

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLEN HASTALARIN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİ İLE SPİRİTÜEL İYİLİK HALLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

HİLAL NUR KIYAK

DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ CANSU POLAT DÜNYA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hilal Nur Kıyak

İTHAF

Aileme ve yoğun bakım hastalarına ithaf ediyorum …

TEŞEKKÜR

"Hayatta en hakiki mürşit ilimdir"
Mustafa Kemal Atatürk

Tez yazım sürecimde bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimini paylaşan, ilgi ve desteğini esirgemeyen, sabır ve katkısıyla tezimin her aşamasında gelişmemi sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Cansu Polat Dünya'ya, eğitim süreci boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran Araştırma Görevlisi Semiha Küçükaydınoğlu'na, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve araştırma sürecinde destek veren İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan servis ve yoğun bakım hemşirelerine teşekkür ederim. Ayrıca, bu süreçte bana sürekli destek veren aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Hemşireliği Programı Yüksek Lisans öğrencisi Hilal Nur Kıyak tarafından Dr. Öğr. Üyesi Cansu Polat Dünya'nın danışmanlığında hazırlanan **Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edilen Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 24/09/2024 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı
Doç. Dr. Sevda Türen
Arel Üniversitesi
Sağlık Bilimler Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Jüri-Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Cansu Polat Dünya
İstanbul Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri
Doç. Dr. Nuray Turan
İstanbul Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

BEYAN ..... İİ
İTHAF ..... İİİ
TEŞEKKÜR ..... İV
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
ZUSAMMENFASSUNG / RESUME . **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Yoğun Bakım 3
2.2. Yoğun Bakım Ünitesi 3
2.2.1. Yoğun Bakım Kavramının Ortaya Çıkışı 4
2.3. Yoğun Bakım Ünitesi Basamakları 5
2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 5
2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 5
2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 5
2.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Kabul Kriterleri 6
2.4.1. Öncelikler modeli 6
2.4.2. Tanıya dayalı model 7
2.4.3. Objektif Parametrelere Dayalı Model 8
2.5. Yoğun Bakım Ünitelerinde Taburculuk Kriterleri 8
2.6. Yoğun Bakım Deneyimi 9
2.7. Spiritüel İyilik Hali 12
2.8. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri İle Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişki 13
3. GEREÇ VE YÖNTEM 15
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 15

3.2. Araştırmanın Soruları....15
3.3. Araştırmanın Değişkenleri....15
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....15
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi....15
3.6. Örnekleme Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri....16
Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri....16
Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri....16
3.7. Veri Toplama Araçları....16
3.8. Araştırmanın Uygulanması....17
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü....17
3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi....18
4. BULGULAR....19
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular....20
4.2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali (FACIT-Sp-12) Ölçeği'ne İlişkin Bulgular....22
4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular....23
4.3.1. Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki Regresyon Analizi....24
4.4. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ilişkin Bulgular....25
4.5. Hastaların Spiritüel İyilik Halleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....31
5. TARTIŞMA....37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER....44
KAYNAKLAR....47
FORMLAR....57
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI....63

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri 20
Tablo 4.2. Hastaların Klinik Özellikleri 21
Tablo 4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular 22
Tablo 4.4. Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular 22
Tablo 4.5. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İylik Halleri Arasındaki İlişki 23
Tablo 4.6. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki Regresyon Analizi Bulguları 25
Tablo 4.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 26
Tablo 4.8. Hastaların Yaşlarına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 27
Tablo 4.9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 28
Tablo 4.10. Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 29
Tablo 4.11. Hastaların Yoğun Bakımda Kaldıkları Gün Sayısına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 30
Tablo 4.12. Hastaların Ziyaretçi Gelme Durumuna Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 31
Tablo 4.13. Hastaların Cinsiyetine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 32
Tablo 4.14. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 32
Tablo 4.15. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 33
Tablo 4.16. Hastaların Yalnız Yaşama Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 33
Tablo 4.17. Hastaların Yoğun Bakıma Kabul Şekline Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 34

Tablo 4.18.Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Düzeylerine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 34
Tablo 4.19. Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 35
Tablo 4.20. Hastaların Mekanik Ventilasyon Uygulanması Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 35
Tablo 4.21. Hastaların Yoğun Bakımdan Transfer Edildikleri Birimlere Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 36

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

EKG Elektrokardiyografi

FACIT-Sp-12 Spiritüel İyilik Hali Ölçeği

TSSB Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YBÜ Yoğun Bakım Ünitesi

YBDÖ Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği

ÖZET

Kıyak H. (2024). Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edilen Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmada yoğun bakımdan servise transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı. Araştırma Ağustos 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 200 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) ve Spiritüel İyilik Hali (FACIT-Sp-12) Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmaya katılan 200 hastanın %61'i (n = 122) erkek olup, yaş ortalaması 62,72±11,53 idi. YBDÖ puan ortalamasının 75,505±10,497 ve FACIT-SP-12 puan ortalamasının ise 34,050±6,998 olduğu belirlendi. Yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi (r = 0,171, p = 0,015). Hastaların yaşı (p = 0,002) ve yoğun bakımda kaldıkları gün (p = 0,048) ile YBDÖ arasında anlamlı ilişkiler bulundu. YBDÖ alt boyutları incelendiğinde, erkek hastaların yoğun bakım deneyimlerini hatırlama puanlarının kadın hastalardan daha yüksek olduğu (p = 0,034); 49 yaş ve altındaki hastaların yoğun bakım deneyim puanlarının 80 yaş ve üzeri hastalara kıyasla daha yüksek olduğu (p = 0,02) tespit edildi. Eğitim düzeyi açısından, ortaöğretim/lise mezunu hastaların çevrenin farkında olma puanlarının okur-yazar olmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (p = 0,017). Yoğun bakımda 1 gün, 2 gün ve 3 gün kalan katılımcıların yoğun bakım sürecindeki deneyimlerinin yoğun bakımda 6 gün ve daha üzeri bir süre kalmış katılımcılardan daha pozitif olduğu tespit edildi (p<0,001). Çalışmamız, yoğun bakım deneyimlerinin hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve spiritüel iyilik halleri ile ilişkili olduğunu, bu nedenle hasta bakımında bu unsurların dikkate alınmasının klinik açıdan önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeleri: Hasta transferi, spiritüel iyilik hali, yoğun bakım deneyimi, yoğun bakım üniteleri

ABSTRACT

Kıyak H. (2024). An Examination of the Relationship Between Intensive Care Experiences and Spiritual Well-Being of Patients Transferred from the Intensive Care Unit. Istanbul University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

This study examined the relationship between the intensive care experiences of patients transferred from the intensive care unit to the general ward and their spiritual well-being. The research was conducted with 200 patients at Istanbul Bağcılar Training and Research Hospital between August 2023 and December 2023. Data were collected through face-to-face interviews using a Demographic Information Form, the Intensive Care Experience Questionnaire (ICEQ), and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12). Of the 200 patients, 61% (n = 122) were male, with a mean age of 62.72±11.53 years. The mean ICEQ score was found to be 75.505±10.497, while the mean FACIT-Sp-12 score was 34.050±6.998. A positive, low-level significant relationship was identified between intensive care experience and spiritual well-being ($r = 0.171$, $p = 0.015$). Significant relationships were found between ICEQ scores and patient age ($p = 0.002$) as well as the number of days spent in intensive care ($p = 0.048$). Analysis of ICEQ subdimensions revealed that male patients had higher scores in recalling their intensive care experiences compared to female patients ($p = 0.034$), and patients aged 49 and under had higher ICEQ scores than those aged 80 and over ($p = 0.02$). Additionally, patients with a high school education or higher had higher awareness of their surroundings than illiterate patients ($p = 0.017$). Patients who stayed in intensive care for 1 to 3 days reported more positive experiences compared to those who stayed for 6 days or more ($p<0.001$). This study indicates that intensive care experiences are associated with patients' sociodemographic and clinical characteristics and spiritual well-being, emphasizing the clinical importance of considering these factors in patient care.

Keywords: Patient transfer, spiritual well-being, intensive care experience, intensive care units.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım üniteleri, kritik durumdaki hastalara 24 saat boyunca uzman ekipler tarafından sürekli gözlem, bakım ve tedavi sunan, hastaların optimal iyilik hallerine ulaşmasını hedefleyen özel birimlerdir (Yin ve ark., 2023). Bu ünitelerde son teknoloji ürünü cihazların kullanımı, kritik hastalıkların yönetiminde ve etkin tedavi sonuçlarının elde edilmesinde önemli bir rol oynar. Ancak, yoğun bakımda tedavi gören hastalar sıklıkla olumsuz duygusal durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Carola ve ark., 2022; Ferrandino ve ark., 2023). Bu olumsuz duygu durum, hastaların yoğun bakıma ilişkin deneyimleri, genellikle yabancı bir çevrede bulunma, sürekli izlenme ve hastalar için bilinmeyen müdahalelere maruz kalma, uyku düzeninin bozulması ve ağrılı invaziv girişimlerin tekrarlanması gibi faktörlere bağlı olarak şekillenir. Yoğun bakım hastalarında anksiyete, depresyon, ajitasyon ve deliryum gibi olumsuz ruhsal durumların ortaya çıkmasına neden olabilir (Wu ve ark., 2022). Hastaların sağlık durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve belirsizlik duygusu, yaşadıkları stresi daha da artırabilir (Gu ve ark., 2024). Ayrıca, tanı ve tedavi süreçlerinde uygulanan invaziv ve noninvaziv prosedürler, pozisyon değişikliği, fizyoterapi işlemleri, hasta nakilleri ve pansuman değişimleri gibi durumlar da ağrıya ve olumsuz deneyimlere sebep olabilir (Gomarverdi ve ark., 2019). Bu olumsuz deneyimlerin, taburcu edilen hastalarda devam edebileceği ve bu durumun hastanın yaşı, cinsiyeti ve yatış süresi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Deana ve ark., 2023).

Hastalığın tedavisinde yalnızca rutin uygulamaların kullanılması, hastaların duygusal iyilik hallerini iyileştirmede yetersiz kalmaktadır. Yoğun bakım hastasının fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle bir bütün olarak ele alınması, etkili bakım sağlanmasında büyük önem taşımaktadır (Elsayed ve ark., 2023). Spiritüalizm, bireylere acı ve hastalığı anlamlandırmanın bir yolunu sunar ve hayatın amacı ile anlamını aramayı ifade eder (Manoiu ve ark., 2023). Hayatın amacı ve anlamını aramak, bireyin kendisi, ailesi, çevresi ve doğa ile bağ kurması gibi içsel duyguları içerir ve çeşitli inançlar, değerler ve ritüellerle ifade edilir (Camillo ve ark., 2021).

Spiritüel inançlar, kritik hastalıklarla karşılaşan ve yoğun bakım ünitesine yatan hastaların bu durumla nasıl başa çıktıklarını da etkileyebilir. Spiritüel iyilik hali, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyebilecek önemli bir faktördür. Yoğun bakım ortamında, hastaların spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması, genel iyilik

hallerini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırabilir (Robinson ve ark., 2020). Ancak, yoğun bakımda genellikle fizyolojik fonksiyonlara öncelik verildiğinden, psikolojik bakım ihmal edilebilmektedir. Bu nedenle, hemşirelik ve sağlık hizmetlerinde holistik bir yaklaşım benimsenmeli ve spiritüel bakım, yoğun bakım ünitelerinde standart bir uygulama haline getirilmelidir (Miller ve ark., 2023).

Yoğun bakım hastalarının deneyimleri genellikle stres, anksiyete ve belirsizlikle doludur; bu durumlar ise onların duygusal ve ruhsal iyilik hallerini olumsuz etkileyebilir. Spiritüel iyilik hali, hastaların bu zorlu süreçlerle başa çıkmalarına yardımcı olarak genel iyilik hallerini ve iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir (Suen ve ark., 2022). Bu bağlamda, yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin, hastaların spiritüel ihtiyaçlarını tanıma ve bu ihtiyaçlara uygun bakım sunma konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır (Picot ve ark., 2023). Spiritüel bakımın sağlanması, hastaların yaşamlarının anlamını ve amacını yeniden bulmalarına, yalnızlık duygusunu azaltmalarına ve tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlamalarına katkıda bulunabilir. Yoğun bakım hastalarının deneyimleri ve spiritüel iyiylik helleri üzerine yapılan araştırmalar bulunsa da, yoğun bakım deneyimler ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır (Bulut, Çekiç, & Altay, 2023; Klimasiński, 2021). Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım kavramı aynı zamanda "kritik bakım" olarak da adlandırılır. Bakımın kritikliğine vurgu yapılmasının nedeni akut ve ciddi hayati riske neden olan organ disfonksiyonuna bağlı organ ve sistem yetersizlikleri yaşayabilecek durumdaki hastaların sürekli, son teknolojik ve karmaşık ekipmanlarla gözlem altında tutulup, gerekli tıbbi müdahalelerin nitelikli sağlık profesyonellerince yapılmasıdır (Amer ve ark., 2023).

Yoğun bakımın temel amaç ve hedefleri, "CARE" akrostişiyle ifade edilmekte olup, Türkçe'de bu kelime, "bakım" anlamını taşımaktadır.

"C"-Clinical (Klinik): Yoğun bakım ünitesinde gerekli tedavi ve bakımın uygulanması,

"A"-Administrative (Yönetim): Acil durumda hastaya uygulanacak olan tedavi ve bakımınyönetilmesi,

"R"-Research(araştırma): Uygulanan tedavi ve bakımın kanıta dayalı olması için araştırılması,

"E"-Education(eğitim): Yoğun bakımda hizmet veren hemşirelere düzenli aralıklarla eğitim verilmesi, hasta ve yakınlarına ise yoğun bakım hakkında bilgi verilmesi şeklinde açıklanır (Uysal & Enç, 2021).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) bir veya daha çok organ, organ sistemlerinde ciddi fonksiyon bozukluklarına ve yetmezliklere sebep olan durumların tanılandığı ve tedavi edildiği, bozulan fonksiyonların eski haline döndürülmesi için yüksek teknolojiden faydalanılan, 24 saat kesintisiz izlem, tedavi ve bakımın sağlandığı özellikli birimdir (11395 Sayılı Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, 12.01.2024). Yoğun bakım ünitelerinde, durumu kritik ve yoğun bakım ihtiyacı olan, 24 saat yakın takip edilmesi gereken hastaların yeniden sağlıklarına kavuşmaları için uzman ekipler tarafından multidisipliner yaklaşım ile hizmet verilen hastaların optimal iyilik hallerine ulaşmalarına yönelik bakım ve tedavi uygulanmaktadır ~~(Uysal & Enç, 2021).~~

2.2.1. Yoğun Bakım Kavramının Ortaya Çıkışı

Florence Nightingale, yoğun bakım kavramının oluşumunda oldukça önemli bir yere sahiptir. 1854 Kırım Savaşı sırasında görev yaptığı sahra hastanesinde bir hemşire ekibi kurarak savaşta ağır yaralı durumdaki askerlere zamanın şartlarında en kapsamlı şekilde hemşirelik bakımı verecek uygun bir ortam oluşturmasıyla "yoğun bakım" kavramı gündeme gelmiştir (Denny, 2022).

"Yoğun bakım" kavramı, "yoğun hemşirelik bakımı" kavramı ile eş anlamlı olarak kullanılırken, Amerikan Birleşik Devletleri'nde de 1923 yılında Johns Hopkins Hastanesi'nde nöroşirurji hastalarının ameliyat sonrası yakın hemşirelik takibinde olması için 3 yataklı bir ünite kurulması sonucu bu kavramlar, "post-op (operasyon sonrası) kurtarma odası" olarak da kullanılmaya başlanmıştır (Jones & Miller, 2018). Daha sonraki dönemlerde gerçekleşen İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam savaşlarıyla birlikte, "kalp masajı" olarak bilinen "Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon (Cardio Pulmoner Resusitation [CPR])" ve yoğun bakım hastalarının seçimindeki triyajın öneminin anlaşılmasıyla birlikte ameliyat sonrası hemşirelik bakımının önemi artmıştır (Anderson, 2019). 1952 yılında ise, Kopenhag'da ortaya çıkan polio salgını sırasında anestezi uzmanı Dr. Bjorn Ibsen tarafından normalde ameliyathanelerde kullanılan sürekli pozitif basınçlı ventilasyon tekniğini polio tanılı kritik durumda olan bir çocukta uygulanmasıyla, bu tekniğin etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Diğer hastalarda da bu yöntemi uygulanmaya başlaması sonucu; anestezistler, özel hemşire ve tıp öğrencileri tarafından hastaların sürekli ve manuel olarak ventile edilmesiyle, Ibsen'in uygulamaya koyduğu teknik karşılaştırılmış ve polio sebepli ölüm oranlarının düştüğü tespit edilmiştir (Shankar-Hari et al., 2021). Carl-Gunnar Engström ise, bu sonuca dayanarak nefes alma-verme aşamalarını dönüşümlü olarak yapabilen, solunum cihazını icat etmiştir. Blegdam Hastanesi, bu yöntemin solunum yetmezliği olan tüm hastalara uygulanmasını sağlayarak onları üç özel serviste gruplandırınca, dünyadaki ilk üç yoğun bakım ünitesi ortaya çıkmıştır (Miller & Gustavsson, 2020). Ülkemizde ise yoğun bakım ünitesi ilk olarak Haydarpaşa Numune Hastanesinde Dr. Cemalettin Öner önderliğinde kurulmuştur (Uysal & Enç, 2021). Bugünkü anlamda modern yoğun bakım tıbbının başlangıcı, kritik organ yetmezliğine sahip hastaların; alanında uzman, 24 saat gözlem, tıbbi ve hemşirelik bakıma ve mekanik cihazların desteğiyle hayatta kalabileceği ve hatta iyileşebileceğinin gösterilmesine borçludur. Bjorn Ibsen,

uyguladığı bu teknikle hastane servislerinden ayrılan akut ve kritik bakım için yeni ve tıbbi bir disiplin olan yoğun bakım tıbbını ortaya çıkarmıştır (Rohrig, Lancé, & Malmstrom, 2020).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesi Basamakları

Yoğun bakım üniteleri, yatan hastaların klinik durumuna, çalışan personelin niteliğine, yoğun bakımın fiziksel alt yapısına, sahip olduğu ekipmana göre üç basamak olarak sınıflandırılmaktadır (200853 sayılı Genelge, Erişim Tarihi: 15.01.2024).

2.3.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

"Ara yoğun bakım" olarak da nitelendirilen, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, fizyolojik açıdan stabil fakat instabilite riski olan, hemodinamik olarak servislerdeki diğer hastalara göre yakın izlem, takip ve tedavinin uygulanması gereken hasta profilinden oluştan ünitelerdir. Temel monitörizasyon yöntemleri (oksijen saturasyonu, elektrokardiyografi, ritim, kan basıncı, nabız, ateş) ile hastaların takip edildiği, sıvı ve kan ürünleri replasmanı yapılabilen, entübasyon gibi invazif işlemlerin yapıldığı, kardiyopulmoner resüsitasyonla hastalara ilk müdahalenin yapıldığı, ikinci ve üçüncü düzey yoğun bakımlara hasta transferi yapabilen, koroner yoğun bakımlar, ikinci ve üçüncü düzey yoğun bakım ünitelerinin kabul kriterlerine uyumayan yoğun bakım üniteleridir (Uysal & Enç, 2021).

2.3.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Birinci basamak yoğun bakım ünitelerinden daha çok gözlem ve müdahale gerektiren, kritik durumda olan tek organ yetersizliğine ve hayati riski olan hastalara destek tedavilerinin uygulandığı (mekanik ventilasyon, diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez gibi), uygulanan tedavilerin yakından izlendiği, belirli saatlerde hekim gözlemi hizmeti veren, 3 hastaya bir hemşirenin takip, tedavi ve bakım sağladığı, mekanik ventilatör ile uzun süre takip imkanı olan ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinin kabul kriterlerine uymayan yoğun bakım üniteleridir (Uysal & Enç, 2021).

2.3.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Durumu kritik, temel ve kapsamlı solunum desteğine ihtiyaç duyan, bunun yanında en az 2 ya da daha fazla organ disfonksiyonuna sahip, yüksek riskli hastalığı nedeniyle yakından takip edilmesi gereken, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi tüm destek tedavilerinin yapılabildiği, 2 hastaya 1 hemşirenin takip,

tedavi ve bakım sağladığı, 24 saat hekim gözlemi yapılan, mekanik ventilatörle uzun süre takip yapılabilen en kapsamlı tedavi ve bakım verilebilen özellikli ünitelerdir (Uysal & Enç, 2021).

2.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Kabul Kriterleri

Yoğun bakım ünitesi, kritik hastaların sürekli izlendiği ve özel bakımın sağlandığı birimlerdir. Yoğun bakımda yatan hastaların, başka bir kliniğe transfer edilebilmesi ya da taburculuğunda kullanılan bazı kriterler bulunmaktadır. Hastanın yoğun bakıma yatışı; yaşı, tanısı, bağımlılık durumu, komorbid hastalıkları varlığı, hastalığın şiddeti, operasyon şekli, yoğun bakımdaki yatak sayısı göz önüne alınarak hekimler tarafından karar verilmektedir.

Yoğun bakıma kabulü yapılan hastaların, kritik bir hastalığı olması veya diğer yataklı servislerde uygun tedavi ve bakım uygulanamayacak yakın gözlem ihtiyacı olan, organ yetmezliği olan/organ yetmezliği ihtimali olması gerekmektedir. Hasta seçimi yapılırken triyaj kullanılır. Fransızca kökenli bir kelime olan triyaj, hastaların durumlarının ciddiyetine göre önceliklerinin belirlenmesi anlamına gelmektedir. Olası salgın ve afet durumlarında triyajın kullanılması hastalar için kaynakların doğru kullanımı ve eşitliğin sağlanması için oldukça önemlidir. Yoğun bakım hizmetinin hangi hastaya en fazla yarar sağlayacağı yoğun bakım doktorlarınca karar verilir, bu kararlar doğrultusunda hasta yatışı kabul edilir. Yoğun bakıma kabulü yapılan hastaların, kritik bir hastalığı olması veya diğer yataklı servislerde uygun tedavi ve bakım uygulanamayacak yakın gözlem ihtiyacı olan, organ yetmezliği olan/organ yetmezliği ihtimali olması gerekmektedir. Hasta kabulü yapılırken eşitliği sağlamak için ortak klinik karar alınması gerekmektedir (Dahine et al., 2020).

Yoğun bakım doktorlarının bu önemli kararı adil bir şekilde verebilmesi için 3 farklı yöntem geliştirilmiştir (Capuzzo ve ark., 2010).

2.4.1. Öncelikler modeli

Kabul edilecek hastalar olarak en fayda sağlayabilecek olandan (birinci derece öncelikli), hiç fayda sağlamayacak olan hastalara (dördüncü derece öncelikli) şeklinde sıralandırılır.

Birinci derece önceliği olan hastalar: Durumu kritik, hayati tehlikesi bulunan, uygulanacak tedavi ve bakımı yoğun bakım ünitesi dışında karşılanamayacak olan türde hastalardır. Bu hasta grubuna beyin ölümü gerçekleşen veya yakın süreçte beyin ölümü gerçekleşmesi beklenen hastalar da kabul edilebilir. Bunun sebebi ise bu gruptaki hastaların gerçekleşebilecek beyin ölümü ile gerekli şartlar sağlandığına daha başarılı organ nakli için donör sayılmasıdır. Bu grup hastanın tedavisinde bir sınırlama yoktur.

İkinci derece önceliği olan hastalar: Bu hasta grubu, entübasyon ve invaziv mekanik ventilasyon takibi gereken/riski olan, potansiyel olarak acil müdahale ihtiyacı olabilecek hastalardan oluşur. Bu grup hasta için tedavi sınırı koyulmamıştır.

Üçüncü derece önceliği olan hastalar: Bu gruptaki hastaların altta yatan bir ya da daha fazla hastalığa ve iyileşme ihtimali düşük akut hastalığa sahip olabilirler. Akut hastalığı iyileştirmek için uzun vadede yoğun tedavi görmesi muhtemel hastalardır. Bu sebeple tedaviye sınırlama getirilebilir.

Dördüncü derece önceliği olan hastalar: Bu grup hastalar çoğunlukla yoğun bakım kabulü uygun olmayan hastaları içerir. Biraz daha açıklayıcı olursak bu gruptaki hastalar yoğun bakım ünitesinden fayda göremeyecek kadar iyi ya da yoğun bakım hizmetinden fayda görmeyecek kadar kötü (metastatik kanseri olan, durumu ölümcül, geri dönüşü olmayan ve yakın zamanda ölümle karşılaşma riski yüksek) hastalardır. Aynı zamanda bilinçli karar verebilen ve uygulanacak agresif tedaviyi kabul etmeyen, ihtiyacı olan diğer uygulamaları yoğun bakım dışında da alabilecek hastalar bu grupta bulunur (Capuzzo ve ark., 2010).

2.4.2. Tanıya dayalı model

Hastalığın tanısı veya özel durumlar göz önünde bulundurularak hasta kabulü yapılır. Her sistem için spesifik tanılar vardır:

-***Kardiyak sistem:*** Akut miyokart infarktüsü, kardiyak arrest, tamponat, kardiyojenik şok, ölümcül aritmiler, hipertansif aciller gibi tanıları olan hastalar

-***Solunum sistemi:*** Acil entübasyon ihtiyacı olan solunum yetmezliği, mekanik ventilatörle takip edilmesi gereken akut solunum yetmezlikleri, Hemodinamik instabilite sebep olan pulmoner emboli, masif hemoptizi tanısı olan hastalar

-***Nörolojik sistem***: Akut subaraknoid kanama, mental durum değişikliğine sebep olan inme, koma, status epileptikus, beyin ölümü, şiddetli kafa travmaları tanısı bulunan hastalar

-Gastrointestinal sistem: Yaşamı tehlikeye sokan gastrointestinal kanamalar, ağır karaciğer yetmezliği, özofageal perforasyon tanılı hastalar

-Endokrin sistem: Diyabetik ketoasidoz, mental durum değişikliğine sebep olan elektrolit bozuklukları tanılı hastalar

-Cerrahi: Ameliyat sonrası dönemde mekanik ventilatör ve yoğun hemşirelik takibi gereken hastalar, komplike operasyon geçiren, aşırı kanaması ve drenleri olan hastalar

-Diğer: İlaç alımı sonrası nöbet geçiren hastalar, hemodinamisi stabil olmayan ilaç almış hastalar, hemodinamiyi bozan septik şok, çoklu organ yaralanması, hemodinamik izlem gereken hastalar (Çelik ve ark., 2007).

2.4.3. Objektif Parametrelere Dayalı Model

Bu modelde, yaşam bulguları ve laboratuvar bulgularının kritik/panik değerlerde olması, radyoloji, ultrason ve bilgisayarlı tomografi gibi yöntemlerle görüntülenen mental durumda değişikliğe sebep olan serebrovasküler kanama, hemodinamik instabiliteye sebep aortik anevrizma diseksiyonu, EKG'de görüntülenen tehlikeli aritmiler ve bilinç düzeyinde ani gerileme, anizokori görülmesi gibi fiziksel bulgular göz önünde bulundurulur (Dahine et al., 2020).

2.5. Yoğun Bakım Ünitelerinde Taburculuk Kriterleri

Yoğun bakımlarda taburculuk kriterleri diğer kliniklere göre daha karışık ve zorlu bir süreçten oluşur. Bu süreçte rol oynayan bazı etmenler ise hastanın genel durumu, yoğun bakım ünitesinde uygulanan invaziv, noninvaziv işlemlere bağlı ağrı, iletişim eksikliği, korku ajitasyon sonucunda ortaya çıkan bilinç değişikleridir. Yapılan çalışmalar yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen hastaların %5-16'sının ileri yaş, kardiyak ve solunumsal problemler, depresyon gibi psikolojik problemler sebebiyle kötüleşerek tekrar yoğun bakımlara kabul edildiğini göstermiştir (Sezen, Temiz, & Güngör, 2014, s. 68).

Hastanın yatışına sebep olan sağlık problemlerinin çözümlenip artık uzun süreli yoğun bakım izlemi, mekanik ventilasyon tedavisi gerektirmeyen sağlık durumunun stabillendiği veya hastanın durumu kötüleşmesine rağmen aktif müdahale planlanmayan hastalar için klinik içi uygun şartların sağlanmasıyla öncelikle bir alt düzey yoğun bakıma sonrasında servislere transferi planlanır.

Yoğun bakım ünitesine kabul ve taburculuk kararlarının belirlenen protokollere uygun olmayan şeklide yapılması yoğun bakım hemşirelerinin bakımını planlarken ikilem yaşamasına, bakım kalitesinin düşmesine ve emosyonel tükenmeye yol açmakla kalmayıp aynı zamanda bakım maliyetini uzatıp yatış süresini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kliniklerde bu konuyla ilgili yazılı protokeller oluşturulması, protokole uygun hasta seçilmesi önceliği olan ve yoğun bakım takibinden fayda görecek hasta sayısını, verilen hizmetin kalitesini arttıracak, yoğun bakıma tekrarlayan hasta yatışını azaltacak veya önleyecektir (Sezen, Temiz, & Güngör, 2014, s. 69).

2.6. Yoğun Bakım Deneyimi

Deneyim, bireyin belirli bir sürede veya hayat boyu edindiği bilgilerin ve yaşantıların toplamıdır (Türk Dil Kurumu, 2024). Yoğun bakım deneyimi ise kritik hastalıklar, enfeksiyonlar, travmalar ve cerrahi müdahaleler gibi hayati tehlike arz eden durumlarla karşı karşıya olan hastaların izlem, tedavi ve bakım süreçlerini kapsar. Bu deneyim, bireyin algısını, düşünme ve davranış biçimlerini derinden etkiler. Hastanın sağlık durumu, konforu, uygulanan tedavi ve prosedürler, hasta ve yakınlarının sağlık personeli ile iletişimi, yoğun bakımdaki fiziksel koşullar ve destek sistemleri, yoğun bakım deneyimini önemli ölçüde etkiler (Bienvenu, 2021).

Yoğun bakım ünitesinde karşılaşılan olumsuz deneyimler arasında duyusal yoksunluk, duyusal yüklenme, ajitasyon, oryantasyon güçlüğü, deliryum, depresyon, uyum zorluğu, uyku bozukluğu, regresyon, tedaviyi reddetme, anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük ve bilinmezlik korkusu yer almaktadır (Taylor ve ark., 2019). Hastanın sağlık durumunun ciddiyeti, uygulanan invaziv girişimlere bağlı ağrı ve rahatsızlık, yetersiz iletişim, belirsizlik ve bilgi eksikliği, hastanın duruma uyum sağlamasını zorlaştıran ve memnuniyeti azaltan önemli faktörlerdir (Kavuncu, 2016). Duygusal durumu olumsuz etkileyen diğer faktörler ise hastanın alışık olmadığı bir çevrede bulunması, ailesinden ve sevdiklerinden uzak kalması, ağrılı işlemlerin sık tekrarlanması, yatağa ve tıbbi cihazlara bağımlılık, hareket kısıtlılığı, engellenmişlik hissi, kendini ifade edememe, uyku düzeninin bozulması, hayatının tehlikede olması ve hastalığı ile tedavi süreci hakkında yeterli bilgi sahibi olmamasıdır (Taylor ve ark., 2019). Yoğun bakım ünitesindeki gürültü, ortamın ısısı, yoğun ışığa maruz kalma ve gece-gündüz ayrımının kaybolması gibi çevresel faktörler, yer ve zaman oryantasyon bozukluğuna yol açarak

hastaların stres düzeylerini artırır ve iyileşme sürecini olumsuz etkiler (Dönmez, Korkmaz & Geçit, 2020).

Hastaların yoğun bakımı nasıl algıladıklarını araştıran bir çalışmada, yoğun bakımın; ağrı, gürültü, uykusuzluk, susuzluk, açlık, sıcak, soğuk, korku, anksiyete, izolasyon, fiziksel engellenme, bilgi yetersizliği ve gün ışığının yokluğu gibi unsurlarla ilişkilendirildiği bulunmuştur (Aparício & Panin, 2020). Başka bir çalışmada ise hastaların aldıkları bakıma değer verdikleri, ancak aynı zamanda kaygı ve korku yaşadıkları ortaya konmuştur (Bodur ve ark., 2022). Olumsuz yoğun bakım deneyiminin, hastaların yoğun bakım ünitesine kabulünden 48 saat sonra ortaya çıkan akut konfüzyon ve çevresel etmenlerden kaynaklandığı vurgulanmaktadır (Dedeli ve ark., 2005). Özellikle kalp hastalıkları sebebiyle yatan hastalarda kötümser deneyimlerin daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Kalp hastalarında anksiyete ve depresyonun sık görülmesi, akut durumda yatağa bağımlı olma, akut miyokart enfarktüsü geçirme, ağrı, uyku düzeninin bozulması ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi faktörler, olumsuz deneyimlerle ilişkilendirilmektedir (Karami ve ark., 2023).

Yoğun bakım ünitelerinde sunulan psikososyal destek, manevi destek, fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve aile-hasta eğitimi gibi destek hizmetleri, hastaların psikolojik iyilik halini artırarak olumlu yoğun bakım deneyimlerine katkı sağlar (Cuzco ve ark., 2021). Olumlu yoğun bakım deneyimine sahip olan hastaların, klinik personeline olan güvenlerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni, doktoru güvenilir bir bilgi kaynağı olarak görmeleri ve hemşirelerin sürekli ve yakından takip yaparak hastanın öz bakım ihtiyaçlarını desteklemesi, iletişim kurarak kaygılarını azaltmalarıdır (Kostich ve ark., 2021). Sağlık çalışanlarının hasta odaklı bakım yaklaşımı, hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurmaları, empatik ve hoşgörülü tutum sergilemeleri, yoğun bakım deneyimini olumlu yönde etkileyerek hastaların duygusal iyilik hallerini artırmaktadır (Gabay ve ark., 2019; Çınar & Eti Aslan, 2017).

Yoğun bakım ünitesine kabul, hastalar için oldukça stresli ve travmatik bir deneyim olup, bu süreç aynı zamanda hastaların iyileşmelerini ve uzun vadeli refahlarını etkileyebilecek bir dizi psikososyal soruna yol açabilmektedir. Yoğun bakımda yatan hastalar, öfke, anksiyete, ümitsizlik, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, spiritüel distres, deliryum ve uyku bozuklukları gibi çeşitli psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Ageel ve ark., 2024). Bu tür yoğun stres ve

travmatik deneyimlerle başa çıkmada, hastaların spiritüel iyilik hali önemli bir rol oynayabilir. Yoğun bakım ortamının genellikle gürültülü, stresli ve kafa karıştırıcı olması, hastalarda şiddetli stres gelişimine neden olabilir; bu durum ise hastaların spiritüel ihtiyaçlarını daha da artırabilir (Karahan, Polat, & Çelik, 2023). Depresyon, yoğun bakım hastalarında sık görülen bir diğer psikolojik sorun olup, çaresizlik, umutsuzluk, donuk duygulanım, zayıf göz teması, bozulmuş yeme ve uyku düzeni ile azalan enerji seviyeleri gibi belirtilerle kendini gösterir. Spiritüel destek, bu tür olumsuz duygusal durumlarla başa çıkmada hastalara yardımcı olabilir ve bu sayede yaşam kalitesinin düşmesini engelleyebilir (Kutlu, Demirbaş, Gök, & Işıklar Özberk, 2016).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), yoğun bakımda karşılaşılan travmatik deneyimler ve tedaviler sonucu bazı hastalarda gelişebilir. Yoğun bakımda hayatta kalan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, TSSB semptomlarının arttığı gözlemlenmiştir (Abdelbaky & Eldelpshany, 2024). Bu tür travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecinde, spiritüel desteğin hastaların psikolojik dayanıklılığını artırabileceği düşünülmektedir. Deliryum ve bilişsel bozukluklar da yoğun bakım hastalarında sık görülen psikolojik sorunlar arasında yer alır. Hastalar, yoğun bakım ünitesinden ayrıldıktan sonra bile hafıza sorunları ve konsantrasyon güçlükleri gibi uzun vadeli bilişsel bozukluklar yaşayabilmektedir (Abdelbaky & Eldelpshany, 2024). Bu tür bilişsel sorunlarla başa çıkmada spiritüel iyilik halinin güçlendirilmesi, hastaların zihinsel sağlıklarını koruma ve yaşam kalitelerini artırma açısından önemli bir katkı sağlayabilir. Uyku düzeni ve kalitesinin bozulması sonucu ortaya çıkan uyku bozuklukları, hastanın psikolojik durumunu olumsuz etkileyerek diğer psikososyal sorunların gelişmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda, spiritüel bakımın sağlanması, hastaların bu zorlu süreçlerle daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Abbasoğlu & Demirdağ, 2024).

2.7. Spiritüel İyilik Hali

Spiritüalite, insanın anlam arayışıyla ilgili derin ve kişisel bir boyut olup, bireyin kendini, evreni ve yaşamın temel sorularını anlamlandırma çabasını ifade eder (Alpay, 2024). Bu süreç, kişinin duygusal, zihinsel ve ruhsal deneyimlerini kapsar ve bu deneyimler yoğun bakım gibi kritik durumlarda daha da önem kazanır. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalar, genellikle yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya kaldıklarından, spiritüel ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik arayışları artabilir (Çınar & Eti Aslan, 2017).

Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, ciddi sağlık sorunları nedeniyle sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve ruhsal olarak da zorlayıcı bir süreç yaşarlar. Bu süreçte, hastaların yalnızlık, ölüm korkusu, rol ve amaç kaybı gibi duygularla başa çıkma gereksinimi artar. Yoğun bakım ortamı, hastaların bu tür duygusal zorluklarla baş etmelerini zorlaştırabilir; bu da onların spiritüel distres yaşamalarına neden olabilir. Bu nedenle, yoğun bakım hastaları için spiritüel iyilik hali, bu zorlu süreçle başa çıkmada kritik bir rol oynar (Çınar & Eti Aslan, 2017).

Spiritüel iyilik hali, yoğun bakımda yatan hastaların iyileşme sürecini ve genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Yapılan araştırmalar, spiritüel iyilik halinin yüksek olduğu hastaların, hastalık süreçlerini daha iyi karşıladıklarını, daha az umutsuzluk ve depresyon yaşadıklarını göstermektedir (Monod ve ark., 2011). Buna karşın, spiritüel iyilik halinin düşük olması, yoğun bakım sürecinde yaşanan stresin artmasına, psikolojik sorunların derinleşmesine ve hatta ölüm oranlarının yükselmesine neden olabilir.

Yoğun bakım ortamında, hastaların spiritüel iyilik hali, yalnızca bireyin kendi içsel deneyimleri ile değil, aynı zamanda çevresi ile olan etkileşimleriyle de şekillenir. Bu bağlamda, hastaların ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri, bakım veren sağlık profesyonellerinin tutumları ve dini inanç sistemleri, hastaların spiritüel iyilik halini etkileyen önemli faktörlerdir (Clark ve ark., 1995). Yoğun bakım hastalarının spiritüel iyilik halinin desteklenmesi, onların psikolojik dayanıklılığını artırarak, hastalık sürecini daha olumlu geçirmelerine katkı sağlayabilir (Kahraman, 2020).

Yoğun bakım ünitelerinde, spiritüel bakımın rutine dahil edilmesi, hastaların genel iyilik hallerini ve bakım memnuniyetlerini artırabilir. Ancak, mevcut literatür, yoğun bakım profesyonellerinin spiritüel bakım konusunda bilgi eksikliği ve zaman yetersizliği nedeniyle bu tür bakımın yeterince sağlanamadığını ortaya koymaktadır

(Willemse ve ark., 2018; Ho ve ark., 2018). Bununla birlikte, yoğun bakım ünitelerinde spiritüel iyilik halinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda uygun bakımın sağlanması, hastaların yoğun bakım sürecinde yaşadıkları stres ve diğer psikolojik sorunların hafifletilmesine yardımcı olabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar, yoğun bakım hastalarının spiritüel iyilik halinin, onların sağlık süreçlerine uyum sağlamalarında ve tedaviye karşı olumlu bir tutum geliştirmelerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Yilmaz Bulut, Çekiç, & Altay, 2023; Uğuz & Keskin, 2024).

Örneğin, kemoterapi alan hastalarda, spiritüel iyilik halinin artmasıyla birlikte tedaviye bağlı semptomların hafiflediği ve genel yaşam kalitesinin yükseldiği saptanmıştır (Türkarslan, 2023). Benzer şekilde, yoğun bakımda yatan hastalar arasında yapılan çalışmalar da, spiritüel iyilik halinin artmasının psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiğini ve bu durumun yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Alpay, 2024).

Yoğun bakım ünitelerinde spiritüel iyilik hali, hastaların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yoğun bakım hastalarının spiritüel ihtiyaçlarının tanınması, değerlendirilmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakım sunulması, hem hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırabilir hem de genel bakım kalitesini artırabilir. Bu nedenle, yoğun bakım profesyonellerinin spiritüel bakım konusunda yetkinliklerini artırmaları ve bu alandaki farkındalıklarını geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır (Yilmaz Bulut, Çekiç, & Altay, 2023).

2.8. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri İle Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişki

Yoğun bakım ünitesinden diğer birimlere transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel (manevi) iyilik halleri arasındaki ilişki, sağlık alanında giderek artan bir ilgi odağı haline gelmiştir. Yoğun bakım üniteleri, hastaların hayatta kalma mücadelesi verdikleri, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan zorlu bir süreci temsil eder. Bu süreçte hastaların sadece tıbbi tedavilerle değil, aynı zamanda duygusal ve spiritüel desteklerle de bütüncül bir şekilde ele alınmaları büyük önem taşır (Dural, 2023).

Yoğun bakım süreci, hastalar üzerinde derin bir etki bırakan karmaşık ve stresli bir deneyimdir. Kronik hastalığı olan bireylerde bu deneyim, zaten mevcut olan sağlık sorunlarına ek olarak daha büyük bir yük oluşturabilir (Dedeli & Akyol, 2008). Bu

süreçte hastaların karşılaştığı fiziksel ağrı, hastalığın belirsizliği, ölüm korkusu ve sosyal izolasyon gibi zorluklar, onların psikolojik dayanıklılıklarını zorlayabilir. Bununla birlikte, bu zorlu süreçte spiritüel iyilik hali, hastaların bu zorluklarla başa çıkmalarına ve psikolojik dayanıklılıklarını korumalarına yardımcı olabilecek önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Alpay, 2024).

Karadağ ve ark. (2022) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca spiritüel iyilik hali yüksek olan hastaların, diğer birimlere transfer edildikten sonra daha güçlü bir psikolojik dayanıklılık ve etkili başa çıkma mekanizmaları geliştirdikleri bulunmuştur. Bu bulgu, yoğun bakım sürecinde sağlanan spiritüel desteğin, hastaların zorlayıcı sağlık durumlarıyla başa çıkmalarına katkıda bulunduğunu ve bu desteğin etkisinin yoğun bakım sonrası dönemde de devam ettiğini göstermektedir. Özellikle kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yapılan bu çalışma, hastaların yoğun bakım sonrası süreçte de daha iyi bir psikososyal adaptasyon sağladıklarını ortaya koymuştur. Başka bir çalışmada, yoğun bakımda yatan hastaların fiziksel, duygusal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir bakım almasının, hastaların genel iyilik halleri ve sağlık sonuçları üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmıştır (Sulmasy, 2002). İlerlemiş kanser hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki incelenmiş ve yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca spiritüel bakım alan hastaların, diğer birimlere transfer edildikten sonra daha yüksek seviyede spiritüel iyilik hali ve daha güçlü psikolojik başa çıkma mekanizmalarına sahip oldukları belirlenmiştir (Puchalski ve ark., 2014). Bu bulgular, yoğun bakım sürecinin hastalar üzerinde derin ve kalıcı etkileri olduğunu ve spiritüel bakımın, yoğun bakım ünitesinde sağlanan bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak, bu alanda yapılan araştırmalar sınırlıdır ve yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı oldukça azdır. Kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yapılan bu çalışma, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurmayı ve spiritüel bakımın önemine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır. Çalışmamızın sonuçları, yoğun bakım ünitelerinde bütüncül bir bakım yaklaşımının benimsenmesi ve hastaların spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması, hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırarak genel sağlık sonuçlarını iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışma, sağlık sisteminde spiritüel bakımın önemine dikkat çekmekte ve yoğun bakım ünitelerinde bu bakımın daha yaygın bir şekilde uygulanmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri nasıldır?
- Yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların spiritüel iyilik halleri nasıldır?
- Yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik hali arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: yoğun bakım deneyimi ölçeği ve spiritüel iyilik hali ölçeği

Bağımsız değişkenleri: yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı vb.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri, Ağustos 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım, Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Yanık Yoğun Bakım ve Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitelerinden servise transfer edilen hastalardan toplandı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ağustos 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım, Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım ve Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitelerinden servise transfer edilen 640 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, örneklem dahil edilme kriterlerini karşılayan 200 hasta oluşturdu. Örnekleme dahil edilecek hasta sayısının belirlenmesinde yararlanılacak etki büyüklüğünün hesaplanmasında, Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d-değeri) yöntemi kullanıldı. Etki büyüklüğü indeksi olan d değerini belirlemek için Eryiğit ve Tel-Aydın (2022) çalışması referans alındı. Bu

bağlamda G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak çalışmanın etki büyüklüğü 0.21; alfa değeri 0.05 ve teorik gücü 0.90 olarak hesaplandı.

3.6. Örnekleme Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzeri
- Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımı en az 24 saat süre ile sürdürülen ve akabinde yataklı kliniklere transferi sağlanan,
- En az 1 kronik hastalığı olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi.

Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri

- Sözel olarak iletişim kuramayan,
- Majör bir psikiyatrik tanısı olan olan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği" ve "Spiritüel İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12)" kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda oluşturulmuş olup, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve yoğun bakım deneyimleri ile ilgili soruları içermektedir (Adsay & Dedeli, 2015) (EK-1).

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği: Yoğun Bakım Deneyimi ÖlçeğI (YBDÖ), yoğun bakımda yatan hastaların yoğun bakım ortamına uyumu, emosyonel durumu ve deneyimlerini belirlemek amacıyla Rattray ve ark. tarafından (2004) geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması ise Demir, Akın, Eşer ve Khorshid (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu toplam 19 maddeden oluşmakta ve 5'li likert tipinde değerlendirilmektedir. YBDÖ "Çevrenin farkında olma (6 madde)", "Yoğun bakımda yaşanan kötümser deneyimler (4 madde)", "Yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması (4 madde)", "Yoğun bakımda alınan bakımdan memnuniyet (5 madde)" olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek toplam puanı hesaplanırken 7, 8, 9, 10, 15 ve 17. maddeler ters puanlandırılmaktadır. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95'tir. Ölçek toplam puanı

düşük olan hastaların yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin daha olumsuz olduğu, yüksek puan ortalaması ise yaşanılan deneyimlerin daha olumlu olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik analizleri sonucunda Cronbach alfa kat sayısı ise 0,79 olarak belirlenmiştir (Demir, Akın, Eşer ve Khorshid (2009). Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,782 olarak belirlendi (EK-2).

Spiritüel İyilik Hali Ölçeği (FACIT-Sp-12): Peterman ve arkadaşları tarafından (2002) geliştirilen bu ölçekte amaç kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaların spiritüel (manevi) iyilik hali düzeyini değerlendirmektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Aktürk ve ark. tarafından (2017) yapılmıştır. Ölçek, "Barış (1., 4., 6. ve 7. maddeler)", "Anlam (2., 3., 5. ve 8. maddeler)" ve "İnanç (9., 10., 11. ve 12. maddeler)" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 5'li likert tipte olup , hastaların son 7 günü göz önünde bulundurarak ölçeğin maddelerini puanlamaları istenmektedir. Puanlamada hastaların maddelere katılım derecesi Hiç (0 puan), Çok Az (1 puan) , Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Çok Fazla (4 puan) olarak belirtilmektedir. 4 . ve 8 . maddeler olumsuz anlamda olup ters puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 48'dir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması arttıkça spiritüel iyilik düzeyinin arttığı, puan ortalaması azaldıkça spiritüel iyilik düzeyinin azaldığını göstermektedir. Ölçek genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı Peterman ve arkadaşları tarafından 0,87 bulunmuş, Türkçe uyarlanmasında da genel Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,823 olarak belirlendi (EK-3).

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği" ve "FACIT-Spiritüel İyilik Hali Ölçeği" uygulandı.

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

Ara başlanmadan önce etik kurul onayı (Tarih:12.04.2023, Sayı:1725753) (EK-4) ve araştırmanın yapıldığı eğitim araştırma hastanesinden kurum izni alındı (Tarih:10.05.2023, Sayı:E15916306-604.01.01-215243341) (EK-5).

Araştırmada kullanılacak ölçekleri Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan ölçek kullanımı için mail ortamında izin alındı (EK-6). Araştırmaya katılan hastalara; araştırmanın amacı, süresi, katılımcılardan ne beklendiği, araştırmadan elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verilerek "isteklilik ve gönüllülük" ilkesi ışığında onam formları ile katılımcıların sözlü ve yazılı olarak izinleri alındı (EK-4).

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS v26 istatistik programı ile yapıldı. İlk olarak, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık/yoğun bakım bilgileri değerlendirildi; bu bilgiler frekans (n) ve yüzde (%) değerleriyle özetlendi. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'nin tanımlayıcı istatistikleri sunuldu, güvenirlikleri Cronbach Alfa ile, normal dağılıma uygunlukları ise çarpıklık ve basıklık değerleriyle kontrol edildi. Verilerin güvenilir ve normal dağılıma uygun olması nedeniyle parametrik testler tercih edildi.

Yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon ve regresyon analizleri uygulandı. İki bağımsız grup arasındaki farklar için bağımsız gruplar t-testi, ikiden fazla grup arasındaki farklar için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. ANOVA'da anlamlı farklar tespit edildiğinde Tukey's HSD testi ile gruplar arası farklılıklar belirlendi.

4. BULGULAR

Yoğun bakımdan transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular beş ana başlık altında incelendi.

1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeği'ne ilişkin bulgular
3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulgular
4. Hastaların yoğun bakım deneyimleri ile sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
5. Hastaların spiritüel iyilik helleri ile sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların %61'inin (n=122) erkek olduğu, yaş ortalamasının 62,72±11,53 olduğu, %54'ünün (n=108) eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %64'ünün (n=128) evli, %90'ının (n=180) ailesi ile birlikte yaşadığı, %91,5'inin (n=183) çalıştığı ve %67,5'inin (n=135) gelirinin giderini karşıladığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	78	39,0
	Erkek	122	61,0
Yaş	49 Yaş ve altı	30	15,0
	50-59 Yaş	46	23,0
	60-69 Yaş	65	32,5
	70-79 Yaş	48	24,0
	80-88 Yaş	11	5,5
	Ort.: 62,72 SS.: 11,53 Min.: 24 Maks.: 88		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	36	18,0
	Okur-yazar / İlköğretim	108	54,0
	Ortaöğretim / Lise	45	22,5
	Üniversite ve üstü	11	5,5
Medeni Durum	Evli	128	64,0
	Bekâr	72	36,0
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	18	9,0
	Aile ile birlikte	180	90,0
	Ev arkadaşı ile	2	1,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	183	91,5
	Çalışmıyor	17	8,5
Gelir Durumu	Gelir gideri karşılamıyor	65	32,5
	Gelir gideri karşılıyor	135	67,5

Hastalarında klinik özellikleri incelendiğinde %90,5'inin (n=181) kalp ve damar sistemi hastalıklarından en az birine sahip olduğu, yoğun bakıma kabul şekillerinin %72'sinin (n=144) planlı olduğu, %61,5'inin (n=123) 3. Düzey yoğun bakımda kaldığı, %42,5'inin (n=85) Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde kaldığı, %38,5'inin (n=77) yoğun bakımda 1 gün kaldığı ve yoğun bakımda kalma süresinin ortalama 2,57±2,21 gün olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Hastaların %52,5'inin (n=105) daha önce yoğun bakım deneyimi yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların %8,5'ine (n=17) mekanik ventilasyon uygulandığı, %56,5'inin (n=113) yoğun bakım sonrasında cerrahi birimlere transfer edildiği, yoğun bakım sürecinde ve %58,5'ine (n=117) ziyaretçi geldiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Değişkenler		**n**	**%**
Kronik Hastalıklar	Kalp ve damar sistemi hastalıkları	181	90,50
	Metabolizma ve endokrin sistemi hastalıkları	96	48,00
	Kanser	23	11,50
	Solunum sistemi hastalıkları	20	10,00
	Sinir sistemi hastalıkları	16	8,00
	Renal sistem hastalıkları	15	7,50
	Üriner sistem hastalıkları	9	4,50
	Ruh ve sinir sistemi hastalıkları	4	2,00
	Diğer	5	2,50
Yoğun Bakıma Kabul Şekli	Planlı olarak (Planlı bir cerrahi müdahale sonrası)	144	72,0
	Plansız olarak (Acil olarak, solunumsal, kardiyak arrest vs.)	56	28,0
Yoğun Bakım Düzeyi	2. Düzey Yoğun Bakım	77	38,5
	3. Düzey Yoğun Bakım	123	61,5
Kaldığı Yoğun Bakım Ünitesi	Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	85	42,5
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	38	19,0
	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	77	38,5
Yoğun Bakımda Kaldığı Gün Sayısı	1 gün	77	38,5
	2 gün	54	27,0
	3 gün	27	13,5
	4 gün	16	8,0
	5 gün	11	5,5
	6 gün ve üzeri	15	7,5
	Ort.: 2,57 SS.: 2,21 Min.: 1 Maks.: 15		
Daha Önce Yoğun Bakım Deneyimleme Durumu	Önceden YB deneyimi yok	95	47,5
	1 defa	6	3
	2 defa	58	29,0
	3 defa	25	12,5
	4 defa ve üzeri	16	8,0
Mekanik Ventilasyon Uygulanma Durumu	Evet	17	8,5
	Hayır	183	91,5
Yoğun Bakım Sonrasında Transfer Edilen Servis	Dâhili Birimler	87	43,5
	Cerrahi Birimler	113	56,5
Yoğun Bakımdayken Ziyaretçi Gelme Durumu	Evet	117	58,5
	Hayır	83	41,5

4.2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali (FACIT-Sp-12) Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada kullanılan Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğine (YBDÖ) ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeğine (FACIT-Sp-12) ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler sunuldu.

Tablo 4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Ölçek / Alt Boyutlar	N	Ort.	S.S.	Min.	Maks.	Cronbach Alfa
YBDÖ-Toplam	200	75,505	10,497	49	95	**0,782**
Çevrenin Farkında Olma	200	24,995	3,805	13	30	0,601
Kötümser Deneyimler	200	16,920	3,336	7	20	0,703
Deneyimlerin Hatırlanması	200	14,540	3,840	5	20	0,623
Alınan Bakımdan Memnuniyet	200	19,050	4,119	6	25	0,642

YBDÖ toplam puan ortalamasının 75,505±10,497 (Min-Max: 49-95) olduğu tespit edildi. Çevrenin farkında olma alt boyutuna ait puan ortalamasının 24,995±3,805 (Min-Max: 13-30) olduğu, yoğun bakımda yaşanan kötümser deneyimler alt boyutuna ait puan ortalamasının 16,920±3,336 (Min-Max: 7-20), yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması alt boyutuna ait puan ortalamasının 14,540±3,840 (Min-Max: 5-20) ve yoğun bakımda alınan bakımdan memnuniyet alt boyutuna ait puan ortalamasının 19,050±4,119 (Min-Max: 6-25) olduğu tespit edildi (Tablo 4.3).

FACIT-Sp-12 ölçeği toplam ppuan ortalamasının 34,050±6,998 (Min-Max: 10-48) olduğu saptandı. Ölçeğin barış alt boyutu puan ortalamasının 10,175 ± 2,634 (Min-Max: 2-16), anlam alt boyutu puan ortalamasının 11,730±2,943 (Min-Max: 3-16) ve inanç alt boyutu puan ortalmasının 12,145±3,378 (Min-Max: 0-16) olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Spiritüel İyilik Hali Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Ölçek / Alt Boyutlar	N	Ort.	S.S.	Min.	Maks.	Cronbach Alfa
FACIT-Sp-12	**200**	**34,050**	**6,998**	**10**	**48**	**0,823**
Barış	200	10,175	2,634	2	16	0,610
Anlam	200	11,730	2,943	3	16	0,804
İnanç	200	12,145	3,378	0	16	0,771

4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Spiritüel İyilik Hali Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde yoğun bakımdan transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi yardımıyla incelendiğinde yoğun bakımdan transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasında pozitif yönde, düşük seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu tespit edildi (p=0,015) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişki

		FACIT-Sp-12			
YBDÖ		Barış	Anlam	İnanç	Toplam
Çevrenin Farkında Olma	r	**0,220**	0,121	0,033	**0,149**
	p	**0,002**	0,089	0,648	**0,035**
Yaşanan Kötümser Deneyimler	r	**0,164**	**0,160**	-0,032	0,114
	p	**0,020**	**0,024**	0,653	0,109
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	r	**0,168**	0,026	0,006	0,077
	p	**0,017**	0,712	0,933	0,277
Alınan Bakımdan Memnuniyet	r	**0,159**	**0,199**	-0,019	0,134
	p	**0,025**	**0,005**	0,790	0,058
Toplam	r	**0,255**	**0,182**	-0,004	**0,171**
	p	**0,000**	**0,010**	0,959	**0,015**

***Pearson Korelasyon Analizi**

Ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, Çevrenin Farkında Olma ile Barış alt boyutları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir doğrusal ilişki olduğu belirlendi (p<0,05). Benzer şekilde, Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler ile Barış ve Anlam alt boyutları arasında da pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir doğrusal ilişki bulundu (p<0,05). Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması ile Barış alt boyutu arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir doğrusal ilişki saptandı (p<0,05). Ayrıca Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet ile Barış ve Anlam alt boyutları arasında da pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir doğrusal ilişki olduğu tespit edildi (p<0,05) (Tablo 4.5).

4.3.1. Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki Regresyon Analizi

Bu çalışmada, bağımlı değişken olarak Yoğun Bakım Deneyimi ve bağımsız değişkenler olarak Spiritüel İyilik Hali, Yaş ve Yoğun Bakımda Kalınan Gün Sayısı ele alındı ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulandı. Regresyon analizinden sağlıklı bulgular elde edebilmek adına veri setinin normal dağılım göstermediği, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı, veri setinde otokorelasyon, çoklu bağlantı ve uç değer problemlerinin olup olmadığı kontrol edildi. Yapılan korelasyon analizi sonucunda Yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali arasında arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ($r= 0,171$, $p=0,001 < 0,05$), yaş ($r= -0,231$, $p=0,015 < 0,05$) ve yoğun bakımda kaldığı gün sayısı ($r= -0,224$, $p=0,001 < 0,05$) ile ise negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Tablo 4.6 değerleri incelendiğinde DW: 1,64 olduğu bu nedenle regresyon modelinde otokorelasyon problemi olmadığı (Kalaycı, 2010), VIF değerlerinin 5'ten küçük olduğu ve bu nedenle çoklu bağlantı problemi olmadığı (Montgomery vd, 2012), Cook değerinin 1'den düşük olduğu ve bu nedenle veri setinde uç değer olmadığı (Cook ve Weisberg, 1982) belirlendi. Regresyon analizi varsayımlarının karşılandığı ve veri setinin analize uygun olduğu görüldü.

Tablo 4.6'da sunulan regresyon analizinin model özetine göre, $F=10,376$ ve $p=0,000 < 0,05$ olarak bulundu; bu da incelenen regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterdi. Bu sonuçlar, katılımcıların spiritüel iyilik hallerinin, yaşlarının veya yoğun bakımda kaldıkları gün sayılarından oluşan bağımsız değişkenlerden en az birinin yoğun bakım deneyimlerini anlamlı bir şekilde etkilediğini ortaya koydu.

Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($R=0,370$). Ayrıca, $Adj.R^2=0,124$ olarak hesaplandı ve spiritüel iyilik halinin, yaşın ve yoğun bakımda kalınan gün sayısının yoğun bakım deneyimine ait toplam varyansın %12,4'ünü açıkladığı belirlendi.

Regresyon analizi sonucuna göre, spiritüel iyilik halinin regresyon modeline pozitif yönde ve anlamlı bir katkı sağladığı saptandı ($t=2,97$, $p=0,000 < 0,05$). Spiritüel iyilik halindeki 1 birim standart sapmalık bir değişimin, yoğun bakım deneyimi üzerinde 0,198 birim standart sapma kadar bir değişime yol açtığı belirlendi ($Beta=0,198$).

Yaşın ise regresyon modeline negatif yönde ve anlamlı bir katkı sağladığı saptandı (t=-3,53, p=0,001 < 0,05). Yaştaki 1 birim standart sapmalık bir değişimin, yoğun bakım deneyimi üzerinde -0,235 birim standart sapma kadar bir değişime yol açtığı belirlendi (Beta=-0,235).

Yoğun bakımda kalınan gün sayısının da regresyon modeline negatif yönde ve anlamlı bir katkı sağladığı saptandı (t=-3,29, p=0,001 < 0,05). Yoğun bakımda kalınan süredeki 1 birim standart sapmalık bir değişimin, yoğun bakım deneyimi üzerinde -0,218 birim standart sapma kadar bir değişime yol açtığı belirlendi (Beta=-0,218).

Tablo 4.6. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki Regresyon Analizi Bulguları

Model Özeti	**R**	**R^2**	**Adj.R^2**	**Tahmininin Standart Hatası**	**F: 10,376**	**P: 0,000***	**DW: 1,64**
	0,370	0,137	0,124	9,825			
Değişkenler		Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P	VIF
		β	Standard Hata	Beta			
Sabit		81,491	4,966		16,41	0,000	-
Bağımsız Değişkenler	Spiritüel İyilik Hali	0,297	0,100	0,198	**2,97**	**0,003**	1,01
	Yaş	-0,214	0,061	-0,235	**-3,53**	**0,001**	1,01
	Yoğun Bakımda Kalınan Gün Sayısı	-1,037	0,316	-0,218	**-3,29**	**0,001**	1,00
Bağımlı Değişken:	Yoğun Bakım Deneyimi					Cook: 0,096	

*Regresyon modelinin anlamlılığını belirleyen ANOVA sonucu

4.4. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ilişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri toplam puan ortalamalarının hastaların bazı sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre bir değişim gösterip göstermediği incelendi. Ölçek alt boyutlarından erkek hastaların yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin hatırlanması puan ortalamasının kadın hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,034) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
YBDÖ-Toplam	Kadın	78	73,782	10,434	-1,868	0,063	-
	Erkek	122	76,607	10,430			
Çevrenin Farkında Olma	Kadın	78	24,423	3,940	-1,708	0,089	-
	Erkek	122	25,361	3,686			
Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler	Kadın	78	16,346	3,422	-1,959	0,052	-
	Erkek	122	17,287	3,241			
Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Kadın (1)	78	13,821	3,653	**-2,138**	**0,034**	**2 > 1**
	Erkek (2)	122	15,000	3,900			
Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet	Kadın	78	19,192	3,888	0,390	0,697	-
	Erkek	122	18,959	4,273			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların yaşlarına göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda 49 yaş ve altı, 50-59 yaş ve 60-69 yaşlarındaki hastaların yoğun bakım deneyimleri toplam puan ortalamasının 80-88 yaşlarındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edildi. Alt boyutlar baz alındığında 49 yaş ve altı, 50-59 yaş ve 60-69 yaşlarındaki hastaların yoğun bakım sürecindeki çevrenin farkında olma puan ortalamalarının 80-88 yaşlarındaki hastalardan daha yüksek olduğu, 80-88 yaşlarındaki katılımcıların yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması hususunda diğer bütün hastalardan daha kötü puan ortalamasına sahip olduğu saptandı (Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Hastaların Yaşlarına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yaş	n	Ort.	S.S.	F	P	Anlamlı Fark
YBDÖ-Toplam	49 Yaş ve altı (1)	30	77,267	9,773	**4,522**	**0,002**	**1 > 5**
	50-59 Yaş (2)	46	76,413	9,722			**2 > 5**
	60-69 Yaş (3)	65	77,723	9,195			
	70-79 Yaş (4)	48	72,771	11,295			**3 > 5**
	80-88 Yaş (5)	11	65,727	12,784			
Çevrenin Farkında Olma	49 Yaş ve altı (1)	30	25,867	3,391	**3,806**	**0,005**	**1 > 5**
	50-59 Yaş (2)	46	25,544	3,799			**2 > 5**
	60-69 Yaş (3)	65	25,569	3,557			
	70-79 Yaş (4)	48	23,750	3,829			**3 > 5**
	80-88 Yaş (5)	11	22,364	4,365			
Yaşanan Kötümser Deneyimler	49 Yaş ve altı	30	16,633	3,586	2,391	0,052	-
	50-59 Yaş	46	17,283	2,971			
	60-69 Yaş	65	17,492	3,027			
	70-79 Yaş	48	16,542	3,614			
	80-87 Yaş	11	14,455	3,751			
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	49 Yaş ve altı (1)	30	14,967	3,011	**3,315**	**0,012**	**1 > 5**
	50-59 Yaş (2)	46	15,065	3,672			**2 > 5**
	60-69 Yaş (3)	65	14,662	4,177			**3 > 5**
	70-79 Yaş (4)	48	14,500	3,644			**4 > 5**
	80-88 Yaş (5)	11	10,636	3,695			
Alınan Bakımdan Memnuniyet	49 Yaş ve altı	30	19,800	3,284	2,268	0,063	-
	50-59 Yaş	46	18,522	4,783			
	60-69 Yaş	65	20,000	3,182			
	70-79 Yaş	48	17,979	4,665			
	80-87 Yaş	11	18,273	4,606			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hastaların eğitim durumlarına göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar incelendiğinde ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece Çevrenin Farkında Olma alt boyutunda farklılık gözlendi. Ortaöğretim/lise düzeyinde eğitime sahip hastaların yoğun bakımda sürecinde çevrelerinin farkında olma düzeylerinin okur-yazar olmayan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,017) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	Ort.	S.S.	F	P	Anlamlı Fark
YBDÖ-Toplam	Okur-yazar değil	36	73,333	12,201	2,529	0,059	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	75,194	9,950			
	Ortaöğretim / Lise	45	78,844	9,568			
	Üniversite ve üstü	11	72,000	11,305			
Çevrenin Farkında Olma	Okur-yazar değil (1)	36	23,583	4,136	**3,499**	**0,017**	**3 > 1**
	Okur-yazar / İlköğretim (2)	108	25,056	3,493			
	Ortaöğretim / Lise (3)	45	26,200	3,678			
	Üniversite ve üstü (4)	11	24,091	4,847			
Yaşanan Kötümser Deneyimler	Okur-yazar değil	36	16,722	3,518	1,455	0,228	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	16,898	3,126			
	Ortaöğretim / Lise	45	17,533	3,223			
	Üniversite ve üstü	11	15,273	4,798			
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Okur-yazar değil	36	14,222	4,072	1,954	0,122	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	14,139	3,954			
	Ortaöğretim / Lise	45	15,733	3,264			
	Üniversite ve üstü	11	14,636	3,557			
Alınan Bakımdan Memnuniyet	Okur-yazar değil	36	18,806	4,695	0,378	0,769	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	19,102	4,079			
	Ortaöğretim / Lise	45	19,378	3,875			
	Üniversite ve üstü	11	18,000	3,795			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hastaların kaldıkları yoğun bakım ünitesi düzeyine göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar incelendiğinde ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet alt boyutunda farklılık gözlendi. İkinci düzey yoğun bakımda kalan hastaların memnuniyetlerinin üçüncü düzey yoğun bakımda kalan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,025) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yoğun Bakım Düzeyi	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
YBDÖ	2. Düzey YB	77	77,156	9,814	1,769	0,078	-
	3. Düzey YB	123	74,472	10,813			
Çevrenin Farkında Olma	2. Düzey YB	77	25,208	3,526	0,625	0,533	-
	3. Düzey YB	123	24,862	3,978			
Yaşanan Kötümser Deneyimler	2. Düzey YB	77	17,351	3,284	1,448	0,149	-
	3. Düzey YB	123	16,650	3,353			
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	2. Düzey YB	77	14,727	3,698	0,454	0,587	-
	3. Düzey YB	123	14,423	3,936			
Alınan Bakımdan Memnuniyet	2. Düzey YB (1)	77	19,870	3,529	**2,251**	**0,025**	**1 > 2**
	3. Düzey YB (2)	123	18,537	4,384			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların yoğun bakım ünitesinde kaldıkları gün sayısına göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar incelendiğinde ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık gözlendi ($p<0,05$). Yoğun bakımda 1 gün kalan hastaların YBDÖ toplam puan ortalamasının 6 gün ve üzeri bir süre kalan hhastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,048$). Alt boyutlar baz alındığında yoğun bakımda 1 gün, 2 gün ve 3 gün kalan katılımcıların yoğun bakım sürecindeki deneyimlerinin yoğun bakımda 6 gün ve daha üzeri bir süre kalmış katılımcılardan daha pozitif olduğu tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastaların Yoğun Bakımda Kaldıkları Gün Sayısına Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	YBÜ Kaldığı Gün Sayısı	n	Ort.	S.S.	F	P	Anlamlı Fark
YBDÖ	1 gün (1)	77	77,792	10,042	**2,283**	**0,048**	**1 > 6**
	2 gün (2)	54	74,685	10,740			
	3 gün (3)	27	76,000	8,218			
	4 gün (4)	16	72,188	10,127			
	5 gün (5)	11	75,727	11,037			
	6 gün ve üzeri (6)	15	69,200	13,138			
Çevrenin Farkında Olma	1 gün	77	25,675	3,526	1,879	0,100	-
	2 gün	54	24,093	4,094			
	3 gün	27	25,222	3,203			
	4 gün	16	24,625	2,918			
	5 gün	11	26,455	2,945			
	6 gün ve üzeri	15	23,667	5,563			
Yaşanan Kötümser Deneyimler	1 gün (1)	77	17,857	2,994	**5,168**	**<0,001**	**1 > 6**
	2 gün (2)	54	16,907	3,048			
	3 gün (3)	27	17,185	2,829			**2 > 6**
	4 gün (4)	16	15,313	3,400			
	5 gün (5)	11	16,364	4,130			**3 > 6**
	6 gün ve üzeri (6)	15	13,800	4,039			
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	1 gün	77	14,883	4,110	0,416	0,837	-
	2 gün	54	14,519	3,975			
	3 gün	27	14,704	3,429			
	4 gün	16	13,938	3,336			
	5 gün	11	13,818	3,894			
	6 gün ve üzeri	15	13,733	3,348			
Alınan Bakımdan Memnuniyet	1 gün	77	19,377	4,233	0,405	0,845	-
	2 gün	54	19,167	3,975			
	3 gün	27	18,889	3,724			
	4 gün	16	18,313	5,199			
	5 gün	11	19,091	3,780			
	6 gün ve üzeri	15	18,000	4,071			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 4.12. Hastaların Ziyaretçi Gelme Durumuna Göre Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Ziyaretçi Durumu	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
YBDÖ	Evet	117	74,744	10,500	-1,219	0,224	-
	Hayır	83	76,578	10,461			
Çevrenin Farkında Olma	Evet	117	25,017	3,824	0,097	0,923	-
	Hayır	83	24,964	3,801			
Yaşanan Kötümser Deneyimler	Evet (1)	117	16,419	3,359	**-2,557**	**0,011**	**2 > 1**
	Hayır (2)	83	17,627	3,192			
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Evet	117	14,368	3,743	-0,753	0,452	-
	Hayır	83	14,783	3,982			
Alınan Bakımdan Memnuniyet	Evet	117	18,940	4,065	-0,447	0,655	-
	Hayır	83	19,205	4,213			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların ziyaretçilerinin gelme durumlarına göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar incelendiğinde ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler alt boyutunda farklılık gözlendi. Yoğun bakımdayken yanına ziyaretçi gelmeyen hastaların yoğun bakım deneyimlerinin yanına ziyaretçi gelen hastalardan daha pozitif olduğu belirlendi (p=0,011) (Tablo 4.12).

4.5. Hastaların Spiritüel İyilik Halleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği (FACIT-Sp-12) ve alt boyutları toplam puan ortalamalarının hastaların bazı sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre bir değişim gösterip göstermediği incelendi.

Cinsiyete göre incelendiğinde ölçeğin Barış alt boyutundan erkek hastaların aldıkları puan ortalamasının kadın hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,029). İnanç alt boyutunda ise kadın hastaların puan ortalamasının erkek hastalara kıyasla daha yüksek olduğu bulundu (p= 0,049) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hastaların Cinsiyetine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Kadın	78	33,872	6,007	-0,302	0,763	-
	Erkek	122	34,164	7,586			
Barış	Kadın (1)	78	9,667	2,294	**-2,203**	**0,029**	**2 > 1**
	Erkek (2)	122	10,500	2,791			
Anlam	Kadın	78	11,474	2,627	-0,982	0,327	-
	Erkek	122	11,893	3,128			
İnanç	Kadın (1)	78	12,731	2,873	**1,975**	**0,049**	**1 > 2**
	Erkek (2)	122	11,771	3,627			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların eğitim durumlarına göre FACIT-Sp-12 toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar incelendiğinde ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece Anlam alt boyutunda farklılık gözlendi. Üniversite ve üstü düzeyde eğitim görmüş hastaların anlam alt boyutu puan ortalamasının okur-yazar olmayan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,048) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	Ort.	S.S.	F	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Okur-yazar değil	36	32,972	6,054	0,970	0,408	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	34,417	7,396			
	Ortaöğretim / Lise	45	33,422	7,018			
	Üniversite ve üstü	11	36,546	5,484			
Barış	Okur-yazar değil	36	9,250	2,116	2,406	0,069	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	10,315	2,834			
	Ortaöğretim / Lise	45	10,289	2,455			
	Üniversite ve üstü	11	11,364	2,248			
Anlam	Okur-yazar değil (1)	36	10,694	2,837	**2,683**	**0,048**	**4 > 1**
	Okur-yazar / İlköğretim (2)	108	11,963	2,771			
	Ortaöğretim / Lise (3)	45	11,644	3,412			
	Üniversite ve üstü (4)	11	13,182	1,991			
İnanç	Okur-yazar değil	36	13,028	2,547	1,401	0,244	-
	Okur-yazar / İlköğretim	108	12,139	3,556			
	Ortaöğretim / Lise	45	11,489	3,389			
	Üniversite ve üstü	11	12,000	3,715			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hastaların medeni durumlarına göre FACIT-Sp-12 toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu gözlendi. Evli olan hastaların ölçek toplam puan ortalaması (p<0,001), Barış (p=0,002), Anlam (p<0,001) ve İnanç (p=0,004) alt boyutlarından bekar olanlara kıyasla daha yüksek puan aldıkları tespit edildi (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Evli (1)	128	35,695	5,753	**4,658**	**<0,001**	**1 > 2**
	Bekâr (2)	72	31,125	8,032			
Barış	Evli (1)	128	10,602	2,425	**3,120**	**0,002**	**1 > 2**
	Bekâr (2)	72	9,417	2,832			
Anlam	Evli (1)	128	12,398	2,382	**4,058**	**<0,001**	**1 > 2**
	Bekâr (2)	72	10,542	3,448			
İnanç	Evli (1)	128	12,695	2,923	**2,901**	**0,004**	**1 > 2**
	Bekâr (2)	72	11,167	3,897			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların yalnız yaşama durumlarına göre FACIT-Sp-12 toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklılar olduğu gözlendi. Ölçek toplam puanı (p=0,003), Anlam (p=0,011) ve İnanç (p=0,001) alt boyutlarında yalnız yaşamayanların puan ortalamalarının yalnız yaşayan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hastaların Yalnız Yaşama Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yalnız Yaşama Durumu	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Yalnız (1)	18	29,389	7,047	**-3,022**	**0,003**	**2 > 1**
	Yalnız Değil (2)	182	34,511	6,841			
Barış	Yalnız	18	9,722	2,608	-0,764	0,446	-
	Yalnız Değil	182	10,220	2,640			
Anlam	Yalnız (1)	18	10,056	3,351	**-2,566**	**0,011**	**2 > 1**
	Yalnız Değil (2)	182	11,896	2,857			
İnanç	Yalnız (1)	18	9,611	3,852	**-3,425**	**0,001**	**2 > 1**
	Yalnız Değil (2)	182	12,396	3,233			

*Bağımsız gruplar t testi

Tablo 4.17. Hastaların Yoğun Bakıma Kabul Şekline Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yoğun Bakıma Kabul Şekli	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Planlı	144	34,431	6,341	1,091	0,279	-
	Plansız	56	33,071	8,444			
Barış	Planlı	144	10,160	2,471	-0,131	0,896	-
	Plansız	56	10,214	3,037			
Anlam	Planlı	144	11,764	2,756	0,261	0,795	-
	Plansız	56	11,643	3,403			
İnanç	Planlı (1)	144	12,507	2,964	**2,129**	**0,036**	**1 > 2**
	Plansız (2)	56	11,214	4,150			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların yoğun bakıma kabul şekillerine göre FACIT-Sp-12 ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece İnanç alt boyutunda farklılık gözlendi. Yoğun bakım ünitesine planlı yatan hastaların inanç alt boyutu puan ortalamasının plansız yatan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,036) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18.Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Düzeylerine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yoğun Bakım Düzeyi	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	2. Düzey YB	77	33,623	7,681	-0,681	0,497	-
	3. Düzey YB	123	34,317	6,553			
Barış	2. Düzey YB	77	10,325	2,702	0,635	0,526	-
	3. Düzey YB	123	10,081	2,598			
Anlam	2. Düzey YB	77	11,909	3,100	0,680	0,497	-
	3. Düzey YB	123	11,618	2,847			
İnanç	2. Düzey YB	77	11,390	4,027	**-2,342**	**0,021**	**2 > 1**
	3. Düzey YB	123	12,618	2,815			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların kaldıkları yoğun bakıma ünitesinin düzeyine göre FACIT-Sp-12 ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece İnanç alt boyutunda farklılık gözlendi. 3. Düzey yoğun bakım ünitesinde kalan hastaların inanç alt boyutu puan ortalamasının 2. Düzey yoğun bakım ünitesinde kalan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,021) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Hastaların Kaldıkları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Kaldığı Yoğun Bakım Ünitesi	n	Ort.	S.S.	F	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ	85	34,224	6,618	0,255	0,775	-
	Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ	38	34,526	6,488			
	Koroner YBÜ	77	33,623	7,681			
Barış	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ	85	9,941	2,620	0,589	0,556	-
	Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ	38	10,395	2,553			
	Koroner YBÜ	77	10,325	2,702			
Anlam	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ	85	11,800	2,894	0,757	0,471	-
	Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ	38	11,211	2,733			
	Koroner YBÜ	77	11,909	3,100			
İnanç	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ (1)	85	12,482	2,873	**3,434**	**0,034**	**2 > 3**
	Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ (2)	38	12,921	2,695			
	Koroner YBÜ (3)	77	11,390	4,027			

*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Hastaların kaldıkları yoğun bakıma ünitesine göre FACIT-Sp-12 ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece İnanç alt boyutunda farklılık gözlendi. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde kalan hastaların inanç alt boyutu puan ortalamasının koroner yoğun bakım ünitesinde kalan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,034) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Hastaların Mekanik Ventilasyon Uygulanması Durumlarına Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Mekanik Ventilasyon Uygulanma Durumu	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Evet	17	35,353	5,511	0,802	0,424	-
	Hayır	183	33,929	7,121			
Barış	Evet	17	10,118	1,996	-0,094	0,926	-
	Hayır	183	10,180	2,690			
Anlam	Evet	17	11,529	3,105	-0,293	0,770	-
	Hayır	183	11,749	2,936			
İnanç	Evet (1)	17	13,706	2,469	**2,007**	**0,046**	**1 > 2**
	Hayır (2)	183	12,000	3,419			

*Bağımsız gruplar t testi

Hastaların mekanik ventilasyon uygulanma durumlarına göre FACIT-Sp-12 ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece İnanç alt boyutunda farklılık gözlendi. Mekanik ventilasyon uygulanan hastaların inanç alt boyutu puan ortalamasının mekanik ventilasyon uygulanmayan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,046) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Hastaların Yoğun Bakımdan Transfer Edildikleri Birimlere Göre Spiritüel İyilik Halleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Yoğun Bakım Sonrasında Transfer Edilen Servis	n	Ort.	S.S.	t	P	Anlamlı Fark
FACIT-Sp-12	Dahili Birimler	87	33,103	7,684	-1,686	0,093	-
	Cerrahi Birimler	113	34,779	6,359			
Barış	Dahili Birimler	87	10,069	2,790	-0,499	0,186	-
	Cerrahi Birimler	113	10,257	2,517			
Anlam	Dahili Birimler	87	11,575	3,357	-0,654	0,514	-
	Cerrahi Birimler	113	11,850	2,589			
İnanç	Dahili Birimler	87	11,460	3,848	**-2,459**	**0,015**	**2 > 1**
	Cerrahi Birimler	113	12,673	2,874			

*Bağımsız gruplar t test

Hastaların yoğun bakımdan transfer edildikleri birimlere göre FACIT-Sp-12 ölçek toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Alt boyutlar bazında sadece İnanç alt boyutunda farklılık gözlendi. Cerrahi birimlere transfer edilen hastaların inanç alt boyutu puan ortalamasının dahili birimlere transfer edilen hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,015) (Tablo 4.21).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım alan hastalar, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan zorlu bir süreçten geçmektedir. Bu süreçte hastaların yaşadıkları deneyimler, onların ruhsal durumlarını, özellikle de spiritüel iyilik hallerini etkileyebilir (Bulut, Çekiç, & Altay, 2023). Spiritüel iyilik hali, bireyin yaşam anlamını bulması, içsel huzur ve inanç düzeyini ifade eder ve bu durum, hastaların iyileşme süreçlerinde kritik bir rol oynayabilir (Uğuz & Keskin, 2024; Sapriyanti, Natasha, & Gayatri, 2021). Ancak, yoğun bakım gibi kritik bir süreci deneyimleyen hastaların spiritüel iyilik halleri yeterince araştırılmamış bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, yoğun bakım ünitesini deneyimleyen hastaların bu deneyimlerinin spiritüel iyilik halleri ile nasıl bir ilişki içinde olduğunu incelemek, hem hasta bakımını iyileştirmek hem de klinik uygulamalarda farkındalık yaratmak amacıyla bu çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

Yoğun bakım üniteleri, hastalar için hem fiziksel hem de psikososyal açıdan zorlu bir deneyim sunmaktadır (Çam ve Şahin, 2018; Halpern ve ark., 2023). Bu ortamlarda hastalar, tanı ve tedavi süreçleri, ağrı, hareketsizlik, yoğun ışık ve gürültü, konforsuz yataklar, sınırlı ziyaret saatleri, aileden ayrılma ve mahremiyet eksikliği gibi çeşitli stresörlerle karşılaşmaktadır (Krampe ve ark., 2021). Literatürde, yoğun bakımda yatan hastaların deneyimlerini değerlendiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Taylan, Arslan, Doğan, Erden Yüksekkaya & Gezer, 2019; Karahan, Akın & Çelik, 2020; Demir & Yılmaz, 2020; Kang ve ark., 2022).

Taylan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, hastaların Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) toplam puan ortalaması 47,9±8,1 olarak bulunmuş, "Çevrenin Farkında Olma" alt boyutu puan ortalaması 16,8±3,8, "Olumsuz Deneyimler" alt boyutu puan ortalaması 9,2±3,2, "Deneyimlerin Hatırlanması" alt boyutu puan ortalaması 8,9±2,7 ve "Alınan Bakımdan Memnuniyet" alt boyutu puan ortalaması 12,9±3,7 olarak rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Özdemir (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, koroner yoğun bakım hastalarının YBDÖ toplam puanı 46,1±7 olarak bulunmuş ve alt boyut puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Karahan ve arkadaşları (2020), YBDÖ alt boyutları için "Çevrenin Farkında Olma" puan ortalamasını 22,73±2,76, "Olumsuz Deneyimler" puan ortalamasını 9,33±1,21, "Deneyimlerin Hatırlanması" puan ortalamasını 13,89±1,56 ve "Alınan Bakımdan Memnuniyet" puan ortalamasını 15,08±1,67 olarak belirlemiştir. Toplam ölçek puanı ise 61,03±4,64 olarak saptanmıştır.

Demir ve Yılmaz (2020) ise, YBDÖ kullanarak yaptıkları çalışmada, toplam ölçek puanını 65,1±5,6; "Çevrenin Farkında Olma" alt boyutu puan ortalamasını 24,5±3,2; "Kötümser Deneyimler" alt boyutu puan ortalamasını 10,1±1,8; "Deneyimlerin Hatırlanması" alt boyutu puan ortalamasını 14,3±1,4; ve "Alınan Bakımdan Memnuniyet" alt boyutu puan ortalamasını 16,2±2,1 olarak tespit etmiştir. Bu çalışmada ise, araştırmaya katılan 200 hastanın YBDÖ toplam puan ortalaması 75,505±10,497 olarak tespit edildi. "Çevrenin Farkında Olma" alt boyutu puan ortalaması 24,995±3,805; "Kötümser Deneyimler" alt boyutu puan ortalaması 16,920±3,336; "Deneyimlerin Hatırlanması" alt boyutu puan ortalaması 14,540±3,840; ve "Alınan Bakımdan Memnuniyet" alt boyutu puan ortalaması 19,050±4,119 olarak belirlendi. Bu bulgular, önceki literatürle karşılaştırıldığında, bu çalışmada hastaların yoğun bakım deneyimlerinin daha olumlu olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Bu bulgular, hastaların yoğun bakım deneyimlerini önceki çalışmalara göre daha olumlu değerlendirdiklerini göstermektedir. Bu durum, hastanede sunulan bakım kalitesinin yüksek olması, hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yoğun bakım ünitesindeki fiziksel koşulların daha iyi hale getirilmesi gibi faktörlerle açıklanabilir. Bu iyileştirmeler, hastaların yoğun bakım sürecini daha pozitif bir şekilde algılamalarına katkıda bulunmuş olabilir.

Yoğun bakımdan transfer edilen hastaların FACIT-Sp-12 toplam puan ortalaması 34,050 ± 6,998 olarak tespit edildi. Alt boyutlar incelendiğinde, “Barış” alt boyutunda puan ortalaması 10,175 ± 2,634, “Anlam” alt boyutunda 11,730 ± 2,943 ve “İnanç” alt boyutunda 12,145 ± 3,378 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, katılımcıların spiritüel iyilik düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Literatürde, spiritüel iyilik hali genellikle kanser hastaları üzerinde ele alınmıştır (İzgü & Gök Metin, 2020; Bai ve ark., 2015; Kandasamy ve ark., 2011). İzgü ve Gök Metin (2020) tarafından kemoterapi ve radyoterapi gören kanser hastalarında yapılan bir çalışmada, FACIT toplam puan ortalaması 34 (Min-Maks: 10-48), Anlam alt boyutu ortalaması 13 (Min-Maks: 4-16), Barış alt boyutu ortalaması 11 (Min-Maks: 0-16) ve İnanç alt boyutu ortalaması 11 (Min-Maks: 2-16) olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde ileri evre kanser tanısı almış bireylerde yapılan bir çalışmada, FACIT-Sp puan ortalaması 36,37 olarak rapor edilmiştir (Bai ve ark., 2015). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda da spiritüel iyilik halinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Rafiei ve arkadaşları, 2021; Aşiret & Okatan, 2019). Literatürde

farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda da manevi iyilik düzeylerinin genellikle orta düzeyde rapor edildiği görülmektedir (Bulut ve ark., 2023; Wiilemse ve ark., 2023; Ho ve ark., 2018)

Yoğun bakım hastalarının spiritüel iyilik halini inceleyen ise sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Bulut ve ark., 2023; Willemse ve ark., 2023; Ho ve ark., 2018). Yoğun bakım ünitesinde yapılan spiritüel bakım müdahalesinin hastaların spiritüel iyilik hali, yalnızlık, umut ve yaşam memnuniyeti üzerindeki etkilerini değerlendiren bir çalışmada, bu müdahalenin spiritüel iyilik hali puanlarında belirgin bir artış sağladığı ve hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır (Bulut ve ark., 2023). Sonuç olarak, çalışmamızda yoğun bakım hastalarının spiritüel iyilik düzeylerinin genel olarak ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, yoğun bakım ortamında spiritüel ihtiyaçların karşılanmasının hastaların genel iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Yoğun bakım ünitelerinde, hastaların spiritüel iyilik hallerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve gerekli destekleyici müdahalelerin sağlanması, bakım kalitesini artırmak adına önemli bir adım olarak görülmelidir. Gelecek çalışmalarda, farklı hasta gruplarında ve daha geniş örneklemlerle yapılacak araştırmalar, spiritüel bakımın etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koyabilir ve bu alandaki bilgi birikimini genişletebilir.

Çalışmamızda, yoğun bakımdan transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasında pozitif yönde, düşük seviyede ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bu bulgu, yoğun bakım deneyimlerinin olumlu yönde gelişmesiyle birlikte, hastaların spiritüel iyilik hallerinin de artabileceğini göstermektedir. YBDÖ'nin "Çevrenin Farkında Olma" alt boyutu ile FACIT-SP-12'nin "Barış" alt boyutları arasında; "Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler" ile "Barış" ve "Anlam" alt boyutları arasında; "Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması" ile "Barış" alt boyutu arasında ve "Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet" ile "Barış" ve "Anlam" alt boyutları arasında pozitif yönde, düşük seviyede anlamlı ilişkiler bulundu. Yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik hali alt boyutları arasındaki bu ilişkiler, hastaların yoğun bakımdaki memnuniyetlerinin artmasıyla birlikte, manevi iyilik hallerinin de olumlu yönde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Literatürde de yoğun bakım hastalarının manevi iyilik halleri ile ilgili çalışmalar sınırlı olsa da, manevi bakım müdahalelerinin olumlu etkileri çeşitli

araştırmalarda ortaya konmuştur (Bulut ve ark., 2023). Bu nedenle, manevi bakımın, yoğun bakım ünitelerinde bütüncül hasta bakımının ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması gerekmektedir.

Bu çalışmada hastaların %39'u kadın, %71'i erkek olup, genel olarak YBDÖ skorlarında "Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması" alt boyutunda anlamlı bir fark bulundu. Literatürde de benzer şekilde, cinsiyetin yoğun bakım deneyimlerini etkilediği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Topçu, 2023; Demir, 2009; Sekmen ve Ünsar, 2018; Adsay ve Dedeli, 2016). Erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı ve kadınların bazı alt boyutlarda daha olumlu deneyimler yaşadığı bulgular, cinsiyetin yoğun bakım süreçlerinde önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Bu farklılıkların, cinsiyetin sağlık hizmetlerinden beklentileri, stresle başa çıkma stratejileri ve sağlık personelinin cinsiyet temelli yaklaşımları gibi faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, yoğun bakım hastalarının yaş ortalaması 62,72 ± 11,53 idi ve hastaların yaş gruplarına yoğun bakım deneyimleri farklılık göstermekte idi. 49 yaş ve altı, 50-59 yaş ve 60-69 yaş gruplarındaki hastaların yoğun bakım sürecinde farkındalık seviyelerinin 80-88 yaş grubundakilere göre daha yüksek ve deneyimlerinin daha olumlu olduğu bulundu. Ayrıca, 80-88 yaş grubundaki hastaların, yoğun bakımda yaşanan deneyimleri hatırlama konusunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük performans gösterdiği belirlendi. Literatürde de genç ve orta yaşlı hastaların yoğun bakım sürecinde daha olumlu deneyimlere sahip oldukları, yaşlı hastaların ise bilişsel gerileme ve sağlık durumlarındaki bozulmalar nedeniyle bu deneyimleri daha olumsuz değerlendirdikleri belirtilmektedir (Karahan ve ark., 2020; Göktaş ve ark., 2016; Çağlıyan ve Dağ, 2019; Çam ve Şahin, 2018). Bu bulgular, yaşın yoğun bakım sürecindeki farkındalık ve deneyimlerin olumlu ya da olumsuz olmasında önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda ortaöğretim veya lise düzeyinde eğitim almış hastaların, okur-yazar olmayan hastalara göre çevrelerinin farkında olma deneyimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde de benzer şekilde, genel olarak eğitim durumunun yoğun bakım deneyimi üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı, ancak çevresel farkındalık konusunda eğitim düzeyinin etkili olabileceği görülmektedir (Adsay & Dedeli, 2016; Taylan ve ark., 2019; Tuna ve ark., 2014; Hintistan ve ark., 2009). Bu

bulgu, eğitim düzeyinin yoğun bakım ortamında çevresel uyarıcılara yanıt verme yeteneğini artırabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların %61,5'inin 3. Düzey yoğun bakımda, %38,5'inin ise 2. Düzey yoğun bakımda kaldığı belirlendi. 2. Düzey yoğun bakımda kalan hastaların "Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet" alt boyutu puan ortalaması 3. Düzey yoğun bakımda bakım alan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Bu farkın, 2. Düzey yoğun bakımlarda hasta başına düşen hemşire sayısının daha fazla olması ve hasta bakımına ayrılan zamanın daha uzun olması nedeniyle, hastaların daha fazla bireysel ilgi görmesiyle açıklanabilir.

Uzun süreli yoğun bakım kalışlarının çevresel farkındalıkta azalmaya ve olumsuz deneyimlere yol açtığı belirtilmektedir (Dinlegör Sekmen ve Ünsar, 2018; Fukuda ve ark., 2022).–Araştırmamızda hastaların %38,5'inin yoğun bakımda 1 gün kaldığı ve ortalama kalış süresinin 2,57±2,21 gün olduğu belirlendi. Yoğun bakımda 1 gün kalan hastaların çevrelerinin farkında olma seviyeleri daha yüksek ve deneyimleri daha olumlu bulundu. Yoğun bakım süresinin kısa olması, tedaviye hızlı yanıtın bir göstergesi olarak değerlendirildiğinden, bu durumun hastaların deneyimleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği sonucuna varılabilir (Karahan ve ark., 2020).

Araştırmamızda, hastaların %58,5'ine yoğun bakım sürecinde ziyaretçilerinin geldiği belirlendi. Ziyaretçisi gelmeyen hastaların, ziyaretçisi gelenlere kıyasla daha olumlu yoğun bakım deneyimlerine sahip olduğu görüldü. Bu bulgu, literatürdeki araştırmalarla (Kydonaki ve ark., 2020; Djikstra ve ark., 2023; Sheehan, 2022) çelişse de, ziyaretçilerin etkisinin bireysel durumlara ve aile dinamiklerine göre değişebileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda spiritüel iyilik halinin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde, erkek hastaların “Barış” alt boyutu puan ortalamasının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu, kadın hastaların ise “İnanç” alt boyut puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar, literatürde yer alan Weng ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışma ile tutarlılık göstermektedir; söz konusu çalışmada da kadınların inanç alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve erkeklerin barış alt boyutunda daha yüksek skorlar elde ettiği bildirilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaş gruplarına göre spiritüel iyilik helleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu bulgular, Ata (2018) tarafından yapılan çalışmayla

paralellik göstermektedir; burada da yaş grupları arasında “Anlam” ve “Barış” alt boyutları ile spiritüel iyilik hali toplam puanları açısından önemli bir fark bulunmamıştır. Ancak, aynı çalışmada “İnanç” alt boyutunda anlamlı bir fark saptanmış, 41-64 yaş grubundaki katılımcıların İnanç puanları, diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Chaar ve ark. (2018) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise genç hastaların “İnanç” alt boyutunda daha yüksek puan aldığı, Park ve Cho (2017) çalışmasında ise yaş ilerledikçe “İnanç” puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir. Literatürdeki bazı araştırmalarda ise yaş grupları arasında spiritüel iyilik puanları açısından önemli bir fark tespit edilmemiştir (Öztürk, 2023; Frost ve ark., 2013; Rabow, 2014). Bu farklılıklar, spiritüel iyilik halinin yalnızca yaşla değil, kişinin yaşam boyu edindiği inançlar ve kültürel arka planla şekillendiğini düşündürmektedir.

Literatürde eğitim seviyesinin spiritüel iyilik hali üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin manevi değerleri daha iyi anladığı ve bu süreçte daha bilinçli oldukları belirtilmektedir (Fradelos, 2021; Ata, 2018; Caldeira ve ark., 2017; Rohde ve ark., 2017). Çalışmamızda, üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip hastaların “Anlam” alt boyut puanları, okur-yazar olmayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Bu durum eğitimli olmanın, bireylerin manevi değerleri daha bilinçli ve derinlemesine anlamalarına yardımcı olarak, manevi iyilik hallerini güçlendirdiğini düşündürmektedir.

Evli bireylerin manevi iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu, bu durumun eşler arası sağlanan psikososyal destek, duygusal paylaşım ve aile ortamının sağladığı güven hissi ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Rafiei ve ark., 2021; Jadidi ve ark., 2015). Araştırmamızda, evli hastaların spiritüel iyilik düzeylerinin bekar hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hem ölçek genelinde hem de alt boyutlar (Barış, Anlam, İnanç) bazında evli bireylerin daha yüksek puanlar aldığı tespit edildi. Çalışmamızın bu sonuçları literatürle uyumlu olup, evlilik durumunun manevi iyilik hali üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda, yalnız yaşamayan hastaların spiritüel iyilik hallerinin yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Bununla birlikte, hastaların çalışma durumu ve gelir düzeylerine göre spiritüel iyilik helleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Yalnız yaşamayan hastaların spiritüel iyilik düzeylerinin daha yüksek olması, sosyal destek ve paylaşılan manevi deneyimlerle açıklanabilir. Yalnız yaşayan bireylerin ise izolasyon nedeniyle daha düşük puanlar almış olabileceği

düşünülmektedir. Çalışma durumu ve gelir düzeyinin spiritüel iyilik üzerinde fark yaratmaması, bu faktörlerin etkisinin sınırlı olabileceğini göstermektedir.

Hastaların spiritüel iyilik hallerinin planlı şekilde yoğun bakıma kabul edilen, 3. Düzey yoğun bakımı deneyimleyen, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde kalan, mekanik ventilasyon uygulanan ve yoğun bakım sonrası cerrahi birimlere transfer edilen katılımcıların inanç düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu bulgular, hastaların yoğun bakım sürecindeki deneyimlerinin inanç düzeylerini etkilediğini göstermektedir. Planlı kabul, ileri düzey bakım gereksinimi ve mekanik ventilasyon gibi faktörler, hastaların manevi desteğe olan ihtiyaçlarını artırabilir (Ohbe ve ark., 2024; Arnold-Day ve ark., 2021). Cerrahi birimlere transfer edilen hastaların da inançlarına daha fazla yönelmesi, zorlu tıbbi süreçlerle başa çıkmada inancın önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları:

- Hastaların Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) toplam puan ortalaması 75,505 ± 10,497 olarak bulundu; alt boyutlar bazında ise Çevrenin Farkında Olma puan ortalaması 24,995 ± 3,805, Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler puan ortalaması 16,920 ± 3,336, Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması puan ortalaması 14,540 ± 3,840 ve Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet puan ortalaması 19,050 ± 4,119 olarak saptandı.
- Hastaların FACIT-Sp-12 toplam puan ortalaması 34,050 ± 6,998 olarak belirlendi; alt boyutlar bazında ise Barış puan ortalaması 10,175 ± 2,634, Anlam puan ortalaması 11,730 ± 2,943 ve İnanç puan ortalaması 12,145 ± 3,378 olarak saptandı.
- Yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel iyilik halleri arasında pozitif yönde, düşük seviyede, anlamlı bir ilişki tespit edildi.
- Çevrenin Farkında Olma alt boyutu ile Barış alt boyutu arasında; Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler ile Barış ve Anlam alt boyutları arasında; Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması ile Barış alt boyutu arasında; ve Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet ile Barış ve Anlam alt boyutları arasında pozitif yönde, düşük seviyede, anlamlı ilişkiler bulundu.
- Erkek hastaların yoğun bakımda yaşadıkları deneyimleri kadın hastalardan daha fazla hatırlayabildikleri belirlendi.
- 49 yaş ve altı, 50-59 ve 60-69 yaşlarındaki hastaların yoğun bakım sürecindeki farkındalık seviyelerinin 80-88 yaşlarındaki hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.
- Erkek hastaların Barış alt boyutundaki puanlarının kadın hastalardan daha yüksek; kadın hastaların İnanç alt boyutundaki puanlarının ise erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi.
- Üniversite ve üstü düzeyde eğitim görmüş hastaların Anlam alt boyutundaki puanlarının, okur-yazar olmayan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.

- Evli hastaların spiritüel iyilik düzeylerinin bekâr, dul ya da boşanmış hastalardan daha yüksek olduğu; Barış, Anlam ve İnanç alt boyutlarındaki puanlarının da bu gruptan daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Yalnız yaşamayan hastaların spiritüel iyilik düzeylerinin ve özellikle Anlam ve İnanç alt boyutlarındaki puanlarının, yalnız yaşayan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.
- Yoğun bakımda kalış süresi azaldıkça, yoğun bakım memnuniyetinin arttığı tespit edildi.
- Yoğun bakımdayken ziyaretçi almayan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin, ziyaretçi alan hastalardan daha pozitif olduğu saptandı.
- Yoğun bakıma planlı bir şekilde kabul edilen hastaların İnanç düzeylerinin, plansız kabul edilen hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi.
- Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde kalan hastaların İnanç düzeylerinin, koroner yoğun bakım ünitesinde kalan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Mekanik ventilasyon uygulanan hastaların İnanç düzeylerinin, mekanik ventilasyon uygulanmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi.
- Yoğun bakım sonrasında cerrahi birimlere transfer edilen hastaların İnanç düzeylerinin, dahili birimlere transfer edilen hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.

ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimi ile spiritüel iyilik haller arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre;

- Yoğun bakım sonrası hastaların spiritüel iyilik hallerini artırmaya yönelik programlar geliştirilmelidir. Bu programlar, hastaların dini ve manevi ihtiyaçlarına yönelik destek sağlama, psikolojik danışmanlık ve manevi rehberlik hizmetlerini içermelidir.
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personeline, hastaların spiritüel ihtiyaçlarını anlama ve bu ihtiyaçlara yanıt verme konusunda kapsamlı eğitimler verilmelidir.
- Yoğun bakım ünitelerinden transfer edilen hastaların spiritüel iyilik hallerini değerlendirmek için standart ve geçerli ölçeklerin kullanılması sağlanmalıdır.
- Hastaların aileleri, spiritüel destek programlarına dahil edilerek, hastalara manevi destek sunma kapasiteleri artırılmalıdır.
- Gelecekte yapılacak çalışmalarda, yoğun bakım deneyiminin hastaların spiritüel iyilik halleri üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı incelemek amacıyla nitel ve nicel araştırmalar gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbasoğlu, B., & Demirdağ, H. (2024). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *16*(1).

Abdelbaky, AM ve Eldelpshany, MS (2024). Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) ile İlgili Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Literatür İncelemesi. *Cureus*, *16* (3).

Adsay, E., & Dedeli, Ö. (2015). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Dergisi, 6(3), 90-97.

Ageel, M., Shbeer, A., Tawhari, M., Darraj, H., Baiti, M., Mobaraki, R., ... & Mustafa, M. (2024). Suudi Arabistan, Jazan'daki Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Sendromunun Yaygınlığı. *Cureus* , *16* (5).

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

Alpay, Y. (2024). *Ayaktan kemoterapi uygulanan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).

Amer, M., Alshahrani, M. S., Arabi, Y., Al-jedai, A., Alshaqaq, H. M., Al-Sharydah, A., ... & Alhazzani, W. (2023). Saudi Critical Care Society clinical practice guidelines on the prevention of venous thromboembolism in adults with trauma: reviewed for evidence-based integrity and endorsed by the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Annals of Intensive Care*, 13(1), 8.

Anderson, P. (2019). *The Impact of War on Medical Advances: CPR and Triage During WWII, Korea, and Vietnam.* Historical Perspectives in Medical Sciences, 40(2), 213-229.

Aparício, C., & Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British Journal of Nursing*, *29*(13), 770-776.

Arnold-Day, C., Zyl-Smit, R. V., Joubert, I., Thomson, D., Fredericks, D. L., Miller, M., Michell, W., Semple, P., & Piercy, J. (2021). Outcomes of patients with COVID-19 acute respiratory distress syndrome requiring invasive mechanical

ventilation admitted to an intensive care unit in South Africa. *South African Medical Journal, 111*(6), 511-517.

Aşiret, GD ve Okatan, C. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilacın uyum düzeyi ile spirütüel iyi oluşumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs , 10* (23), 122-128.

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

Bai, M, Lazenby, M, Jeon, S, Dixon, J, McCorkle, R, Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer, Palliative & Supportive Care, 2015, 13(4), 927-35.

Bienvenu, OJ (2021). Kritik hastalık ve yoğun bakım hastalarında travma sonrası stres fenomeni. *Uluslararası Psikiyatri Dergisi , 33* (8), 691-698.

Bodur, İ., & Aslan, Ö. (2022). Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *5*(3), 298-305.

Bulut, TY, Çekiç, Y. ve Altay, B. (2023). Yoğun bakım ünitesi hastalarının ruhsal iyilik hali, yalnızlık, umut ve yaşam doyumu üzerine ruhsal bakım müdahalesinin etkileri. *Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği*, *77* , 103438.

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

Camillo, NRS, Matsuda, LM, Maran, E., Pini, JDS, Aveiro, HEP, Labegalini, CMG ve Blanco, YP (2021). Hastanede yatan hastalar ışığında maneviyat, dindarlık ve eufemi algısı. *Rev. Rene , 22* , 62502-62502.

Capuzzo, M., Moreno, R. P., & Alvisi, R. (2010). Admission and discharge of critically ill patients. *Current opinion in critical care*, *16*(5), 499-504.

Carola, V., Vincenzo, C., Morale, C., Pelli, M., Rocco, M., & Nicolais, G. (2022). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra COVID-19 hastalarında psikolojik sağlık. *Halk sağlığı alanındaki sınırlar , 10* , 951136.

Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. Supportive Care Cancer, 2018, 26:2581-2590.

Clark, C., & Heidenreich, T. (1995). Spiritual care for the critically ill. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 4(1), 77–81

Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Marín Pérez, R., Nunez Delgado, A., Romero-García, M., Martínez-Momblan, MA, ... & Castro, P. (2022). Yoğun bakımdan servise geçişte hastaların deneyimi. *Yoğun bakımda hemşirelik , 27* (3), 419-428.

Çağlıyan H, Dağ SG. Kardiyovasküler cerrahi ve koroner yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 10(4): 349-356.

Çam R, Şahin B. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2018; 1(1):10-14.

Çelik, S. (2007). Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *11*(2), 96-101.

Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *GOP Taksim EAH JAREN*, *3*(1), 37-42.

Dahine, J., Hébert, PC, Ziegler, D., Chenail, N., Ferrari, N., & Hébert, R. (2020). Kritik hastaların triyajı ve transferindeki uygulamalar: Seçim kriterlerinin nitel sistematik incelemesi. *Kritik Bakım Tıbbı , 48* (11), e1147-e1157.

Deana, C., Vetrugno, L., Cortegiani, A., Mongodi, S., Salve, G., Mangiagalli, M., ... & Italian Odissea Group. (2023). Yoğun bakımdan taburcu olduktan bir yıl sonra COVID ile ilişkili ARDS hastalarında yaşam kalitesi (Odissea çalışması): Çok merkezli bir gözlemsel çalışma. *Klinik Tıp Dergisi , 12* (3), 1058.

Dedeli, Ö., & Akyol, A. D. (2005). Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *9*(1), 20-27.

Dedeli, Ö., & Akyol, A. D. (2008). Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *12*(1), 26-32.

Deeny, P. (2022). Yorum: Afet hemşireliğinin tarihi: Nightingale'den 21. yüzyılda hemşireliğe. *Hemşirelikte araştırma dergisi , 27* (3), 273-274.

Demir Y, Korhan-Akın E, Eşer İ, Khorshid L (2009) Yoğun bakım deneyim ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 1(1), 1-11.

Demir, A., & Yılmaz, B. (2020). Yoğun bakım hastalarının memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi: Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) kullanımı. *Journal of Critical Care Nursing Studies, 15*(3), 45-59.

Demir, Y., Korhan, E. A., Eser, I., & Khorshid, L. (2013). Factors affecting experiences of intensive care patients in Turkey: patient outcomes in critical care setting. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, *63*(7), 821-825.

Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J., Pelgrim, T., van der Hoeven, J. G., Schoonhoven, L., ... & Vloet, L. C. (2023). Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(17-18), 5904-5922.

Dinlegör Sekmen, I., & Ünsar, S. (2018). Determining the experiences of the patients who were being treated in the intensive care unit. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 9(20), 113-119.

Dönmez, Y. C., Korkmaz, F.D., & Geçit, S. (2020). Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalar tarafından algılanması. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*, *12*(2), 190-7.

Eryiğit, İ., & Aydın, H.T. (2022). Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edilen Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *14*(3).

Ferrandino, M., Sollo, V., Di Vincenzo, M., Marafioti, N., Della Rocca, B., Brandi, C., ... ve Fiorillo, A. (2023). COVID-19 salgınının sağlık amalışanlarının ruh sağlığı üzerindeki etkisi. *Avrupa Psikiyatrisi* , *66* (S1), S413-S414.

Fradelos, E. C. (2021). Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. The Scientific World Journal, 2021(1), 6636854.

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

Fukuda, T., Kinoshita, Y., Shirahama, T., Miyazaki, S., Watanabe, N., & Misawa, T. (2022). Distorted memories and related factors in ICU patients. Clinical Nursing Research, 31(1), 39-45.

Gabay, G., Garbi, I., Zemel, G., & Starke, S. (2019). Cartography of Doctor-Patient Relationship: A Mind-Genomics Exploratory Study about the Public's Response to

Patient-Centered-Care. *Journal of Clinical Research in Medicine,* 2(51). https://dx.doi.org/10.31038/jcrm.2019251.

Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, MA, & Nikooseresht, M. (2019). İki ağrı ölçeğinin karşılaştırılması: Yoğun bakım ünitesine yatırılan hastalarda invaziv ve noninvaziv prosedürler sırasında davranışsal ağrı ölçeği ve kritik bakım ağrı gözlem aracı. *İran hemşirelik ve ebelik araştırmaları dergisi , 24* (2), 151-155.

Göktas SB, Yildiz T, Nargiz SK, Gur O. A comparison of the intensive care experiences of emergency and elective cardiac surgery patients. Niger J Clin Pract 2016;19:284-9.

Gu, J., Wang, H., Pei, J., Meng, J., & Song, Y. (2024). Yoğun bakım ünitesine transfer edilen hastaların ve eşlerinin ikili başa çıkma deneyimi: nitel bir çalışma. *Yoğun Bakımda Hemşirelik , 29* (4), 672-681.

Gül Dural (2023). Spiritual care experiences of nurses working in intensive care units: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 28(1). https://dx.doi.org/10.1111/nicc.12975.

Halpern, NA, Scruth, E., Rausen, M. ve Anderson, D. (2023). Yoğun bakım ünitesi tasarımının dört on yıllık evrimi ve geleceğe yönelik düşünceler. *Kritik Bakım Klinikleri , 39* (3), 577-602.

Ho, JQ, Nguyen, CD, Lopes, R., Ezeji-Okoye, SC ve Kuschner, WG (2018). Yoğun bakım ünitesinde manevi bakım: Bir anlatı incelemesi. Yoğun bakım tıp dergisi , 33 (5), 279-287.

Ho, JQ, Nguyen, CD, Lopes, R., Ezeji-Okoye, SC, & Kuschner, WG (2018). Yoğun bakım ünitesinde manevi bakım: bir anlatı incelemesi. *Yoğun bakım tıbbı dergisi , 33* (5), 279-287.

Izgu, N., & Metin, Z. G. (2020). Kemoterapi ve radyoterapi alan kanserli bireylerde yorgunluk ve spiritüel iyilik hali: tanımlayıcı-korelasyonel bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *7*(3), 310-317.

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

Jones, R. & Miller, P. (2018). *Intensive Care Units and the Development of Critical Care Nursing.* American Journal of Nursing, 32(2), 85-93.

Kahraman, B. N. (2020). *Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.

Kandasamy, A, Chaturvedi, S, Desai, G, Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer, Indian Journal of Cancer, 2011, 48(1), 55-9.

Kang, J., Lee, M., Cho, Y. S., Jeong, J. H., Choi, S. A., & Hong, J. (2022). The relationship between person-centred care and the intensive care unit experience of critically ill patients: A multicentre cross-sectional survey. Australian Critical Care, 35(6), 623-629.

Karahan, E., Akın, N. ve Çelik, S. (2020). Yoğun bakımda hastaların yaşamları ve ailelerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 6 (2), 140-149.

Karahan, E., Polat, Ş., & Çelik, S. (2023). YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE GÜRÜLTÜNÜN FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK ETKİLERİ. *Sağlık Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi*, *2*(1), 19-25.

Karami, N., Kazeminia, M., Karami, A., Salimi, Y., Ziapour, A., & Janjani, P. (2023). Kalp hastalarında depresyon, anksiyete ve stresin küresel yaygınlığı: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Duygusal bozukluklar dergisi* , *324* , 175-189.

Kavuncu, N. (2016). *Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerin yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Klimasiński, M. W. (2021). Spiritual care in the intensive care unit. *Anaesthesiology intensive therapy*, *53*(4), 350-357.

Kostich, K., Lasiter, S., Duffy, JR ve George, V. (2021). Hemşirelerin hemşire yöneticisi bakım davranışlarına ilişkin algıları ile hasta deneyimi arasındaki ilişki: Korelasyonel bir çalışma. *JONA: Hemşirelik Yönetimi Dergisi* , *51* (9), 468-473.

Krampe, H., Denke, C., Gülden, J., Mauersberger, VM, Ehlen, L., Schönthaler, E., ... & Spies, CD (2021). Yoğun bakım ünitesinde stresörlerin algılanan şiddeti: Hastaların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve yakınlarının bakış açılarına ilişkin literatürün sistematik bir incelemesi ve yarı-kantitatif analizi. *Klinik Tıp Dergisi*, *10* (17), 3928.

Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., & Işıklar Özberk, D. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler.

Manoiu, R., Hammond, NG, Yamin, S. ve Stinchcombe, A. (2023). Din/Maneviyat, Ruh Sağlığı ve Yaşam Süresi: Kanadalı Yetişkinlerden Oluşan Temsili Bir Örneklemden Elde Edilen Bulgular. *Kanada Yaşlanma Dergisi / La Revue Canadienne Du Vieillissement , 42* (1), 115–125. doi:10.1017/S0714980822000162

Miller, D. & Gustavsson, H. (2020). The Evolution of Ventilators and the Establishment of ICUs at Blegdam Hospital. Critical Care History Review, 39(4), 345-362.

Miller, M., Addicott, K. ve Rosa, WE (2023). Palliatif hemşireliğin temel bir bileşeni olarak manevi bakım. *AJN The American Journal of Nursing, 123* (2), 54-59.

Mohamed Elsayed, S., Abdalla Elbiaa, M. ve Arafa Hassan, E. (2023). Kritik Bakım Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları ve Manevi Algıları ve Yeterlilikleriyle İlişkisi. *Alexandria Bilimsel Hemşirelik Dergisi , 25* (4), 64-73.

Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., & Büla, C. J. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *Journal of general internal medicine, 26*, 1345-1357.

Ohbe, H., Shime, N., Yamana, H., Goto, T., Sasabuchi, Y., Kudo, D., Matsui, H., Yasunaga, H., & Kushimoto, S. (2024). Hospital and regional variations in intensive care unit admission for patients with invasive mechanical ventilation. *Journal of Intensive Care*, 12, 736.

Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022). Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, *12*(3), 390-402.

Özdemir, L. (2010). Koroner Yoğun Bakımda Kalan Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, *12*(1), 5-12.

Öztürk, N. (2023). *Yaşlı bireylerde manevi iyi oluşun aktif yaşlanma üzerine etkisi* (Master's thesis, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Öztürk, N. (2023). *Yaşlı bireylerde manevi iyi oluşun aktif yaşlanma üzerine etkisi* (Master's thesis, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

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

Peterman A, Fitchett G, Brady LM, et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy– Spiritual Well-Being Scale. Annals of Behavioral Medicine. 2002; 24(1): 49–58.

Picot, S., Harrington, A. ve Fuller, J. (2023). Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Gizli Profesyonel Kültürünü Bulmak - Eşlik Eden Yaşamı Sınırlayan Bir Hastalığı Olan Bireyler İçin Manevi Bakım. *Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Sorunlar*, *44* (10), 951–959.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.

Rabitti, E., Cavuto, S., Iani, L., Ottonelli, S., De Vincenzo, F. ve Costantini, M. (2020). İleri evre kanser hastalarında manevi iyilik halinin değerlendirilmesi: Anlamlı boyutları nelerdir?. *BMC palyatif bakım* , *19* , 1-8.

Rabow M. Spiritual wellbeing among patients with cancer receiving concurrent outpatient oncologic and palliative care. JPSM, 2014, 47:500-501.

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

Rattray J, Johnston M, Wildsmith JAW. The intensive care experience development of the ice questionnaire. J Adv Nurs. 2004;47(1): 64-73.

Robinson, C., Hibbert, E., Bastin, AJ, Meyer, J., Montgomery-Yates, A., Quasim, T., ... & Boehm, LM (2020). Yoğun bakım ünitesi kurtarma hizmetlerinde gönüllü olarak kritik hastalıktan kurtulanların deneyimlerini inceleyen uluslararası bir çalışma. *Kritik Bakım Araştırmaları*, *2* (11), e0273.

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

Rohrig, SAH, Lance, MD ve Malmstrom, MF (2020). Cerrahi yoğun bakım- güncel ve gelecekteki zorluklar?. *Katar Tıp Dergisi*, *2019* (2-Katar Kritik Bakım Konferansı Bildirileri), 3.

Sağlık Bakanlığı. (2024). 11395 sayılı Sağlık Bakanlığı Mevzuatı. Resmî Gazete, 12 Ocak 2024.

Sağlık Bakanlığı. (2024). 200853 sayılı Genelge. Erişim Tarihi: 15 Ocak 2024.

Sapriyanti, S., Natasha, D., & Gayatri, D. (2021). Kesejahteraan Spiritualitas (Spiritual Well being) dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice"), 12*, 78-82.

Sezen, A., Temiz, G., & Güngör, M. D. (2014). *Yoğun Bakım Hemşireliği* (s. 68). Nobel Tıp Kitabevleri.

Shankar-Hari, M., Wunsch, H., Rowan, K., Singer, M., Rubenfeld, GD, & Angus, DC (2021). Kritik bakımın geçmişi, bugünü ve geleceği üzerine düşünceler. *Kritik Bakım Tıbbı , 49* (11), 1855-1865.

Sheehan, K. (2023). *Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Vizit Deneyimleri* (Yüksek lisans tezi, Windsor Üniversitesi (Kanada)).

Suen, MW, Ramadhan, YA, Yusuf, M. ve Wang, JH (2022). COVID-19 Sırasında Endonezya Müslüman Topluluklarında Manevi Refah, Depresyon, Kaygı ve Stres. *Psikoloji Araştırmaları ve Davranış Yönetimi , 15* , 3013.

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl_3), 24-33.

Taylan, S., Arslan, S., Doğan, Sd, Erden Yüksekkaya, S., & Gezer, D. (2019). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinden Kliniklere Nakledilen Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi , 17 (1).

Taylor, AK, Fothergill, C., Chew-Graham, CA, Patel, S. ve Krige, A. (2019). Yoğun bakım ünitesinden sonra travma sonrası stres bozukluğunun tanımlanması. *British Journal of General Practice, 69* (680), 154-155.

Topcu, A. (2023). Yoğun bakım hastalarının deneyimi ve bireyselleştirilmiş bakım arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Türk Dil Kurumu. (31.08.2024). Deneyim. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. https://sozluk.gov.tr

Türkarlsan, E. (2023). *Kemoterapi alan hastalarda spiritüel iyilik halinin yaşanan semptomlara etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

Uğuz, Ö., & Keskin, G. (2024). The Mediating Role of Resilience in the Relationship Between Hope and Spiritual Well-being in Cancer Patients: A Study From Turkey. *Cancer Nursing*, 77, 1379.

Uysal, H., & Enç, N. (2021). Yoğun bakım ve yoğun bakım hemşireliğinin tarihçesi. In N. Enç (Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği* (s. 1). Nobel Tıp Kitabevleri.

Weng, N., Li, K., Lan, H., Zhang, T., Zhang, X., Gui, Y., ... & Liu, Q. (2021). Evaluation of the reliability and validity of functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being-expanded in elderly patients with chronic orthopaedic diseases. *Psychogeriatrics*, *21*(1), 32-41.

Willemse, S., Smeets, W., Van Leeuwen, E., Janssen, L. ve Foudraine, N. (2018). Yoğun bakımda manevi bakım: Hollandalı yoğun bakım uzmanlarının, yoğun bakım hemşirelerinin ve manevi bakıcıların bakış açıları. Din ve Sağlık Dergisi , 57 , 583-595.

Wu, TT, Kooken, R., Zegers, M., Ko, S., Bienvenu, OJ, Devlin, JW ve Van Den Boogaard, M. (2022). Temel anksiyete ve depresyon ve yoğun bakım deliryumu riski: prospektif bir kohort çalışması. *Kritik Bakım Araştırmaları*, *4* (7), e0743.

Yin, Y.-L., Sun, M.-R., Zhang, K., Chen, Y.-H., Zhang, J., Zhang, S.-K., Zhou, L.-L., Wu, Y.-S., Gao, P., Shen, K.-K., & Hu, Z.-J. (2023). Status and Risk Factors in Patients Requiring Unplanned Intensive Care Unit Readmission Within 48 Hours: A Retrospective Propensity-Matched Study in China. Risk Management & Healthcare Policy, 16, 383–391.

FORMLAR

EK-1: Etik Kurul İzni

EK-2: Kurum İzni

EK-3:Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hilal Nur Kıyak tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışması olan "Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edilen Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri İle Spiritüel İyilik Halleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasına katılmayı davet ediyoruz. Bu araştırmada yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimleri ile spiritüel (manevi) iyilik halleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla sorular yer almaktadır. Araştırmada sizden yaklaşık 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizinle birlikte 200 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktı**r; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmadan elde edilen veriler 5 yıl süre ile araştırmacı tarafından muhafaza edilecek ve 5 yıl sonunda kağıt imha aracılığıyla imha edilecektir. Çalışma konusu (yasadışı, utanç duyulan vs.), katılımcısı (çocuk, dezavantajlı gruplar vs.) ve uygulama açısından (yanıltma, kamera kayıt vs.) hassas araştırma veya minimalden daha yüksek bir risk taşıyan çalışma olmadığından önleyici tedbirler alınmamıştır. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya hilalnur.kiyak@ogr.iu.edu.tr e-posta adresi ve 5380656452 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı:..... .....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

EK-4: TANITICI BİLGİ FORMU	
1. Bilgi Formu No :	
2. Cinsiyetiniz	☐ Kadın ☐ Erkek
3. Yaşınız	☐ ……
4. Eğitim durumunuz	☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar/İlköğretim ☐ Ortaöğretim/Lise ☐ Üniversite ve üstü
5. Medeni durumunuz	☐ Evli ☐ Bekar / Dul / Boşanmış
6. Birlikte yaşadığınız kişiler	☐ Yalnız ☐ Aile ile birlikte ☐ Ev arkadaşı ile
7. Mesleğiniz	☐ Memur ☐ İşçi ☐ Emekli ☐ Serbest meslek ☐ Ev hanımı ☐ Diğer
8. Gelir durumunuz	☐ Gelir gideri karşılamıyor ☐ Gelir gideri karşılıyor ☐ Gelir giderden fazla
HASTALIK VE YOĞUN BAKIMLA İLGİLİ ÖZELLİKLER	
9. Kronik hastalık/lar	☐ Diabetes mellitus ☐ Kalp yetersizliği ☐ Hipertansiyon ☐ Kronik böbrek yetersizliği ☐ Diğer.....
10. Yoğun bakıma kabulünüz	☐ Planlı olarak (Planlanan cerrahi bir müdahale sonrası) ☐ Plansız olarak (Acil olarak/solunumsal/kardiyak arrest, vs. ile)
11. Kaldığınız yoğun bakım ünitesi/gün sayısı	☐ Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım ☐ Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım/ …. gün ☐ Koroner Yoğun bakım/……. Gün ☐ Yanık Yoğun Bakım/……. Gün
12. Yoğun bakımda kaldığınız oda tipi	☐ Tek kişilik oda ☐ Çok kişilik genel oda
13. Daha önce yoğun bakımı deneyimleme durumunuz	☐ Deneyimledim……. kez ☐ Deneyimlemedim
14. Mekanik ventilasyon uygulanma durumu	☐ Evet ☐ Hayır
15. Mekanik ventilasyonda kalma süresi	☐ ……./saat/gün
16. Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumu?	☐ Evet ☐ Hayır
17. Yoğun bakım sonra transfer edilen yer	☐ Dahiliye servisi ☐ Genel Cerrahi Servisi ☐ Kardiyoloji Servisi ☐ Kalp ve Damar Cerrahi Servisi ☐ Yanık Servisi ☐ Diğer ……
18. Yoğun bakıma ziyaretçileriniz geldi mi?	☐ Evet ☐ Hayır

EK-5: YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ

1.BÖLÜM : Yoğun bakımda kaldığınız süre boyunca aşağıdaki ifadelere hangi derecede katıldığınızı belirtiniz	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
1. Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim.					
2. Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim.					
3. Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde öleceğimi düşündüm.					
4. Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültüydü.					
5. Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum.					
6. Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim.					
7. Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum.					
8. Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim.					
9. Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık.					

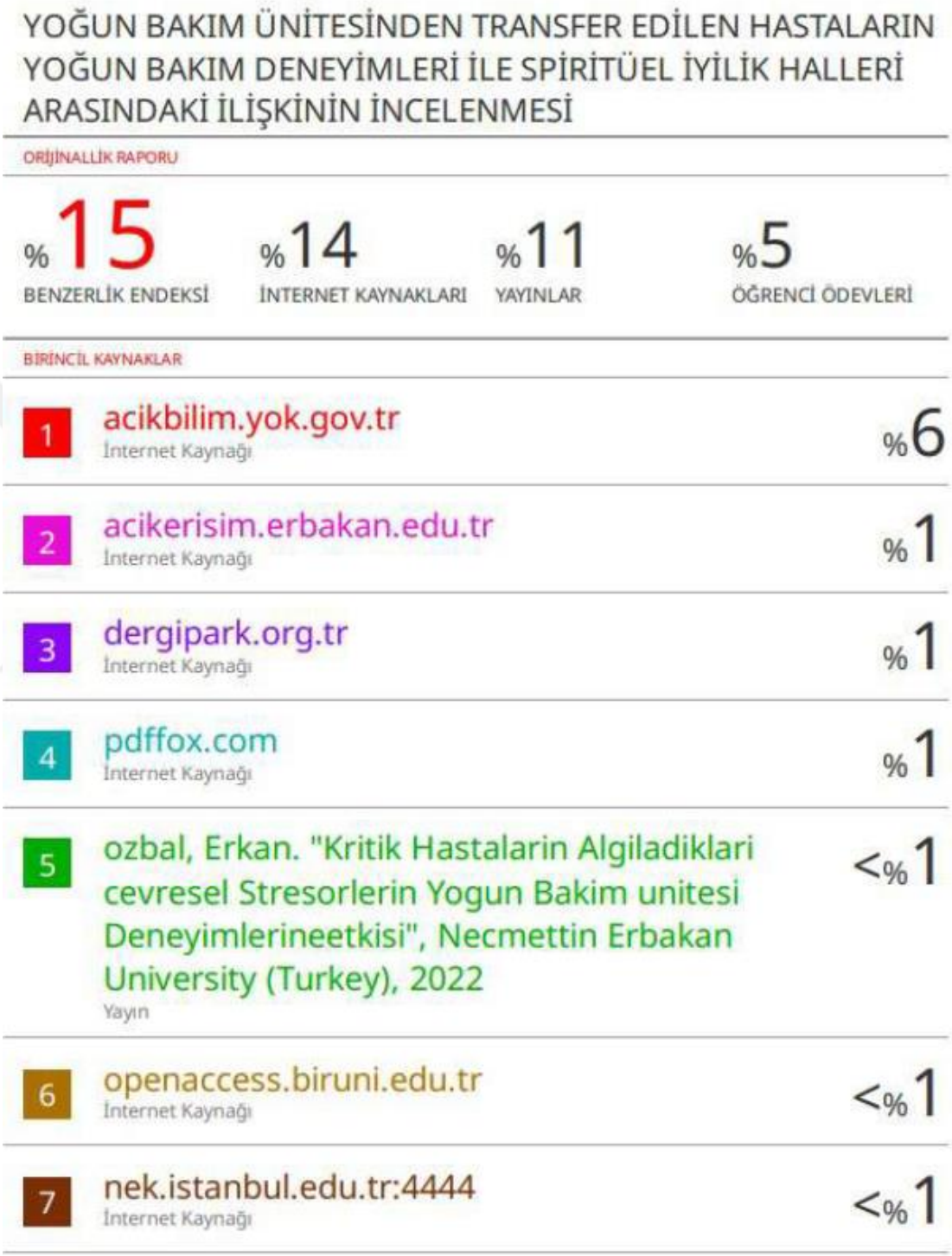
2. BÖLÜM : Yoğun bakımda kaldığınız süre boyunca aşağıdaki ifadeleri ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.	Her zaman (5)	Çoğu zaman (4)	Bazen (3)	Nadiren (2)	Hiçbir zaman (1)
10. Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum.					
11. Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.					
12. Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm.					
13. Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.					
14. Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.					
15. Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.					
16. Yoğun bakımda kendime güvende hissettim.					
17. Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm.					
18.Yoğun bakımda ihtiyaçlarını karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum.					
19.Yoğun bakımda iken yakınlarımın yokluğunu çok hissettim.					

EK-6: FACIT – SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, hastalığınız olan diğer kişilerin önemli olduğunu söylediği ifadelerin bir listesi bulunmaktadır. Son 7 gün için geçerli olan yanıtınızı belirtmek için lütfen her satırda bir sayıyı daire içine alın veya işaretleyin.

	FACIT – SP-12 (VERSİON 4)	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Sp1	Kendimi huzurlu hissediyorum.	0	1	2	3	4
Sp2	Yaşamak için bir nedenim var.	0	1	2	3	4
Sp3	Yaşamın verimlidir.	0	1	2	3	4
Sp4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
Sp5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
Sp6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum.	0	1	2	3	4
Sp7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum.	0	1	2	3	4
Sp8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun.	0	1	2	3	4
Sp9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum.	0	1	2	3	4
Sp10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum.	0	1	2	3	4
Sp11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi.	0	1	2	3	4
Sp12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum.	0	1	2	3	4

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLEN HASTALARIN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİ İLE SPİRİTÜEL İYİLİK HALLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%11	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%6
2	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	pdffox.com İnternet Kaynağı	%1
5	ozbal, Erkan. "Kritik Hastalarin Algiladiklari cevresel Stresorlerin Yogun Bakim unitesi Deneyimlerineetkisi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2022 Yayın	<%1
6	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1