



**MANEVİYATI GÜÇLENDİRME EĞİTİMİNİN  
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA  
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Mustafa DURMUŞ**  
**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ**

**Doktora Tezi-2020**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANEVİYATI GÜÇLENDİRME EĞİTİMİNİN  
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA  
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Mustafa DURMUŞ**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ**

**ERZURUM  
2020**


T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI


**MANEVİYATI GÜÇLENDİRME EĞİTİMİNİN  
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA ANKSİYETE  
VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**


**Mustafa DURMUŞ**


**Tez Savunma Tarihi** : 29.04.2020

**Tez Danışmanı** : Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU  
(Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK (İnönü Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğretim Üyesi Emine YILMAZ (Bingöl Üniversitesi) 

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü 

**Doktora Tezi**  
**ERZURUM - 2020**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	6
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	6
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular .....	7
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı .....	8
2.7. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri.....	9
2.8. Hemodiyaliz Tedavisi .....	10
2.9. Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları .....	11
2.10. Hemodiyaliz Tedavisinin Fiziksel ve Psiko-Sosyal Etkileri.....	11
2.11. Hemodiyaliz ve Anksiyete .....	12
2.12. Hemodiyaliz ve Depresyon.....	13

2.13. Maneviyat ve Manevi Bakım.....	14
2.14. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım .....	16
2.15. Maneviyat ile İlgili Hemşirelik Tanıları .....	18
2.15.1. Dinsel Ritüelleri Güçlendirme ( Religious Ritual Enhancement) .....	18
2.15.2. Spiritüel Destek (Spiritual Support) .....	19
2.15.3. Spiritüel Gelişmeyi Kolaylaştırma ( Spiritual Growth Facilitation).....	20
2.15.4. Manevi Sıkıntı (Spiritual Distress) .....	22
2.15.5. Manevi Sıkıntı Riski (Risk for Spiritual Distress).....	24
2.15.6. Manevi İyilik Halini Güçlendirmeye Hazır Oluş (Readiness for Enhanced Religiosity).....	25
2.15.7. Dinsel Kurallara Uymada Bozulma .....	28
2.16. Manevi Hemşirelik Girişimleri .....	29
2.17. Maneviyat ve Kronik Böbrek Yetmezliği.....	31
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	33
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	33
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu .....	33
3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği .....	34
3.6. Verilerin Toplanması .....	34
3.7. Hemşirelik Girişimleri .....	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	41
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	42

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	42
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>44</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>51</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>78</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>79</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>80</b>
<b>EK-4. HASTANE İZİN YAZISI.....</b>	<b>82</b>
<b>EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....</b>	<b>83</b>
<b>EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....</b>	<b>84</b>
<b>EK-7. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ) .....</b>	<b>86</b>
<b>EK-8. MANEVİ REHBERLİK EĞİTİMİ SERTİFİKASI.....</b>	<b>88</b>
<b>EK-9. EĞİTİM KİTAPÇIĞI .....</b>	<b>89</b>
.....	89
<b>EK-10. MANEVİYATI GÜÇLENDİRME PROGRAMI EĞİTİM İÇERİĞİ.....</b>	<b>90</b>
<b>EK-11. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ FORMU .....</b>	<b>112</b>

## TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyip yakından hissettiren, tüm lisansüstü eğitimim boyunca samimiyeti, sıcaklığı ve anlayışı için çok değerli hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ'ye en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez izleme komitemde yer alan ve tez çalışmam süresince bana yol gösteren, kıymetli önerileri ile katkı sağlayan değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya ve Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN' a, tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi Emine YILMAZ'a, doktora eğitimim boyunca yardımlarını, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a ve Sayın Arş. Gör. Zeynep OLÇUN'a, tez dönemimde çalışmam boyunca beni destekleyen tüm arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden sevgili hastalarım, veri toplama aşamasında her türlü yardım ve desteği esirgemeyen Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi çalışanlarına, hayatımda varlığıyla bana huzur ve güç veren, yoğun tez dönemimde beni sabırla destekleyen, anlayış gösteren sevgili aileme, eşime ve çocuklarım Sare Meryem ile Yusuf Taha'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Mustafa DURMUŞ**

## ÖZET

### **Maneviyatı Güçlendirme Eğitiminin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi**

**Amaç:** Araştırma maneviyatı güçlendirme eğitiminin hemodiyaliz tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Araştırma; randomize-kontrollü araştırma deseni kullanılarak yapıldı. Araştırma, Ocak 2019 – Nisan 2020 tarihleri Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde yapıldı. Hemodiyaliz tedavisi alan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun toplam 71 kişi (33 deney, 38 kontrol) ile araştırma tamamlandı.

Deney grubundaki hastalara 16 oturum maneviyatı güçlendirme eğitimi verildi. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ile “HADÖ” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ki kare, bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümler için Friedman testi, Will Coxon İşaretili Sıralar testi ve Mann Whitney-U testi kullanıldı.

**Bulgular:** Girişim öncesi deney ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon düzeyinin orta seviyede olduğu belirlendi. Grup içi karşılaştırmada; deney grubunda bulunan hastaların anksiyete ve depresyon ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ( $p<0.05$ ). Kontrol grubu grup içi karşılaştırmasında ise, anksiyete ve depresyon ön test ve son test puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli bir değişimin olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ). Deney grubu hastaların son test ve izlem testindeki anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında artış yönünde, öntest ile son test arasında düşüş yönünde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Maneviyatı güçlendirme eğitiminin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan manevi bakımın, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda, anksiyete ve depresyon yönetiminde hemşirelik girişimi olarak kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, depresyon, hemodiyaliz, hemşirelik, manevi bakım



## ABSTRACT

### **The Effect of Strengthening Spirituality Training on Anxiety and Depression Level in Patients Receiving Hemodialysis Treatment**

**Aim:** This research was conducted to determine the effect of spiritual strengthening training on the anxiety and depression levels of patients receiving hemodialysis treatment.

**Material and Method:** This research was carried out using a randomized-controlled research design. The research was carried out in Muş State Hospital Hemodialysis Unit between January 2019 and - April 2020. The research was completed with a total of 71 people(33 experiments, 38 controls) who received hemodialysis treatment and were in accordance with the inclusion criteria. Patients in the experimental group were trained 16 sessions of spirituality strengthening. "Personal Information Form" and "HADS " were used to collect the data. In the evaluation of the data, number, percentage, mean, chi-square, t test in independent groups, Friedman test for repeated measurements, Will-Coxon Signed Rows test and Mann Whitney-U test were used.

**Findings:** It was determined that the level of anxiety and depression in the experimental and control groups before intervention was moderate. In the in-group comparison, the difference between the anxiety and depression pre-test, post-test and follow-up test mean scores of the patients in the experimental group was found statistically significant ( $p < 0.05$ ). In the comparison of the control group within the group, it was determined that there was no statistically significant change in the anxiety and depression pretest and posttest mean scores ( $p > 0.05$ ). An increasing statistically significant difference was found in the anxiety and depression subscale mean scores of the experimental group in the posttest and follow-up test. A declining statistically significant difference was found between the pretest and posttest of the experimental group. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that training to strengthen the spirituality was effective in reducing the anxiety and depression levels of the patients. It is suggested that spiritual care, which is one of the complementary and alternative treatment methods, can be used as a nursing intervention in patients receiving hemodialysis treatment, for anxiety and depression management.

**Keywords:** Anxiety, depression, hemodialysis, nursing, spiritual care

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ANA</b>	: Amerikan Nursing Association
<b>ALP</b>	: Alkalen Fosfataz
<b>AVF</b>	: Arteriyovenöz Fistül
<b>AVG</b>	: Arteriyovenöz Greft
<b>BUN</b>	: Kan Üre Azotu
<b>Ca</b>	: Kalsiyum
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>EAPC</b>	: Avrupa Palyatif Bakım Derneği
<b>HADÖ</b>	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
<b>HD</b>	: Hemodiyaliz
<b>GFH</b>	: Glomerül Filtrasyon Hızı
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>KBH</b>	: Kronik Böbrek Hastalığı
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>NANDA</b>	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği
<b>NIC</b>	: Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
<b>NOC</b>	: Hemşirelik Gerekçeleri Sınıflaması
<b>NFK-DOQI</b>	: Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
<b>P</b>	: Fosfor
<b>RRT</b>	: Renal Replasman Tedavisi
<b>SDBY</b>	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
<b>TND</b>	: Türk Nefroloji Derneği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil No**

**Sayfa No**

**şekil 3.1.** Araştırma Planı ..... 43



## TABLULAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 2.1.</b> Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri .....	7
<b>Tablo 3.1.</b> Maneviyatı Güçlendirme Test Tarih Planlaması .....	40
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri .....	44
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Ön Testte Gruplar Arası HADÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların Son Testte Gruplar Arası HADÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.4.</b> Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Grup için HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.5.</b> Deney Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Grup için HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.6.</b> Deney Grubu Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Grup için HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 4.7.</b> Deney Grubu Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Grup için HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının İkili Karşılaştırılması .....	50

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek hastalığı (KBH) geriye dönüşümsüz, ilerleyici ve pek çok sistemi ilgilendiren bir hastalıktır. KBH tüm dünyada yetişkinlerin %10-15'ini etkilemektedir.<sup>1</sup> Türkiye’de genel yetişkin popülasyonundaki KBH oranı % 15,7’dir. Diğer bir deyişle her altı yetişkin kişiden birisinde KBH’lığı vardır.<sup>2</sup> Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), altta yatan böbrek hastalığının etiyojisine bakılmaksızın, en az üç ay devam eden böbrek hasarı ya da glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Tedavisi böbrek nakli ya da diyalizdir.<sup>3</sup> Türk Nefroloji Derneği’nin verilerine göre, ülkemizde 2017 yılı sonu itibariyle toplam 77.311 hastaya renal replasman tedavisi (RRT) uygulanmaktadır. En sık (%76) uygulanan RRT tipi Hemodiyaliz (HD) tedavisidir.<sup>4</sup> Bu hastalar diyalizin kronik doğasından kaynaklanan ve tedaviye bağlı olarak ciddi stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, sıvı-solüt dengesizlikleri, hipotansiyon ve ağrı gibi semptomlarının HD tedavisi gören hastalarda görülmesi KBY’deki üremiden kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı hastaların iş yapma durumları azalmakta, fiziksel fonksiyonları sınırlanmakta ve psiko-sosyal göstergeleri de zayıflamaktadır.<sup>5</sup>

HD tedavisi alan hastaların haftada üç gün, günde ortalama dört saat süren tedavi programlarında diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı olması hastaların kişisel yaşamlarını etkilemektedir.<sup>6-8</sup> HD tedavisi alan hastalarda makine alarmlarının oluşturduğu korku, endişe, ölüm korkusu, umutsuzluk, öfke, tatminsizlik ve hayal kırıklığı gibi psikolojik sorunlar görülebilmektedir.<sup>9</sup>

KBY ani, beklenmedik ve sıklıkla ciddi sağlık krizlerine yol açmaktadır. HD tedavisi hastalar için şüphesiz bir kaygı kaynağı teşkil etmekle beraber hastalar her

diyalizden sonra diğerk kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi kendi sağlıkları ile ilgili kaygı yaşamaktadırlar.<sup>10</sup>

Yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastalarda anksiyete oranı % 3-46 arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır.<sup>11-13</sup> Hastaların sağlıklarını, bağımsızlıklarını, fiziksel güçlerini ve çalışma yeteneklerini kaybetme düşünceleri depresyon oluşumunda en önemli unsurdur.<sup>14-16</sup> HD tedavisi alan hastalarda depresyon akut dönemden sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluktur.<sup>14,17,18</sup> Yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastalarda depresyon oranı % 25-60 arasında değişmektedir.<sup>9,11-16,19</sup>

HD tedavisi alan hastalarda, yüksek manevi iyi oluş ve dindarlığın olması depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>20</sup> İnsanı insan yapan temel öğelerden birinin de maneviyat olduğu vurgulanmaktadır.<sup>21</sup> Ergül ve Bayık'ın<sup>22</sup> aktardığına göre; Ross, maneviyatı "bireyin, materyalin ötesinde ilişkili olduğu her şey, bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı" ve "yaşama verilen anlam ve amaç" olarak tanımlamıştır.<sup>22</sup> Hemşirelik literatüründe yaygın olarak tanımlanan şekliyle maneviyat; dini bir bağlılığın ötesinde yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etmedir.<sup>23</sup> Maneviyat, bütüncül yaklaşımın doğal bir parçasıdır ve hemşirelik bakımında vazgeçilemez bir öğedir.<sup>24</sup>

Hemşirelerin sahip oldukları dini ya da manevi duygularını hastalara yansıtmadan hastaların manevi ihtiyaçlarını bilmeleri, bütüncül sağlık yönüyle son derece önem arz etmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin hastalarla ilgilenirken olaya bütüncül bakmaları ve manevi kısmı da düşünerek hareket etmeleri gerekmektedir.<sup>25</sup>

Maneviyat ile ilgili hemşirelik tanıları uzun sürelerden beri Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) ve Amerikan Hemşireler Birliği'nin (Amerikan Nursing Association) (ANA) tanı listesinde yer almaktadır.<sup>26</sup> Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği'nin (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) (NANDA) 2018

yılında yayınladığı hemşirelik tanıları listesinde “spritüel distres”, “spritüel distres riski” ve “spritüel boyutun güçlendirilmesi potansiyeli” tanıları yer almaktadır.<sup>27</sup>

Kişilerin manevi inançlarının, uygulamalarının bilinmesi ve bireylere özgü manevi bakım verilmesi hemşirelerin temel görevlerindedir. Türkiye’de de maneviyat konusunu ele alan çalışmalar, özellikle sosyal çalışma sahasında daha çok ağırlık kazanmaya başlamıştır.<sup>28-31</sup> Ancak söz konusu çalışmaların bir kısmında maneviyat kavramının yalnızca dini arayışla yetinilmeyeceği ifade edilse de konunun ağırlıklı olarak dini inanış temelinde irdelendiği ve yalnızca din ekseninde ele alındığı görülmektedir.<sup>32,33</sup>

HD tedavisi alan hastalarda maneviyatın anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, manevi girişimlerin hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltması ile ilgili araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>34-36</sup>

HD hastalarında manevi sağlık seviyesinin düşük olduğu, manevi sağlık olmadan sağlığın diğer yönlerinin düzgün çalışamayacağını ve hastaların maksimum kapasitelerine ulaşamayacakları belirtilmektedir.<sup>37</sup> Manevi inançlar, genellikle ciddi hastalığı olan hastalar için çok önemli olmakla beraber, bireylerin hastalıklarla başa çıkma ve tedavi kararları vermede bir kaynak görevi görmektedir.<sup>38,39</sup> Manevi bakım, HD tedavisi alan hastalarda manevi iyi oluşu, öz saygıyı ve öz yeterliliği arttırmak, zihinsel ve duygusal ihtiyaçlarla birlikte düşünüldüğünde, HD hastalarının stresinin azaltılmasında ve zihinsel rahatlamanın sağlanması için etkili bir müdahale olarak kullanılabilir.<sup>20,40</sup> HD tedavisi alan hastalar için din, maneviyat ve dini yönelim kavramları bireylerin hastalıkla mücadele etmesinde, hastalıklarına uyum sağlamada, ruh sağlıklarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.<sup>41,42</sup>

Oshvandi ve ark.<sup>43</sup> yaptıkları çalışmada ruhsal bakım programının, böbrek hastalığının son aşaması olan HD hastalarında ölüm kaygılarını azalttığı sonucu

bulunmuştur.<sup>43</sup> Ramirez ve ark'nın<sup>44</sup> yaptıkları çalışmada HD hastaları için maneviyatın büyük önem taşıdığı ve hemşirelik ve disiplinler arası sağlık hizmetlerinde önemli bir nokta olabileceği belirtilmiştir.<sup>44</sup> Tanyi ve ark.<sup>45</sup> yaptıkları çalışmada HD tedavisi alan hastalar için, hemşirelerin bireyselleştirilmiş manevi ihtiyaçları anlamak ve manevi bakımı uygulamak için benzersiz bir konumda oldukları ifade edilmiştir.<sup>45</sup>

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, dünyada HD tedavisi alan hastalara verilen manevi bakımın sonuçlarının değerlendirildiği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır.<sup>34-36,43-45</sup> Ülkemizde ise manevi bakım uygulanmasının değerlendirildiği sınırlı çalışmalar bulunmakla birlikte özellikle HD tedavisi alan hastalara uygulanan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.<sup>46-49</sup> Sonuç olarak, kronik hastalıklar arasında yer alan HD'in rahatsız edici semptomlarının kontrolünde manevi bakım uygulamasının etkisini gösteren daha fazla çalışmaya gereksinim vardır. Bu konuda yapılacak olan çalışma sonuçlarının, manevi bakımın HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılmasında bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>0</sub>:** Maneviyatı güçlendirme eğitimi, HD tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeyini etkiler.

**H<sub>1</sub>:** Maneviyatı güçlendirme eğitimi, HD tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyini etkiler.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek hastalığı, böbrek fonksiyonlarında ya da glomerular filtrasyon hızında önemli bir azalma olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu da yüksek tansiyon, kansızlık, kalp ve kan damarı hastalıklarına neden olmaktadır.<sup>50</sup>

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), altta yatan böbrek hastalığının etiyojisine bakılmaksızın, en az üç ay devam eden böbrek hasarı ya da glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Kronik böbrek hastalarında GFH zaman içerisinde giderek azalmaktadır. Sonuç olarak böbrek, sıvı-solüt ve metabolik-endokrin dengeleri ayarlama yeteneğini kaybetmektedir.<sup>3</sup>

### 2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY tüm organ ve sistemleri etkileyen ciddi bir hastalıktır. Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı alan hasta sayısı 60.000'in üzerinde olup dünyada iki milyondan daha fazla kişi SDBY nedeniyle hemodiyaliz (HD), periton diyalizi veya renal transplantasyon tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir.<sup>51</sup>

KBY, günümüzde görülme sıklığı hem dünyada hem de ülkemizde hızla artmakta olan kronik bir hastalıktır.<sup>52</sup> SDBY hastalığı, ülkemizde son yıllarda önemli derecede bir halk sağlığı problemi haline gelmekte ve toplumda görülme sıklığı giderek artmaktadır. Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektiren böbrek yetmezliği hastaları ile ilgili güncel verilerin sağlanması ve yıllar içinde yaşanan değişimlerin değerlendirilmesi açısından Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) "Kayıt Sistemi 2017 Yılı Özet Raporu"nda Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği hastalığı prevalansı, oransal olarak milyon/nüfus başına çocuk hastalar dâhil olmak üzere 957 olarak belirlenmiştir ve RRT insidansı ise, 146 olarak hesaplanmıştır. Son dönem KBY

hastalığının nedenleri arasında, diyabetes mellitus hastalığı en önemli neden olarak görülmektedir.<sup>4</sup>

Türk Nefroloji Derneği' nin 2017 verilerine göre ülkemizde RRT alan 77331 KBY hastası olduğu; bunlardan 58635 (%76) hastanın HD tedavisi aldığı, 3346 (%4) hastasının periton diyalizi tedavisi aldığı ve 15330 (%20) hastaya ise böbrek tranplantasyonu uygulandığı belirtilmektedir. Aynı raporda, Türkiye'de KBY hastalığında RRT alan KBY hastalarının sayısında sürekli bir artış eğiliminin devam ettiği ve HD tedavisi alan tüm KBY hastalarının %57'sinin erkek hasta, %43'ünün ise kadın hasta olduğu belirtilmiştir.<sup>4</sup> Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda KBY'nin görülme oranının ülkelere göre değiştiği bildirilmektedir.<sup>53,54</sup>

### **2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

KBY'deki etiyolojik faktörlerin oranları ülkeye, ırka, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin Böbrek Veri Sistemi'nde SDBY'ye sebep olan değişik 50 etiyolojik faktörden bahsedilmiştir. Geçmişte KBY'deki en önemli etiyolojik faktör glomerülonefritler iken, günümüzde DM ve HT'dir. Diyabetik nefropatinin bütün ırk ve etnik kökenlerde birinci sırada yer aldığı bilinmektedir.<sup>55</sup>

### **2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri**

Hastalarda gözlemlenen klinik semptom ve bulgular, böbrek yetmezliğinin patolojisi, evresi ve gelişim hızı ile ilişkilidir.<sup>56,57</sup> Genellikle GFH 35-50 ml/dakika'nın altına düşmedikçe hastalarda semptomlar görülmez. GFH, 20-25 ml/dakika olduğunda üremik semptomlar görülmeye başlar ve bu değer 15 ml/dakika altına düştüğünde SDBY'den bahsedilir.<sup>58</sup> GFH değerine göre kronik böbrek hastalığı evreleri tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 2.1.** Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1.73m <sup>2</sup> )
0	Risk faktörü var	≥ 90
1	GFH'nin normal veya artmış olması ile birlikte böbrek hasarının varlığı	≥ 90
2	GFH'nin hafif azalması ile birlikte görülen böbrek Hasarı	60-89
3	GFH'de orta derecede azalma	30-59
4	GFH'de ağır derecede azalma	15-29
5	Böbrek yetmezliği	<15

## 2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

KBY'de GFH'deki azalma sonucu, böbreklerdeki sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, böbreklerdeki endokrin ve metabolik fonksiyonların yerine getirilememesi sonucunda vücuttaki birçok sistemi, doku ve organları etkileyerek bir dizi klinik sonuçlara neden olmaktadır.<sup>59</sup>

KBY'de özellikle kardiyovasküler sistem, gastro-intestinal sistem, immünolojik sistem, hematolojik, nörolojik ve endokrin sistemlerine ait vücutta farklı patolojik durumlar meydana gelmektedir.<sup>60</sup> KBY hastalığı ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir özelliğe sahip olup vücutta meydana gelen fonksiyon kaybı derecesine göre laboratuvar ve klinik bulgularda değişiklikler oluşmaktadır.<sup>61,62</sup> KBY'de en sık görülen belirti ve bulgular, sistemlere göre şu şekilde özetlenebilir:<sup>62-</sup>

63

Elektrolit ve asit-baz dengesizliğine ilişkin bulgular; hiperkalemi, hipokalemi, hiperkalsemi, hiperfosfatemi, hiponatremi, hiponatremi, hipermağnezemi, metabolik asidoz.

- Hematolojik sisteme ilişkin bulgular; anemi, kanama bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, lenfopeni.
- Kardiyovasküler sisteme ilişkin bulgular; perikardit, ödem, hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi, aritmi, hızlanmış ateroskleroz, kardiyomyopati.
- Solunum sistemine ilişkin bulgular; plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem.
- Gastrointestinal sisteme ilişkin bulgular; hıçkırık, üremik ağız kokusu, gastrit, kusma bulantı, iştahsızlık, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, motilite bozuklukları.
- Nörolojik sisteme ilişkin bulgular; uyku bozuklukları, konvülsiyon, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, baş ağrısı, konuşma bozuklukları.
- Kas-iskelet sistemine ilişkin bulgular; üremik kemik hastalığı, karpal tünel sendromu, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, eklemlerde artrit.
- Endokrin sisteme ilişkin bozukluklar; hiperparaotiroidi, amenore, infertilite, seksüel disfonksiyon, azospermi.
- Psikolojik bulgular; inkâr, anksiyete, depresyon, psikotik bozukluklar.<sup>60,61</sup>

## **2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı**

Böbrek yetmezliği tanısı, kan üre azotu (BUN) ve kreatinin düzeylerindeki artış veya kreatinin klirensindeki düşüş ile kolaylıkla konmaktadır, ancak sorun akut-kronik böbrek yetmezliği ayırıcı tanısının belirlenmesidir. KBY tanısının konmasında uygulamada en çok kullanılan tanı yöntemi arasında radyolojik olarak renal ultrasonografide böbreklerin küçük olduğunun gösterilmesidir. KBY de tanı ve ayırıcı tanıda böbreklerden alınacak biyopsinin yeri çok sınırlı olmaktadır.<sup>64</sup>

Tanı konmasında kişisel ve ailesel öykü, fizik muayenede hipertansif veya diyabetik hastalık bulguları önemli bir yer tutmaktadır. Laboratuarda, serum kreatinin ve kan üre azotu (BUN) yüksekliği, serum elektrolitlerinde kalsiyum (Ca), fosfor (P), alkalen

fosfataz (ALP) ve albumin düzeylerinde değişiklikler, idrarın laboratuvar tahlili ve mikroskopisinde etyolojiye bağlı gelişen bulgular ve anormallikler saptanmaktadır.

KBY' de tanı şu şekilde özetlenebilir;

- Ürianaliz: pH düzeyi asidiktir ve osmolalite düşüktür. Sedimentasyonda lökosit ve trombosit görülebilmektedir. 24 saatte bōbeklerden çıkan idrar miktarı az olabilir ya da hiç olmayabilir, proteinüri olabilir.<sup>65,66</sup>
- Tam kan sayımı: Kanda hemoglobin ve hematokrit miktarında azalma, alyuvar hücrelerinin yaşam süresinde kısalma, trombosit sayısında azalma ve birleşme eğiliminde artma görülebilmektedir.
- Kan biyokimyası: Serum pH' ında azalma, bikarbonat ( $\text{HCO}^{-3}$ ) miktarında azalma, Mg,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{H}^+$ ,  $\text{PO}^{-4}$ ,  $\text{Ca}^+$  miktarlarında artma, serum ürik asit ve kan üre azotu (BUN) miktarında artma, demir (Fe) ve demir bağlama kapasitesinde azalma ve kreatin klirensinde düşme ve azalma söz konusu olabilir.
- Böbreklerin, üreterin ve mesanenin radyografisinde küçük küçük kontrakte böbrekler görülebilir. KBY' de kesin tanı ultrasonografi ve renal biyopsi ile birlikte konmaktadır.<sup>65,66</sup>

## **2.7. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri**

Kronik böbrek hastalığında tedavinin primer amacı, homeostazisi ve böbrek fonksiyonlarını sürdürmektir. Öncelikle böbrek hasarına neden olan durum belirlenir ve tedavi edilir. KBH'nin tedavisindeki bir diğer amaç ise; komplikasyon oluşumunu engellemek ve oluşan komplikasyonları ortadan kaldırmaktır.<sup>67,68</sup>

KBH'nin tedavisinde renal replasman tedavisi kullanılmaktadır. Renal replasman tedavisi, son dönem böbrek hastalığında eksik olanı yerine koyma tedavileri olarak tanımlanan hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur.<sup>69</sup>

## 2.8. Hemodiyaliz Tedavisi

Hastadan alınan kanın, yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek ters yönden gelen diyaliz solüsyonu ile homojenize edilmesi, difüzyon, ozmoz ve ultrafiltrasyon ile asit- baz, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve toksik maddelerden arındırılarak hastaya geri verilmesi işlemidir.<sup>70</sup> İlk diyaliz uygulaması 1913 yılında John Hopkins Tıp Okulu'nda böbrekleri alınan köpekler üzerinde denenmiştir. HD insanlarda ilk kez 1942 yılında Willem Johan Kolff tarafından akut böbrek yetmezliğini tedavi etmek amacıyla uygulanmıştır ve 1960'dan bu yana KBY tanısı konan hastaların tedavisinde kullanılmaktadır.<sup>71</sup>

Hemodiyaliz tedavisinin amacı, yarı geçirgen bir zar ile hastanın kanı ve diyaliz sıvısı arasındaki konsantrasyon farklılığından yararlanarak sıvı ve solüt adı verilen elektrolitler ve üre gibi küçük moleküllü maddelerin değişimini sağlamaktır. Sıvı ve solütlerin değişimi, kan ve diyaliz sıvısı arasındaki konsantrasyon eşitleninceye kadar devam eder.<sup>72</sup> HD işlemi sırasında sıvı ve solütlerin geçişi difüzyon ve ultrafiltrasyon (konveksiyon) mekanizmaları yoluyla olur. Difüzyon diyaliz membranının iki tarafı arasındaki konsantrasyon farkından dolayı oluşur. Su moleküllerinin diyaliz membranının iki tarafındaki hidrostatik basınç farkı sonucunda yarı geçirgen membrana doğru itilmesi ve membrandan geçmeleriyle ultrafiltrasyon gerçekleşir. Solütlerin ultrafiltrasyon sırasında su molekülleri ile birlikte sürüklenerek yarı geçirgen membranın porlarından geçmelerine konvektif transport adı verilir.<sup>73</sup>

Hemodiyaliz işlemi hastanın böbrek fonksiyonlarına bağlı olarak haftada 2-3 kez, ortalama dört saat süre ile uygulanır.<sup>74,75</sup> HD uygulaması için yeterli kan akımını sağlayan bir damar yolu, diyaliz solüsyonu, diyalizör, hemodiyaliz seti ve diyaliz cihazına ihtiyaç vardır. Bu işlemin etkili ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için yeterli kan akımının (erişkinde yaklaşık dakikada 200-600 ml) sağlanması ve bu amaçla kalıcı veya

geçici vasküler giriş yollarının hazırlanması gerekir. Günümüzde geçici damar giriş yolu için yaygın olarak kullanılan yöntem; çift lümenli bir kateterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı damara giriş yolları ise arteriyovenöz greft (AVG) veya arteriyovenöz fistül (AVF) şeklindedir.<sup>76</sup>

### **2.9. Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları**

HD tedavisinin komplikasyonları; çok sık görülen ve daha az görülebilen fakat ciddi olabilecek komplikasyonlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Hastada çok sık görülen HD tedavisi komplikasyonları; bacaklarda ve kollarda kas krampları, huzursuz bacak sendromu, hipotansiyon, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırtta ağrı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az görülen fakat ciddi olarak sayılabilecek komplikasyonlar; anafilaktik reaksiyonlar, disequilibrium sendromu(diyaliz dengesizliği), aritmiler, kardiyopulmoner arrest, kalp tamponadı, intrakranial kanama, hemoliz, hava embolisi, konvülziyonlar ve hipoksemidir.<sup>61,77</sup>

### **2.10. Hemodiyaliz Tedavisinin Fiziksel ve Psiko-Sosyal Etkileri**

Diyaliz tedavisi alan bireylerde alışılmış yaşam düzeni önemli oranda değişmiştir. Her ne kadar diyaliz tedavisi SDBY hastaları için yaşam süresini uzatan verimli bir alternatif olsa da, uzun süreli HD uygulaması hastanın yaşamına getirmiş olduğu kısıtlamalar sebebiyle kabullenilmesi zor bir tedavidir.<sup>78-80</sup> HD tedavisine rağmen hastalarda üremiye bağlı bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, sıvı-solüt dengesizlikleri, hipotansiyon ve ağrı görülebilir. Bu durum hastanın işlevselliğini etkilemekte ve fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, beden imaj bozukluğu, sosyal aktivitelerde azalma gibi fiziksel ve psiko-sosyal etkileri beraberinde getirmektedir. Kişinin haftada üç gün, günde ortalama dört saat süren tedavi programlarında diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı olması hastaların kişisel yaşamlarını etkilemektedir. Belirli bir program halinde tedavisi sürdürülen hastanın çalışmaması

durumunda ise iş gücü ve ekonomik kayıplar, aile içi rollerde değişiklikler görülmektedir.<sup>6, 8</sup>

Bir bireyin hastalığına vereceği tepki hastalık öncesi kişiliği, aile ve çevre desteği ve hastalığın gidişatı ile yakından ilişkilidir. Bu hastalarda depresyon, anksiyete, tedavi sürecine uyumsuzluk, uyku sorunları, intihar eğilimi, psikoz ve rehabilitasyon sürecindeki zorluklar da sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar olarak bilinmektedir.<sup>78-80</sup>

### **2.11. Hemodiyaliz ve Anksiyete**

HD tedavisinde hastalarının sadece tıbbi tedavisine yönelmek dışında hastanın etkilenebileceği fiziksel, ruhsal, sosyal, toplumsal yönden de ele alınması gerekmektedir.<sup>81</sup>

HD hastalarında başta anksiyete ve depresyon olmak üzere pek çok ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır. Diyaliz hastalarında karşılaşılan en önemli psikolojik sorunlar kişilik problemleri, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, zararlı madde kullanımınıdır.<sup>82,83</sup>

Ekonomik faktörler ve uzun tedavi sürecinin depresyon ve anksiyeteye sebep olan faktörlerin başında geldiği yine diyetle uymama ve tedaviyi red etme gibi sorunların sonucunda gelişen fiziksel durumun kötüleşmesinin de depresyon gelişmesine neden olduğu belirtilmektedir.<sup>14</sup>

HD tedavisi alan hastaların psikososyal durumları ele alındığında anksiyete bozukluklarının varlığı ruhsal durumlarını değerlendirmek açısından önemlidir. HD tedavisi alan hastalarda sık hastaneye yatış, kronik ağrı, uyku bozuklukları, kronik inflamasyon, artmış yorgunluk, azalmış cinsel işlevsellik, üremi, ailenin günlük yaşamında kısıtlamalarının yetersizliği, diyet ve sıvıdaki kısıtlamalar, terapötik rejime uyumsuzluk ve tedavi ve sağlık uzmanlarına bağımlılık anksiyeteyi tetikleyen birçok faktör arasındadır.<sup>84-87</sup>



Anksiyete, hemodiyaliz tedavisi alan KBY tanısı almış hastalarda ve aynı zamanda toplumun diğer bireylerinde sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik bir durumdur. HD hastalarında anksiyete bozukluklarının tam prevalansı belli değildir, ancak yapılan çalışmalar yaklaşık olarak %12 ile %52 arasında olduğunu belirtmektedir.<sup>17-19,88</sup>

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar diyaliz ünitelerine gidip gelmeyi, ünitelerde beklemeyi ve diyaliz sonrası bakımı zaman kaybı olarak görürler. Bu sebeple diyaliz tedavisi alan hastalar yaşam kalitesinin bozulmasına ek olarak genellikle anksiyete ve depresyon problemi yaşarlar. Bu durum bir kısır döngü halinde devam eder.<sup>89</sup> Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların haftada 2-3 kez belirli bir zaman kesitinde diyaliz tedavisi alıyor olması, hemşire ile sıkı bir iletişim içinde olmasına neden olur. Bu nedenle hemşire hem fizyolojik hem de psikolojik yönden hastayı değerlendirebilme ve riskleri saptayabilme açısından en etkili gruptur.<sup>90</sup>

## **2.12. Hemodiyaliz ve Depresyon**

Depresyon, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yaygın görülen bir psikiyatrik durumdur.<sup>91</sup> Depresif olmayan hemodiyaliz hastaları, depresif olan hemodiyaliz hastalara oranla hem hastalığı kabullenmeye hem de hastanede yatışa daha olumlu bakmaktadırlar. Psikolojik, biyolojik ve sosyoekonomik faktörler, KBY hastalarında depresyona yol açabilmektedir. Bu hastalarda görülen psikolojik faktörler; sosyal rollerde, öz-imagda, özerklik, otokontrolün azalması, kayıp, özgürlük, umutsuzluk, üretkenlik ve sosyal katılım, düşük benlik saygısı, belirsiz bir gelecek korkusu ve yaşamın anlamı gibi durumları değiştirebilmektedir. Biyolojik faktörler arasında üremik toksinler, kronik inflamasyon, glukoz insülin dengesinin bozulması ve nöro-hormonal aktivitede değişikliklere yol açan diğer biyolojik mekanizmalar sıralanabilir. Ayrıca genç yaşta olma, kadın cinsiyeti, yetersiz sosyal desteğin olması, işsizlik ve düşük gelir gibi

demografik özellikler depresyonun oluşmasında risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. <sup>6,7,92</sup>

Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşirenin depresyonu olan bireylere yardım edebilmesi için öncelikle depresyon belirtilerini ve bu belirtilerle başa çıkma becerilerini bilmesi gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin depresif hastalara verdikleri destekleyici hemşirelik uygulamaları ile hastaların tedaviye uyumlarının arttığı ve yeti yitimlerinin azaldığı belirlenmiştir.<sup>93</sup> Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın korunması ve geliştirilmesi olup; bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üstlendiği, hastalık ve tedavi üzerinde kontrol duygusunu arttığı tedavilerde uyumun daha iyi olduğu bildirilmiştir.<sup>94</sup>

### **2.13. Maneviyat ve Manevi Bakım**

“Maneviyat” teriminin kökeni, “nefes” veya “rüzgâr” anlamına gelen Latince “spiritualis” den gelmektedir.<sup>95,96</sup> Latince de spiritualis kelimesi ruhsal kişiliği tanımlamaktadır. Eski Ahit'te “maneviyat” ruach (İbranice'de “rüzgâr” ) olarak tanımlanırken, Yeni Ahit'te, Yunanca “pneuma” kelimesi ile tanımlanmaktadır. <sup>97</sup>

“Maneviyat”, insanların varlığının ve varoluş amacının özünü, bireylerin yaşam tarzlarını etkileyen, bireye benlik algısı oluşturan, yaşamın anlamını kazandıran, içsel kaynaklarının yaşamı şekillendiren faktörlerin ne olduğunun farkındalığını gösteren bir kavramdır.<sup>98</sup> Maneviyat; zihin, beden ve ruh içindeki bütünlüğü ve uyumu içeren bir süreçtir.<sup>99</sup>

Demografik olarak Müslümanlar genellikle maneviyatı ve dini bir olarak düşünmektedirler. Markani ve ark.<sup>100</sup> “İslami kaynaklarda dini düşünceler ve uygulamalar olmadan maneviyatın olamayacağını; dinin, kurtuluş için manevi bir yol ve bir yaşam biçimi sağladığını belirtmektedirler.<sup>100</sup> Maneviyatı tanımlamak zorlu bir

arayıştır. Maneviyat, dindarlıkla ilgili olan, aynı zamanda kısmen farklı bir “yeni psikolojik gerçeklik” olarak kabul edilen bir kavramdır.<sup>101</sup>

Maneviyat bireyi evrensel olarak derinden etkileyen kişisel bir durumdur. Her bireyin kendine özgü özelliklerini kapsayacak şekilde resmi ritüel veya dini pratik kavramlarının ötesine geçmektedir. Maneviyat kim olduğumuzun gerçekliğinde, kişinin tüm doku ve organlarıyla beraber sahip olduğu inancının yaşam tarzına dönüşmesidir. Böylece maneviyat bireylere, tüm bireylerin birbirlerine duyması gereken saygınlığı oluşturarak tüm insanlığa bir mesaj vermektedir.<sup>102</sup>

Baldacchino<sup>103</sup> maneviyat ile ilgili yapılan tanımlarını inceleyerek manevi boyutun kişiyi inşa eden ve biyo-psikososyal bileşenleri birleştiren bir durum olduğunu belirtmektedir.<sup>103</sup> Danimarka'da “maneviyat” kelimesinin laik bir ülkede nasıl anlaşıldığını yoklayan bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışma da araştırmaya katılan bireylerin verdikleri cevaplarda maneviyatın tek bir tanımının yapılamayacağı ve ortak bir maneviyat görüşünün olmadığına ulaşılmıştır.<sup>104</sup>

2009 ABD’de, palyatif bakım ortamlarında manevi bakımın kalitesini artırma konulu bir ulusal konferansta maneviyat tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Maneviyat, bireylerin anlam, amaç arama ve ifade etme şekillerini, o zamana, kendi kendine, başkalarına, doğa ile önemli veya kutsal ile olan ilişkilerini deneyimleme şeklini ifade eden insanlık yönüdür.<sup>105</sup>

Selman ve ark.<sup>106</sup> otuzbeş ülkeyi temsil eden Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC), Avrupa kültürü ile ilgili olarak manevi bakım tanımını ruhsal bakımı geliştirme kapsamı içerisine almıştır. Avrupa kaynakları, diğer araştırmacıların tecrübelerine ve DSÖ'nün palyatif bakım tanımına dayanarak manevi bakımın tanımı üzerine çokça tartışma yapıldığı, ancak manevi alanın çok boyutlu olduğunu, varoluşsal zorlukları, değere dayalı düşünceleri ve tutumları tartışarak şu tanım konusunda fikir birliğine

varılmıştır. Maneviyat; insan yaşamının, insanların (bireylerin ve toplulukların) anlam, amaç, o an, kendine, başkalarına, doğaya bağlanma biçimini, ifade etme ve/veya arama biçimiyle ilgili önemli ve / veya kutsal dinamik bir boyutudur.<sup>106</sup>

Manevi bakım, bireylerin yaşamı ve sağlıktaki anlam ve amacı ayırt etmeye çalışırken, diğer bireylerinde manevi olarak desteklenmesini içermektedir.<sup>107</sup> Bu destek, aktif dinleme ve dikkat yoluyla ifade edilebilir ve öz bilgiyi kazanmak için yaşamın zorluklarını veya krizlerini karşılariken bakım alıcısının iç kaynakları kullanmasını sağlar.<sup>23,108</sup>

#### **2.14. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım**

Manevi bakım, zihinsel, fiziksel, sosyal ve manevi boyutlar da dahil olmak üzere hemşirelerin bütüncül bakımının bir ölçüsüdür.<sup>96,109,110</sup> Araştırmalar, hemşirelerin hastaların yaşamlarının manevi boyutuyla nasıl ilişki kurulacağı ve pratikte manevi bakımın nasıl yürütüleceği konusunda belirsizlikler yaşadıklarını göstermektedir.<sup>109,111</sup> Ayrıca çalışmalar hastaların ruhsal ihtiyaçlarını hemşirelere ifade etmelerine rağmen, ruhsal gereksinimlerinin her zaman bakım durumlarında karşılanmadığını ortaya koymaktadır.<sup>112,113</sup>

Hemodiyalizde hemşirelik girişimleri; hemodiyaliz öncesi hazırlık, hemodiyalizin başlatılması, hemodiyaliz sırasında bireyin takip edilmesi, hemodiyalizin sonlandırılması ve hemodiyaliz sonrasında gözlem yapılmasıdır.<sup>114</sup>

Hemodiyalizde hemşirelik bakımının amaçları; bireyin tedavi rejimini bilme düzeyini ve rejime uyma durumunu değerlendirmek, bakımın planlanması ve tedavinin sürdürülmesi aşamalarında hasta katılımını sağlamak, bireyin baş etme yöntemlerini değerlendirmektir. Ayrıca bireyin fiziksel sınırlılıkları içinde yaşam aktivitelerini sürdürmelerini sağlamak en temel amaçlardan biri olarak görülmektedir.<sup>62</sup>

Hemşire, HD tedavisi uygulanan bireylerin var olan sorunlarının çözülmesinde veya gelişebilecek sorunların önlenmesinde verdiği eğitim ile bakımda etkin rol alarak, bireylerin kronik hastalıkla yaşama oryante olmalarına destek olmaktadır.<sup>115</sup>

Hastaya en yakın olan, hastanın ihtiyaçlarına anında cevap verebilen ve müdahale edebilen hemşire, hastaya verdiği eğitim ile bireyin çevresel uyaranlara karşı baş etme mekanizmalarını kullanarak, etkili uyum davranışı oluşturup bireyi mükemmel uyum düzeyine ulaştırmayı hedeflemektedir.<sup>115</sup>

Hemodiyaliz hastalarına hemşireler tarafından uygulanan stres yönetimi eğitimi, kişilerarası ilişkileri güçlendirme programları, manevi gereksinimlerin saptanması gibi pratik yaklaşımlar, hastaların sosyal desteğini geliştirmek KBH'li hastaların bilişsel yetilerinin iyileştirilmesinde ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.<sup>116</sup>

Manevi gereksinimler tüm insanlar için temeldir. İnsanlar bu gereksinimlerini insan ilişkileri yoluyla ya da yaratıcı ile ilişki kurarak karşılamaktadırlar. Spiritüel gereksinimler güven, umut, sevgi, doğruluk, yaşamın anlam ve amacını bulma isteği, bağışlayıcılık, tecrübe edinme, duygusallık, konuşma, teselli, ritüeller, dua etme ve ibadetler şeklinde, spiritüel değerler ise bireyin kendini iyi hissetmesini sağlayan unsurlar olarak tanımlanmaktadır.<sup>117,118</sup> Hemşirelerin hastaların bu manevi gereksinimlerini karşılamaları gerekmektedir.<sup>22</sup> Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneğinin (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) (NANDA) 2018 yılında yayınladığı hemşirelik tanıları listesinde “spiritüel distres (kendisiyle, başkalarıyla, dünyayla ya da üstün bir varlıkla bağlantı içinde olma yoluyla, yaşamda bir anlam bulma becerisinde bozulmayla ilgili acı çekme hali)”, “spiritüel distres riski (sağlığı tehlikeye sokabilecek düzeyde, kendisi, edebiyat, doğa ve/veya kendinden daha büyük bir güç ile bağlantı yoluyla, yaşamın anlamını ve amacını deneyimleme ve bütünleştirme becerisinde bozulmaya yatkın olma)” ve “spiritüel boyutun güçlendirilmesi potansiyeli( kendisi,

diğerleri, sanat, müzik, edebiyat, doğa ve/veya kendinden daha büyük bir güç ile bağlantı yoluyla, yaşamın anlamını ve amacını deneyimleme ve bütünleştirme becerisi örüntüsünün güçlendirilebilir oluşu) ” tanıları, hastaların spiritüel ihtiyaçlarını gidermek amacıyla yer almaktadır.<sup>27</sup>

## **2.15. Maneviyat ile İlgili Hemşirelik Tanıları**

### **2.15.1. Dinsel Ritüelleri Güçlendirme ( Religious Ritual Enhancement)**

**Tanım:** Dini uygulamalara/ aktivitelere katılımın kolaylaştırılması.

#### **Aktiviteler:**

- Hastanın dinsel uygulamaları yerine getirmeye ilişkin ilgilerini ( örn; mum yakma, oruç, sünnet törenleri veya gıda uygulamaları) tanımlayınız.
- İkamet yerinde veya başka bir ortamda iyileşme hizmetleri, cemaate katılma, meditasyon veya duayı koordine ediniz ya da sağlayınız.
- Sağlık için zararlı olmayan alışlagelmiş dinsel ritüellere ya da uygulamalara katılmaya teşvik ediniz.
- Mevcutsa dinsel hizmetlerden video veya ses kasetleri sağlayınız.
- Bireylere itibarlı ve saygılı davranınız.
- Çeşitli inanç sistemlerinin ve dünya görüşlerinin tartışılması için olanak sağlayınız.
- İbadet alanına ulaşımı sağlayınız ya da koordine ediniz.
- Ritüeli planlamaya ve katılmaya uygun şekilde teşvik ediniz.
- İbadete yönelik seçenekleri araştırınız.
- Dinsel ilgiler hakkında tartışmaya teşvik ediniz.
- Dua ya da ayin için bir zamanlama duygusu geliştiriniz ve dinleyiniz.
- Hastayı tercih ettiği dini danışmana yönlendiriniz.

- Hasta ya da engelli bireylerin gereksinimlerini karşılamak için dini tören düzenlemesine yardım ediniz.<sup>26</sup>

### **2.15.2. Spiritüel Destek (Spiritual Support)**

**Tanım:** Daha üstün bir güç (manevi güç) ile kendini bağlantıda ve dengede hissetmesi için hastaya yardım edilmesi.

#### **Aktiviteler:**

- Güven ve empatik bakımı sağlamak için terapötik iletişimi kullanınız.
- Spiritüel iyilik halini uygun şekilde değerlendirmek ve izlemek için araçları kullanınız.
- Spiritüel güç ve destek sağlamada ilişkiler ve olaylar üzerine odaklanması ve geçmiş yaşamını gözden geçirmesi için hastayı cesaretlendiriniz.
- Bireye saygı göstererek ve onurunu kırmadan bakım veriniz.
- Anımsatma yolu ile hayatını gözden geçirmesi için cesaretlendiriniz.
- Aile üyeleri, arkadaşlar ve diğer önemli kişilerle etkileşimde bulunması konusunda cesaretlendiriniz.
- Spiritüel aktiviteler için sessiz bir zaman ve gizlilik sağlayınız.
- Destek gruplarına katılım konusunda cesaretlendiriniz.
- Meditasyon, gevşeme ve zihinde canlandırma yöntemlerini öğretiniz.
- Amaç ve anlam hakkında kendi inançlarınızı uygun şekilde paylaşınız.
- Kendi spiritüel bakış açınızı uygun şekilde paylaşınız.
- Farklı inanç sistemleri ve dünya görüşleri konusunda tartışmak için ortam oluşturunuz.
- Bireyin kaygılarını ifade etmesi için açık olunuz.
- Bireyin spiritüel danışmanı tarafından ziyaret edilmesi için düzenlemeler yapınız.
- Birey ile birlikte dua ediniz.

- Bireyin spiritüel müzik, radyo ya da televizyon programları ya da kitaplara ulaşmasını sağlayınız.
- Bireyin yalnızlık ve güçsüzlük ifadelerine açık olunuz.
- Eğer istiyorsa, dinsel ibadetlere katılımı teşvik ediniz.
- Eğer istiyorsa, spiritüel kaynakları kullanmaya cesaretlendiriniz.
- Bireyin tercihinine göre istenen spiritüel objeleri sağlayınız.
- Bireyin tercihlerini spiritüel danışmanına iletiniz.
- Bireyin değer ve inançlarını açıklığa kavuşturmasına yardım etmek için değer aydınlatma tekniklerini uygun şekilde kullanınız.
- Bireyin duygularını dinlemeye hazır olunuz.
- Bireyin duyguları ile ilgili empati gösteriniz.
- Bireyin meditasyon, dua etme ve diğer dinsel geleneklerini ve ritüellerini kullanmasını kolaylaştırınız.
- Bireyin söylediklerini dikkatle dinleyiniz ve dua etme ya da spiritüel gereksinimleri için bir planlama geliştiriniz.
- Bireye, acı çektiği zamanlarda onu desteklemek için yanında hemşire olacağı konusunda güvence veriniz.
- Bireyin hastalık ve ölüm hakkındaki duygularını, sorularını duymaya hazır olunuz.
- Öfkesini uygun yollarla ifade etmesi ve uygun yollarla rahatlayabilmesi için hastaya yardım ediniz.<sup>26</sup>

### **2.15.3. Spiritüel Gelişmeyi Kolaylaştırma ( Spiritual Growth Facilitation)**

**Tanım:** Yaşamlarındaki güç, amaç, konfor, umut ve anlamın kaynağının farkına varması, ilişki kurması ve tanımlayabilmesi için hastanın kapasitesindeki gelişiminin kolaylaştırılması.



### **Aktiviteler:**

- Hasta, hastanın ailesi ve diğer yakınları ile birlikte zaman geçirerek rahatlığı sağlayınız ve ilgili bir tutum (yanında olma) sergileyiniz.
- Spiritüel kaygılarını ifade etmekte hastaya yardım edecek konuşmaları teşvik ediniz.
- Sağlıklı bir şekilde iletişim kurma ve mantıklı düşünme becerileri konusunda model olunuz.
- Kendini keşfetmeyi ve olgunlaşmayı engelleyen tutumları ve engelleri tanıması için hastaya yardım ediniz.
- Grup ya da bireysel dua desteği seçeneklerini uygun şekilde sununuz.
- Din ile ilgili gönüllü hizmetlerde çalışmaya, inzivaya çekilmeye ve özel dua/ çalışma programlarına katılıma teşvik ediniz.
- Hizmetler ve arkadaşlık için başkaları ile ilişkileri sağlayınız.
- Spiritüel kutlamalar ve ritüeller için teşvik ediniz.
- Hastayı inanç ve değerlere dayalı olarak kendi spiritüel bağlılıklarını incelemesi için cesaretlendiriniz.
- Kendi kendine derinlemesine düşünme için dalın ( meditatif)/ ie dönme tutumunu besleyen bir ortam sağlayınız.
- Beden, zihin ve ruhun iyileşmesi ile ilgili olarak, inançları keşfetmede hastaya yardım ediniz.
- Uygun destek gruplarına, karşılıklı kendine yardım ya da diğer spiritüel temelli programlara yönlendiriniz.
- Konu gerektiğinde, primer spiritüel bakım verici ya da manevi bakım sağlayan din adamları için yönlendirme yapınız.

- Beden, zihin ve ruh arasındaki bağlantıyı desteklemek ve ön rehberlik için gereken şekilde yönlendirme yapınız.<sup>26</sup>

#### **2.15.4. Manevi Sıkıntı (Spiritual Distress)**

**Tanım;** Kendiyle, başkalarıyla, dünyayla ya da üstün bir varlıkla bağlantı içinde olma yoluyla, yaşamda bir anlam bulma becerisinde bozulmayla ilgili acı çekme hali.

#### **Tanımlayıcı Özellikler**

Anksiyete, ağlama, yorgunluk, korku, uykusuzluk, kimliğini, yaşamın anlamını ve ıstırabın anlamını sorgulamak. Öfke, dinginliğin azalması, sevilmemiş hissetme, suçluluk, yetersiz kabul, etkisiz başa çıkma stratejileri, yetersiz cesaret, yaşam anlamının yetersiz olduğu algısı. Yabancılaşma, manevi liderle etkileşime girmeyi reddetme, kendisi için önemli kişilerle etkileşime girmeyi reddetme, destek sisteminden ayrılma.

Kendinden daha büyük güce karşı öfke, terk edilmiş hissetmek, umutsuzluk, yetersiz iç gözlem, aşkınlığı deneyimleyememek, dini faaliyetlere katılamama, ibadet edememe, algılanan acı, manevi bir lider talebi, manevi uygulamalarda ani değişim.

Yaşlanma, bir çocuğun doğumu, kendisi için önemli birinin/birilerinin ölümü, ölümle yüzleşme, hastalık, yaklaşan ölüm, başkasına bağımlı olma durumunda artış, yaşam geçiş dönemlerinden birinde olmak, yalnızlık, bir vücut bölümünün kaybı, bir vücut bölümünün işlev kaybı, ağrı, bitmemiş iş algısı, kötü haber alma, kendine yabancılaşma, sosyal yabancılaşma, sosyokültürel yoksunluk, bir tedavi rejimi alıyor olma, beklenmeyen bir yaşam olayı.<sup>119</sup>

#### **Hemşirelik Girişimleri ve Gereçekleri**

- Hasta, yaşamda anlam, umut ve amaç bulmada zorlanmanın ipuçları açısından gözlemlenmeli.

- Kronik hastalığı, kötü prognozu ya da yaşamında değişimine yol açan durumlarla karşı karşıya olan hastaları, yaşamda anlam, umut ve amaç kaybına yönelik gözlemlenmeli.
- Afet durumlarında manevi bakım önerilmeli.
- Hasta ile karşılaşma, sevgi, ilgi ve şefkat hissi ile desteklenmeli.
- Hastayı aktif dinlemeli ve fiziksel varlığınızla orada olunmalı.
- Hastanın yaşamak için bir sebep bulmasına yardımcı olunmalı, umudu sürdürmek ve destek vermek için ulaşılabilir olunmalı.
- Hastanın acı çekme ve/veya ölüyor olma ile ilgili duyguları dinlenilmeli.
- Yargılayıcı olunmamalı ve hastanın yas tutması için zaman verilmeli.
- Hastanın inancına saygı duyulmalı; hastaya kendi manevi inancınızı empoze edilmesinden sakınılmalı.
- Kendi inanç sisteminizin farkında olunmalı ve hastanın maneviyatı kabul edilmeli.
- Destekleyici sosyal ilişkileri izlenmeli ve desteklenmeli.
- Aile uygun şekilde manevi uygulamalara dâhil edilmeli.
- Hasta destek grupları ya da danışmanlık için yönlendirilmeli.
- Meditasyon, yönlendirilmiş imajinasyon, günlük tutma, gevşeme, müzik, şiir vb. sanatsal faaliyetlere katılım desteklenmeli.
- Ev dışında yapabileceği aktiviteler desteklenmeli.
- Manevi ya da dini bir lideri ziyaret etmeyi teklif etmeden ya da önermeden önce zaman tanınmalı.
- Mahrem ya da "kutsal bir alan" sağlanmalı.
- Manevi inziva, kurs ya da programlara katılım teşvik edilmeli veya organize edilmeli.

- Hastanın geçmişte fayda gördüğü manevi uygulamalar tanımlanmalı.
- Bireylere dinlerini uygulama fırsatı verilmeli.
- Adölesanlara, maneviyatlarını ifade etmek için yansıtma ya da hikâye anlatma fırsatı verilmeli.
- Maneviyatın önemi fark edilmeli ve özel gruplara kültürel yetkinliği olan manevi bakım sağlanmalı. <sup>119</sup>

### **Hasta Çıktıları**

- Hayatın anlamını ve amacını ifade edecek.
- Geleceğe dair umut duygusunu ifade edecek.
- Kendisi ile bağlantı içinde olma duygusunu ifade edecek.
- Aile/arkadaşları ile bağlantı içinde olma duygusunu ifade edecek.
- Affetme becerisini ifade edecek.
- Sağlık durumunu kabul ettiğini ifade edecek.
- Başkalarıyla olan ilişkilerinde anlam bulacak.
- Kendinden daha büyük bir güçle ilişkisinde anlam bulacak.
- Kişisel seçimlerinde ve sağlık bakımı tedavi seçimlerinde anlam bulacak.

### **Önerilen NIC Girişimleri**

Aktif dinleme, bağışlamayı kolaylaştırma, yas çalışmasını kolaylaştırma, umut aşılama, mizah, müzik terapi, varlığını sunma, yönlendirme, anımsatma terapisi, kendini tanımayı geliştirme, basit yönlendirmeli imajinasyon, basit masaj, basit gevşeme terapisi, manevi destek ve terapatik dokunma. <sup>119</sup>

### **2.15.5. Manevi Sıkıntı Riski (Risk for Spiritual Distress)**

**Tanım;** Sağlığı tehlikeye sokabilecek düzeyde, kendisi, edebiyat, doğa ve/veya kendinden daha büyük bir güç ile bağlantı yoluyla, yaşamın anlamını ve amacını deneyimleme ve bütünleştirme becerisinde bozulmaya yatkın olma.

### **Tanımlayıcı Özellikler**

Yaşam değişimleri, çevre değişimi, doğal afetler, kronik hastalıklar, fiziksel hastalıklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete, aşk deneyiminin engellenmesi, dini ritüelde değişim, manevi uygulamalarda değişim, kültürel çatışma, depresyon, affedilmeme, etkisiz ilişkiler, kayıp, düşük özgüven, etnik çatışma, destek sisteminden ayrılma ve stresörlerden oluşmaktadır. <sup>119</sup>

**NOC, NIC, Hemşirelik Girişimleri ve Gerekçeleri için Manevi Sıkıntı'ya bakınız.**

### **2.15.6. Manevi İyilik Halini Güçlendirmeye Hazır Oluş (Readiness for Enhanced Religiosity)**

**Tanım;** Kendisi, diğerleri, sanat, müzik, edebiyat, doğa ve/veya kendinden daha büyük bir güç ile bağlantı yoluyla, yaşamın anlamını ve amacını deneyimleme ve bütünleştirme becerisi örüntüsünün güçlendirilebilir oluşu.

### **Tanımlayıcı Özellikler**

Kabulü artırma, başa çıkmayı artırma, cesareti artırma, umudu artırma, sevinci artırma, sevgiyi artırma, yaşamındaki anlamı artırma, meditasyona yönelik uygulamaları geliştirme, yaşam amacını artırma, yaşam felsefesinden tatmin olma, kendini affetmeyi artırma arzusunu, dinginliği artırma arzusunu ve teslimiyetini artırma, başkaları tarafından affedilmeyi artırma, kendisi için önemli diğerleriyle etkileşimi artırma, manevi liderlerle etkileşimi artırma ve başkalarına hizmet sunma isteğini, yaratıcı enerjiyi geliştirme isteğini (ör, yazma, şiir, müzik), manevi okumayı geliştirme arzusunu artırma, açık havada zaman geliştirme, mistik deneyimleri geliştirme isteğini, dini faaliyetlere katılımı artırma arzusunu, dua etmeyi artırma isteğini, yüceltmeyi artırma isteğini ifade eder. <sup>119</sup>

### **Hemşirelik Girişimleri ve Gerekçeleri**

- Hastanın yaratıcı ile ilişkisini, yaşamın anlamı ve amacını, dini aidiyetini ve

diğer önemli inançlarını içerecek şekilde manevi değerlendirme yapılmalı.

- Hastanın yanında olunmalı ve hasta aktif olarak dinlenilmeli.
- Hastayı dua etmesi için ya da diğer manevi uygulamalara dâhil olması için teşvik edilmeli.
- Manevi inziva ya da kurslara katılmayı teşvik edilmeli ya da organize edilmeli.
- Umut aşılmalı.
- Hastaları, hayatlarında neyin anlamlı olduğunu düşünmeye teşvik edilmeli.
- Yaşam kalitesini, sosyal destek ve aile ilişkileri yoluyla artırma teşvik edilmeli.
- Yaşamının anlam ve amacını bütünleştirmeye cesaretlendiren dini ve manevi inançları tanımlamada hastaya yardım edilmeli.
- Meditasyon, yönlendirilmiş imajinasyon, günlük tutma, gevşeme, müzik, şiir vb. sanatsal faaliyetlere katılımı desteklenmeli.
- Ev dışında yapabileceği aktiviteler desteklenmeli.
- Açık hava etkinlikleri teşvik edilmeli.
- Maneviyatı ifade etme cesaretlendirilmeli.
- Sağlık yaşam tarzı tercihleri ile maneviyatı bütünleştirme teşvik edilmeli.
- Hastanın gelişmesini sağlayan geçmiş manevi uygulamalar tanımlanmalı.
- Hastanın geçmişini keşfetmesine ve önemli deneyimlerini tanımlamasına yardımcı olunmalı.
- Bireylere dinlerini uygulama fırsatı verilmeli.
- Adölesanlara, maneviyatlarını ifade etmek için yansıtma ya da hikaye anlatma fırsatı verilmeli.
- Maneviyatın önemi fark edilmeli ve özel gruplara kültürel yetkinliği olan manevi bakım sağlanmalı. <sup>119</sup>

## **Önerilen NOC Çıktıları**

Kişisel sağlık durumu, başa çıkma, yaşamı onurlu sonlandırma, yasın çözümü, umut, kişisel sağlık durumu, psikososyal uyum, yaşam değişimi, yaşam kalitesi, sosyal katılım ve manevi sağlık.

## **Hasta Çıktıları**

- Umut ifade edecek.
- Yaşamın anlamını ve amacını duyumsadığını ifade edecek.
- Barış ve huzur ifade edecek.
- Sevgi ifade edecek.
- Kabul ifade edecek.
- Teslimiyet ifade edecek.
- Kendisi ve diğerleri tarafından affedildiğini ifade edecek.
- Hayat felsefesinden tatmin olduğunu ifade edecek.
- Keyif ifade edecek.
- Cesaret ifade edecek.
- Baş edebildiğini gösterecek.
- Manevi uygulamaları kullandığını gösterecek.
- Başkalarına hizmet sağladığını gösterecek.
- Manevi liderler, arkadaşlar ve aile ile etkileşim içinde olduğunu gösterecek.
- Sanat, müzik, edebiyat ve doğa için minnettarlık gösterecek.

## **Önerilen NIC Girişimleri**

Aktif Dinleme, başa çıkmayı geliştirme, rehberlik, krize müdahale, karar verme desteği, yas çalışmasını kolaylaştırma, umut verme, meditasyona yardım, ortak amaç belirleme, varlığını sunma, dini ritüelleri artırma, imajinasyon, basit gevşeme terapisi,

sosyalleşmeyi geliştirme, manevi büyümeyi kolaylaştırma, manevi destek, destek sistemi geliştirme, dokunma, değerleri açıklama. <sup>119</sup>

### **2.15.7. Dinsel Kurallara Uymada Bozulma**

**Tanım;** İnançlara dayalı uygulamaları yerine getirme ve / veya belirli bir inanç geleneğinin ritüellerine katılma becerisinde bozulma.

#### **Tanımlayıcı Özellikler**

Önceki inanç modeliyle ve önceki geleneklerle yeniden bağlantı kurma isteği, dini inançların gereklerine bağlı kalmada güçlükler, dini inançlara bağlı ritüellerini sürdürmede zorluk (örneğin dini törenler, düzenlemeler, kıyafetler, dualar, hizmetler, tatil uygulamaları vb bağlı kalmakta zorluk, inanç topluluğundan ayrılmanın neden olduğu sıkıntı, dini inanç örüntülerinin sorgulanması, dini geleneklerin sorgulanması, yaşlanma, son-dönem yaşam krizleri, hastalık, ağrı, anksiyete, ölüm korkusu, dindarlığın manipülasyonu öyküsü, etkisiz baş etme stratejileri, yetersiz sosyal destek, kişisel kriz, dini uygulamalarda kültürel engeller, dini uygulamalarda çevresel engeller, yetersiz sosyal ve yetersiz sosyokültürel entegrasyon, manevi krizler ve acı çekme.

#### **Hemşirelik Girişimleri ve Gerekçeleri**

- Hastalar dini yaşamları ile uygulamalarını bütünleştirdiklerinde onaylanmalı.
- Baş etmeyi destekleyen, her zaman kullandığı dini ritüelleri veya uygulamaları kullanmasını ya da katılımı teşvik edilmeli ve/veya koordine edilmeli.
- Dua veya meditasyonun kullanımını uygun şekilde teşvik edilmeli.
- Kayıplarla baş etmeye yardım etmek için dini uygulamaları kullanarak ailenin baş etmesi desteklenmeli.



- Gerektiğinde dini liderden profesyonel danışmanlık almaya veya destek gruplarına yönlendirmeli.
- Hastayı aktif dinlemeli ve fiziksel varlığınızla orada olunmalı.
- Hastanın yaşamak için bir sebep bulmasına yardımcı olunmalı, umudu sürdürmek ve destek vermek için ulaşılabilir olunmalı.
- Hastanın acı çekme ve/veya ölüyor olma ile ilgili duyguları dinlenilmeli.
- Yargılayıcı olunmamalı ve yas tutması için zaman verilmeli.
- Hastanın inancına saygı duyulmalı; hastaya kendi manevi inancınızı empoze etmekten sakınılmalı.
- Kendi inanç siteminizin farkında olunmalı ve hastanın maneviyatı kabul edilmeli.
- Destekleyici sosyal ilişkileri izlenmeli ve desteklenmeli.
- Aile uygun şekilde manevi uygulamalara dâhil edilmeli.
- Aileye hastalarının sağlık bakım durumunda anlam arama konusunda yardım edilmeli.
- Yaşlı yetişkinlerde yerleşik dini uygulamaları teşvik edilmeli.
- Kültürel olarak uygun olan dini uygulamalar artırılmalı.

### **Hasta Çıktıları**

- Dini uygulamaları ifade edebilme ile ilgili memnuniyet ifade edecek.
- Dini araç ve gereçlere erişim ile ilgili memnuniyet ifade edecek.
- Dini uygulamalar ve sağlıklı yaşam uygulamaları arasında bir denge sağladığını gösterecek.<sup>119</sup>

### **2.16. Manevi Hemşirelik Girişimleri**

Hemşirelik ve maneviyat psikolojisi, insan inancını ve davranışını incelemek için farklı psikolojik teori ve yöntemlerin uygulandığı bir disiplin ve araştırma alanıdır.<sup>120</sup>

Coyle<sup>121</sup>, maneviyatın boyutunu anlam ve amaçları, sağlıklı davranışlara yol açan pozitif bir zihin çerçevesi oluşturan olarak tanımlamıştır.<sup>121</sup> Grant<sup>122</sup>, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım uygulamalarının hastalar üzerinde özel bir etki oluşturabileceğini belirtmektedir.<sup>122</sup>

Koenig<sup>123</sup> maneviyatın daha az kaygı ve depresyon, daha fazla huzur, umut ve iyimserlik duygusu, daha fazla amaç ve anlam, yüksek sosyal destek ve daha yüksek evlilik memnuniyeti olarak ruhsal yararlarını sıralamaktadır. Ayrıca kanserden düşük ölüm oranları, daha az kalp hastalığı veya daha iyi kardiyovasküler sonuçlar ve sağlık davranışları, daha uzun bir ömür olarak vurgulamaktadır.<sup>123</sup>

Pesut<sup>124</sup>, hastayla dini inançlar ve değerler hakkında konuşmanın hastayı motive edici, rahatlatıcı, farklı bakış açıları kazandıracağını belirtmektedir.<sup>124</sup> Maneviyatın tedavi sürecine dâhil edilmesinin yaşlanan erişkinlerde olumlu fiziksel sağlık sonuçları sağladığı gösterilmiştir. Örneğin, manevi topluluklara aktif olarak katılan birçok yaşlı yetişkin, genellikle “fiziksel olarak daha sağlıklı, daha az alkol kullanımı, düşük felç riski, daha düşük tansiyon, daha uzun yaşama oranlarına sahip olunduğu vurgulanmaktadır.<sup>125</sup> Manevi faaliyetler ve ritüeller de yaşlanan yetişkinlerde onların stres düzeylerinin azalmasına yardımcı olmaktadır, çünkü bu aktiviteler ve ritüeller onlara bir rahatlık kaynağı ve umut vermektedir.<sup>126</sup>

Literatürde yaygın olarak kullanılan manevi hemşirelik girişimleri arasında aktif dinleme, umut aşılama, müzik dinleme, bibliyoterapi (kutsal kitap okumaları), meditasyon, bakım verenin sosyal desteği, ruh hali yönetimi, güven ortamı oluşturma, varoluşu değerlendirmek, dikkat dağıtmak, kendisi veya başka birisi için dua etmek, empati ve bağlılık göstermek, rekreasyon (dinlenme) terapisi, duygusal destek, anımsama terapisi, manevi ortamları teşvik etmek, öz farkındalık geliştirme, dini hizmetleri kolaylaştırmak, şefkat göstermek, başkalarıyla ilişkilerin güçlendirilmesi, basit gevşeme

terapisi, aile desteği, terapötik dokunuş, bağışlanma dilemek, doğruyu söylemek, mizahi yaklaşım, inanç aşılama, hasta ziyaretlerini artırmak yer almaktadır.<sup>127,128</sup>

### **2.17. Maneviyat ve Kronik Böbrek Yetmezliği**

Manevi bakım, hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluşu, öz saygıyı ve öz yeterliliği arttırmak için etkili bir müdahale olarak kullanılabilinmektedir.<sup>20</sup> Maneviyat diğer fiziksel, zihinsel ve duygusal ihtiyaçlarla birlikte düşünöldüğünde, HD hastalarının stresinin azaltılmasında ve zihinsel rahatlamanın sağlanmasında önemli bir faktördür.<sup>40</sup> Diyaliz hastaları için din ve maneviyat, bireylerin hastalıkla mücadele etmesinde ve yaşam kalitelerinin şekillenmesinde oldukça etkilidir. Yapılan bir araştırmaya göre dindarlık ve/veya maneviyatın yüksek düzeyde olmasının yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>129</sup> Dolayısıyla, bu hastaların maneviyat ve din açısından yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, söz konusu bireylerin bu yaşamının ve refahının iyileştirilmesi konusunda farkındalığı arttırmada önemli bir adımdır.<sup>42,129</sup> HD hastalarının bakımı için pozitif veya gerçekçi inançlar teşvik edilmeli, olumsuz inançlar önlenmeli veya değerştirilmelidir. Bu hususlara odaklanan manevi bakım girişimleri, hastaların hastalığı kabullenmelerinde ve ortaya çıkabilecek olumsuzlukları önlemede onlara yardımcı olabilmektedir.<sup>20,40</sup>

Hemodiyaliz hastalarında, yüksek manevi iyi oluş ve dindarlığın olması depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>20</sup> Benzer şekilde Luchetti ve ark.<sup>42</sup> yaptıkları çalışmada yüksek maneviyat ve dindarlığın bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı vurgulanmıştır.<sup>42</sup> Saffari ve ark.'nın<sup>40</sup> HD hastalarını kapsayan bir çalışmada maneviyatın anksiyeteyi, depresyonu ve hastaların sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.<sup>40</sup>

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, randomize kontrollü araştırma deseni uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Ocak 2019– Nisan 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma; Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi alan HD tedavisi alan hastalar ile yürütülmüştür. Hemodiyaliz ünitesinde 8 hemşire, 6 diyaliz teknikeri, 5 yardımcı sağlık personeli, 2 doktor ve 28 hasta yatağı bulunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi alan ve kayıtlı olan 103 hastaya ulaşılmak istenmiş, çalışmanın örneklemini çalışmaya alınma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden 86 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya alınma kriterlerine uymayan 17 hasta çalışmaya dâhil edilmemiştir (Hastaların 4'ünün diyaliz merkezine düzenli gelmemesi, 6'sının araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 2'sinin genel durumunun kötü olması, 3'ünün mental retardasyon olması, 1'inin işitme ve 1'inin görme probleminin olması ). Diyaliz merkezlerinde HD tedavisi alan iki grup hasta vardır. Birinci grup hastalara haftanın 3 günü (pazartesi-çarşamba-cuma), ikinci grup hastalara ise haftanın 3 günü (salı-perşembe-cumartesi) HD tedavisi uygulanmaktadır. Deney ve kontrol grubu oluşturulurken yan tutmayı engellemek ve homojeniteyi sağlamak adına her iki gruptan eşit sayıda hasta deney ve kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Birinci ve ikinci grup 43'er hastadan oluşmuştur. Birinci ve ikinci grupta yer alan hastaların eşit sayıda deney ve kontrol gruplarına atanmasında basit rastgele örnekleme yönteminden kura çekilerek yararlanılmıştır. 22'si birinci, 21'i ikinci grupta yer alan hastalardan olmak üzere 43 kişilik deney ve 21'i birinci, 22'si ikinci grupta yer alan hastalardan 43 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırma süresince gerçekleşen 12 ölüm, 1 böbrek nakli

ve 2 yer değişikliği sebebi ile araştırma, 33 kişilik deney ve 38 kişilik kontrol grubu ile tamamlanmıştır.

Araştırma örnekleminin yeterli olup olmadığının tespiti için, araştırma sonunda yapılan power analizine(post hoc) göre 0.05 kabul edilebilir hata ile testin gücü %91 olarak hesaplanmıştır.

#### **Araştırmaya alınma kriterleri;**

1. Psikiyatrik bozukluk tanısı almamış olma,
2. İletişim ve işbirliğine açık olma,
3. Çalışmaya katılmayı kabul etme,
4. Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmama,
5. 18 yaş ve üzeri olma,
6. Son bir yıl içerisinde manevi eğitim almamış olma.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişkenler:** Bireylerin anksiyete ve depresyon puan ortalamaları.

**Bağımsız değişken:** Maneviyatı güçlendirme eğitimi.

**Kontrol değişkenleri:** Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, tedavi süresi, başka kronik hastalık varlığı, hastalıkla ilgili alınmış eğitim.

#### **3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar**

##### **3.5.1 Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK-6)**

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve sosyoekonomik düzey bilgilerini içeren sorular yer almaktadır.

### 3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (EK-7)

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan ölçek, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek ve şiddetini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith<sup>130</sup> tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 soru içermekte olup, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddelerin puanlaması 3, 2, 1, 0 şeklinde 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlandırılmaktadır. Toplam 14 sorudan anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler, depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12., ve 14. maddelerin puanları toplanarak alt ölçek puanları elde edilir.<sup>130</sup> Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir<sup>131</sup> tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından ve hastanın emosyonel durum değişiminin değerlendirilmesinde güvenilir olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. İki alt ölçekten de alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HADÖ anksiyete alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,85, depresyon alt ölçeği için ise 0,77 olarak bulunmuştur.<sup>131</sup> Bu çalışmada HADÖ anksiyete alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,77, depresyon alt ölçeği için ise 0,87 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze ve bireysel görüşme tekniği uygulanarak araştırmanın hedefi hakkında bilgi verildikten sonra, ‘‘ Kişisel Bilgi Formu’’, ve emosyonel duygu değişimini belirlemek için ‘‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Araştırmada deney grubu için

ön testin uygulanması Mart 2019, son testin uygulanması Mayıs 2019, 3.ay izlem testinin uygulanması Ağustos 2019 tarihinde tamamlandı. Kontrol grubu için ön testin uygulanması Ocak 2019, son testin uygulanması Mart 2019'da yapıldı. Araştırmada önce kontrol sonra deney grubu çalışmaya alındı. Araştırma planı Şekil 3.1.'de sunuldu.

### **3.7. Hemşirelik Girişimleri**

#### **3.7.1. Müdahale Basamakları**

Yapılacak olan Maneviyatı Güçlendirme Eğitimi için Ek-9'da gösterilen Manevi Rehberlik Eğitim sertifikası alınmıştır.

Girişim 8 aşamadan oluştu. Bu aşamalar aşağıda verilmektedir.

**1.Diyaliz ünitesine duyuruların yapılması:** Çalışma hakkında bilgilendirme, deney grubu ile çalışmaya başlamadan yaklaşık bir hafta önce yapıldı. Diyaliz Ünitesi'ne gidildi, servis özellikleri değerlendirildi, oturumların yapılacağı odanın fiziki şartları değerlendirildi, servis çalışanları ile tanışıldı ve çalışma hakkında gerekli bilgiler verildi.

**2.Hasta bilgilendirmesi:** Araştırmacı tarafından her bir hastaya çalışmaya başlamadan önce araştırmanın amaç ve uygulanmasına ilişkin bilgilendirme yapıldı.

**3. Bilgilendirici onam ve ön testlerin uygulanması:** Hasta bilgilendirilmesinin sonrasında, araştırmaya alınma kriterlerine uyan bireylerin sözel ve yazılı onamları alındı ve yaklaşık 10-15 dakika içerisinde ön test formları (Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) uygulandı. Çalışmaya bulaş olmaması amacıyla önce kontrol grubu ile başlandı. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan 43 kişi ile kontrol, 43 kişi ise deney grubuna atandı.

**4. Maneviyatı Güçlendirme Eğitim Uygulaması:** Maneviyatı güçlendirme eğitim uygulaması yüzyüze ve bireysel görüşme tekniği ile Mart 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Eğitim haftada 2 görüşme olmak üzere toplam 16 görüşmeden

oluşturdu. Her bir görüşme yaklaşık 20-30 dakika sürdü. Görüşmeler araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile sözlü anlatım ve soru-cevap ile sürdürüldü.

Eğitim konuları oluşturulurken literatürden faydalandı.<sup>132-135</sup> Hemşirelik girişiminde materyal olarak maneviyatı güçlendirme eğitim içeriği tez izleme komite üyelerinin ve alanında uzman akademisyenlerin (Dr.Öğretim Üyesi Ali BALTACI Mersin Üniversitesi, Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN Ankara Üniversitesi) rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır.

Hastalara aynı merkezde tedavi uygulandığı için, deney grubuna verilecek eğitimin kontrol grubundaki bireyleri etkileyebileceği göz önüne alınarak deney grubunun eğitim süreci kontrol grubunun verileri toplandıktan sonra başlamıştır.

## **5. Maneviyatı Güçlendirme Eğitim İçeriği**

---

### **1.Hafta, 1. Görüşme**

Hasta ile tanışıldı

Süreç hakkında genel bir bilgilendirme yapıldı

Eğitim görüşmelerinin genel amaçları açıklandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

### **1.Hafta, 2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

İnsanın doğasına bakış kavramı açıklandı

Bireyin kendi niteliğini ve yaratılışını, evrenin niteliğini ve öz yapısını, kendisi ile evren arasındaki ilişkinin niteliği hakkında konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

### **2.Hafta, 1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Ümit kavramı ve mahiyetini açıklandı

Ümit duygusu ile bireyin elde edebileceği kazanımlar izah edildi

Olumlu ve olumsuz her şartta yaratıcıya güvenmenin umudun kaynağı olduğu açıklandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı.

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---



## **2.Hafta,2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Şükür kavramı açıklandı

Kanaat ve teşekkür kavramları üzerinde konuşuldu

Şükürün kalp, dil ve beden gibi farklı boyutlarla ifade edilebilir olduğu vurgulandı

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **3.Hafta,1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Sabr kavramı açıklandı

Sabrın anlamı, mahiyeti ve temel amacı hakkında konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **3.Hafta,2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Sabr kavramı üzerindeki deneyimler konuşuldu

Sabrın rahatlatıcı, iyileştirici yönleri vurgulandı

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **4.hafta, 1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Tefekkür kavramı açıklandı

Tefekkürün rehberlik edici, rahatlatıcı, huzura kavuşturucu yönü izah edildi

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

#### **4.Hafta, 2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Tefekkür kavramı hakkında konuşulmaya devam edildi

Tefekkürün rehberlik edici, rahatlatıcı, huzura kavuşturucu yönü izah edildi

Tefekkür bağlamında bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını nasıl denetleyebileceği hakkında bilgi verildi

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

#### **5.hafta,1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Olumlu dini başa çıkabilme yöntemlerinin ne olduğu açıklandı

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

#### **5.hafta, 2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Olumsuz dini başa çıkabilme yöntemlerinin ne olduğu açıklandı

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

#### **6.hafta,1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Affetme kavramı açıklandı

Affetmenin anlamı, mahiyeti ve temel amacı açıklandı

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **6.Hafta,2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Affetme kavramı konuşulmaya devam edildi

Bireyin kendisini ve başkalarını affetmek ile bireyin ulaşacağı kazanımlar açıklandı

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **7.Hafta,1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Dua kavramı açıklandı

Duanın önemi, çeşitleri ve amacı açıklandı

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **7.Hafta,2. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Dua kavramı konuşulmaya devam edildi

Duanın bireyin hayatındaki yeri, önemi ve etkisi hakkında konuşuldu

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## **8.Hafta,1. Görüşme**

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Tövbe kavramı açıklandı

Tövbenin bireyin hayatındaki yeri, önemi ve etkisi hakkında konuşuldu

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

Bir sonraki görüşmenin tarihi, saati, ne kadar süreceği hasta ile birlikte belirlendi

---

## 8.Hafta,2. Görüşme

Bir önceki görüşme ile ilgili değerlendirme yapıldı

Tövbe kavramı konuşulmaya devam edildi

Tövbenin zihinsel olarak içinde bulunduğu durumdan kurtulma isteğini nasıl güçlendirebileceği anlatıldı

Bireyin elde edebileceği kazanımlar üzerine konuşuldu

Bireyin konuya ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlandı

Bireyin bu konulardaki soruları cevaplandı

---

## 6. Manevi Rehberlik Eğitimi İçeriği

Araştırmacı tarafından Selçuk Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi'nden 240 saatlik manevi rehberlik eğitim sertifikası (EK-8) alınmıştır. Alınan eğitimin içeriği aşağıda verilmiştir.

Manevi rehberlik hizmeti nedir?, Manevi rehberlik çalışmalarında dikkat edilecek unsurlar, kurum yapıları, dini danışmanlık ve rehberlikte temel ilke ve yaklaşımlar, kurumlar arası iletişim, zihin becerileri ve farklı düşünce yetilerini geliştirme yöntemleri, sosyal medya kullanımı, gençler için gelişim temelli etkinlikler, doğru türkçe kullanımı eğitimi, grupla görüşme teknikleri, bireyle görüşme teknikleri, mahremiyetin temel ilkeleri, liderlik ve yöneticilik becerileri eğitimi, gençliğin günümüzdeki kültürel yapısı, bağımlılıklar, sosyal psikoloji, verimlilik yönetimi, eğitim ve öğretim bilgisi, eğitim ve öğretimin sağlanması, iletişim ve etkileşim, özgüven ve stres, öğretime hazırlık, sunu hazırlanması ve sunum yapılması, yetişkin eğitimi, eğitim teknolojisi, teknolojik öğretim, ölçme ve değerlendirme ve eğitim yönetimi konularından oluşmaktadır.

**Tablo 3.1.** Maneviyatı Güçlendirme Test Tarih Planlaması

Deney Grubu		Kontrol Grubu	
11/03/2019	Ön test uygulaması	09/01/2019	Ön test uygulaması
13/05/2019	Son test uygulaması	04/03/2019	Son test uygulaması
15/08/2019	3.ay izlem testi uygulaması		

Deney grubuna HADÖ ile kişisel bilgi formu öntest uygulaması 11/03/2019'da, sontest uygulaması 13/05/2019'da ve izlem testi uygulaması 15/08/2019'da uygulandı. Kontrol grubuna HADÖ ile kişisel bilgi formu öntest uygulaması 09/01/2019'da, sontest uygulaması 04/03/2019'da uygulandı (Tablo.3.1).

**7. Son testlerin uygulanması:** Son testler (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) müdahale basamaklarının ardından araştırmacı tarafından deney grubuna uygulandı.

**8. İzlem testlerin uygulanması:** Hastalara verilen eğitimden 3 ay sonra araştırmacı tarafından deney grubuna izlem testi (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) uygulandı. Araştırmada maneviyatı güçlendirme eğitiminin deney grubuna etkinliği amaçlandığı için kontrol grubuna izlem yapılmadı.

### 3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS (Statistical Package Programme for the Social Science) 25 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapmaların yanında aşağıdaki tabloda gösterilen istatistiksel testler kullanılmıştır.

**Tablo 3.2.** Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Normal dağılım Ölçümlerde	Normal dağılmayan Ölçümlerde
Deney ve kontrol grubu arasındaki demografik özelliklerin karşılaştırılmasında		Ki-kare analizi
Deney ve kontrol grubunun ön test alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U testi
Deney ve kontrol grubunda ön test ile son test alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında	Bağımlı gruplarda t testi	Will Coxon İşaretili Sıralar testi
Deney grubu hastaların ön test, son test ve izlem HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması		Friedman testi
Deney grubu hastaların ön test, son test ve izlemin HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının ikili karşılaştırılması		Will Coxon İşaretili Sıralar testi
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları, kolmogrov-smirov ve shapiro-wilk testi.	
İç tutarlılık	Cronbach $\alpha$ katsayısı	

### **3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri**

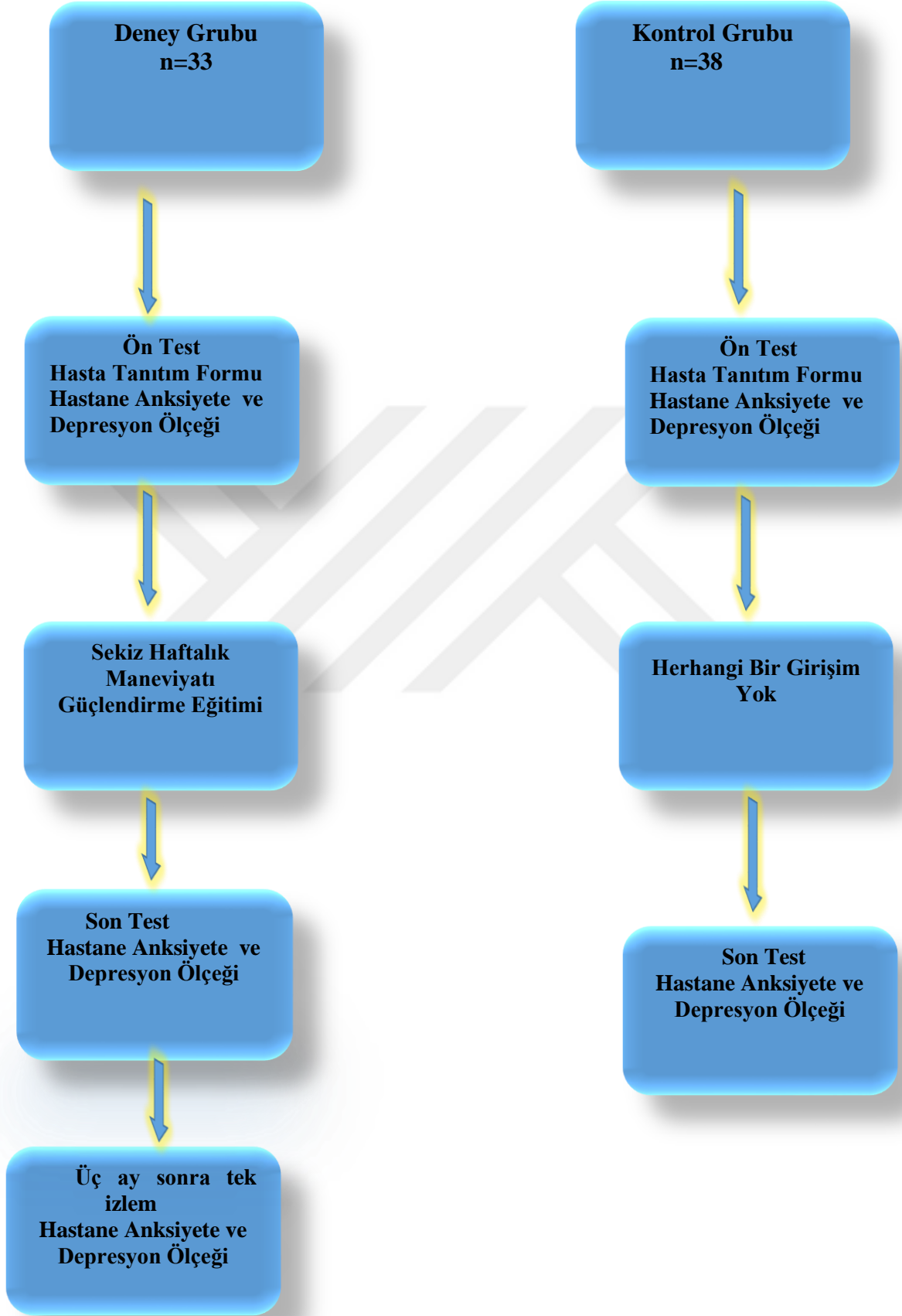
Araştırmayı gerçekleştirmeden önce Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul raporu ( EK-3) alındıktan sonra Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez önerisi sunulup onay alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yapıldığı Muş Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesinin bağlı olduğu Muş İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı onay (EK-4) ve çalışmanın amacı anlatılarak hastalardan da sözlü onay alınmıştır. Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Hastalara diledikleri anda araştırmadan çıkabilecekleri söylenerek “Özerklik” ilkesi, kişisel verilerin araştırmacı ile paylaşıldığı andan itibaren muhafaza edileceği belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesinin uyulmasına ihtimam gösterilmiştir. Edinilen verilerin ve yanıtlayanın kimliğinin gizli kalacağı ifade edilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir. Kontrol grubuna eğitim kitapçığı deney grubunun öntest veri toplama süreci tamamlandıktan sonra kontrol ve deney grubunda yer alan bütün hastalara dağıtılmıştır. Ayrıca hastalar kitapçık hakkında sözlü olarak da bilgilendirilmiştir. Böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

**Araştırmanın sınırlılıkları:** Kontrol grubunun aynı merkezden alınması.

**Araştırmanın genellenebilirliği:** Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından benzer gruplara genellenebilir.

## ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.1. Araştırma Planı

## 4. BULGULAR

HD tedavisi alan hastalara verilen maneviyatı güçlendirme eğitiminin anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Deney(n=33)		Kontrol (n=38)		Test ve p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>					
18-30	2	6.1	1	2.6	$\chi^2= 3.924$ p=0.270
31-45	8	24.2	4	10.5	
46-64	16	48.5	19	50	
65 ve üzeri	7	21.2	14	36.9	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	10	30.3	18	47.4	$\chi^2= 2.154$ p= 0.155
Erkek	23	69.7	20	52.6	
<b>Eğitim</b>					
Okuryazar	13	39.4	31	81.6	$\chi^2= 14.250$ p= <b>0.003</b>
İlkokul	12	36.4	5	13.2	
Lise	8	24.2	2	5.2	
<b>Medeni Durum</b>					
Evlü	29	87.9	33	86.8	$\chi^2= 0.017$ p= 0.896
Bekâr	4	12.1	5	13.2	
<b>Çocuk sahibi olma</b>					
Evet	28	84.8	34	89.5	$\chi^2= 0.341$ p= 0.559
Hayır	5	15.2	4	10.5	
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışmıyor	19	57.6	29	76.3	$\chi^2= 5.851$ p= 0.119
Serbest	6	18.2	5	13.2	
Emekli	8	24.2	4	10.5	
<b>Gelir Durumu</b>					
İyi	3	9.1	3	7.9	$\chi^2= 0.181$ p= 0.914
Orta	21	63.6	26	68.4	
Kötü	9	27.3	9	23.7	
<b>Hastanın beraber yaşadığı kişi durumu</b>					
Eşim veya çocuklarım	27	81.8	31	81.6	$\chi^2= 2.772$ p= 0.428
Annem veya babam	4	12.1	2	5.3	
Diğer	2	6.1	5	13.2	
<b>Bakıma destek olan bireyin varlığı</b>					
Evet	31	93.9	31	81.6	$\chi^2= 2.438$ p= 0.118
Hayır	2	6.1	7	18.4	
<b>Bakıma destek olan bireyler</b>					
Eş	23	71.9	19	51.4	$\chi^2= 6.385$ p= 0.172
Çocuklar	6	18.8	12	32.4	
Anne yada baba	3	9.4	6	16.2	



**Tablo 4.1.** (Devamı)

Değişkenler	Deney(n=33)		Kontrol (n=38)		Test ve p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Destek alma çeşidi</b>					
Fiziksel	10	31.3	7	19.4	$\chi^2= 5.758$ p= 0.124
Ruhsal	7	21.9	7	19.4	
Fiziksel ve ekonomik	1	3.0	28	8.2	
Fiziksel, ekonomik, ruhsal	14	43.8	14	14	
<b>Tedaviye başlama süresi</b>					
İlk bir ay içinde	12	36.4	21	55.3	$\chi^2= 2.536$ p= 0.111
Birinci aydan sonra	21	63.6	17	44.7	
<b>Ailede başka hemodiyaliz hastasının olma durumu</b>					
Evet	4	12.1	6	15.8	$\chi^2= 0.196$ p= 0.658
Hayır	29	87.9	32	84.2	
<b>Tedavi süresi</b>					
6 ay-2 yıl	6	18.2	9	23.7	$\chi^2= 2.805$ p=0.423
3-5 yıl	12	36.4	11	28.9	
6-8 yıl	6	18.2	3	7.9	
9 yıl ve üzeri	9	27.2	15	39.5	
<b>Başka bir kronik hastalığın olma durumu</b>					
Evet	21	63.6	25	65.8	$\chi^2= 0.036$ p= 0.850
Hayır	12	36.4	13	34.2	
<b>HD dışında kronik hastalıkların varlığı</b>					
Hipertansiyon	10	41.7	13	44.8	$\chi^2= 6.373$ p= 0.383
Kalp	2	8.3	6	20.7	
Diğer	5	20.8	4	13.8	
Diyabetve tansiyon	7	29.2	6	20.7	
<b>Hastalık ile ilgili bilgi alma durumu</b>					
Evet	26	78.8	23	60.5	$\chi^2= 2.754$ p= 0.097
Hayır	7	21.2	15	39.5	
<b>Bilginin edinilme durumu</b>					
Doktor	15	57.7	18	62.1	$\chi^2= 0.497$ p= 0.780
Hemşire	10	38.5	9	31.0	
Diğer	1	3.8	2	6.9	

\*Fisherin kesin ki-kare test

Tablo 4.1’de deney grubundaki için hastaların %48.5’i 46-64 yaş aralığında, %69.7’si erkek ve %87.9’u evlidir. Hastaların %84.8’i çocuk sahibi, %39.4’ü okuryazardır ve %57.6’sı çalışmamaktadır. Hastaların %63.6’sının gelir düzeyi orta seviyededir, %81.8’i eş çocuklarıyla yaşamaktadır ve %93.9’unun destek alacağı kişiler bulunmaktadır. Destek alınan kişilerin %71.9’u eş, %18.8’i çocuklar, %9.4’ü anne veya babadır. Hastalar destek olunan kişilerden %31.3’ü fiziksel açıdan, %21.9’u manevi

açından destek almaktadır. Hastaların %63.6'sı hastalık tanısı aldıktan sonraki ilk 1 aylık süre sonunda HD tedavisine başlamıştır, %87.9'unun ailesinde başka HD tedavisi alan hasta yoktur. Hastaların %36.4'ü 3-5 yıldır HD tedavisi görmektedir ve %36.4'ünün başka bir kronik hastalığı daha vardır. Kronik hastalığı bulunan bireylerde %41.7 oranında HT, %20.8 oranında diyabet ve HT, %8.3 oranında kalp hastalığı ve %20.8 oranında diğer başka hastalık vardır. Bireylerin %78.8'i HD ile ilgili bilgi almıştır. Bilgi alan bireylerin %57.7'si doktordan, %38.5'i hemşireden ve %3.8'i diğer yerlerden bilgi almıştır.

Tablo 4.1'de kontrol grubundaki hastaların %50'si 46-64 yaş aralığında, %52.6'sı erkek ve %86.8'i evlidir. Hastaların %89.5'i çocuk sahibi, %81.6'sı okuryazar ve %76.3'ü çalışmamaktadır. Hastaların %68.4'ünün gelir düzeyi orta seviyededir, %81.6'sı eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır ve %81.6'sının destek alacağı kişiler bulunmaktadır. Destek alınan kişilerin %51.4'ü eş, %32.4'ü çocuklar, %16.2'si anne veya babadır. Hastalar destek olunan kişilerden %19.4 fiziksel açıdan, %19.4 ruhsal açıdan destek almaktadır. Hastaların %55.3'ü hastalık tanısı aldıktan sonraki ilk 1 aylık süreçte HD tedavisine başlamıştır, %84.2'sinin ailesinde başka HD tedavisi alan hasta yoktur. Hastaların %39.5'i 9 yıl ve üzeri tedavi görmektedirler ve %65.8'inin başka bir kronik hastalığı daha vardır. Kronik hastalığı bulunan bireylerde %44.8 oranında HT, %20.7 oranında kalp hastalığı ve %13.8 oranında diğer başka hastalık vardır. Bireylerin %60.5'i HD ile ilgili bilgi almışlardır. Bilgi alan bireylerin %62.1'i doktordan, %31'i hemşireden ve %6.9'u diğer yerlerden bilgi almıştır.

Ayrıca Tablo 4.1'de görüldüğü gibi grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması sonucunda eğitim durumu dışında ( $p < 0.05$ ), tüm değişkenler bakımından homojendirler ( $p > 0.05$ ). (Tablo.4.1).

**Tablo 4.2.** Hastaların Ön Testte Gruplar Arası HADÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Ölçek	Min-Max	Kontrol Grubu (n=38) Ort. ±SS.	Min-Max	Deney Grubu (n=33) Ort. ±SS.	Test	p değeri
Anksiyete	2-18	10.50±4.09	1-15	8.24±4.67	U=452.500*	<b>p=.044</b>
Depresyon	1-19	11.02±3.88	1-17	9.03±4.31	t=2.652**	<b>p=.010</b>

\*Mann Whitney-U testi. \*\*Bağımsız gruplarda t testi

Kontrol ve deney grubu hastaların ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2’de verildi.

Kontrol grubunda ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için 10.50±4.09, depresyon için ise 11.02±3.88 olduğu belirlendi. Deney grubunda ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için 8.24±4.67, depresyon için ise 9.03±4.31 olduğu saptandı. Gruplar arasında ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) ,(Tablo.4.2).

**Tablo 4.3.** Hastaların Son Testte Gruplar Arası HADÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Ölçek	Min-Max	Kontrol Grubu (n=38) Ort. ±SS.	Min-Max	Deney Grubu (n=33) Ort. ±SS.	Test	p değeri
Anksiyete	0-18	9.86±4.27	0-17	3.45±3.71	U=163.500*	<b>p=.000</b>
Depresyon	4-19	10.68±4.19	0-17	5.39±4.94	U=254.000*	<b>p=.000</b>

\* Mann Whitney-U testi.

Kontrol ve deney grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’te verildi.

Deney grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastaların son test HADÖ alt

ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $9.86 \pm 4.27$ , depresyon puan ortalamasının ise  $10.68 \pm 4.19$  olduğu tespit edildi. Deney grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $3.45 \pm 3.71$  ve depresyon puan ortalamasının ise  $5.39 \pm 4.94$  olduğu saptandı. Kontrol ve deney grubu hastaların, son test HADÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ), (Tablo.4.3).

**Tablo 4.4.** Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Grup içi HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek (n=38)	HADÖ		Test ve p değeri	
	Ön Test Ort. ±SS.	Son Test Ort. ±SS.	Test	p
Anksiyete	10.50±4.09	9.86±4.27	t=-0.832*	p=.411
Depresyon	11.02±3.88	10.68±4.19	Z=-0.777**	p=.437

\*\*Will Coxon İşaretili Sıralar testi , \*Bağımlı gruplarda t testi.

Kontrol grubu hastaların ön test ve son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verildi.

Kontrol grubu hastaların ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $10.50 \pm 4.09$  ve depresyon puan ortalamasının ise  $11.02 \pm 3.88$  olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $9.86 \pm 4.27$ , depresyon puan ortalamasının ise  $10.68 \pm 4.19$  olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarında azalma saptandı. Kontrol grubu hastaların ön test ve son test HADÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ), (Tablo.4.4).

**Tablo 4.5.** Deney Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Grup içi HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek (n=33)	HADÖ		Test ve p değeri	
	Ön Test Ort. ±SS.	Son Test Ort. ±SS.	Test	p
Anksiyete	8.24±4.67	3.45±3.71	t=-5.270*	p=.000
Depresyon	9.03±4.31	5.39±4.94	t=3.811*	p=.001

\*Bağımlı gruplarda t testi

Deney grubu hastaların ön test ve son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te verildi.

Deney grubu hastaların ön test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $8.24 \pm 4.67$ , depresyon puan ortalamasının ise  $9.03 \pm 4.31$  olduğu tespit edildi. Deney grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için  $3.45 \pm 3.71$ , depresyon puan ortalamasının ise  $5.39 \pm 4.94$  olduğu saptandı. Deney grubu hastaların son test HADÖ alt ölçek puan ortalamalarında azalma saptandı. Deney grubu hastaların ön test ve son test HADÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ), (Tablo.4.5).

**Tablo 4.6.** Deney Grubu Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Grup içi HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek (n=33)	HADÖ			Test ve p değeri	
	Ön Test <sup>a</sup>	Son Test <sup>b</sup>	İzlem <sup>c</sup>	Test	p
	Ort. $\pm$ SS.	Ort. $\pm$ SS.	Ort. $\pm$ SS.		
Anksiyete	$8.24 \pm 4.67$	$3.48 \pm 3.71$	$6.03 \pm 5.46$	$Z^* = -25.967$	$p = .000$
Depresyon	$9.03 \pm 4.31$	$5.48 \pm 4.90$	$8.00 \pm 6.14$	$Z^* = 13.476$	$p = .001$

\* Friedman Test, <sup>a</sup>Eğitim öncesi, <sup>b</sup>Eğitim sonrası, <sup>c</sup>Eğitim sonrası 3.ay

Deney grubu hastaların ön test, son test ve izlem testi HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da verildi (Tablo.4.6).

Deney grubu hastaların HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; anksiyete için ön testte  $8.24 \pm 4.67$ , son testte  $3.48 \pm 3.71$  ve izlem testinde ise  $6.03 \pm 5.46$  olduğu tespit edildi. Deney grubu hastaların HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının; depresyon için ön testte  $9.03 \pm 4.31$ , son testte  $5.48 \pm 4.90$  ve izlem testinde ise  $8.00 \pm 6.14$  olduğu tespit edildi. Hastaların HADÖ alt ölçek puan ortalamalarında eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitim sonrası 3.ay değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Deney Grubu Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Grup içi HADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının İkili Karşılaştırılması

Değişkenler	Test	P
<b>Anksiyete</b>		
1.ölçüm <sup>a</sup> -2.ölçüm <sup>b</sup>	Z <sub>WC</sub> =-3.934	<b>p=.006</b>
1.ölçüm <sup>c</sup> -3.ölçüm <sup>c</sup>	Z <sub>WC</sub> =-2.296	<b>p=.022</b>
2.ölçüm-3.ölçüm	Z <sub>WC</sub> =-2.612	<b>p=.009</b>
<b>Depresyon</b>		
1.ölçüm <sup>a</sup> -2.ölçüm <sup>b</sup>	Z <sub>WC</sub> =-3.131	<b>p=.002</b>
1.ölçüm <sup>c</sup> -3.ölçüm	Z <sub>WC</sub> =-1.289	p=.198
2.ölçüm-3.ölçüm	Z <sub>WC</sub> =-2.822	<b>p=.005</b>

Z<sub>WC</sub>; Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, <sup>a</sup>Eğitim öncesi, <sup>b</sup>Eğitim sonrası, <sup>c</sup>Eğitim sonrası 3.ay

Deney grubu hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası 3.ay HADÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verildi.

Deney grubundaki hemodiyaliz hastaların anksiyete puan ortalamaları açısından eğitim öncesi ile eğitim sonrası, eğitim öncesi ile eğitim sonrası 3.ay arasında düşüş yönünde, eğitim sonrası ile eğitim sonrası 3.ay arasında artış yönünde istatistiksel olarak fark bulundu ( $p<0.05$ ).

Deney grubundaki hastaların depresyon puan ortalamaları düzeyleri açısından eğitim öncesi ile eğitim sonrası, eğitim sonrası ile eğitim sonrası 3.ay arasında istatistiksel olarak fark bulunurken( $p<0.05$ ), eğitim öncesi ile eğitim sonrası 3.ay arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan maneviyatı güçlendirme eğitiminden sonraki eğitim sonrası ve eğitim sonrası 3. aydaki anksiyete ve depresyon alt ölçek puan ortalamalarında artış yönünde, eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında düşüş yönünde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ),(Tablo.4.7).

## 5. TARTIŞMA

Araştırma, maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacı ile 33 deney ve 38 kontrol grubu üzerinde randomize-kontrollü olarak gerçekleştirildi. Deney ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, hastanın beraber yaşadığı kişi durumu, bakıma destek bireyler, tedavi süresi, tedaviye başlama süresi, HD dışında kronik hastalığın olma durumu, hastalık ile ilgili bilgi alma durumu açısından karşılaştırıldı. Bu özellikler açısından deney-kontrol grupları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Anlamlı fark olmaması grupların belirtilen özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir ( $p>0.05$ , Tablo.4.1.).

Literatürde HD hastalarında anksiyete ve depresyon ile maneviyat arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, manevi iyi oluş düzeyinin düşük olmasının anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.<sup>136,137</sup> Maneviyatın anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olan olumsuz duyguları azaltabileceği düşünülmektedir.

Girişim öncesi deney ve kontrol grubunun anksiyete düzeyinin orta seviyede olduğu belirlendi. Girişim sonrası deney grubunun anksiyete düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde düştüğü belirlendi ( $p<0.05$ , Tablo 4.3)

Elde edilen bu bulgulara göre deney grubunun anksiyete düzeyindeki azalma **“Maneviyatı güçlendirme eğitimi, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeyini etkiler.”** Hipotezini doğrulamaktadır. Bu sonuç maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastalarda anksiyeteyi azaltmada etkin olduğunu düşündürmektedir.

HD tedavisi alan hastalarda maneviyatın anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı bazı çalışmalarda, maneviyatı güçlendirme girişimlerin HD tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeylerini azalttığı ile ilgili araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>34,43</sup> Bu

araştırmanın sonucu literatürde yer alan diğer araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Aghajani ve ark.<sup>34</sup> 90 hasta ile randomize kontrollü yaptıkları çalışmada HD tedavisi alan hastalara sekiz bölümden oluşan manevi danışmanlık eğitiminin bireylerde anksiyeteyi azalttığı sonucu bulunmuştur.<sup>34</sup> Oshvandi ve ark.<sup>43</sup> HD tedavisi alan 60 hastada manevi bakımın ölüm kaygısı üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada, maneviyatı güçlendirme programının bireylerde kaygı düzeyini düşürdüğü saptanmıştır.<sup>43</sup> Çalışma sonuçları göstermiştir ki maneviyatı güçlendirme eğitimi HD tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeyini düşürmede etkilidir.

Yapılan literatür incelemelerinde maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastalarda anksiyete düzeyine etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur<sup>34,43</sup>, fakat yeterli çalışmaya rastlanılmadığı için araştırma sonuçları maneviyatı güçlendirmenin etkisini inceleyen farklı hasta gruplarında yapılan araştırma sonuçları ile tartışılmıştır.

Non-farmakolojik yöntemlerden biri olan maneviyatın anksiyete düzeylerine etkisini inceleyen farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda bu uygulama ile hastaların anksiyete düzeylerinin belirgin olarak azaldığı tespit edilmiştir.<sup>138-150</sup>

Naimi ve ark.<sup>138</sup> kalıcı kalp pili olan hastalarda manevi bakım kapsamında duanın anksiyete üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada; hastalara 7 oturumdan oluşan dua terapisinin bireylerde anksiyete düzeyini düşürdüğü saptanmıştır.<sup>138</sup>

Taj Bakhsh ve ark.<sup>139</sup> koroner arter cerrahi operasyonu geçiren hastalarda her bir seansı 45-50 dakikadan toplam 5 seans olarak 68 hastada Richards ve Bergin modeline dayanan manevi müdahalenin hastalarda anksiyete düzeyini düşürdüğü bulunmuştur.<sup>139</sup>

Momeni ve ark.<sup>140</sup> 64 iskemik kalp hastasında manevi bakım programının kaygı düzeyi üzerine etkisini inceledikleri her bir seansı 50 dakikadan toplam 3 seanstan oluşan



çalışmada; hastalarda manevi bakım programının kaygı düzeyini azalttığı sonucu bulunmuştur.<sup>140</sup>

Hosseini ve ark.<sup>141</sup> 70 koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastada ameliyat öncesi manevi/dini müdahalenin kaygı üzerine etkisini inceledikleri her bir seansı 45 dakikadan toplam 5 seanstan oluşan çalışmada; manevi eğitimin hastalarda kaygı düzeyini olumlu yönde etkilediği sonucu bulunmuştur.<sup>141</sup> Pesut<sup>124</sup> , hastayla dini inançlar ve değerler hakkında konuşmanın hastayı motive edici, kaygılarını azaltabileceği, rahatlatıcı, farklı bakış açıları kazandıracakını belirtmektedir.<sup>124</sup>

Elham ve ark.<sup>142</sup> koroner yoğun bakım ünitesine başvuran 66 yaşlı hastaya, her bir oturumu 45-60 dakikadan toplam 3 oturumdan oluşan ihtiyaç temelli manevi/dini müdahalenin anksiyete üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada; manevi girişimin hastalarda kaygı düzeyini azalttığı sonucu bulunmuştur.<sup>142</sup>

Torabi ve ark.<sup>143</sup> 32 kanser tanısı almış ergen hastaya uygulanan her bir oturumu 45 dakikadan toplam 6 oturum süresince manevi bakımın kaygı üzerindeki etkilerini değerlendikleri çalışmada; manevi bakım programının müdahale grubundaki hasta bireylerde anksiyete düzeyinin düştüğü bildirilmektedir.<sup>143</sup>

Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Literatürdeki bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda maneviyatı güçlendirme eğitimi HD tedavisi alan hasta grubuna uygulanmıştır. Bolhari ve ark.<sup>144</sup> yaptıkları çalışmada manevi müdahalelerin hastalarda anksiyeteyi azaltabileceği belirtilmektedir.<sup>144</sup> Bu araştırmanın sonucu literatürde yer alan diğer araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.<sup>34,43,138-150</sup> Çalışma sonuçları göstermiştir ki maneviyatı güçlendirme eğitimi anksiyete düzeyini azaltmada etkili olmuştur.

Hemşireler tarafından uygulanan maneviyatı güçlendirme programları kaygıyı azaltmada uygun bir yöntem olduğu belirtilmektedir.<sup>143</sup> HD hastalarının bakımı için

pozitif ve gerçekçi inançlar teşvik edilmeli, olumsuz inançlar önlenmeli veya değiştirilmelidir. Bu hususlara odaklanan manevi bakım girişimleri, ortaya çıkabilecek olumsuz duyguları önlemede onlara yardımcı olabilmektedir.<sup>20,40</sup> Din ve maneviyatın anksiyete düzeyini düşürmede etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>144,145</sup> İslam dini, Allah'ın merhametini düşünmek, Allah'ı hatırlamak ve sabr gibi konuların bireylerin olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkabilmesini sağlayarak bireylerin karşılaşabileceği stresörlerin azaltılabileceği belirtilmektedir.<sup>146,147</sup> Zimmer ve ark.<sup>148</sup>, Sharma ve ark.<sup>149</sup> ile Ebrahimi ve Ghodrati<sup>150</sup> tarafından yapılan çalışmalarda, bireylerde maneviyatın artması ile düşük anksiyete düzeyinin sağlanacağı belirtilmektedir.<sup>148-150</sup>

Azimian ve ark'nın<sup>151</sup> kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarında manevi bakımın kaygı üzerinde etkili olmadığı belirtilmektedir. Bu araştırmanın sonucu ile Azimian ve ark'nın<sup>151</sup> çalışma sonucu uyumlu bulunmamıştır.<sup>151</sup> Sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasında verilerin elde edildiği toplumun sosyal ve kültürel özellikleri ile hastalığın türü gibi faktörlerin farklı olmasının etken olduğu düşünülmektedir.

Girişim öncesi deney ve kontrol grubunun depresyon düzeyinin orta seviyede olduğu belirlendi. Girişim sonrası deney grubunun depresyon düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde düştüğü belirlendi ( $p < 0.05$ , Tablo 4.3). Elde edilen bu bulgulara göre deney grubunun depresyon puan ortalamalarındaki azalma **“Maneviyatı güçlendirme eğitimi, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyini etkiler.”** Hipotezini doğrulamaktadır. Bu sonuç maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastalarda depresyonu tedavi etmede etkin olduğunu düşündürmektedir.

Deney grubunda anlamlı derecede depresyon düzeyinin düşüşü maneviyatı güçlendirme eğitiminin üzüntü, çaresizlik, karamsarlık duygularının üstesinden gelebilecek bir etken olduğu düşünüldü. Araştırma bulgusuna dayanarak maneviyatı

güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyini düşürmede etkili olduğu söylenebilir.

HD tedavisi alan hastalarda maneviyatı güçlendirme uygulamalarının depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, manevi girişimlerin HD tedavisi alan hastalarda depresyon düzeylerini azaltması ile ilgili araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>34,35</sup> Bu araştırmanın sonucu literatürde yer alan diğer araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.<sup>34,35</sup>

Aghajani ve ark.<sup>34</sup> 90 hasta ile randomize kontrollü yaptıkları çalışmada HD tedavisi alan hastalara sekiz bölümden oluşan manevi danışmanlık eğitiminin bireylerde depresyonu azalttığı sonucu bulunmuştur.<sup>34</sup> Babamohamadi ve ark.<sup>35</sup> 54 hasta ile yaptıkları çalışmada HD tedavisi alan hastalara bir ay boyunca haftada 3 defa 20 dakika süresince manevi bakım kapsamında kuran-ı kerim dinletilerek hastalarda depresyon düzeyinin düştüğü saptanmıştır.<sup>35</sup>

Çalışma sonuçları göstermiştir ki maneviyatı güçlendirme eğitimi HD tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyini düşürmede etkilidir. Yapılan literatür incelemelerinde maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastalarda depresyon düzeyine etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur<sup>34,35</sup>, fakat yeterli çalışmaya rastlanılmadığı için araştırma sonuçları maneviyatı güçlendirmenin depresyon düzeyine etkisini inceleyen farklı hasta gruplarında yapılan araştırma sonuçları ile tartışılmıştır.

Non-farmakolojik yöntemlerden biri olan maneviyatın depresyon düzeylerine etkisini inceleyen farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda bu uygulama ile hastaların depresyon düzeylerinin belirgin olarak azaldığı tespit edilmiştir.<sup>152-155</sup>

Pramesona ve Taneepanichsku<sup>152</sup> yaşlılarda depresif belirtilere yönelik yaptıkları manevi müdahalenin bireylerde depresyonu azaltabileceği belirtilmektedir.<sup>152</sup> Mohammadinin<sup>153</sup> 34 yaşlı bireyde 10 oturumdan oluşan çalışmasında; manevi destek

programının bireylerin depresyon düzeyini düşürdüğü sonucu bulunmuştur.<sup>153</sup> Musarezai ve ark.<sup>154</sup> 64 lösemi tanısı almış hastada manevi bakım programının depresyon üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada; 3 günlük manevi eğitim müdahalesi sonunda hastalarda depresyon düzeyinin anlamlı bir şekilde düştüğü belirtilmektedir.<sup>154</sup>

Shafiee ve ark.<sup>155</sup> İsfahan'da kentsel sağlık merkezlerine başvuran 64 kadında herbir seansı 60-90 dakikadan toplam 8 seanstan oluşan manevi bakımın menapoz sonrası dönemde depresyon üzerine etkisini değerlendikleri çalışmada; manevi bakım programının kadınlarda depresyon düzeyini düşürdüğü bildirilmektedir.<sup>155</sup>

Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları göstermiştir ki maneviyatı güçlendirme eğitimi depresyon düzeyini azaltmada etkili olmuştur.

Maneviyatı güçlendirebilecek dini başa çıkma stratejileri kullanmak, bireylerde depresyon belirtilerini düşürebileceği belirtilmektedir.<sup>156</sup> Manevi müdahaleler, bireylerde depresyon şiddetini azaltmada etkilidir. Yüksek depresyon düzeyinin olması ve ruhsal müdahalenin etkililiği ve uygulanabilirliği göz önüne alındığında, bu tür müdahalelerin kullanılmasının yararlı olduğu belirtilmektedir.<sup>156</sup> Din ve maneviyatın depresyon düzeyini düşürmede etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>144,145</sup> Bu bulgular ışığında maneviyatı güçlendirme eğitimin hastaların manevi iyilik düzeylerinin artırılmasında ve düşük depresyon düzeyinin oluşmasında etkili olacağı söylenebilir.

Deney grubunda bulunan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin girişim sonrası azaldığı, fakat üç ay sonra yapılan izlem sonrası maneviyatı güçlendirme girişimi öncesi kadar olmasa bile arttığı belirlendi (Tablo 4.6). Müslüman bireylerin inançlarına uygun olarak tasarlanan bu çalışmada eğer bireylerin kültürleri ve inançları ile uyumlu olarak manevi yaklaşımda bulunulursa hastaları rahatsız eden duygular üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

HD tedavisi alan hastalarda maneviyatın anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı bazı çalışmalarda, manevi girişimlerin hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltması ile ilgili araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>34,35,43</sup>

Mazandarani ve ark.<sup>157</sup> hemodiyaliz tedavisi alan 38 hastadan oluşan yarı deneysel izlem (eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim bittikten 2 ay sonrası) çalışmasında ; manevi danışmanlık modeline dayalı ruhsal bakım hizmetinin duygusal değişimler üzerindeki etkisi olumlu yönde bulunmuştur.<sup>157</sup> Moeini ve ark.<sup>158</sup> 64 lösemi tanısı almış hastada manevi eğitim uygulamasının anksiyete ve depresyon üzerine etkisini değerlendikleri çalışmalarında; manevi eğitim programı ile hasta bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyinin düştüğü bildirilmektedir.<sup>158</sup>

Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Literatürdeki bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda maneviyatı güçlendirme eğitimi HD tedavisi alan hasta grubuna uygulanmıştır. Çalışma sonuçları göstermiştir ki maneviyatı güçlendirme eğitimi anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmada etkili olmuştur. Bu artış maneviyatı güçlendirme programının HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılması sürecinde etkin, fakat kalıcı olmadığını düşündürmektedir.

HD tedavisi alan hastaların bakımı için pozitif veya gerçekçi inançlar teşvik edilmeli, olumsuz inançlar önlenmeli veya değiştirilmelidir. Bu hususlara odaklanan manevi bakım girişimleri, ortaya çıkabilecek olumsuz duyguları önlemede onlara yardımcı olabilmektedir.<sup>20,40</sup>

Ghahari ve ark.<sup>159</sup> 45 meme kanseri tanısı almış hastada manevi eğitimin kaygı ve depresyon düzeyi üzerine etkisini inceledikleri 120 dakikalık altı bölümden oluşan çalışmada; müdahale gruplarının ortalama puanları kontrol grubundan daha yüksek olmasına rağmen, hastada manevi eğitimin kaygı ve depresyon düzeyini anlamlı bir şekilde etkilemediği sonucu bulunmuştur.<sup>159</sup> Bu bulgu çalışmamız ile benzerlik

göstermemektedir. Sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasında verilerin elde edildiği toplum, aile özellikleri, bireysel özellikler ve kültürel farklılıklar gibi faktörlerin farklı olmasının etken olduğu düşünülmektedir.

Hastalara manevi müdahaleler kapsamında uygulanan dini ve manevi uygulamalar, bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini düşürmede etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>144,145</sup> Puchalski,<sup>160</sup> hemşirelerin merhamet ve şefkat yoluyla fiziksel, duygusal, manevi desteğinin yanında hastaların korkularını, umutlarını, acılarını ve hayallerini dinlemeyi içeren manevi bakım alabileceklerini; hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin fiziksel, zihinsel ve ruhsal boyutlarının tüm yönlerine dikkat etmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca sağlık ekibinde dini bir danışmanın katılımı ile uygun manevi uygulamalar olmasının yararlı olacağı belirtilmektedir.<sup>160</sup> Bu bulgular doğrultusunda maneviyatı güçlendirme eğitiminin hastaların manevi iyilik düzeylerinin artırılmasında ve düşük anksiyete ve depresyon düzeyinin sağlanmasında etkili olacağı söylenebilir.

Manevi bakım müdahaleleri içeren tüm çalışmalar incelendiğinde; manevi bakım için bir klinik kılavuzun üzerinde anlaşma sağlanamamış, bu yönde bir manevi bakım kılavuzunun geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada tüm bulgular incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin girişim sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalması; izlem süreleri içerisinde anksiyete ve depresyon düzeylerinde bir miktar artış olması, ancak bunun müdahale öncesi düzeye ulaşmamış olması bu müdahale programının başarısını kanıtlamaktadır. Bu verilerden yola çıkarak maneviyatı güçlendirme eğitimi HD tedavisi alan hastalar için tamamlayıcı bir terapi seçeneği olabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize-kontrollü çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Maneviyatı güçlendirme eğitimi sonrası deney grubundaki hastaların anksiyete düzeyinin düştüğü,
- Maneviyatı güçlendirme eğitimi sonrası deney grubundaki hastaların depresyon düzeyinin düştüğü,
- Maneviyatı güçlendirme eğitimi sonrası 3.ay izlem testinde deney grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamalarının arttığı,
- Maneviyatı güçlendirme eğitimi sonrası 3.ay izlem testinde deney grubundaki hastaların depresyon puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- HD tedavisi alan hastaların farmakolojik tedavisine ek olarak bir psikososyal tedavi yöntemi olarak manevi bakım programının uygulanması,
- HD tedavisi alan hastalara yönelik Maneviyatı Güçlendirme Eğitiminin hasta eğitim programlarına dahil edilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Hemşirelik uygulamalarında etkinliği kanıtlanmış olan manevi bakım uygulamasının, hemşirelik lisans müfredatlarına ayrı bir ders olarak eklenmesi,
- Maneviyatı arttırmaya yönelik hastaların inançlarına ve kültürlerine uygun bir maneviyatı güçlendirme bakım kılavuzunun geliştirilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, Van Lente F, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *Jama*, 2007, 298: 2038-2047.
2. Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A. A population-based survey of Chronic Renal Disease in Turkey—the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2010, 26: 1862-1871.
3. Levey AS, Coresh J, Bolton K, Culleton B, Harvey KS, İközler TA, Johnson CA, Kausz A, Kimmel PL, Kusek J. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 2002, 39.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 Yılı Özet Raporu. <http://www.nefroloji.org.tr/>. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2018
5. Tuna D, Ovayolu N, Kes D. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2018, 13: 17-25.
6. Sarı Ö. Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği . *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015, 4: 72-80.
7. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1: 15-22.
8. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1, 57-72.
9. Wruk-Złotowska A. Lęki pacjentów dializowanych. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2006, 2: 158-166.



10. Bereza B. Źródła niepokoju pacjentów długotrwale hemodializowanych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2007, 7: 8-13.
11. Sağduyu A, Sentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Ozel S. Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Turkish journal of psychiatry*, 2006, 17: 22-31.
12. Orhan FO, Ozer A, Sayarlioglu H, Dogan E, Altunoren O, Akman O, Karaaslan MF, Temizkan A. Temperament and character profiles of hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2011, 21: 201-209.
13. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14: 72-80.
14. Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2005, 14: 166-170.
15. Karaca S, Çınar S, Bahçebaşı ZB. Hastaların perspektifinden: periton diyalizinin yaşama ve ruhsal belirtilere etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2012, 2: 169-174.
16. Baraz S, Mohammadi E, Boromand B. Effect on quality of life and physical care of patients treated with maintenance hemodialysis. *Hayat*, 2005, 11: 51-62.
17. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Polikandrioti M, Grapsa E. The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. *International urology and nephrology*, 2018, 50: 143-154.
18. Andrade C, Sesso RC. Depression in chronic kidney disease and hemodialysis patients. *Psychology*, 2012, 3: 974.

19. Ravaghi H, Behzadifar M, Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A, Salemi M, Luigi Bragazzi N. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 2017,11:90-98.
20. Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 2014, 132: 23-27.
21. Özdoğan Ö. Psycho-Spiritual Approach. *Journal of Medical Oncology Special Topics*, 2012, 5: 15.
22. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 8: 37-45.
23. McEwan W. Spirituality in nursing: What are the issues? *Orthopaedic Nursing*, 2004, 23: 321-326.
24. Sülü Uğurlu E. Hemsirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014,5:187-191.
25. Özkan HA, Bilgin Z. Hemşireliğin felsefî özü iyileştirici bakım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016, 3: 191-200.
26. Carpenito LJ, Erdemir F. *Hemşirelik tanıları: El kitabı*.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:20-40.
27. Hemşirelik tanıları.<https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis/>.Erişim Tarihi:20 Kasım 2019.
28. Horozcu Ü. Tecrübî araştırmalar ışığında dindarlık ve maneviyat ile ruhsal ve bedensel sağlık arasındaki ilişki. *Milel ve Nihal*, 2010, 7:209-240.
29. Berzah MÇ, Çakır M. İş hayatında maneviyat yaklaşımı ne vadediyor?. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2015, 13(26):135-149.

30. Hoffman L, Atik Ç, Mücahid M. Varoluşçu psikoloji, din ve maneviyat: Metod, uygulamalar ve deneyim. *Bilimname*, 2015:28.
31. Kökel Z. Sosyal hizmet ve maneviyat. *Akademik Platform İslami Araştırmalar Dergisi*,2019,3: 97-103
32. Karataş Z. Manevi temelli sosyal hizmet yaklaşımı. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2015, 1: 3-15.
33. Çekin A. Maneviyat, manevi bakım ve sosyal hizmet, 1.Baskı. Samsun, Etüt Yayınları, 2014:1-149.
34. Aghajani M, Afaze M, Morasai F. The effect of spirituality counseling on anxiety and depression in hemodialysis patients. *Evidence Based Care*, 2014, 3: 19-28.
35. Babamohamadi H, Sotodehasl N, Koenig HG, Al Zaben F, Jahani C, Ghorbani R. The effect of Holy Qur'an recitation on depressive symptoms in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *Journal of Religion and Health*, 2017, 56: 345-354.
36. Loureiro ACT, de Rezende Coelho MC, Coutinho FB, Borges LH, Lucchetti G. The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. *Comprehensive Psychiatry*, 2018, 80: 39-45.
37. Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. *Quranic Interdisciplinary Studies Journal*, 2009,1;5-17.
38. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson H. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 2006, 9: 646-657.
39. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Peteet JR, Block S. Religious coping and use of intensive life-

- prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Jama*, 2009, 301: 1140-1147.
40. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing hemodialysis. *Nephrology*, 2013, 18: 269-275.
  41. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2010, 5: 1969-1976.
  42. Lucchetti G, Almeida LG, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? *Brazilian Journal of Nephrology*, 2010, 32: 128-132.
  43. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: a randomized clinical trial. *Journal of Hayat*, 2018, 23: 332-344.
  44. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, Pargament KI, Hyphantis TN, Carvalho AF. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012, 72: 129-135.
  45. Tanyi RA, Werner JS, Recine ACG, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: A phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 2006, 33: 532.
  46. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3: 37-42.
  47. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3: 73-78.

48. Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3: 39-45.
49. Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1: 1-12.
50. Kronik böbrek hastalığının erken teşhis ve korunma yöntemleri. <https://www.tbv.com.tr/bobrek-sagliği/>. 09 Aralık 2019.
51. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, 2. Baskı. Kayseri, Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı: Anadolu Yayıncılık, 2001: 1-80.
52. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği. *İçinde: Anita K, Gülay YK (editörler). Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım*. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 468-474.
53. Becherucci F, Roperto RM, Materassi M, Romagnani P. Chronic kidney disease in children. *Clinical Kidney Journal*, 2016, 9: 583-591.
54. Fong TL, Bunnapradist S, Jordan SC, Selby RR, Cho YW. Analysis of the united network for organ sharing database comparing renal allografts and patient survival in combined liver-kidney transplantation with the contralateral allografts in kidney alone or kidney-pancreas transplantation. *Transplantation*, 2003, 76: 348-353.
55. Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT, Chen SC. United states renal data system public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney International Supplements*, 2015,5:2-7.
56. Fishbane S, Agoritsas S, Bellucci A, Halinski C, Shah HH, Sakhiya V, Balsam L. Augmented nurse care management in CKD stages 4 to 5: A randomized trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 2017,70: 498-505.

57. McCrory G, Patton D, Moore Z, O'Connor T, Nugent L. The impact of advanced nurse practitioners on patient outcomes in chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Renal Care*, 2018,44:197-209.
58. Tanrıverdi M. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010: 27-32.
59. Yalçın AU, Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği, Nobel Tıp Kitabevi, 2007:283-323.
60. Birol L. İdrar yolları-Böbrek hastalıkları tedavisi ve hemşirelik bakımı.İçinde: Birol L, (editör). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul,Vehbi Koç Yayınları,2003: 565-603.
61. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 10: 19-30.
62. Akyol Durmaz A. Hemodiyaliz ve hemodiyaliz uygulanan hasta bakımı. İçinde: Klinik Beceriler SD. Sabuncu N, Akça Ay F (editörler). Hasta Bakımı ve Takibi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010: 693-718.
63. Gölge H, Özalın G. Diyaliz Hastalarındaki Cinsel İşlev Sorunları ve Etkileyen Faktörler. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: 2005.
64. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Kronik böbrek yetmezliği. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası , 2011: 273-305.
65. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayınları, 2003.
66. Bağ E, Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2007, 7: 31-38.

67. Nadir İ, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etiyolojik değerlendirme. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 24: 62-64.
68. Süleymanlar G , Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Serdengeçti K. A population- based survey of cronic renal disease in Turkey-the credit study. *Nephrol Dial Transplant*, 2011, 26: 1862-71.
69. Levy L, Morgan J, Browm E. Oxford Diyaliz El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 87-95.
70. Aksoy A, Oğur S. Bitlis ilinde rutin olarak diyaliz ünitesine bağlanan diyaliz hastalarının sıkıntı durumlarının belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2015:4.
71. Cormack FC. The Natural History of Hemodialysis. Hemodialysis Access, Springer, 2017: 13-19.
72. Boynueğri B, Apaydın S. Akut ve kronik hemodiyaliz reçetelendirilmesi. *Journal of Nephrology Special Topics*, 2015, 8: 20-25.
73. Trabulus S. Hemodiyalizin fizyolojik prensipleri. *Journal of Nephrology Special Topics*, 2015, 8: 6-9.
74. Rocco MV. Chronic hemodialysis therapy in the west. *Kidney Diseases*, 2015, 1: 178-186.
75. Slinin Y, Greer N, Ishani A, MacDonald R, Olson C, Rutks I, Wilt TJ. Timing of dialysis initiation, duration and frequency of hemodialysis sessions, and membrane flux: a systematic review for a KDOQI clinical practice guideline. *American Journal of Kidney Diseases*, 2015, 66: 823-836.
76. Tomar ÖK, Ulusoy Ş, Pulathan Z, Kaynar K, Özkan G. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hemodiyaliz girişi için oluşturulan kalıcı damar yollarının açık kalma

sürelerinin belirlenmesi ve bu süreye etkisi olan faktörlerin araştırılması.

*International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2016:4.

77. Arık N. Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, 2009:31.
78. Kang GW, Lee IH, Ahn KS, Lee J, Ji Y, Woo J. Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 2015, 19: 439-446.
79. Karadakovan A, Aslan Eti F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana, Nobel Kitabevi, 2010:20-25.
80. Sezen A. Diyaliz Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:40-44.
81. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017, 12: 36-42.
82. Çelik HC, Tarık D. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2007, 12: 23-27.
83. Daugirdas TJ, Blake GP. Çeviri: Bozfakıoğlu S. Diyaliz El Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010: 68-93.
84. Fan L, Sarnak MJ, Tighiouart H, Drew DA, Kantor AL, Lou KV, Shaffi K, Scott TM, Weiner D. Depression and all-cause mortality in hemodialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 2014, 40: 12-18.
85. Jahromi MK, Javadpour S, Taheri L, Poorgholami F. Effect of nurse-led telephone follow ups (tele-nursing) on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, 2016, 8: 168.
86. Van Dijk S, Van Den Beukel TO, Kaptein AA, Honig A, le Cessie S, Siegert CE, Boeschoten EW, Krediet RT, Dekker FW. How baseline, new-onset, and persistent



- depressive symptoms are associated with cardiovascular and non-cardiovascular mortality in incident patients on chronic dialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013, 74: 511-517.
- 87.** Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, 2016, 8: 45.
- 88.** Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 2007, 14: 82-99.
- 89.** Kim Y, Evangelista LS, Park YG. Anxiolytic effects of music interventions in patients receiving incenter hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology Nursing Journal*, 2015, 42:339-347.
- 90.** Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal Failure*, 2013, 35: 105-109.
- 91.** Nabolsi MM, Wardam L, Al-Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice*, 2015, 21: 1-10.
- 92.** Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal*, 2012:6.
- 93.** Demirkıran F, Terakye G. Compliance of depressed patients of their drug therapy and effect of supportive nursing interventions on compliance. *Kriz Dergisi*, 2001;9(2): 29-39
- 94.** Kara B. Adherence to treatment in hemodialysis patients: a multiple-aspect approach. *Gulhane Medical Journal*, 2007:49.

95. Agrimson LB, Taft LB. Spiritual crisis: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 65: 454-461.
96. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 2005, 18: 157-162.
97. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough J, Michael E, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for The Theory of Social Behaviour*, 2000, 30: 51-77.
98. Dossey BM, Keegan L. *Holistic Nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Publishers, 2013:117-127.
99. Adegbola M. *Spirituality and Quality of Life in Chronic Illness*. Yüksek Lisans Tezi, Amerika:Teksas Üniversitesi, 2006.
100. Markani AK, Yaghmaei F, Fard MK. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *British Journal of Nursing*, 2013, 22:22-28.
101. Saroglou V, Muñoz-García A. Individual differences in religion and spirituality: An issue of personality traits and/or values. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2008, 47: 83-101.
102. McSherry W. *The meaning of spirituality and spiritual care within nursing and health care practice: A study of the perceptions of health care professionals, patients, and the public*. Quay Books, 2007.
103. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*, 2011, 11: 47-53.
104. La Cour P, Hvidt NC. Research on meaning-making and health in secular society: secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine*, 2010, 71: 1292-1299.

105. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 2009, 12: 885-904.
106. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2014, 48: 518-531.
107. Gaskamp C, Sutter R, Meraviglia M, Adams S, Titler MG. Promoting spirituality in the older adult. *Journal of Gerontological Nursing*, 2006, 32: 8-13.
108. Kown KY, Pok JO. "Effects of nursing workplace spirituality and self-efficacy on the patient safety management activities of nurses." *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 2019,25: 106-114.
109. McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22: 3170-3182.
110. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end of life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 2019. 28:182-189.
111. Sessanna L, Finnell DS, Underhill M, Chang YP, Peng HL. Measures assessing spirituality as more than religiosity: A methodological review of nursing and health related literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67: 1677-1694.
112. Cook CC, Breckon J, Jay C, Renwick L, Walker P. Pathway to accommodate patients' spiritual needs. *Nursing Management*, 2012, 19: 33-37.

113. Nixon AV, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, 2013, 12: 2.
114. Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Afyon: Kocatepe Üniversitesi, 2008.
115. Vicdan AK, Karabacak BG. The use of patient education roy adaptation model haemodialysis roy adaptasyon modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *Journal of Human Sciences*, 2014, 11: 209-220.
116. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 2018, 11: 93.
117. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2009, 11:41-52.
118. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007;8,47-50.
119. Ladwig GB, Ackley BJ, Makic MBF. Çeviri: Nermin GÜ, GP Berna, ER. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2019:800-890.
120. Danbolt LJ, Engedal LG, Hestad KA, Lien L. & Stifoss-Hanssen, H. *Religionspsykologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2014,1: 397-407.*
121. Coyle J. Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 37: 589-597.
122. Grant D. Spiritual interventions: How, when, and why nurses use them. *Holistic Nursing Practice*, 2004, 18: 36-41.

123. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 2004, 97: 1194-1201.
124. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*, 2002, 22: 128-135.
125. Lewis MM. Spirituality, counseling, and elderly: An introduction to the spiritual life review. *Journal of Adult Development*, 2001, 8: 231-240.
126. Musick MA, Traphagan JW, Koeing HG, Larson DB. Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 2000, 7: 73-86.
127. Como JM. Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nursing Practice*, 2007, 21: 224-236.
128. Ennis JR, Everol M, Kazer MW. The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. *Holistic Nursing Practice*, 2013, 27: 106-113.
129. Nikfarjam M, Solati K, Heidari-Soureshjani S, Safavi P, Zarean E, Fallah E, Goudarzi I. Effect of group religious intervention on spiritual health and reduction of symptoms in patients with anxiety. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2018, 2:10.
130. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67: 361-370.
131. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997, 8: 187-280.
132. Atak M. Maneviyat Psikolojisi, İstanbul, Kültür Elit Kitaplar,2016:75.
133. Ekşi H. Psikoterapi ve Psikolojik Danışmada Maneviyat, İstanbul, Kaknüs Yayınları,2017:40-60.

134. Ekşi H, Kaya Ç. Manevi Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Danışma, İstanbul, Kaknüs Yayınları, 2016:25-50.
135. Şirin T. Dini Danışma ve Rehberlik: İHSAN Modeli Manevî Danışmanlık, İstanbul, Mim Akademi Yayınları, 2014:30-70.
136. Musa AS, Pevalin D, J Al, Khalaileh MA. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 2018,36: 354-365.
137. Sadeghifar J, Mehrabian T. Prediction of depression, anxiety and stress based on spiritual components in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2017,4:45-51.
138. Naimi E, Eilami O, Babuei A, Rezaei K, Moslemirad M. The effect of religious intervention using prayer for quality of life and psychological status of patients with permanent pacemaker. *Journal of Religion and Health*, 2018: 1-8.
139. Tajbakhsh F, Hosseini M, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* , 2014, 1: 51-61.
140. Momeni T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients, anxiety, hospitalized in CCU: A clinical trial. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 2013, 6: 554-64.
141. Hosseini M, Salehi A, Fallahi Khoshknab M, Rokofian A, Davidson PM. The effect of a preoperative spiritual/religious intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Holistic Nursing*, 2013, 31: 164-172.

142. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. *Holistic Nursing Practice*, 2015, 29: 136-143.
143. Torabi F, Sajjadi M, Nourian M, Borumandnia N, Shirinabadi Farahani AS. The effects of spiritual care on anxiety in adolescents with cancer. *Supportive & Palliative Care in Cancer*, 2017, 1: 12-7.
144. Bolhari J, Naziri GH, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Journal of Women and Society*, 2012,3:85-116.
145. Rahnema P, Javidan AN, Saberi H, Montazeri A, Tavakkoli S, Pakpour AH. Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. *Spinal Cord*, 2015,53:870-874.
146. Sabry WM, Vohra A . Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian J Psychiatry*, 2013, 55: 205–214.
147. Aflakseir A, Coleman PG . Initial development of the Iranian religious coping scale. *J Muslim Ment Health*, 2011, 6: 44–61.
148. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*, 2016, 2:373–381.
149. Sharma P, Asthana HS, Gambhir IS, Ranjan JK. Death anxiety among elderly people: role of gender, spirituality and mental health. *Indian Journal of Gerontology*, 2019,33:240-254.
150. Ebrahimi A, Ghodrati F. Investigation of the effectiveness of some complementary medicine and techniques based on religious approach and islamic spirituality

therapy in reducing prenatal and delivery anxiety. *Women's Health Bulletin*, 2020,7:1-10.

151. Azimian J, Soleimany MA, Pahlevan Sharif S, Banihashemi H. The effect of spiritual care program on death anxiety of cardiac patients: A randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019,27:1-10.
152. Pramesona BA, Taneepanichskul S. The effect of religious intervention on depressive symptoms and quality of life among Indonesian elderly in nursing homes: A quasi-experimental study. *Clinical Interventions in Aging*, 2018, 13: 473.
153. Mohammadi SH. The effect of spirituality therapy on depression in elderly older women living in nursing homes. *Journal of Clinical Psychology*, 2013,12:72-82.
154. Musarezaie A, Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T. Does spiritual care program affect levels of depression in patients with Leukemia? A randomized clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 2014:3.
155. Shafiee Z, Zandiyeh Z, Moeini M, Gholami A. The effect of spiritual intervention on postmenopausal depression in women referred to urban healthcare centers in Isfahan: A double-blind clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*,2016:5.
156. Santos PR, Júnior JR, Cavalcante Filho J, Ferreira TP, Dos Santos Filho J, Da Silva Oliveira S. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 2017, 18: 197.
157. Akbarpour Mazandarani H, Asadzandi M, Saffari M, Khaghanizadeh MJ. Effect of spiritual care based on sound-heart consulting model (SHCM) on spiritual health of hemodialysis patients. *Critical Care Nursing*, 2017:10.



- 158.** Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2014, 19: 88.
- 159.** Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *Know Res Appl Psychol*, 2012, 13: 33-40.
- 160.** Puchalski C. In *The role of spirituality in health care*, Baylor University Medical Center Proceedings. Taylor & Francis, 2001: 352-357.

## EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	MUSTAFA DURMUŞ
<b>Doğum tarihi:</b>	15 Eylül 1984
<b>Doğum Yeri:</b>	Seyhan/Adana
<b>Medeni Hali:</b>	Evli
<b>Uyruğu:</b>	T.C.
<b>Adres:</b>	Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
<b>Tel:</b>	
<b>Faks:</b>	-
<b>E-mail:</b>	m.durmus@alparslan.edu.tr
Eğitim	
<b>Lise:</b>	Orhan Çobanoğlu Lisesi
<b>Lisans:</b>	Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Memurluğu
<b>Yüksek lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2016)
<b>Doktora:</b>	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı(2020)
Yabancı Dil Bilgisi	
<b>İngilizce:</b>	Orta, (YÖKDİL;77.50)
<b>Almanca:</b>	-
<b>Rusça:</b>	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Psikiyatri Hemşireliği ana bilim dalında Doktora Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ danışmanlığında sunulan “Manevi Danışmanlık Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	13	15
Genel Bilgiler	27	30
Materyal ve Metod	24	35
Bulgular	8	10
Tartışma	9	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 10.03./2020

**Mustafa DURMUŞ**

İmza

**Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ**

İmza

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/12/2018-E.15316



T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik



Sayı : 79236777-050.01.04  
Konu : Kurul Kararı

### SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun, 28/11/2018 tarihli ve 14 sayılı toplantısında alınan 3 numaralı kararı ile değerlendirme formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Yaşar KARADAĞ  
Rektör Yardımcısı


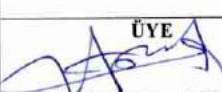
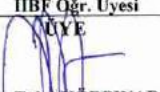





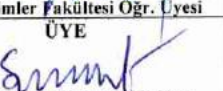
Ek:  
1- Kurul Kararı (1 sayfa)  
2- Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Adres: Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi 49250- MUŞ  
Telefon: (0436) 249 49 49 Faks: (0436) 249 10 22  
e-Posta: genel.sekreterlik@alparslan.edu.tr Elektronik  
Ağ: www.alparslan.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için iribat: Mehmet Fatih EKİN  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni  
Dahili No: (436) 249 49 49-1058

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 28/11/2018	Toplantı Sayısı: 14	Karar Sayısı: 4
<p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Prof. Dr. Cevad SELAM başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p><b>KARAR-3:</b> Genel Sekreterliğin 23/11/2018 tarihli ve E.14749 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Öğr. Gör. Mustafa DURMUŞ'un, "Manevi Danışmanlık Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Etkisi" başlıklı çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Rektörlük Makamına arz edilmesinin uygun olduğuna,</p> <p>Oy birliği ile karar verildi.</p>		
<b>BAŞKAN</b>  Prof. Dr. Cevad SELAM İİBF Öğr. Üyesi		
<b>ÜYE</b>  Prof. Dr. Harun POLAT Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b>  Doç. Dr. Talat KÖRPINAR Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b>  Doç. Dr. Hanifi KÖRKOCA Sağlık Yüksekokulu Öğr. Üyesi
<b>ÜYE</b>  Dr. Öğr. Üyesi Hasan TASALI Sağlık Yüksekokulu Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b>  Dr. Öğr. Üyesi Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b>  Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
<b>ÜYE</b>  Dr. Öğr. Üyesi Recep YILMAZ İİF Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b>  Dr. Öğr. Üyesi Sedat KARDAŞ Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi	

## EK-4. HASTANE İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/01/2019-13



T.C.  
MUŞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 61414002-805.02.02.02  
Konu : Uygulama İzni (Mustafa DURMUŞ)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi:a)Erzurum Atatürk Üniversitesininin 19/12/2018 tarihli ve 88179374-300-E-1800366957 sayılı yazınız.

b) Muş Alparslan Üniversitesi Rektörlüğünün 20/12/2018 tarih ve E.4035 sayılı yazınız.

Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden Mustafa DURMUŞ' un Erzurum Atatürk Üniversitesininin ilgi (b) sayılı yazısına ekli belgeleri ve dilekçesi ile "Manevi Danışmanlık Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Etkisi" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz servisinde 15 Ocak 2019-15 Ekim 2019 tarihleri arasında yapma talebi hakkında iznin verilip verilmeyeceği görüşümüzün tarafınıza bildirilmesi istenilmiştir.

Adı geçenin "Manevi Danışmanlık Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Etkisi" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz servisinde 15 Ocak 2019-15 Ekim 2019 tarihleri arasında yapma talebi hasta mahremiyeti ile bilgi gizliliğine uyulması kaydı ile Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Serdal TÜRKOĞLU  
İl Sağlık Müdürü

Ek:  
Dilekçe  
Belge ( 10 Adet)

Dağıtım:  
Gereği:  
Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü  
Muş Devlet Hastanesi

Bilgi:  
Muş Alparslan Üniversitesi Rektörlüğü

Murat Paşa Mahallesi Eski Cezaevi Caddesi Merkez MUŞ  
Faks No:04362122068

e-Posta:muhitin.akcil@saglik.gov.tr Int.Adresi: Muş İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlığı /49100/ Merkez /MUŞ  
İrtibat: Muhittin AKÇİL

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 47905601-fa2e-4a01-8a43-a2ed8a198a0f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Muhittin AKÇİL  
Unvan:UZMAN

Telefon No:04362123278

## EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Maneviyatı güçlendirme eğitiminin HD tedavisi alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini ve hastaların emosyonel durumunun değişimini incelemek amacıyla kontrol gruplu, ön test-son test, 3. ay izlem ölçümlü randomize-kontrollü araştırma deseni uygulanarak incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma Kişisel Bilgi Formu ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) formlarını cevaplandırmanız beklenmektedir. Anket sorularını doldurmanız yaklaşık 10- 15 dakikanızı alacağı tahmin edilmektedir. Araştırma boyunca literatür desteği ile oluşturulmuş maneviyatı güçlendirme temelli 16 oturumdan (her oturum 20-30, dk 2 gün/hafta) oluşan bireysel eğitime katılmanız istenecektir. Araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Elde edilen veriler gizli tutulacak ve başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız sizin için herhangi bir risk oluşturmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Araştırma başladıktan sonra devam etmek istemediğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz sonuçla karşı karşıya kalmayacağınızı teyit ederiz. Yapılacak araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiç bir kurum ve ya kuruluşa ödetilmeyecektir. Çalışmayı destekleyen kurum yoktur. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışma kar amacı gütmeyen bilimsel bir araştırmadır. Sonucunda kurum ve ya yürütücüler maddi kazanç sağlamayacaktır. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no): Velayet veya vesayet altında bulunanlar için

Veli Adı – Soyadı:

İmzası: Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı : Öğr. Gör. Mustafa DURMUŞ

İmzası:

İletişim No: 04362494949 Dahili:2187

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

## EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

### Değerli Katılımcı,

Bu anket bilimsel bir araştırmada kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla değerli görüşlerinize başvurulacaktır. Araştırmanın doğru sonuçları yansıtması, sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplara bağlı olacaktır. Vereceğiniz cevaplar, bu araştırma dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya göstereceğiniz ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

**Öğr. Gör. Mustafa DURMUŞ**

### Sosyo-Demografik Form

Hastanın Soyadı:

Tarih:

Anket no:

#### 1. Yaşınız?

a) 18-30 yaş b) 31-45 yaş c) 46-64 yaş d) 65 ve üzeri yaş

#### 2. Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

#### 3. Medeni haliniz?

a) Evli b) Bekar

#### 4. Çocuğunuz var mı?

a) Evet b) Hayır

#### 5. Eğitim düzeyiniz?

a) Okur-yazar b) İlkokul mezunu c) Lise mezunu

mezunu

#### 6. Ne iş yapıyorsunuz?

a) Çalışmıyor b) Serbest meslek c) Emekli

#### 7. Gelir durumunuz nasıl?

a) İyi b) Orta c) Kötü

#### 8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Eşim veya çocuklarım b) Annem veya babam c) Diğer



**9. Bakımınıza destek olan kişiler var mı?**

a) Evet b) Hayır

**10- Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)**

a) Eş b) Çocuklar c) Anne ya da baba

**11- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler hangi açılardan sizi destekliyor?**

(Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Fiziksel açıdan b) Ekonomik açıdan c) Ruhsal açıdan

**12- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar süre sonra hemodiyaliz tedavisine başladınız?**

a) İlk 1 ay içinde b) 1. aydan sonra

**13- Sizin dışınızda ailenizde hemodiyaliz tedavisi gören birey oldu mu?**

a) Evet b) Hayır

**14- Hemodiyaliz tedavi süreniz nedir?**

a) 6 ay-2 yıl b) 3-5 yıl c) 6-8 yıl d) 9 yıl ve üzeri

**16- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?**

a) Evet b) Hayır

**17- Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?**

a) Hipertansiyon b) Kalp sorunları c) Diğer d) Diyabet Hipertansiyon

**18- Hemodiyaliz ile ilgili bilgi aldınız mı?**

a) Evet b) Hayır

**19- Bilgiyi kimden aldınız?**

a) Doktor b) Hemşire c) Diğer

## EK-7. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Kontrol/ Deney No: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve geçen haftayı göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç de öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

**9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebilirim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak**

**zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

**6) Kendimi neşeli hissediyorum.**

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

**14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

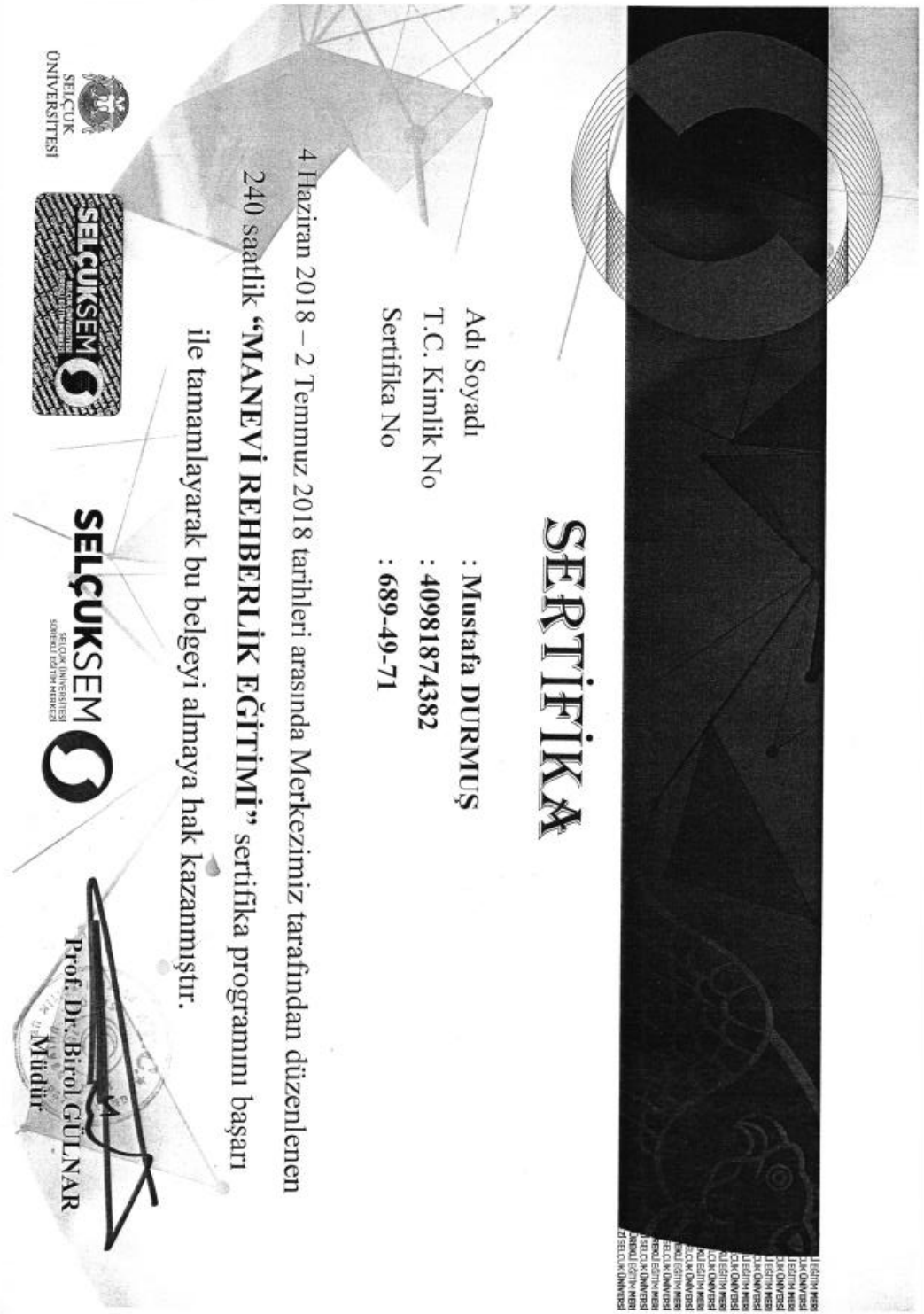
Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

## EK-8. MANEVİ REHBERLİK EĞİTİMİ SERTİFİKASI



The certificate is titled "SERTİFİKA" in large, bold, black letters. It is issued to "Mustafa DURMUŞ" for completing a 240-hour "MANEVİ REHBERLİK EĞİTİMİ" program. The program was held from June 4 to July 2, 2018, at the center of Selçuk University. The certificate is signed by Prof. Dr. Birol GÜLNAR, the Dean of the Faculty of Theology. The Selçuk University logo and name are visible in the top left and bottom right corners. The background features a stylized geometric design of a dome or tent structure.

**SERTİFİKA**

Adı Soyadı : Mustafa DURMUŞ  
T.C. Kimlik No : 40981874382  
Sertifika No : 689-49-71

4 Haziran 2018 – 2 Temmuz 2018 tarihleri arasında Merkezimiz tarafından düzenlenen  
240 saatlik **“MANEVİ REHBERLİK EĞİTİMİ”** sertifika programını başarı  
ile tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

**SELÇUK**  
UNİVERSİTESİ

**SELÇUKSEM**  
SELCUK UNİVERSİTESİ  
SÖNMEZ EĞİTİM MERKEZİ

Prof. Dr. Birol GÜLNAR  
Müdür

## EK-9. EĞİTİM KİTAPÇIĞI

### MANEVİYATI GÜÇLENDİRME EĞİTİMİ



MANEVİYATINI GÜÇLENDİRİRSEN DUYGULARINI  
GÜÇLENDİRİRSİN

### HAZIRLAYANLAR

Öğretim Görevlisi Mustafa DURMUŞ

Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri

Hemşireliği Ana Bilim Dalı

2019

# EK-10. MANEVİYATI GÜÇLENDİRME PROGRAMI EĞİTİM İÇERİĞİ

## 1. OTURUM: HAZIRLIK OTURUMU

**Amaç:** Tanışma, maneviyatı güçlendirme programı konusunda hastayı bilgilendirme, oturum kurallarını belirleme, hastanın maneviyatı güçlendirme programı ile ilgili beklentilerini ifade etmesi.

### Oturum İçeriği ve İşlevi

#### ✚ Tanışma

#### ✚ Eğitici tarafından çalışmanın amacı, süresi ve eğitim konuları hakkında bilgi verilmesi

- Maneviyatı güçlendirme programının amacı, sizlerin yaşama daha olumlu bir ruh hali ile bakmanızı sağlamaktır. Yaşam kalitenizi artırmak ve olumsuz duygulardan kendinizi önlemektir.
- Program 8 hafta boyunca haftada 2 defa olmak üzere 16 oturumdan oluşmaktadır. Her oturum yaklaşık 20-30 dakika sürmektedir.

✚ Maneviyatı güçlendirme programının içerisinde; yaşamın anlam ve amacını, insanın kendisini tanıması, varoluş amacını bilmesi, sabır, şükür, tefekkür, bağışlayıcılık, konuşma, tövbe ve dua etme ve ibadetler gibi maneviyatın güçlendirilmesinde etkili olan konular yer almaktadır.

#### **Bireysel görüşme kurallarının belirlenmesi**

Katılımcının oturumun güven ve saygı içerisinde geçmesi için uygulanabilecek kurallar konusunda fikri alındı. Etkili bir bireysel eğitim için katılımcının önerdiği görüşme kuralları içerisinde mutlaka bulunması gereken belirli kurallar vardır.

**Gizlilik:** Eğitimde öğrendiğiniz bilgileri ya da oturumlara ilişkin duygu ve düşüncelerinizi oturum dışındaki kişilerle paylaşmak sizin kendi kişisel tercihinizdir.

**Farklı görüşlere saygı duymak:** Diğer bireyler ile aynı düşüncede olmadığınızı belirtmenizin herhangi bir sakıncası bulunmamaktadır. Ancak bunu karşımızdaki kişiyi incitmeden ve kişiselleştirmeden yapmanız gerekmektedir.

**Birbirimizi dinlemek:** Oturumların etkili olabilmesi için birbirimizin sözünü kesmemeliyiz.

**Tüm oturumlara katılmak:** Maneviyatı güçlendirme programı birbirini tamamlayan ve devamı niteliğinde olan oturumları içerdiğinden tüm oturumlara eksiksiz katılmanız çok önemlidir. Herhangi bir oturumda kaçıracağınız bir konu diğer oturumlardaki öğrenmenizi de etkileyebilmektedir.

✚ **Katılımcının oturum dışındaki bireylere görüşmeye dair duygu ve düşüncelerini paylaşması**

✚ **Oturumun özetlenmesi**

## **2. OTURUM: İNSANIN DOĞASINA BAKIŞ**

**Amaç:** Katılımcının; kendi niteliğini ve yaratılışını, öz yapısını, evrenin niteliğini ve öz yapısını, kendisi ile evren arasındaki ilişkinin niteliğini açıklamak ve farkındalık oluşturmak.

### **Oturum İçeriği ve İşlevişi**

✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

Araştırmacı tarafından önceki oturumda bahsedilen konuların hatırlatılması ve oturumlar arası ilişki kurulması amacıyla bir önceki oturum özetlendi. Katılımcıdan sonraki oturumlarda özetlemenin oturuma daha aktif katılımlarını sağlamak için kendisinden isteneceği belirtildi.

✚ **İnsanın doğası ve önemi konusunda katılımcının fikrinin alınması**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

İnsan, bedensel ve ruhsal ihtiyaçları olan bir varlıktır. Bedensel ihtiyaçlar yeme, içme, uyuma, barınma vs. gibi ihtiyaçlardır ve maddi olarak doyurulabilmeleri mümkündür. Ruhsal ihtiyaçlar sevme, sevilme, değer görme gibi manevi olarak doyurulması gereken ve doyurulmadığı takdirde insanın psikolojisini tahrip eden ve ruhsal yıkıma neden olan ihtiyaçlardır.

Sevgi duygusu Allah'ın en büyük nimetlerinden biridir. Allah bütün kullarına karşı sonsuz sevgi ve merhamet sahibidir. Allah'ın kullarını yaratmasındaki hikmetlerden birinin de kuluna duyduğu sevgidir. Kur'an-ı Kerim'deki "Allah onları sever, onlar da Allah'ı severler!" (Mâide, 5 /54) ayeti izah edilmiştir.

".. Allah imanınızı boşa çıkaracak değildir. Şüphesiz Allah insanlara çok şefkatli ve çok merhametlidir." (Bakara, 2/143)

İnsan yaratılmışlar içerisinde en değerli varlıktır, Allah'ı tanımaya ve O'na inanmaya elverişli bir yapıdadır. "Biz insanı en güzel biçimde yarattık" (Tîn, 95/4) ayeti kerimesiyle insana verilen bu değerin ve güzelliğini ortaya konmuştur.

Allah'a Karşı Sorumluklarımız: Allah yaratan, insan ise yaratılmıştır. İnsan her durumda Allah'a muhtaçtır. Sahip olduğu her şeyi Allah insana bahşetmiştir. O yüzden insan Allah'a karşı sürekli hamd ve şükür halinde olmalı, Allah'ın dinini yüceltmek için çalışmalıdır.

İnsanlara Karşı Sorumluluklarımız: Müslüman, diğer insanlara karşı hoşgrl, güler yüzlü, yardımsever olmalı; iyi ve kötü günlerinde diğer insanların yanında bulunmalı, 'M'minler ancak kardeştir' (Hucurât, 49/10) ilahi buyruğu gereği toplumumuzda kardeşlik bağlarını güçlendirici faaliyetler yapmalıdır.

### **Olumsuz duyguların belirtilerini tanıma**

- Mutsuzluk, aresizlik, karamsarlık duyguları,
- Yaşama isteğinde azalma,
- Çevreye ilgide azalma,
- Hayal ve arzu etmede azalma,



- Amaç edinme ve planlar yapmada sorunlar yaşama,
- Geleceğe yönelik belirsizlik ve kaygı yaşama,
- İsteklere ulaşmak ve sorunları çözmek için kendini enerjisiz hissetme,
- Sosyal çevreden uzaklaşma gibi belirtiler görülebilmektedir.

### **Hastalığa uyumda maneviyatın etkisi**

İbn Haldun' un ifadesi ile “insan sosyal bir varlıktır.” Sosyal varlık olan insanın bireysel, ailevi, çevresel sosyal ve manevi olarak birçok ihtiyaçları bulunmaktadır. İnsanların bu temel ihtiyaçları ABD'li psikolog Abraham Maslow tarafından 1943 yılında şu şekilde kategorize edilmektedir:

Fizyolojik ihtiyaçlar, (bedensel anlamda insanın ihtiyaç duyduğu nefes alıp verme, besin, su, cinsellik, uyku, denge, boşaltım vs.)

Güvenlik ihtiyacı, (vücut, iş, kaynak, etik, aile, sağlık, mülkiyet güvenliği)

Ait olma ve sevgi ihtiyacı, (arkadaşlık, aile, cinsel yakınlık)

Değer ihtiyaçları, (kendine saygı, güven, başarı, diğerlerinin saygısı, başkalarına saygı)

Kendini gerçekleştirme ihtiyacı, (erdem, yaratıcılık, doğallık, problem çözme, önyargısız olma, gerçeklerin kabulü)

Maneviyat sağlıklı olmak için gereken önemli bir faktördür. Maneviyat hastalık durumlarında iyileşme süresini uzatır ve hastalıkla mücadeleyi güçleştirir.

Maneviyat, umutsuzluğa kapılmamayı, acı verici yaşantılara karşı koymayı ve iyileşmek için gereksinim duyulan enerjiyi harekete geçirmeyi sağlar.

### **🚦 Oturumun özetlenmesi**

## **3. OTURUM: ÜMİT KAVRAMI**

**Amaç:** Ümit kavramını ve mahiyetini açıklamak, bireyin elde edebileceği kazanımları izah etmek ve farkındalık oluşturmak.

## Oturum İçeriği ve İşlevişi

✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

✚ Oturum gündeminin paylaşılması

Kişiye yaşama sevinci ve harekete geçme enerjisi veren, güç uyandıran, mutlu eden ve ümit veren her şey kişinin ümit kaynaklarını oluşturur. Ümit kaynakları kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Bazı zamanlar bireyler yaşamlarının içerisinde ki ümit kaynaklarını unuturlar ve ümitsizliğe kapılırlar. Bu kaynakların hatırlanması ve farkında olunması ümitsizliğin önüne geçilmesini sağlar ve kişiye ümit verir.

“Şüphesiz, Rabbin sana verecek, sen de hoşnut olacaksın.” (Duha, 93/5)

- Peygamberimize verilen müjde yüreklere su serper. Daraldığımız ve sıkıldığımız zamanlarda Rabbimize dua ederiz.
- “Allah’ın rahmetinden ümidinizi kesmeyin. Şüphesiz ki Allah bütün günahları affeder, çünkü O çok bağışlayıcı ve pek merhametlidir.” (Zümer, 39/ 53)

✚ Hastanın ümit kavramı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılması istendi.

✚ Oturumun özetlenmesi

## 4. OTURUM: ŞÜKÜR KAVRAMI

**Amaç:** Şükür kavramını açıklamak; kanaat ve teşekkür boyutlarını izah etmek ve şükürün kalp, dil ve beden gibi farklı boyutlarla ifade edilebilir olduğunu vurgulamak ve farkındalık oluşturmak.

## Oturum İçeriği ve İşlevişi

✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

Sözlükte “yapılan iyiliği bilmek ve onu yaymak, iyilik edeni iyiliğiyle övmek; minnettarlık” anlamındaki şükür terim olarak “Allah’ tan veya insanlardan gelen nimet ve iyilikten dolayı minnettarlığını ifade etme, nimete söz ve fiille mukabelede

bulunma, Allah' a itaat edip günah işlemekten uzak durmak suretiyle nimetin gereğini yapma” şeklinde tanımlanmıştır

“Şükür” kavramı hamd, kanaat ve teşekkür kavramlarıyla ilişkilidir. Şükür kulluk ve insanlık vazifesidir. “Hamd, bütün nimetleri Allah'ın yarattığına ve gönderdiğine inanıp dille söylemek demektir. Şükür ise bütün nimetleri İslamiyet'e uygun olarak kullanmak demektir. Bir hamd ifadesi olarak “Elhamdülillah” demek sünnettir.

“Ve Allah sizi annelerinizin karınlarından hiçbir şey bilmez bir halde çıkardı; öyle iken size işitme, gözler, kalpler verdi ki şükredesiniz.” (Nahl, 16 /78)

Burada Hz. Ömer'in musibetler karşısındaki tutumu ile ilgili ifadelerine göz atmakta fayda vardır: “Belayı Cenabı Hak göndermiştir. Belayı sevgili gönderdiği için, tatlı olur. Allah'a bundan daha büyük bir bela göndermediği için şükrederim. Bir belaya karşılık ahirette çok nimetler ihsan eder. Dünya belaları az, ahiretin nimetleri ise sonsuz olduğundan, gelen belalara sevinirim”

Bedene ve dünyaya ait sıkıntılar, gerçek (manevi) anlamda bir bela değildir. Din, iman ve ahiret ile ilgili olmayan ama bedene veya mala gelen zararlar, şükre vesile olmalıdır. Evine hırsız giren bir kişi hırsızın evindeki eşyasını çalmasına üzülmekten ziyade, insanın kalbine girip de imanını çalmadığı için haline şükretmelidir. İnsanın bedeni tamamen felç olabilir, fakat ahiretini kurtaracak akli ve kalbi sağlam ise, Allah'a şükretmelidir. Nitekim aslolan geçici ve fani dünya hayatı değil, ebedi olan ahiret hayatıdır. Buna rağmen insanın başına dünyevi sıkıntıların gelmesi istenmez, ama geldiği zaman da kader noktasından bakıp, onu ahirette kazanca çevirebilecek bir hale getirmek için şükretmelidir.

Dünya ahiretin tarlası olması hasebiyle, dünyada karşı karşıya kalınan bütün bela ve musibetlere sabır karşılığında ahirette mükafatı verilecektir. Dolayısıyla dünyada çekilen eza ve cefalar ahiretteki cezaların ortadan kalkmasına vesile olduğundan dolayı

hale şükretmek gerekir. Dünyaya ve bedene ait bela ve musibetler, ahiret sevabına imkan hazırlamış olmaktadır. Nitekim Hz. Peygamber'in ifadesinden anlaşılmaktadır ki, "Allah bela ve musibetleri en çok sevdiği kullarına verir" Allah burada çok sevdiği için bela ve musibetleri vermemekte, fakat verilen bela ve musibetlere sabır ve şükür etmeleri hasebiyle sevdiklerini ahirette daha büyük makamlara çıkarmaktadır.

✚ **Hastanın şükür kavramı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılması istendi.**

✚ **Oturumun özetlenmesi**

## 5. OTURUM: SABR KAVRAMI

**Amaç:** Sabr kavramını açıklamak; sabrın anlamını, mahiyetini ve temel amacını açıklamak ve bireyde bir farkındalık oluşturmak.

### Oturum İçeriği ve İşleyişi

✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Sabr kavramı bir şeyi beklerken mevcut koşullara dayanabilme, kendini tutma, beklerken olumsuz düşünmeme ve dayanma gücüdür. Sabr çalışkanlık, gayretlilik, kararlılık, tevekkül, metanet, istikrar, umut, azim, sebat, çaba, itaat gibi kavramlarla ilgilidir. Genellikle beklenen bir durum karşısında dayanıklı, mütevazı ve gayretli olmaktır. Hz. Eyyub'un hayatı, sabrın en önemli örneğidir.

Önce yaşanan sıkıntı ve zorluklar karşısında olayı ve sorunları doğru bir şekilde tanımlama, sabrın (bilişsel yönü), ikinci olarak olayın sarsıcı etkileri karşısında dayanma gücü oluşturma (duygusal yönü), son olarak ta sorunları aşacak şekilde çözüm üretme ve gerçekleştirme (davranışsal yönünü) ortaya koyacak şekilde uygulayabilirler. Çünkü sabır, öncelikle yaşanan olumsuz durum ve şartların hemen akabinde olayı doğru ve net kavrayacak şekilde ilk adımı atmaya başlar. Durumu doğru ve sağlıklı, soğukkanlı bir

şekilde tanımladıktan sonra oluşabilecek duygusal sarsılmaları aşma ve direnme gücü kazanılabilir ve sakin, serinkanlı, duygusal bir durum yaşanabilir. Üçüncü olarak da, yaşanan sıkıntıları aşacak şekilde ne yapacağını belirleme ve bazı uygulanabilecek çözümler üretmek zorluklar aşmaya çalışılır.

## **Oturumun özetlenmesi**

### **6. OTURUM: SABR KAVRAMI**

**Amaç:** Sabrın rahatlatıcı, iyileştirici yönlerini vurgulamak ve bireyde bir farkındalık oluşturmak.

#### **Oturum İçeriği ve İşleyişi**

##### **✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

Sabır yoluyla manevi destek sağlamanın en temel delili de Yüce Allah'ın: "Sabır ile Allah'tan yardım dileyin" (Bakara, 2/156) ifadesidir. Sabır, daha önceki konularımızda ifade edildiği üzere, sosyal hayatta ve beşeri ilişkilerde doğabilecek pek çok olumsuzluğa ve acıya katlanma, insanın kendi gücü ve iradesi dışında maddi ve manevi yönleriyle değişik şekillerde ortaya çıkan sıkıntı, bela, musibet ölüm, hastalık engellilik, doğal afet, ekonomik kriz vb. zorluklara karşı heyecana kapılmadan, tedirgin olmadan, fevri hareketlerde bulunmadan, paniğe kapılmadan ve şikayet etmeden soğukkanlılıkla dayanma gücünü oluşturmaktır.

Dolayısıyla Kur'an'daki anlamı ile sabır, girişilen doğru, hayırlı bir çabada insanın karşılaşabileceği zorluklara ve olumsuzluklara karşı dayanıklı olmayı, direnmeyi, metaneti ve cesareti ifade etmektedir. Halk arasında başa gelen olumsuzluklara karşı koyamama, baskıya boyun eğme, yoksunluğu olumlama ve hayata dair iddialardan vazgeçmenin ifadesi olarak bir anlamda, "elimden bir şey gelmiyor ne yapayım yapacak bir şeyim yok" şeklinde ifade edilen öğrenilmiş acizlik davranışı gibi algılanan bir kavram değildir sabır.

Sabır kavramı bir şeyi beklerken mevcut koşullara dayanabilme, kendini tutma, Sabretmek umutsuzluğa düşmeden direnç göstermek ve başına gelene razı olmak, yarına umutla bakmak, gücünün yettiği yere kadar mücadele etmeye devam etmektir. Elinden geleni yaptıktan sonra neticesini Allah'a bırakmak ise tevekkül etmek demektir, Allah sabredenleri ve tevekkül edenleri sevdiği kuranda açıklanmıştır.

Sabredenlere, mükâfatları hesapsız verilecektir.” (Zümer, 39/10)

”Resûlullah sallallahu aleyhi ve sellem şöyle buyurdu:“Mü'minin durumu gıpta ve hayranlığa değer. Çünkü her hâli kendisi için bir hayr sebebidir. Böylesi bir özellik sadece mü'minde vardır: Sevinecek olsa, şükreder; bu onun için hayr olur. Başına bir belâ gelecek olsa, sabreder; bu da onun için hayr olur.”

✚ **Hastanın sabır kavramı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılması istendi.**

✚ **Oturumun özetlenmesi**

## 7. OTURUM: TEFEKKÜR KAVRAMI

**Amaç:** Tefekkür kavramını açıklamak; tefekkürün rehberlik edici, rahatlatıcı, huzura kavuşturucu, yönünü izah etmek ve bireyde bir farkındalık oluşturmak.

### Oturum İçeriği ve İşleyişi

✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Tefekkür; derinliğine düşünmek, inceden inceye fikretmek, akıl erdirmek, fikir yürütmek, fikir üretmek, olayların hikmetini kavramak için çaba sarf etmek manalarına gelir.

Onlar ki; ayaktayken, otururken ve uyumak için uzandıklarında Allah'ı anar, göklerin ve yerin yaratılışı üzerine tefekkür ederler: "Rabbimiz! Bütün bunları anlamsız ve amaçsız yaratmadın! Yücelikte eşsizsin! Bizi ateşin azabından koru!" (Âli İmran, 3/191)

Allah (c.c), bir âyette şöyle buyurmaktadır. “Görmediler mi ki biz onlar için, ellerimizin (kudretimizin) eseri olan hayvanlar yarattık da onlar bu hayvanlara sahip

oluyorlar.”( Yâsîn, 36/71)

Özellikle süt veren deve, inek, keçi ve koyun cinsine bir bakın. Süt nasıl meydana geliyor? Süt, kanla hayvanın karnında olan şeyler arasından çıktığı halde kanın renginden ve kokusundan asla eser görülmeyerek berrak, halis ve içenlere hazmı gâyet kolay ve boğazdan geçmesinde asla güçlük oluşturmeyen bir besin çeşididir. Kan ve tortunun renginden ve kokusundan hiçbir eser olmaması beşerin idrakinden aciz olduğu ve düşündükçe hayret edeceği bir örneklerdendir.

Düşünmek, akletmek anlamına gelen tefekkür, akıl sahibi insanların Allah, kainat, insan, alem-insan ilişkisi, Allah- insan ilişkisi, yaratılma vb. gibi konular üzerinde bir zihin hareketliliğini sağlama eylemidir.

Düşünmenin konusu ise başta bizatihi Kur'an'ın mesajı olmak üzere bu mesajın aydınlatıcı ve yol gösterici ışığı altında Allah-âlem, âlem-insan, Allah-insan, insan-insan ilişkisidir. Kur'an'ın, kainatı ve insanı belli bir yaratılış sürecinde ve süreklilik arz eden ilahi yasalar çerçevesinde anlamlandıran, insanı var oluşun ilahi kanunlarına paralel olarak doğru bilgi ve doğru eylemin gereklerine uygun şekilde yönlendiren ayetleri, düşünmenin konusunu kendiliğinden belirlemektedir.

- ✚ **Hastanın tefekkür kavramı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılması istendi.**
- ✚ **Oturumun özetlenmesi**

## **8. OTURUM: TEFEKKÜR KAVRAMI**

**Amaç:** Tefekkür bağlamında bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını denetleyebilmesini sağlamak ve bireyde bir farkındalık oluşturmak

### **Oturum İçeriği ve İşleyişi**

- ✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- ✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Tefekkür ile manevi destek, musibetlerle karşı karşıya kalan bireyin tefekkür dünyasına dalarak, kim olduğunu, niçin dünyaya gönderildiğini, kimin onu dünyaya gönderdiğini ve niçin gönderdiğini, hayatın anlam ve amacının ne olduğunu sorgulayacak tarzda bir tefekkür dünyasına dalması karşılaştığı sıkıntıların azalmasına imkan hazırlamış olacaktır. Tevekkül ve teslimiyet ile manevi destek, Allah'a tevekkül edip gelen her türlü musibet ve sıkıntının Allah'tan geldiğini bilerek ona teslim olmak manen güçlü olmayı sağlayan temel unsurlardandır. Kur'an'ın ifadesi ile akıl sahipleri için önemli görevlerden biri, Yüce Allah'ın kitabını okumak, yine O'nun yarattığı kainat kitabını gözlemleyerek okumak ve bu kainata en şerefli varlık olarak gönderilen insan kitabını okumak. Tüm bu okumaların neticesinde şu soruların cevabını bulmak elbette önem arz edecektir:

Ben kimim? Nereden geldim, Nereye gidiyorum? Beni yaratan kimdir? Niçin yaratmıştır? Hayatımın anlam ve amacı nedir? Hayattaki temel misyonum nedir ve ne olmalıdır? Başıma gelen bu musibetler, sıkıntılar niçin benim başıma gelmiştir? Ölüm nedir? Öldükten sonra yok mu olacağım, yoksa tekrar dirilecek miyim? Tekrar dirileceksem akibetim ne olacaktır?

Bu zihni egzersizler insanı içinde bulunduğu olumsuz atmosferden çıkararak rahatlamasını sağlayan manevi destek mekanizmalarındandır.

İnanan birey hastalık gerçeği ile karşı karşıya kaldığında ilk yapması gereken "O kimseler ki, başlarına bir musibet geldiğinde "Biz Allah'tan geldik, dönüşümüz de ancak Onadır" derler (Bakara Sûresi, 2:156) ayetinde ifade edildiği üzere başlarına gelen hastalığın Allah'tan geldiğini kabul etmelidirler. Yukarıda belirtilen ayet, her Müslümanın karşılaştığı sıkıntılarda okuması gereken bir ayet olup, aynı zamanda da müslümanlar açısından da manevi destek unsuru olan bir ayettir. Karşılaşılan bela ve musibetlerin



Allah'tan geldiğini kabul edip O'na dayanmak ve O'na teslim olmak insanları rahatlatan temel manevi destek unsurlarındandır.

#### ✚ Oturumun özetlenmesi

### 9. OTURUM: OLUMLU DİNİ BAŞAÇIKABİLME

**Amaç:** Katılımcının değerlerine ilişkin kişisel yargılarını olumlu yönde değiştirmek ve kendine saygı duymanın önemi konusunda farkındalık oluşturmak.

#### Oturum İçeriği ve İşlevi

#### ✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

#### ✚ Oturum gündeminin paylaşılması

Birey acı veren bir tecrübe yaşadığında, kontrol edemediği olaylarla karşılaştığında, kendinden öte bir güce bağlanma arzusu içinde olduğunda ya da sadece kişisel gelişimini desteklemek amacıyla dine başvurabilir. Başa gelenleri anlamlandırma sürecinde hayra yorma, bireylerin düşünme biçimlerine etki ederek yaşam doyumlarını artırmaktadır. Nitekim hayra yorma ve hayat memnuniyeti arasında pozitif; kişilerarası dini hoşnutsuzluk ve manevi hoşnutsuzluk ile hayat memnuniyeti arasında negatif bir ilişki vardır. Bunların yanı sıra sıkıntı yaratan durumun başa gelen bir uğursuzluk olduğunu düşünerek „Uğursuzluğa Yorma“ ve Allah'ın yaşanan olaylara gücünün kudretinin yetmediğini düşünme gibi „Allah'ın gücüne Yeniden Değer Biçme“ şeklinde olumsuz başa çıkma tarzları da mevcuttur.

Görme engelli Yakup için görme engelli olması tamamen ilahi takdirdir. "Cenabı Hakkın takdiri olduğuna inanıyorum. Mesela arkadaşım attığı taş bu son kez bunu da atayım ondan sonra gidelim artık dedi. Son attığı taş geldi gözüme değdi, bir kastı yoktu. O taş gözüme değmeye bilirdi. Tek gözü sakat olan insan var ama öbür gözü sağlam kalıyor benim öbür gözümün de gitmesi tamamen takdir." (Yakup,56) Ayrıca Yakup'a

göre dünyanın en sağlık en başarılı, en zengin insanı da olsa yaşam 70-80 bilemedim 90 yılı.

#### **✚ Oturumun özetlenmesi**

### **10. OTURUM: OLUMSUZ DİNİ BAŞA ÇIKABİLME**

**Amaç:** Katılımcının hastalığın neden olabileceği olumsuz duyguların farkında olmalarını sağlayarak, hastalık sürecini yönetmelerini desteklemek

#### **Oturum İçeriği ve İşleyişi**

#### **✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

#### **✚ Oturum gündeminin paylaşılması**

Baş çıkmanın bir diğer yöntemi ya da çeşidi ise dini başa çıkmadır. Pek çok kişi, problemlerle baş etme gücünü artırmak, var olan sorunlarının üstesinden gelmek için manevî çaba göstermekte, dinî ve kültürel değerler ile destek arayışına girmektedirler. Hayatında güçlüklerle karşılaştıklarında insanlar anlamı koruma, kontrolü kaybetmeme adına dini inanç, eylem ve ahlaki tavırları kapsayan birtakım dinî başa çıkma davranışlarına müracaat etmektedirler. Böylece üzüntülerini, umutsuzluklarını, hayal kırıklarını yenmekte ve hayat memnuniyetini artırmak için çabalamaktadırlar.

Böylece insanların farklı yönelim sistemlerine sahip oldukları ve olayları farklı şekilde karşılayan davranışlar sergiledikleri vurgulanmaktadır. Her insan olayları kendi anlam süzgecinden geçirmekte, yönelim sistemine göre başa çıkma sürecini başlatmakta ve böylece kendi başa çıkma metotlarına müracaat etmektedir. Örneğin, iyimserlik bir yönelim sistemi olarak kabul edildiğinde, ölümcül bir hastalıkla mücadele eden kişinin hastalığı kabullenmesi ve kendisine iyileşeceğine dair telkinlerde bulunması ve dua etmesi onun başa çıkma davranışı olmaktadır.

Birey kendini yanlış yönlendirmeler içerisinde bulabilir ve yanlış sonuçlara ulaşabilir. Kendini feda etmeye, kendini dine adamaya karar verebilir ya da tam aksine kendini ve

dünyayı önceleyebilir ve kutsayabilir ya da bir tür dinsel ilgisizlik/duyarsızlık (*apathy*) içerisine girebilir. Bununla birlikte bireyler bu süreçte yanlış yöntemler seçebilir. Pasif bir dinselliğe bürünerek kendini geri çekip her şeyi Yaratıcı'dan bekleyebilir. Cezalandırıcı bir Yaratıcı tasavvuru ile kendisinin günahlarından dolayı cezalandırıldığını düşünebileceği gibi başkalarının Yaratıcı tarafından cezalandırılması için dua da edebilir. Kin ve intikamının Yaratıcı tarafından alınacağına, gerçek günahkârların cezasını bulacağına inanabilir ve bu yönde dua edebilir ya da bir tür dinsel inkâra müracaat edebilir. Olayları dinsel açıklamalarla inkâr etme yoluna giderek kendisinin korunduğu kanısına varabilir. “Üzülmiyorum çünkü bu beni Yaratıcı'ya yaklaştırdı”, “kötü hissetmiyorum çünkü inancım her şeyde bir hayır olduğunu bana öğretti”, “kaygılanmıyorum çünkü Yaratıcı'nın bir planı vardır ya da Yaratıcı'nın isteği bu yöndedir” gibi yargılara varabilir. Dahası birey dini başa çıkma sürecinde uyum sorunları yaşayabilir. Kendisine ya da çevresine yönelik dinsel çatışmalar yaşayabilir. Yaratıcı'nın ona adaletsiz davrandığını düşünebilir, Ona kızabilir, Yaratıcı'nın varlığını sorgulayabilir, inancı hakkında şüpheye düşebilir. Dinsel konuşmalara karşı duruş sergileyebilir. Din adamlarına tavır takınabilir.

#### **✚ Oturumun özetlenmesi**

### **11. OTURUM: AFFETME KAVRAMI**

**Amaç:** Affetme kavramını açıklamak; affetmenin anlamını, mahiyetini ve temel amacını açıklamak ve farkındalık oluşturmak.

#### **Oturum İçeriği ve İşleyişi**

- ✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- ✚ Affetmenin önemi konusunda katılımcının duygu ve düşüncelerinin alınması**
- ✚ Oturum gündeminin paylaşılması**

Duygu dönüşümleri bireyin davranışlarına da yansımaktadır. Bunun aksine birey partnerini kendi içinde affetmeyip dışarıdaki davranışlarında affetmiş gibi yaparsa bu da eksik affetme tanımına girer. Affetme duygu, düşünce ve davranış ilişkilerinden oluştuğu için duygu ve düşünce olarak affetmenin gerçekleşmemesinden dolayı tam olarak affetme olmamıştır. Affetme tam olarak oluşmamıştır. Eğer birey kendi içerisinde kişiyi affetmiş ve bunun sonucunu ilişkisine yansıtmıyorsa bu da sessiz affetme sürecine girer. Affetmenin duygu, düşünce ve davranış boyutlarından oluşmaktadır ve bu boyutların hepsinde bir değişim sonucu oluşmaktadır. Bireyin partnerine olan olumsuz duygularında azalma olumlu da artma, düşüncelerinin olumlu yönde dönüşümü ve bunun ilişkiye yansıtılmasıyla tam affetme oluşur.

Smedes, affetme sürecini insanların yolculuk evrelerine benzeterek bu durumu dört boyutta ele almıştır. 1. Boyut Uzaklaşma: affeden birey ile sorun yaşayan birey arasındaki mesafenin artması anlamına gelir. Affeden bireyler bu aşamada kendini rahatlatmanın yolunu suçlu bireylerden uzaklaştırarak gerçekleştirir. 2. Boyut Affetme: kişi, karşısındaki kişiyi süreçteki davranışlarıyla ve kendi duygu- düşünceleriyle olumlu anlamda değiştirmesidir. 3. Boyut Uzlaşma: uzlaşma, insanların yaşamlarında önemli bir yer tutar. Uzlaşma olması için affetmenin meydana gelmesi gerekir. Birey, zamanla kırıldığı noktaları onararak davranışlarını değiştirir. 4. Boyut Ümit: insanların hayatlarını devam ettiren güçtür. Ümitli bireyler yaşamda uzlaşmak için meyillidir. Birey önce öfke ve kızgınlık gibi duygularıyla karşısındaki bireyden uzaklaşmaktadır. Sonrasında bireyin affetme isteği ile duygu ve düşüncelerini olumlu olarak değişmesi gerekmektedir. Öfke ve kızgınlık gibi duygular yerini şefkat, merhamet duygularına bırakarak herkesin hata yapabileceği ya da kendisinin hata yapabileceği gibi düşüncelerin oluşması affetmeyi sağlamaktadır.

 **Oturumun özetlenmesi**

## 12. OTURUM: AFFETME KAVRAMI

**Amaç:** Katılımcının, kendisini ve başkalarını affetmek konularında bilgi ve farkındalıklarını artırmak.

### Oturum İçeriği ve İşleyişi

✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Hall ve Fincham kendini affetmeyi kişinin kendisine karşı olan öfke ve kızgınlık gibi olumsuz duygularında ve kendini cezalandırma isteğinde azalma ve bunun yerine kendisine yardım edecek olumlu duygu ve düşüncelerde artma olarak tanımlanmaktadır. Kendini affetme iki şekilde yapılmaktadır. İlkinde kişinin başkasına verdiği zarar ya da zararlardan dolayı kendisini affetmesi iken ikincisi kişinin kendisine verdiği zarar ya da zararlardan dolayı kendisini affetmesidir. Bireyin yaptığı hatayı kabul etmesi ve davranışın sorumluluğunu almasıyla beraber kendini affetme gerçekleşmektedir. Kişi eğer yaptığı davranışı hata olarak kabul etmiyorsa olumsuz duygu ve düşünceye sahip olmayacağından dolayı müdahale edilecek bir durum olmadığını düşünmektedir. Kendini affetme kişinin kendi yaptıklarını görmezden gelmesi ya da özür dilemesi değildir. Kendini affeden kişi hatasını kabul eder ve bununla beraber değiştirmesi gereken davranışlarının olabildiğini kabul eder buna rağmen kendini değerli görebilir. Kişi kendi hatalarını fark ederse bu kendisinin olumlu yönde değişine yardımcı olabilmektedir. Kendini affetme narsisizm göstergesi değildir.

Engriht vd. affetmeyi başkalarını affetme, başkaları tarafından affedilme ve kendini affetme olmak üzere üç boyut olarak tanımlamış ve bu üç boyutun beraber ele alınması gerektiğini belirtmişleridir. Ayrıca başkalarını affetmeyi “merhamet, cömertlik, sevgi gibi duyguların teşvik edilmesiyle, bireyin onu haksız yere inciten bireye karşı öfke, kızgınlık duyguları ve olumsuz değerlendirme durumlarından isteyerek vazgeçmesi”

olarak tanımlanmaktadır. Tanıma göre affetme durumu için incinen ve haksızlığa uğrayan bir kişinin olması ve bireyin affetmeyi bilinçli olarak seçmesi gerekmektedir. Kachadourian vd. ise hata yaptığı kişiye yönelik olumsuz duyguların azaldığı, olumlu duyguların ise arttığı duygusal bir değişimin başkalarını affetme olduğunu ifade etmektedir. Worthington 'e göre başkalarını affetme kişilerarası ilişkileri iyileştirir ve bireyin iyilik halinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. McCullough, Worthington ve Rachal başkalarını affetmeyi duygusal bir değişim olarak ele almışlardır. Affetme sürecinde inciten kişiden uzak durma isteği ve intikam alma duygularında azalma ve onunla uzlaşmaya istekli olma gibi değişiklikler meydana gelmektedir. İnsanların kendilerini inciten kişiyi uygun şekilde affetmeleri için makul derecede benlik saygısına ve ego gücüne sahip olmaya ihtiyaç duymaktadırlar.

Kendini affetme ve başkalarını affetme zamanla ortaya çıkması, bir hatalı durum bulundurması, unutmama ve göz yummadan farklı olması ve bilinçli bir şekilde gerçekleşmesi açısından birbirilerine benzediklerini belirtmişlerdir. Hall ve Fincham 'e göre başkalarını affetme durumunda suçlu ya da hatalı davranış başkasına ait iken kendini affetme de hatalı davranış kişiye aittir. Empati başkalarını affetme ve kendini affetme arasında farklı şekilde işlemektedir. Empati başkalarını affetme sürecinde kolaylaştırıcı bir faktör iken kendini affetmede birey kendisini karşı tarafın yerine koyarak hatasının sonuçlarını ve etkilerini daha fazla düşündüğü için engelleyici bir faktördür. Başkalarını affetmede birey hatalı kişiden uzaklaşmaya çalışırken kendini affetmede birey olaydan uzaklaşıp kaçmaya çalışmaktadır. Bu iki kavramın benzerliklerinin ve farklılıklarının oldukları görülmektedir.

**✚ Başkalarını affetmenin yaşamımızdaki önemi konusunda düşüncelerini paylaşması**

**✚ Oturumun özetlenmesi**

### 13. OTURUM: DUA KAVRAMI

**Amaç:** Dua kavramını açıklamak; duanın mahiyetini, amacını izah etmek ve bireyde farkındalık oluşturmak.

#### Oturum İçeriği ve İşleyişi

- ✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- ✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Arapça kökenli bir kelime olan dua, d-a-v kökünden türemiş bir mastardır. Dua kelimesi farklı anlamlarda kullanılmakta olup sözlükte; dua etmek, birini ziyarete çağırarak, beddua etmek, teşvik etmek, seslenmek, birini yardıma çağırarak, yalvarıp yakarmak, davet etmek, birini çağırarak, bağırarak, nida etmek, ikna etmek, isimlendirmek, ihtiyacı olmak, niyazda bulunmak anlamlarına gelmektedir. Dua kelimesi Osmanlı Türkçesinde, Allah'a yalvarıp-yakarma, yakarış anlamlarına gelen ibareler yerine de kullanılmaktadır. Türkçe sözlükte ise dua “ibadet veya yakarma amacıyla okunan dini değeri olan metin” olarak tanımlanmaktadır. Duada aslanan, kulun yüce Rabbinden medet umması, yalvararak yardım ve lütuf talep etmesidir. Dua, kulun halini Allah'a arz etmesi ve O'ndan merhamet, af, güç ve destek istemesi olduğuna göre burada gerçekleşen iletişim kul ile Allah arasında bir ilişki meydana getirmektedir. Bu ilişkide aşağıdan yukarıya, güçsüzden güçlüye doğru bir iletişim mevcut olup duada kişinin Allah'ı kabullenışı, O'na teslimiyeti ve bağlılığı ön plana çıkmaktadır.

Alexis Carrel duayı, *ruhun dünyanın maddi olmayan merkezine çekilmesi* olarak tanımlamaktadır. O, duayı, genel olarak bir yakarıştan, inleyiştan, yardım dileyiştan kimi zamansa bütün duygu dünyasının dışında dingin, içsel ve devamlı bir seziş ve buluş hali olarak görür. O'na göre dua, insanın kâinatın yaratıcı, varlık dünyasının mutlak hâkimi ve mutlak güç olan görünmez varlıkla iletişim kurmaktır. Heiler'a göre ise dua

“kendisiyle bir fert veya grubun, sözlü veya zihinsel olarak Yaratıcı ile haberleşmeye girmeye teşebbüs ettiği bir vasıta”dır.

#### **✚ Oturumun özetlenmesi**

### **14. OTURUM: DUA KAVRAMI**

**Amaç:** Duanın bireyin hayatındaki yerini, önemini ve etkisini ortaya koymak ve bireyde farkındalık oluşturmak.

#### **Oturum İçeriği ve İşlevişi**

#### **✚ Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

#### **✚ Oturum gündeminin paylaşılması**

Duanın ana hedefi insanın Allah'a halini arz etmesi ve O'na niyazda bulunması olduğuna göre dua kul ile Allah arasında bir diyalog anlamı taşır. Bunun gerçekleşmesi için önce Allah insanı kendi varlığından haberdar etmiş, insan da varlığını benimsediği bu yüce kudret karşısında duyduğu saygı ve ümit hisleri sebebiyle kendisinden daha üstün olanla irtibat ihtiyacını duymuştur. Dua böyle bir irtibat neticesinde insanın bir taraftan kendi ihtiyaç ve eksiklerinin telafisini, diğer taraftan daha mükemmele ulaşmasını hedefleyen bir diyalog vasıtasıdır. Bir başka söyleyişle dua sınırlı, sonlu ve aciz olan varlığın sınırsız ve sonsuz kudret sahibi ile kurduğu bir köprüdür. Bu sebeple insan tarihin hiçbir döneminde duadan uzak kalmamıştır.

Kur'an-ı Kerim'de dua ile ilgili ayetler genişçe yer almakta, dua ile ilgili iki yüze yakın âyet bulunmaktadır. Kur'an'da dua ile ilgili ayetlerin bu kadar çok olması duanın önemini ortaya koymaktadır. Duayla ilgili bu ayetlerde, duanın usul ve tesirlerinden bahsedilmiş ayrıca insanların Allah'a dua etmeleri emredilmiştir. Dua, insanın doğası gereği bir ihtiyaçtır. İnsan zaman zaman sıkıntıya düştüğün de veya bir nimete eriştiğinde, bu durumunu paylaşacağı üstün bir kudret arar. İşte bu ihtiyacını Allah'a karşı dua etmek suretiyle giderir; nimete erişmişse teşekkürünü bildirir. İhtiyacı varsa onu talep eder.



Böylece hem ibadet yapmış olur, hem de kendisini maddi ve ruhi açıdan rahat hisseder. Duanın Kur'an'da kullanıldığı anlamlarına baktığımızda genel olarak Allah'a ibadet ve ondan istekte bulunma anlamlarında kullanılmıştır. Dua sayesinde kulun Allah katındaki değerinin artacağı bildirilmiştir.

✚ **Katılımcının duanın anlamı konusundaki duygu ve düşüncelerini paylaşması**

✚ **Oturumun özetlenmesi**

## 15. OTURUM: TÖVBE KAVRAMI

**Amaç:** Katılımcıya tövbe kavramını açıklamak, bireyin düşünce ve duygularını ayırt edebilmesini sağlamak ve yaşamda yapabilecekleri konusunda katılımcıların ufuklarını genişletmek

### Oturum İçeriği ve İşlevişi

✚ **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Hem günah, hem de sevap işleyecek bir fitratta yaratılan insana, fitrat dini olan İslam, işlediği günahlardan insanın kendisini nasıl koruyacağını ve maruz kaldığı günahlardan da tövbeyle nasıl arınacağını, hem ayetlerde, hem hadislerde açıkça beyan etmiştir.

Kişinin Rabbinden bağışlanma dilemesinin en önemli noktası, kendisinin acizliğini, fakirliğini, olaylar karşısındaki zafiyetini fark etmesi ve "kendisi hiçbir şeye muhtaç olmayan, ama her şeyin O'na muhtaç olduğu" Yüce Yaratıcısına karşı bunu hissetmesi ve hissettirmesidir. Hastalık, yoksulluk, yaşlılık, engellilik vb. her halükarda yaşanan olaylar karşısında insanın ne denli zayıf olduğu, fakat ellerini açıp bağışlanma istediği Zatın ise ne denli kuvvet ve kudret sahibi, şefkat ve merhamet sahibi olduğunu

hatırlaması manen kendisini kuvvetlendirecek, destekleyecek bir mekanizma olarak ortaya çıkmaktadır.

✚ **Katılımcının tövbe konusunda ile ilgili duygu ve düşüncelerin tartışılması**

✚ **Oturumun özetlenmesi**

## 16. OTURUM: TÖVBE KAVRAMI

**Amaç:** Tövbenin zihinsel olarak içinde bulunduğu durumdan kurtulma isteğini güçlendirmek ve oturumları özetleyerek öğrenilenleri pekiştirmek ve maneviyatı güçlendirme programının etkinliğini değerlendirmek .

### Oturum İçeriği ve İşleyişi

✚ **Programın oturum oturum kısaca özetlenmesi**

✚ **Oturum gündeminin paylaşılması**

Kur'ân ve Sünnete göre, affın kapsamı ve Allah'ın bağışlayıcılığı çok geniştir. Suçlu kişi eğer pişmanlık duyarsa, bunun her zaman Allah katında kabul edilebileceğini ummalıdır. Suç işleyen ilelebet yaptığı suçun esiri değildir. Tövbe etmediği, gerektiğinde aynı zamanda da helâlleşmediği takdirde hep suçunun esiri ve rehini olarak kalır. Fıtraten vicdanının sesini duyarak yaptığı yanlıştan pişmanlık duyduğunda, Allah'ın af kapısı sonuna kadar açıktır.

Peygamber sallallahu aleyhi ve sellem Allah Teâlâ'nın şöyle buyurduğunu haber vermiştir:

“Kim bir hayır işlerse, ona onun on misli vardır veya daha da artırırım. Kim bir kötülük işlerse, ona da onun misli vardır. Ya da tamamen affederim. Kim bana bir karış yaklaşırsa, ben ona bir arşın yaklaşıyorum; kim bana bir arşın yaklaşırsa, ben ona bir kulaç yaklaşıyorum. Kim bana yürüyerek gelirse, ben ona koşarak varırım. Kim bana hiçbir şeyi

ortak koşmamak şartıyla dñnya dolusu gñnahla gelirse, ben kendisini o kadar mağfiretle karşılarım.”

Hem gñnah, hem de sevap işleyecek bir fitratta yaratılan insana, fitrat dini olan İslam, işlediği gñnahlardan insanın kendisini nasıl koruyacağını ve maruz kaldığı gñnahlardan da tövbeyle nasıl arınacağını, hem ayetlerde, hem hadislerde açıkça beyan etmiştir. Tövbe, bir bakıma da, insanın işlemiş olduğu gñnahtan dolayı, cezayı hak ettiğini anladığı zaman, Allah’a samimi bir şekilde tövbe edip, bir daha gñnah işlememeye azmederek, O’nun rahmetinden bağışlanmasını istemesidir. Diğer taraftan, insanın işlemiş olduğu gñnahlardan dolayı ruh, vicdan ve kalbinde çekmiş olduğu sıkıntı ve ıztırap, sadece tövbe ve istiğfarla dindirilebilir.

- + Katılımcın program hakkındaki duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve programı değerlendirmeleri (Nereden nereye)**
- + Programla ilgili yaşantıların karşılıklı paylaşılması**
- + Araştırmacı tarafından programın değerlendirilmesi ve katılımcıya teşekkür edilerek programın sonlandırılması**

# EK-11. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

## TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Mustafa DURMUŞ
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

### Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 29.04.2020

Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ  
İmza

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği <input checked="" type="checkbox"/>
Tezin Eski Adı	Manevi Danışmanlık Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Etkisi
Tezin Yeni Adı	Maneviyatı Güçlendirme Eğitiminin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi
Tezin İngilizce Adı	The Effect of Strengthening Spirituality Training on Anxiety and Depression Level in Patients Receiving Hemodialysis Treatment
Değişikliğin Gerekçesi	Çalışmanın içeriğine daha uygun olduğu düşünüldü

Tez Savunma Jüri Üyeleri		İmza
1	Dr. Öğretim Üyesi Mine EKİNCİ	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği
2	Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU	Atatürk Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği
3	Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği
4	Dr. Öğretim Üyesi Emine Yılmaz	Bingöl Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği
5	Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK	İnönü Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği