldığında; Spritüelite bireylerin, anlam ve amacı arama, kendileri, diğerleri, doğa ve önemli veya kutsal bir deneyimle bağlantılılığın yolu olarak tanımlanabilir (Puchalski ve ark., 2009). Como (2007), yaşamın

anlamını bulmaya çalışma, bireyin özü olması ifadeleri ile tanımlanabileceğini söylemiştir. Surbone ve Baider (2010) de tanrı, evrensel ruh, yaratan, yaşam gücü vermek isteyen ilahi enerji olarak ifade etmiştir (Surbone ve Baider, 2010).

Moberg (1979), spiritüelitenin dikey ve yatay boyutlarını açıklayan sosyolojik model geliştirmiştir. Dikey boyut, bireyin tanrı ile bağlantısını, yatay boyut ise kişinin yaşam biçimi, kendisi, çevresi ve diğerleri ile olan ilişkisi olarak gösterilmiştir. Spiritüelitenin yatay ve dikey boyutları, kişinin spiritüelitesinin dışı vurulmuş hali olduğu belirtilmektedir (Akt. Yılmaz, 2011).



Şekil 2. Spiritüelitenin Kavramsal Modeli (Ormsby & Harrington, 2003)

2.9. Spiritüelite Tanımında Yer Alan Kavramlar

Spiritüelite kavramının temelini tanımlarda da olduğu gibi, kişinin kendisi, diğerleri ve Tanrı/Ulu Güç, yaşamın anlamını araştırma, aidiyet, inanç ve umut gibi unsurlar belirlemektedir (Yılmaz, 2011).

2.9.1. Birey, Diğerleri “Tanrı/Ulu Güç” Kavramı;

Dyson ve arkadaşlarına (1997) göre, Spiritüelite kavramında güçlü üç temayı vurgulamıştır. Bu temalar; bireyin “kendisi”, “başkaları” ve “Tanrı/Ulu güç” tür. Bahsedilen

üç tema arasındaki doğrusal bağlantının, spiritüel iyiliğin gücünü belirlediği, bu temaların spiritüelitenin odağı olduğu belirtilmektedir. Bireyin spiritüelitesi kendi öz kaynaklarını geliştirebilmesi sonucunda şekillenmektedir. Spiritüelite’de bireyin kendi öz kaynaklarının elzem olduğu vurgulanmakta, bireyin bu öz kaynakları ile uyumu tartışma konusu olmaktadır. Spiritüelite kişinin yaşadığı toplum şartlarında geliştiğinden her kişi farklı deneyim ve çevreye bağlı olarak farklı spiritüel bakış açısı kazanır. Birey yaşadığı şartlarda diğerleri ile oluşturduğu ilişki ve onlarla sevgi alışverişinde bulunma, bağışlanma, güven ilişkisi oluşturma gibi spiritüel gereksinimini karşılar. Bireyin başkaları ile olan ilişkisi spiritüel boyutun temeli olarak görülmektedir. Spiritüelite tanımında yer alan Tanrı/Ulu Güç kavramı dini bakış açısına göre, daha sade ve az sınırlayıcıdır. Bu tanıma göre, Tanrı/Ulu Güç bireyi harekete geçiren bir güç olmaktadır (Dyson, Cobb, Forman, 1997; Oldnall, 1996; Yılmaz, 2011).

2.9.2. Yaşamın Anlamı ve Amacı

Spiritüelite tanımının odağında birey için yaşamın anlam ve amacını geliştirmesi yer almaktadır. İnsan bağışlanmanın anlamını, sevgi ve bağlılığın kaynağını, acı çekme gibi bir deneyimin neden var olduğunu ve yaşamındaki var olan mucizelerin farkına varma ihtiyacının olduğu belirtilmektedir. Yaşamın manasını keşfetme, “Yaşamın anlamı nedir? Niçin acı çekme var? Ben neden acı çekiyorum?” sorularına cevap arama olarak nitelendirilmektedir (Ledger, 2005).

Bireyler yaşamlarının anlam ve amacını pekçok spiritüel uygulama yoluyla keşfedebilir. Spiritüel müdahalelerin yaşamın kalitesini, sağlığı, baş etme becerisini arttırdığı, sağlıklı davranışlara sevk ettiği ve psikolojik stresi azalttığı belirtilmektedir. Spiritüel müdahaleler bireyin spiritüel gereksinimlerini doyuran gelenek ya da törensel etkinliklerdir. Spiritüel müdahale bireyin güçlü hissetmesini sağlamaktadır (Como 2007; Yılmaz, 2011; Aldwin ve ark, 2014).

2.9.3. İlgi/Bağlanmışlık

Bu kavram bireyin kendisi, diğerleri ve Tanrı/Ulu güç arasındaki bağlantıya temellenmektedir. Bu üç bileşenin birbiriyle olan ilişkisinin spiritüelitenin kalbini oluşturduğu bildirilmektedir. İlgi/bağlanmışlık üç boyutta ele alınmaktadır. Birincisi üretebilme, ikincisi diğerlerine faydalı olma, üçüncüsü istediği hedefe ulaşma yeteneğidir. Bireyin bu yöndeki yeteneklerini gerçekleştirirken tamamlanmışlık duygusu deneyimleyeceği belirtilmektedir (Dyson ve ark, 1997; Akt. Yılmaz, 2011).

2.10. Spritüelite Ve Din Kavramı

Spritüelite ve din tanımların son yıllarda değıştiğı bildirilmektedir. Spritüelite ve din birbirine benzer ancak farklı yapılarıdır (Surbone ve Baider, 2010). Spritüelite dinden farklı olmasına rağmen örtüştüğü noktalar elbette vardır. Din bir grubun inançlarını, doktrinlerini ve ritüellerini içerir ve bir inanç topluluğunun sorumluluklarını vurgulayan spritüelitenin özel bir formu olarak da düşünülmektedir (Koenig, 2004; Bezlen, 2004). Spritüelite ise bireysel ve kişiseldir. Spritüelite’ de her türlü inanç olabilir de olmayabilir de, herhangi bir doktrine, ahlaki veya etik ilkeye veya başka birisine bağlılık olabilir veya olmayabilir. Şimdiye kadar sağlık ilişkileri ile ilgili yürütölmüş birçok çalışmada dini inanç, uygulama ve bağlılığın Spritüelite olmadığı bildirilmiştir. Spritüelite çok geniş kapsamlı ve kişiselleştirilmiştir, bundan dolayı belirli standartlara koymak ve ölçmek oldukça zordur. Ancak din için bu daha kolaydır (Koenig, 2004; Whitford ve ark. 2008; Frick ve ark. 2006).

Literatürde Spritüelite, din ve sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğu ve spritüel bakımın Tablo 2.1’de belirtilen hastalıkları önlenme, hızlı iyileşme ve hastalar için huzuru tetikleme gibi üç yararı olduğu belirtilmektedir (Culliford 2002). Dinin ise, her yaş, cins ve din gruplarında hastanın fiziksel ve psikolojik sağlık durumu üzerinde faydalı ve koruyucu etkisinin bulunduğu belirtilmektedir (Seybold & Hill, 2001).

Tablo 2.1 : Din ve Spritüelitenin Fiziksel Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri (Seybold & Hill, 2001).

Sağlık Problemi	Din ve Spritüelitenin Etkisi
Kalp hastalığı	Oranı Düşürür
Sistolik kan basıncı	Düşürür
Diastolik kan basıncı	Düşürür
Siroz	Oranı düşürür
Amfizem	Oranı düşürür
Miyokart enfarktüsü	Oranı düşürür
Kronik ağrı	Azaltır
Kolesterol düzeyi	Düşürür
Strok/inme	Oranı düşürür
Böbrek yetmezliği	Oranı düşürür
Kanser mortalitesi	Oranı düşürür
Kalp ameliyatı mortalitesi	Oranı düşürür
Toplam mortalite	Oranı düşürür
Cerrahi ile ilişkili stres	Düşer
Pozitif sağlık alışkanlıkları	Artar
Ömür	Artar

Yaşam var olduğu sürece insanlar, stres hissettikleri durumlar ile başa çıkmak için, bilerek ya da bilmeden birçok yöntem kullanırlar. Spritüelite de bu yöntemlerden biridir. Spritüelite, insanların korku, anksiyete gibi sorunlarıyla baş etmesini sağlar. Bununla ilgili olarak Victor Frankl' ın Nazi kamplarında yaşadığı deneyimlerini anlattığı “İnsanın Anlam Arayışı” adlı kitabında, esirlerin kampta yaşadıkları olağan üstü zorluklara, dehşet verici acılara ve sayısız ölüm vakalarına tanıklık etmelerine rağmen, yaşamı anlamlı ve amaçlı kılan şeyin ruhsal ve spiritüel kavramlar olduğunu ve bu kavramlara yönelik aktivitelerin bireylerde büyük bir rahatlama sağladığını belirtmiştir (Hiçdurmaz & Öz, 2013).

Baldacchino'nun (2006) bir çalışmasında, hemşirelerin spiritüelite kavramını dini uygulamalar olarak algıladığı belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da hemşirelerin

Spritüeliteye ilişkin bilgilerinin istenen düzeyde olmadığı ve spiritüelitemi dini mevzular olarak gördükleri bildirilmiştir (Yılmaz ve Okyay 2009; Kostak, Çelikalp ve Demir, 2010; Eğlence ve Şimşek, 2014; Körpe, 2017). Bu nedenle hastaların bu gereksinimlerine yönelik bakım verilebilmesi için, hemşirelerin eğitimlerinde spiritüelite konusunda yeterli şekilde bilgilendirilmesi önemlidir. Hemşirelerin, Din ile Spiritüelite kavramları arasında bulunan farkı daha iyi anlayarak yeterli ve doğru şekilde spiritüel bakım vermesi sağlanabilir (Baldacchino ve Ross 2007). Tablo 2.2’ de din ve Spiritüelite arasındaki farklılıklar gösterilmiştir (Narayanasamy, 1999).

Tablo 2.2. Din ve Spiritüelite arasındaki farklılıklar (Narayanasamy, 1999)

Din	Spiritüelite
·Toplum odaklı	·Bireysel
·Gözlemlenebilir, ölçülebilir Objektif daha sübjektif	·Daha az görülebilir, daha az ölçülebilir,
·Formal, organize	·Daha az formal, daha az sistematik
·Davranışa yönelik, dışa dönük uygulamalar	·Emosyonel amaçlı, içe dönük uygulamalar
·Davranış açısından otoriter	·Otoriter değil, çok az sorumluluk
·İyi kötüden ayıran doktrin	·Birleştirici, doktrinlere yönelik değil

2.11. Spiritüel İyi Oluş Kavramı

Patneade (2006) spiritüelliğin çok boyutlu bir yapı olduğunu ve spiriütellik, spiritüel iyilik ve spiritüel iyi oluş gibi farklı bağlamlarda kullanıldığını belirtmektedir. O spiritüelliğin evrensel bir deneyim olduğuna dair yaygın bir kanaatin olduğu, spiritüelliğin anlam, amaç, değerler ve inançlardan oluştuğu, kişinin kendisinin, diğerlerinin ve daha yüksek bir oluşun dâhil olduğu ilişkisel bir tabiatının olduğu ve spiriütelliğin aşkın bir unsurunun varlığını belirterek spiritüellik ile ilgili tanımları özetlemektedir.

Tüm insanlar için elzem olarak kabul edilen spiritüel gereksinimler, spiritüel yoksunluğu azaltacak veya bireyin spiritüel gücünü destekleyecek gereksinimlerdir. Bireyler, bu gereksinimlerini diğerleri ile ilişkilerini güçlendirerek ya da Tanrı ile bağlantı kurarak

karşılamaktadırlar. Bu spiritüel gereksinimler; güven, doğruluk, umut, sevgi, yaşamın anlam ve amacını bulma arzusu, iyi ilişkiler, bağışlayıcılık, duygusallık, konuşma, yaratıcılık, tecrübe kazanma, teselli, ritüeller, dua etme ve ibadet etme olarak sıralanmaktadır. Spiritüel değerler ise bireyin kendisini daha iyi hissetmesine olanak veren durumlar olarak tanımlanmaktadır (Arslan ve Konuk Şener, 2009).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği sağlığı vücut, beyin ve ruh arasındaki uyumlu denge durumu olduğundan bahsetmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde açıklayarak, bireyin iyilik halinde olması için sağlığına ek olarak spiritüel sağlığının da iyi olması gerektiğini belirtmiştir. Bu tanımlar, bireyin tüm boyutlarıyla dengede olması halinde sağlıklı olabileceğini göstermektedir (Atabek & Karadağ, 2013).

Moberg ve Brusek’e (1978) göre spiritüel iyi oluş iki boyuttan oluşmaktadır; ilk boyut belirli bir dini inançlar sistemi içerisindeki daha yüksek bir güç ile kişinin ilişkisini içerirken; ikinci boyut, hayattaki anlam ve amaç hislerini içermektedir. İkinci tanımda yer alan hayattaki anlam ve amaç ise belirli bir dini yapıdan bağımsızdır. National Council on Aging (NICA, 1975) ise spiritüel iyi oluşu “Hayatın; Tanrı, benlik, toplum ve çevre ile olan ilişkisinde bütünlüğü büyütüp kutsayan olumlama” şeklinde tanımlamıştır (Kardaş, 2017).

Patneude’nin (2006) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdiği araştırmada elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin büyük bir bölümü, fiziksel, entelektüel, sosyal, duygusal ve mesleki olan iyiliğin diğer boyutları ile ilgili kararlarını verirken, spiritüel iyilik halinden etkilenmektedir. Bir kısım öğrenci zor zamanlarda ailelerine veya yakın akrabalarına yardım ederek, yiyecek, para, giyecek bağışında bulunarak; toplum kuruluşlarında gönüllü çalışarak, kişisel yansıtıcı düşünme, diğer insanlar ve dünyanın problemleri için dua ederek, ibadet/tapınak hizmetlerine katılarak, tabiat ile ilişki kurarak spiritüel iyiliklerini geliştirdikleri bildirilmiştir.

Bhatti, Batool ve Riaz (2011) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada, spiritüel iyilik ile hayat kalitesi (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel) ve kalite algısı ve sağlık arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma bulgularında, spiritüel iyilik ile hayat kalitesi arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür (Bhatti ve ark. 2011). Literatürde spiritüel iyi oluş ile sağlık ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Davis, Kerr ve Kurpius, 2003; Weber ve Cummings, 2003; Calicchia ve Graham, 2006; Scheck-Varner, 2009).

İspanya’da (2016) 150 kişilik Roman azınlık grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, spiritüel inanışlar, kültür ve din faktörünün, ölüm korkusu ve sağlık üzerine etkisi araştırılmış ve grupların dini algıları düşük bulunurken, spiritüel boyut algıları ise daha yüksek bulunmuştur. Daha önceki örneklerde de belirtildiği gibi; spiritüel inançların, zorlu yaşam koşullarına uyum sağlayabilmek ve hayatı anlamlandırabilmek için destekleyici olduğu ve sağlığı olumlu etkilediği bu çalışmada da bulunmuştur. Gruplar içinde yabancılaşma, sosyal yoksunluk gibi stresli durumlarda, spiritüelite ile başa çıktıkları bulunurken, ölüm ile ilgili korkuların sağlık üzerinde olumsuz etkisi saptanmıştır (Restrepo-Madero ve ark, 2016).

2.12. Ölüm Korkusu ve Spiritüel Bakımda Hemşirenin Rolü

Ölüm, yaşamın doğal bir parçası olmasına rağmen günümüzde genellikle hastanelere hapsedilmiş, mücadele edilmesi gereken bir olgu olarak algılanmaktadır. Bu nedenle ölüm olgusunun tüm duygusal yükü sağlık profesyonellerinin üzerinde olmaktadır (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Hemşireler bireyin fizyolojik, psikolojik yönlerini değerlendirirken, bireyin ailesi, grubu ve ait olduğu toplum gibi onun bütünlüğünü oluşturan etmenleri de dikkate almak durumundadır (Ay, 2007). Hemşirelik bakım uygulamalarında, bireyler hastalık ve ölüm süreci ile baş ederken onlara destek olmak ve yaşamlarında anlam bulmalarında onlara yardım etmek amaçlanmaktadır (Breitbart ve ark. 2004). Her bireyin bütüncül, duyarlı bakım alma hakkı olduğundan, sağlık profesyonellerinin ölümle ilişkili sorunlarla yüzleşmeye, ölüm kavramına karşı kendi duygularını sorgulamaya, olası ölüm karşısında aile üyelerinin tepkilerini anlamaya, terminal dönemde ve yas sürecinde destek olarak bütüncül bakımı sağlamaya hazır olmaları gerekmektedir (Ciccarello 2003; Menekli ve Fadiloğlu, 2014).

Gelişen teknoloji, yaşam süresinin uzaması ile insan ihtiyaçları arasında spiritüelitenin önemi günümüzde yaygınlaşarak artmaktadır. Maslow, spiritüelite ve moral değerlere, ihtiyaçlar piramidinin en üst basamağında yer vermiştir. Virginia Henderson da hemşireliğin nihai hedefinin, bireyin temel gereksinimlerini karşılarken, onu bağımsız hale getirmek olduğunu belirterek, bu temel gereksinimleri psikolojik, fizyolojik, sosyolojik, spiritüel ve entellektüel alanlar olarak değerlendirmiştir (Akgün, 2007). Hemşirelik kuramcıları, 1960’lı yıllardan itibaren bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutunun yanı sıra spiritüel boyutuna da artan bir ilgi gösterdikleri görülmektedir (Ergül & Bayık, 2004).

Okyay’ın (2008) makalesinde belirttiğine göre, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları sınıflandırması içinde, “Manevi Sıkıntı (Spiritüel Distres)” tanısını ele alarak; spiritüel sıkıntıyı “Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan

inanç ve değerler sisteminde bir rahatsızlık yaşayan bireylerdeki durum” olarak açıklamıştır (Okuy, 2008). Spiritüelitenin, doğrudan insana hizmet sağlayan bir meslek olan hemşirelik için önemi çok büyüktür. Hemşirelerin “spiritüel distres”i tanımlayabilmesi için yaşlı bireylerde görülen ağlama, çaresizlik, suçluluk, öfke durumu, uyku bozuklukları, yaşadığı durumu sorgulama, tedaviyi reddetme, içe kapanma vb. emosyonel ve davranışsal belirtileri değerlendirmesi gerekmektedir (McEwan 2005, Khorshid ve Arslan 2006, Çetinkaya ve ark. 2007; Yılmaz 2011). Hasta bakımında hemşireler genellikle hemşirelik hizmetlerini sağlarken bir bakım modelini takip ederler. Hemşirelik modellerinin çoğu insanı duygusal, fiziksel ve sosyal boyutları ile bir bütün olarak değerlendirilen insan gereksinimlerine odaklanır (Şahin, 2006). Florence Nightingale’in “Sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir” sözleri hemşireliğin meslekleşme sürecinin en başından günümüze kadar bireyi, bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirdiğini göstermektedir (Ergül & Bayık, 2004; Uygur, 2016). Joyce Travelbee’ nin 1971 yılında, “Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak veya fiziksel açıdan değil, bireye bütüncül olarak da bakım verir” sözü bakımın tüm boyutlarıyla ele alınmasına dikkati çekmektedir (Akgün, 2007).

Hemşireler sağlık çalışanları içerisinde hastalarla en uzun zamanı paylaşan meslek grubu olduğundan, her hastanın hayata ve kendi hastalıklarına karşı algılarının, değer ve inançlarının yani spiritüel gereksinimlerinin farkında olması beklenen kişilerdir (Uygur, 2016). Hemşireler spiritüel bakım sağlamak için iletişim, güven ve umut gibi özelliklere sahip olmalıdır. Hemşireler için güven oluşturmak ve ilgi göstermeyi gerektirir. Umut, spiritüelitenin önemli bir bileşenidir ancak, başkalarına verilmesi veya aşılması oldukça zor olan bir kavramdır. Hastanın her çabası desteklenip, umut etmeye yönlendirilebilir. Bu bakımdan hemşire, sağlık çalışanları arasında oldukça ideal bir pozisyonadadır (Yılmaz, 2011). Spiritüel bakım şunları içermektedir:

- ☐ Aktif dinleme ve suçluluk duygusunu azaltma
- ☐ Aktivite terapisi ve umut verme
- ☐ Hayvansal yardımcı terapi, mizah düşünmeyi kolaylaştırma
- ☐ İleriye dönük rehber, ruh durumunu yönetme
- ☐ Anksiyeteyi azaltma, müzik terapisi
- ☐ Aromaterapi

- ☐ Sanat, beceri terapisi
- ☐ Uğraşı terapisi
- ☐ Sakinleştirme tekniği
- ☐ Bakım verici destek, dini ritüeli artırma
- ☐ Baş etmeyi geliştirme hatırlama, anı terapisi
- ☐ Danışmalık
- ☐ Karar verme güvenliği artırma
- ☐ Dikkatini başka yöne çekme
- ☐ Yaşam sonu bakım
- ☐ Öz saygıyı geliştirme
- ☐ Emosyonel destek, basit hayal kurma
- ☐ Egzersizi artırma, temel gevşeme terapisi
- ☐ Aile bütünlüğünü artırma
- ☐ Aileyi harekete geçirerek destek sistemini arttırma
- ☐ Terapötik dokunma
- ☐ Gerçeği söyleme
- ☐ Bağışlamayı kolaylaştırma
- ☐ Kederi azaltma
- ☐ Hasta ziyaretini kolaylaştırma (Yılmaz, 2011).

2.13. Spritüeliteyi Etkileyen Faktörler

Hastalık, kayıp, keder veya büyük bir yaşam değişikliği meydana geldiğinde, insanlar bu durumlar ile baş edebilmek için ya manevi kaynakları kullanırlar ya da manevi ihtiyaç ve sıkıntı geliştirirler. Manevi sıkıntı “benlik, diğer bireyler, sanat, müzik, edebiyat, doğa ve/veya kendinden daha büyük bir güçle bağdaştırılarak yaşamdaki anlam ve amacı deneyimleme ve bütünleştirme yeteneğinde bozulmadır” (NANDA International, 2011). Manevi sıkıntı, kişinin şüphe duymasına, inanç kaybına ve yalnız olma veya terk edilme hissine kapılmasına neden olur. Bireyler genellikle manevi değerlerini sorgularlar, yaşam biçimleri, yaşam amaçları ve anlam kaynakları hakkında sorular sorarlar. Manevi sıkıntı bireylerin inançları ve belirlenmiş sağlık rejimleri arasında bir çatışma olduğunda ya da olağan ritüellerini uygulayamama durumlarında ortaya çıkmaktadır (Potter & Perry, 2012).

2.13.1. Akut Hastalık

Ani ve beklenmedik hastalık sıklıkla manevi sıkıntıya neden olmaktadır. Hastalık veya yaralanma, yeni gerçeklerle (ör. Sakatlık) bütünleşmek ve bunlarla baş etme konusunda beklenmeyen bir karışıklık yaratmaktadır. Hastanın maneviyatının gücü, ani hastalıklarla nasıl başa çıktığını ve iyileşmeye ne kadar hızlı geçtiğini etkilemektedir (Yeager ve ark. 2010).

2.13.2. Kronik Hastalık

Kronik hastalıklar, kişinin bağımsızlığını tehdit ederek korku, endişe ve ruhsal sıkıntıya neden olmaktadır. Günlük kişisel bakım ihtiyaçları için başkalarına bağımlılık genellikle güçsüzlük duyguları yaratır. Maneviyat, hastaların ve bakım verenlerinin, kronik hastalıklardan kaynaklanan değişikliklere uyum sağlamasına önemli ölçüde yardımcı olur. Ruhsal iyilik duygusu olan, daha yüksek bir güçle ve başkalarıyla bağlanmış hisseden ve yaşamdaki anlam ve amacı bulabilen hastalar kronik hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabilmektedir (Daaleman ve Dobbs, 2010; Ebadi ve ark. 2009).

2.13.3. Ölümcül Hastalık

Ölümcül hastalık genellikle fiziksel ağrı, izolasyon, bilinmeyen ve ölme korkularına neden olmaktadır. Ölümün ne anlama geldiğiyle ilgili bir belirsizlik yaratır ve hastaları manevi sıkıntıya açık hale getirir. Ölümcül bir hastalığa yakalanan bireyler genellikle kendilerini hayatlarını incelerken ve anlamlarını sorgularken bulurlar. Ölümcül hastalık genellikle aileyi ve arkadaşları da hasta kadar etkilemektedir. Aile üyelerinin, bu hastalık durumunun anlamı ve hasta ile ilişkilerini nasıl etkileyeceği hakkında önemli sorular sormalarına neden olur. Bu bağlamda bütüncül bakım sağlamak esastır, çünkü ölüm, hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal sağlığını kapsayan yaşamın bir parçasıdır (Wasserman, 2008).

2.13.4. Yakın Ölüm Deneyimi

Yakın ölüm deneyimi, ya klinik olarak ölüme yakın olan ya da ölü ilan edildikten sonra iyileşen insanların psikolojik bir olgusudur. Zihinsel bir bozuklukla ilişkili değildir. Bir yakın ölüm deneyimi yaşayan insanlar sıklıkla kendilerini vücutlarının üstünde yükseldiklerini hissetme ve bakıcılarını, kendilerine yönelik hayat kurtarıcı önlemler alırken izlediklerini söylerler. Yakın ölüm deneyimi olan bireyler bir tünelden parlak bir ışığa geçmeyi, onlardan önce gelen insanlarla karşılaşmayı ve iç huzurunu ve huzuru hissetmeyi açıklamaktadır. Işığa doğru ilerlemek yerine, ölmenin zamanının gelmediğini öğrenir ve hayata geri döndüklerini söylemektedirler (Rominger, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Yoğun Bakım'da hastası olan birinci derece hasta yakınlarının kendi ölüm ve ölüm sürecine ilişkin, ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek ve bu düzeyleri etkileyen etmenlerin ne olduğunu saptamak hedefi ile kesitsel-tanımlayıcı tipte planlanmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Dâhiliye, Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım Birimlerinde yatan hastaların birinci derece akrabalık bağı olan yakınları (anne, baba, eş, çocuk) ile yürütülmüştür. Çalışmaya Kasım 2017 tarihinde literatür taraması ile başlanarak, Haziran 2019 tarihlerinde tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Dâhiliye, Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan hastaların birinci derece akrabalık bağı olan yakınları (anne, baba, eş, çocuk) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise Eylül 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında bu birimlerde en az 24 saatten fazla yatmakta olan hastaların birinci derece yakınlarından 18 yaş ve üzerinde olan, hastasını en az bir kere ziyaret etmiş ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 308 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmada olasılıksız örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu araştırmada örneklem büyüklüğü, G-power 3.0 istatistik programında Tip-1 hata 0.05 anlamlılık düzeyinde, Tip-2 hata 0,20 (%0.80 güç) baz alınmıştır. Daha önce bu konuda yapılan bir çalışma olmaması nedeni ile tek grupta düşük etki baz alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğü 199 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızın güvenilirliğini arttırmak için örneklem büyüklüğü 308 hasta yakınına ulaşılarak araştırma tamamlanmıştır.

İçleme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Hastasının birinci derece yakını (anne, baba, eş, çocuk) olması
- Hastasının en az 24 saattir yoğun bakımda yatıyor olması
- Hastasını en az bir kez ziyaret etmiş olması
- İletişim sorunu bulunmaması (Türkçe biliyor olması)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Dışlama kriterleri;

- 18 yaş altında olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi
- İletişim sorunu olması (Türkçe bilmiyor olması)
- Bilişsel olarak sorulan sorulara yeterli cevap verebilecek düzeyde olmaması
- Birinci derece hasta yakınının araştırmadan ayrılmak istemesi

Araştırmanın yürütüleceği yoğun bakımların genel özellikleri;

***Genel Yoğun Bakım Birimi (3. Basamak):** Genellikle entübe hastaların takip edildiği 10 yatak kapasiteli bir yoğun bakımdır. Ünite dışında hasta yakınlarının hastalarını uzaktan kamera sistemi ile görmelerini sağlayan bir adet hasta bilgilendirme odası vardır. Bu odada yoğun bakımda görevli anestezi hekimlerince hasta yakınlarına hafta içi her gün saat 14:00'de ziyaretten önce hastasının durumu hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Bilgilendirmeden sonra 14:30'da bir hasta yakını koruyucu giysiler giydirilerek yoğun bakım içine alınmakta ve 5 dk. süre ile hastalarını görmeleri sağlanmaktadır. Bu işlem olağan şartlarda her gün tekrarlanmaktadır.

***Dâhiliye Yoğun Bakım Birimi (2. Basamak):** Bu üniteye entübe ve entübe olmayan hastalar takip edilmektedir. Yedi yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastalar Dâhiliye Uzman Doktoru tarafından primer olarak takip edilmektedir. Ünite dışında bulunan hasta bilgilendirme odasında Dâhiliye Uzman Doktoru tarafından hasta yakınlarına hastasının durumu hakkında bilgi verilmektedir. Bilgilendirmeden sonra saat 14:00'da bir hasta yakını hastasını Yoğun Bakım İçinde koruyucu kıyafetler giyerek 5 dk. süre ile ziyaret edebilmektedir.

***Koroner Yoğun Bakım Birimi (2. Basamak):** Daha çok kalp rahatsızlığı ile hastaneye gelip yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar bu üniteye takip edilmektedir. Pirimer olarak Kardiyoloji Uzman Doktoru tarafından hastaların tedavisi sürdürülmektedir. Boş yatak olması halinde ve ihtiyaç halinde yoğun bakım İhtiyacı olan farklı tanı grubunda hastalar da bu yoğun bakıma kabul edilebilmektedir. Bu üniteye entübe hasta takibi de yapılmaktadır. Ünite dışında bulunan hasta bilgilendirme odasında Kardiyoloji Uzman Hekimi tarafından hasta yakınlarına ziyaretten önce hastasının durumu hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir. Bunun dışında her gün saat 14:30'da bir hasta yakını koruyucu giysiler ile yoğun bakımda hastasını 5 dk. süre ile ziyaret edebilmektedir.

***Cerrahi Yoğun Bakım Birimi (Post Op. 1. Basamak):** Genellikle cerrahi operasyon sonrası yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar bu üniteye takip edilmektedir. Ayrıca acil serviste entübe olarak takibi gereken hastalar da bu servise kabul edilmektedir. Hastaların primer doktorları tarafından hasta yakınlarına hastaları ile ilgili bilgi verilmektedir. Her gün saat 14:00’da bir hasta yakını yoğun bakım içinde hastasını 5 dk. süre ile ziyaret edebilmektedir.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmamızda materyal kullanılmamıştır.

3.4.1. Ön Uygulama

Araştırmanın uygulanmadan önce alanında uzman dört öğretim üyesinden “Tanıtıcı Özellikler Formu” na ilişkin görüş alınmıştır. Hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” nun anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla birinci derece hasta yakını (anne, baba, eş, çocuk) olan 10 katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda soruların anlaşılabilirliğini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılarak “Tanıtıcı Özellikler Formu” na son şekli verilmiştir. Ön değerlendirmenin yapıldığı katılımcıların verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.4.2. Uygulama

Çalışmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan izin alınmıştır. Ardından Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Başhekimliği’nden ön izin ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni alınarak, katılımcı olacak birinci derece hasta yakınlarına da çalışmanın amacı ve yürütülüşü hakkında sözlü bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden Eylül 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında, hastası en az 24 saattir yoğun bakımda olan ve hastasını kaçınıcı kez ziyaret ettiği göz önüne alınmaksızın, hasta yakınları ile bir kez görüşölmek üzere anket doldurularak veriler toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek durumu, gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastasını ziyaret etme sıklığı, yoğun bakımda olan hastası ile öncesinde birlikte yaşama durumu, hastasının yoğun bakımda ziyaret esnasında herhangi bir tepki verip vermediği, daha önceden bir kayıp yaşama durumudur.

Bağımlı değişkenler: Ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ve Spritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanması için üç form kullanılmıştır. Hasta yakınlarının sosyodemografik ve bireysel özellikleri ile hastalarının tanıtıcı özelliklerinin elde edildiği, iki bölümden oluşan, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış “Hasta Yakını ve Hastanın Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek-2), Templer (1970) tarafından geliştirilen, 15 maddeden oluşan “Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)” formu (Ek-3) ve Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilen, 29 maddeden oluşan “Spritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)” formudur (Ek-4).

3.6.1. Hasta Yakını ve Hastanın Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-2)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form iki bölümden oluşmaktadır;

Bölüm -1; Hasta Yakınının Tanıtıcı Özellikleri: Bu bölümde, yoğun bakımda yatan hastaların birinci derece yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu, çalışma durumu, gelir durumu, eğitim durumu, hastasına yakınlık durumu, hastayı ziyaret etme sıklığı, ziyaret esnasında hastasının herhangi bir tepki verip vermediği, hasta yoğun bakıma kabul edilmeden önce hastası ile beraber yaşama durumu, daha önce bir kayıp yaşama durumu, daha önce bir yakını kaybetmiş olanların bu durumla nasıl baş ettiği, hastası yoğun bakıma yatırıldığında ilk olarak ne hissettiği ve bu durumun gündelik yaşamını ne şekilde etkilediği şeklinde toplam 23 soru yer almaktadır.

Bölüm -2; Hasta Bireyin Tanıtıcı Özellikleri: Bu bölümde birinci derece hasta yakınlarının hastalarına ilişkin yaş, cinsiyet, tanı, bilinç durumu, ne kadar süredir yoğun bakımda olduğu ve hangi yoğun bakım biriminde tedavi gördüğü şeklinde 6 soru yer almaktadır.

3.6.2. Templer Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Ölçeği (ÖKÖ)

Bu ölçek Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Bireyin kendi ölümü veya ölüm sürecini algılamasından kaynaklanan kaygı, korku, dehşet gibi ifadeleri anlatan sorulardan oluşan bir ölçektir. Literatüre bakıldığında ölüm üzerine yapılan çalışmalarda oldukça sık kullanıldığı görülmektedir. Ölçek, Türkiye’de ilk olarak Şenol (1989) tarafından Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Şenol’un araştırmasında test tekrar test güvenilirliği 0.86 olarak bulunmuştur (Şenol, 1989). Bireyin ölüm korkusu ve ölme riski üzerine endişelerini ölçen bu ölçek 15 maddeden oluşmakta ve doğru-yanlış formatında ikili likert tipte cevaplanmaktadır. Ölçeğin her bir maddesine 1 puan verilmektedir. Her bir maddeye verilen puanlar; 1,4,8,9,10,11,12,13,14’üncü maddeler için doğru yönde verilen cevaba karşı 1 puan,

2.3.5.6.7.15.' inci maddeler için ise yanlış yönde verilen cevaba karşı 1 puan verilerek ölçek toplam puanı hesaplanmaktadır. Bireyin aldığı puanların toplamı, ölüm anksiyetesi puanını vermektedir. Puan aralığı 0–15 arasında olan ölçekte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm anksiyetesinin de yükselmekte olduğuna ilişkin yorumlama yapılmaktadır. Ölçeğin bu aralıktaki ortalama puanı olan 7 ve yukarısı değerlerde puan alan katılımcıların ölüm anksiyetesinin yüksek olduğu değerlendirilmektedir (Akça, 2008). Akça ve Köse (2008) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenirliği farklı gruplarda tekrar araştırılmıştır. Akça ve Köse'nin geçerlilik-güvenirlik çalışmasında ölçeğin kararlılık anlamında test tekrar test güvenirliği .79, Kurder-Richardson formülü ile hesaplanan güvenirliği .75 bulunmuştur. Bu bulgular Templer'in (1970), orijinal çalışma bulgusuna yakın bir sonuç (.83 ve .76) olarak değerlendirilebilir (Akça ve Köse, 2008). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin hesaplanan güvenirliği .71 bulunarak ölçeğin orjinal değerlerine oldukça yakın bir güvenirliğe sahip olduğu söylenebilir.

3.6.3. Spritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)

Ölçek, bireyin değerleri doğrultusunda hayatını anlamlandırmak için yetişkinlere yönelik olarak geliştirilmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2016). Ölçek maddeleri, ilgili literatür taranarak ve konu ile ilgili alanında uzman kişilere yazdırılmış kompozisyonlardan elde edilmiştir. Maddelere son hali konu ile ilgili çalışmaları olan alanında uzman 17 kişinin görüşü alınarak verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde 29 maddelik ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) ,886 olarak hesaplanmış ve oldukça yüksek olarak değerlendirilmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2016). Bizim çalışmamızda ise, ölçeğin iç tutarlılık katsayı (Cronbach's Alpha) değeri .854 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin orjinal değerine oldukça yakındır. Spritüel iyi oluş ölçeğinin yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları, yetişkinlerin manevi iyi oluş durumlarını ölçme yeteneğine sahip geçerli, güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ekşi ve Kardaş'ın (2016) aktardığına göre ölçeğin 5'li likert olduğu göz önüne alınarak ölçek ortalama puanının 87 (29x3) olduğu varsayılırsa, 87 ve üzeri puanlarda spritüel iyi oluş düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bununla beraber 145 (29x5) puanlara yaklaştıkça spritüel iyi oluş düzeyinin çok daha iyi olduğu düşünülmektedir (Ekşi ve Kardaş, 2016).

3.7. Araştırma Planı ve Akış Şeması

YILLAR	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019
AYLAR	Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart	Nisan Mayıs	Eylül Ekim	Kasım Aralık	Ocak Şubat	Mart Nisan Mayıs	Haziran
Literatür Tarama	X							
Tez Önerisi Hazırlama		X						
Öneri Sınavı			X					
DEÜ Etik Kurul İzni				X				
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Başhekimlik Ön İzni				X				
Veri Toplama				X	X	X		
Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama							X	
Tez Yazım Süreci							X	
Tez Bitirme Sınavı								X

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Verileri yorumlamak için frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeklerin puan ortalaması hesaplanarak, ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için verilere normallik testi uygulanmıştır. Yapılan normallik testlerine göre, ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilip parametrik testlerden Student's T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi analiz etmek için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma ve yüzde olarak verilmiş, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada, anketlerin uzun oluşu, hasta yakınlarının sosyo-demografik düzeyleri, anket doldurma esnasında yaşanan duygusal anlar araştırmanın sınırlılıkları olmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler, araştırmanın yapıldığı İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların birinci derece yakınlarına

genellenebilir. Veriler anket yoluyla yüz yüze görüşülerek toplandığı için hasta yakınlarının verdikleri cevaplar doğru kabul edilmiştir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Gerçekleştirdiğimiz bu araştırma için, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-9. Karar tarihi: 27.09.2018, Karar No: 2018/23-27) izin alındıktan sonra Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Başhekimliği 'nden ön izin (Ek-6) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden de kurum izni (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılan birinci derece hasta yakınlarına (anne, baba, eş, çocuk) sözlü ve yazılı bilgi verilerek, Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1) ile izinleri alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde yoğun bakımda tedavi gören hastaların birinci derece yakınlarının kendi ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek üzere toplanan verilerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	n=308	%
Yaş		
20–45 yaş	120	39.0
46–59 yaş	132	42.9
60 yaş ve üzeri	56	18.2
Cinsiyet		
Kadın	201	65.3
Erkek	107	34.7
Medeni Durum		
Evli	261	84.7
Bekâr	47	15.3
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	269	87.3
Hayır	39	12.7
Çalışma Durumu		
Evet	122	39.6
Hayır	186	60.4
Meslek Dağılımları		
Ev Hanımı	92	29.9
Emekli	75	24.4
İşçi	111	36.0
Memur	30	9.7
Aylık Gelir Durumu		
0 (geliri yok)	94	30.5
Asgari ücret ve daha az gelir	132	42.9
Asgari ücretten fazla gelir	82	26.6
Eğitim Durumu		
Okuryazar olmayan	10	3.2
İlköğretim	151	49.0
Lise	95	30.8
Üniversite	49	15.9
Yüksek Lisans ve Doktora	3	1.0
Hastaya Yakınlık Durumu		
Anne-Baba	11	3.6
Eşi	38	12.3
Kızı	166	53.9
Oğlu	93	30.2

Tablo 4.1’ de araştırmaya katılan 308 hasta yakınının demografik bilgileri yer almaktadır. Buna göre bireylerin; %39’u 20–45 yaş grubunda, %42.9’u 46–59 yaş grubunda, %18.2’si 60 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmüştür. Hasta yakınlarının genel yaş ortalamasının da 49.07 ± 11.06 olduğu saptanmıştır. Cinsiyet dağılımlarına baktığımızda katılımcıların %65.3’  kadın ve %34.7’si erkek bireyin oluşturduğu saptanmıştır. Katılımcıların %84.7’si evli, %15.3’si bek rdır.  ocuk sahibi olan bireyler örneklemin %87.3’ n  ve  ocuk sahibi olmayanlar ise %12.7’sini oluşturmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %39.6’sı çalışmakta ve %60.4’  çalışmamaktadır.  alışan bireylerin mesleksen olarak dağılımlarına baktığımızda %29.9’u ev hanımı, %24.4’  emekli, %36.0’sı  ş i ve %9.7’si memur olarak belirlenmiştir. Bireylerin gelir düzeyleri incelendiğinde %30.5’inin herhangi bir gelirinin olmadığı, %42.9’unun asgari ücret ve/veya altında bir gelire sahip olduğu ve %26.6’sının da gelirinin asgari ücretten fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızda eğitim düzeyi  niversite ve üzeri olan katılımcı oranı %16.9, lise mezunu olan %30.8, ortaokul mezunu ve daha az eğitim düzeyinde olan %52.3 olmuştur. Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının yoğun bakımlarda tedavi gören hastalar ile yakınlık dereceleri incelendiğinde ise %3.6’sının hastanın anne-babası, %12.3’ünün hastanın eşi, %53.9’unun hastanın kızı ve %30.2’sinin de hastanın oğlu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hasta İle ilişkili Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Demografik Özellikler	n=308	%
Yaş		
16–65 yaş	65	21.1
66–79 yaş	117	38.0
80 yaş ve üzeri	126	40.9
Cinsiyet		
Kadın	151	49.0
Erkek	157	51.0
Hastanın Tanı Grubu		
Akut	134	43.5
Kronik	174	56.5
Yoğun Bakım Yatış Süresi		
2–7 gün	212	68.8
8–14 gün	37	12.0
15 gün ve üzeri	59	19.2
Hastanın Tedavi Gördüğü YB Birimi		
Dâhili Yoğun Bakım	58	18.8
Koroner Yoğun Bakım	107	34.7
Cerrahi Yoğun Bakım	51	16.6
Genel Yoğun Bakım	92	29.9
Hastanın Bilinç Durumu		
Bilinç Açık/Oryante	161	52.3
Bilinç Açık/Oryante Değil	49	15.9
Bilinç Kapalı	23	7.5
Bilinç Kapalı/Entübe	51	16.6
Bilinç Açık/Entübe	24	7.8

Tablo 4.2’ de yoğun bakımda tedavi görmek amacı ile yatmakta olan hastaların tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Hastaların %21.1’i 16–65 yaş aralığında, %38’i 66–79 yaş aralığında ve %40.9’u 80 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Yaş ortalaması ise 73.69 ± 13.17 ’ dir. Hastaların %49.0’u kadın, %51’i erkektir. Önceden bir hastalık öyküsü olmayıp akut gelişen bir sağlık sorunu ile yoğun bakıma alınıp takip edilenlerin oranı %43.5, önceden kronik bir hastalığa sahip olup genel durumun bozulması sonucu yoğun bakıma yatışına karar verilen hastaların oranı ise %56.5 olduğu görülmüştür. Hastaların yoğun bakım yatış süreleri incelendiğinde %68.8’i 2-7 gündür, %12.0’si 8–14 gündür, %19.2’si 15 gün ve üzeri süredir yoğun bakımda tedavi görmekte olduğu saptanmıştır. Hastaların %18.8’i dâhili yoğun bakım, %34.7’si koroner yoğun bakım, %16.6’sı cerrahi yoğun bakım ve %29.9’u da genel yoğun bakım biriminde takip ve tedavi edilmektedir. Yoğun bakımlarda tedavi gören bu hastaların %52.3’ünün bilinci açık ve oryante, %15.9’unun bilinci açık ama oryante değil, %7.5’inin

bilinci kapalı iken %16.6'sının bilinci kapalı ve entübe, %7.8'inin ise bilincinin açık ve entübe olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4.3. Hasta Yakınlarının Hastaları İle İlişkili Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	n=308	%
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu		
Birlikte Yaşayan	153	49.7
Birlikte Yaşamayan	155	50.3
Hastasının Ziyaret Anında Tepki Verme Durumu		
Tepki veren	224	72.7
Tepki vermeyen	84	27.3
Hastası Hakkında Bilgilendirilme Durumu		
Bilgilendirilen	270	87.7
Bilgilendirilmeyen	38	12.3
Ziyaret Süresini Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli bulan	180	58.4
Yeterli bulmayan	128	41.6
Hastasını Ziyaret Etme Sıklığı		
Her gün	253	82.1
Haftada 3 ve daha az gün	55	17.9
Daha Önce Kayıp Yaşama Durumu		
Yaşayan	214	69.5
Yaşamayan	94	30.5
Yaşanılan Kaybın Ani Olma Durumu (n=214)		
Beklenmedik	92	43.0
Beklendik	122	57.0
Kaybedilen Bireyin Yakınlık Derecesi (n=214)		
Anne-Baba-Eş-Oğul-Kız	148	69.2
Kardeş	20	9.3
Akrabalar	46	21.5

Tablo 4.3'te hasta yakınlarının hastaları ile ilişkili tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Hasta yakınlarından %49.7'si yoğun bakım tedavisi alan hastası ile daha önce birlikte yaşadığını, %50.3'ü ise birlikte yaşamadığını belirtmiştir. Hasta yakınlarından %72.7'si hastalarının yoğun bakımda ziyaret sırasında tepki verdiğini, %27.3'ü ise hastalarının tepki vermediğini söylemişlerdir. Hasta yakınlarının %87.7'si hastaları hakkında yapılan bilgilendirmenin yeterli olduğunu, %12.3'ü ise yeterli olmadığını belirtmektedir. Yoğun bakımlarda yapılan hasta ziyaret süreleri hakkında hasta yakınlarının %58.4'ü süreyi yeterli bulurken, %41.6'sı ise yeterli olmadığını ifade etmiştir. Hasta yakınlarının %82.1'i hastalarını her gün ziyaret ederken, %17.9'u haftada 3 ve daha az ziyaret edebildiği saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının %69.5'i daha önceden bir kayıp/yas deneyimi yaşadığı ve %30.5'i ise daha önceden bir kayıp/yas yaşama tecrübesinin olmadığı görülmüştür. Kayıp yaşadığını belirtenlerin %43.0'ü bu kaybın ani olarak geliştiğini, %57.0'si ise beklendik bir

kayıp olduğunu belirtmiştir. Daha önce bir kayıp yaşadığını belirten 214 katılımcının bu kaybedilen bireylere olan yakınlık derecelerine bakıldığında %69.2'si birinci derece (anne-baba-eş-çocuk) yakınıni kaybettiğini, %9.3'ü kardeşini kaybettiğini, %21.5'i de akrabalarından birini kaybettiğini belirtmiştir.



Tablo 4.4. Kayıp Yaşayan Hasta Yakınlarının Ortak Yas Tepkileri Tablosu

		Evet	%	Hayır	%
Fiziksel Tepkiler***	Midede boşluk hissi	16	(%7.5)	198	(%92.5)
	Nefes alamama	37	(%17.3)	177	(%82.7)
	Boğulacakmış gibi olma	36	(%16.8)	178	(%83.2)
	Seslere aşırı duyarlılık	7	(%3.3)	207	(%96.7)
	Enerjisizlik ve çabuk yorulma	76	(%35.5)	138	(%64.5)
	İştah artması ya da azalması	66	(%30.8)	148	(%69.2)
Bilişsel Tepkiler***	İnanamama ve İnkâr	32	(%15.0)	182	(%85.0)
	Konfüzyon	8	(%3.7)	206	(%96.3)
	Ölen kişinin yaşadığı duygusu	15	(%7.0)	99	(%93.0)
	Ölen kişiyi görme ya/ya da sesini duyma	13	(%6.1)	201	(%93.9)
	İşitsel halüsinasyonlar	18	(%8.4)	96	(%91.6)
	Görsel halüsinasyonlar	13	(%4.2)	201	(%65.3)
Duygusal Tepkiler***	Şaşkınlık ve şok	95	(%44.4)	119	(%55.6)
	Üzüntü	193	(%90.2)	21	(%9.8)
	Öfke	32	(%15.0)	182	(%85.0)
	Kendini ve başkalarını suçlama	13	(%6.1)	201	(%93.9)
	Yalnızlık	76	(%35.5)	138	(%64.5)
	Umutsuzluk	66	(%30.8)	148	(%69.2)
Davranışsal Tepkiler***	Ağlama	182	(%85.0)	32	(%15.0)
	Dalgınlık	45	(%21.0)	169	(%79.0)
	Arama ve çağırma	6	(%2.8)	208	(%97.2)
	Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma	13	(%6.1)	201	(%93.9)
	Sosyal çekilme	17	(%7.9)	197	(%92.1)
	Uyku bozukluğu	113	(%52.8)	101	(%47.2)

*** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Daha önce kayıp yaşamış olan bireylerin ($n=214$) bu süreçte deneyimledikleri ortak yas belirtileri Tablo 4.4'te verilmiştir. Katılımcıların birden fazla ortak yas belirtileri deneyimledikleri görülmüştür. Bireylerin, yaşanan kayıptan sonra; %35.5'inin fiziksel tepkilerden "*enerjisizlik ve çabuk yorulma*", %15'inin bilişsel tepkilerden "*inanamama ve inkâr*" hissi yaşadıkları, %90.2'sinin duygusal tepkilerden "*üzüntü*" yaşadığı, %85'inin de davranışsal tepkilerden "*ağlama*" tepkisini yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

(n=308)

		Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	
		Puan Ortalaması	
		Ort±SS	P
Cinsiyet	Kadın	8.36±3.11	t: 2.917
	Erkek	7.28±3.12	p: 0.004*
Yaş	20–45	8.36±3.13	F: 3.194 p: 0.042*
	46–59	7.46±2.91	
	60 yaş ve ↑	8.41±3.58	
Medeni Durum	Evli	8.07±3.08	t: 1.133
	Bekâr	7.51±3.48	p: 0.258
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	8.05±3.07	t: 1.011
	Hayır	7.51±3.66	p: 0.313
Çalışma Durumu	Evet	7.42±2.94	t: -2.564
	Hayır	8.36±3.23	p: 0.011*
Meslek Dağılımları	Ev Hanımı	9.34±2.82	F: 8.716 p: 0.000*
	Emekli	7.37±3.49	
	İşçi	7.43±3.04	
	Memur	7.43±2.38	
Aylık Gelir Durumu	Herhangi bir gelir yok	9.19±2.97	F: 11.058 p: 0.000*
	Asgari ücret ve daha az gelir	7.64±3.10	
	Asgari ücretten fazla gelir	7.17±3.07	
Eğitim Durumu	Ortaokul ve daha az eğitim	8.04±3.01	F: 1.608 p: 0.202
	Lise	8.26±3.44	
	Üniversite ve üzeri	7.30±2.98	
Daha Önce Bir Kayıp Yaşama Durumu	Evet	7.66±3.16	t: -2.730
	Hayır	8.72±3.01	p: 0.007*
Ort:	Ortalama	SS: Standart Sapma	t: t test
			F: Oneway ANOVA test

Tablo 4.5’ de ÖAÖ puan ortalamasının hasta yakınlarının sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Cinsiyet bağımsız değişkenine göre karşılaştırıldığında, kadınların ÖAÖ puan ortalaması 8.36 ± 3.11 , erkeklerin ÖAÖ puan ortalamasının ise 7.28 ± 3.12 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda cinsiyet ile ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kadınların ÖAÖ puan ortalamasının erkeklere kıyasla anlamlı seviyede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş grupları ile ÖAÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında 20–45 yaş grubunda yer alan bireylerin ÖAÖ puan ortalaması 8.36 ± 3.13 , 46–59 yaş grubunda 7.46 ± 2.91 ve 60 yaş ve üzeri bireylerin ise 8.41 ± 3.58 olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş grupları ile ÖAÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın kaynağını test etmek için Post-Hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. Farklılığın 46–59 yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Çalışma durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışan bireylerin ÖAÖ puan ortalaması 7.42 ± 2.94 ve çalışmayan bireylerin ise 8.36 ± 3.23 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda çalışmayan bireylerin ÖAÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hasta yakınlarının meslek dağılımlarına göre ÖAÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde, ev hanımı olan bireylerin ÖAÖ puan ortalaması 9.34 ± 2.82 , emekli bireylerin 7.37 ± 3.49 , işçi olan bireylerin 7.43 ± 3.04 ve memur olan bireylerin ise 7.43 ± 2.38 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda hasta yakınlarının meslek dağılımlarına göre ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan Post Hoc Tukey testinde, farklılığın ev hanımlarından kaynaklandığı bulunmuştur.

Hasta yakınlarının aylık gelir durumlarına göre ÖAÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, herhangi bir geliri olmayan bireylerin ÖAÖ puan ortalaması 9.19 ± 2.97 , asgari ücret düzeyinde ve daha az gelire sahip bireylerin 7.64 ± 3.10 ve asgari ücretten fazla gelire sahip bireylerin ise 7.17 ± 3.07 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda hasta yakınlarının gelir durumları ile ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın kaynağını bulmak için yapılan Post Hoc Tukey testinde, farklılığın herhangi bir geliri olmayan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hasta yakınlarının daha önce bir kayıp yaşama durumları ile ÖAÖ puan ortalaması arasında ilişkiye bakıldığında, daha önce bir kayıp deneyimi yaşayanların ÖAÖ puan ortalamasının 7.66 ± 3.16 olduğu ve bir kayıp deneyimi yaşamayanların ise 8.72 ± 3.01 olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda daha önce kayıp deneyimi yaşama durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).



Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

(n=308)

		<i>Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması</i>	
		<i>Ort±SS</i>	<i>P</i>
Cinsiyet	Kadın	122.39±13.00	<i>t: 1.043</i>
	Erkek	120.78±12.75	<i>p: 0.298</i>
Yaş	20–45	121.43±13.18	<i>F: 0.578</i>
	46–59	121.49±13.04	<i>p: 0.562</i>
	60 yaş ve üzeri	123.51±12.09	
Medeni Durum	Evli	122.97±11.69	<i>t: 3.710</i>
	Bekâr	115.53±17.09	<i>p: 0.000*</i>
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	122.49±12.33	<i>t: 2.374</i>
	Hayır	117.28±15.81	<i>p: 0.018*</i>
Çalışma Durumu	Evet	119.74±14.25	<i>t: -2.318</i>
	Hayır	123.20±11.80	<i>p: 0.021*</i>
Meslek Dağılımları	Ev Hanımı	125.47±10.09	
	Emekli	120.86±12.77	<i>F: 7.816</i>
	İşçi	121.88±12.48	<i>p: 0.000*</i>
	Memur (Kamu çalışanı)	112.93±17.67	
Aylık Gelir Durumu	Herhangi bir gelir yok	125.73±10.41	<i>F: 16.566</i>
	Asgari ücret ve daha az gelir	123.06±11.96	<i>p: 0.000*</i>
	Asgari ücretten fazla gelir	115.40±14.64	
Eğitim Durumu	Ortaokul ve daha az eğitim	124.42±10.69	<i>F: 18.580</i>
	Lise	122.50±12.13	<i>p: 0.000*</i>
	Üniversite ve üzeri	112.59±16.28	
Daha Önce Bir Kayıp Yaşama Durumu	Evet	122.01±12.67	<i>t: 0.361</i>
	Hayır	121.43±13.50	<i>p: 0.718</i>
Ort: Ortalama	SS: Standart Sapma	t: t test	F: Oneway ANOVA test

Tablo 4.6’da hasta yakınlarının sosyo demografik özelliklerine göre spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamasının dağılımları incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, daha önce bir kayıp yaşama durumu ile spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Medeni durum ile SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, evli bireylerin SİÖÖ puan ortalaması 122.97 ± 11.69 olduğu, bekâr bireylerin ise 115.53 ± 17.09 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda evli bireylerin SİÖÖ puan ortalaması bekâr bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çocuk sahibi olma durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, çocuk sahibi olan bireylerin SİÖÖ puan ortalaması 122.49 ± 12.33 olduğu, çocuk sahibi olmayan bireylerin ise 117.28 ± 15.81 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda çocuk sahibi olan bireylerin SİÖÖ puan ortalamasının, çocuk sahibi olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışan bireylerin SİÖÖ puan ortalaması 119.74 ± 14.25 , çalışmayan bireylerin ise 123.20 ± 11.80 olduğu bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda çalışmayan bireylerin SİÖÖ puan ortalamasının, çalışan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hasta yakınlarının meslek dağılımlarına göre SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, ev hanımı olan bireylerin SİÖÖ puan ortalamasının 125.47 ± 10.09 olduğu, emekli bireylerin 120.86 ± 12.77 olduğu, işçi olan bireylerin 121.88 ± 12.48 olduğu ve memur olan bireylerin ise 112.93 ± 17.67 olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda hasta yakınlarının meslek dağılım grupları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın kaynağını bulmak için yapılan Post Hoc Tukey testinde memur grubunda olanlardan kaynaklanan bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Hasta yakınlarının aylık gelir durumlarına göre SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, herhangi bir geliri olmayan bireylerin SİÖÖ puan ortalaması 125.73 ± 10.41 olduğu, asgari ücret ve daha az gelire sahip bireylerin 123.06 ± 11.96 olduğu, asgari ücretten fazla gelire sahip bireylerin ise 115.40 ± 14.64 olduğu bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda hasta yakınlarının gelir durumlarına göre SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın kaynağını bulmak için

yapılan Post Hoc Tukey testinde, asgari ücretten daha fazla gelire sahip olan bireylerden kaynaklanan bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, ortaokul ve daha az eğitim seviyesinde olan bireylerin SİÖÖ puan ortalaması 124.42 ± 10.69 , lise seviyesinde eğitime sahip bireylerin 122.50 ± 12.13 , üniversite ve üzeri seviyede eğitime sahip bireylerin ise 112.59 ± 16.28 olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Farklılığın kaynağını bulmak için yapılan Post Hoc Tukey testinde üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerden kaynaklanan bir farklılık olduğu bulunmuştur.



Tablo 4.7. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamasının Dağılımı

n=308

<i>Ölçekler</i>	<i>Ölçekten Alınabilecek Puanlar (Min - Max)</i>		<i>Ölçekten Alınan Puanlar (Min - Max)</i>		<i>Ort±SS</i>
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	0.00	15.00	1.00	15.00	7.99±3.15
Spritüel İyi Oluş Ölçeği	29.00	145.00	77.00	145.00	121.83±12.91

Tablo 4.7’ de “*Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği*” ile “*Spritüel İyi Oluş Ölçeği*”nden alınabilecek maksimum-minimum puanlar ile hasta yakınlarının ölçeklerden almış olduğu maksimum-minimum puanlar ve ortalamaları birlikte verilmiştir.

Hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması 7.99±3.15 olup, puanların 1 ile 15 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması 121.83±12.91 olup, puanların 77 ile 145 arasında dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 4.8. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği İle Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puan Ortalaması
Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması	$r=0.200^{**}$ $p=0.000$

***Pearson Korelasyon Analizi*

Tablo 4.8’ de “*Ölüm Anksiyetesi Ölçeği*” ile “*Spritüel İyi Oluş Ölçeği*” puan ortalaması arasındaki ilişki görülmektedir. Hasta yakınlarının ÖAÖ ile SİÖÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; puan ortalamaları arasında pozitif yönde oluşan ($r=0.200$, $p=0.000$) anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Hasta Yakınları ve Hastalarına İlişkin Bağımsız Değişkenler İle Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Hasta Yakınlarına Ait Tanıtıcı Özellikler										Hastaya Ait Tanıtıcı Özellikler				
	Yaş	Cinsiyet	Çalışma Durumu	Meslek Dağılımı	Aylık Gelir Durumu	Medeni Durum	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Eğitim Durumu	Daha önce kayıp yaşama durumu	Hastanın Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Tanı Grubu (Akut/Kronik)	Hastanın Tedavi Gördüğü Yoğun Bakım Birimi	Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Süresi
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	r:-0.031 p:0.592	r:-0.164** p:0.004	r:0.145* p:0.011	r:-0.229** p:0.000	r:-0.246** p:0.000	r:-0.065 p:0.258	r:-0.058 p:0.313	r:-0.062 p:0.280	r:0.154** p:0.007	r:-0.030 p:0.596	r:0.042 p:0.459	r:-0.123* P:0.030	r:-0.030 p:0.598	r:-0.036 p:0.532
Spritüel İyi Oluş Ölçeği	r:0.049 p:0.388	r:-0.060 p:0.298	r:0.131* p:0.021	r:-0.219** p:0.000	r:-0.298** p:0.000	r:-0.207** p:0.000	r:-0.134* p:0.018	r:-0.300** p:0.000	r:-0.021 p:0.718	r:0.156** p:0.006	r:0.020 p:0.722	r:-0.067 p:0.242	r:-0.090 p:0.113	r:-0.160** p:0.005

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Tablo 4.9’ da hasta yakınları ve hastalarına ait bağımsız değişkenler ile “Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” ve “Spritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki korelasyonel ilişki incelenmiştir.

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile ÖAÖ puan ortalaması arasında yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde; yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve eğitim durumu bağımsız değişkenleri ile hasta yakınının ÖAÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak, hasta yakınlarının cinsiyet bağımsız değişkeni ile ÖAÖ’den alınan puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.164^{**}$; $p=0.004$) zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu, çalışma durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü ($r=0.145^{*}$, $p=0.011$) zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının meslek dağılımları ile ÖAÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.229^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu, aylık gelir durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r=0.246^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Daha önce bir kayıp yaşama deneyimi ile hasta yakınının ÖAÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.154^{**}$, $p=0.007$).

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta yakınlarının ÖAÖ’den aldıkları puanların ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; hastanın yaşı, cinsiyeti, bulunduğu yoğun bakım birimi ve hastanın bu yoğun bakımda ne kadar süredir tedavi almakta olduğu gibi bağımsız değişkenlerin, hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak, hastaların tanı grupları (Akut/Kronik) ile hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.123^{*}$, $p= 0.030$) anlamlı zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre SİÖÖ puan ortalaması arasında yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde; yaş, cinsiyet ve daha önce kayıp yaşama deneyimi bağımsız değişkenleri ile hasta yakınının SİÖÖ’den aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak, hasta yakınlarının çalışma durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü ($r=0.131$; $p=0.021$) zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu, meslek dağılımları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.219^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu, aylık gelir dağılımları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r=0.298^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu, medeni durum ile hasta yakını SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.207^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu, çocuk sahibi olma ile hasta yakını SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.134^{*}$,

p=0.018) anlamlı bir ilişki olduğu ve eğitim durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.300^{**}$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastalarının tanıtıcı özellikleri ile hasta yakınlarının SİÖÖ'den aldıkları puanların ortalama değerleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; hastanın cinsiyeti, hastanın tanı grubu (Akut/Kronik) ve hastanın bulunduğu yoğun bakım birimi gibi bağımsız değişkenlerin, hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak, hastalarının yaşı ile ($r=0.156$, $p=0.006$) hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ve hastasının yoğun bakımda kalış süresi ile hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ($r = -0.160^{**}$, $P=0.005$) anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4.10. Hasta Yakınlarının Yoğun Bakımda Yatan Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması

<i>n=308</i>		Hasta Yakını Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puan Ortalaması		Hasta Yakını Spritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması	
		<i>Ort±SS</i>	<i>p</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>p</i>
Hastanın Yaş Grubu	16–65 yaş	8.52±3.36		117.86±14.87	
	66–79 yaş	7.58±3.11	<i>F: 1.942</i>	122.21±11.98	<i>F: 4.313</i>
	80 yaş ve üzeri	8.08±3.05	<i>p: 0.145</i>	123.53±12.33	<i>p: 0.014*</i>
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	7.85±3.16	<i>t: -0.741</i>	121.56±13.28	<i>t: -0.357</i>
	Erkek	8.12±3.14	<i>p: 0.459</i>	122.09±12.59	<i>p: 0.722</i>
Hastanın Tanı Grubu	Akut	8.43±3.25	<i>t: 2.174</i>	122.82±10.42	<i>t: 1.173</i>
	Kronik	7.64±3.04	<i>p: 0.030*</i>	121.08±14.53	<i>p: 0.242</i>
Hastanın Tedavi Gördüğü Yoğun Bakım Birimi	Dâhili YB	7.48±2.97		122.13±13.52	
	Koroner YB	8.45±2.83	<i>F: 2.201</i>	123.52±13.08	<i>F: 1.345</i>
	Cerrahi YB	8.39±3.42	<i>t: 0.088</i>	121.50±9.50	<i>p: 0.260</i>
	Genel YB	7.54±3.39		119.86±13.85	
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Süresi	2–7 gün	8.06±3.08	<i>t: 0.626</i>	123.22±11.55	<i>t: 2.836</i>
	8 gün ve üzeri	7.82±3.30	<i>p: 0.532</i>	118.77±15.13	<i>p: 0.005*</i>
<i>Ort: Ortalama</i>		<i>SS: Standart Sapma</i>		<i>t: t-test</i>	
				<i>F: Oneway ANOVA test</i>	

Tablo 4.10’ da hasta yakınlarının kendi ölüm ve ölümü algılama sürecine yönelik ölüm anksiyetesi ölçeği ve spritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamasının yoğun bakımda tedavi görmekte olan hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir.

Hasta yakınlarının ÖA düzeyleri yönünden Tablo 4.10 incelendiğinde; yoğun bakımda tedavi gören hastalarının yaş, cinsiyet, tedavi gördüğü yoğun bakım birimi ve yoğun bakımda yatış süresi gibi bağımsız değişkenlerin, araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının ÖA düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması, hastasının yoğun bakıma kabul edilme nedeninin akut veya kronik bir nedene bağlı oluşuna göre incelendiğinde ise, akut bir nedene balı olarak

yoğun bakımda bulunan hastaların yakınlarının ÖA düzeyleri, kronik bir nedene bağlı olarak yoğun bakımda bulunanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Aynı şekilde tablomuz hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri yönünden incelendiğinde; yoğun bakımda tedavi gören hastalarının cinsiyeti, akut veya kronik bir tanı ile tedavi görme ve hastasının tedavi gördüğü yoğun bakım birimi gibi bağımsız değişkenlerin, araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak hastalarının yaşı ve yoğun bakımda yatış süresi gibi bağımsız değişkenler, yakınlarının SİÖ düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



Tablo 4.11. Hastasının Yoğun Bakıma Yatırılma Sonrası Süreçte Hasta Yakınlarının Günlük Yaşamda Olaylara Verdikleri Tepkilerin Dağılımı

	n=308	%
Değişim olmama durumu	65	21.1
Ani tepki, Panik yaşama durumu	23	7.5
Gerginlik, Sinirlilik yaşama durumu	75	24.4
Zihinsel durgunluk, Dalgınlık yaşama durumu	60	19.5
Olumlu Düşünme durumu	26	8.4
Üzüntü ve Mutsuzluk durumu	59	19.2

Tablo 4.11’de araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının “Hastanızın yoğun bakım birimine yatırılmasından sonraki süreçte günlük yaşantınızda olaylara karşı nasıl tepkiler verdiniz?” sorusuna verdikleri cevapların yüzdelik dağılımları yer almaktadır. Hasta yakınları bu soruya; %24.4’ü “gerginlik, sinirlilik”, %19.5’i “Zihinsel durgunluk, Dalgınlık” , %19.2’si “Üzüntü ve Mutsuzluk”, %7.5’i “Ani tepki, Panik” yaşadıklarını belirten cevaplar vermişlerdir. Hasta yakınlarının, hastaları yoğun bakımda iken günlük yaşamlarında %8.4’ü “Olumlu Düşünme” ve %21.1’i de günlük yaşamda olaylara karşı davranışlarında bir “değişim olmadığı”nı ifade etmişlerdir.

Tablo 4.12. Hasta Yoğun Bakıma Alındığında Hasta Yakınlarının Hissettiği Duyguların Dağılımı

	n=308	%
Üzüntü	193	62.7
Çaresizlik	44	14.3
Korku	53	17.2
Umut	18	5.8

Tablo 4.12’de Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarına “hastanız yoğun bakıma alındığında ilk olarak hangi duyguları hissettiniz” şeklinde yöneltilen soruya karşılık verilen cevapların yüzdeler dağılımları yer almaktadır. Hasta yakınlarının %62.7’ sinin üzüntü, %17.2’sinin korku, %14.3’ünün çaresizlik, %5.8’inin de umut şeklinde yanıtlar verdikleri görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ile yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların birinci derece akrabalarından oluşan 308 bireyin kendisine yönelik “Ölüm Anksiyetesi (ÖA)” düzeyleri ve “Spritüel İyi Oluş (SİO)” düzeyleri incelenmiştir. Ayrıca, “Spritüel İyi Oluş” ve “Ölüm Anksiyetesi” arasındaki ilişki araştırılarak bu alandaki literatüre de katkı sağlanmıştır. Yoğun bakımda hastası olan ve hastasını ziyaretlerde bulunan birinci derece aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖA düzeyleri ve SİO durumlarının ne düzeyde olduğu, ÖA ve SİO düzeylerini nelerin etkilediği ve ÖAÖ ve SİOÖ puan ortalaması arasındaki korelasyonel ilişki incelenmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular başta sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hasta yakınları için bütüncül sağlık bakımı kavramına katkı sağlayacaktır. Sağlık hizmet sağlayıcıları bu bulgulardan yola çıkarak hasta yakınlarını da hastanın tedavi süreci içerisinde değerlendirerek bütüncül bir sağlık hizmeti sunacaktır. Bu çalışma ile hasta ve yakınları için hastane süreci, hem sağlık hizmet sağlayıcıları yönünden hem de hasta ve yakınları yönünden daha verimli ve sorunsuz atlatılarak, bütüncül sağlık bakımı sağlanacağı ve sağlık hizmet kalitesinin de artacağı ön görülmektedir.

Literatür incelendiğinde ÖA ve SİO kavramlarının çeşitli gruplar üzerinde (gençler, yaşlılar, öğrenciler, farklı tanımlara sahip hastalar, çeşitli meslekler vb.) oldukça fazla çalışıldığını görmek mümkün iken bu kavramların yoğun bakımda hastası olan aile üyelerinin üzerinde incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum çalışmayı tasarlamamızda önemli bir etken olmuştur.

YBÜ'de bir aile üyesini görmek, hasta yakınlarında kaygı ve depresyona neden olabilmektedir. Akrabalar şok, belirsizlik, inkâr, öfke, umutsuzluk, umut, suçluluk, endişe ve duygusal, bilişsel ve sosyal stres yaratan korku gibi duyguları yaşamaktadırlar (Llamas-Sánchez ve ark. 2009; Pardavila ve ark. 2012). Buna sebep olan en önemli faktör ise aile üyesini kaybetme olasılığıdır (Chaitin ve ark. 2007). Bu literatür bilgilerinden yola çıkarak çalışmamız kapsamındaki hasta yakınlarına **“hastanız yoğun bakıma alındığında ilk olarak neler hissettiniz?”** sorusunu yönelttiğimizde %62.7’si üzüntü, %14.3’ü çaresizlik ve %17.2’si korku gibi olumsuz cevaplar verirken, yalnızca %5.8’i umut hissetme gibi olumlu bir ifade de bulunmuştur (Tablo 4.12). Hasta yakınlarının **“hastanız yoğun bakımda bulunduğu süreçte günlük hayatınızda yaşadığınız olaylara nasıl tepkiler verdiniz?”** sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde en yüksek oranda (%24.4) “gerginlik, sinirlilik” duygularını

hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu cevaplara bakıldığında yukarıda bahsedilen literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgularımızı değerlendirdiğimizde çalışmaya katılan hasta yakınlarının “Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖAÖ)” puan ortalamasının 7.99 ± 3.15 olduğu, ölçek değerlendirmesine göre puanlarının yükselme eğilimi gösterdiği söylenebilir (Tablo 4.7).

Hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun (%65.3) kadın olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Tablo 4.5’de hasta yakınlarının cinsiyet yönünden ÖAÖ puan ortalamasına bakıldığında kadınların ÖAÖ puan ortalamasının erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu literatürle de uyuşmaktadır (Schumaker ve ark. 1991; Karaca, 2000; Abdel-Khalek, 2002; Kara, 2002; Eke, 2003; Thorson ve Powell, 2006; Lester ve ark. 2006; Kırac, 2007; Masoudzadeh ve ark. 2008; Akça ve Köse, 2008; Ayten 2009; İnce, 2011; Yıldız, 2014; Çınar, 2015). Erkekler ve kadınlar tarafından toplumlarda üstlenilen çeşitli roller her iki cinsiyetin korku ve endişe biçimini farklı şekilde ifade etme davranışlarının bir sonucu olarak, ÖA ifadesi önemli ölçüde değişebilmektedir (Soleimani ve ark. 2018). Erkeklerin kaygı ve korku gibi duyguları ifade etmekte daha az istekli oldukları belirtilmektedir (Aghajani ve ark. 2010).

Çalışmamızda hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri yaş değişkenine göre incelendiğinde, yaş dağılımlarının 20–80 yaş arasında değişmekte olduğu, yaş ortalamasının da 49.07 ± 11.06 olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Bu veriler doğrultusunda; Tablo 4.5’de hasta yakınlarının yaş dağılımları ile ÖA düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Literatürde bazı çalışmalarda (Russac ve ark. 2007; Erdoğan ve Özkan, 2007; Akça & Köse, 2008; Özdemir, 2014; Çetin, 2015) yaş arttıkça ÖA’nın arttığı bildirilirken, diğer yandan yaş ile ÖA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını ileri süren araştırmalar da mevcuttur (Fortner ve Neimeyer, 1999; Ray ve Raju, 2006; Özen, 2008; Öztürk, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Aghajani ve ark. 2010; Kaçan Softa ve ark, 2011; Anvar ve ark. 2012; Çınar, 2015; Orak ve ark, 2015). Bu çalışmada, ileri yaşta olan (60 yaş ve üzeri) hasta yakınları ile genç yaş aralığında olan (20–45 yaş) hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması orta yaş aralığında olan (46-59 yaş) hasta yakınlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde medeni durum ile ÖA düzeyi arasında bir ilişkinin olmadığını söyleyen çalışmalar (Özen, 2008; Eyüboğlu, 2009; Dağlı, 2010; Öztürk, 2010; Taka, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Öztürk ve ark, 2011; Çınar, 2015) olmakla birlikte, bazı çalışmalarda evli

olanların bekâr olanlara göre daha yüksek bir ÖA'ne sahip olduğu belirtilmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007; Özdemir 2014; Orak ve ark, 2015; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016). Bizim çalışmamızda da evli olan hasta yakınlarının ÖA düzeyleri bekâr olanlara göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının eğitim düzeyleri ile ÖAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, eğitim seviyesi düştükçe ÖA'de artmaktadır (Tablo 4.5). Bu bulgu, Erdoğan ve Özkan'ın (2007) 16 yaş üstü farklı dinlere mensup bireyler ile yürüttüğü çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe ÖA'nin azaldığını saptadığı sonuç ile uyumludur. Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını belirten başka çalışmalara da rastlamak mümkündür (Mallory ve Allen, 2006; Dağlı, 2010; Çınar, 2015). Eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının neden azaldığı sorusuna, Öztürk (2010) çalışmada eğitim seviyelerine bağlı olarak değişen, bireylerin iş hayatlarında ve günlük yaşantılarındaki yoğunluğun, ölümü hatırlatma durumunu düşürdüğünü belirtmiştir (Öztürk, 2010).

Tablo 4.5' de hasta yakınlarının çalışma durumları ile ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmayan bireylerin ÖAÖ puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$). Bulgumuz, Kalaoğlu Öztürk'ün (2010) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmada, huzur evine yerleşmeden önce bir çalışma hayatı deneyimi olan bireylerde ölüm kaygısı puan ortalamasının daha düşük olduğu bulgusu ile uyumludur.

Tablo 4.5' de hasta yakınlarının aylık gelir durumu ile ÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, herhangi bir geliri olmayanların ÖAÖ puan ortalaması orta ve iyi gelire sahip olanlara göre daha yüksektir. Bu bulgu, Şahin' in (2016) 327 hemşire ile yürüttüğü çalışmada “gelir durumunu düşük olarak ifade edenlerin ÖA düzeyleri daha yüksek bulunmuştur” sonucu ile uyumludur (Şahin, 2016). Literatürde ÖA ile sosyo-ekonomik durum arasında anlamlı farkın olmadığını söyleyen çalışmalara da rastlanmaktadır (Dağlı, 2010; Yıldız, 2014). Örneğin, Çınar'ın (2015) 30–60+ yaş aralığında 416 birey ile yürüttüğü çalışmada, bizim bulgumuzun aksine ekonomik durum ile ölüm anksiyetesi arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının daha önce bir kayıp yaşama deneyimleri ile ÖA düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), daha önce bir kayıp deneyimi olmayan bireylerin ÖAÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Kalaoğlu Öztürk'ün (2010) aktardığına göre, Lester ve Templer'in (1993) “önceden ölüme dair bir

deneyimi olmayan ya da çok az deneyimi olan bireylerin ölüm anksiyetesi yüksek oranlarda görülebilir” teorisi ile de uyumludur (Lester & Templer, 1993). Aynı şekilde; Florian ve Mikulincer’in (1997) çalışmasında gençlik dönemlerinde herhangi bir yakını yitirmiş 86 birey ile yakın zamanda bir yakını yitirmemiş olan 86 bireyi karşılaştırmıştır. Yakın zamanda yakını yitirmiş olan bireylerin ölüm anksiyetesi düzeylerinin hiç kayıp yaşamamış olan ve yaşadığı kaybın üzerinden uzun yıllar geçmiş olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Florian & Mikulincer, 1997).

Araştırmamızın ana konularından birini oluşturan ölüm anksiyetesi, bireyin kendi ölüm veya ölüm sürecini algılamasından kaynaklanan korkusunu tanımlamaktadır. ÖA, insanlar korkutucu hastalıklarla ya da ölümün yaklaştığını algılamasına neden olabilecek streslerle karşı karşıya kaldıklarında görülür (Sherman ve ark. 2010). Bu psikolojik fenomen bireylerin hayatlarının birçok farklı yönünü olumsuz yönde etkilemektedir. Geçmiş araştırmalar, depresyon, panik bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozukluğun yüksek ÖA ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Anvar ve ark. 2012; Soleimani ve ark. 2016). Tartışmamızın bu bölümüne kadar hasta yakınlarının kendi ÖA düzeylerinin ne durumda olduğunu gerekçeleri ile açıklamaya çalıştık. Çalışmamızın diğer bir sorusu ise hasta yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemektir. Literatürde spiritüelitenin genellikle umutsuzluk ve sıkıntılı zamanlarda umut sağlamak için kullanıldığı bildirilmektedir. Delgado-Guay ve arkadaşları (2011) tarafından ileri kanser hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların Din ve Spiritüelite’yi başetme yöntemi olarak kullandıkları, Vallurupalli ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) Din’i ve/veya Spiritüel başetme yöntemlerini kullanan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Frost ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, spiritüel iyiliğin fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve duygusal iyilik ile pozitif yönde çok güçlü bir ilişkisi saptanmıştır.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinden (SİÖÖ) en düşük 77, en yüksek 145 puan aldıkları ve SİÖÖ puan ortalamasının ise 121.83 ± 12.91 olduğu bulunmuştur. SİÖÖ’den alınabilecek en yüksek puanın 145 olduğu düşünüldüğüne, hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda 60 yaş ve üzeri grupta olan hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalamasının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak, Tablo 4.6’da SİÖÖ puan ortalaması ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Tate ve Forchheimer’in (2002) çalışmasında ileri yaştaki hastaların

spritüel iyilik puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Peterman ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da aynı şekilde ileri yaştaki hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda, hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmekte, ancak kadınların SİÖÖ puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bizim bulgumuza benzer şekilde Osarrodi (2012) ve arkadaşlarının 93 hemşire ile yaptığı çalışmada SİÖÖ puan ortalamasının iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Delgado-Guay ve arkadaşlarının (2011) ileri evre kanser hastalarında Spritüelite, Din ve Spritüel Acı üzerine yaptıkları çalışmada, spiritüel acı yaşayan hastalarda cinsiyet açısından bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Rabow'un (2014) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında hastaların manevi iyilik puanları ile cinsiyet yönünden anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Literatürde bizim çalışma bulgumuza ters yönde çalışmalara da rastlanmıştır. Örneğin; Whitford (2008), Frost (2013), Lewis (2014) ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların manevi iyilik düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde; Samuelson ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınların SİÖÖ puan ortalamasının erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında cinsiyetin SİÖ düzeyi üzerinde hem anlamlı bir fark oluşturduğu hem de anlamlı bir farkın olmadığını bildiren çalışmalar görülmektedir. Bu sonuçlar bize, cinsiyet değişkeninin, toplumlar arasında veya kültürler arasında, farklı rollerinin kabul edilmiş olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Örneğin, Türk kültüründe kadının annelik rolü ve ev içi rolleri benimsenmiş bulunmakta ve bu durum kadının sosyalleşmesini de etkilemektedir. Erkek ise ekonomik kaygılar nedeniyle daha çok ev dışı rolleri üstlenmektedir (Özkan ve Gündoğdu, 2011). Çalışma bulgularımız ve literatür incelendiğinde cinsiyet ile SİÖ düzeyi arasında her zaman doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu durum kültürler arası cinsiyete yüklenen ya da cinsiyetten beklenen rol farklılıklarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının medeni durumları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 4.6; $p<0.05$). Evli bireylerin SİÖÖ puan ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Whitford (2008) ve arkadaşlarının çalışmasında evli olmanın SİÖ düzeyinde artış sağladığı bulunmuştur. Ercan ve arkadaşlarının (2017) hemşirelerle yaptığı

çalışmada evli olan hemşirelerin boşanmış ya da evli olmayanlara göre manevi iyilik algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız ve diğer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde çoğunlukla evli olma sosyal destek anlamında bireylerin yardım alabilecekleri eşleri gibi yakın birilerinin olması yönünden önemlidir. Ayrıca Spritüelite insanın kendisi, diğerleri ve ulu bir güç ile bağlantısı tarafından belirlenmektedir (Öner, 2012). Bu nedenle evli olmanın spritüel iyiliği desteklediği düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma ile SİÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olanların SİÖÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Öner'in (2012) çalışmasında benzer şekilde çekirdek aile yapısında yaşayan hastaların SİÖ düzeyleri tek başına yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda hasta yakınların çalışma durumları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulguya göre çalışmayan bireylerin SİÖÖ puanları çalışanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.6). Araştırmadan elde ettiğimiz bu bulgumuz literatürde bazı hasta grupları ile yapılan çalışmalarla ters düşmektedir. Örneğin; Amirmohamadi ve arkadaşlarının (2017) kanser hastalarında yaptığı çalışmada, çalışan hastaların manevi iyilik halinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Gültekin (2018) psikiyatri hastaları ile yürüttüğü çalışmada çalışan hastaların SİÖ düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Öner'in (2012) cerrahi onkolojik hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmada çalışan hastaların SİÖ düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ata'nın (2018) onkoloji hastaları ile yürüttüğü çalışmada aktif bir çalışma hayatı olan hastaların manevi iyilik düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Spritüelitenin bireyin kendisi ve çevresi ile olan bir tür "zihinsel sağlık durumu" olduğu düşünüldüğünde, iş hayatı sebebi ile çevresiyle daha çok iletişim halinde olan bireylerin SİÖ düzeylerinin de yükseldiği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda literatüre ters olarak, çalışmayan bireylerin SİÖ düzeylerinin yüksek olmasının sebebi; çalışmayan grubun büyük çoğunluğunun ev hanımı ($n=92$) olması ve ev hanımlarının SİÖÖ puan ortalamasının (125.47 ± 10.09) araştırmanın genel olarak tüm katılımcılarının SİÖÖ puan ortalamasından (121.83 ± 12.91) daha yüksek oluşundan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının gelir durumu ile SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir gelire sahip olmayanların, asgari ücret ve daha fazla gelire sahip olanlara göre SİÖÖ puan ortalaması daha

yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Ayrıca herhangi bir gelire sahip olmayanların (n=94) büyük çoğunluğunu (n=92; %97.87) ev hanımlarının oluşturduğu saptanmıştır. Literatürde bizim çalışma bulgumuz ile uyumlu olarak; Öner'in (2012) cerrahi onkolojik hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında gelir düzeyi düşük olan hastaların SİÖ düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak, Park ve Cho' nun (2017) çalışmasında ve Ata' nın (2018) çalışmasında gelir bakımından manevi iyilik puan ortalamalarının etkilenmediği bildirilmektedir. Diğer taraftan, Gültekin'in (2018) psikiyatri hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında ve Amirmohamadi ve arkadaşlarının (2017) kanser hastalarında yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastaların manevi iyiliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık ve sağlık durumunda imkânlarının daha fazla olması hayata bağlılığını arttırmakta ve böylece manevi iyiliği de arttırdığı düşünülmektedir (Gültekin, 2018). Ancak bizim çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça spiritüel iyilik düzeyinin düştüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda hasta yakınlarının eğitim durumları ile SİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ortaokul ve daha az eğitim seviyesinde olan bireylerin lise ve üniversite seviyesinde olanlara göre SİÖÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Çalışmamızın bulgusuna benzer şekilde, Peterman ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada ise eğitim durumu ile spiritüel iyiliğin inanç alt boyutu arasında negatif bir ilişki olduğu, yüksek eğitilmiş katılımcılarda inanç alt boyut puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan kanser hastalarının spiritüel iyilik puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerindekiyle göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Zavala ve ark. 2009). Literatürde çalışmamız ile aksi yönde çalışma bulgularına da rastlanmıştır. Örneğin; Gültekin'in (2018) psikiyatri hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında hastaların eğitim düzeyi arttıkça manevi iyilik düzeylerinin arttığı görülmektedir. Lee ve arkadaşlarının (2006) yaşlılarda yaptığı çalışmada eğitim durumu arttıkça manevi iyilik halinin arttığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız ve literatüre baktığımızda eğitim seviyesinin SİÖ düzeyinde hem olumlu hem de olumsuz etkisinin olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeninin kültürel farklılıklar, spiritüelitenin algılanış biçimi, dini inanışlar gibi değişkenlerden kaynaklanıyor olabileceği söylenebilir.

Tablo 4.8'de “Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” ile “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalaması arasındaki korelasyona bakıldığında. Hasta yakınlarının ÖAÖ ile SİÖÖ'den aldıkları puan ortalaması arasında pozitif yönde ($r=0.200$, $p=0.000$) anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu

belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu verilere göre; hasta yakınlarının ÖAÖ puanları yükseldikçe SİÖÖ puanları da artma eğiliminde olduğu söylenebilir. Literatüre bakıldığında; Soleimani ve arkadaşlarının (2018) miyokart enfarktüsü geçiren hastalar ile gerçekleştirdiği araştırmasında SİÖÖ puan ortalaması ile ÖAÖ puan ortalaması arasında bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hem bizim çalışmamızda hem de Soleimani ve arkadaşlarının (2018) çalışmasından elde edilen sonuçlar ÖA ve SİÖ ölçek puanları arasındaki bu ilişkinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bu veriler doğrultusunda ÖA ve SİÖ ölçek puanları arasındaki ilişki farklı sosyodemografik boyutlar, farklı gruplar ve kültürlerde incelenmesinin önemli sonuçlar sunabileceği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının sosyo demografik özellikleri ile ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde; çalışma durumu, mesleki dağılım ve gelir durumu bağımsız değişkenleri ile her iki ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.9). Hasta yakınlarının çalışma durumu ile ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmayan bireylerin ÖA ve SİÖ düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni çalışmayan bireylerin ($n=186$) 92'sini ev hanımlarının oluşturmasıdır. Ev hanımlarının hem ÖAÖ hem de SİÖÖ puan ortalamasının araştırmamızın genel ortalamasından daha yüksek olması, çalışma durumu ile her iki ölçek puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki oluşturmuştur. Hasta yakınlarının mesleki dağılımları ve gelir durumu bağımsız değişkenleri ile ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ev hanımı olan bireylerin her iki ölçek türünde de puan ortalamasının oldukça yüksek olması, mesleki dağılım ve gelir durumu bağımsız değişkenleri ile ölçeklerin toplam puan ortalamaları arasındaki negatif yönlü anlamlı ilişkiyi açıklamaktadır (Tablo 4.5 ve 4.6; Tablo 4.9).

Bir aile üyesi YBÜ' ye kabul edildiğinde, akrabalar şok, belirsizlik, inkâr, öfke, umut, umutsuzluk, suçluluk, endişe ve duygusal, bilişsel ve sosyal stres yaratan korku gibi duyguları yaşamaktadırlar (Llamas-Sánchez ve ark. 2009; Pardavila ve ark. 2012). Buna sebep olan en önemli faktör ise aile üyesini kaybetme olasılığıdır (Chaitin ve ark. 2007). Çalışmamız kapsamındaki hasta yakınlarının ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu bulgu ile hasta yakınlarının ÖA düzeyleri arttıkça SİÖ düzeylerinde de bir artış olduğu söylenebilir. Bu durum bize; hasta yakınlarının

yoğun bakımda tedavi gören hastalarını kaybetme korkusuna bağlı artan ÖA ile baş edebilmek için manevi duygulara daha çok bağlandığını düşündürmektedir. Benzer şekilde Moetamedi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında maneviyatın, ölümle ilgili kaygıyı azaltmaya yarayan pozitif zihinsel düşünce, neşe ve umut yaratmanın yanı sıra, bireylerde bir amaç ve öz yeterlilik duygusu geliştirdiği bulunmuştur (Moetamedi ve ark. 2015). Tablo 4.10’da yoğun bakımda tedavi gören hastaların yatışı yapıldıktan sonraki ilk 2-7 günlük süreçte, hasta yakınlarının ÖAÖ ve SİOÖ puan ortalamaları yüksek iken, hastanın yoğun bakım süreci 8 gün ve daha uzun süreye uzadıkça her iki puan türünde de azalma gözlenmektedir. Bu durumun nedeni, hastanın yoğun bakıma alındığı ilk zamanlarda yakınlarının hastasını kaybetme kaygısına bağlı artan ÖA’ ne bağlı olarak, yüksek bir spiritüel iyi oluş düzeyi yaşadıkları söylenebilir. Yoğun bakım süreci uzadıkça, bu durumu kabullenme ve/veya çaresizlik nedeniyle ilk zamanlarda yüksek olan ÖAÖ ve SİOÖ puan ortalamaları da azalmaktadır. Tablo 4.9’da yapılan korelasyon analizinde hasta yakınlarının ÖAÖ ve SİOÖ puan ortalaması ile hastasının yoğun bakımda kalış süreleri arasında negatif yönlü bir korelasyonun olması bu tespiti destekler niteliktedir (Tablo 4.9).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım, Dâhili Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım ve Cerrahi Yoğun Bakım’larda tedavi görmekte olan hastaların yakınları üzerinde “*Spiritüel İyi Oluş ve Ölüm Anksiyetesi*” düzeylerinin incelendiği bu araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1. Araştırma kapsamında 308 hasta yakını değerlendirilmeye alınmıştır. Katılımcıların, %39’u 20–45 yaş grubunda, %42.9’u 46–59 yaş grubunda ve %18.2’si 60 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Hasta yakınlarının genel yaş ortalaması 49.07 ± 11.06 ’dır. Çalışmada hasta yakınlarının %65.3’ü kadın, %34.7’si erkektir. Katılımcıların %84.7’si evli, %15.3’ü bekâr, %87.3’ü çocuk sahibi, %12.7’sinin çocuğu yoktur. Araştırmada bireylerin %39.6’sı bir işte veya kendi işinde çalışırken, %60.4’ü de çalışmadığını ifade etmiştir. Ayrıca, %29.9’unu ev hanımı, %24.4’ünü emekli, %36.0’ını işçi ve %9.7’sini memur oluşturmaktadır. Çalışma kapsamına alınan bireylerin gelir düzeyleri incelendiğinde %30.5’inin herhangi bir gelirin olmadığı, %42.9’unun asgari ücret ve/veya altında bir gelire sahip olduğu ve %26.6’sının da gelirin asgari ücretten fazla olduğu görülmüştür. Hasta yakınlarının %16.9’unun üniversite ve üzeri, %30.8’inin lise ve %52.3’ünün ortaokul ve daha az eğitim seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

6.2. Yoğun bakımlarda tedavi görmek amacı ile yatmakta olan hastaların %21.1’i 16–65 yaş aralığında, %38’i 66–79 yaş aralığında ve %40.9’u 80 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması ise 73.69 ± 13.17 dir. Hastaların %49.0’ı kadın, %51’i erkektir. Önceden bir hastalık öyküsü olmayıp akut gelişen bir sağlık sorunu nedeniyle yoğun bakımda takip edilen hasta oranı %43.5’dir. Önceden kronik bir hastalığa sahip olup genel durumun bozulması sonucu yoğun bakıma yatışı verilen hasta oranı ise %56.5 dir. Hasta yakını ile anket doldurulduğu anda hastalarının %68.8’i 2–7 gün arası, %31.2’si ise 8 gün ve üzeri süredir yoğun bakımda tedavi görmekte idi. Hastaların %18.8’i dâhili yoğun bakım, %34.7’si koroner yoğun bakım, %16.6’sı cerrahi yoğun bakım ve %29.9’u da genel yoğun bakımda tedavi görmektedir (Tablo 4.2).

6.3. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının (n=308) ÖAÖ puan ortalaması 7.99 ± 3.15 ve SİÖÖ puan ortalaması ise 121.83 ± 12.91 ’ dir (Tablo 4.7).

6.4. Çalışma kapsamındaki kadınların ÖAÖ puan ortalaması 8.36 ± 3.11 ’ dir. Erkeklerin ÖAÖ puan ortalaması ise 7.28 ± 3.12 ’ dir (Tablo 4.5).

6.5. Kadınların SİÖÖ puan ortalaması 122.39 ± 13.00 olarak bulunmuştur. Erkeklerin SİÖÖ puan ortalaması ise 120.78 ± 12.75 ' dir (Tablo 4.6).

6.6. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olan hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması 7.30 ± 2.98 ' dir. Lise düzeyinde olan hasta yakınlarının 8.26 ± 3.44 ve ortaokul ve daha az eğitim düzeyindekilerin ise 8.04 ± 3.01 ' dir (Tablo 4.5).

6.7. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olan hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması 112.59 ± 16.28 ' dir. Lise düzeyinde olan hasta yakınlarının 122.50 ± 12.13 ve ortaokul ve daha az eğitim düzeyindekilerin ise 124.42 ± 10.69 ' dir (Tablo 4.6).

6.8. Hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması 20–45 yaş grubunda 8.36 ± 3.13 , 46–59 yaş grubunda 7.46 ± 2.91 ve 60 yaş ve üzeri grupta 8.41 ± 3.58 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.5). Hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması ise 20–45 yaş grubunda 121.43 ± 13.18 , 46–59 yaş grubunda 121.49 ± 13.04 ve 60 yaş ve üzeri grupta 123.51 ± 12.09 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

6.9. Çalışmadığını ifade eden hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması 8.36 ± 3.23 , çalışanların ise 7.42 ± 2.94 ' dir (Tablo 4.5). Çalışmadığını ifade eden hasta yakınlarının SİÖÖ puan ortalaması 123.20 ± 11.80 , çalışanların ise 119.74 ± 14.25 ' dir (Tablo 4.6).

6.10. Ev hanımlarında ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalamaları sırası ile 9.34 ± 2.82 ve 125.47 ± 10.09 ' dir. Bu ortalamalar diğer meslek gruplarından ve araştırma genel ortalamasından yüksektir (Tablo 4.5-4.6-4.7).

6.11. Aylık herhangi bir geliri olmadığını söyleyen hasta yakınlarında ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalaması sırası ile 9.19 ± 2.97 ve 125.73 ± 10.41 ' dir. Aylık asgari ücret ve daha az geliri olan hasta yakınlarının ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalamaları sırası ile 7.64 ± 3.10 ve 123.06 ± 11.96 ' dir. Aylık asgari ücretten fazla geliri olduğunu söyleyen hasta yakınlarının ÖAÖ ve SİÖÖ puan ortalaması ise sırası ile 7.17 ± 3.07 ve 115.40 ± 14.64 ' dir (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6).

6.12. Daha önce bir kayıp yaşama deneyimi olan hasta yakınlarında ÖAÖ puan ortalaması 7.66 ± 3.16 ve daha önce kayıp yaşamayanlarda ise 8.72 ± 3.01 ' dir (Tablo 4.5).

6.13. Hasta yakınlarının ÖAÖ puan ortalaması ile SİÖÖ puan ortalaması arasındaki korelasyon incelendiğinde; pozitif yönde ($r=0.200$, $p=0.000$) anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

6.14. Daha önce bir kayıp/yas deneyimi yaşadığını ifade eden hasta yakınları, bu durum karşısında; fiziksel tepki olarak en yüksek %35.5 oranında “enerjisizlik ve çabuk yorulma”,

bilişsel tepki olarak en yüksek %15.0 oranında “inanamama ve inkâr”, duygusal tepki olarak en yüksek %90.2 oranında “üzüntü” ve davranışsal tepki olarak da en yüksek %85.0 oranında “ağlama” tepkilerini gösterdiklerini söylemişlerdir (Tablo 4.4).

Literatürde sosyal desteğin zihinsel stresin önlenmesinde ve hastaların genel sağlık seviyelerinin yükseltilmesinde etkili olduğunu tespit eden deneysel çalışmalar bulunmaktadır (Goudarz ve ark. 2015). Benzer şekilde Soleimani ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında kadınlar için, sosyal desteğin artmasıyla ÖA’nın azaldığı bildirilmiştir.

Öneriler;

Bu sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilerde bulunmaktayız;

- Yoğun bakımda hasta ziyaretlerinde bulunan yakınların hastane bünyesinde ayrı bir birimde özellikle hastasının yoğun bakım sürecinin ilk evrelerinde belirli aralıklarla sosyal destek görüşmeleri düzenlenebilir.
- Yoğun bakım tedavisi gören hastanın yakınlarının yaşadığı ölüm anksiyetesi ile baş edebilmesi için YBÜ çalışanları bilgilendirilebilir.
- YBÜ çalışanları hasta yakınlarını da hastanın tedavi sürecine dâhil ederek bütüncül sağlık bakımı yaklaşımıyla olası ÖA komplikasyonlarını azaltma konusunda bilgilendirilmelidir.
- Ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş açısından hasta ve yakınları üzerinde ileri araştırmalar yapılarak daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A.M. Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for the death fear scale. *Death Studies*, 2002; 26, 669-680.
- Abdel-Khalek AM. The Arabic scale of death anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies* 2004, 28(5), 435-457.
- Abdel Khalek AM & Tomas-Sabado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spain nursing student *Death Studies*. 2005; 29(2):175-169.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. Religiosity and death anxiety: No association in Kuwait. *Psychological Reports*, 2009; 104(3), 770-722.
- Aghajani, M., Valiee, S., & Tol, A. Death anxiety among nursing working in intensive care units and general wards. *Iranian Journal of Nursing*, 2010; 23(67), 59–68.
- Akalın A. E. Ölümün Ve Ölmenin Sosyolojisi Üzerine Kuramsal Bir Çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Akgün Kostak M. Hemşirelik bakımının spritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007; 2(6): 105-15.
- Ak B. Sağlıklı Ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı Ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Doktora Tezi, 2009.
- Akşit S & Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5:25-36.
- Akça F & Köse A. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik Güvenirlilik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 2008; 11:7-16.
- Akkaş Gürsoy A. Yoğun bakım hastalarında bireyselliğin korunması. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 2005; 241-244.
- Akçetin N. Ç. Heidegger’ in Düşüncesinde Ölüm. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010; 3:1-7.
- Aktürk D. Ölümle çok karşılaşan servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümle karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2014.

- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9-21. doi:10.1037/a0034416
- Altay B, Gönener D ve Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2010; 15: 10-16.
- Amirmohamadi M, Borhani F, Kiani M, Almasi-Hashiani A, Naghavi B. The correlation between spiritual well being and depression in elderly patients with cancer in Iran. *J Family Med* 2017; 15: 129-96.
- Anvar, M., Javadpour, A., & Zadeh, S. M. Assessing death anxiety and its correlates among severe medically ill in-patients. *Shiraz E-Medical Journal*, 2012;13(3), 122–127.
- Ata G. Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umut Ve Depresyonla İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum 2018.
- Atabek EA & Karadağ A. [Nursing fundamentals: science and principles of nursing] *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Esasları*. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık; 2013; 1136-37.
- Arslan H. & Konuk Şener D. Stigma, spirüelitate ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(1): 51-58.
- Aştı N, Pektekin Ç & Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 54: 27-34.
- Aydın Ö. Yaşamı sürdürmede dinî inancın rolü. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2011
- Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdün üniversite öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2009; 9(4):86-108.
- Ay F.A.: Kuram nedir? Hemşirelik İle İlgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. Ed: Fatma Akça Ay. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. 1. Baskı, İstanbul, s.5-30, 2007.
- Badur S. Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. *Ölüm: Bir Topografya*. *Cogito Dergisi*. 2010; 40: 22-25

- Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC et al. Why is spiriüel care infrequent at the end of life? Spiritüel care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. J Clin Oncol. 2013 Feb 1;31(4):461-7. doi: 10.1200/JCO.2012.44.6443. Epub 2012 Dec 17.
- Baldacchino DR. Nursing competencies for spiriüel care. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(7): 885-896.
- Baldacchino D, Ross L. Spiritüelity: The human dimension in care, Proceedings 3rd International Students Conference, 25th-26th October, Salina Bay, Malta, 2007.
- Bash A. Spiritüelity: the emperor's new clothes? Journal of Clinical Nursing, 2004; 13(1): 11-16.
- Becker E. The denial of death. New York: Free Press. 1973.
- Beck TA, Emery G. Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler. Öztürk V. (Edt), İstanbul, Litera Yayıncılık, 2006.
- Bezlen J.A. Spiritüelity, culture and mental health: prospects and risks for contemporary psychology of religion, J Relig Health, 2004; 43, 291–316.
- Bhatti M. I., Batool N. ve Riaz M. N. Relationship between spiriüel wellness and quality of life among university students. Pakistan Journal of Psychology, 2011 42(2), 57-65.
- Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2013; 52(4):223-229.
- Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. Editör: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003; 46-48
- Boztilki M. & Ardıç E. Maneviyat ve Sağlık. Üsküdar Üniversitesi Sbf Sosyal Hizmet Bölümü. Sbf Hemşirelik Bölümü. Derleme, İstanbul. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017; 3(Ek sayı):39-45.
- Bozkurt N. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. Eğitim Ve Bilim, 2004; 29(133).
- Breitbart W, Gibson C, Poppito S, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spiriüelity. Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49 (6): 366-72.
- Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları. 2003; S; 432-433.
- Bulut M. B. Terör Yönetimi Kuramı (Dehşet Yönetimi Kuramı). Mediterranean Journal Of Humanities. 2015; V/1, 165-174.

- Calicchia, J. A. ve Graham, L. B. Assessing the relationship between spirüelity, life stressors, and social resources: Buffers of stress in graduate students. *North American Journal of Psychology*, 2006; 8(2), 307-320.
- Carroll B.A. Phenomenological exploration of the nature of spirüelity and spirüel care. *Mortality*, 2001; 6(1): 81-98.
- Chaitin E, Wood GJ, Arnold RM, Parsons PE, Schwenk TL, Finlay G. Communication in the ICU: Holding a family meeting, UpTo Date. Retrieved 11 May 2007.
- Chen, Y., Zou, H., Fang, W., Zhang, Y., & Fan, X. The mediation effect of health literacy between subjective social status and depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 2016; 91, 33–39.
doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.006
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı (13. Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi. 2004; S;276-277-279.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı-Psikolojinin Temel Kavramları. 20.Basım. İstanbul: Remzi Kitapevi. 2010.
- Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2002.
- Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2003; 22(5): 216-22.
- Cook CCH. Addiction and spirüelity. *Addiction* 2004; 99(5): 539-551.
- Como J.M. Spirüel practice: a literature review related to spirüel health and health outcomes. *Holist Nurs Pract*, 2007; 21(5): 224-236.
- Culliford L. Spirüelity and clinical care. 2002; *BMJ*;325 (7378): 1434-1435.
- Çetinkaya B, Altundağ S & Azak A. Spirüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 8(1): 47-50.
- Çevik B. Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2010.
- Çetin N. Annelerdeki Ölüm Kaygısının Çocukları ile Kurdukları Ölüm İletişimine Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul 2015, 67.
- Çınar M. Yetişkin ve Yaşlılarda Tanrı' ya Bağlama Tarzı ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Erzurum, 2015, 122.

- Çınar F. & Eti Aslan F. Spritüelizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spritüel Bakımın Önemi, Beykent Üniversitesi MYO, İstanbul, Bahçeşehir Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017;3(1):37-42.
- Daaleman TP, Dobbs D: Religiosity, spritüelity, and death attitudes in chronically ill older adults, *Res Aging* 32(2):224, 2010.
- Dağlı N.E. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Ve Dindarlık. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, 2010, 182.
- Davis T. L., Kerr B. A. ve Kurpius S. E. R. Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spritüelity. *Journal of Psychology and Theology*, 2003. 31(4), 356-365.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H., Hui, D., De La Cruz, M., Govan, K., Bruera, E., Thorney, S. The impact of spritüelity, religiosity, and spritüel pain in coping strategies and quality of life (QOL) of caregivers of advanced cancer patients (CACP) in the palliative care (PC) setting, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011; 41(1), 282.
- Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spritüelity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26 (6):1183-1188.
- Ebadi A, et al: Spritüelity: a key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war, *Nurs Health Sci* 11(4):344, 2009.
- Eğlence R., Şimşek N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt-5, sayı-1, 2014
- Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. *Gazi Tıp Derg* 2017; 29: 17-22.
- Erdoğan Y.M., Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 14(3): 171-179.
- Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 8(1): 37 45.
- Ertufan H. Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı Ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2000.

- Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İzmir, 2008.
- Eke S. Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2003.
- Ekşi H, & Kardaş S. Spritüel well-being: Scale development and validation. Spritüel Psychology and Counseling. 2017; 2, 73–88.
- Eyüboğlu SÖ. Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2009, 100.
- Fallowfield L. Helping the relatives of patients with cancer. Eur J Cancer 1995; 31A: 1731-1732.
- Florian V, Mikulincer M. Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. Journal of Personality and Social Psychology 1997; 73: 369-380.
- Frankl V.E. İnsanın anlam arayışı. (S. Budak, çev.) İstanbul: Okuyanüs Yayınevi. 2013.
- Freud S. Psikanaliz Üzerine. Öneş A. (Edt), İstanbul, Say Yayınları, 1997.
- Frazier PH, Foss-Goodman D. Death anxiety and personality: are they truly related?. Omega: The Journal of Death and Dying 1988-1989; 19(3): 265-274.
- Frick E., Riedner C., Fegg M., Hauf S. & Borasio G.D. A clinical interview assessing cancer patients' spritüel needs and preferences, European Journal of Cancer Care, 2006; 15, 238–243.
- Froom E. Psikanaliz ve din (E. Erten, çev.) Ankara-İstanbul: Say Yayınevi. 2015
- Frost MH, Novotny PJ, Johnson ME, Clark MM, Sloan JA, Yang P. Spritüel wellbeing in lung cancer survivors. Support Care Cancer, 2013, 21:1939-1946.
- Fortner B, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. Death Studies 1999, 22(5), 387-411.
- Galt CP & Hayslip B. Age differences in levels of overt and covert death anxiety. Omega: 1998; 37:187-202.
- Geçtan E. Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitapevi, 2002.
- Gedik Z. Ölüm Kaygısı ve Kendini Gerçekleştirme. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007. (Danışman:Prof.Dr.Güler Bahadır).

- Goudarz, M., Foroughan, M., Makarem, A., & Rashedi, V. Relationship between social support and subjective wellbeing in older adults. *Iranian Journal of Ageing*, 2015; 10(3), 110–119.
- Göka E. Hümanistik Psikoloji Açısından Kaygı Sorunsalı ve Kendini Gerçekleştirme Kavramı. *Doğu Batı Dergisi*. 1999; 2(6), 171-178.
- Göka E. Ölme, Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi. 1. Baskı, Timaş Yayıncılık, İstanbul, 2009; s:58-94.
- Gültekin A. Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Malatya 2018
- Gürkan A. Bütüncül Yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(1):1-5.
- Güzel Y. H. Psikolojik dışlanma kişisel belirsizlik hissine yol açar mı? Psikolojik dışlanmanın kişisel belirsizliğin ve ölümlülüğün dikkat çekici olmasının etkileri. Hacettepe Üniversitesi. Yayınlanmamış doktora tezi, 2012.
- Heidegger M. Varlık ve Zaman. Yardımlı A. (Edt), İstanbul, İdea Yayınları, 2004.
- Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spritüelite. *Anadolu Hemş.ve Sağlık Bil.Derg*, 2013; 16(1): 50-56.
- Honiball G, Geldenhuys D, Mayer CH. Acknowledging others as 'whole beings'. Managers' perceptions of spritüelity and health in the South African workplace. *Int Rev Psychiatry*. 2014 Jun;26(3):289-301. doi: 10.3109/09540261.2014.881331.
- Horney K. Çağımızın Tedirgin İnsanı, In: Yörükcan A, Ed. İstanbul: Tur Yayınları, 1980.
- Hökelekli H. Ölüm ve Ölüm Ötesi Psikoloji. *UÜİF Dergisi*, 1991; c.3 ss. 3. 112-165.
- Hökelekli H. Din Psikolojisi (6.Baskı). Ankara: T.D.V. Yayıncılık. 2005.
- Hökelekli H. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikoloji ve Din. İstanbul, Dem Yayınları, 2008.
- Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nursing Critical Care* 2005; 10:23-30.
- <http://www.ifdergisi.sakarya.edu.tr/article/view/1052000228/1052000207> et 14.09.2018
- Erişim Tarihi: 15.10.2018.
- <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim Tarihi; 11.10.2018
- <http://www.nanda.org/nanda-international-nursing-diagnoses-defintions-and-classification-2015-17.html> S:89 Erişim Tarihi; 28.02.2018.

- Işık E, Fadıloğlu Ç, Demir Y. Ölümüne karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,2009; 2: 28- 43.
- Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009,2(1): 82-88.
- İnce F. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde ölüm kavramı ve ölüm kaygısının araştırılması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- İnce Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 78 sayfa, İstanbul, 2011.
- İnci F. Hemşirelere Uygulanan Ölümüne İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon Ve Tutumlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği, Doktora Tezi, 2008.
- Jung C.G. Ruh ve ölüm. In: Gürol E, Ed. *Analitik Psikoloji*, İstanbul: Payel Yayınevi, 1997.
- Kabataş B. Ölüm Kaygısı Ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaç Karahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı sorunları araştırma dergisi* 2011, 1-2, 67-79.
- Kağıtçıbaşı, Ç. *Yeni insan ve insanlar sosyal psikolojiye giriş*. İstanbul: Evrim Yayınevi. 2005.
- Kalaoglu Öztürk Z. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010. (Danışman:Doç. Dr. Lut Tamam).
- Kara N. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölümüne ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2002.
- Karaca F. Ölüm Psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
- Karahisar F. Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2006.

- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal) 2012, 21(1):42-79.
- Kardaş S. Sanal Kimlik Ve Spritüel İyi Oluşun Üniversite Öğrencilerinin Narsistik Eğilimlerini Yordayıcılığı. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Doktora Tezi, 2017.
- Kartopu S. Dini Yaşayıştta Hayatı Sorgulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2006.
- Kastenbaum R. Death anxiety. Arizona State University, Tempe AZ, USA; 2007.
- Kayaoğlu K, Ekinci M. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler. Uluslararası hakemli psikiyatri ve psikoloji araştırmaları dergisi 2016, 5, 21-36.
- Khorshid L, Gürol Arslan G: Hemşirelik ve spritüel bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22(1): 233-243, 2006.
- Kıraç F. Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri (Din Psikolojisi) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Kızılkaya M, Koştı N. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 9 :69-74. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29337> ET; 26.12.2018
- Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2002; 6:7-20.
- Koenig H.G. Spritüelity, wellness, and quality of life, Complementary & Alternative Medicine, 2004; 2(2), 76-82.
- Koestenbaum P. Ölüm Yanıt Var mı?. Akgünlü Y. (Edt), İstanbul, Mavi Okyanus Yayıncılık, 1998.
- Konstanti Z. Et al. Symptoms Of Cardiac Anxiety In Family Members Of Intensive Care Unit Patients. American Journal Of Critical Care, September 2016, Volume 25, No. 5
- Kostak M, Çelikalp Ü & Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayı, 2010; 218-25.

- Kökdemir D. ve Yeniçeri Z. Terror management in a predominantly Muslim country: The effects of mortality salience on university identity and on preference for the development of international relations. *European Psychologist*. 2010; 15(3), 165-174.
- Körpe G. Spiritüelity and spiritüel care related perceptions of nurses working at the inpatient services of a university hospital. https://www.researchgate.net/journal/1300-056X_Gazi_Medical_Journal 2017, 29(1): 17-22.
- Kübler Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri, Çev. Ed. Terakye G. Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1995.
- Kübler-Ross E. *Ölüm ve ölmek üzerine* (B. Büyükbakkal, Çev.) İstanbul: BZD Yayıncılık. 1997.
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 293-300.
- Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritüel and/or religious needs. *British Journal of Nursing* 2005; 14 (4): 220-225.
- Lehto, R. H. & Stein, K. F. Death anxiety: An analysis of evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 2009; 23(1), 23-41.
- Lester D & Castromayor I. The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *J Soc Psychol*. 1992; 133(1):113-114.
- Lester D, Templer DI. Death anxiety scales: A dialogue. *Omega* 1993; 26(4): 239-253.
- Lester D, Templer, D.I. ve Abdel-Khalek, A. A cross-cultural comparison of death anxiety: a brief note. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2006; 54(3), 255-260.
- Lewis S, Salins N, Rao MR, Kadam A. Spiritüel well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer-directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther*, 2014, 10:676-680.
- Llamas-Sánchez F, Flores J, Acosta ME, González J, Albar MJ, Macías C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos [Needs of the families in a Critical Care Unit] *Enferm Intensiva*. 2009; 20:50-7.
- Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2003, 19(5), 305- 312.

- Marco L, Bermejeillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family, and nurses, *Nursing in Critical Care*, 2006; 11 (1): 33- 41.
- Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour ra, Modanlou km. A survey of death anxiety among personnel of a hospital in sari. *Journal of mazandaran university of medical sciences*. 2008.
- McEwan W: Spritüelity in nursing what are the issues? *Orthopedic Nursing*, 23(5): 321-325, 2004.
- Menekli T. ve Fadıloğlu Ç. Hemşirelerin Ölüm Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:4
- Mert İ.S. Cesaret Yönetimi. İstanbul: Hayat Yayınevi. 2007.
- Mikulincer M, Florian V. Stress, coping and fear of death: the case of middleaged men facing early job retirement, *Death Studies*, 1995; 19: 413-431.
- Moberg D. O. ve Brusek P. M. Spritüel well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 1978; 5, 303-323.
- Moberg D. The development of social indicators of spritüel well-being for quality of life research. In: Moberg D (ed.). *Spritüel Well-Being: Sociological Perspectives*. Washington: University Press of America, 1979; 1–13.
- Moetamedi, A., Pajouhinia, S., & Fatemi Ardestani, M. H. The impact of spritüel wellbeing and resiliency in predicting death anxiety among elderly people in Tehran. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2015; 3(2), 19–26.
- Morrison-Orton D. J. How rehabilitation professionals define the concepts of spritüelity and religion when working with individuals with disabilities. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 2004; 3(2), 37-55.
- Mutlu E. İçgüdümlü ve Dışgüdümlü Dindarlık ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013
- NANDA, 2009-2011 https://my.pba.edu/ics/icsfs/nanda_2009-2011.pdf?target=900a94bf-d72d-494b-80c8-d1743f6ad068
- Nadas P. Ölümle başbaşa. (G. Benderli, çev.) İstanbul: Can Yayınevi, 2013
- Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spritüel needs of theirs. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33(4): 446-455.

- Narimani, M. Ilbeigyghalenei, R. & Rostami, M. Role of religious attitudes, spritüel well-being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children. *Islam and Health Journal*, 2014; 1(3), 41–49.
- Neimeyer R. A, Moser R. P, Wittkowski J. Assessing attitudes toward dying and death: psychometric considerations. *Omega*;2003; 47:45-76.
- Nuland S. B. *Nasıl ölürüz? Yaşamın son döneminden izler*. (Ş. Taş, çev.) İstanbul: H2o Yayınevi. 2013.
- Okyay Y. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. T.C C.Ü. Sağlık Bilimler Enstüsü Hemşirelik Programı. Sivas, 2008: 58s.
- Oldnall A. A critical analysis of nursing: meeting the spritüel needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 23(1): 138-144.
- Ormsby A. Harrington A. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9: 321–327.
- Orak OS, Gök Uğur H, Başköy F, Özcan M, Seyis N. Yaşlı hastalarda tanrı algısı ölüm kaygısını etkiler mi?. *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi* 2015; 8(38), 618-624.
- Osarrodi, A., Golafshani, A., & Akaberi, S. Relationship between spritüel well-being and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 2012; 3(4), 79–88.
- Öner H. Cerrahi Onkolojik Hastalarda Spritüelite Ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2012.
- Ören B. “Yoğun bakımlarda hasta ve çalışan stresi” *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2011; 15 (29-35).
- Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2008.
- Özdemir K. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Özışık Eyüboğlu S. Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

- Özkan, B. Gündoğdu A.E. Toplumsal cinsiyet bağlamında türkçede atasözleri ve deyimler, Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 2011; 6(3), 1133-1147.
- Özyıldız A & Bayraktar N. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2006.
- Özer, K. Kaygı. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2012.
- Öztürk Z.K. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana. 2010.
- Öztürk N, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12, 37-43.
- Park CL, Cho D. Spritüel well-being and spritüel distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. Psychooncology, 2017; 26:1293- 1300.
- Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de las familias en las unidades de cuidados intensivos [Needs of the families in Critical Care Units]. Literature review. Enferm Intensiva. 2012; 23:51–67.
- Patneude A.B. Spritüel wellness among undergraduate college students. (Yayınlanmamış doktora tezi). Colarado State University, Colarado. 2006.
- Peterman, A.H. Fitchett, G. Braddy, M.J. Hernandez, L. Cella, D. Measuring spritüel well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spritüel well-being scale (FACIT-Sp), Ann Behav Med, 2002; 24(1), 49–58.
- Potter, P. Perry, A. Stockert P. & Hall, A. Fundamentals of Nursing. (8. Edition). St. Louis, Missouri: Mosby/Elsevier. 2012; p; 693-694.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. Improving the quality of spritüel care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference, J Palliat Med, 2009; 12, 885-904.
- Rabow M. Spritüel wellbeing among patients with cancer receiving concurrent outpatient oncologic and palliative care. JPSM, 2014, 47:500-501.
- Rahimi A, Anoosheh M, Ahmadi F, Foroughan M. Exploring spritüelity in Iranian healthy elderly people: A qualitative content analysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013 Mar;18(2):163-70.

- Ray R, Raju M. Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in India. *Psychological Reports* 2006, 99, 20-26.
- Resmi Gazete, Tarih 8 Mart 2010 sayı 27515, <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>
- Restrepo-Madero E, Trianes-Torres M.V, Muñoz-García A, Alarcón R . "Cultural and Religious/Spiritüel Beliefs and the Impact on Health that Fear to Death has on Gender and Age, Among a Romani Minority Group from Southern Spain." *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2016;1-6.
- Rominger R: Postcards from heaven and hell: understanding the near-death experience through art, *Art Ther* 27(1):18, 2010.
- Rubert R, Long D & Hutchinson M. "Creating a Healing Environment in the ICU" *Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes*. 2006; 3 (27-39).
- Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies* 2007; 31(6), 549-561.
- Scheck-Varner, J. E. Effects of spiritüel well-being, religious coping, and hardiness on parenting behaviors in low socioeconomic status families. (Yayınlanmamış doktora tezi). The University of Sothern Mississippi, Mississippi. 2009.
- Sadeghi, H., Saeedi, M., Rahzani, K., & Esfandiary, A. The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2015; 2(8), 36–48.
- Samuelson, B.T., Fromme, E.K. and Thomas, C.R. Changes in spiritüelity and quality of life patients undergoing radiation therapy, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2011; 00(0), 1-6.
- Sarıkaya Y. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Geliştirilmesi Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. (yayınlanmamış tez). Gazi Osmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2013.
- Sayar K. Varoluşçu Psikoloji Açısından Anksiyete. *Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Yeni Symposium Dergisi*, 2000; 38 (2):43-50.
- Sessanna, L., Finnell, D., & Jezewski, M. A.. Spiritüelity in Nursing and Health-Related Literature: A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 2007; 25(4), 252–262. <https://doi.org/10.1177/0898010107303890> Erişim Tarihi; 12.10.2018.
- Seybold KS, Hill P.C. The role of religion and spiritüelity in mental and physical health. *American Psychological Society*, 2001; 10(1): 21-24.

- Sezer S., Saya P. Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 13:151-165.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2010; 21(2), 99–112. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.007>.
- Singh A, Singh D, Nizamie SH. Death and Dying. Mental Health Reviews. 2003 <http://www.gb42.com/ynotdeathanddying.html> Erişim Tarihi: 12.09.2018.
- Soleimani AM, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Yeoh KK, Panarello B. Exploring the Relationship Between Spritüel Well-Being and Death Anxiety in Survivors of Acute Myocardial Infarction: Moderating Role of Sex, Marital Status, and Social Support. Journal of Religion And Health 2018; 57:683–703. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0554-2>
- Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Terror management theory of self-esteem. In: Handbook for Social and Clinical Psychology: The Health Perspective. Synder C. ve Forsyth D. (Edt), New York, Pergamon Press, 1991, s 21-40.
- Suhail K & Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan, Death Studies. 2002; 26:1, 39-50.
- Surbone, A., Baider, L. The spritüel dimension of cancer care, Critical Reviews in Oncology / Hematology, 2010; 73, 228–235.
- Stringhini, S., Berkman, L., Dugravot, A., Ferrie, J. E., Marmot, M., Kivimaki, M., et al. (2012). Socioeconomic status, structural and functional measures of social support, and mortality The British Whitehall II cohort study, 1985–2009. American Journal of Epidemiology, 175(12), 1275–1283. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr461>.
- Şahin A.O. Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi İle İlgili Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi İstanbul. 2006.
- Şahin M. Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. 2016; s, 25.
- Şenol C. Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, A.Ü. Sosyal Bilimler Enst. 1989; s.100.

- Taka F. Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
- Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
- Taşdemir N & Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: Ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2007; 11: s. 27-31.
- Tate, D.G., & Forchheimer, M. Quality of life, life satisfaction, and spritüelity - Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients, American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2002; 81(6), 400-410.
- Terakye G. Kanserli hasta yakınları ile etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, İzmir, 2011; 4 (2), 78-82
- Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. J General Psychology. 1970; 82,165-174.
- Thorson, J.A. ve Powell, F.C. Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of Clinical Psychology, 2006; 44(5), 691-701.
- Uygur D. Hemşirelerin spritüelite ve spritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyumu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Bolu, 2016.
- Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2003;7:75-81.
- Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2010, 13(1), 14-22.
- Wall R, Engelberg R, Gries C, Glayan B, Et. al. "Spritüel care of families in the intensive care unit" Crit Care Med, 2007; 35 (1084-1090).
- Wasserman LS: Respectful death: a model for end-of-life care, *Clin J Oncol Nurs* 12(4):621, 2008.
- Weber L. J. ve Cummings A. L. Relationships among spritüelity, social support, and childhood maltreatment in university students. Counseling and Values, 2003. 47, 82-95.

- Wong F.K.Y. ve Lee W.N. A Phenomenological Study of Early Nursing Experiences in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31:1509-1517.
- World Health Organization (WHO). Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options, 2004.
- Williams CMA. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*. 2005; 10(1): 6- 14.
- Williams W. "Spiritüel Care" HPNA Position Paper, *Journal of hospice and palliative nursing*, 2007; 9 (15-16).
- Whitford H.S., Olver, L.N. and Peterson, M.J. Spiritüelity as a core domain in the assessment of quality of life in oncology, *Psycho-Oncology*, 2008; 17, 1121–1128.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Block, S.D., Ng, A.K., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., and Balboni, T.A. (2011). The role of spiritüelity and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy, *Supportive Oncology*, XX(X), 1-7.
- Vassaf G. *Cehenneme övgü*. (Z.Gencosmanve Ö. Madra, çev.) İstanbul: İletişim Yayınları. 2013.
- Yalom I. Varoluşçu Psikoloji. (Çev. Zİ Babayiğit). İstanbul Kabalcı Yayınları. 2000; s.70.
- Yalom I. Güneşe bakmak ölümle yüzleşmek. (Z. Babayiğit, çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2008.
- Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. Z.İ. Babayiğit (çev.). 4. Baskı. İstanbul, 2011; Kabalcı.
- Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. İyidoğan Babayiğit Z. (Edt), İstanbul, Kabalcı Yayınevi, 2013.
- Yalom I. *Bağışlanan Terapi*. Zeliha İyidoğan Babayiğit (Çev.). İstanbul: Kabalcı yayınları. 2014.
- Yelboğa N. Yaşlılıkta ölüm anksiyetesi. Uluslararası Sosyal Hizmet Kongresi 2017 Sosyal Sorunlar ve Sosyal Hizmetin Geleceği. 7 (2), 53-68. 11 Ekim 2017.
- Yeager S et al: Embrace hope: an end-of-life intervention to support neurological critical care patients and their families, *Crit Care Nurs* 30(1):47, 2010.
- Yıldız M. Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. 2. Baskı, İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, İzmir, 2014.
- Yılmaz M. & Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi (HEMAR-G)* 2009;11(3):41-52

- Yılmaz M. Holistik bakımının bir boyutu: Spritüelite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14(2), 61-70.
- Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Miró JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? [opening the intensive care unit to families: what do the professionals think?] *Enferm Intensiva*. 2010;21:52–7.
- Zavala, M.W., Maliksi, S.L., Kwan, L., Fink, A. and Litwin, M.S. Spritüelity and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer, *Psycho-Oncology*, 2009; 18, 753–761.
- Zorba F. Ölüm Ve Ölmekle İlgili Çok Yönlü Değerlendirme Envanteri'nin (ÖÇDE-F) Türkiye Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018.

8. EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli katılımcı,
Katılacağınız “YOĞUN BAKIMDA HASTASI OLAN BİREYLERİN ÖLÜM ANKSİYETESİ VE SPRİTÜAL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ” isimli araştırma bilimsel bir çalışmadır.

Çalışmanın amacı;

Araştırma Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Dâhiliye, Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım Birimleri’nde yatan bireylerin birinci derece akrabalık bağı olan yakınları (anne, baba, eş, çocuk) ile yürütülecektir. Bu birimlerde araştırmanın 8 ay sürmesi öngörülmektedir. Araştırmadan elde edilecek bulguların; hemşirelik literatürüne birinci derece akrabalık bağı olan hasta yakınlarının yaşamış olduğu ölüm anksiyetesi, ölüm anksiyetesini etkileyen faktörler ve hasta yakınlarının yoğun bakım sürecinde spritüel iyi oluş düzeyleri hakkında yeni bir bakış açısı kazandıracağı ve araştırmadan elde edilecek bilgiler ışığında hemşirelerin ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının farkındalık ve bilgi düzeylerinin yükseltilerek daha faydalı ve etkin sağlık hizmet kalitesi sunulacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma bir anket çalışması olup katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gönüllü istediği zaman araştırmadan çekilebilir. Araştırmadan çekilme durumunda siz ve hastanıza sunulacak sağlık bakım hizmetinde hiçbir aksama olmayacaktır. Anketlerin doldurulması 10-15 dakika sürecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırma sonucunda edinilen bilgiler yayınlanırsa bile sizin ve hastanızın kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı: Gönüllüden bu kısmı kendi el yazısıyla yazması istenecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-2: Hasta Yakını ve Hastanın Tanıtıcı Özellikler Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesinde Dâhiliye, Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım’ da takip edilen bireylerin birinci derece akrabalarının (anne, baba, eş, çocuk) ölüm anksiyetesi ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek ve bu durumu etkileyen değişkenlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılma ya da katılamama konusundaki karar tamamen size aittir. Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz, ilk olarak anketteki tanıtıcı özelliklerin tanımlandığı bölümü, ardından ölüm anksiyetesi ölçeği formunu ve spiritüel iyi oluş ölçeği formunu doldurmanız gerekmektedir. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Sizlerden anket formu yöntemiyle toplanılacak veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Bu bilgiler başka kişi ya da kurum ile paylaşılmayacak ve gizliliğiniz kesinlikle sağlanacaktır. İlginiz için teşekkür eder, yakınlarmıza şifa dileriz.

Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN
Hem. Selçuk Görücü

BÖLÜM-1: HASTA YAKINI TANITICI ÖZELLİKLER FORMU;

1-Yaşınız: ...

2-Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekâr

4-Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

5-Çalışma Durumu? ☐ Evet ☐ Hayır 6-Mesleğiniz? 7-Gelir Durumu?

8-Eğitim Durumunuz?

☐ İlköğretim Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Üniversite Mezunu

☐ Yüksek Lisans veya Doktora Seviyesi ☐ Okur-Yazar Değil

9-Hastaya yakınlık dereceniz : ...

10-Hastayı ziyaret etme sıklığınız: ...

11-Ziyaret süresini yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12-Hastanız hakkında yapılan bilgilendirmeyi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet, yeterli ☐ Hayır yeterli değil

13-Hastanız yoğun bakıma kabul edilmeden önce birlikte mi yaşıyordunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14-Hastanız ziyaretiniz esnasında size tepki veriyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

15-Daha önceden bir kayıp yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

16-Evet, ise bu kayıp taki yakınlık dereceniz nedir? ...

17-Bu kayıp ani bir kayıp mıydı? ☐ Evet ☐ Hayır

18-Bu kayıp sürecinde neler yaşadınız?(Aşağıdaki tablodan size en uygun olanı işaretleyiniz)

Ortak yas tepkileri tablosu

Fiziksel tepkiler		Bilişsel tepkiler		Duygusal tepkiler		Davranışsal tepkiler	
Midede boşluk hissi		İnanamama ve İnkâr		Şaşkınlık ve şok		Ağlama	
Nefes alamama		Konfüzyon		Üzüntü		Dalgınlık	
Boğulacakmış gibi olma		Ölen kişinin yaşadığı duygusu		Öfke		Arama ve çağırma	
Seslere aşırı duyarlılık		Ölen kişiyi görme ya/ya da sesini duyma		Kendini ve başkalarını suçlama		Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma	
Enerjisizlik ve çabuk yorulma		İşitsel halüsinasyonlar		Yalnızlık		Sosyal çekilme	
İştah artması ya da azalması		Görsel halüsinasyonlar		Umutsuzluk		Uyku bozukluğu	

(ortak yas tepkileri tablosu, Bildik T, 2013)

19-Yaşadıklarınız ile baş edebildiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

20-Evet, ise hangi baş-etme yöntemlerini kullandınız?

- ☐ Terapi alarak ☐ İbadet ederek ☐ Duygularımı başkaları ile paylaşarak
☐ Üzüntüden farklı şeylere odaklanmaya çalışarak
☐ Aile üyeleri ile daha fazla zaman geçirme

21-Hastanız Yoğun Bakıma yatırıldığında hangi duyguları hissettiniz?

...

22-Hastanızın yoğun bakıma yatırılması sizin günlük yaşamınızı etkiledi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

23-Günlük olaylara karşı verdiğiniz tepkiler nasıl değişti?

...

BÖLÜM-2: HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU;

1-Yaş:

2- Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Yatış tanısı:

4-Ne kadar süredir yoğun bakımda yattığı:

5-Hastanın yattığı yoğun bakım?

☐ Dâhili YB

☐ Koroner YB

☐ Cerrahi YB

☐ Genel YB

6-Bilinç durumu?

☐ Açık / Oryante

☐ Açık / Oryante Değil

☐ Bilinç Kapalı

☐ Bilinç Kapalı/ Entübe

☐ Bilinç Kapalı / Entübe / Son Dönem Hastası

☐ Bilinç Açık / Entübe

Ek-3: Templer Ölüm Kaygısı (Anksiyetesi) Ölçeği (ÖKÖ)

Aşağıdaki ifadeleri okuyup size uygun ise “D” harfini, uygun değil ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

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

Ek-4: Spritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak kendinizi değerlendirip size yakın olan şıklam numarasını yuvadaki içine alınız. 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 sadece TEK bir yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.		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 doğru 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.	Gündelik hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine 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 benim 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.	İnançımı, 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.	Yahuz kaldığımda Allah'ı ve yaratıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnançımı, 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 elinde 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 hayatımın geçici olduğuna inanmak beni kurtarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-5: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Selçuk
GÖRÜCÜ'nün Araştırma İzni Hk.

İZMİR BUCA SEYFİ DEMİR SOY DEVLET HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Selçuk GÖRÜCÜ'nün hazırlamış olduğu “Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi” konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuz'da yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Birol DURUKAN
BAŞKAN

EKLER:
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5275cec7-8a1c-4fd3-a42d-6e2137774e6f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



**T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/53	18.05.2018 69407501	22.05.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı "Yrd. Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Selçuk GÖRÜCÜ tarafından kurulumuza sunulan "Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi" isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye
Adı Soyadı
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye
Adı Soyadı
Uzm.Dr. Leyla SÜNDÜS ARSLAN

Komisyon Başkanı
Adı Soyadı
Dr. Mustafa KURTULUŞ

Kurum Yöneticisi
Adı Soyadı
Uzm.Dr. Bediye SALNUR
Mühür/İmza

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR
Tel: (0232) 441 81 11 Faks : (0232) 483 36 39
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi :Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5275cec7-8a1c-4fd3-a42d-6e2137774e6f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek- 6: Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Ön İzin Belgesi

BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

İZMİR

Danışmanı olduğum, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Hemş. Selçuk GÖRÜCÜ**'nün "YOĞUN BAKIMDA HASTASI OLAN BİREYLERİN ÖLÜM KAYGISI VE SPRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ" adlı Tez Çalışmasının hastaneniz Dahiliye, Cerrahi, Koroner ve Genel Yoğun Bakım Üniteleri'nde hastası olan bireyler ile yürütülebilmesi planlanmıştır. Tez çalışmasının verilerinin toplanabilmesi için Araştırma Ön İzninin gereğini arz ederim.

11.05.2018


Dr. Öğr. Üyesi Gülşah Gürol ARSLAN
Hemşirelik Esasları AD

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları AD
35340 İnciraltı/İzmir
Tel: 4124772

Araştırmacılar

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah Gürol Arslan (Sorumlu araştırmacı)
Hemş. Selçuk Görücü

Ek1. Araştırma Protokolü
Ek 2. DEÜ Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı

Ek-7: Spritüel iyi Oluş Ölçeği Kullanma İzni

Spiritual Well-Being Ölçeği



Bu iletiyi 8.02.2018 Per 23:22 tarihinde iletiniz



SK

Selami Kardaş <selamikardas@gmail.com>

5.02.2018 Pzt 13:43

Siz ∞



Merhabalar Hocam,

Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:

<http://toad.edam.com.tr/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi>

Ölçeğin kendisi de (Türkçe) burada yüklü makalenin ek kısmında, oradan alıp kullanabilirsiniz. Çalışmak istediğiniz örneklem grubu için uygun bir ölçektir, kullanmanızda hiçbir sakınca yoktur.

Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

--



Ek-8: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

Templer's Death Anxiety Scale Hakkında



Figen Akça <figen_akca@hotmail.com>
2.02.2018 Cum 11:52
Siz ✕

 Ölüm Kaygısı Ölçeği.doc
4 MB

 +ğ+Âz+-m odaklı- envanter.pdf
376 KB

2 ek (4 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Selçuk Merhaba

Şu aralar ben de yoğun akademik çalışmalara yöneldiğim için bazen iyi oluyorum sonuçlar iyi olunca bazen de engeller kötü hissettirebiliyor. Yaşam böyle bişey...

Sen nasılsın?

Çalışman oldukça anlamlı olacaktır diye düşünüyorum

Yoğun bakımda hastamız olduğunda gerçekten de varoluşsal ölüm kaygımız ön plana çıkar

Sen de bu konuyu çalışmak istiyorsun, ancak sanırım çok çalışılan bir konu olarak senin bununla birlikte farklı bişey yapman iyi olacaktır.

Aklıma ölüm kaygısının ya da kaygının tam zıddı olan bir kavram geldi: "Çözüme Odaklanabilmek"

Ekte ölüm kaygısı ölçeği ve çözüm odaklı envanterini gönderiyorum

Acaba ölüm kaygısının gerçekten düşmanı mı çözüme odaklı bir yapıda olmak?

Belki Duygusal Zeka değişkenini, denetim odağını da katmak istersin...tamamen senin vereceğin bir karar sonuçta...

araştırma sorun bu olabilir mi?

cinsiyet, eğitim durumu, yaş, medeni durum, çalışıyor olmak, eğitim gibi değişkenlerle nasıl değişimlenir sonuçlar acaba?

sana kolaylıklar dilerim

Doç. Dr. Figen Akça
Uludağ Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
RPD Anabilim Dalı
Görökle/BURSA

...

Ek-9: Etik Kurul İzin Formları

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/11-07	Tarih:12.04.2018				
	Öğr.Gör.Dr.Gülşah Gürol Arslan'ın sorumlusu olduğu "Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izni alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izni alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOŞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[İmza]</i>

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Öğr.Gör.Dr.Gülşah Gürol Arslan

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3959-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritle İy Oluş Düzeylerinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Öğr.Gör.Dr.Gülşah Gürol Arslan Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	25.09.2018		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/23-27	Tarih:27.09.2018
	Öğr.Gör.Dr.Gülşah Gürol Arslan'ın sorumlusu olduğu "Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 25.09.2018 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Arslan</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Gülşah</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatristi	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Müge</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Aylin</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Murat</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Yasemin</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Ahmet</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Erhan</i>

Ek-10: ÖZGEÇMİŞ



SELÇUK GÖRÜCÜ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	24703190950
Doğum Tarihi	12/01/1985
İletişim Adresi	242/39 Sokak No:2a Kat:8 Daire:36 Yarım Ay Evleri Çamlıkule Mah.
Telefon	(507) 955 45 05
E-posta	selcukgorucu@gmail.com/selcukgorucu@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

06 Şubat 2017 - Şu Anda (2 yıl 4 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ
EYLÜLÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK
ESASLARI (YL)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.19 / 4.0

08 Eylül 2002 - 06 Ağustos 2007 (4 yıl 11 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, KAFKAS
ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK MEMURLUĞU BÖLÜMÜ, SAĞLIK
MEMURLUĞU PR.
Diploma Numarası: 99
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 62.19 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ocak 2009 - Şu Anda (10 yıl 5 ay) (Tam Zamanlı)
AR-GE PERSONEL, DİĞER (Sağlık Bakanlığı)

01 Ocak 2009 - 01 Ocak 2010 (1 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)

TEKNİK PERSONEL, DİĞER (Sağlık Bakanlığı)

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

