



**T.C.**

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HASTALARIN BAKIM BAĞIMLILIĞI  
DÜZEYLERİNİN SPİRİTÜEL BAKIM  
GEREKSİNİMLERİ İLE İLİŞKİSİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Ayşegül TAŞKIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KIRŞEHİR- MAYIS/2024**



**T.C.**

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HASTALARIN BAKIM BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİNİN  
SPIRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE  
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

**Ayşegül TAŞKIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ayla ÜNSAL**

**KIRŞEHİR-MAYIS/2024**

## **KABUL VE ONAY**

”Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Spiritüel Bakım Gereksinimleri ile İlişkisinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma, .....tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

### **Tez Jürisi**

Prof. Dr. Ayla ÜNSAL  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
(Başkan, Danışman)

Doç. Dr. Hakime ASLAN  
İnönü Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Sami KARACAN  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
(Üye)

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Ayşegül TAŞKIN

## ÖNSÖZ

Bu çalışma, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları tezli yüksek lisans programında yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesine dair yaptığım çalışmadaki amacım, hastaların bakım bağımlılığı ile spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemek ve bu iki değişkenin birbiri ile olan ilişkisini belirlemektir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca zamanını, emeğini esirgemeyen, ilgisi, bilgisi ve deneyimleriyle her türlü desteğini aldığım, saygıdeğer ve bir o kadar da naif, çok değerli ve kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayla ÜNSAL'a,

Tez savunma sınavıma katılan değerli jüri üyelerim Sayın Doç. Dr. Hakime ASLAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Sami KARACAN'a

Temposuna rağmen tecrübeleriyle varlığını hissettiren Sayın Arş. Gör. Gamze SAATÇİ'ye,

Yüksek lisans eğitimimin bana kazandırdığı ve bu süreçte beni yalnız bırakmayan sevgili arkadaşım Rabia Ümüş ÖZTÜRK'e,

Tez dönemim boyunca fikir alışverişinde bulunduğum iş arkadaşım Ali VURAL'a,

Eğitim hayatım boyunca benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime,

Yanımda olup varlığıyla beni mutlu eden canım eşim Ahmet Can TAŞKIN'a

Bu süreçte bana destek olan başta Acıgöl İlçe Entegre Devlet Hastanesi çalışanları olmak üzere tüm hemşire arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Mayıs 2024

Ayşegül TAŞKIN

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLO LİSTESİ .....	vii
KISALTIMA LİSTESİ.....	viii
ÖZET .....	ix
SUMMARY .....	x
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
2.1. Bakım.....	4
2.2 Bakım Bağımlılığı .....	5
2.2.1 Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörler .....	7
2.2.1.1 Yaş .....	7
2.2.1.2 Cinsiyet .....	9
2.2.1.3. Eğitim Durumu .....	9
2.2.1.4. Kronik Hastalık Durumu .....	10
2.2.1.5. Diğer Faktörler.....	10
2.2.2. Bakım Bağımlılığı Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı.....	11
2.3. Spiritüalizme .....	12
2.3.1. Din ile Spiritüalizme Arasındaki Fark .....	14
2.3.2. Spiritüalizme ve Sağlık arasındaki İlişki.....	14
2.3.3. Spiritüel Bakım .....	15
2.3.4. Spiritüel Gereksinimi Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı .....	18
2.4. Bakım Bağımlılığı ile Spiritüel Bakım Gereksinimi Arasındaki İlişki .....	20
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	24
3.5 Veri Toplama Araçları .....	24
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) .....	24
3.5.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) .....	25
3.5.3. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ) .....	25
3.6. Verilerin Toplanması .....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	27
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>28</b>
<b>5.TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>38</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>59</b>

## **TABLO LİSTESİ**

**Tablo 4.1:** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 4.2:** Bakım Bağımlılığı Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

**Tablo 4.3:** Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Bireyin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.4:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçek (SBGÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

**Tablo 4.5:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçek (SBGÖ) Puanı ile Birey Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

**Tablo 4.6:** Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki



## **KISALTMA LİSTESİ**

- BBÖ:** Bakım Bağımlılığı Ölçeği
- BM:** Birleşmiş Milletler
- CNA:** Kanada Hemşireler Birliği
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- KBF:** Kişisel Bilgi Formu
- KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- MMBÖ :** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
- NANDA:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
- SBGÖ:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

## HASTALARIN BAKIM BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİNİN SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Ayşegül TAŞKIN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

Bu araştırmanın amacı, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesidir. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın verileri Nisan-Haziran 2023 tarihleri aralığında Kırşehir il merkezinde bulunan, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dahiliye kliniklerinde yatmakta olan 18 yaş ve üstü, bilinci açık, iletişim sorunu olmayan, açıklama sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastaları kapsamaktadır. Araştırmaya 378 hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı Kişisel Bilgi Formu (KBF), Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında yüzde, ortalama, standart sapma, cronbach alfa, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Bonferroni posthoc, t testi, tek yönlü varyans ve pearson korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Hastaların Bağımlılığı Ölçeği BBÖ'nden aldıkları puan ortalaması  $64.83 \pm 17.61$ , SBGÖ'nden aldıkları toplam puan ortalaması ise  $64.0 \pm 18.6$  şeklinde orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunun 65 yaş ve üzeri, kadın, evli, ev hanımı, ilkokul mezunu ve geliri giderine denk olduğu belirlenmiştir. Bakım bağımlılığı düzeyi en fazla kadın, eğitim düzeyi düşük, geliri giderine denk olan, engellilik durumu olan bireylerde görülmüştür. SBGÖ'nin alt boyutları hastaların medeni durumuna, eğitim durumuna, gelir durumuna, birlikte yaşadığı kişilere göre değişiklik göstermektedir. BBÖ ve SBGÖ alt boyutları arasında negatif yönde ( $r = -.206$ ) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum BBÖ'nden düşük puan almanın bakım bağımlılığını arttırdığını, SBGÖ'nden yüksek puan almanın ise bakım gereksinimini arttırdığını göstermektedir. Bakım bağımlılığı arttıkça spiritüel bakım gereksinimi de artmaktadır. Sonuç olarak; bakım bağımlılığı ile spiritüel bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiye göre bakım ve tedavinin kapsamlı bir şekilde gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Mayıs 2024, 81 sayfa.

**Anahtar Kelimeler:** bakım bağımlılığı, gereksinim, spiritüel bakım

## SUMMARY

M.Sc. THESIS

### DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS' CARE DEPENDENCY LEVELS WITH THEIR SPIRITUAL CARE REQUIREMENTS

Ayşegül TAŞKIN

Kırşehir Ahi Evran University  
Health Sciences Institute

Department of Nursing Fundamentals of Nursing Master's Program with  
Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

The aim of this study was to determine the relationship between patients' levels of care dependency and their spiritual care needs. It was conducted in descriptive and correlational type. The data of the study included patients aged 18 years and over, who were hospitalised in the internal medicine clinics of Kırşehir Training and Research Hospital in Kırşehir city centre between April-June 2023, who were conscious, had no communication problems, and voluntarily accepted to participate in the study after explanation. 378 patients were included in the study. Personal Information Form (PIF), Care Dependency Scale (CDS) and Spiritual Care Needs Scale (SCNS) were used to collect the data. The data obtained were evaluated by percentage, mean, standard deviation, cronbach alpha, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, Bonferroni posthoc, t test, one-way variance and Pearson correlation analyses in computer environment. The mean score of the patients' dependency scale was found to be  $64.83 \pm 17.61$  and the mean total score of the patients' dependency scale was found to be  $64.0 \pm 18.6$ , which is above the middle level. It was determined that most of the individuals participating in the study were 65 years of age and older, female, married, housewife, primary school graduate and their income was equal to their expenses. The highest level of care dependency was observed in individuals who were female, had a low level of education, had an income equivalent to expenses, and had a disability. The sub-dimensions of the SCNS varied according to the marital status, educational status, income status, and cohabitants of the patients. According to the CDS, a high scale score indicates that the patients are independent in performing their own care, and according to the SCNS, a high total scale score indicates that the patient has more spiritual needs. According to the data obtained, it was found that there was a negative relationship ( $r = -.206$ ) between the sub-dimensions of the CDS and the SCNS. This shows that getting a low score from the BSI increases care dependency, while getting a high score from the SSI increases the need for care. As care dependency increases, the need for spiritual care also increases. In conclusion, it is recommended that care and treatment should be carried out comprehensively according to the relationship between care dependency and spiritual care needs.

May 2024, 81 page.

**Key Words:** care addiction, need, spiritual care

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Birey, yaşamını idame ettirebilmek için temel bakım gereksinimlerini karşılamalı ya da gereksinimlerinin karşılanması için talepte bulunmalıdır (1). Bu da bakım sürecinin eksiksiz tamamlanmasıyla olmaktadır. Fakat bakım süreci, bakım bağımlılığı olan bireylerde değişiklik göstermektedir (1-17). Bağımlılık, hastayı merkeze koyan anahtar bir terimdir. Bakım bağımlılığı ise öz bakım gücü ve yeteneği azalmış ve bakım konusundaki destek talepleri bireyi belli bir seviyeye kadar bağımlı kılan ve hastaya verilen bir destektir. Bu desteğin amacı, hastanın kendi öz bakımını yerine getirebilmesindeki bağımlılığını en aza indirmektir (18, 19).

Bakım ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla hastanede yatan hastaların bağımlılık-bağımsızlık düzeylerinin belirlenmesi gerekir. Ancak bağımlı ve bağımsız hastaların bakım ihtiyaçları farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bu farklılık hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini etkileyecektir. İncelenen literatür çalışmaları doğrultusunda farklı kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinin en önemli yolu günlük yaşam aktivitelerinin sorgulanmasıdır. Bunlar; günlük temizlik, giyinme, hareket, beslenme, sindirim, boşaltım vb. gibi durumlarının sorulmasıdır (7, 20, 21). Hastaların bakım gereksinim düzeylerinin bilinmesi, hemşirelik bakımının planlanması ve yönetiminde temel bilgi sağlayarak bakımın kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (12). Bağımlı hastalar diğer hastalara göre hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duyarlar. Bu durum göz önüne alındığında hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi, bakımın yönetilmesi ve hemşire insan gücü planlamasında hasta sınıflandırma sistemleri konusunda yol gösterici olmaktadır (7). Hastanın bağımlılık düzeyinin azaltılması, bağımsızlığının desteklenmesi veya sonlandırılması, bu konuda bireylerin aktif yaşamına dönmelerine desteklemek ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlamak büyük öneme sahiptir (22-24).

Hastalar bakım bağımlılıklarının yanında bir de hastane ortamı, yaşam tehdidi, ölüm korkusu, sosyal izolasyon, ortam değişikliği gibi travmatik streslerle karşılaşma durumlarına da maruz kalabilmektedirler. Bu maruziyet hastaların psikolojisini ve hastalık sürecini de

olumsuz yönde etkilemektedir (25-27). Yaşamın belli dönemlerinde ortaya çıkan bu süreçler beraberinde bütüncül sağlık kavramının da içine aldığı spiritüel bakım gereksinimi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Maslow gereksinimler hiyerarşisinde de yerini alan spiritüalite, 1960 yıllarında holizm etkisiyle ortaya çıkmıştır (28). Spiritüel boyut, doğum ile başlayan, bütün bireyleri ilgilendiren ancak her hasta için farkındalık derecesi diğer hastalarla değişiklik gösteren ve hastaların ilişkilerinden etkilenen bir boyuttur (29).

Spiritüel bakım, bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (30). Spiritüel boyuta yönelik yapılan spiritüel bakım, hasta bireylerin iyileşme süreçlerinin ve yaşam kalitelerinin pozitif düzeyde artmasını sağlamaktadır (25). Spiritüel destek, hasta bireyin yanında hazır bulunma, aktif dinleme, danışmanlık, duygusal destek, empati, hastalara yardım etme, umut aşılama, belirli dini inançlara sahip hastalara dini kolaylıklar sağlama ve ihtiyaç duyulduğunda diğer profesyonellere yönlendirmeyi gerektirmektedir (31, 32). Spiritüalite özellikle bireyin hassas olduğu, duygudurumlarının sık değiştiği ve zayıf olduğu dönemlerde; hastalık, stres durumlarının arttığı, hayatın amacını sorguladığı ve umudunun tükendiği durumlarda ön plana çıkmaktadır (33, 34). Spiritüel gereksinimler, spiritüel yetersizliği giderecek veya hastanın spiritüel gücünü destekleyecek, bireyin kendini iyi hissetmesini sağlayacak gereksinimlerdir. Hastanın evrensel değerlerindeki bozukluklar, bireyde spiritüel distresin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Spiritüel distres, hastanın bulunduğu çevrenin değer ve inançlarının tehdit altında olduğu ya da var oluşsal bir kriz yaşandığı durumlarda ortaya çıkan ve spiritüel boşluk duygusuna neden olan bir süreçtir (25, 35-37). İnsani ve ahlaki değerleri koruyarak hastalara tam ve uygun hizmet verebilmek için spiritüel boyutun hasta üzerinde önemli etkisi olan önemli bir boyut olarak ele alınması gerekmektedir. Hemşireliğin hastayı tüm boyutlarıyla ele alan bir meslek olması ve spiritüel bakımın, bütünsel bakımın vazgeçilmez bir parçası ve temeli olması nedeniyle hastaların bu boyutunu anlamak hemşireler için oldukça önemlidir. Bu sebeple spiritüel gereksinimlerin giderilmesi, hastanın hastalığını kabul etmesine ve bakım sürecine dahil olmasına, geleceğe dair plan yapmasını desteklemekte, olumlu düşünce yapısı için yardımcı olmakta ve iyileşme sürecine katılımı sağlanarak yaşama umudunu arttırmaktadır (32, 36, 37).

Literatürde hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup, yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve yapılacak çalışmalara, özü bakım ve spiritüalite olan hemşirelik uygulamalarının gelişimine yol göstereceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bakım

Bakım, bir bireyin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini yerine getirmesini sağlama ya da yerine getirmesine yardımcı olma işidir. İki kişinin ilişkisini ve bu ilişkide emek gerektiren birtakım eylemleri içerir. Bu durumun en önemli sebebi ise, bakım sürecinde hastanın bakım gereksinimlerini yerine getirememesi ya da bu gereksinimleri yerine getirecek istek, güç ve bilgiden yoksun ya da yetersiz olmasıdır (39). Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre bakım; “bakma işi, bir konudaki iyi gelişmeler, iyi bir durumda kalması için verilen emek” olarak ifade edilmektedir. Bu tanımlamaya göre bakım, herhangi bir nesneye ya da bir başkasına değer ve emek vermeyi, zaman ayırmayı, ilgi ve özen göstermeyi içerir. Bakım, yöneldiği nesne ya da özneye değer yüklemektedir. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde yer alan bir diğer tanıma göre ise bakım “birinin, beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak” olarak ifade edilmiştir. Bu tanıma göre bakım, kendi gereksinimlerini yerine getiremeyen birey için bakma sorumluluğunun üstlenilmesi olarak yorumlanmaktadır (40). Bakım fiziksel ve psikolojik yönden yakın ilişkiyi gerektirir. Bu hemşirelerin hastaların en savunmasız ve özel anlarını görebilmekte; onların acılarına, yalnızlık, ümitsizlik vb. duygularına tanık olabilmektedirler. Bu yakınlık bazen vicdani boyutu bulunan zor kararlarla bazen de yapılmasını uygun bulmadığımız kararlara göz yumarken kendini göstermektedir (41, 42).

Hemşirelik ilgi alanı insan ve bakım olan bir meslek grubudur. Hemşirelik alanında bakım kavramıyla ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bunlar aşağıda yer almaktadır (39).

Leininger (1991) bakımı antropolojik açıdan incelemiş ve insanın içinde bulunduğu kültürden ayrı düşünülemeyeceği, ona göre bakımın hemşireliğin özü olduğu ve herhangi bir toplumun kültürü ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Henderson’a (1966) göre “Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında ya da huzur içinde ölmeleri için

yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür.” şeklinde ifade etmiştir.

Sherwood’a (1997) göre bakım, hemşirelerin bilgi ve tecrübeleri, iletişim becerileri, sorunlara karşı yaklaşımları ve çözüm yolları ile tedavi edici bir süreç olarak değerlendirilmiştir.

Margaret Jean Watson’a (1989) göre bakım, donanımlı iki bireyin etkileşimi sonucu bilimsel, ahlaki ve estetik olarak ortaya çıkan bir süreçtir (43).

Lydia E. Hall’a (1960) göre hemşirelik bakımı, hastanın bilgi düzeyini kontrol edip eksikliği varsa tamamlamak, refah düzeyini arttırmak ve rutin günlük ihtiyaçlarını karşılamasını destelemektir (44).

Dorothea Orem (1971) ise hemşirelik bakımını, sağlıklı ya da hasta bireylerin biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini gidermekte yetersiz kaldığında yeniden giderilmesi gereken bir süreç olarak görmüştür (43).

DSÖ; 1993 yılında hemşireliğin dört işlevinden bahsetmiştir. Bunlardan biri bakım hizmeti ve bunun yönetimidir. Günümüzde ise, hemşireliğin en önemli rolü genel tabiriyle bakım verici rolüdür. Öncelikli odağı bakım verme olan hemşire, bu süreci gerçekleştirirken bireyi merkeze alarak planlama yapmakta ve karar verme becerisini kullanmaktadır. Dolayısıyla hemşire bakım verdiği hastaların hangi düzeyde bakım gereksinimlerinin olduğunun belirlemede ve bakımın yönetilmesinde büyük rol oynamaktadır (45).

## **2.2 Bakım Bağımlılığı**

Bağımlılık; fiziksel, zihinsel, duygusal, bilişsel, sosyal, ekonomik, çevresel vb. gibi birçok yönden olabilir (2). Bakım bağımlılığı, bireylerin bakım gereksinimlerini karşılayamaması veya yaşamsal desteğe gereksinim duyması durumuna göre profesyonel düzeyde bakım desteğine ihtiyaç duyuyor hale gelmesidir. Lohrmann ise bakım bağımlılığını, öz bakım yeteneğinde azalma görülen, bakım gereksinimlerini gidermede yetersiz kalan bir hastanın profesyonel destek aldığı bir süreç olarak ifade etmiştir (46). Bağımlılık sürecine göre; geçici ya da kalıcı olabilir (47).



Bakım bağımlılığı hastalık ya da sakatlık durumunda öncelikli etkilenen dinamik bir süreçtir (48). Son derece karmaşık bir yapıdan oluşur, subjektiftir. Bu nedenle hemşirelik bakımı hastaların bağımlı olma durumu: bağımlılık düzeyine, hasta beklentilerine, bu beklentilerin karşılanma durumu ve hastanın hangi aktivitelerinde eksiklik varsa ona yönelik bakım almasına göre değişiklik gösterir (7,20, 49). Buna bağlı olarak hastada giderilmesi gereken özbakım eksikliğinin olduğu bakım alanlarını belirleme, planlama ve uygulamada hemşirelere yol gösterir (1, 7, 50).

Tedavi ve bakım sürecine hastanede konaklayarak devam eden hastalar çoklu olarak (fizyolojik, psikolojik, sosyal boyutlarda) bu süreçten etkilenirler. Bu etkilenme ise hastanın bedeni üzerindeki hakimiyetini sınırlandırarak farklı düzeylerde bağımlı hale gelmesine yol açar (51). Başkalarına bağımlı olan hastalar aşırı bağımlı hale gelebilir veya çok erken yaşta kendileri çok fazla şey yapmaya çalışabilirler. Bağımsızlık ve bağımlılık arasındaki dengeyi bulmak zor bir iştir. Hastalar mobilite üzerinde kişisel olarak tatmin edici bir kontrol isteyeceklerdir. Bakım konusunda tamamen başkalarına bağımlı olan hasta için işlerin nasıl ve ne zaman yapıldığının kontrolü çok önemlidir (52). Bu sorumluluk kimi zaman hasta yakınına kimi zamanda hemşireye düşmektedir. Sağlık meslekleri içerisinde hasta ile en uzun süre ve en yakın iletişim halinde olan hemşireler, bireyin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunu sağlamada önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi üyeleridir. Hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanında, hastalıkların yaygınlaşmasını ve ilerlemesini önleyecek tedbirler almalı ve bakım sürecine eklemelidir. Aynı zamanda hastalığın rehabilitasyonu sırasında bakımın planlanmasını ve uygulanmasını kapsayan süreçte hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık ve ölüm olaylarını etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle ilgilenir (53, 54).

Bireylerin bağımlılık ve bağımsızlık durumlarının saptanması, kişiye özgü belirlenen hemşirelik bakımının planlanmasında hemşireye bilgi sağlar ve temel bir çerçeve oluşturur. (55). Bu nedenle hemşirelerin bakım vermeye sorumlu olduğu hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenerek bakım bağımlılığı düzeylerini saptaması, hemşirelik bakım sürecini kolaylaştırarak bakımın kalitesini artırması açısından önem taşımaktadır (7, 12). Yaş, cinsiyet ve hastalık durumu, duyuşsal kayıplar, fiziksel ve psikolojik durumda meydana gelen değişiklikler hastaların gereksinimlerinin karşılanmasına ve bağımlılığın artmasına neden olabilmektedir (1). Her bireyin birbirlerinden çok farklı sağlık problemleri ve bu problemlerin doğurduğu gereksinimler vardır. Bu farklılıklar planlanan hemşirelik bakım

hizmetinin kapsamını belirler (12). Dolayısıyla herkes yaşamın belirli dönemlerinde bir başkasının bakımına ihtiyaç duyar. Bu nedenle bakım bütün canlılar için temel ihtiyaç ve tüm insanlar için bir yükümlülüktür (39, 56).

Bireyler bir bütündür ve tek bir işleyişte oluşan aksama tüm düzeni etkilemeye yetebilir. Hastaların temel gereksinimlerinin saptanması ve bu gereksinimlerin giderilmesi yaşamın sürekliliği için önemlidir. Bu gereksinimlerin karşılanmaması hastalar için bakım bağımlısı birer birey olduklarını gösterir (1). Öz bakım göstergesi olan kendi kendine kişisel bakımın sağlanması ve temel yaşam gereksinimlerinin giderilmesi hasta için gereklidir. Sonuç olarak öz bakımın yüksek olması bireylerin sağlıklı olduklarının göstergesidir (57, 58).

### **2.2.1 Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörler**

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu ve diğer faktörler bakım bağımlılığını etkilemektedir. Bunlar aşağıdaki şekilde açıklanabilir;

#### **2.2.1.1 Yaş**

Yaşlılık, fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel fonksiyonlarda değişikliklerin meydana geldiği, kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı, emeklilik ve işsizlik ile ekonomik zorlukların ortaya çıktığı, eş ve arkadaş kayıplarının olduğu, fonksiyonel yetersizlik nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın azaldığı, önemli sağlık sorunlarının yaşanabildiği ve bireyin bakımını gerekli kılan bir dönemdir (59, 60). Yaş, bakım bağımlılığını tahmin etmede önemli bir faktördür. Yaşlanma ayırt etmeksizin her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanır (61). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanıma göre, "yaşlılık" çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalmasıdır (62).

Birleşmiş Milletler (BM) ve diğer uluslararası örgütler yaşlılık dönemi için 60 yaş ve üzerindeki kişileri ele almıştır. Buna karşın DSÖ ve birçok gelişmiş ülke yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzerindeki grubun alınmasını önermektedir. Bu dönem 65-74 yaş arası "genç yaşlı", 75-84 yaş arası "orta yaşlı", 85 ve üzeri "ileri yaşlı" olarak üçe ayrılmaktadır (61). Hastaların yaşı arttıkça bağımlılık durumu artmaktadır. Özellikle 58 yaş ve üzeri yaşlarda bağımlılık düzeyinin arttığı saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte özellikle geriatric yaş grubunda fonksiyonel durumun azaldığı düşünülmektedir (1). Kronik hastalık varlığı ve fiziksel yeterlilik yaşla birlikte azalmakta olup yaşlıların birçok konudaki bağımsızlıklarını

kısıtlamaktadır (63). Yaş grupları arasında 65 yaş ve üzeri hastalar bakım gereksinimi diğer yaş gruplarına göre daha fazla olan gruptur (15).

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan pek çok faktör olduğu için yaşlılık biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kronolojik gibi farklı boyutlarda tanımlanabilir (64).

*Biyolojik yaşlılık:* Zamanın etkisi altında gelişen anatomik ve fizyolojik değişimlerdir. Yumurtanın döllenmesinden sonra başlayıp yetişkinlik dönemi boyunca devam eden bir olgu olarak tanımlanır.

*Fizyolojik yaşlılık:* Biyolojik yaşlılığın etkisi altında ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir. Fiziksel ve zihinsel yaşlılık, insanın bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçmesi anlamına gelmektedir.

*Psikolojik yaşlılık:* Çoğunlukla hastanın fizyolojik yaşlanmasına bağlı gelişen sosyal konumunun ve rollerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Bireyin kendisini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir.

*Sosyal açıdan yaşlılık:* Bireyin konum ve rollerinin değişmesidir. Topluma, kültüre ve değer yargılarına göre değişebilir.

*Ekonomik açıdan yaşlılık:* Bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve çalışma hayatının sona erdiği, emekli olduğu dönem olarak ifade edilmektedir.

*Kronolojik yaşlılık:* Doğumdan başlayarak bulunan zamana kadar geçen yılların toplamıdır.

Yaşlı bireyler özellikle fiziksel düşüşten etkilenmektedir. Bu da bakım ihtiyacına yol açmaktadır (65). Yaşlı kişilerde, fiziksel aktivitenin azalması, hormonal değişiklikler ve osteoklastik aktivitenin artmasının sonucu vücut travmalara karşı daha az dirençli olmaktadır. Güç ve dayanıklılık değişimi sebebiyle, yorgunluk daha kolay ortaya çıkmakta ve genel enerji azalabilmektedir. Bu gibi sebeplerle vücudun dengesi bozulabilir. Bireylerin bilişsel ve davranışsal işlevlerinin bozulması ile günlük yaşam aktivitelerini yapabilme düzeyinin ve bağımsız iş yapabilme kapasitesinin azaldığı belirtilmektedir (66). Bu durum hemşirelik bakımının toplumdaki her bireyin yaşamının herhangi bir döneminde gereksinim duyduğu ya da duyacağı bir hizmet haline gelmesinin kaçınılmaz olduğunu göstermektedir (51). İlerleyen yaşla birlikte, bireyler daha fazla komorbide sahip olma eğilimindedir (56). (67). Bu eğilim sürecinde hastanın kendi temel bakım ihtiyaçlarını gidermede bağımsız olmasını sağlamak, temel amaçlardandır (1). Buradan anlaşılan, insanın hayatına devam

edebilmesi için temel fiziksel gereksinimlerinin karşılanması son derece önemli olduğudur. Yaşlı bireye, daha uzun bir yaşam için alışkanlıklarını değiştirmede, en uygun sağlık bakım yardımını hemşireler sunmaktadır. Çünkü hemşire, bakım hizmeti alan hastaya, kendi gereksinimini karşılayamadığı noktada, onun bu eksiğinin giderilmesinde yardımcı olan ilk kişidir (1, 61).

Yaşamı tehdit eden hastalıkları olan yaşlı hastalar sıklıkla hastaneye yatırılmaktadır. Dünyamız da yaşlı nüfus giderek artıyor bu da ülkemiz de yaşlı nüfusun artmasına, buna bağlı olarak kronik hastalık ve yaşlılık sebebiyle hastaneye yatan hasta sayının, bakımın ve hastanelerde geçirilen sürenin artmasına neden olmaktadır. Bu hastaların bakım ihtiyaçlarının kademeli olarak artacağı ve bu durumun bireylerin yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı olmalarına ortam hazırlayacağını düşündürmektedir (2).

### **2.2.1.2 Cinsiyet**

Cinsiyet kavramı, kadın ve erkek rollerinden oluşan bir boyuttur. Cinsiyete göre ihtiyaç ve istekler değişiklik göstermektedir. Bunlardan biri bakım sürecidir. Toplum olarak kadının erkeğe göre sorumluluklarının fazla olduğu aşikardır. (68). Bu durum kadın hastanın kendi gereksinimlerini göz ardı etmesine sebep olabilmektedir (58, 69). Ülkemizde kadının daha çok “bakım veren” rolü ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında çalışma ve çocuk bakımı sorumluluğunu bir arada sürdürmeye çalışması da son derece önemlidir (70). Buna karşın erkek hastalarında kadın hastalardan daha fazla bakıma ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Ayrıca erkeklerde ileri yaşın bağımlılık düzeyini arttırdığı düşünülmektedir (15).

### **2.2.1.3. Eğitim Durumu**

Eğitim seviyesindeki değişim günlük hayatın stresine karşı baş etme yöntemlerinde gelişim olduğu yönündedir. Bu ilerleme toplumun bilgiye ulaşmasının kolaylaşmasından, tıbbi tedavi ve bakımda bireyin etkin bir şekilde katılım sağlamasından ve sağlık çalışanlarıyla daha profesyonel bir ilişki kurabilmesinden kaynaklanmaktadır. Eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların sağlık ve öz bakımlarına dikkat ettiği, tedavi ve bakım hizmetlerini daha etkili kullandıkları ve yaşam doyumlarının ve yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir. (2, 11, 15, 71-73). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte hastaların bakımla ilgili bilgi birikimleri artış göstermiştir. Bilinçli ve bilgili kesimin bakımlarının sorumluluklarını almalarıyla kendi bakımlarına katılma oranlarının arttığı ve bağımsızlık düzeylerinin yükseldiği düşünülmektedir (74). Ulaşılan bu sonuca göre, hastalara hastalıkları ve bakım süreçleriyle

ilgili yeterli bilgi verilip, kendi bakımlarına katılmalarını destekleyerek bağımlılıklarıyla baş etmeyi kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir.

#### **2.2.1.4. Kronik Hastalık Durumu**

Mevcut kronik hastalık varlığı (kronik böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, hipertansiyon, osteoartrit vs.) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın artmasına neden olarak fiziksel yetersizliği de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (1, 20, 72, 74-77). Bireyde kronik hastalık sayısı, hastanın ihtiyaç durumunu, bakım sürecini ve sağlık kuruluşunda geçirilen süreyi etkilemektedir. Bu durumun son yıllara göre artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Kronik hastalıklarla birlikte yaşlılığın, duyuşsal kayıpların, fiziksel ve psikolojik değişikliklerin bağımlılığı attırabileceği düşünölmektedir (1, 20, 78). Özellikle dahili kliniklerde yatan hastaların ileri yaş grubunda ve çoğunluğunun kronik bir hastalığın olmasının, kliniklerde yapılan tıbbi tedavinin ve girişimlerin, hastaların bağımlılık durumlarını arttırdığı görölmüşür (1). Kronik hastalıklardan KOAH, kalp yetersizliği ve osteoartriti olan hastaların bakımda en çok bağımlı olduğu alanlar; mobilite, hijyen, giyinme ve soyunma, kontinans, tehlikelerden kaçınma gibi günlük aktiviteleridir (15, 72, 79-82). Bu hastalar, günlük yaşam aktivitelerini ve özbakım gereksinimlerini karşılayamadıkları için de giderek aile üyelerine bağımlı hale gelmektedir (1). Kronik hastalık varlığı hastaların yaşam kalitesinde bozulmaya, destek ve yardım gereksinimlerinin artmasına sebep olmaktadır (47).

#### **2.2.1.5. Diğer Faktörler**

Bakım bağımlılığını etkileyen diğer faktörlerde bulunmaktadır. Bunlar aşığıda bahsedilmiştir;

Bunların başında gelir durumu gelmektedir. Ülkemizde gelir eşıtsizliği görölen bir gerçektir. Her ne kadar sağlık hizmetlerine ulaşım kolay olarak görölse de maddi imkanlar yeterli gelmediği takdirde hastalar tedavilerini olamamakta ya da yarıda bırakmaktadır (11). Bu demek oluyor ki bireyin gelir düzeyi arttıka sağlık durumunun iyileştiği yani bakım bağımlılığının azaldığı, gelir düzeyi azaldıkça da bakım bağımlılığının arttığıdır (2, 6, 83-85). Dolayısıyla gelir durumu bireylerin, günlük yaşam aktivitesini yakından etkilemektedir.

Medeni durum da bakım bakımlılığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Hastaların evli, bekar ve dul olma durumları değişkenlik göstermektedir. Genel itibari ile aile desteği olan bireyler düzenli yaşam ve bağlılık aşıından bir avantaj sahibidir (69). Eşlerin veya

ebeveynlerin destek olması, ortak paylaşımlarda bulunulması açısından hastalık sürecine uyum sağlamada kolaylık sağlamaktadır (58).

### **2.2.2. Bakım Bağımlılığı Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı**

Hemşirelik mesleği, ilgi alanı insan olan ve tedavi ve bakımına temellendirilmiş bir meslektir. (39). Bakım sadece hemşireliğe atfedilen bir olgu değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür. Hemşireliğin temel ilgi alanı ve amacı insana bakım vermek, destek sağlamak, hastalık veya sakatlığın sebep olduğu yetersizlik durumlarında hastaların kendi ihtiyaçlarını gideremediği alanlarda birey için bu ihtiyaçların sürekliliğini sağlamaktır (1). Hemşire bu devamlılığı yerine getirirken bireyi merkeze alarak çalışmaktadır. Bu nedenle bakım vermekle sorumlu olduğu bireylerin hangi düzeyde bakım gereksinimlerinin olduğunun saptanması bakımın yönetilmesinde büyük önem taşımaktadır (45). Bakım gereksinimlerini belirlemenin en önemli yolu beslenme, kontinans, iletişim, tehlikelerden kaçabilme, giyinme/soyunma vs. GYA’i sorgulanarak bağımlılık düzeylerinin belirlenmesidir (1, 7, 18). Kanada Hemşireler Birliği’nin (CNA) (2017) Etik Kurallarına göre, “Hemşireler bakım sağlarken, kişinin ırkı, etnik kökeni, kültürü, politik ve manevi inançları, sosyal veya medeni durumu, cinsiyeti, cinsel kimliği, yaş, sağlık durumu, menşeyi, yaşam tarzı, zihinsel veya fiziksel yetenek veya sosyoekonomik durum veya başka herhangi bir özellik temelinde ayrımcılık yapmaz.” şeklinde ifade edilmiştir (86).

Diğer yandan hemşire, bireyin, ailenin ve toplumun insan haklarına, değerlerine, geleneklerine ve inançlarına saygı duyulan bir ortamı teşvik eder. Hemşire, bireyin bakım ve ilgili tedavi için onamı temel alacak yeterli ve zamanında bilgiyi kültürel olarak uygun bir şekilde almasını sağlar. Hemşire hastaya bakım verirken saygılılık, duyarlılık, şefkat, güvenilirlik ve dürüstlük gibi mesleki değerleri de gösterir. Hemşire etik bir organizasyon ortamına katkıda bulunur ve etik olmayan uygulama ortamlarına meydan okur (86). Bakım gereksinimi belirlenen hastanın bağımlı veya bağımsız olduğunun saptanması, gereksinimine özgü planlama ve uygulama basamaklarının biricik olarak hazırlanmasını sağlar (48, 55). Yeterli ve profesyonel hemşirelik bakımı, hemşirelik sürecinin başlangıcında hastanın doğru bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir (46). Bu değerlendirme sonucu hastalara planlanan hemşirelik bakımları ve hastaların beklentileri farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bağımlılık seviyesi bakım sürecinin tamamıyla etkilemektedir (7).

Yaşanılan sorunlara göre çeşitli seviyelerde bağımlı olan hastalar, bakım gördüğü süre boyunca, bakım sürecinin her aşamasında bakım vericinin desteğine gereksinim duyarlar. Bakım bağımlılığı, hastanın ihtiyaçlarını karşılama yeteneği gerekenden az olduğunda ortaya çıkar. Bu nedenle hastaların bakım bağımlılıklarını gidermek hemşireliğin giderek artan temel görevleri haline gelmiştir ve gelmeye de devam edecektir. Hemşirelik bakımı; hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayıp hastanın hastanede kalış sürecinde ve taburculuk sonrasında hastanın bağımsızlığını en üst düzeyde tutacak şekilde planlanmalıdır (72). Planlama aynı zamanda hastanın fiziksel ve bilişsel yetenekleri dahilinde bağımsızlığını sürdürme ihtiyacının anlaşılmasını da içerir. Hemşire ve hasta, hastanın ev ve sağlık bakımı ortamına aktif katılımını sürdürmenin yollarını oluşturmak için iş birliği yapmalıdır. Bakımı sırasında hemşirelerin mümkün olduğunca hastanın bağımsızlığını teşvik etmesi ve geliştirmesi, mahremiyetini sağlaması, saygı duyması, fiziksel konfor ve güvenliğini sürdürmesi ve desteklemesi gerekir. Taburcu edilen hastalar genellikle takip için toplum temelli kuruluşlara yönlendirilir. Bu ortamda çalışan hemşireler özellikle iletişim becerileri, vaka yönetimi ve hasta güvenliği konularında beceriklidir. Buna en iyi örnek rehabilitasyon merkezidir. Rehabilitasyon merkezi, hastaların bakıma bağımlılığını azaltmak için terapi ve onarıcı eğitim sağlayan yatılı bir kurumdur. Birçok merkez, hastaya, hastanın ailesine veya her ikisine de felç, kafa veya omurilik yaralanması veya başka bir bozukluktan sonra en iyi işlevi elde etmeyi öğreten programlar sunmaktadır. Rehabilitasyon merkezlerindeki hemşireler, fiziksel ve mesleki terapistler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarıyla yakın iş birliği içinde çalışarak stres yaşayan ve hareketlilik ve/veya güvenlik zorluklarına uyum sağlayan hastalarla çalışılmaktadır. Bir durum stabil hale geldikçe rehabilitasyon, hastaların önceki işlev düzeylerine dönmelerine veya optimal işlev düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmaktadır. Böylece yaşam kalitesini artırırken bağımsızlığı ve kişisel bakımı da geliştirir. Örneğin, bazı hastalar majör eklem onarımından önce iyileşmelerini hızlandırmak için fizyoterapiye tabi tutulurlar. Hemşireler, kurumlar ve ortamlar genelinde bakımın sürekliliği açısından kilit bir role sahiptir (86).

### **2.3. Spiritüalite**

Literatürlerde maneviyat kavramı spiritüalite olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Spiritüalite Latince kelime olan "spiritus" tan türemiş olup "nefes almak", "canlı olmak" anlamına gelmektedir. Spiritüalite; zorluklar karşısında sağlam duruş sergilemede önemli katkısı olan bir baş etme sürecidir (87). Bir diğer tanıma göre spiritüalite, "bir kişinin kendine,

başkalarına, daha yüksek bir güce veya doğaya bağlılık duygusu; hayata dair bir anlam duygusu ve günlük yaşamda benliğin ötesinde şaşkınlık hissettiği bir dünyada var olma biçimi" olarak ifade edilmektedir. (88). Beden ve ruh ile karşılıklı etkileşimde olan birleştirici bir güçtür (36). Bu durumu destekler nitelikte Stoll 1989'da spiritüel boyutu yatay ve dikey olmak üzere iki bileşende ifade etmiştir. Yatay bileşen, Bireyin kendisiyle, başkalarıyla ve doğa ile olan iletişimini ifade eder. Dikey bileşen ise Tanrı ve yüksek güçle olan ilişkiyi ifade eder. Bu bileşenler birbirlerinden etkilenirler. Örneğin; dikey bileşen bireyin inançlarını, ahlaki değerlerini, yaşam şeklini yatay bileşene yansıtır. Dikey bileşen ise yaşama anlam ve amaç katma gibi değerleri yansıtır. Bu kavramlar kişinin hastalık, sakatlık, ölüm vb. gibi durumlarında ön plana çıkmaktadır (89).

Spiritüel, her bir birey için farklılık gösterir. Bireyin etnik kökenine, bulunduğu yere, tecrübelerine, dinine, inancına ve yaşam hakkındaki fikirlerine göre değişir (90). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA) ise "spiritüel distres ve spiritüel boyutun güçlendirilmesi potansiyeli" adlı tanıları hemşirelik tanı listesinde yer almaktadır (91). Hemşireler bakmakla yükümlü oldukları hastanın kişisel bilgilerine (yaşı, cinsiyeti gibi vb.) bakmaksızın bakım planlama sürecinde mutlaka hastalarının NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Associations, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) hemşirelik tanıları arasında bulunan "Spiritüel distres= Manevi sıkıntı" tanısını değerlendirmeye almalıdırlar. Bununla birlikte hekimlerinde anamnez alırken hastayı tam olarak anlamaları açısından spiritüel öykülerini almış olmaları, hekimlere iyi bir bilgi kaynağı olacağı düşünülmektedir (92).

Spiritüelitenin yaygınlaşmasıyla DSÖ tarafından maneviyat sekiz alanda tanımlanmıştır. Bunlar; manevi bir varlık ya da güce bağlılık, yaşamın anlamı, bütünlük ve bütünleşme, manevi dayanıklılık, iç huzur/dinginlik/uyum, umut, iyimserlik ve inançtır. Bu tanım sağlık odaklıdır. Bu nedenle özellikle hemşirelikle ilgilidir (90). Spiritüelite kavramına ilginin artmasının nedenleri olarak; maddi yeterliliğin mutluluk getirmemesi, bilginin ölüm ve hastalık karşısında yaşanan kişisel anlam kaybını göstermede yetersiz kalması, ağrı, yalnızlık, anksiyete gibi birçok problemin bilimsel yaklaşım ile çözülememesi, şiddet ve bağınazlık gibi sosyal ve kültürel problemlerin artışına cevap bulma isteği, huzurlu, anlamlı yaşam ve ilişki arayışı gösterilmektedir (93).



### **2.3.1. Din ile Spiritüalite Arasındaki Fark**

Spiritüalitenin, din ile bir ilişkisinin olduğu düşünülebilir. Ancak spiritüalite, dini uygulamaları da içine alabilen, sınırlandırılmayan kapsamlı bir terimdir. Din Tanrı'ya, doğaüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı gerektiren toplumsal bir kurumdur. Geleneksel, törensel ve spesifik bir öğretisi olan din, spiritüaliteden farklıdır (94, 95). Spiritüel inanç ve değerler bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Çünkü birey kendisini bir dine ait hissetmeden veya bir dinin üyesi olmadan da spiritüel boyuta sahip olabilir (90). Dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır (25). Spiritüalite, dinin doğal bir parçası olduğundan çok az kişi kendisini dindar olarak nitelendirebilir ancak maneviyatçı olarak nitelendiremez (96). Din ve spiritüalite, bireylerin bir topluluğun parçası olmalarına veya doğa ya da evrenle bağ kurmalarına yardımcı olur. Bununla beraber bireylerin dua etmesi, kiliseye gitmesi gibi bir varlık veya durumdan umut etmesi, manevi destek araması acıyla başa çıkmasına yardımcı olmasıyla ilişkilendirilebilir (97, 98). Spiritüalitenin, bireylerin sağlığını ve refahını korumak ve hastalıklarla baş etmek için gereken dengeyi sağlamasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bir hastanın manevi ihtiyaçlarının karşılanması, kişinin bütünü ile ilgilenmek, onun inanç ve deneyimlerini kabul etmek, anlam ve umutla ilgili konularda yardımcı olmak anlamına gelir.

### **2.3.2. Spiritüalite ve Sağlık Arasındaki İlişki**

CNA, spiritüalite için bireyle bütünleşmiş bir boyutu olduğunu savunmaktadır (CNA, 2010). Spiritüalite, kişiyi güçlendiren ve hayatına anlam kazandıran davranış ve inançları ifade eder. Spiritüalite, yaşamın özüyle ilgili sağlığın bir bileşenidir ve çoğu insan tarafından paylaşılan hayati bir insan deneyimidir (99) Sağlık azaldıkça spiritüel gereksinimler artabilir (100). Spiritüalitenin kişisel kapasitelerde, hastalıklarla baş etme stratejilerinde ve olumlu sağlık davranışlarında rol oynadığına dair kanıtlar giderek artmaktadır. Örneğin, 263 kanser hastasını kapsayan bir araştırmada, etkili spiritüalite, spiritüel başa çıkma ve spiritüel refah bildirenlerin depresyon ile kişisel ve kişilerarası çatışmalar yaşama olasılığının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (101). Kronik fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları olan gençlerle ilgili çalışmalardan elde edilen verilerin bir meta-analizi, pozitif manevi başa çıkmanın genel refah için önemli bir strateji olduğunu göstermiştir (102). Benzer şekilde, Avustralya'da hastanede yatan 228 hastanın inançları üzerinde yapılan bir araştırma, yanıt verenlerin %80'inin dini ve spiritüel inançların, psikolojik destek, gelişmiş bir refah duygusu

ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmede destek sağlayarak iyileşme sürecine yardımcı olduğunu hissettiğini ortaya çıkarmıştır. (103). Ruh sağlığı hizmetlerinde dini ve manevi müdahalelerin etkisine ilişkin kanıtların yakın zamanda gözden geçirilmesi, bu tür müdahalelerin klinik belirtileri azaltmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir (104). Bunun gibi çalışmalar, spiritüalitenin kişisel sağlık ve daha genel olarak sağlık bakımında önemli bir husus olduğunu vurgulamaktadır.

Sürekli dini kurumlara (kiliseye) devam eden kişilerde stresle baş etmede, hastalığın iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının önlenmesinde ve bırakılmasında, kalp hastalıklarında ve yüksek tansiyonu önlemede, ağrı gidermede, engelleri düzeltmede ve mortalitede %25 azalma olduğu kanıtlanmıştır (92). Spiritüel inanç varlığı bireylerin anksiyete ve stres durumuyla baş etmelerini kolaylaştırır. Sorunlarını çözüme kavuşturabilmek için umutlu ve güçlü olmalarını sağlar. Pozitif sağlık davranışlarını destekleyerek devamlılığını sağlar. Kendi üstünlüklerinin farkına varmalarını ve dolayısıyla hastalık ve sağlık durumları üzerinde de olumlu etkiler yaratmalarına katkıda bulunur (94, 105-107). Spiritüelite zor yönetilen kriz anlarının üstesinden gelmede ve sağlığın geliştirilmesinde hastaya dayanak sağlar. Yaşadıkları zorlukları daha pozitif görmeyi, yeni deneyimler edinmeyi ve yeni bakış açıları geliştirmeyi sağlar (108). Sağlık azaldıkça spiritüel gereksinimleri de artabilir (100). Dolayısıyla bu gibi zamanlarda, bakım desteği çok değerli hale gelir. Bu desteğin devamlılığını sağlamak için hastaların algıları, kültürel yapıları ve etnik kökenleri üzerine kapsamlı bir eğitim almış olmak gerekir. Bu durum temel hemşirelikte bir uzmanlık alanı olarak büyük önem taşır (96).

### **2.3.3. Spiritüel Bakım**

Spiritüel bakım, holistik bakımın bir parçası olması sebebiyle tüm hastalar için olmazsa olmazdır. Hemşireler bireylerin bakımını planlarken spiritüel bakımı da göz önüne alarak planlama ve uygulama yapmalıdır. Hemşirenin bakımından sorumlu olduğu hastayı spiritüel açıdan ele alabilmesi ve aktarımda bir aksaklık olmaması için öncelikle kendi spiritüel boyutunun farkında olmalıdır. Bu farkındalık ile hastaların spiritüel baş etme becerilerini değerlendirebilecek bir bakış açısı sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirenin bireysel düşünce yapısı, yaşamına bakış açısı, çalıştığı ortam, çalışma koşulları, kendi çevresi, hasta ve hasta yakınları ile iletişimi ve bakıma ilişkin algıları sunacağı bakımın etkinliğini ve niteliğini etkiler (28, 30, 37, 35, 111-116).

Nöroloji uzmanı ve bir psikiyatrist olan Viktor Frankl nazi kampında yaşadıklarını kaleme aldığı, insanların acı ve kayıplarından bahsettiği “İnsanın Anlam Arayışı” eserinde mücadele etmenin spiritüel yeterlilikle ilgili olduğuna değinmiştir (117, 118).

Spiritüel bakımda hemşire, hastanın yeteneğine ve beklentilerine göre verilmesi gereken desteği bir bütün olarak temel alır. Spiritüel bakım yüksek kaliteli bakımın bir parçasıdır ve hemşirenin sorumluluğundadır (119). Spiritüel açıdan tam bir iyilik halinde olan birey; amaçları, değerleri ve inançları arasında bir denge söz konusudur. Spiritüel bakım emosyonel stres, fiziksel hastalıklar, ölüm, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynakları gibi birçok faktörden etkilenmektedir (108). Aynı zamanda spiritüel bakım; ağrı ve acıyı azaltma, hastalık sürecini kabullenmeyi kolaylaştırma, yaşam kalitesini artırma ve geleceğe yönelik plan yapmada bireylere yardımcı olmaktadır (120). Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık personelleri, esneklik ve farkındalığı göz önünde bulundurarak, bireyin spiritüel sorumluluklarını yerine getirmesine ve spiritüel gereksinimlerinin belirlenerek bu gereksinimlere yönelik içsel kaynaklarını şimdiki durumu için etkin biçimde kullanmasına yardım edebilmelidir (29, 108, 121).

Her insan spiritüel bakıma gereksinim duyar. Kimi zaman aile bireylerinden kimi zaman arkadaşlarından ve çoğu zaman da sağlık personellerinden bu ihtiyacın karşılanmasını bekler (122). Bireylerin spiritüel boyutu, kayıplarla başa çıkma becerilerini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastaların bir kayıp sırasında güvenebilecekleri spiritüel kaynaklardan bazıları, daha yüksek bir güce veya etkiye olan inancı, arkadaşlarıyla birlikteliklerini, umut kaynaklarını ve yaşamdaki anlamı ve dini ritüelleri ve uygulamaları kullanmalarını içerir. Kayıp bazen spiritüel değerler ve yaşamın anlamı konusunda içsel çatışmalara neden olabilir (123)

Spiritüel destek, özellikle bireyin hastalık, stres, ölüm korkusu yaşadığı, yaşamın anlamına varamadığı, yaşamı sorguladığı ve umudunun tükendiği, mahkumluk, askerlik, sakatlık, afet, yaşlılık, yas gibi kriz durumlarında üstesinden gelmelerine yardımcı olmak, onlara inanç açısından destek olabilmek, varsa soru ve sorunlarına danışmanlık, varlıklarına bir iki mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede eşlik edebilmek, umutlu ve güçlü olmalarını sağlamaktır. Özellikle, yaşamı tehdit eden hastalıklar spiritüel gereksinimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (35, 36, 113, 114, 119, 124-127)

Spiritüel bakımın niteliği, hemşirelerin hastalarla iletişimlerinde bakım, şefkat, neşe, nezaket ve hoşgörü gösterme, mahremiyet, karışık duygu durumu ve onuruna saygı duyma, kültürel ve dini inançlarını destekleme ile ilgilidir (128). Ölümcül hastalığı olan Çinli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılar, hemşirelerin spiritüel bakım sağlamasını beklemeseler de umut ve kabulü teşvik eden şefkatli bir ortamın onların maneviyatını desteklediğini öne sürmüşlerdir (86). Hastalar, hemşirelerin spiritüel gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bu konuda endişe göstermelerini takdir etmektedir. Bu durum çoğunlukla, yaşamı tehdit eden hastalık halinde spiritüalitenin hasta için önemli olduğu ve hasta ile hemşire arasında bir ilişkinin bulunduğu durumlarda geçerlidir (129).

Bakım sürecinde hastaların daha kolay ölçülebilen fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınmaktadır. Buna karşılık spiritüel gereksinimler gözden kaçabilmektedir. Bunun sebebi spiritüel gereksinimlerin fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık yapıda olmasıdır (123, 130). Buna rağmen hastaların spiritüel gereksinimlerinin de saptanması ve gerekli bakımın sağlanması önemlidir. Bunun için, ilk önce spiritüalitenin öyküsünü ve spiritüel gereksinimlerin nasıl ifade edildiği anlatılmalıdır (121). Ancak yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çoğunlukla hastaların ağrılarını gidermeye yönelik girişimler uyguladığı ve daha az oranda manevi bakım desteği sağladıkları bildirilmiştir (131).

Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi'nde (1981) "Hasta uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir" ifadesi yer almaktadır. Dünya Tabipler Amsterdam Bildirgesi'nde (1994) ise "Herkesin, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkı vardır", "Hastaların, bakım ve tedavileri süresince her zaman manevi destek ve yol gösterme hakları vardır" ifadesi yer almaktadır. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı (2002) 12. maddesinde "Her birey kendi kişisel ihtiyaçlarına göre teşhis ve tedavi programlarını yönlendirme hakkına sahiptir" ifadesi de spiritüel bakıma dikkat çekmiştir. Hasta hakları yönetmeliğinin 38. maddesinde "Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır" ifadesi yer almaktadır (132).

Ölümcül hastalığı olan Çinli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılar, hemşirelerin spiritüel bakım sağlamasını beklemeseler de umut ve kabulü teşvik eden şefkatli bir ortamın onların maneviyatını desteklediğini öne sürmüşlerdir (86). Bununla ilgili olarak Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında spiritüel gereksinimin

giderilmesine destek sağlayan bir projeye ülkemiz 2015 yılında imza atmıştır. Buna göre hastanelerde manevi destek sunmaya yönelik ‘‘Manevi Destek Uzmanı’’ adı altında pilot illere personel görevlendirilmiştir. Ülkemizde manevi destek hizmeti, kişilerin maruz kaldıkları kriz durumlarında moral ve motivasyonlarını artırmayı hedefleyen bir hizmettir. Hizmet içeriği; kuran ve hadisler, dayanışma ve rehberlik, duanın önemi, dezavantajlı gruplar, etkili iletişim ve yöntem vb. gibi pek çok konuyu içermektedir (133).

#### **2.3.4. Spiritüel Gereksinimi Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı**

İnsan bir bütündür ve herhangi bir alanda ortaya çıkan yetersizlik bir başka alanı da etkiler (1). Hasta, yaşama umudunu, sevincini ve gücünü kaybederse hayatın anlamına ve inanç sistemine yönelik sıkıntı yaşamaya başlar. Bu sıkıntı hastalarda umutsuzluk, gcszlk, öz saygıda azalma, yaşamın anlamsızlaşması gibi durumlarla birlikte görüldüğünde psikolojik rahatsızlığa zemin hazırlar. Spiritüel bakım Florance Nightingale döneminden itibaren, hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline gelmiştir (134). Florance Nightingale, hemşirelik mesleğine holistik bakış açısıyla bakan bir düşünürdü. Onun bu düşüncesini aşağıdaki ifadeler açıkça tanımlamaktadır; ‘‘Sağlık için, manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir ögedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir’’. Bir birey ruhsal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir (119). Bu ifadeyi destekler nitelikte Joyce Travelbee’nin 1971 yılında, ‘‘Bir hemşire bireyin sadece fiziksel sorunlarına değil, bireyin tüm sorunlarına holistik bir bakım verir.’’ ifadesi bakımın her boyutunun önemli olduğuna vurgu yapmıştır (116, 122).

Govier (2000) spiritüel bakım için beş R’yi tanımlamıştır. Bunlar;

-Reason and Reflection: Hayatın anlamını bulma, yaşamaya devam etme, hayatı güzelleştirme (güzel sanatlar, müzik vb.)

-Religion: Spiritaliteyi ifade etme, değerler ve inaçlar için ereve hazırlama

-Reationships: Sevgi, güven, umut

-Restoration: Bakımın fiziksel görünüşe pozitif etkisi (135, 136).

Sağlık bakımında giderek önem kazanan spiritüel boyut; fiziksel, emosyonel, psikolojik ve sosyal boyut kadar iyi değerlendirilmelidir. Fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve var olmanın daha ötesinde bir boyut olan spiritüel boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi ve spiritüel bakımı içine alan bütüncül bakımın gerekliliği, günümüzde hemşireler tarafından

artık kabul edilmektedir (94, 121, 130). Bütüncül hemşirelik yaklaşımında spiritüel bakım, göz ardı edilmemelidir. Sağlık sisteminde ekibin kesintisiz hizmet veren üyesi olan hemşire, spiritüel gereksinim konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımları profesyonel düzeyde olması gerekmektedir. Bakım verdiği hastayı bu açıdan değerlendirebilmesi ve bu alana özgü gereksinimleri doğru saptayabilmesi, hemşirenin uygun müdahaleleri planlayabilmesi açısından önemlidir. Bu da ancak hemşirenin öncelikle kendi değer, inanç, uygulama ve yaşam felsefesinin farkında olması, hasta ve ailelerinin içinde buldukları durumu onların açısından değerlendirebilmesi yani, empatik olması ile gerçekleşebilir. Hasta ve ailesini yalnızca anlamak yetmez aynı zamanda ne yapılabileceğini ya da nelerin yapılamayacağını bilmek de verilen bakıma ışık tutar (110). Hemşirelerin spiritüel bakımı nasıl anladıkları ve uyguladıklarına göre bakım süreci üç aşamaya ayrılmıştır. Birinci aşamada hemşireler spiritüalitenin hasta için önemli olabileceğine dair işaret ve ipuçları aramışlardır. İkinci aşamada hemşireler hastalarla geçirecek zaman bularak ve hastaların mahremiyetine saygı göstererek bu tür endişeleri nazikçe araştırarak hastaların daha derin endişelerini ortaya çıkarmışlardır. Üçüncü aşamada, dikkatli katılım da dahil olmak üzere çeşitli stratejilerle iyileşme sürecini kolaylaştırmışlardır. Bu aşamalarda hemşirelerin hastayla güven ilişkisi kurması önemlidir (86).

Spiritüel gereksinim hasta bireylerde bir umut arayışıdır. Hemşirelerin bu süreci algılamaları ne kadar yüksek olursa uygulamalarına dahil etme sıklığı da o kadar yüksek olacaktır. Buna ek olarak hemşire hastanın ilişkilerdeki istek ve amacın yapısını çözmesi, daha sonra çeşitli yaklaşımlar ve teknikler ile hastalara iyi bir bakım sağlaması ve hastanın umudunu yitirmemesi yönünde deneyimlerini hastalarına aktarması spiritüel bakımın etkinliğini artıracaktır (122). Sağlık profesyonelleri spiritüel gereksinimleri gözlem ve inceleme yoluyla ya da hastaların sözel ve sözel olmayan iletişimleriyle belirleyebilirler. Bu doğrultuda hemşireler hastalar ile iletişimlerinde aktif dinlemeyi kullanmalı, hastaların spiritüel gereksinimlerine yönelik belirttikleri ifadeleri tanımalı ve doğru değerlendirebilmelidirler (137). Hastaların spiritüel boyutlarının değerlendirilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için uygun ortamın oluşturulması, hastaya zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür. Sağlık elemanları aktif dinleme, sessizce hasta ile birlikte oturma yöntemlerini iyi kullanmalıdır. Hastayı dinlemek, gülümsemek, dokunmak, elini sıkmak, sorularını yanıtlamak, ağrılı müdahaleleri nazikçe gerçekleştirmek, endişe alanlarını keşfetmek spiritüel bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etmenin yollarıdır (134). Hastaların

spiritüel boyutuna ilişkin ifadelerinin dinlenmesi ve spiritüel endişeye ilişkin belirtilerin değerlendirilmesi spiritüel gereksinimlere yönelik verilerin toplanmasına rehberlik etmiştir (131).

#### **2.4. Bakım Bağımlılığı ile Spiritüel Bakım Gereksinimi Arasındaki İlişki**

Hastanın bağımsızlığını kaybetme riski ile birlikte hastalığın tedavisi veya etkilerinin azaltılması ve olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla yapılan tedavi ve bakım girişimlerine bağlı olarak başka sorunlar da ortaya çıkmaktadır. (94, 109, 111). Özellikle spiritüel boyut ve bu boyuta yönelik yapılan spiritüel bakımın hasta bireylerin iyileşme süreçlerine ve yaşam kalitesine katkısı oldukça fazladır (35, 37, 95, 124, 138). Manevi değerlere sahip olan hastalar, hastalıkları, hastalıkla ilişkili ağrı gibi sorunlar ve diğer yaşam stresörleri ile baş etmede ve iyileşme süreçlerinde inançlarından yararlanabilir. Hastalık ile mücadele sürecinde birey hem tıbbın olanaklarından yararlanmakta hem de maneviyatı ve inancıyla yaşamını tehdit eden bu durumla baş etmeye çalışmaktadır (35, 114, 124). Bireyin kriz yaşadığı zor zamanlarında ortaya çıkan spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, hemşirelerin bireye özgü spiritüel bakımı planlaması ve uygulaması ile sağlanabilir. Bireyin bir kriz yaşadığı zor zamanlarında ortaya çıkan spiritüel gereksinimlerinin karşılanması, bireyin inanç ve değerleriyle sağlık bakım hizmetleri arasındaki çatışmayı azaltarak sağlığına olumlu katkı sağlayacaktır (35). Akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluğun yaşandığı kriz zamanlarında, hemşirelerin bireyin kaygılarını dinleme, empati yapma gibi spiritüel bakım girişimlerinde bulunmasının hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı fizyolojik, psikolojik ve mental rahatlığı ve iletişimi artırdığı, iyileşme sürecini olumlu etkilediği belirlenmiştir (124, 139, 140).

Bazı kliniklerde hastaların, yaşam tehdidi altında olması, bilindik olmayan kişi ve çevrenin varlığı, uyku düzenindeki bozulma, yatağa bağımlılık, aile süreçlerinde bozulmalar, sosyal aktivite de bozulma, ağrılı girişimlerin sık tekrarlanması, hastalığın seyri, tedavi ve uygulamalar söz konusu olabilmektedir. Bu faktörler göz önüne alındığında, bireyde anksiyete, korku, ajitasyon, uykusuzluk, depresyon ve deliryum tabloları oluşabilmekte ve hastada spiritüel distrese ve bakım bağımlılığına yol açarak iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (94, 120, 141). Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin bakımı çok önemlidir. Spiritüel yönü gelişmiş ve dine bağımlılığı fazla olan hastalar, fiziksel, duygusal ve sosyal yönden daha sağlıklıdırlar. Bu hastaların ümit düzeyleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşüktür, stresle daha iyi baş ederler ve yaşam

kaliteleri yüksektir. Spiritüel bakımın öneminin bilinmemesi, bu bakımı sunma becerilerinin eksikliği, din ile spiritüalitenin karıştırılması, sağlık elemanlarından hastaya spiritüel bakım sunmalarının beklenmemesi ya da bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi bu konunun göz ardı edilmesine yol açmaktadır. (134).

Çevreden destek gören ve iyi bir fonksiyonel duruma sahip olan kemoterapi hastalarının öz bakımları daha iyi seviyededir. (142). Buna benzer olarak yoğun bakımda tedavi gören çocuk hastaların annelerinin büyük çoğunluğu manevi duygularının çocuklarının hastalıkları ile baş ederken kendilerine yardımcı olduğu, spiritüel ihtiyaçlarını yerine getirerek güç bulduğu, daha pozitif ve olumlu düşünüldüğü sonucuna ulaşmıştır (141). Bunun aksine karşılanmayan spiritüel gereksinimin ise sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etki bıraktığı, hastalık seyrinin belirtilerinde artış olduğu belirlenmiştir (143, 144). Bu nedenle holistik bakımın bir getirisi ve spiritüalitenin bireyde yarattığı bu olumlu etkilerinden dolayı spiritüel bakımın hemşirelerin uygulamalarında yer alması oldukça önemlidir. Bu nedenle holistik bakımın bir getirisi ve spiritüalitenin bireyde yarattığı bu olumlu etkilerinden dolayı spiritüel bakımın hemşirelerin uygulamalarında yer alması oldukça önemlidir (120). Hemşirelerin tedavi sürecinde hastalara vereceği destek ve eğitimin iyileşmeyi hızlandırdığı, yaşam kalitelerini ve öz bakımlarını arttırdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (145-147). Bu nedenle tedavi öncesi, sırası ve sonrasında hastaları bilgilendirmek ve tedavi sürecini takip ederek hastaya özgü bakım stratejisini iyi yönetmek gerekmektedir (148).

Son zamanlarda hemşirelerin manevi bakım uygulamalarını nasıl yapabileceklerini gösteren bir yönergeye ihtiyaç vardır. Özellikle hemşirelerin hastalarına sunmaları gereken spiritüel bakım ile bu bakımın hangi koşullar altında yapılması gerektiği ve spiritüel ihtiyaçlar hakkında hastalarına nasıl yardımcı olabilecekleri konularında çok az bilgi bulunmaktadır (122). Hemşireliğin özünde ve aslında tüm insani hizmet mesleklerinin özünde, her bir kişiye benzersiz ve doğası gereği değerli bir birey olarak bakma taahhüdü vardır. Spiritüelite söz konusu olduğunda bu bağlılık, her kişinin inancına saygı gösterilmesiyle başlar. İnsanların dünyayı deneyimleme ve bu deneyimde anlam bulma biçimlerinde farklılıklar vardır. Spiritüel bakım bağlamında eleştirel düşünme iki önemli süreci gerektirir. Birincisi, hastayı anlamak anlamına gelir. Bu, kişinin spiritüel ve dini değerlerini, inançlarını ve deneyimlerini ve bunların mevcut koşullarından nasıl etkilendiğini içerir. Doğal olarak, bu değerlendirmenin derinliği koşullara (örneğin palyatif bakım yerine günübirlik ameliyat için gelen hastalar) ve hemşire-hasta ilişkisinin derinliğine duyarlı olmalıdır. İkincisi, spiritüel



bakıma eleştirel düşünme yaklaşımı, sağlanan bakımın hem etik olmasını hem de mevcut en iyi kanıtlara dayanmasını sağlamayı gerektirir (86).

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

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olan bu araştırma, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

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

Araştırma, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye servislerinde yapılmıştır. Bunlar; dahiliye, kardiyoloji, göğüs, nöroloji, palyatif, intaniye ile fizik tedavi ve rehabilitasyon servisleridir. Araştırma verileri 03.04.2023-16.06.2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evreni 03.04.2023-16.06.2023 tarihleri arasında dahiliye servislerinde yatan erişkin hastaları kapsamaktadır. Kırşehir il merkezinde bulunan, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2021 yılı itibariyle 12 ay boyunca dahiliye servislerinde yatan 18 yaş ve üstü hasta sayısı yaklaşık 5.500 olduğu saptanmıştır. Araştırmanın örneklemini ise; 18 yaş ve üstü, bilinci açık, iletişim sorunu olmayan, açıklama sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü güç analizi (G\*Power 3.1) ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada 0.5 etki büyüklüğünde, 0.95 güven aralığında 0.05 yanılma düzeyinde 378 hasta ile çalışılması gerektiği belirlenmiştir. Veri toplama işlemi hesaplanan yeterli örneklem sayısına ulaşıldığında sonlandırılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Kişi, yer ve zamana oryante olma,

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etme,
- Görme ve işitme kaybı olmama,
- Dahiliye servisinde yatıyor olma ve
- Serviste en az üç gündür yatıyor olmasıdır.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; “Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)” ve “Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ)”, bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaptığı iş, eğitim durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, günlük aktivite durumu, engellilik durumu, yardımcı cihaz kullanma durumu, mevcut ve ek kronik hastalık varlığı, bakım alırken yardım alma durumu, yaşanan sorunları, dinin inanç durumu ve dini aktivitelerinin yerine getirme sıklığıdır.

### **3.5 Veri Toplama Araçları**

Veri toplama sürecinde üç farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Bunlar;

- Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK 1)
- Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (EK 2)
- Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ) (EK 3)

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)**

Form, çalışma örnekleminde yer alan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini ve hastalık bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (1, 13, 15). Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaptığı iş, eğitim durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, günlük aktivite durumu, engellilik durumu, yardımcı cihaz kullanma durumu, mevcut ve ek kronik hastalık varlığı, bakım alırken yardım alma durumu, yaşanan sorunlar, dinin inanç durumu ve dini aktiviteleri yerine getirme sıklığını içermektedir (EK-1).

### 3.5.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)

Ölçek, Dijkstra (1998) tarafından geliştirilmiştir (24). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Türkiye’de Yönt ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Virginia Henderson’ın insan gereksinimleri hiyerarşisi baz alınarak ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Fiziksel ve psikolojik yönleri içeren ölçek hastaların kapsamlı bir şekilde bakım bağımlılıklarının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ölçek maddeleri hastaların; beslenme, kontinans, hareketlilik, gündüz/gece döngüsü, giyinme ve soyunma, vücut sıcaklığı, vücut temizliği, tehlikelerden kaçınma durumu, iletişim kurabilme hali, ibadet gereksinimi, kurallara uyma becerisi, günlük ve eğlence aktivitelerine katılabilme, bellek/hafıza ve öğrenme yeteneği konularında bağımlılık düzeyini değerlendirmektedir. Ölçek beş’li likert tipi ve 17 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme 1= tamamen bağımlı, 5= hemen, hemen/ tamamen bağımsız şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85’dir. Ölçek puanının yüksek olması, hastanın kendi kendine bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir (149). Bu çalışmadaki ölçeğin Cronbach alpha değeri .96 olarak bulunmuştur (Ek-2).

### 3.5.3. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (SBGÖ)

Wu ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğini ülkemizde İsmailoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (121, 150). Hastaların spiritüel gereksinimleri hakkında bilgi almayı sağlamaktadır. Hastanede yatan bütün hastaların dinin inanç durumlarına bakılmaksızın tüm hastalara uygulanabilirliği d bu ölçeği diğer ölçeklerden farklı kılmaktadır. SBGÖ, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım ihtiyacının kendileri için gereklilik durumlarını 5’li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Değerlendirme ise, 1 = “Hiç gerekli değil”, 2 = “Gerekli değil”, 3 = “Fark etmez”, 4 = “Gerekli”, 5 = “Kesinlikle gerekli” şeklindedir. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu gösterir. Ölçek “anlam ve umut” ve “önemseme ve saygı” olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Anlam ve umut bileşeni, ruhsal iyi olmanın kendine, doğaya ve çevresel faktörlere yönelik ifadeleri; önemseme ve

saygı bileşeni ise diğer kişilerle ilişkiye yönelik ifadeleri içerir. Bu çalışmadaki ölçeğin genel iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri ise .95 olarak bulunmuştur (150) (Ek-3). (134)

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmada kullanılan ölçme araçlarının kullanımı ile ilgili gerekli izinler ölçekleri uyarlayan ve geliştiren araştırmacılara ulaşılarak alınmıştır (EK 4; EK 5). Daha sonrasında etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların rızası dahilinde hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu aşamada önce tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bilgiler alınarak ardından hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla ölçme araçları kullanılmıştır. Her bir hasta için anketlerin doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Tüm verilerin analizi için bilgisayar ortamında bir istatistik programı kullanılmıştır. Veriler yüzde (%), ortalama ( $\bar{X}$ ), standart sapma (SS), tek yönlü varyans, Bonferroni posthoc, Mann-Whitney U, Cronbach alfa, pearson korelasyon analizleri ve bağımsız grupta t testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmeye alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.09.2022 tarih ve 2022-16/143 karar nolu kurul onayı (Ek 6) ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Komisyonu'nun E- 42884709 020 sayılı kurum izni alınmıştır (EK 7). Hastalara, araştırmaya katılmakta özgür oldukları, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklanmıştır. Elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için isim kullanılmadan yayınlanacağı açıklanmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya 18 yaş üstü, bilinci açık, iletişim sorunu olmayan ve gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Bu koşulları sağlamayan ve gönüllü olmayanlar bu araştırmanın dışında bırakılmıştır. Çalışma sonuçları, sadece bu araştırmada yer alan katılımcılara genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

**Tablo 4.1:** Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=378).

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	
Yaş ( $\bar{X}$ +SS= 61.33+16.44, min=18, max=94)	18-24 yaş	14 3.7	
	25-34 yaş	19 5.0	
	35-44 yaş	30 7.9	
	45-54 yaş	46 12.2	
	55-64 yaş	92 24.4	
	<b>65 yaş ve üzeri</b>	<b>177</b>	<b>46.8</b>
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	<b>200</b>	<b>52.9</b>
	Erkek	178	47.1
Medeni Durum	<b>Evli</b>	<b>251</b>	
	Bekar	56	<b>66.4</b>
	Dul	71	14.8
Yapılan iş	<b>Ev Hanımı</b>	<b>137</b>	
	Memur	89	<b>36.2</b>
	Emekli	71	23.5
	Esnaf, serbest meslek	60	18.8
	İşsiz	21	15.9
			5.6
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	34	9.0
	Okuryazar	40	10.6
	<b>İlkokul</b>	<b>178</b>	<b>47.1</b>
	Ortaokul	51	13.5
	Lise	52	13.8
	Üniversite ve üzeri	23	6.1
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	12	3.2
	<b>Gelir gideri denk</b>	<b>247</b>	<b>65.3</b>
	Gelir giderden az	119	31.5
Birlikte Yaşadığı Kişiler	<b>Eşi ile</b>	<b>152</b>	<b>40.2</b>
	Eşi ve çocukları ile	87	23
	Yalnız yaşıyor	53	14
	Çocukları ile	49	13
	Ebeveyn ile	27	7.1
	Akrabaları ile	7	1.9
	Huzurevinde	3	0.8

**Tablo 4.1 (devam):** Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=378).

Günlük Aktivite Durumu	Çok iyi	47	12.4
	<b>İyi</b>	<b>257</b>	<b>68.0</b>
	Kötü	74	19.6
Engellilik Durumu	Var	47	12.4
	<b>Yok</b>	<b>331</b>	<b>87.6</b>
Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu	<b>Kullanıyorum</b>	<b>211</b>	
	Kullanmıyorum	167	<b>55.8</b> 44.2
Kullanılan Yardımcı Cihazlar*	<b>Gözlük</b>	<b>100</b>	<b>47.3</b>
	Baston	83	39.3
	Nebülizatör	38	18
	İşitme cihazı	20	9.4
	Tekerlekli sandalye	14	6.6
	Walker	10	4.7
	Protez	9	4.2
	Hastalık Durumu**	<b>Dolaşım Sistemi (Ateroskleroz, Kalp yetmezliği, Lenfadenit vs.)</b>	<b>207</b>
Hareket Sistemi (Osteoporoz, Yumuşak doku bozukluğu vs.)		111	29.4
Solunum Sistemi (KOAHA, Astım, Pnömoni vs.)		77	20.3
Sinir Sistemi (Epilepsi, Parkinson, Menenjit, Ataksi vs)		74	19.5
Boşaltım Sistemi (Böbrek yetmezliği, Ülseratif kolit, Kolesistit vs.)		51	13.5
Sindirim Sistemi (Reflü, Ülser, Akut Pankreatit vs.)		10	2.7
Kanser		7	1.9
Bakım Alırken Yardım Alma Durumu	Alıyor	177	46.8
	<b>Almıyor</b>	<b>201</b>	<b>53.2</b>
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Sorun Yaşama Durumu	<b>Yaşıyor</b>	<b>292</b>	<b>77.2</b>
	Yaşamıyor	86	22.8
Yaşanan Sorun Türü***	<b>Güvenli Çevrenin Sağlanması (İşitme sorunu)</b>	<b>164</b>	<b>56.1</b>
	Güvenli Çevrenin Sağlanması (Görme sorunu)	128	43.8
	Beslenme (Çiğneme sorunu)	60	20.5
	İletişim (Konuşma sorunu)	52	17.8
	Hareket (Yürüme sorunu)	46	15.7
	Boşaltım (Boşaltım sorunu)	21	7.1
	Solunum (Solunum sorunu)	20	6.8
	Dini İnanç durumu	<b>İnanıyor</b>	<b>366</b>
İnanmıyor		12	3.2
Dini Aktivite Sıklığı	Hiç	62	16.4
	<b>Nadiren</b>	<b>160</b>	<b>42.3</b>
	Düzenli	156	41.3

\*Birden fazla yanıt verilmiş. Yüzdeler n=211'e göre alınmıştır.

\*\*Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=378'e göre alınmıştır.

\*\*\* Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=292'e göre alınmıştır.

Hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 61.33+16.44 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %46.8'i 65 yaş ve üzeri, %52.9'u kadın, %66.4'ü evli, %36.2'si ev hanımı ve %47.1'i ilköğretim mezundur. Çalışmaya katılanların %65.3'ünün



geliri giderine denk olup, %40.2'si eşiyile yaşamaktadır. Hastaların %68'inin günlük aktivite durumu iyi düzeydedir ve %87.6'sının herhangi bir engeli bulunmamaktadır. Hastaların %55.8'i yardımcı cihaz kullanmakta olup, %47.3'ü yardımcı cihaz olarak gözlük kullanmaktadır. Hastaların dolaşım, hareket, solunum, sinir, boşaltım ve sindirim sistemine ilişkin pek çok tanısının olduğu saptanmıştır. Bunlar sırasıyla; diyabet (64), hipertansiyon (62), herni (32), fraktür (31), KOAH (30), astım (28), felç (28), aritmi (25), böbrek yetmezliği (25), ateroskleroz (23), kalp yetmezliği (19), İYE (16), pnömoni (14), fibromiyalji (14), parkinson (11), guatr (9), osteoartrit (8), Kanser (7), yumuşak doku bozukluğu (7), MS (6), epilepsi (6), osteoporoz (5), plevral efüzyon (5), Alzheimer (5), kolesistit (4), akut pankreatit (4), ensefalit (3), ülser (3), ülseratif kolit (3), iltihaplı eklem romatizması (3), vertigo (3), prostat (3), menenjit (3), beyin kanaması (3), huzursuz bacak sendromu (3), kas distrofisi (2), reflü (2), gullian barre sendromu (2), ankilozan spondilit (2), brucella (2), hidrosefali (2), ataksi (2), skolyoz (2), osteomyelit (1), kist hidatik (1), Behçet (1), kardiyomiyopati (1), lenf adenit (1), kistoid makulo ödemi (1), şeklindedir. Hastaların %53.2'si bakım alırken yardım almamaktadır. Hastaların %77.2'si günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sorun yaşamakta olup yaşanan sorunlar; işitme (56.1), görme (43.8), çiğneme (20.5), konuşma (17.8), yürüme (15.7), boşaltım (7.1), solunum (6.8) sorunları adı altında toplanmıştır. Hastaların %96.8'i herhangi bir dini inanca sahip olup, %42.3'ü dini inanç sıklıklarını nadiren gerçekleştirdiğini belirtmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2:** Bakım Bağımlılığı Ölçeği toplam puan ortalamaları.

Ölçek Toplam Puan Ortalaması	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Toplam Puan Ortalaması	64.83±17.61	17	85

Hastaların “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” puan ortalamaları 64.83±17.61'dir (min = 17, max =85). (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3:** Bireyin tanımlayıcı özellikleri ile Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması.

Birey Tanımlayıcı Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Test / p
<b>Yaş</b>	18-24 yaş <sup>1</sup>	75.01±8.80
	25-34 yaş <sup>2</sup>	76.21±8.43
	35-44 yaş <sup>3</sup>	70.30±13.08
	45-54 yaş <sup>4</sup>	66.71±17.75
	55-64 yaş <sup>5</sup>	67.46±17.82
	65 yaş ve üzeri <sup>6</sup>	60.01±17.97
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	62.78±18.03
	Erkek	67.13±16.87

**Tablo 4.3 (devam):** Bireyin tanımlayıcı özellikleri ile Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması.

<b>Medeni Durum</b>	Evli <sup>1</sup>	66.13±17.39	F=9.853
	Bekar <sup>2</sup>	69.01±15.00	<b>p=.000</b>
	Dul <sup>3</sup>	56.92±18.16	1>3* 2>3*
<b>Yapılan İş</b>	Ev Hanımı	63.65±17.78	F=1.532 p=.192
	Memur	63.60±20.08	
	Esnaf, Serbest Meslek	67.51±17.39	
	Emekli	64.21±14.17	
	İşsiz	72.09±15.20	
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	61.00±16.45	F=2.661 <b>p=.022</b>
	değil	58.42±17.68	
	Okuryazar	64.38±17.77	
	İlkokul	67.68±17.54	
	Ortaokul	68.38±17.07	
	Lise Üniversite ve üzeri	70.69±15.99	
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden fazla <sup>1</sup>	61.08±16.74	F=4.451
	Gelir gideri denk <sup>2</sup>	66.79±16.75	<b>p=.012</b>
	Gelir giderden az <sup>3</sup>	61.18±18.87	2>3*
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	Ebeveyn ile <sup>5</sup>	71.96±14.06	F=4.784 <b>p=.000</b> 3>4* 5>4*
	Eşi ve çocukları ile <sup>3</sup>	70.21±16.10	
	Eşi ile <sup>2</sup>	64.60±17.24	
	Huzurevinde <sup>6</sup>	63.33±26.35	
	Yalnız Yaşıyor <sup>1</sup>	62.09±18.78	
	Çocukları ile <sup>4</sup>	56.51±16.80	
	Akrabaları ile <sup>7</sup>	54.85±21.96	
<b>Günlük Aktivite Durumu</b>	Çok iyi <sup>1</sup>	74.25±12.79	F=36.52
	İyi <sup>2</sup>	67.01±16.24	<b>p=.000</b>
	Kötü <sup>3</sup>	51.24±17.68	1>2* 1>3* 2>3*
<b>Engellilik Durumu</b>	Var	52.38±18.46	t=-5.365
	Yok	66.59±16.78	<b>p=.000</b>
<b>Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>	Kullanıyorum	61.49±17.52	t=-4.227
	Kullanmıyorum	69.04±16.84	<b>p=.000</b>
<b>Bakım Alırken Yardım Alma Durumu</b>	Alıyor	57.42±17.71	U=9234.50
	Almıyor	71.35±14.78	<b>p=.000</b>
<b>Günlük Yaşam Aktivitelerinde Sorun Yaşama Durumu</b>	Yaşıyor	61.92±17.84	U=6826.50
	Yaşamıyor	74.70±12.57	<b>p=.000</b>
<b>Dini inanç durumu</b>	Var	64.65±17.71	t=-1.100
	Yok	70.33±13.52	p=.272
<b>Dini Aktivite Sıklığı</b>	Hiç <sup>1</sup>	54.12±19.79	F=14.76
	Nadiren <sup>2</sup>	66.55±16.45	<b>p=.000</b>
	Düzenli <sup>3</sup>	67.31±16.35	2>1* 3>1*

p<.05, t = Bağımsız gruplarda t testi, U=Mann-Whitney U testi, F = Tek yönlü varyans analizi, KW= Kruskal Wallis-H Testi \* Bonferroni= 1<3

Hastaların yaşı ile BBÖ puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. 18-24 yaş arası hastalarda  $75.01 \pm 8.80$ , 25-34 yaş arası hastalarda  $76.21 \pm 8.43$ , 35-44 yaş arası hastalarda  $70.30 \pm 13.08$ , 45-54 yaş arası hastalarda  $66.71 \pm 17.75$ , 55-64 yaş arası hastalarda  $67.46 \pm 17.82$ , 65 yaş ve üzeri hastalarda  $60.01 \pm 17.97$ 'dir. Analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın 18-24 yaş, 25-34 yaş, 35-44 yaş ile 65 yaş ve üzeri yaş hastalar arasında olduğu bulunmuştur.

Yapılan analiz sonucunda kadın hastaların ölçek puan ortalaması  $62.78 \pm 18.03$ , erkek hastaların ise  $67.13 \pm 16.87$  olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

Hastaların medeni durumu tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda medeni durum ile BBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın evli ve bekar hastalardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda eğitim durumu ile BBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Hastaların gelir durumu tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda gelir durumu ile BBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın geliri giderine denk hastalardan olduğu bulunmuştur.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda birlikte yaşadığı kişiler ile BBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastalar ile çocuklarıyla yaşayan hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hastaların günlük aktivite durumu tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda günlük aktivite durumu ile BBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın günlük aktivite durumu çok iyi ve iyi olan hastalardan olduğu belirlenmiştir.

Hastaların engellilik durumu ile BBÖ toplam puanları bağımsız gruplarda t testi analizi ile değerlendirilmiştir. Engel durumu olan hastaların puan ortalaması  $52.38\pm 18.46$ , engel durumu olmayan hastaların ise  $66.59\pm 16.78$  olarak bulunmuştur. Engel durumu ile BBÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Hastaların yardımcı cihaz kullanma durumları ile BBÖ toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi analizi ile değerlendirilmiştir. Yardımcı cihaz kullanan hastaların ölçek toplam puan ortalaması  $61.49\pm 17.52$ , yardımcı cihaz kullanmayan hastaların ise  $69.04\pm 16.84$  olarak bulunmuştur. Yardımcı cihaz kullanan ve kullanmayan hastaların ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Bakım alırken yardım alma durumları ile BBÖ toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi analizi ile değerlendirilmiştir. Bakım alırken yardım alan hastaların ölçek toplam puan ortalaması  $64.83\pm 17.61$ , bakım alırken yardım almayan hastaların ise  $1.56\pm 0.81$  olarak bulunmuştur. Bakım alırken yardım alan ve almayan hastaların ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Hastaların sorun yaşama durumları ile BBÖ toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi analizi ile değerlendirilmiştir. Sorun yaşayan hastaların ölçek toplam puan ortalaması  $64.83\pm 17.61$ , sorun yaşamayan hastaların ise  $1.22\pm 0.41$  olarak bulunmuştur. Sorun yaşayan ve yaşamayan hastaların ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Hastaların dini aktivite sıklığı tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda birlikte dini aktivite sıklığı ile BBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın nadiren yapan hastalar ile düzenli yapan hastalardan kaynaklı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4:** Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	Ort $\pm$ SS	Min	Max
Anlam ve Umut	37.79 $\pm$ 12.28	13	77
Önemseme ve Saygı	26.35 $\pm$ 7.79	8	40
Toplam Puan Ortalaması	64.02 $\pm$ 18.69	21	105

Hastaların toplam “Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği” puan ortalamaları ise 64.02 $\pm$ 18.69 (min=21, max=105), “Anlam ve Umut Alt Boyutu” puan ortalaması 37.79 $\pm$ 12.28 (min=13, max=77), “Önemseme ve Saygı Alt Boyutu” puan ortalamasının 26.35 $\pm$ 7.79 olduğu saptanmıştır (min=8, max=40) (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5:** Bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması.

Birey Tanımlayıcı Özellikler	Anlam ve Umut	Test p	Önemseme ve Saygı	Test p	Toplam	Test / p
Yaş	18-24 yaş		28.9±9.7		71.0±23.6	
	25-34 yaş	F=.811	24.8±6.9		61.2±16.4	F=.819
	35-44 yaş	p=.542	26.0±7.4	F=.523	62.8±17.0	p=.537
	45-54 yaş		26.7±7.6	p=.759	66.3±17.7	
	55-64 yaş		26.5±8.8		64.8±21.1	
	65 yaş ve üzeri		26.1±7.2		62.9±17.6	
Cinsiyet	Kadın	t=1.042	26.6±7.8	t=.826	65.0±18.7	t=1.171
	Erkek	p=.298	26.0±7.7	p=.409	62.8±18.5	p=.242
Medeni Durum	Evli <sup>1</sup>	F=.5849	25.8±7.7	F=2.038	62.2±18.0	F=4.365
	Bekar <sup>2</sup>	<b>p=.003</b>	26.5±8.8	p=.132	65.2±21.8	<b>p=.013</b>
	Dul <sup>3</sup>	3>1	27.9±6.9	3>1	69.4±17.1	3>1
Yapılan İş	Ev Hanımı		26.5±6.9		64.5±18.0	
	Memur	F=.285	27.1±8.5	F=.574	64.6±19.8	F=.210
	Esnaf, Serbest Meslek	p=.888	25.8±8.6	p=.682	64.1±18.8	p=.933
	Emekli		25.5±6.8		62.2±16.6	
	İşsiz		25.4±10.1		63.4±24.7	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil <sup>1</sup>	F=4.731	29.6±7.3	F=4.205	73.7±18.7	
	Okuryazar <sup>2</sup>	<b>p=.000</b>	29.9±6.3	<b>p=.001</b>	72.8±17.1	
	İlkokul <sup>3</sup>	1>3*	26.0±7.4	1>6*	63.1±17.5	F=5.285
	Ortaokul <sup>4</sup>	1>4*	25.0±8.3	2>3*	59.9±19.3	<b>p=.000</b>
	Lise <sup>5</sup>	1>5*	25.1±8.0	2>4*	60.9±18.2	
	Üniversite ve üzeri <sup>6</sup>	1>6*	23.6±9.2	2>5*	57.6±20.9	
		2>4*	2>6*			

**Tablo 4.5 (devam): Bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması.**

<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden fazla <sup>1</sup> Gelir gideri denk <sup>2</sup> Gelir giderden az <sup>3</sup>	36.0±10.0 36.3±12.2 41.0±12.0	F=6.271 <b>p=.002</b> 3>2*	25.1±8.6 25.5±7.6 28.1±7.7	F=4.866 <b>p=.008</b> 3>2*	61.1±17.8 61.7±18.0 69.0±19.2	F=6.526 <b>p=.002</b> 3>2*
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	Yalnız Yaşıyor <sup>1</sup> Eşi ile <sup>2</sup> Eşi ve çocukları ile <sup>3</sup> Çocukları ile <sup>4</sup> Ebeveyn ile <sup>5</sup> Huzurevinde <sup>6</sup> Akrabaları ile <sup>7</sup>	37.7±11.8 36.2±11.5 35.1±11.3 43.4±11.5 39.4±14.5 46.0±8.8 55.2±13.9	F=5.894 <b>p=.000</b> 7>1* 4>2* 7>2* 4>3* 7>3*	25.9±7.1 25.6±7.5 25.4±7.8 28.1±7.6 27.8±9.4 30.0±7.2 35.2±6.2	F=2.683 <b>p=.015</b> 7>1* 7>2* 7>3*	63.7±18.1 61.9±17.4 60.4±18.0 71.5±18.3 67.2±22.8 76.0±16.0 86.2±14.9	F=4.406 <b>p=.000</b> 7>1* 7>2* 4>3* 4>2*
<b>Günlük Aktivite Durumu</b>	Çokiyi <sup>1</sup> İyi <sup>2</sup> Kötü <sup>3</sup>	37.7±14.7 36.5±11.4 42.2±12.3	F=6.469 <b>p=.002</b> 3>1*	26.5±9.6 25.6±7.4 28.5±7.3	F=3.933 <b>p=.020</b> 3>1*	63.8±24.0 62.0±17.0 70.8±18.8	F=6.430 <b>p=.002</b> 3>1*
<b>Engellilik Durumu</b>	Var Yok	39.6±11.2 37.5±12.4	t=1.110 p=.268	27.4±7.3 26.2±7.8	t=1.008 p=.314	67.0±17.1 63.5±18.8	t=1.201 p=.231
<b>Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>	Kullanıyorum Kullanmıyorum	37.9±12.7 37.6±11.6	t=.231 p=.817	26.1±8.1 26.6±7.3	t=-.639 p=.523	63.8±19.5 64.2±17.6	t=-.233 p=.816
<b>Bakım Alırken Yardım Alma Durumu</b>	Alıyor Almıyor	39.3±12.0 36.3±12.4	t=2.395 <b>p=.017</b>	26.9±7.6 25.8±7.9	t=1.430 p=.153	66.0±18.0 62.2±19.1	t=2.025 <b>p=.044</b>
<b>Günlük Yaşam Aktivitelerinde Sorun Yaşama Durumu</b>	Yaşıyor Yaşamıyor	37.6±12.5 38.2±11.4	t=-.382 p=.703	26.2±7.9 26.8±7.3	t=-.687 p=.493	63.7±18.9 65.1±17.7	t=-.610 p=.529
<b>Dini inanç durumu</b>	Var Yok	37.8±12.2 35.0±12.1	t=.778 p=.437	26.4±7.8 23.4±5.1	t=1.327 p=.185	64.2±18.7 58.5±16.5	t=1.041 p=.299
<b>Dini Aktivite Sıklığı</b>	Hİç <sup>1</sup> Nadiren <sup>2</sup> Düzenli <sup>3</sup>	38.7±12.4 39.4±10.9 35.7±13.2	F=3.899 <b>p=.021</b> 2>3*	27.6±7.0 26.3±6.9 25.8±8.7	F=1.187 p=.306	66.4±18.1 65.5±16.5 61.4±20.6	F=2.500 p=.083

p<.05, t = Bağımsız gruplarda t testi, F = Tek yönlü varyans analizi  
\* Bonferroni= 1<3

Yapılan analiz sonucunda hastaların medeni durumlarına göre SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.01$ ), SBGÖ toplam puanı ( $p<0.05$ ) ile hastaların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni posthoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın evli ve dul hastalar arasında olduğu bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumu ile SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.001$ ), önemseme ve saygı boyutu ( $p<0.001$ ), spiritüel bakım gereksinimleri ölçek toplam puanı ( $p<0.001$ ) ile hastaların eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların gelir durumu ile SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.01$ ), önemseme ve saygı boyutu ( $p<0.01$ ), SBGÖ toplam puanı ( $p<0.01$ ) ile hastaların gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni posthoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın geliri giderine denk olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında olduğu bulunmuştur.

Birlikte yaşadığı kişiler ile SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.001$ ), önemseme ve saygı boyutu ( $p<0.05$ ), SBGÖ toplam puanı ( $p<0.001$ ) ile hastaların birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların günlük aktivite durumu ile SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.01$ ), önemseme ve saygı boyutu ( $p<0.05$ ), spiritüel bakım gereksinimleri ölçek toplam puanı ( $p<0.01$ ) ile hastaların günlük aktivite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni posthoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın günlük aktivite durumu çok iyi ile kötü olanlar arasında olduğu bulunmuştur.

Hastaların bakım alırken yardım alma durumuna göre SBGÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ( $p<0.05$ ), SBGÖ toplam puanı ( $p<0.05$ ) ile hastaların bakım alırken yardım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.



Hastaların dini aktivite sıklığı ile anlam ve umut alt boyutu puan ortalaması tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda anlam ve umut boyutu ile hastaların dini aktivite sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni posthoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda bu farkın dini aktivite sıklığı nadiren olanlar ile dini aktivite sıklığı düzenli olanlar arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki.

ÖLÇEK	SBGÖ					
	Anlam ve Ümit		Önemseme ve Saygı		Toplam	
	r	p	r	p	r	p
BBÖ	-.220	.000	-.146	.005	-.206	.000

\*\* $p<0,05$

BBÖ ile SBGÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakıldığında; BBÖ toplam puanı ile SBGÖ toplam puanı ( $r=-.206$ ,  $p<0.001$ ), anlam ve umut alt boyutu ( $r=-.220$ ,  $p<0.001$ ) ve önemseme ve saygı alt boyutu ( $r=-.146$ ,  $p<0.05$ ) arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

## 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Yaşamın devamlılığı için temel gereksinimlerin kişinin kendisi tarafından ya da başkası tarafında giderilmesi gerekmektedir. İnsan bir bütündür ve herhangi bir alanda ortaya çıkan yetersizlik/eksiklik doğal olarak bir başka alanı da etkiler. Bu kapsamda bakım bağımlılığı ile spiritüel bakım gereksinimi arasında bir ilişki söz konusudur. Bu etkilenmede baş rol sorumlusu hemşiredir. Hemşireler hastanın bakımından sorumlu olmaları sebebiyle diğer ekip üyeleri ile birlikte hastayı bütüncül açıdan değerlendirmelidir. Bu bütüncül yaklaşımda hastanın durumu ne olursa olsun bakım planlarında bakım ve spiritüel gereksinim mutlaka birlikte değerlendirmeye alınmalıdır (1, 35). Araştırma sonucu elde edilen veriler; literatürde yer alan ve başka hasta grupları ile yapılmış bakım bağımlılığı ve spiritüel bakım gereksinimleri çalışmalarından elde edilen veriler ile tartışılmıştır.

Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin toplan puanı, orta düzeyin üzerinde çıkmıştır (Tablo 4.2). Bu durumla aynı sonuca ulaşan literatürlere rastlanmıştır (1, 2, 6, 9-11, 13, 14, 15, 47, 151).

Bu araştırmaya katılan bireylerin çoğu 65 yaş ve üzeri hastalardan oluşmuştur. Bakım bağımlılığı düzeyi yaş ile birlikte giderek artmaktadır (Tablo 4.3). Bakım bağımlılığı üzerine yapılan birçok çalışma da yaş arttıkça bağımlılık durumunun arttığı belirlenmiştir (1-6, 14, 15, 18, 20, 47, 77, 78, 152, 153). Korhan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların yaşı arttıkça bağımlılık durumlarının arttığı görülmüştür. Bu duruma paralel olarak Türk ve Üstün'ün (2018) KOAH tanılı hastalar üzerinde yaptığı çalışma da 65 yaş ve üzerindeki hastaların bakım gereksinimlerinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmadaki hastalar ve literatürler benzer sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olmasıyla birlikte bağımlılık durumunun arttığı ve yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik, biyolojik ve metabolik değişimlerin bakıma daha fazla gereksinimi olduğunu göstermiştir (154, 155). Bunun aksine Kılıç ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada yaş ile bağımlılık arasında bir ilişki söz edilememiştir. Bu durumun sebebi, hastaların yanında genellikle refakatçilerinin kalıyor olması olabilir.

Bu araştırmadaki hastaların çoğu kadındır. Ancak erkek hastaların bakım bağımlılık düzeyi kadın hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Bu durumu destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır (156, 58). Koyuncu'nun (2019) kemoterapi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada erkek hastaların bakım bağımlılığı konusunda kadınlara göre daha bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sebebi, kadınların yaşam dönemlerindeki (doğum, menapoz vs.) ve toplumun yüklediği sorumluluğun vermiş olduğu düzenden kaynaklanabileceği düşünölmüştür. Bunun aksine erkeklerin bağımlı olduğu çalışmalarda mevcuttur (15, 48, 153). Türk ve Üştün'ün (2018) KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığı üzerinde yaptığı çalışmada erkek hastaların kadın hastalara göre bakım gereksinimlerini karşılama durumları daha düşük çıkmıştır. Bunun sebebi katılan hastaların büyük bir kısmının erkek olmasından kaynaklanıyor olabilir. İncelenen diğer literatürler doğrultusunda bakım bağımlılığı ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanmamıştır (1, 12, 13, 20, 21, 74, 152). Cinsiyete göre anlamlı farklılık olmamasının sebebi, sözü edilen çalışma örneklerindeki hastaların farklı tanı ve farklı yaş gruplarında olmasından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları çoğunlukla evlilerden olmuştur. Ancak bakım bağımlılık durumu ile medeni durum incelendiğinde çoğunluk bekar hastaların daha bağımsız olduğu yönündedir. Bu durum bekar kişilerin diğer bireylere göre ebeveynlerinin, çocuklarının veya eşlerinin olmaması sebebiyle kendi kendine destekleme konusundaki bağımsızlığından kaynaklanıyor olabileceğini düşöndürmektedir. Çalışmayı destekler nitelikte Pekince ve Aslan'ın (2021) alışmasında bu çalışmada olduğu gibi dul bireylerin bağımlılık düzeyi daha fazladır. Ancak bazı çalışmalardaki anlamlılıklar bu çalışma ile örtüşmemektedir (11, 18, 74, 153). Örnek olarak Cingil ve Bodur (2008) ile Koç'un (2020) alışmasında bekar bireylerin bağımlılık oranları diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır. Bu durum hastaların eş ve çocuklarından aldıkları maddi ve manevi destekten yoksun kalmaları sebebiyle olduğunu düşöndürmektedir. Bunların aksine medeni durum ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı farklılığın olmadığı çalışmalarda bulunmaktadır (9, 10, 47). Bunun sebebi ise hastaların çoğunun yardım taleplerinin geri dönüşsüz kalmayacağı şekilde birileri ile yaşıyor olmalarından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Eğitim durumu ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Fark okuryazar bireylerden kaynaklanmış olup eğitim seviyesi yükseldikçe bakım bağımlılığı düzeyinin azaldığı görölmüştür (Tablo 4.3). Bu durum hastaların daha bilgili ve bilinçli olabileceğini göstermektedir. Literatür kaynakları da bu durumu destekler niteliktedir (2, 6, 11-14, 18, 47,

74, 151-153, 156). Bilgin ve arkadaşlarının (2020) nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yaptıkları çalışma ile Türk ve Üstün'ün (2018) KOAH'lı bireylerde bakım bağımlılığı düzeyini incelediği çalışmada eğitim düzeyi ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça bakım bağımlılığı azalmıştır. Bu durum eğitim seviyesinin yükselmesiyle hastaların tedaviye uyum sağlayabileceğini, kendi bakım sürecinde sorumluluk alabileceğini ve bağımlılıkla baş etmeyi kolaylaştıracağını düşündürmüştür. Bu durumun aksine bazı çalışmalarda eğitim durumuna göre bakım bağımlılığında anlamlı farklılıklar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (9, 10, 79). Bu durum katılımcıların orta yaş örneklem grubuna sahip olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşündürmektedir.

Bu araştırmada gelir durumu ile bakım bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın geliri giderine denk hastalar ile geliri giderinden az hastalar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu duruma paralel olarak KOAH'lı hastalar da yapılan bir çalışmaya göre gelir düzeyi düşük olan hastaların bakım bağımlılıklarının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (6). Bu durum hastaların gelir düzeyinin de bakım sürecinde etkili olduğu anlamına gelmektedir. İncelenen literatürler ve bu çalışma doğrultusunda gelir düzeyi düştükçe bakım bağımlılığının arttığı görülmüştür (5, 10, 11, 151). Gelir durumu yetersiz kaldığında bireyin yaşam kalitesi düşebilir ve buna bağlı olarak bağımlılık süreci oluşabilir. Gelir durumunun düşük olması bireylerin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden faydalanmasını zorlaştırabilir. Bu duruma ek olarak bazı çalışmalarda da aynı sonuca varılmıştır. Ancak gelir durumu ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı ilişki söz konusu olmamıştır (2, 9). Bu durum hastaların çoğunun maddi düzeylerinin iyi seviyede olmadığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Birlikte yaşadığı kişiler ile bakım bağımlılığı arasında anlamlılık söz konusudur (Tablo 4.3). Bu anlamlılık eşi ile çocukları ve çocukları ile kalanlardan kaynaklanmaktadır. Bunun sebebi eş ve çocukların manevi desteğinin birey için önemli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Konuya ilişkin benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Bu durumun aksine Gelekçi ve Efil (2023) ile Güler ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada bakım bağımlılığı ile birlikte yaşanan kişi arasında farklılık yoktur.

Bu araştırmada günlük aktivite durumu ile bakım bağımlılığı arasında anlamlılık söz konusudur (Tablo 4.3). Günlük aktivite durumu çok iyi ve iyi olan hastaların bağımlılık düzeyleri daha azdır. Günlük aktivite tabiri incelenen literatürlerde günlük yaşam aktivitesi

olarak görülmektedir (2, 10, 14, 47, 151). Günlük yaşam aktivitesi puan ortalaması düşük olanların başkalarına bağımlılık düzeylerinin fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sebebi ileri yaşta olmanın verdiği günlük yaşam aktivitelerini yapma yeteneğinde azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların bakım bağımlılığı ile engellilik durumları arasında anlamlılık söz konusudur (Tablo 4.3). Engeli olmayan hastaların bakım bağımlılık düzeyleri daha azdır. Bu çalışma da ve Güler ve arkadaşlarının (2022) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların çoğunun engelinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu hastaların bakım bağımlılığına daha az gereksinim duyduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum bireylerde destek talebinin az olacağını ve bireylerin kendi gereksinimlerini kendi başlarına halledebileceklerini düşündürmektedir.

Bu araştırmada bakım bağımlılığı olan bireyler ile yardımcı cihaz kullanma durumu arasında anlamlılık vardır (Tablo 4.3). Yardımcı cihaz kullanan bireylerin bakım bağımlılık düzeylerinin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sebebi hastaların kişiler değil de cihazlardan destek aldığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada bakım bağımlılığı ve bakım alırken yardım alma durumu ile yaşanan sorun arasında anlamlılık söz konusudur (Tablo 4.3). Yardım almayan hastaların bağımlılık durumu azdır. Bu demek oluyor ki yardıma ne kadar az ihtiyaç varsa bakım bağımlılık durumu da o kadar az olacaktır.

Bu araştırmada bakım bağımlılığı ile yaşanan sorunlar arasında anlamlılık vardır (Tablo 4.3). Hastalık sürecinde sorun yaşayan hastaların bağımlılık düzeyleri fazladır. Literatürde bununla ilgili bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Hastalarda yaşanan sorunun mevcut varlığı dışarıdan destek isteme durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum da bakım bağımlılığı sürecini başlatmaktadır.

Bu araştırmada bakım bağımlılık durumu ile dini aktivite sıklığı arasında anlamlı bir fark söz konusudur (Tablo 4.3). Dini aktivitelerini nadiren ve düzenli yapan hasta sayısı oranı diğerlerine göre daha fazla çıkmıştır. Bu durum hastaların manevi olarak bir dayanaklarının olmasının hastalık sürecine etkisi olabileceği yönündedir. Bu durum hastane ortamının, sevdiklerinden uzak kalmanın ve ev ortamının verdiği sıcaklığı vermemesinden kaynaklanıyor olabileceği yönündedir.

Bu araştırmada hastaların bakım bağımlılığı ile yapılan iş ve dini inanç durumu arasında herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 4.3). Bu durum kişilerin mesleği ve dini inancı fark etmeksizin canlı bir varlık olmaları gereği bakıma ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların spiritüel bakım gereksinimleri toplam ölçek puanı orta düzeyin üzerinde çıkmıştır. Alt boyutların da puan ortalaması orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu demek oluyor ki hastaların yarısından çoğu spiritüel bakıma gereksinim duymaktadır. Bu da hasta olmanın verdiği psikoloji ve hastane ortamının verdiği bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların medeni durumlarına göre SBGÖ “anlam ve umut” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Anlamlılık dul hastalardan kaynaklanmaktadır. Bireylerin eşlerinden ayrılmaları ya da vefat etmesi durumunda, yaşamını paylaştığı kişiden ayrılması sonucu oluşan travmadan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bu sonuca ulaşılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte hastaların medeni durumlarına göre SBGÖ “önemseme ve saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. İncelenen çalışmalar da bu doğrultuda bir sonuca ulaşmışlardır (69, 157, 158). Hastaların eşlerinin olmaması spiritüel gereksinimini etkilememektedir. Çünkü hastaların birçoğu yalnız kalmamaktadır. Yanlarında çocukları, ebeveynleri ya da akrabaları bulunmaktadır. Bu durumda hastaların yanında eş dışında birilerinin varlığı da spiritüel için yeterli geldiğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların eğitim durumu ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir fark vardır. Bu anlamlılık okuryazar hastalardan kaynaklanmaktadır (Tablo 4.5). Araştırma sürecine katılan bireylerin çoğu zaten okuryazarlardan oluşmaktadır. Yahyaoğlu'nun (2023) yaşı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da anlamlılık ilkokul/ortaokul bireylerinden kaynaklanmaktadır. Bu durum eğitim düzeyinin yüksek olmasının, hastaların spiritüel gereksinim ile baş etme sürecinde daha etkili, bilgili ve bilinçli olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada gelir durumu ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir fark vardır. Anlamlılık geliri giderinden az olanlardan kaynaklanmaktadır (Tablo 4.5). Bu durum, maddi durumun, spiritüel gereksinimi gidermede ve tedavi sürecini tamamlamada etkili olduğu anlamına gelmiştir. Ancak çalışmalarla sonuç örtüşmemektedir. Has (2021) ve Yahyaoğlu'nun (2023) çalışmalarında gelir durumu giderinden fazla olan bireylerde

spiritüel gereksinimin fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi iki çalışmanın da il merkezlerinin İstanbul olması ve o ildeki hayat standardı ve beklentilerin bizim çalışma evreni ile örtüşmemesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada yaşadığı kişiler ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir fark vardır. Anlamlılık çocukları ve akrabaları ile kalanlardan kaynaklanmıştır (Tablo 4.5). Bunun sebebi anne, baba, çocuk, eş ve akraba statüsündeki yakın ilişki içinde olunulan bireylerin varlığı spiritüel gereksinimi gidermede ön safhada yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada günlük aktivite durumu ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir fark vardır. Anlamlılık durumu iyi olan hastalardan kaynaklanmıştır (Tablo 4.5). Bu durum hastalık sürecinin verdiği etkinin tam anlamıyla günlük aktivite durumunu kısıtlamamasından kaynaklıdır. Bu da hastanın kısmen de spiritüel açıdan iyilik hali istemesini gerektirdiğini düşündürmektedir. Literatür de bu doğrultuda bir sonuca ulaşamamıştır (69, 157).

Bu araştırmada hastaların bakım alırken yardım alma durumuna göre SBGÖ “anlam ve umut” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanların anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu durum hastaların birçoğunun bakım alırken yardım alma durumlarının yanında ayrıca bir de spiritüel gereksiniminin giderilmesi konusunda talepte bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın hastaların bir kısmı üst üste talep halinde olmayı tercih etmemiş olmalı ki “önemseme ve saygı” alt boyutu puanı anlamlı gelmemiştir.

Bu araştırmada hastaların dini aktivitelerini yerine getirme durumlarına göre SBGÖ “anlam ve umut” alt boyutundan aldıkları puan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Anlamlılık dini aktivitesini nadiren yapan hastalardan kaynaklanmaktadır. Bunun sebebi katılımcıların yaşlarının ileri düzeyde olduğu ve yaşlı bireylerin dini ve manevi yönlerinin diğer yaşlara göre daha kuvvetli olduğu düşünülmektedir (141). Bununla birlikte hastane ortamlarının genel itibari ile hastaların Kur’an okuma, namaz kılma vs. gibi inançlarına yönelik uygulamaları yerine getirmesine engel teşkil etmeyecek durumda olmasıdır.

Hasta bireyin hastanedeki yatış süreleri boyunca tıbbın olanakları çerçevesinde yaşam fonksiyonlarının desteklenmesi, bazı karmaşık cihaz ve tedavi yöntemlerinin kullanılması ile bakım bağımlılığına gereksiniminin en aza indirilmeye çalışılmakta olduğu düşünülmüştür. Bu süreç boyunca hasta birey çoğunlukla fizyolojik ve psikolojik yönden etkilenmektedir. Bakım bağımlılığının yanında bir de umudunu ve çabasını canlı tutmak için

spiritüel gereksinimi ve inanç durumuyla kriz yönetimini yapmaya çalışmaktadır. Bu durumdan en az hasar ile yaşamına devam etmeye çalışmakta olduğunu düşündürmüştür (114).

Bu araştırmada BBÖ ile SBGÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakıldığında; BBÖ toplam puanı ile SBGÖ toplam puanı, anlam ve umut alt boyutu ile önemseme ve saygı alt boyutu arasında ilişki saptanmıştır. Bu durum BBÖ'nden düşük puan almanın bakım bağımlılığını arttırdığını, SBGÖ'nden yüksek puan almanın ise bakım gereksinimini arttırdığını göstermektedir. Bu sebeple vücudun bir yerinde oluşan bozukluk bütün işleyişi bozmakta, bir iyileşme tüm ekibi iyileştirmektedir. Demek oluyor ki hasta bütüncül değerlendirmeye alınmalıdır. Yine hastaya bütüncül bakım süreci uygulanması gerekmektedir.

Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Hastaların çoğunun 65 yaş ve üzeri, kadın, evli ve ev hanımı olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların çoğunun ilkökul düzeyinde eğitim aldığı ve gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların çoğunun eşi ile yaşadığı, günlük aktivite durumlarının iyi olduğu ve engellilik durumunun olmadığı saptanmıştır.
- Hastaların çoğunun yardımcı cihaz kullandığı ve bu cihazların ilk sırasında gözlüğün yer aldığı görülmüştür.
- Hastaların çoğunun dolaşım sistemi hastalığının olduğu, orta düzeyin üzerinde bir kısmının bakım alırken yardım aldığı ve yaşanan sorun türünün daha çok işitme sorunu olduğu sonucuna varılmıştır.
- Hastaların çoğunun dini inançlarının olduğu ancak dini aktivite durumlarını yerine getirirken nadiren gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.
- Hastaların bakım bakımlılık düzeyleri çok yüksek olmamakla birlikte orta seviyenin üzerindedir.
- Hastaların bakım bakımlılığı düzeylerinin yaş arttıkça arttığı, kadınların daha bağımlı olduğu, bekarların ise daha bağımsız olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların eğitim seviyesi arttıkça bağımlılık düzeyinin azaldığı, geliri giderine denk olanların daha bağımsız olduğu tespit edilmiştir.



- Bakım bağımlılığı düzeyi ebeveyn ile kalan hastaların, günlük aktivite durumu çok iyi olan hastaların, engellik durumu olmayan hastaların ve yardımcı cihaz kullanmayan hastaların daha azdır.
- Bakım alırken yardım alan, sorun yaşayan ve dini aktivitelerini düzenli yerine getiren hastaların bakım bağımlılık düzeyleri daha fazladır.
- Bunların aksine hastaların yaptıkları iş ve dini inanç durumlarının bakım bağımlılık düzeyleri üzerinde bir anlamlılık söz konusu olmadığı sonucuna varılmıştır.
- Hastaların spiritüel bakım gereksinim düzeyleri çok yüksek olmamakla birlikte orta düzeyin üzerindedir.
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ile eğitim durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, günlük aktivite durumu anlamlı bulunmuştur. Okuryazar olmayanlar, geliri giderinden az olanlar, akrabaları ile yaşayanlar, günlük aktivite durumu kötü olan hastaların spiritüel bakım gereksinimleri daha yüksek çıkmıştır.
- Hastaların medeni durum ve bakım alırken yardım alma durumlarından anlam ve umut ile toplam puan değerleri ve dini aktivite sıklığında ise anlam ve umut alt boyutları anlamlı bulunmuştur. Dul bireylerin, bakım alırken yardım alanların ve dini aktivitelerini nadiren yerine getiren hastaların spiritüel bakım gereksinimleri diğerlerine göre daha fazladır.
- Yaş, cinsiyet, yapılan iş, engellik durumu, yardımcı cihaz kullanma durumu, yaşanan sorun ve dini inanç durumlarının alt boyutlarında anlamlılık söz konusu olmamıştır. Bunlara ek olarak medeni durumun, bakım alırken yardım alma durumunun ve dini aktivite sıklığının önemseme ve saygı bileşeni ile dini aktivite sıklığının toplam bileşeninde de anlamlılık saptanmamıştır.
- Bu araştırmada hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri ile spiritüel bakım gereksinimleri arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusudur. Bu durum BBÖ'nden düşük puan almanın bakım bağımlılığını arttırdığını, SBGÖ'nden yüksek puan almanın ise bakım gereksinimini arttırdığını göstermektedir.
- **Elde edinilen araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki öneriler sunulabilir;**
- Hastaların bakım bağımlılığı ve spiritüel bakım gereksinimleri düzeylerinin azaltılması önemlidir. Bu duruma yönelik uygun personeller bir araya getirilerek hastalar desteklenmelidir. Bu doğrultuda tüm sağlık kuruluşlarında spiritüel destek ekiplerinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması önerilebilir.

- Bakım bağımlılığı yüksek olduğu için kadınlara yüklenen sorumluluklarının hafifletilmesi yönünde kadın ve erkek bireylere gerekli bilgiler verilmelidir. Kadınların iş yükünü hafifletmek adına bütüncül eğitim programları düzenlenmelidir.
- Eğitim düzeyindeki artışın bağımsızlığı etkilemesi göz önünde bulundurularak eğitim sürecindeki bireyler bilgilendirilerek bilinçlendirilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarının yöneticileri sağlık personellerine bakım bağımlılığı ile spiritüel bakım gereksinimleri konusunda hizmet içi eğitimler düzenleyerek bu konuda bilgilendirme yapabilir.
- Bu çalışma hasta örneklemini biraz daha daraltılarak hayatı risk altında olan, tedaviyi reddeden, baş etmek istemeyen, yaşamak istemeyen vs. hastalar üzerinde tekrar yapılabilir. Yoğunlukla örneğin; palyatif, onkoloji vb. gibi özellikli birimlerde çalışma tekrarlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. Korhan EA, Yönt GH, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarıoğlu E, Yıldız K. Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4): 199-204.
2. Pekince H, Aslan H. Palyatif bakım merkezinde yatan hastaların bakım bağımlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Abant Tıp Dergisi*. 2021; 10(2); 185-196.
3. Aydemir A. KOAH'lı hastalarda beslenme, yorgunluk durumu ve bakım bağımlılığının değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
4. Aydın A. Koroner arter bypass greft ameliyatı olan bireylerin taburcu olduktan sonra evde bakım bağımlılığı ve bakım gereksinimleri [Yüksek lisans Tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2015.
5. Bilgin Ö, Özdemir D, Saçkan F, Güney İ. Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde hastaların bakım düzeylerinin belirlenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 2(1): 14-23.
6. Çakıcı M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan geriatrik bireylerde dispne, bakım bağımlılığı ve kırılabilirlik arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
7. Çevik K, Eşer İ. Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *F.N. Hem. Dergisi*. 2014; 2(22): 76-83.
8. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *J Adv Nurs*. 2005; 50(4): 410-416.
9. Gelekci EÖ, Efil S. Kronik hastalığı olan erişkinlerde bakım bağımlılığı. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*. 2023; 8(4): 926-933.
10. Güler S, Terzi Z, Gündoğan R. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, bakım bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2022; 17(3): 83-93.
11. Koç K. KOAH ve DM hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2020.
12. Kılıç HF, Cevheroğlu S, Görgülü RS. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2017; 10(1): 22-28.

13. Özbudak E, Şahin AO. Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve bu durumlar arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2021; 9(1): 307-322.
14. Tuncay FÖ, Fertelli TK. Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörler. Kocaeli Tıp Dergisi. 2020; 9(1): 32-40.
15. Türk G, Üstün R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 1(1): 19-25.
16. Helvacı A. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına verilen eğitim ve danışmanlık programının dispne, sağlık durumu ve bakım bağımlılığı üzerine etkileri. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
17. Demir B. Karaciğer nakli hastalarının ameliyat sonrası bakım bağımlılığı düzeyinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2019.
18. Kavuran E, Türkoğlu N. The relationship between care dependency level and satisfaction with nursing care of neurological patients in turkey. International Journal of Caring Sciences. 2018; 11(2): 725-733.
19. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-care dependency: development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1996; 10(3): 137-143.
20. Çivi S, Tanrikulu M. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 2000; 3(3): 85-90.
21. Tabalı M, Ostermann T, Jeschke E, Dassen T, Heinze C. Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life?-A cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2013; 11(1): 11-41.
22. Davies S, Ellis L, Laker S. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. Journal of Clinical Nursing. 2000; 9(1): 127-136.
23. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. Journal of advanced nursing. 1997; 26(2): 408-417.
24. Dijkstra A, Buist G ve Dassen T. A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. International Journal of Nursing Studies. 1998; 35(3): 163-170.

25. Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. G.O.P Taksim E.A.H. Jaren. 2017; 3(1): 37-42.
26. Cesur N. Hemodiyaliz hastalarında travma sonrası büyüme, din ve maneviyat: karşılıklı ilişki üzerine nitel bir araştırma [Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2021.
27. Gerçek A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz bakım destekli motivasyonel görüşmenin hastaların öz bakım gücü ve hastalık uyumuna etkisi [Doktora Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2021.
28. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(6): 105-115.
29. Boztepe N, Dumrul G. Sağlık kurumlarında sağlık personeli olmayanların spiritüalizme ile ilgili görüş ve tutumları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020; 23(3): 351-368.
30. Baldacchino D. Spiritual care education of health care professionals. Religions. 2015; 6(2): 594-613.
31. Erdoğan TK. Palyatif Bakım Spiritüel Bakım Yetkinliği Ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [Doktora Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2023.
32. Ebrahimi H, Areshtanab HN, Jafarabadi MA, Khanmiri SG. Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. Indian Journal of Palliative Care. 2017; 23(1): 57-61.
33. Yılmaz, M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritüalizme, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu. Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(2): 61-70.
34. Genç Y, Durgun A. Manevi bakımın gerekliliği ve bakım hizmeti veren meslek elemanlarının manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Türk Araştırmaları Dergisi. 2018; 13(9): 45-66.
35. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 8(1): 47-50.
36. Arslan H, Şener DK. Stigma, spiritüalizme ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(1): 51-58.
37. Torun S, Kadioğlu S, Öztunç G. Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2012; 34(1): 33-40.
38. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012; 11(3): 41-52.
39. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 2010: 17(2): 74-82.

40. Akalın ŞH, Toparlı R, Argunşah M. Türkçe Sözlük, 11.baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2011.
41. Dinç L. Hemşirelik Etiği'nin temeli ve hedefi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 11(1): 1-10.
42. Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2009; 13(2): 77-84.
43. Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2): 129-134.
44. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelik teorileri ve modeller. İstanbul: Akademi Basım; 2017.
45. Akça FA. Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
46. Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. Care Dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards. Scand J Caring Sci. 2003; 17(1): 51-56.
47. Kara N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığı [Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.
48. Caljouw, MAA, Cools, HJM, Gussekloo J. Natural course of care dependency in residents of long-term facilities: prospective follow-up study. BMC Geriatrics. 2014; 14 (67): 2-8.
49. Sarıtaş SÇ, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuza M. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Yıldırım Bayezid Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi. 2014; 2(1): 18-25.
50. Bogatz, T, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T. The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2007; 60(5): 561-569.
51. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009; 40: 113-119
52. Mueller CM. Nutrition assessment and older adults. Topics in Clinical Nutrition. 2015; 30(1): 94-102.
53. Birol L. Hemşirelik Süreci. 10. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.
54. Çoban Gİ, Kaşıkçı M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2008; 16(63): 165-171.

55. Kissel EJ, Dassen T, Lohrmann C. The Clinical Utility of The Care Dependency Scale in Rehabilitation: Nurses' Perception. *J Res Nurs* 2010; 15(6): 547-561.
56. Goodin R. *Utilitarianism as a public philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
57. Karadağlı F, Alpar ŐE. Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 10(3): 168-181.
58. Koyuncu NE. *Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile özbakım davranışları arasındaki ilişki*. [Doktora Tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2019.
59. Yılmaz CK, Kıl A. The relationship between the older adults' adaptation to old age and perceived social support level. *Cukurova Medical Journal* 2020; 45(1): 338-346.
60. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*. 2010; 24(2): 32-39.
61. Akça FA. *Mesleki temel kavramlar sağlık uygulamalarında temel kavram ve beceriler*. 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
62. Kutsal YG. Yaşlanan Dünya. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2006; 52(Özel Ek A): A6-A11.
63. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*. 2009; 24(2): 32-38.
64. Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*. 2016; 16(1): 84-116.
65. Finucane AM, Stevenson B, Murray SA. Kademeli fiziksel düşüş, bakım evi sakinlerinin hastalık gidişatını karakterize ediyor. *Uluslararası Palyatif Hemşirelik Dergisi*. 2017; 23(9): 457-461.
66. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7(1): 1-22.
67. Mattison M, Marcantonio E, Schmader K, Gandhi T, Lin F. Hospital management of older adults. *UpToDate*. *International Journal of Older People Nursing*. 2020; 15(2): 12323.
68. Orhan B, Yücel ÖR. Türkiye'de Sağlık hizmetleri sunumuna cinsiyet açısından bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*. 2017; 1(1): 53-59.

69. Has E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2021.
70. Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(2): 1-9.
71. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004; 1(14): 1-14.
72. Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi] Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2015.
73. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy Ş, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 2011; 50(2): 95-102.
74. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(3): 33-39.
75. Şahbaz M, Tel H. Determination of the relationship between the dependence status on daily living activities and home accidents among 65 years of age and older individuals living at home. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9(2): 85-93.
76. Janssen DJA, Franssen FME, Wouters EFM, Schols JMG, Spruit MA. Impaired health status and care dependency in patients with COPD and chronic heart failure. Qual Life Res. 2011; 20(10): 1679-1688.
77. Özbek Yazıcı S, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi. 2015; 3(3): 385-390.
78. Janssen DJA, Wouters EFM, Schols JMGA, Spruit MA. Care dependency independently predicts two-year survival in outpatients with advanced chronic organ failure. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013; 14: 194-198.
79. Köberich S, Lohrmann C, Dassen T. Care dependency in patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure-a secondary data analysis of german prevalence studies. Scand J Caring Sci. 2013; 28(4): 665-674.
80. Bourbeau J. Activities of life: the COPD patient. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2009; 6(3): 192-200.



81. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. 2014; 20(3): 117-124.
82. Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 8(1): 42-53.
83. Lynch JW, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, Wolfson M. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*. 2004; 82(1): 5-99.
84. Wagstaff A, van Doorslaer E. Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us *Annual Review of Public Health*. 2000; 21(1): 543-567.
85. Çukur A, Bekmez S. Türkiye'de gelir, gelir eşitsizliği ve sağlık ilişkisi: Panel Veri Analizi Bulguları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011; 10(1): 21-40.
86. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A, Astle BJ, Duggleby W. *Canadian Fundamentals of nursing-E-book*. 6. Baskı. Canada: Elsevier; 2019.
87. Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*. 2013; 16 (1): 50-54.
88. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*. 2015; 51(2): 79-96.
89. Stoll RL. The essence of spirituality. In Carson VB. (Ed.), *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W. B. Saunders. 1989; 4-23.
90. Kaşıkçı MK, Akın E. *Temel Hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. 2.baskı. İstanbul: Tıp Kitabevi; 2023.
91. Duran A, Özçelik H. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2022; 9(1): 2-10.
92. Başbakkal Z. Spiritüalite ve hemşirelik. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 2005; İzmir: 07-10 Eylül.
93. Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritüalite, doğası ve hemşirelik ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*. 2011; 14(2): 61-70.
94. Daştan N, Buzlu S. Meme kanserli hastalarda maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(1): 73-78.
95. Akgün Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(6): 105-115.
96. Pesut B. There be dragons: Effects of unexplored religion on nurses' competence in spiritual care. *Nursing Inquiry*. 2016; 23(3): 191-199.

97. Closs SJ, Edwards J, Swift C, et al. Religious identity and the experience and expression of chronic pain: A review. *Journal of Religion, Disability and Health*. 2013; 17(2): 91-124.
98. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007; 30(4): 311-318.
99. Purnell L. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. 4. Baskı. Philadelphia: F.A. Davis; 2013.
100. Bruce A, Shields L, Molzahn A. Language and the (im)possibilities of articulating spirituality. *Journal of Holistic Nursing*. 2011; 29(1): 44-52.
101. Vespa A, Jacobsen PB, Spazzafumo L, et al. Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*. 2011; 20(1): 5-11.
102. Reynolds N, Mrug S, Schwebel D, et al. Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: A meta-analytic review. *Health Psychology Review*. 2016; 10(2): 226-243.
103. Hilbers J, Haynes AS, Kivikko JG. Spirituality and health: An exploratory study of hospital patients' perspectives. *Australian Health Review*. 2010; 34(1): 3-10.
104. Goncalves JPB, Lucchetti G, Menezes, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*. 2015; 45(14): 2937-2949.
105. Kavas E, Kavas N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Araştırmalar Dergisi*. 2014; 9(2): 905-915.
106. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K, The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual wellbeing and anxiety of elderly people. *Holis Nurs Pract*. 2015; 29(3): 136-143.
107. Deal B, Grassley JS. The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrol Nurs J*. 2012; 39(6): 471-483.
108. Aştı TA, Karadağ A. *Hemşirelik esasları bilgidan uygulamaya: kavramlar-ilkeler-beceriler*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2019.
109. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7): 885-896.
110. Öz F. İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2004; 10(1): 350-355.

111. Kostak MA, Çelikalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 218-225.
112. Khairunnisa AD. Spirituality and nursing. *Journal of Holistic Nursing*, American Holistic Nurses Association. 2014; 32(4): 341-346.
113. Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7): 840-851.
114. Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 13(54): 27-34.
115. Koenig GH, George KL, Titus P, Meador GK. Religion, spirituality and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of Internal Medicine*. 2004; 164(14): 1579-1584.
116. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 8(1): 37-45.
117. Dündar M. Hemşirelerin maneviyat düzeylerinin spiritüel iyileştirici bakım sıklığına etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2020.
118. Özdengül AG, Çam MS. Reklamcılık ve spiritüel kavramı: televizyon reklamları üzerine bir inceleme. *Selçuk İletişim*. 2017; 10(1): 399-432.
119. Çelik A, 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(3): 1-12.
120. Erol F. Spiritüel bakımın hemşirelik sürecine yansımaları. *JOINIHP*. 2020; 1(1): 30-39.
121. İsmailoğlu EG, Özdemir H, Erol A, Zaybak A. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(4): 255-263.
122. Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(3): 184-190.
123. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Clara G, Babero J. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 47(6): 1008-1018.
124. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*. 2008; 55(3): 333-340.
125. Turan T, Karamanoğlu AY. Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*. 2013; 18(2): 70-78.

126. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*. 2009; 21(2): 45-53.
127. Karagül A. Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği). *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dini Araştırmalar Dergisi*. 2012; 14(40): 5-27.
128. Brennan F. Holistic palliative care approach—physical, spiritual, religious and psychological needs. *Nephrology (Carlton, Vic)*. 2013; 18(6): 421-423.
129. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*. 2003; 26(4): 260-266.
130. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse educ today*. 2013; 33(6): 574-579.
131. Khorshid L, Arslan, GG. Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006; 22(1): 233-243.
132. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420.
133. Oğuzhan G, Aydın GZ, Yılmaz O. Hastanelerde manevi destek hizmetleri üzerine bir araştırma. *Usaysad Dergisi*. 2021; 7(3): 472-488.
134. Cimete G. Yaşam sonu bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
135. Govier K. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. 2000; (14)17: 32-36.
136. Klimes R. Spiritual care: help in distress. Learnwell Institute, Inc, a California nonprofit public benefit corporation. 2005.
137. W McSherry, L Ross. Spiritual assessment in healthcare practice. Cumbria: M and K Publishing; 2010.
138. Khairunnisa AD. Spirituality and nursing. *Journal of Holistic Nursing, American Holistic Nurses Association*. 2014; 32(4): 341-46.
139. Pedrão RB, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein Publications (Sao Paulo)*. 2010; 8(1): 86-91.
140. Carpenter K, Girvin L, Kitner W, Sahd LAR. Spirituality: A dimension of holistic critical care nursing. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008; 27(1): 16-20.
141. Uğurlu ES, Başbakkal Z. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2013; 11(1): 17-24.

142. Özdemir Ü, Taşçı S, Kartın P, Çürük GH, Nemli A, Karaca H. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1): 49-61.
143. Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, II Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual wellbeing in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2012; 20(10): 2269-2276.
144. Höcker A, Krüll A, Koch U, Mehnert A. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. European Journal of Cancer Care 2014; 23(6): 786-794.
145. Breen S, Ritchie D, Schofield P, Hsueh YS, Gough K, Santamaria N, Kamateros R, Maguire R, Kearney N, Aranda S. The patient remote intervention and symptom management system (PRISMS)—a telehealth-mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy side-effects in patients with haematological malignancies: study protocol for a randomised controlled trial. Clinical Trials. 2015; 16(472): 1-17.
146. Coolbrandt A, Wildiers H, Laenen A, Aertgeerts B, Casterlé BD, Achterberg TV, Milisen K. A Nursing Intervention for Reducing Symptom Burden During Chemotherapy. Oncology Nursing Forum. 2018; 45(1): 115-128.
147. Almohammadi A, Alqarni A, Alraddadi R, Alzahrani F. Assessment of Patients' Knowledge in Managing Side Effects of Chemotherapy: Case of King Abdul-Aziz University Hospital. Journal of Cancer Education. 2020; 35(2): 334-338.
148. Bayram Z, Durna Z, Akin S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in turkish breast cancer patients. European Journal of Cancer Care. 2014; 23(5): 675-684.
149. Yönt GH, Akın KE, Khorshid L, Eşer İ, Dijkstra A. Bakım bağımlılığı ölçeğinin yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı. 2010; (13): 12-71.
150. Wu LF, Koo M, Liao YC, Chen YM, Yeh DC. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. Clin Nurs Res. 2016; 25(6): 590-606.
151. Bozkaya DN. İnsülin kullanan tip 2 diyabetli bireylerde diyabet belirtileri, öz yönetim ve bakım bağımlılığını etkileyen değişkenler [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.

152. Düzgün F, Yılmaz D, Kara H, Durmaz H. Determining the care dependence of patients hospitalized in the chest diseases clinic of a university hospital. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2019; 11(4): 367-373.
153. Duman N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin inhaler ilaç kullanımına yönelik öğrenim gereksinimleri ve bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2020.
154. Akça D, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Gündül S, Barut Ö, Atasoy T. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*. 2014; 51(3): 267-274.
155. Gökgöz R, Yılmaz CK. Acil servise başvuran yaşlı bireylerde bakım bağımlılığının kırılabilirlik düzeyine etkisi. *Aksaray Üniversitesi. Ege Tıp Dergisi*. 2023; 62(2): 195-204.
156. Puto G, Sowinska, Scisto L, Walewska E, Kaminska A, Muszalik M. Sociodemographic Factors Affecting Older People's Care Dependency in Their Daily Living Environment According to Care Dependency Scale. *Healthcare Basel*. 2021; 9(2):114-124.
157. Yahyaoğlu R. Yaşlı hastalarda spiritüel bakım gereksinimi ve kırılabilirlik düzeyi ilişkisinin hasta koçluğu müdahalesine göre değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
158. Alcan AO, Yıldız K, Korkmaz M. Ortopedik cerrahi hastaların ameliyat öncesi spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2022; 38(3): 193-201.

## EKLER

### EK-1: Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu anket, “**Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesi**” amacıyla yapılmaktadır. Bu ankettten güvenilir sonuçlar elde etmek için içtenlikle cevap vermeniz ve cevapsız soru bırakmamanız önemlidir. Zaman ayırıp yardımcı olduğunuz için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşegül Kepenek

Tez Danışmanı Prof. Dr. Ayla ÜNSAL

.....SERVİSİ

1- Yaşınız .....

2- Cinsiyetiniz 1. Kadın 2. Erkek

3- Medeni Durumunuz 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

4- Yaptığınız iş .....

5- Eğitim Durumunuz

1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul

5. Lise 6. Üniversite ve üzeri

6- Gelir durumunuz

1. Gelir giderden fazla 2. Gelir gideri denk 3. Gelir giderden az

7- Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız Yaşıyorum 2. Eşimle 3. Eşim ve çocuklarımla

4. Çocuklarımla 5. Anne ve babamla 6. Huzurevinde

7. Akrabalarımla

8- Günlük aktivitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü

9- Engellilik durumunuz var mı? Varsa açıklayınız.

1. Var ..... 2. Yok

10- Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız hangi cihaz/ları kullanıyorsunuz yazınız.

1. Kullanmıyorum (1. Baston 2. Protez 3. Gözlük 4. İşitme cihazı

5. Diğer.....

2. Kullanmıyorum

11- Hastalığınız/klarınız nedir? Hastalığınız/klarınız ne kadar süredir devam etmektedir?

Hastalık/ların İsmi ..... Süresi/leri

.....

12- Hastalığınız/klarınıza ilişkin bakım alırken yardım alma durumunuz nedir?

1. Alıyorum 2. Almıyorum

13- Aşağıdaki sorunlardan hangisini/lerini yaşıyorsunuz? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1. İşitme sorunu 2. Görme sorunu 3. Çiğneme/beslenme sorunu

4. Konuşma sorunu 5. Yürüme sorunu 6. Boşaltım sorunu

7. Diğer.....

14- Dini inancınız var mı?

1. Var ..... 2. Yok

15- Dini aktivitelerinizi yerine getirme sıklığınız nedir?

1. Hiç 2. Nadiren 3. Düzenli



**EK-2: Bakım Bağımlılığı Ölçeği**


		Tamamen bağımlıyım	Olduğça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme karşılayabilmede	Yemek yeme gereksinimini					
Kontinans kontrol edebilmede	İdrar ve dışkı boşaltımını					
Beden Duruşu hareketi sağlayabilmede	Bir işi yapabilmek için uygun					
Hareketlilik edebilmede	Hareket					
Gündüz/ Gece Döngüsü ve sürdürebilmede	Uykuya gitme					
Giyinme ve Soyunma soyunabilmede	Giyinebilme ve					
Vücut Sıcaklığı ısını koruyabilmede	Ortam koşullarına göre vücut					
Vücut Temizliği yapabilmede	Vücut temizliğini					
Tehlikelerden Kaçınma tehlikelere karşı kendini koruyabilmede	Başkalarından ve çevreden gelebilecek					
İletişim sürdürebilmede	Sözel iletişim kurabilmede ve					
Başkaları ile ilişki kurma sürdürebilmede	Sosyal çevreyle ilişkiyi					
İbadet yapma karşılayabilmede	İbadet gereksinimlerini					
Kurallara uyma düzenine uyabilmede	Bulunduğu ortamın var olan					
Günlük aktiviteler sıralayabilmede	Günlük aktivitelerini					
Eğlence aktiviteleri katılabilmeye	Sosyal aktivitelere					
Bellek/ hafıza	Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği	Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada					

**EK-3: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği**

	Kesinlikle gereksinim duymuyorum	Gereksinim duymuyorum	Fark etmez	Gereksinim duyuyorum	Kesinlikle gereksinim duyuyorum
Dünya ile barış içinde olmak için rehberliğe					
Kendimi ifade edebilmemde sanat ve yaratıcılığı kullanmak için rehberliğe					
Doğa ile ilgilenmem için rehberliğe					
Suçluluk duygusunun ortadan kaldırılmasına					
Hayatın anlam ve amacını bulmak için rehberliğe					
Hayatta sıkıntılarla karşılaştığımda hayatın anlamını bulmak için rehberliğe					
İçinde bulunulan anı yaşamak için rehberliğe					
Güven duymak için rehberliğe					
Manevi iletişime imkan sağlanması için rehberliğe					
İç huzuru bulmak için rehberliğe					
Hayatta umutlu olmak için rehberliğe					
Cesaretlendirilmeye					
Bir ibadethane bulmak için rehberliğe					
Bana iyilik duygusu kazandırılmasına					
Bana destek ve güven verilmesine					
Benimle etkileşim kurulmasına (karşılıklı konuşma, sohbet etme gibi)					
Bana ilgi gösterilmesine					
Mahremiyetime ve onuruma saygı gösterilmesine					
Bana dostluk ve kişilerarası ilişki kazandırılmasına					
Korkularımı, endişelerimi ve sorunlarımı tartışmak ve keşfetmek için zaman tanınması ve dinlenilmesine					
Dini ve kültürel inançlarıma saygı duyulmasına					

**EK-4: Etik Kurul İzni**

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Spiritüel Bakım Gereksinimleri İle İlişkisinin Belirlenmesi"			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR			
	TELEFON	0386 280 3924			
	FAKS	0386 280 5007			
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayla ÜNSAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI  
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Sayfa 1/3

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

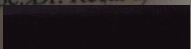
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Spiritüel Bakım Gereksinimleri İle İlişkinin Belirlenmesi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	18.08.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	18.08.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	18.08.2022	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 2022-16/143</b>	<b>Tarih: 06/09/2022</b>					
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p>Ancak Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.</p>						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Recai DAĞLI

06/09/2022 tarihinde aşağıdaki kişiler toplantıya katılmışlardır.

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Recai DAĞLI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUZAY AKSOY	Fizyoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı  
 Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI  
 İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Spirittüel Bakım Gereksinimleri İle İlişkisinin Belirlenmesi"							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Prof. Dr. Ayla ÜNSAL	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm. Dr. Fatma Nur ARSLAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kırşehir Eğitim ve Araş. Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naime Meriç KONAR	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ramazan DULKADİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm. Dr. Mustafa AVCU	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Özel Musa Gül Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Mahmut Sami METİN	Deri ve Zührevi Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Dr. Öğr. Üyesi Murat DOĞAN	Aile Hekimliği	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ali DEMİR	Hukuk	Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mümtaz DADALI	Üroloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
V.H.K.İ Yasin KILIÇ	Memur	Ahi Evran Ün. TÖMER Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI  
İmza: [Redacted]

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## EK-5: Kurum İzni



T.C.  
KIRŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

KIRŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRŞEHİR KAMU  
HASTANELERİ HİZMETLERİ BİRLİĞİ  
14/12/2022 14:39 - E-42884709 - 020 - 2071  
00180607614



Sayı : E-42884709-020  
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Prof. Dr.  
Ayla ÜNSAL)

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi'nde görevli Prof. Dr. Ayla ÜNSAL EK 1'de sunmuş olduğu "**Hastaların Bakım Bağımlılığı düzeylerinin Spiritüel Bakım Gereksinimleri ile ilişkisinin belirlenmesi.**" konulu Yüksek Lisans tezi statüsünde bir çalışma yapmayı talep etmektedir. Adı geçen çalışma talebi 01.12.2022 tarihinde Bilimsel Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu değerlendirmiş olup ve EK 2 Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu düzenlenerek Etik Kurul'dan izin alındıktan sonra çalışmaya başlanması uygun görülmüştür. İlgili çalışmanın "Etik Kurul İzni" alındıktan sonra Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği bünyesinde yapılması hususunu,

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Ek:  
1- Bilimsel Çalışma  
2- Tarama 13 Ara 2022

Dr. Enis Behiç YAŞLI  
Başkan Yardımcısı V.

### OLUR

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YETİŞ  
İl Sağlık Müdürü V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 67c01c41-98ed-42e1-a659-d5924cb599a2 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Nasuhdede Mah. 472. Sok. No:2 Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için: Gözde KARABACAK

Telefon: Faks No: 03862134455


Veri Giriş Personeli

e-Posta: [gozde.karabacak@saglik.gov.tr](mailto:gozde.karabacak@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <https://kirsehirism.saglik.gov.tr>

Telefon No: (0 386) 213 10 96



## EK-6: Bakım Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni

 **GÜLENDAM...** 15.06.2022     
Alıcılar: ben ▾

Merhaba Ayşegül  
Ölçeği tabi ki kullanabilirsin. EK'te gönderiyorum.  
Sevgiler  
Doç.Dr.Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT

[Alıntılanan metni göster](#)

  
 **BAKIM BAĞI...ÇEĞİ.docx**  

 **Ayşegül Kepe...** 17.06.2022     
Alıcılar: GÜLENDAM ▾

Teşekkür ederim hocam.



## EK-7: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni

### Ölçek izni



Elif Günay İSMAİLOĞLU <elif.ismailoglu@bakircay.edu.tr>

5.07.2022 12:53



Kime: aysegulkepenek211@gmail.com



sbgö.docx  
22,61 KB

Sayın Hocam,

Ölçeği araştırmanız da kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili bilgi aşağıda yer almaktadır. Ölçeğin maddelerini ekte gönderiyorum.

*Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği*, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım gereksinimlerinin kendileri için gereklilik durumlarını 5'li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Değerlendirme ise, 1 = "Hiç gerekli değil", 2 = "Gerekli değil", 3 = "Farketmez", 4 = "Gerekli", 5 = "Kesinlikle gerekli" şeklindedir. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu gösterir. Ölçek "anlam ve umut" (1-12, 14) ve "önemseme ve saygı" (13, 15-21) olmak üzere 2 bileşenden oluşmaktadır.

Doç. Dr. ELİF GÜNAY İSMAİLOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HEMŞİRELİK ESASLARI A.D.



## EK-8: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Ayşegül Taşkın
Doğum Yeri	Niğde
Doğum Tarihi	
Uyruğu	<input checked="" type="checkbox"/> T.C <input type="checkbox"/> Diğer:
Telefon	
E-Posta Adresi	
Web Adresi	Yok

Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümü	Hemşirelik
Mezuniyet Yılı	2020

Makale ve Bildiriler
<p><b>2. Uluslararası Kapadokya Bilimsel Araştırmalar Kongresi</b> Ünsal, A., Kepenek, A. 2022, Hemşirelikte Spiritüel Bakımın Önemi, IKSAD Yayınevi, 2(4) 541-545.</p>